

Boekhout van Solinge, Tim (1996), *Heroïne, cocaïne en crack in Frankrijk. Handel, gebruik en beleid*. Amsterdam, CEDRO Centrum voor Drugsonderzoek, Universiteit van Amsterdam.  
© 1996 CEDRO Centrum voor Drugsonderzoek. All rights reserved.  
URL of this document:  
<http://www.cedro-uva.org/lib/boekhout.heroine.pdf>

**CEDRO**  
centrum voor drugsonderzoek



UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM

# HEROÏNE, COCAÏNE EN CRACK IN FRANKRIJK

*Handel, gebruik en beleid*

**Tim BOEKHOUT VAN SOLINGE**

ISBN 90-6993-106-0

Copyright © 1996 CEDRO, Instituut voor Sociale Geografie, Universiteit van Amsterdam

*Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie of op welke andere wijze ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.*

*No part of this book may be reproduced in any form of print, photoprint, microfilm, or any other means without written permission from the publisher.*

Cover and layout: *UvA-Kaartenmakers, Amsterdam*  
Printed by *Elinkwijk Utrecht*

# Inhoud

## Heroïne, cocaïne en crack in Frankrijk

Inleiding.....	9
<b>DEEL 1: DE MARKT VAN VRAAG EN AANBOD.....</b>	<b>13</b>
<b>1 De aanbodzijde van heroïne.....</b>	<b>13</b>
1.1 Inleiding.....	13
1.2 De context: de heroïnehandel in Europa.....	14
1.3 De in Frankrijk onderschepte heroïne.....	16
1.4 De heroïne uit Nederland.....	23
1.5 Prijs, kwaliteit en verkrijgbaarheid.....	26
• Prijs.....	26
• Kwaliteit.....	27
• Verrijgbaarheid.....	28
1.6 Conclusie.....	30
<b>2 De vraagkant van heroïne: de gebruikers.....</b>	<b>33</b>
2.1 Inleiding.....	33
2.2 Prevalentie.....	34
2.3 De gebruikers van heroïne.....	38
• Sekse en leeftijd.....	40
• Nationaliteit en etniciteit.....	40
• Sociale context.....	42
2.4 Morbiditeit en mortaliteit.....	43
• Hepatitis.....	43
• Aids en HIV.....	44
• Mortaliteit en levensverwachting.....	48
2.5 Conclusie.....	49
<b>3 De aanbodzijde van cocaïne en crack.....</b>	<b>53</b>
3.1 Inleiding.....	53
3.2 Cocaïne-onderscheppingen in Europa.....	53
3.3 De in Frankrijk onderschepte cocaïne.....	55
3.4 Crack.....	56
3.5 De crackhandel in Parijs.....	57
3.6 Prijs, kwaliteit en verkrijgbaarheid.....	60
• Prijzen - cocaïne.....	60
• Prijzen - crack.....	60
• Kwaliteit.....	61
• Verrijgbaarheid.....	61
3.7 Conclusie.....	61
<b>4 De vraagkant van cocaïne en crack: de gebruikers.....</b>	<b>63</b>
4.1 Inleiding.....	63
4.2 De gebruikers van cocaïne.....	63
4.3 De gebruikers van crack.....	65
• De opkomst van crack.....	65
• De gebruikers van crack.....	67
4.4 Van heroïne naar crack.....	69
4.5 Conclusie.....	72

<b>DEEL II: HET BELEID</b> .....	75
<b>5 De wet van 1970: repressie en zorg</b> .....	75
5.1 Inleiding.....	75
5.2 De wetgeving.....	75
5.3 Achtergrond van de drugswetgeving.....	77
5.4 De injonction thérapeutique.....	78
5.5 De toepassing van de wet.....	81
5.6 De incompatibiliteit van zorg en repressie.....	84
5.7 Conclusie.....	85
<b>6 Het Franse model van de verslavingszorg</b> .....	87
6.1 Inleiding.....	87
6.2 De rol van de psychiaters.....	88
6.3 De verslavingszorg.....	90
• Het ontbreken van een echt volksgezondheidsbeleid.....	91
• Het aanbod van de verslavingszorg.....	93
6.4 Het budget van de verslavingszorg.....	94
6.5 Verslaving en sociaal-economische achtergronden.....	95
• De situatie in Lille.....	97
6.6 Conclusie.....	100
<b>7 Het zorgbeleid van de jaren negentig</b> .....	103
7.1 Inleiding.....	103
7.2 Een omslag naar een pragmatischer aanpak.....	104
7.3 De verstrekking van substitutiemiddelen.....	106
7.4 Een officieel ander drugsbeleid.....	109
7.5 Meer zorg met een groeiende rol voor de huisartsen.....	114
7.6 Conclusie.....	117
<b>Conclusies en samenvatting</b> .....	119
<b>Bijlage: De schatting van het aantal verslaafden in Frankrijk</b> .....	133
<b>Geraadpleegde personen</b> .....	139
<b>Literatuur</b> .....	141
<b>Noten</b> .....	145

## Inleiding

In het voorjaar van 1995 verscheen het rapport van de commissie Henrion. Deze commissie, onder voorzitterschap van hoogleraar in de medicijnen Roger Henrion, had zich toen bijna een jaar lang gebogen over de drugsproblematiek in Frankrijk. De commissie was aangesteld door de toenmalige minister van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Stad, Simone Veil. Zij had Roger Henrion verzocht het drugsbeleid onder de loep te nemen, daarbij zowel de repressieve, sanitaire en volksgezondheidsaspecten in beschouwing nemend. Preciezer geformuleerd luidde haar vraag of het Franse drugsbeleid, dat poogt een evenwicht te vinden tussen volksgezondheid en preventie enerzijds, en de bestrijding van de handel en het gebruik in drugs anderzijds, 23 jaar na het in werking treden van de wet op de verdovende middelen (de wet van 1970), nog steeds het juiste antwoord was op de problematiek waarvoor men werd gesteld.

Het rapport van de commissie-Henrion verscheen in maart 1995 onder de titel: *Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie*. Eén van de eerste opmerkingen die in het rapport worden gemaakt, is dat de debatten die in Frankrijk over de drugsproblematiek worden gevoerd, in de meeste gevallen ideologisch zijn gekleurd, waarbij voorbij wordt gegaan aan de feiten en de wetenschappelijke kennis. Ook de beleidsmakers, zo staat verder vermeld, zijn niet geheel vrij van deze 'onverschilligheid' ten aanzien van de realiteit.

Eén van de moeilijkheden waar de commissie-Henrion al snel op stuitte was het gebrek aan hulpmiddelen om het bestaande beleid te kunnen evalueren. Hiermee is dan ook meteen de beperkende factor van dit rapport aangegeven; er bestaan over dit onderwerp weinig betrouwbare gegevens, hetgeen impliceert dat elke uitspraak in principe een onzekerheidsmarge heeft.

Het gebrek aan betrouwbare gegevens over druggebruik hangt ondermeer samen met het feit dat druggebruik in Frankrijk wordt bestreden. Tragische voorbeelden hiervan zijn de verslaafden die door de politie werden opgewacht en opgepakt bij het verlaten van een drugshulpinstelling. Hoe meer iets verboden is en wordt bestreden, zo zou men waarschijnlijk kunnen stellen, hoe groter de onzekerheidsmarge. Een tweede factor is dat de Franse drugswetgeving, de wet van 1970, anonimiteit waarborgt indien men zich wendt tot de zorgverlening. Druggebruikers of verslaafden die zich melden worden dus niet geregistreerd, wat, hoe goed bedoeld ook, de beschikking over precieze cijfers over de verslaafdenpopulatie en de mogelijkheid deze te volgen, onmogelijk maakt.

In Frankrijk is de werkelijke discussie over het drugsbeleid ontstaan sinds de Aids-problematiek zich op een vrij ernstige schaal heeft gemanifesteerd. Men werd geconfronteerd met de repercussies van het bestaande repressieve beleid, want Frankrijk bleek de meeste Aidsgevallen van de Europese Unie te hebben, waarvan een aanzienlijk deel samenhang met intraveneus druggebruik. Een deel van de verslaafden bleek besmet met het HIV-virus en de omvang hiervan was zodanig dat het een gevaar voor de volksgezondheid ging opleveren. De besmetting van niet-verslaafde vrouwen door

verslaafde mannen – de meeste verslaafden zijn immers mannen – is door Henrion dan ook aangeduid als het binnenhalen van het Paard van Troye.

Sommigen zien in deze kwestie hun vermoeden bevestigd dat Frankrijk eigenlijk geen echt volksgezondheidsbeleid heeft.<sup>1</sup> In ieder geval kan worden gesteld dat het Franse drugsbeleid meer curatief dan preventief van aard is. Sinds de problematiek van Aids en HIV onder verslaafden onderkend is, werd Frankrijk eigenlijk gedwongen zijn repressieve beleid ook te voorzien van enkele preventieve maatregelen.

Dit rapport gaat over heroïne, cocaïne en crack in Frankrijk, de bekendste van de zogeheten harddrugs. Dit rapport kan gelezen worden als aanvulling op het rapport *Cannabis in Frankrijk* dat verscheen in juli 1995.<sup>2</sup>

In dit rapport zal aanzienlijk meer aandacht worden besteed aan heroïne dan aan crack-cocaïne. Dit is om twee redenen. De belangrijkste reden is dat de verslavingsproblematiek vooral heroïne betreft. Weliswaar gebruiken de meeste heroïnegebruikers tegenwoordig ook andere stoffen zoals bijvoorbeeld alcohol, benzodiazepines en cocaïne, maar heroïne blijft in de meeste gevallen de belangrijkste stof.

Een andere reden voor het feit dat aan cocaïne en crack minder aandacht wordt geschonken, is praktisch van aard. Er is over deze gebruikersgroep nu eenmaal veel minder bekend dan over heroïnegebruikers. Zoals bekend, is het gebruik van cocaïne veelal recreatief en doen gebruikers zelden een beroep op de hulpverlening. Omdat de gebruikers van cocaïne over het algemeen lang niet zo gemarginaliseerd zijn als de gebruikers van heroïne, komen zij ook veel minder in aanraking met politie en justitie. Deze twee sectoren, de zorg en politie/justitie, zijn gewoonlijk belangrijke informatiebronnen met betrekking tot druggebruikers.<sup>3</sup>

Dit rapport zal wel aandacht besteden aan de drug crack. Het verschijnsel van problematische crackgebruikers is relatief nieuw in Europa. Het gebruik van dit derivaat van cocaïne is in Frankrijk sinds het einde van de jaren tachtig in opmars, in het bijzonder in Parijs. In tegenstelling tot de gebruikers van cocaïne, bevinden de – problematisch – gebruikers van crack zich wel vaak in een gemarginaliseerde positie. Althans, als men afgaat op de gebruikers die het meest in het oog lopen, want er zijn ook cocaïnegebruikers die bij wijze van variatie af en toe kiezen voor de rookbare crack-variant. Omdat het verschijnsel crackgebruik is zijn algemeenheid vrij recent is en het een relatief kleine groep gebruikers betreft, zijn er nog niet zo veel gegevens over.

Dit rapport bestaat uit twee delen. In het eerste deel wordt een overzicht gegeven van de 'markt'. In vier hoofdstukken worden van heroïne en cocaïne achtereenvolgens het aanbod en de vraag behandeld. Onder aanbod wordt dan verstaan de handel, terwijl de hoofdstukken over de vraagkant zullen weergeven wat er bekend is over de gebruikers. In het tweede deel zal worden ingegaan op het beleid. De drie hoofdstukken in dit deel zullen achtereenvolgens behandelen: het officiële beleid (de wetgeving), het Franse 'model' van de verslavingszorg en het nieuwe beleid van de jaren negentig, een beleid dat ook is gericht op harm reduction.

### *Inleiding*

Voor dit rapport is uit vele verschillende bronnen geput. Het rapport is wat sociologischer van aard dan het eerdere rapport over cannabis omdat een deel van de gegevens ontleend is aan eigen waarneming. Hiervoor zijn verschillende bezoeken afgelegd aan wijken en voorsteden van Parijs en Lille. Dit veldwerk was met name gericht op buurten waarvan bekend is dat zij met verslavingsproblematiek te kampen hebben. Ook zijn vele gesprekken gevoerd met druggebruikers en verslaafden, zowel bij zorginstellingen als 'op straat'. Daarnaast zijn uiteraard de gebruikelijke onderzoeksmethoden gevolgd, zoals literatuurstudie, interviews, etc.





## DEEL 1: DE MARKT VAN VRAAG EN AANBOD

### 1 De aanbodzijde van heroïne

#### 1.1 Inleiding

De mate van de vraag naar, en het aanbod van drugs is altijd deels onbekend. Hiermee is dan ook onmiddellijk de beperking aangegeven van een studie zoals deze, die poogt deze markt in kaart te brengen. De belangrijkste reden voor deze onzekerheid is uiteraard gelegen in het feit dat drugs illegaal zijn, wat als consequentie heeft dat het gebruik en de handel zich in het verborgene afspelen. De vraag- en aanbodkant blijven daarom tot op zekere hoogte in het ongewisse.

Over de aanbodzijde van heroïne, ofwel de handel, is niet veel bekend. Op dit terrein zijn er immers weinig betrouwbare bronnen. Er zijn natuurlijk de drugsonderscheppingen, maar de eeuwige vraag hierbij blijft hoeveel deze onderscheppingen vertegenwoordigen van de totale markt. Zelfs aanzienlijke onderscheppingen blijken de marktprijs niet of nauwelijks te beïnvloeden. Interpol gaat er over het algemeen van uit dat ongeveer 10% van de drugs die in omloop zijn worden onderschept.<sup>4</sup>

Er zijn organisaties die schattingen maken van de omvang van de drugshandel zoals Interpol, de Amerikaanse drugsbestrijdingsdienst *Drug Enforcement Administration* (DEA) en het *Observatoire Géopolitique des Drogues* (OGD), een onafhankelijk onderzoeksinstituut dat is gevestigd in Parijs. Het zijn met name de publikaties van deze laatste organisatie waarop een deel van dit hoofdstuk is gebaseerd.<sup>5</sup>

In dit hoofdstuk wordt allereerst aandacht geschonken aan de context van de heroïnehandel. Waar komt de opium, de grondstof van heroïne, vandaan en via welke wegen belandt de heroïne uiteindelijk de Westeuropese markt? Vervolgens zal worden ingegaan op de heroïne die in Frankrijk wordt onderschept. Deze cijfers zullen daarbij in de context worden geplaatst van de hoeveelheden die er in verschillende landen van de Europese Unie worden onderschept. Zoals zal blijken, is een aanzienlijk deel van de in Frankrijk onderschepte heroïne uit Nederland afkomstig. Deze cijfers zullen worden getoond en aan een nadere beschouwing worden onderworpen. De meeste cijfers die in dit hoofdstuk worden gepresenteerd, hebben betrekking op 1994. Op enkele plaatsen worden recentere cijfers van 1995 gebruikt.<sup>6</sup> Het hoofdstuk wordt besloten met een kort overzicht van de prijs, kwaliteit en verkrijgbaarheid van de heroïne in Frankrijk.

## 1.2 De context: de heroïnehandel in Europa

De heroïne die in Europa is te verkrijgen wordt gemaakt op basis van opium uit verschillende Aziatische landen. De meeste heroïne is bruin van kleur; zij wordt gemaakt van opium dat afkomstig is uit landen als India, Pakistan en – vooral – Afghanistan. Naar schatting vormt Afghaans opium de basis van 70% à 80% van de heroïne op de Europese markt.<sup>7</sup>

Naast bruine bestaat er ook witte heroïne. Deze is afkomstig uit de landen van de gouden driehoek, te weten Burma, Cambodja, Laos en Thailand. Witte heroïne is in Europa redelijk zeldzaam, in tegenstelling tot bijvoorbeeld Noord-Amerika waar witte heroïne de markt domineert.

De heroïne in Europa is dus in de meeste gevallen bruin van kleur en wordt gemaakt op basis van opium dat – hoofdzakelijk – uit Afghanistan afkomstig is. Belangrijke transitolanden voor het transport naar Europa zijn Pakistan, Iran en Turkije. Turkije speelt een centrale rol binnen de verdere handel in de richting van West-Europa. In zekere zin is dit goed te verklaren, want verschillende factoren maken het land hiervoor bij uitstek geschikt.

Ten eerste heeft Turkije een zeer gunstige geografische ligging. Gelegen op het kruispunt van Europa, Azië, het Midden-Oosten en de Middellandse Zee, beschikt het over zowel goede land- als zeeverbindingen. Over land heeft Turkije verbindingen met Griekenland, Syrië, Irak, Iran en de Kaukasische republieken; via de Zwarte en Middellandse Zee heeft Turkije verbindingen met Bulgarije, Roemenië, Oekraïne en Rusland en het gehele mediterrane gebied. Turkije beschikt niet alleen over deze mogelijkheden, ook feitelijk heeft Turkije veel internationale contacten. Van oudsher, sinds het Ottomaanse rijk, heeft Turkije zijn invloedssferen liggen in oostelijke richting, die nog worden vergemakkelijkt door de linguïstische verwantschap met verschillende landen van het GOS, te weten Azerbeidjan, Oezbekistan, Kirchizië en Turkmenistan. In West-Europa beschikt Turkije over een contactennetwerk dankzij de Turkse (en Koerdische) diaspora.

Hier komt nog bij dat Turkije, gelet op de internationaal-politieke constellatie, ook in geopolitieke zin zeer strategisch is gelegen. Het land vormt voor Europa het bruggehoofd met Azië en het Midden-Oosten en is mede daardoor sinds 1952 een belangrijke partner van de NAVO. Turkijes gunstige geopolitieke ligging verklaart waarom het land door het westen niet al te kritisch wordt bejegend, zoals weer bleek bij de totstandkoming van de douane-unie met de Europese Unie. De handelscontacten tussen de Europese Unie en Turkije worden, met ander woorden, geen strobreed in de weg gelegd. Elke handel, zo ook de drugshandel, kan hiervan profiteren.

Volgens het onafhankelijke internationale onderzoeksinstituut *Observatoire Géopolitique des Drogues* is de heroïnehandel met bestemming Europa meer dan ooit een Turkse specialiteit, waarbij ook met Italiaanse criminele organisaties wordt samengewerkt. Zowel Turken als Koerden spelen een belangrijke rol binnen deze handel.<sup>8</sup> Een groot gedeelte van de heroïne bereikt West-Europa over land met personenauto's en vrachtwagens. Niet alleen is Turkije een belangrijk transitoland van heroïne, ook wordt er steeds meer

morfinebase tot heroïne verwerkt in Turkse laboratoria. Naar schatting wordt 80% van de heroïne op de Europese markt verwerkt in deze laboratoria.<sup>9</sup>

Traditioneel ging de handel vanuit Turkije hoofdzakelijk via de zogenaamde Balkan-route. Sinds de oorlog in voormalig Joegoslavië en het uiteenvallen van de USSR zijn de handelskanalen gediversificeerd en lopen deze steeds via Oost-Europa en (een deel van) de Middellandse Zee.<sup>10</sup> Een nieuwe ontwikkeling die zich hierbij voordoet is dat ook andere bevolkingsgroepen, met name uit Midden- en Oost-Europa, zich hebben gestort op deze lucratieve handel.

Nog steeds bereikt de meeste heroïne West-Europa over land. Zij vindt dus niet, zoals men snel geneigd is te denken, via schepen haar weg naar Europa. Het feit dat Rotterdam tegenwoordig een verkooppunt van heroïne is, met name voor heroïnegebruikers uit Noord-Frankrijk, heeft dan ook weinig te maken met het feit dat de stad over een grote haven beschikt.<sup>11</sup>

Zoals gezegd bereikt de meeste heroïne West-Europa over land. Of zij nu via de (traditionele) Balkanroute of via de nieuwere, Oosteuropese routes naar het westen komt, Duitsland is in de meeste gevallen de 'poort' tot de Europese Unie. Volgens de statistieken van de *Organisation mondiale des douanes (World Customs Organization)* was Duitsland in 1994 verantwoordelijk voor 30% van de totale hoeveelheid onderschepte heroïne in de Europese Unie.<sup>12</sup>

Belangrijke bestemmingslanden van de heroïne zijn in de eerste plaats de landen met een grote Turkse en Koerdische gemeenschap, waarvan Duitsland en Nederland weliswaar de belangrijkste zijn, maar niet de enige: ook België, Groot-Brittannië en Spanje hebben aanzienlijke Turkse gemeenschappen. Andere belangrijke bestemmingslanden zijn uiteraard landen waar zich een interessante afzetmarkt bevindt.

De hoeveelheden heroïne die ergens worden onderschept zeggen vaak iets over de wijze waarop de handel functioneert. Hoe groter de onderschepte hoeveelheden zijn, des te waarschijnlijker is het dat men 'hogerop' in het handelskanaal zit. Wat dit betreft bestaat er een groot verschil tussen de hoeveelheden cocaïne en heroïne die in Europa worden onderschept. Cocaïne komt uit Zuid-Amerika en bereikt Europa per boot. Bij de handel gaat het vaak om grote hoeveelheden en het is geen uitzondering – al is het ook geen wekelijks verschijnsel – dat één of zelfs verschillende tonnen cocaïne worden onderschept.<sup>13</sup>

Heroïne daarentegen wordt in West-Europa nooit in hoeveelheden van tonnen onderschept. Een onderschepping van enkele honderden kilo's geldt al als een buitengewoon grote vangst die zelden voorkomt; een vangst van enkele tientallen kilo's heroïne wordt over het algemeen al beschouwd als 'groot'. Buiten West-Europa daarentegen, zoals in Oost- en Zuidoost-Europa en vooral in landen als Iran, Pakistan of Turkije, komt het wél voor dat hoeveelheden van enkele honderden kilo's of zelfs een ton worden onderschept. Dit duidt er op dat het ('echte') groothandel betreft en dat men hoog in het handelskanaal zit.

Deze gegevens wijzen er op dat de heroïnehandel in Europa, vergeleken met die van de cocaïne, veel kleinschaliger is, en daardoor ook veel moeilijker te doorgronden. De in

vergelijking met cocaïne relatief kleine hoeveelheden heroïne die in West-Europa worden onderschept, doen daarom vermoeden dat men ook daadwerkelijk minder grip heeft op de handel in heroïne en dat, met andere woorden, een relatief klein deel van de handel wordt onderschept.

Naast de reeds lang bestaande Europese netwerken, komen sinds enkele jaren steeds meer drugs via (West-)Afrika naar Europa. De publikaties van het Observatoire Géopolitique des Drogues wijzen op de steeds belangrijker rol die Afrikaanse landen gaan spelen binnen de internationale drugshandel. Ook de Amerikaanse drugsbestrijdingsdienst DEA signaleert deze ontwikkeling. Het land dat een sleutelrol speelt binnen deze handel is Nigeria. Naast de voorname rol van Westafrikaanse landen binnen de handel, vindt er ook in Oostafrikaanse landen veel transitohandel plaats. Een tekenend voorbeeld hiervan is een vangst die begin 1996 werd gedaan in Tanzania: een ongekend grote hoeveelheid heroïne van twee ton met bestemming Oekraïne werd hier onderschept. Het ging om op één de grootste heroïnevangst aller tijden en de grootste die buiten een produktieregio werd gedaan.<sup>14</sup> Dit voorbeeld geeft wel aan dat de handelskanalen van een drug als heroïne zeer divers lopen.

Naast de meer georganiseerde handel, bestaat er natuurlijk ook de handel van kleine netwerken en de ongeorganiseerde handel van mensen die met een hoeveelheid variërend van enige honderden grammen tot enkele kilo's, de heroïne (meestal) direct uit de produktielanden meenemen, in sommige gevallen deze handel combinerend met een vakantie.

### **1.3 De in Frankrijk onderschepte heroïne<sup>15</sup>**

De overgrote meerderheid van de heroïne in Frankrijk is bruin van kleur. In Zuid-Frankrijk ligt de situatie wat anders omdat daar veel witte heroïne uit de gouden driehoek wordt aangetroffen. In bijvoorbeeld de steden Marseille, Nice en Lyon vindt men eerder witte, dan bruine heroïne.

De afgelopen vijf jaren werd in Frankrijk jaarlijks tussen de 300 en – ruim – 600 kilo heroïne in beslag genomen door douane, gendarmerie en politie.<sup>16</sup> In 1994 werden de records gebroken met 661 kilo, een stijging van 71% ten opzichte van 1993, toen 385,9 kilo heroïne werd onderschept. In 1995 daalde de hoeveelheid naar 498,6 kilo, een daling van 25% ten opzichte van 1994. De hoeveelheden heroïne die in Frankrijk worden onderschept lijken hoog, maar zijn tegelijkertijd betrekkelijk als men de 661 kilo van 1994 vergelijkt met wat er in dat jaar werd onderschept in bijvoorbeeld Duitsland (1.590 kilo) en Spanje (824 kilo).

Zoals overall, weet men niet precies welk deel deze onderschepte hoeveelheid vertegenwoordigt van de totale hoeveelheid heroïne die het land binnenkomt. Internationaal gezien wordt over het algemeen aangenomen dat onderscheppingen gemiddeld 10% vertegenwoordigen van de drugs die in omloop zijn. Van politiezijde hoort men soms hogere percentages zoals 25%, maar degelijk bewijs bestaat hier niet voor.<sup>17</sup>

### *Heroïne, cocaïne en crack in Frankrijk*

Zoals gezegd, werd in 1994 in Frankrijk 661 kilo heroïne onderschept. In totaal werden hiervoor 20.711 aanhoudingen verricht. Dit komt neer op gemiddeld 32 gram heroïne per aanhouding. In 1995 bedroegen de heroïnevangsten 498,6 kilo, waarvoor 20.685 aanhoudingen werden verricht; een gemiddelde van 24 gram per aanhouding. Op zich zeggen deze gemiddelden niet zo veel; enkele grote vangsten kunnen het gemiddelde omhoog trekken, terwijl kleine vangsten dit naar beneden kunnen halen.

Van de 661 kilo heroïne die in 1994 werd onderschept, was de Franse douane verantwoordelijk voor 325 kilo.<sup>18</sup> Is van alle drugsonderscheppingen in Frankrijk 80% toe te schrijven aan de douane, voor heroïne is dit dus ongeveer de helft, namelijk 49% (325 van 661 kilo). Het overgrote deel (80%) van de heroïne die in 1994 door de douane werd onderschept, bereikte Frankrijk via het wegvervoer. Personenauto's waren hier het meest gebruikte vervoersmiddel. Het is dan ook bij deze controles (van personenauto's), zo leest men in een overzicht van de douane-activiteiten, dat de grootste heroïneonderscheppingen hebben plaatsgevonden. De grootste betrof 43,5 kilo in het departement Aube. Daarnaast waren er verschillende grote heroïnevangsten in het departement Nord, te weten 26,8 kilo in de regio van Lille, 11,2 kilo in Halluin en 9,2 kilo in Valenciennes. Andere grote heroïnevangsten hadden plaats bij de Spaanse grens: 20 kilo in Bayonne en 12,9 kilo in Hendaye.<sup>19</sup> Deze vijf onderscheppingen leverden tezamen 103,6 kilo op, waarmee zij bijna een derde (32% van 325 kilo) vertegenwoordigden van de heroïne die door de douane werd onderschept.

Behalve bij het wegvervoer, onderschepte de douane ook heroïne die men via de trein of luchthaven probeerde binnen de Franse grenzen te krijgen. Van de heroïne die de douane in 1994 onderschepte, kwam 9% per trein. De douane merkt hierover op dat in de noordelijke en oostelijke grensstreken veel mierensmokkel (*'trafic de fourmi'*) plaatsvindt. Drie onderscheppingen, alledrie met herkomst Nederland, springen er hier uit: twee op het Parijse Gare du Nord (2 en 4,7 kilo) en één van 2,9 kilo in Aulnoye.

Uiteraard werd ook heroïne op de luchthavens onderschept. In 1994 bedroeg deze hoeveelheid 34 kilo, 10,5% van wat de douane in totaal onderschepte. De hoeveelheid heroïne die op de luchthavens wordt onderschept, is stijgende. Volgens de douane is hier sprake van een soort nieuwe trend, waarbij direct wordt geïmporteerd vanuit de produktieregio's. 9,3 kilo was afkomstig uit Thailand en 15,3 uit Pakistan. Tevens noteerde de douane een toename van onderschepte hoeveelheden heroïne uit Afrika. Werd in 1993 'slechts' 1 kilo onderschept die afkomstig was uit dit continent, in 1994 steeg dit tot 9 kilo.<sup>20</sup>

Zoals reeds is opgemerkt in de vorige paragraaf, vindt via Afrikaanse landen steeds meer transitohandel plaats van heroïne (en cocaïne) in de richting van Europa (en Noord-Amerika). Dit geldt niet alleen voor West-Afrika – met een centrale rol voor Nigeria, gespecialiseerd in het 'leveren' van netwerken – maar ook voor Oost- en Zuidelijk Afrika.

Deze ontwikkeling doet zich ook voor in Frankrijk, waar een aanzienlijke Afrikaanse gemeenschap woonachtig is. Verschillende heroïnegebruikers in Parijs vertelden dat er niet alleen steeds meer Afrikaanse straathandelaren zijn, maar ook dat zij de heroïne (direct) uit Afrika importeren. Onduidelijk is of het gaat om Afrikaanse heroïne – Ivoorkust, Nigeria

en Tsjaad zijn tegenwoordig ook produktielanden –<sup>21</sup> of dat het gaat om Aziatische heroïne die via West-Afrika of de Maghreb naar Europa wordt getransporteerd.<sup>22</sup> In ieder geval, zo wisten verschillende gebruikers, zou het gaan om Afrikaanse netwerken, die een andere heroïne aanbieden dan de ‘standaard Turkse’. Dit is niet alleen te zien (de ‘Afrikaanse’ is wit), maar ook duidelijk te proeven of voelen. Deze witte, ‘West-afrikaanse’ heroïne komt in de statistieken van heroïnevangsten nog weinig voor, wat zou kunnen betekenen dat zij relatief weinig wordt onderschept. Het gaat in de meeste gevallen ook om kleine netwerken waar de politie weinig greep op heeft en die moeilijk zijn binnen te dringen.

Van de onderschepte heroïne is weinig afkomstig uit Afrikaanse landen. Hetzelfde geldt voor Europese landen als Duitsland, Italië en Zwitserland. Het wekt verbazing dat er in Frankrijk zo weinig heroïne wordt onderschept die afkomstig is uit deze landen, terwijl toch genoegzaam bekend is dat zij belangrijke doorvoerlanden zijn.

Uit cijfers van het *Office Central pour la Répression du Trafic Illicite des Stupéfiants* (OCRTIS), de regeringsinstantie die de gegevens van douane, gendarmerie en politie verzamelt, komt naar voren uit welke landen de in Frankrijk onderschepte heroïne afkomstig is (zie tabel 1.1).

Het is duidelijk dat Nederland hier de kroon spant. Was Nederland in 1990, na Turkije, nog ‘goede tweede’ met 19%, na 1990 is (1992 uitgezonderd) het aandeel van heroïne afkomstig uit Nederland bijna voortdurend blijven stijgen. In 1994 was dit bijna de helft (48%) van de totale onderschepte hoeveelheid heroïne, terwijl deze hoeveelheid in 1995

Tabel 1.1: Herkomst van de in Frankrijk onderschepte heroïne (in kilo's)

	1990	%	1991	%	1992	%	1993	%	1994	%	1995	%
België	12,3	(3,0)	6,2	(1,1)	16,9	(5,2)	39,7	(10,3)	9,8	(1,5)	44,4	(8,9)
Duitsland	0		0,1	(0)	0		0,1	(0)	1,3	(0,2)	0,9	(0,2)
India	37,2	(9,2)	20,5	(3,7)	5,2	(1,6)	0,5	(0,1)	0		14,4	(2,9)
Italië	0,1	(0)	2,9	(0,5)	0		0		18,0	(2,7)	0,0	(0)
Libanon	41,7	(10,3)	21,4	(3,8)	15,3	(4,7)	5,3	(1,4)	4,8	(0,7)	0,3	(0,1)
Nederland	77,5	(19,1)	185,4	(33,0)	86,2	(26,3)	164,9	(42,7)	318,9	(48,2)	289,8	(58,1)
Pakistan	12,7	(3,1)	30,4	(5,4)	42,9	(13,1)	16,2	(4,2)	103,6	(15,7)	0	
Spanje	0		14,0	(2,5)	0,9	(0,3)	0		14,3	(2,2)	0,5	(0,1)
Thailand	27,0	(6,7)	41,4	(7,4)	6,1	(1,9)	5,0	(1,3)	10,0	(1,5)	4,1	(0,8)
Turkije	82,0	(20,2)	96,4	(17,2)	6,0	(1,8)	32,2	(8,3)	19,6	(3,0)	8,3	(1,7)
Zwitserland	4,3	(1,1)	0		15,9	(4,9)	0,4	(0,1)	0,4	(0)	1,2	(0,2)
Andere landen	33,2	(8,2)	30,8	(5,5)	14,1	(4,3)	9	(2,3)	16,9	(2,6)	9,3	(1,9)
Onbekend	77,2	(19,1)	111,7	(19,9)	118,2	(36,1)	112,6	(29,2)	143,4	(21,7)	125,4	(25,2)
<b>Totaal</b>	<b>405,2</b>	<b>(100)</b>	<b>561,2</b>	<b>(100)</b>	<b>327,7</b>	<b>(100)</b>	<b>385,9</b>	<b>(100)</b>	<b>661,0</b>	<b>(100)</b>	<b>498,6</b>	<b>(100)</b>

Bron: Statistische jaarrapporten OCRTIS, Ministerie van Binnenlandse Zaken

op 58% kwam. Hier moet bij worden aangetekend dat deze relatieve stijging in procenten (van 48% naar 57%) in absolute hoeveelheden een daling betekende. In kilo's gezien daalde namelijk de hoeveelheid heroïne die uit Nederland kwam en in Frankrijk werd onderschept. Van 318,9 kilo in 1994 daalde deze naar 289,8 kilo in 1995. Deze cijfers van het OCRTIS, die betrekking hebben op de onderscheppingen van de douane, gendarmerie en politie, spreken dus de cijfers tegen van senator Masson, volgens wie maar liefst 84% van de in Frankrijk onderschepte heroïne uit Nederland komt.<sup>23</sup>

Wordt alleen gekeken naar de hoeveelheid heroïne die in 1994 door de douane werd onderschept, te weten 325 kilo, dan was maar liefst 68% afkomstig uit Nederland. Een derde percentage dat in dit verband ook wel wordt genoemd is 61%. In dat geval gaat het om 61% van de heroïne waarvan men de herkomst heeft kunnen identificeren. Dit is dus zonder de 143,4 kg (21,7%) waarvan de herkomst onbekend is.

De Franse douane schrijft de stijging van de heroïne die afkomstig is uit Nederland toe aan het wegvallen van de binnengrenzen (van de Europese Unie), waardoor het gemakkelijker is geworden drugs te halen in Nederland, volgens de Franse douane het voornaamste Europese distributiecentrum van heroïne in Europa.<sup>24</sup>

Aangezien er verschillende cijfers circuleren met betrekking tot dit onderwerp, dat bovendien politiek zeer gevoelig ligt – met het gevaar dat cijfers mogelijk een eigen leven gaan leiden –, is het goed hier enige duidelijkheid in aan te brengen. Wil men weten welk deel van de heroïne die in 1994 in Frankrijk werd onderschept uit Nederland afkomstig was, dan dient het antwoord 48% te zijn. Voor 1995 dient dit 58% te zijn, waarbij – nogmaals – wordt opgemerkt dat deze stijging in procenten niet betekende dat er ook meer kilo's uit Nederland afkomstig waren. In kilo's gezien daalden de hoeveelheden heroïne uit Nederland van 318,9 kilo in 1994 naar 289,8 kilo in 1995.

In Frankrijk wordt vaak gewezen op de Nederlandse betrokkenheid bij de internationale drugshandel. Uiteraard is dit niet voor niets, want de cijfers liegen er niet om.

Ondanks deze niet te ontkennen harde cijfers, en daardoor niet te bagatelliseren omvang van de handel, zou men zich kunnen afvragen of de Nederlandse herkomst van de heroïne in Frankrijk niet wordt overschat of, anders gesteld, andere herkomstlanden niet zijn ondervetegenwoordigd in de statistieken. Zojuist is er al op gewezen dat het toch enigszins vreemd is dat sommige, in Europa belangrijke transitolanden nauwelijks in de statistieken van onderschepte heroïne terug zijn te vinden.

Zo is het in de eerste plaats opvallend, dat het aandeel van de onderschepte heroïne afkomstig uit Turkije de afgelopen jaren zo is gedaald, terwijl het grootste deel van de heroïne op de Europese markt afkomstig is uit dit land. Werden er in 1990 en 1991 nog respectievelijk 82,0 en 96,4 kilo afkomstig uit Turkije onderschept, in de drie jaren daarna is deze hoeveelheid aanzienlijk gedaald: in 1992, 1993, 1994 en 1995 tot respectievelijk 6; 33,2; 19,6 en 8,3 kilo.

Vervolgens wekt het verbazing dat zo weinig heroïne wordt onderschept uit andere transitolanden dan Nederland. Gegeven het feit dat de verschillende handelsroutes van heroïne vanuit Turkije hoofdzakelijk via het wegvervoer lopen, is het opvallend dat zo

weinig van de onderschepte heroïne afkomstig is uit andere of 'eerdere' doorvoerlanden als Duitsland, Italië, Oostenrijk, Zwitserland en verschillende landen in Oost-Europa en de Balkan. Italië bijvoorbeeld is een belangrijk doorvoerland van heroïne. De heroïnevangsten in dit land zijn dan ook aanzienlijk. Het is daarom vreemd dat er weinig heroïne aan de Frans-Italiaanse grens wordt onderschept. 1994 was een uitzonderlijk jaar toen 18 kilo heroïne uit Italië in Frankrijk werd onderschept, maar in andere jaren ging het hier om kleine hoeveelheden. In 1995 was van de in Frankrijk onderschepte heroïne slechts 2 gram uit Italië afkomstig.<sup>25</sup>

De – mogelijke – ondervertegenwoordiging van andere landen dan Nederland in de statistieken geldt met name voor Duitsland, aangezien de heroïne die men in Nederland aantreft, voor een belangrijk deel via Duitsland het land binnen is gekomen. In feite speelt Duitsland, (veel) meer dan Nederland, een sleutelrol in de heroïnehandel in de Europese Unie.<sup>26</sup> Zoals al is opgemerkt in de vorige paragraaf, of de handelsroutes van heroïne nu lopen via de traditionele Balkanroute of via de nieuwere Oosteuropese routes (bijvoorbeeld via Tsjechië), Duitsland is in de meeste gevallen het land waar de heroïne de Europese Unie binnenkomt. Om deze reden is Duitsland zojuist, voor wat betreft de heroïne, de 'poort' tot de Europese Unie genoemd.

Hierbij moet natuurlijk niet worden vergeten dat Duitsland de grootste Turkse gemeenschap van Europa heeft, bestaande uit 2 miljoen Turken en Koerden. Eerder is er al op gewezen dat een groot van de heroïnehandel in Europa in handen is van Turken, of beter gezegd de Turkse diaspora. Het kan hierdoor niet anders zijn dan dat Duitsland op zijn minst een rol speelt bij deze heroïnehandel. Hier komt nog bij, maar dit is op zich van ondergeschikt belang, dat Duitsland, met zo'n 100.000 tot 120.000 heroïneverslaafden, ook een interessante afzetmarkt van heroïne is.<sup>27</sup>

De centrale rol van Duitsland voor wat betreft de Europese heroïnehandel, blijkt ondermeer uit de onderscheppingen. In juni en juli 1994 werd in Duitsland 560 kilo heroïne onderschept, bijna de hoeveelheid die in heel 1994 in Frankrijk werd onderschept.<sup>28</sup> Bezien over het gehele jaar 1994 was de Duitse douane verantwoordelijk voor 30% van de heroïne-onderscheppingen in de Europese Unie.

Uit deze gegevens volgt de logische vraag: als Duitsland zo'n centrale rol in dit verband speelt en ook de heroïne die in Nederland wordt aangetroffen via Duitsland op de markt komt, waarom is dan zo veel van de in Frankrijk onderschepte heroïne uit Nederland afkomstig, en nagenoeg niets uit Duitsland?

Het antwoord op deze vraag kan niet met zekerheid worden gegeven. Fransen zouden hier kunnen aanvoeren dat dit nu eenmaal komt doordat Nederland een draaischijf is van de internationale drugshandel, waaronder ook de heroïnehandel. Nederlanders daarentegen, zouden kunnen aanvoeren dat zo veel van de onderschepte heroïne uit Nederland komt, omdat het verkeer uit Nederland zo veel wordt gecontroleerd. Waarschijnlijk hebben beide beweringen een deel van de waarheid in zich.

Toch blijft het vreemd dat zo veel van de onderschepte heroïne uit Nederland afkomstig is, en zo weinig uit Duitsland. Een mogelijke, en zelfs waarschijnlijke verklaring is dat de Noordfranse grens (die richting België en Nederland) in Frankrijk wordt gezien



als relatief 'onveilig', terwijl die met Duitsland geldt als 'veilig', wat ondermeer gevolgen heeft voor de bezettingsgraad van de verschillende grensposten.

De Frans-Duitse grens wordt blijkbaar als 'veilig' beschouwd en dientengevolge wordt er weinig gecontroleerd. Uiteraard speelt hier mee dat, met het oog op de Franse-Duitse vriendschapsrelatie, men hier niet te veel belemmeringen wil opwerpen. De 'onveilig' geachte Noordfranse grens daarentegen, wordt in Frankrijk wel de best beveiligde Franse buitengrens genoemd.<sup>29</sup> Dit impliceert dus dat er relatief veel controles plaatsvinden bij de Noordfranse grens – op zich niets nieuw voor een Nederlander die geregeld naar Frankrijk reist –, wat de pakkans bij deze grens groter maakt dan bij andere grenzen.

Indien men redeneert vanuit het oogpunt van de Franse douane, dan valt te begrijpen dat zij veel controleert aan de Noordgrens, omdat een aanzienlijk, en nog steeds stijgend deel van de onderschepte heroïne uit Nederland komt. Tevens valt te begrijpen dat de Franse heroïnegebruiker of kleine handelaar voor heroïne naar Nederland gaat: de stof is in Nederland relatief eenvoudig te verkrijgen, de prijzen zijn lager en de kwaliteit (zuiverheid) is hoger.<sup>30</sup>

Bezien vanuit het oogpunt van de grote handelaar, is het echter juist niet logisch dat zulk een aanzienlijk deel van de onderschepte heroïne uit Nederland afkomstig is. Immers, de heroïne vindt via de Balkanroute of Oost-Europa haar weg naar West-Europa, waarbij Duitsland in de meeste gevallen fungeert als *porte d'entrée* van de Europese Unie. Waarom dan niet direct vanuit Duitsland heroïne importeren, in plaats van naar Nederland om daar heroïne te gaan halen die uit Duitsland afkomstig is? Met andere woorden, waarom een (moeilijke) omweg maken als er een veel kortere en eenvoudigere route bestaat? Betreft men hierbij dat elke professionele drugshandelaar, gelijk elke 'gewone' handelaar, een risico-analyse maakt van de verschillende mogelijkheden, en dat het deze drugshandelaar bekend is dat de kans op controle bij de Noordfranse aanzienlijk groter is dan bij de Oostelijke grens van Frankrijk, dan is het, vanuit zijn oogpunt gezien, allesbehalve slim te kiezen voor de handelsroute Nederland-België-Frankrijk. Logisch redenerend zou men dus verwachten dat een professionele handelaar een andere handelsroute prefereert.

De cijfers echter, zoals we al hebben gezien, liegen er niet om. Waarom is er dan toch zo veel heroïne afkomstig uit Nederland?

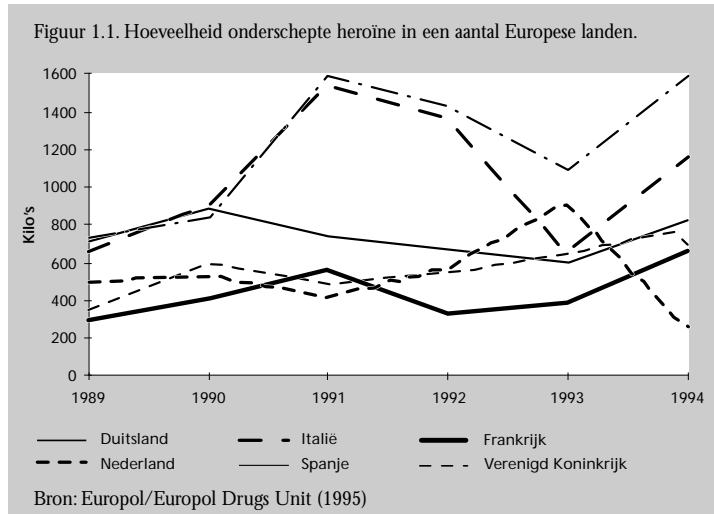
Het heroïneverkeer tussen Nederland en Frankrijk kan in de eerste plaats worden verklaard vanuit het prijsmechanisme. In Nederland ligt de prijs voor heroïne lager dan in Frankrijk, waar nog bij komt dat de heroïne een grotere zuiverheid heeft. Met ander woorden, meer kwaliteit voor minder geld. Het is dan ook begrijpelijk dat Franse gebruikers hun heroïne wel eens in Nederland gaan halen. In Nederland is men uiteraard op de hoogte van dit verkeer; men hoeft maar naar Rotterdam. Een kijkje in Rotterdam leert overigens dat het vooral Fransen zijn die in Rotterdam drugs komen kopen.<sup>31</sup>

De heroïnehandel die is ontstaan als gevolg van dit prijsmechanisme kan niet worden ontkend: in 1994 was bijna de helft van de onderschepte hoeveelheid uit Nederland afkomstig, namelijk 318,9 van de 661 kilo. In 1995 kwam meer dan de helft (58%) van de onderschepte hoeveelheid heroïne uit Nederland, te weten 289,8 van de 498,6 kilo. De

omvang van deze handel is niet te bagatelliseren, maar tegelijkertijd zou men zich kunnen afvragen of het wel om zulke grote hoeveelheden heroïne gaat die uit Nederland komen en in Frankrijk worden onderschept. Als men wat preciezer kijkt naar de verdeling van de onderschepte heroïne, dan gaat het bij deze onderscheppingen voor een aanzienlijk deel uit 'kleine jongens' en toevalstreffers, zo lijkt het. Met andere woorden, er zijn relatief weinig echt grote onderscheppingen.

Bovendien weet men niet hoeveel van de drugs die er op de markt zijn worden onderschept. Eerder is al aangegeven dat als internationale stelregel het percentage van 10% wordt gehanteerd. Kijkt men naar de Franse 'markt', ofte wel het aantal heroïne-verslaafden dat, zoals we later zullen zien, ten minste 160.000 bedraagt, dan lijken de onderschepte hoeveelheden heroïne niet zo veelbetekenend. Het is in ieder geval duidelijk dat het grootste deel van de import ontsnapt aan de politie en douane. Uiteraard geldt dit niet alleen voor Frankrijk, maar voor de meeste (Europese) landen.

De cijfers van de heroïne-onderscheppingen van Frankrijk in vergelijking met andere landen overziend, kan men zich afvragen of er überhaupt wel zo veel heroïne wordt onderschept in Frankrijk. De hoeveelheden heroïne die de afgelopen jaren zijn onderschept in andere grote Westeuropese landen als Duitsland, Italië, Groot-Brittannië en Spanje zijn over het algemeen groter dan die in Frankrijk. Ook de Nederlandse heroïnevangsten zijn meestal groter dan de Franse. De heroïnevangsten van de zojuist genoemde landen zijn te zien in de figuur 1.1.<sup>32</sup>



Gemeten aan de bevolkingsaantallen en de heroïnemarkten van de verschillende landen – voor zover de statistieken betrouwbaar zijn op dit laatste punt –, scoort Frankrijk niet erg goed. Men kan hier echter niet uit afleiden dat de Franse drugsbestrijding het daarom minder goed dan de rest, omdat de onzekerheidsmarge met betrekking tot de hoeveelheid in omloop zijnde drugs groot is.

Alhoewel een aanzienlijk deel van de heroïnevangsten uit Nederland komt, is enige nuancering toch wel op zijn plaats. Zonder de omvang van de handel vanuit Nederland te willen bagatelliseren, doet een kritische blik op de cijfers enigszins vermoeden dat andere aanvoerroutes in deze statistieken zijn ondervertegenwoordigd. Ook Gilles Leclair, hoofd van OCRTIS, heeft uitgesproken dat Nederland niet het enige aanvoerland van de heroïne in Frankrijk is, waar hij aan toevoegde dat er bij zijn weten geen papaver werd verbouwd in Nederland, en dat er evenmin heroïne laboratoria zijn te vinden.<sup>33</sup>

Gelet op de eerdere opmerking over de bezettingsgraad van de douane en het gegeven dat er uit noordelijke richting (Nederland en België) in ieder geval drugs komen, houdt in dat er aan de Franse noordgrens relatief veel wordt gecontroleerd. Verkeer komende uit Nederland heeft een grotere kans te worden gecontroleerd dan het verkeer dat vanuit Duitsland, Zwitserland of Italië naar Frankrijk gaat. Dit alleen maakt het al aannemelijk dat er dientengevolge ook meer bij deze grens wordt onderschept. Zonder de ernst van de drugshandel vanuit Nederland in de richting van Frankrijk te onderschatten, lijkt het er op dat de spreuk “zoekt en gij zult vinden” toch enigszins van toepassing is op de situatie aan de Noordfranse grens.

#### **1.4 De heroïne uit Nederland**

Het OCRTIS spreekt in het jaarrapport van 1994 haar zorg uit over de stijgende hoeveelheid heroïne die uit Nederland afkomstig is.<sup>34</sup> In het rapport worden de cijfers van de jaren 1992, 1993 en 1994 op een rij gezet, waarbij wordt opgemerkt dat deze hoeveelheden jaarlijks bijna zijn verdubbeld: de hoeveelheid onderschepte heroïne uit Nederland was in deze jaren respectievelijk 86,2; 164,9 en 318,9 kilo. In 1995 daalde deze hoeveelheid naar 289,8 kilo, maar zoals eerder naar voren is gekomen, betekende deze daling in absolute cijfers tegelijkertijd een stijging van het deel dat uit Nederland afkomstig was. In 1995 was namelijk 58% van de onderschepte heroïne uit Nederland afkomstig, wat het OCRTIS er toe heeft gebracht in het rapport over 1995 speciale aandacht te schenken aan de heroïnevangsten uit Nederland. Deze paragraaf is grotendeels gebaseerd op dit overzicht.

Zoals bekend is het in Frankrijk niet alleen het OCRTIS dat zich zorgen maakt over deze ontwikkeling dat een stijgend deel van de in Frankrijk onderschepte heroïne uit Nederland afkomstig is, ook Franse politici spreken geregeld hun zorgen uit over deze kwestie. Een recent voorbeeld hiervan is het rapport van de Franse senator Masson, die onlangs een rapport publiceerde waarin ondermeer werd gewezen op de ‘sleutelrol’ die Nederland binnen de internationale (Europese) drugshandel zou spelen. De reacties die in het Franse parlement en de senaat naar aanleiding van dit rapport loskwamen, waren een nog duidelijker voorbeeld van de grote zorgen die men zich maakt om Nederlandse drugs die de Franse markt zouden overspoelen. Buiten het feit dat de cijfers die Masson in zijn rapport noemt niet overeenstemmen met de officiële cijfers,<sup>35</sup> blijft staan dat een aanzienlijk deel van de onderschepte heroïne die in Frankrijk wordt onderschept, uit

Nederland afkomstig is – even afgezien van het feit of deze hoeveelheid absoluut gezien veel of weinig is. Gelet op de ernst van de kwestie en het politieke belang dat hieraan wordt gehecht, is het goed om even wat nader naar deze ‘Nederlandse heroïne’ te kijken: wat is de aard van deze handel; gaat het voornamelijk om kleinhandel of kan men hier toch wel van groothandel spreken?

Wellicht ten overvloede zij nogmaals opgemerkt dat drugsvangsten niet per definitie de werkelijk bestaande handelsstromen weergeven; het grootste deel van de handel ontsnapt immers aan de politie en douane. De drugsvangsten laten ‘slechts’ zien wat er in ieder geval plaatsvindt.

Om te beginnen een opsomming van enkele feiten. Zoals al enkele malen is opgemerkt, werd in 1995 498,6 kilo heroïne onderschept in Frankrijk. Van deze 498,6 kilo was 289,8 kilo uit Nederland afkomstig, hetgeen neerkomt op 58% van het totaal. Van de 498,6 kilo was van een kwart de herkomst onbekend. Kijkt men naar de hoeveelheden waarvan de herkomst wel bekend is (zijnde 373 kilo), dan is 77,6% afkomstig uit Nederland.

De 289,8 kilo heroïne uit Nederland was niet geheel voor de Franse markt bestemd. 183,9 kilo (63%) was bestemd voor de Franse markt; de rest, 105,9 kilo (37%), betrof dus transitohandel. De voornaamste bestemmingslanden van deze doorvoerhandel waren in 1995 Italië, Portugal en – vooral – Spanje. Van de 289,8 kilo heroïne uit Nederland was 93,0 kilo bestemd voor Spanje (32%), terwijl voor Portugal en Italië respectievelijk waren bestemd 10,2 kilo (3,5%) en 1,6 kilo (0,6%).

Als men een vergelijking maakt tussen de handel met bestemming Frankrijk enerzijds en die bestemd is voor Spanje en Portugal anderzijds, dan valt op dat het bij de transitohandel in de richting van het Iberisch schiereiland gaat om – veel – grotere hoeveelheden. Bestond het gemiddelde heroïne-transport uit Nederland bestemd voor Frankrijk in 1995 uit 294 gram (183,9 kilo in 625 onderscheppingen), voor de transitohandel naar Spanje en Portugal was dit gemiddelde vele malen hoger, namelijk 4,5 kilo. Indien men het uitsplitst naar land, dan blijkt dat de 93 kilo bestemd voor Spanje werd aangetroffen in veertien transporten, een gemiddelde van 6,6 kilo. De 10,2 kilo voor Portugal werd in negen gevallen aangetroffen, wat neerkomt op gemiddeld 1,2 kilo per transport.

Uiteraard laten deze gemiddelden wel bepaalde tendensen zien, maar ook niet alles. Enkele grote vangsten kunnen het gemiddelde immers aardig omhoog trekken. Een gemiddelde zegt op zich dan ook weinig als daar niet de verdeling bij wordt betrokken.

Het OCRTIS maakt bij haar analyse van de heroïnevangsten het onderscheid tussen de hoeveelheden die respectievelijk groter en kleiner zijn dan 50 gram. Van de onderschepte hoeveelheden die kleiner waren dan 50 gram, ging het in totaal om 25,9 kilo, waarbij van 7,9 kilo de herkomst is vastgesteld (van de rest is deze onbekend). Van deze 7,9 kilo was 7,1 kilo uit Nederland afkomstig. De hoeveelheid van 7,1 kilo uit Nederland werd onderschept in 431 verschillende vangsten, wat neerkomt op 16 gram heroïne per vangst. Deze vangsten stellen in kwantiteit niet zo veel voor (2% van de hoeveelheid heroïne uit Nederland), maar

### *Heroïne, cocaïne en crack in Frankrijk*

vertegenwoordigen wel 69% van het aantal onderschepte heroïne-transporten uit Nederland bestemd voor Frankrijk, te weten 431 van de 625.

De voornaamste Nederlandse plaatsen waar deze kleine hoeveelheden heroïne worden gekocht zijn Amsterdam, Breda, Maastricht, Rotterdam en Terneuzen. Zoals verwacht is Rotterdam in veruit de meeste gevallen de plaats van herkomst van deze 'mierensmokkel' ('trafic de fourmi').

Indien wordt gekeken naar de heroïnevangsten die groter waren dan 50 gram, dan betrof dit 472,7 kilo, ofwel 95% van de totale hoeveelheid die in Frankrijk in 1995 is onderschept. Van deze 472,7 kilo is van 466,3 kilo de herkomst bekend. Daarvan was 282,7 kilo afkomstig uit Nederland, ofwel 61%. Van deze 282,7 kilo was 177,0 kilo bestemd voor Frankrijk. Deze hoeveelheid werd aangetroffen in 204 vangsten, hetgeen een gemiddelde heroïnevangst betekent van 868 gram. Deze vangsten vertegenwoordigen 96% van de totale hoeveelheid heroïne uit Nederland bestemd voor Frankrijk (namelijk 177,0 van de 183,9 kilo), terwijl het aantal vangsten 33% van de onderschepte heroïne-transporten uit Nederland bestemd voor Frankrijk vertegenwoordigen (204 van de 625).

Wordt gekeken naar de Nederlandse herkomst van de hoeveelheden heroïne die groter zijn dan 50 gram, dan valt op dat Rotterdam hier een veel minder prominente rol speelt. Uit de cijfers van het OCRTIS blijkt dat grotere hoeveelheden heroïne uit Nederland in veel gevallen afkomstig zijn uit Amsterdam. Andere plaatsen die hier ondermeer worden genoemd zijn Breda, Den Haag, Diemen, Roosendaal, Rotterdam en Utrecht.

Samenvattend kan worden gesteld dat van de 183,9 kilo heroïne uit Nederland bestemd voor Frankrijk die werd onderschept in 625 vangsten, 96% van de hoeveelheid heroïne (177 van de 183,9 kilo) werd onderschept in 33% van het aantal onderschepte transporten (204 van de 625). Andersom werd 4% van de hoeveelheid heroïne onderschept in 69% van het aantal onderschepte transporten. In begrijpelijker taal gesteld, gaat het bij ruim tweederde van de gevallen waarbij iemand in Frankrijk wordt aangehouden met heroïne uit Nederland, om relatief kleine gebruikershoeveelheden.

De meeste aanhoudingen mogen dan gebruikershoeveelheden betreffen, dit laat onverlet dat een aanzienlijk deel van de onderschepte hoeveelheid van de heroïne die in Frankrijk wordt onderschept uit Nederland afkomstig is. Als het bij een groot aantal van de heroïne-transporten uit Nederland in de richting van Frankrijk gaat om relatief kleine hoeveelheden, dan impliceert dit dat er daarnaast sprake is van een – klein – aantal relatief grote vangsten.

Afgaande op de cijfers van de heroïnevangsten moet men voor de grotere hoeveelheden blijkbaar in Amsterdam zijn. Met betrekking tot de Rotterdamse situatie is het gangbare verhaal dat het hier vooral om mierensmokkel in de richting van Frankrijk gaat. Inderdaad geldt dit voor de meeste gevallen, maar aan de andere kant bestaat er toch ook de handel van 'grotere jongens'.

Het lijkt er op dat men in Nederland de omvang van de heroïnehandel onderschat. Men weet dat er veel kleinschalige handel (mierensmokkel) is tussen Rotterdam en Lille, maar zelden hoort men over omvangrijkere heroïnehandel of transporten die veel verder

gaan dan Noord-Frankrijk. Wellicht gaat men er iets te gemakkelijk van uit dat het bij deze handel vooral om kleine gebruikershoeveelheden gaat en dat het 'bereik' van deze heroïne niet verder gaat dan Noord-Frankrijk en Parijs. Een nadere bestudering van de Franse cijfers leert dat het niet zo eenvoudig ligt. Weliswaar vertegenwoordigt de mierenmokkel een groot deel van het aantal transporten, maar niet zoveel van de totaal onderschepte hoeveelheid heroïne. De cijfers laten zien dat er in Frankrijk ook heroïne wordt onderschept die uit Nederland afkomstig is en een veel verdere bestemming heeft. Het gaat dan niet alleen om Zuidfranse plaatsen als bijvoorbeeld Avignon, Marseille, Orange en Toulouse, maar ook om bestemmingen die liggen in Italië, Portugal en Spanje.

## 1.5 Prijs, kwaliteit en verkrijgbaarheid

### **Prijs**

De prijs die in Frankrijk voor heroïne moet worden betaald is hoog. Hier moet bij worden opgemerkt dat men het niet over de prijs kan hebben zonder ook de zuiverheid in beschouwing te nemen. Daar het is in Frankrijk niet uitzonderlijk heroïne aan te treffen met een zuiverheid van slechts 5% of 10%, zegt de prijs an sich, zonder de zuiverheid, niet zo veel. Anders gezegd, het gaat om de prijs/kwaliteit-verhouding.

Cesoni & Schiray noemen in hun overzicht uit 1992 ook de prijzen die in Frankrijk voor drugs worden betaald. Deze prijsinformatie is, zo staat vermeld, direct verkregen bij 'gespecialiseerde personen'.<sup>36</sup> Volgens deze bronnen bedroeg in 1990 de prijs van heroïne, met een zuiverheid van 5% tot 10%, tussen de 800 en 1.200 frank per gram. Deze prijzen zouden stabiel zijn.

Het Ministerie van Binnenlandse Zaken geeft sinds enige tijd een Dossier Stups (de afkorting van Stupéfiant) waarin de gemiddelde straatprijzen van verschillende drugs staan vermeld. Alle regionale recherchediensten (Services Régionaux de Police Judiciaires) hebben hieraan meegewerkt. In het Dossier Stups van april 1995 staan de prijzen voor heroïne van zowel 1993 als 1994 aangegeven.<sup>37</sup>

In 1993 waren de prijzen voor heroïne per gram, uitgesplitst naar verschillende grote steden als volgt:

- Tot 800 frank: Parijs, Versailles, Lille, Marseille
- Van 800 tot 1000 frank: Bordeaux, Toulouse, Rouen, Reims, Nancy
- Meer dan 1000 frank: de rest van Frankrijk

In 1994 waren de prijzen voor een gram heroïne, uitgesplitst naar regio, de volgende:

- Tot 600 frank: Nord, Pas de Calais
- Van 600 tot 800 frank: Ile-de-France, Provence-Côte d'Azur, Normandië
- 800 tot 1000 frank: de rest van Frankrijk
- Meer dan 1000 frank: Bourgondië, Bretagne

Het Ministerie van Binnenlandse Zaken neemt steekproeven van de doses heroïne die op straat worden aangeboden. Een dosis heroïne, die uit 0,2 gram zou moeten bestaan, weegt in de praktijk meestal minder. Het is niet ongebruikelijk dat een dosis slechts 0,1 of 0,05 gram bedraagt.<sup>38</sup> De prijs van een dosis is evenwel bijna altijd 200 frank. De feitelijke prijs per gram ligt daarmee aanzienlijk hoger dan de zojuist aangegeven 600 tot 800 frank.

Vergelijkt men deze prijzen met die van andere Westeuropese landen, dan liggen de prijzen in Frankrijk hoog. Het is moeilijk dit prijsmechanisme goed te verklaren. Wel kan er worden gewezen op enkele mogelijke factoren van invloed.

Elk prijsmechanisme reageert op vraag en aanbod. Eén van de mogelijke redenen van de hoge prijs van heroïne is dat de markt in Frankrijk nog niet is verzadigd. De heroïne-epidemie in Frankrijk is later begonnen dan die in bijvoorbeeld Nederland. Zag men in Nederland gedurende de jaren zeventig een verspreiding van het gebruik, in Frankrijk gebeurde dit een decennium later, met een piek halverwege de jaren tachtig. Tegenwoordig breidt de epidemie zich nog steeds uit in Frankrijk, zoals ondermeer is te zien in Noord-Frankrijk. Het feit dat er nog steeds 'groei' zit aan de vraagkant, kan ten dele de hoge heroïneprijs verklaren.

Een andere reden van de hoge prijs van heroïne in Frankrijk is waarschijnlijk dat elk druggebruik in Frankrijk strafbaar is en in principe wordt vervolgd. Cannabisgebruik wordt weliswaar lang niet altijd vervolgd, maar met heroïnegebruik is dit wel degelijk het geval. Dit betekent dat gebruikers zich moeten verstoppen en dat gebruik en klein- of straathandel zich zo veel mogelijk in het verborgene afspelen, wat de prijs kan doen opdrijven.

Tot slot, een laatste verklaring voor de hoge prijs van heroïne in Frankrijk zou kunnen zijn dat er zo weinig substitutieprogramma's zijn. In Nederland heeft men gezien dat grootschalige methadonprogramma's hebben geleid tot een daling van de heroïneprijs. Methadonprogramma's doen immers de vraag naar heroïne afnemen, wat heeft geresulteerd in een prijsdaling (de wet van vraag en aanbod).

### **Kwaliteit**

Over het algemeen genomen is de kwaliteit van de heroïne in Frankrijk laag. Dit blijkt uit de monsters die zijn genomen door de gerechtelijke laboratoria in Lyon en Parijs.

Uit gesprekken met verschillende gebruikers komt eenzelfde beeld naar voren; volgens hen is de kwaliteit van de heroïne die op de markt wordt aangeboden, de afgelopen jaren gedaald. Dit leest men ook in het werk van Nelly Boulanger over heroïnegebruikers in het departement Seine-Saint-Denis. Volgens de geïnterviewde gebruikers is de afgelopen 10 jaar de kans om 'rotzooi' ('*arnaque*') te krijgen groter geworden, dat wil zeggen heroïne van zeer slechte kwaliteit, of misschien helemaal geen heroïne.<sup>39</sup> De lage kwaliteit en de geringe of het geheel ontbreken van enige flash, verklaart ondermeer waarom sommige gebruikers af en toe wat crack bijgebruiken en sommigen van hen zelfs geheel overstappen op deze drug.<sup>40</sup>

In Parijs bestaan grote verschillen in de zuiverheid van heroïne; deze kan variëren van enkele procenten tot uitschieters van 50%. Als in Parijs heroïne met een relatief hoge zuiverheidsgraad (30% tot 50%) wordt aangetroffen, dan is dit meestal in het 13e arrondissement, le quartier chinois.<sup>41</sup> Het gaat dan waarschijnlijk om Chinese of Vietnamese netwerken die de – witte – heroïne direct importeren. Deze witte heroïne is in Parijs echter vrij zeldzaam. Het is in Parijs überhaupt zeldzaam om heroïne van een dergelijke zuiverheid aan te treffen.

De heroïne die gewoonlijk op straat wordt aangeboden is bruin van kleur ('Turkse') en van lage kwaliteit. De zuiverheid varieert over het algemeen van zo'n 5% tot 20% (uitschieters daargelaten). In het 18e arrondissement, het deel van Parijs waar veel verslaafden te vinden zijn, is de heroïne meestal van slechte kwaliteit: 5% tot 10%. In andere arrondissementen zoals het 1e, 7e, 10e of het eerder genoemde 13e, is de zuiverheid van de heroïne wellicht hoger, maar over het algemeen echter is deze in Parijs laag.<sup>42</sup>

Eerder is al gewezen op de enigszins bijzondere situatie in Zuid-Frankrijk omdat daar niet zozeer bruine, maar vooral witte heroïne op de markt wordt aangeboden. Zo'n 80% van de heroïne die hier is onderschept betreft witte heroïne. Deze heroïne is onderzocht door het politielaboratorium in Lyon. De zuiverheid bleek ongeveer 15% te zijn. De stoffen waarmee de heroïne was versneden waren hoofdzakelijk cafeïne en paracetamol.

De variabele kwaliteit van de heroïne is waarschijnlijk een belangrijke verklaring voor het relatief hoge aantal overdoses in Frankrijk.<sup>43</sup> Vergeleken met de heroïne op de Nederlandse markt is de heroïne in Frankrijk van zeer lage kwaliteit. Het relatief hoge aantal Fransen dat in Nederland (Rotterdam) overlijdt aan een overdoses kan hieruit worden verklaard.

Verschillende gebruikers in Parijs hebben er in gesprekken op gewezen dat de heroïne van zulk een lage kwaliteit is en dat deze de afgelopen jaren zo is gedaald. Werd voorheen vooral witte heroïne op de markt aangeboden (geïmporteerd door Fransen en later Chinezen), sinds eind jaren tachtig is er bijna alleen nog bruine ('Turkse') heroïne op de markt. Deze heroïne is naar zeggen van de gebruikers van lagere kwaliteit dan de Chinese.

De straathandel is in Frankrijk sinds de jaren tachtig in handen van Tunesiërs. Verkochten zij eerst de Chinese heroïne, later, sinds de Turkse heroïne de markt is gaan domineren, gingen zij deze verkopen. Sinds de jaren negentig zijn er in Parijs Afrikaanse straatverkopers bijgekomen die soms een concurrentie betekenen voor de Tunesiërs. Afrikaanse straatverkopers bieden in de veel gevallen twee producten aan, naast heroïne ook crack.<sup>44</sup>

### **Verkrijgbaarheid**

Vergeleken met Nederland is het in Frankrijk op het eerste gezicht vrij moeilijk om heroïne te krijgen. Althans, het is veel minder zichtbaar dan in Nederland. Omdat zowel de gebruiker als de (kleine) handelaar te vrezen hebben van de politie, speelt de (klein)handel in Frankrijk zich vooral in het verborgene af.

Elk druggebruik is in Frankrijk volgens de wet een misdrijf waarvoor men in principe kan worden vervolgd. Cannabisgebruik mag dan weliswaar lang niet altijd



worden vervolgd,<sup>45</sup> heroïnegebruik wordt dit in veel gevallen wel, al biedt de wet hiervoor een ontsnappingsclausule in de vorm van een te volgen kuur, de *injonction thérapeutique*. De heroïnegebruiker krijgt deze mogelijkheid echter niet ad infinitum aangeboden, maar meestal alleen bij een eerste constatering van het misdrijf druggebruik. Zelfs al wordt de gebruiker uiteindelijk niet vervolgd, hij wordt in ieder geval door de politie meegenomen naar het bureau, waar proces-verbaal wordt opgemaakt en de heroïnegebruiker enkele uren tot een nacht in verzekeringstelling moet doorbrengen. Ook wordt hem de hoeveelheid aangetroffen heroïne ontnomen. Deze omstandigheden hebben er toe geleid dat de handel zich vooral in het geniep afspeelt. Deze is dus minder zichtbaar, maar vindt natuurlijk wel plaats. Iemand die heroïne wenst, zal zijn waar toch wel weten te vinden.

Nogmaals, op het eerste gezicht is deze handel minder zichtbaar dan in bijvoorbeeld Nederland. Dit is echter ook betrekkelijk, het is namelijk ook sterk afhankelijk van waar men gaat kijken. Vergelijkt men bijvoorbeeld de Amsterdamse scene met die in Parijs, dan is het grote verschil dat de scene in Amsterdam zich grotendeels afspeelt in de binnenstad en dus veel beter zichtbaar is voor een leek of onbekende (zoals een toerist). In Parijs zijn de scenes wat periferer gelegen, zoals in het 18e arrondissement of in de voorsteden – in ieder geval gebieden waar een bezoeker of toerist niet zo snel zal komen. Voor de niet-ingewijde buitenstaander is de drugscene in Parijs daarom veel minder zichtbaar dan in Amsterdam, terwijl dit verschil voor de heroïnegebruiker veel minder groot is.

Er zijn in de Parijse regio verschillende cafés te vinden waar aan de toog heroïne wordt verkocht. Deze bevinden zich bijvoorbeeld in Parijse wijken als Barbès, Goutte d'Or en Belleville, maar ook in sommige voorsteden zoals in het departement Seine-Saint-Deins.<sup>46</sup> Als men de weg een beetje weet (of een goede gids heeft), kan men in de Parijse regio ook plaatsen vinden waar veel dealers zijn geconcentreerd.<sup>47</sup>

Sinds enkele jaren doet zich in de Parijse regio een ontwikkeling voor dat heroïne niet altijd even gemakkelijk is te krijgen. Crack heeft op sommige plaatsen namelijk min of meer de plaats van de heroïne ingenomen. De reden hiervoor is dat sommige dealers liever crack verkopen dan heroïne omdat die handel in de eerste nu eenmaal lucratiever is. Een crackdosis is weliswaar goedkoper dan een dosis heroïne (200 frank tegen 100 frank) maar het effect van crack is van veel korter duur, dus de gebruiker zal zijn dealer weer snel opzoeken. Vanuit het oogpunt van de dealer is crack interessanter omdat deze stof beter klanten aan hem bindt.

Dat sommige heroïnegebruikers de 'overstap' maken van heroïne naar crack (in de zin van voornaamst gebruikte drug) heeft mogelijk te maken met de lage zuiverheid van heroïne en de hoge prijs die hiervoor moet worden betaald. Verschillende langdurige heroïnegebruikers wezen er bijvoorbeeld op men bij een heroïnedosis van 200 frank niet zeker is een flash te voelen, terwijl men deze zekerheid wel heeft bij een crackdosis van 100 frank, ook al is het effect in dat geval van korte duur.

Met name prostituées zijn overgestapt van heroïne op crack. Een onder hen veelgehoorde klacht is dat de lage kwaliteit heroïne niet meer verwarmt (normaliter krijgt

men het warm van heroïne): *l'héroïne ne rechauffe plus*. Gelet op hun werkzaamheden is dit een belangrijk aspect en stappen zij dus liever over op een drug waar zijn nog wel enige 'waar' voor hun geld krijgen.

## 1.6 Conclusie

In dit hoofdstuk is een overzicht gegeven van de aanbodzijde van heroïne: de handel. Allereerst is beschreven uit welke landen de grondstof van heroïne, opium, vandaan komt en via welke routes zij naar Europa komt. Het overgrote deel van de heroïne op de Europese markt wordt gemaakt op basis van opium uit Afghanistan. Via landen als Pakistan, Iran en Turkije bereikt de heroïne of morfinebase vervolgens de Europese markt. Turkije speelt een sleutelrol in de verdere handel in de richting van Europa. Niet alleen is het land hiervoor uitermate geschikt gelet op zijn geografische ligging en zijn invloedssferen in met name Oostelijke richting, de Turkse diaspora in Europa maakt een verdere distributie goed mogelijk. Een vrij recente ontwikkeling is dat er in Turkije nu ook verschillende laboratoria zijn waar morfinebase wordt verwerkt tot heroïne.

De traditionele handelsroute van de heroïne vanuit Zuidoost-Europa naar West-Europa is de zogenaamde Balkanroute. Alhoewel deze route nog steeds belangrijk is, zijn de handelsroutes sinds de Balkanoorlog en het wegvallen van het ijzeren gordijn in sterke mate gediversificeerd. Steeds vaker lopen zij tegenwoordig via Oost-Europa. Een andere route die wordt gebruikt is de Middellandse Zee.

Ondanks de diversificatie van de handelsroutes, bereikt het grootste deel van de heroïne nog steeds via landroutes West-Europa. Of de heroïne nu via de traditionele Balkanroute of via Oost-Europa naar West-Europa komt, Duitsland is in de meeste gevallen de 'poort' tot de Europese Unie. Niet voor niets onderschept Duitsland 30% van de totale heroïnevangsten in de Europese Unie.

Wordt gekeken naar de heroïne die in Frankrijk wordt onderschept, dan blijkt een aanzienlijk en groeiend deel uit Nederland afkomstig. Ondanks de ernst van deze kwestie, moeten er toch ook enige kanttekeningen bij deze cijfers worden geplaatst. Zo is het bijvoorbeeld vreemd dat er zo weinig heroïne wordt onderschept uit landen als Duitsland, Italië, Turkije en Zwitserland. Het vermoeden bestaat dat de heroïne uit Nederland is oververtegenwoordigd in de Franse statistieken. Dit zou betekenen dat andere aanvoerroutes hierin zijn ondervertegenwoordigd. Daarnaast kan men zich afvragen of er überhaupt wel zo veel heroïne wordt onderschept in Frankrijk. Met het oog op de grootte van de Franse afzetmarkt en vergeleken met de heroïnevangsten van andere (grote) Westeuro-pese landen, zijn deze hoeveelheden in ieder geval weinig imponerend.

De prijs die voor heroïne in Frankrijk moet worden betaald is over het algemeen hoog. Bezien over heel Frankrijk bedraagt de prijs 800 tot 1.000 frank per gram. De kwaliteit van de heroïne die wordt aangeboden is laag. Verschillende monsters die in Parijs zijn genomen wezen er op dat de zuiverheid over het algemeen lag tussen de 5%

### *Heroïne, cocaïne en crack in Frankrijk*

en 20%. In het 18e arrondissement van Parijs, een deel van de stad met veel verslaafden, is deze zeldzaam hoger dan 10%; een zuiverheid van 5% is hierbij zeker geen uitzondering. Dit is in overeenstemming met wat naar voren is gekomen uit de vele gesprekken die met verslaafden zijn gevoerd. Volgens hen is de kwaliteit de afgelopen jaren alsmat gedaald.

Heroïne is op het eerste gezicht niet zo gemakkelijk te verkrijgen in Frankrijk. Dit is echter ook betrekkelijk en sterk afhankelijk van de plaats waar men gaat kijken. Een groot verschil met Nederland is namelijk dat de scenes in Frankrijk meestal veel periferer liggen dan in Nederland, en daardoor veel minder zichtbaar zijn voor de niet-ingewijde. Iemand die op zoek is naar heroïne, zal deze wel weten te vinden. In bepaalde wijken is het erg eenvoudig om heroïne te krijgen, evenals in sommige cafés in de Parijse regio.

De laatste jaren doet zich de ontwikkeling voor dat het soms eenvoudiger is om crack te vinden dan heroïne. Het is onduidelijk wat hier precies de oorzaak van is. Voor dealers is het in ieder geval vaak lucratiever om crack in plaats van heroïne te verkopen. Een mogelijke verklaring voor de populariteit van deze drug is dat de kwaliteit van de heroïne zo laag is.



## 2 De vraagkant van heroïne: de gebruikers

### 2.1 Inleiding

De ontwikkeling van het heroïnegebruik in West-Europa is in grote lijnen bekend. De stof werd, uitzonderingen daargelaten, voor het eerst gebruikt in de jaren zestig. In deze beginperiode was dit gebruik een modeverschijnsel met een wat elitair en kunstzinnig imago. In de jaren zeventig ging het gebruik zich verspreiden onder lagere inkomensgroepen en ging het zich als probleem manifesteren.

De epidemie van heroïnegebruik heeft zich in Frankrijk, in vergelijking met bijvoorbeeld Nederland, laat ontwikkeld. Zag men in Nederland een toename van het gebruik gedurende de jaren zeventig, in Frankrijk was het pas in de jaren tachtig dat het gebruik van heroïne zich wijder ging verspreiden, althans voor zover men kan afgaan op de cijfers hierover. Statistieken van de drugshulpverlening waarbij één der variabelen bestaat uit het jaar waarin voor het eerst intraveneus drugs werd gebruikt, lijken hier in ieder geval op te wijzen.<sup>48</sup> Uit dergelijke statistieken komt naar voren dat deze 'aanwas' in het begin van de jaren tachtig flink gaat stijgen en vervolgens gedurende het gehele decennium hoog is gebleven. In de jaren negentig is de aanwas vervolgens ook aanzienlijk, maar lager dan in de jaren tachtig. De aanwas neemt dus af, maar men heeft niet kunnen verhinderen dat het verschijnsel drugverslaving ook in de jaren negentig nog steeds in omvang toeneemt. Niet voor niets spreekt het *Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et la toxicomanie* van de vorige regering Balladur van een 'phénomène en développement'.<sup>49</sup>

Gelet op de gemiddelde leeftijd en zijn ontwikkeling, dan ziet men een populatie van druggebruikers die langzaam ouder wordt. Vergeleken met Nederland is deze gemiddelde leeftijd in Frankrijk lager en verloopt de stijging hiervan ook wat langzamer, hetgeen er op duidt dat de aanwas van jonge gebruikers in Frankrijk hoger is en het einde van de epidemie nog niet in zicht is. Een dergelijke conclusie trekt men overigens al snel na een bezoek aan een zorginstelling in Frankrijk, waar opvalt dat de gemiddelde leeftijd, in ieder geval op het eerste gezicht, zo veel lager ligt dan bij vergelijkbare zorginstellingen in Nederland.

Het is onbekend hoeveel het aantal gebruikers van heroïne in Frankrijk bedraagt. Over het algemeen zou men kunnen stellen dat hoe meer het gebruik van iets verboden is en wordt bestreden, des te meer het gebruik zich afspeelt in het verborgene en de cijfers onbetrouwbaarder zijn.

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de beschikbare gegevens over de gebruikers van heroïne. Allereerst zal worden ingegaan op de beschikbare prevalentiecijfers. Zoals zal blijken zijn deze weinig betrouwbaar; men dient hier dus een slag om de arm te houden. Voor een nadere – kritische – beschouwing over de beschikbare schattingen van het aantal verslaafden in Frankrijk wordt verwezen naar de bijlage.

Nadat is ingegaan op de prevalentie van heroïne, zal worden ingegaan op de gebruikers. Op grond van de gegevens die er over hen zijn zullen enkele van hun 'karakteristieken' worden besproken. Ook hier moet een zekere slag om de arm worden gehouden. Het overzicht is namelijk grotendeels gebaseerd op gegevens van de zorg, en deze bereikt slechts een deel van de verslaafden. In dit overzicht zullen ook de cijfers worden genoemd met betrekking tot de prevalentie van verschillende infectieziekten, zoals HIV en hepatitis. Tot slot zal worden ingegaan op de morbiditeit en levensverwachting van de verslaafden.

## 2.2 Prevalentie

Eén van de uitgangspunten van de Franse drugswetgeving is dat de anonimiteit is gewaarborgd indien een beroep wordt gedaan op de hulpverlening. Hierdoor is het dus niet mogelijk verslaafden die zich bij de zorg melden te registreren. Een geïnformatiseerd systeem zoals in Nederland behoort daarom in Frankrijk niet tot de mogelijkheden. Consequentie van de anonimiteitswaarborg is dat er weinig betrouwbare gegevens bestaan over druggebruikers en verslaafden.

Dit verklaart ten dele waarom men in Frankrijk over het aantal verslaafden ('*toxicomanes*') zoveel verschillende getallen hoort. Een ander deel van de verklaring is dat drugsverslaving in Frankrijk geen hoge prioriteit heeft gekregen, zoals bijvoorbeeld blijkt uit de geringe beschikbaarheid van betrouwbare prevalentiecijfers en het geheel ontbreken van bevolkingsstudies. Het geringe budget dat lange tijd voor verslavingszorg beschikbaar was – tot voor kort 450 miljoen frank, het equivalent van dat van een middelgroot ziekenhuis, zo leest men in het rapport Henrion – is een teken van de lage prioriteit die verslavingszorg binnen het gezondheidsbeleid heeft gehad.

De statisticus René Padiou merkte hierover op dat de schattingen van het aantal verslaafden variëren van tienduizend tot enkele miljoenen. Padiou stelt dan ook dat men het eigenlijk gewoon niet weet.<sup>50</sup> Een andere statisticus, Jean-Michel Costes wijst in een recenter statistisch overzicht eveneens op de vele verschillende aantallen die hier de ronde doen.<sup>51</sup>

Een probleem bij deze getallen is dat niet altijd even duidelijk is waar men het over heeft. Nogal eens wordt verzuimd te specificeren wat wordt verstaan onder de in Frankrijk vaak gehanteerde term voor verslaafden, *toxicomanes*. Niet zelden wordt – ook in officiële publikaties – deze term gebruikt om er druggebruikers mee aan te duiden, terwijl hier toch ook een geschikte Franse term voorhanden is: *usagers de drogue*. Over het algemeen echter – maar niet altijd – wordt cannabis buiten beschouwing gelaten als over verslaafden wordt gesproken.

Een volgend probleem dat zich aandient bij de beschikbare prevalentiecijfers, is welke drugs behalve cannabis dan wel worden meegeteld en wat de aard van het gebruik of de prevalentie is: gaat het om lifetimeprevalentie of wordt er gedoeld op de problematische gebruikers, de verslaafden.

### Heroïne, cocaïne en crack in Frankrijk

Schiray en Cesoni noemden in een overzichtswerk uit 1992 verschillende cijfers. Zij merken op dat de meeste cijfers liggen tussen de 80.000 en de 150.000. In dit overzichtswerk wordt het *Observatoire Régional de la Santé Ile-de-France (ORS Ile-de-France)* aangehaald, dat in 1989 uitging van 80.000 verslaafden, waarvan 60% heroïneverslaafd zou zijn. Cesoni en Schiray merken op dat onder verslaafden meestal – expliciet of impliciet – heroïneverslaafden worden verstaan, zonder dat de aard van het gebruik nader wordt gepreciseerd.<sup>52</sup>

De schatting van het aantal verslaafden die men de laatste jaren doorgaans van officiële zijde heeft gehoord, is dat dit aantal ligt tussen de 150.000 en de 300.000. Deze schatting slaat op het aantal drugverslaafden ('in het algemeen'), dat wil zeggen zij die legale stoffen misbruiken of zij die gedurende de laatste maanden regelmatig illegale stoffen hebben gebruikt.<sup>53</sup> De stoffen nicotine en alcohol worden hier echter buiten beschouwing gelaten. De *Délégation Générale à la Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (DGLDT)*, de interdepartementale organisatie die het drugsbeleid coördineert, heeft lange tijd deze schatting aangehouden. Deze schatting en bandbreedte komen tot stand op grond van de volgende gegevens (zie tabel 2.1).

Tabel 2.1 Schatting van het aantal verslaafden

Jaarlijkse instroom	Gemiddelde duur verslaving	
	8 jaar	11 jaar
19.300	<b>154.400</b>	212.300
26.600	188.800	<b>292.600</b>

Bron: Costes (1992)

Zoals blijkt uit tabel 2.1 wordt de jaarlijkse instroom van verslaafden, bestaande uit het aantal dat zich jaarlijks (voor het eerst) meldt bij de hulpverlening, geëxtrapoleerd naar het totale aantal door het te vermenigvuldigen met de veronderstelde, gemiddelde verslavingsduur.

In een recentelijk verschenen statistisch overzicht heeft Jean-Michel Costes een poging gedaan te komen tot een schatting van het aantal verslaafden.<sup>54</sup> Hij merkt er bij op dat het hier gaat om een minimale schatting van het aantal heroïneverslaafden dat zich heeft gewend tot de hulpverlening.<sup>55</sup>

De berekening van het aantal verslaafden komt tot stand met behulp van de demografische theorie van stationaire bevolkingen – dezelfde berekening als zojuist in de tabel werd toegepast. Uitgangspunt van deze theorie is dat de (stationaire) bevolking de volgende karakteristieken heeft: de bevolking kent een constant (stationair) aantal, waarbij het constante aantal geboorten en sterfgevallen elkaar compenseert. De totale bevolking is te berekenen door het product te nemen van het aantal jaarlijkse geboorten en de

gemiddelde levensverwachting. Indien deze theorie wordt toegepast op de populatie verslaafden, dan verstaat men onder de jaarlijkse instroom de mensen die zich in een bepaald jaar voor de eerste keer melden bij de hulpverlening; onder 'levensverwachting' wordt de duur van de verslaving verstaan.

In dit geval wordt de totale populatie verslaafden dan: de jaarlijkse instroom van intraveneuze heroïneverslaafden vermenigvuldigd met de gemiddelde verslavingsduur. De jaarlijkse instroom van verslaafden wordt berekend op grond van cijfers uit 1993 van de *Service des Statistiques, des Etudes et des Systèmes d'Information (SESI)* van het Ministerie van Sociale Zaken.

In 1993 telde de SESI ongeveer 20.000 heroïneverslaafden die voor het eerst een beroep deden op de hulpverlening. Voor de gemiddelde duur van de verslaving wordt een periode van 8 jaar genomen.<sup>56</sup> Op grond van deze cijfers zal de minimale schatting van het aantal heroïneverslaafden ( $20.000 \times 8$ ) 160.000 bedragen.

Hier moet nadrukkelijk bij worden opgemerkt dat dit betekent dat er ten minste 160.000 heroïneverslaafden zijn die zich tot de hulpverlening hebben gewend, waarbij door Costes wordt aangetekend dat de onzekerheidsmarge, die niet precies is te berekenen, groot is. Het enige dat wel met zekerheid kan worden vastgesteld, is dat het aantal heroïneverslaafden ten minste 160.000 bedraagt. Met andere woorden, het zijn er in ieder geval niet minder. Gelet op de aard van de publikatie waarin de schatting van Costes staat – het eerste statistische overzicht van drugs en verslaving van de betrokken regeringsinstanties – mag worden verwacht dat zij de 'officiële' standaard zal worden.

Bij deze schatting van 160.000 zijn enkele kanttekeningen te plaatsen. Ten eerste is het maar de vraag of de theorie van de stationaire bevolking kan worden toegepast om het aantal heroïneverslaafden te schatten. Immers, op grond van welke feiten kan men als uitgangspunt nemen dat het hier gaat om een stationaire (constante) populatie, te meer daar het precieze aantal verslaafden zelfs bij benadering onbekend is? Costes erkent wel dat deze hypothese wat paradoxaal is, maar meent dat toch aan de hypothese van een stationaire bevolking kan worden vastgehouden, omdat het een minimale schatting betreft. Wel voegt hij er aan toe dat "er van uitgaan dat het stationair is, leidt tot een minimale schatting van de omvang".<sup>57</sup>

Costes geeft tegelijkertijd ook de beperking van zijn prevalentieschatting aan, omdat, zo merkt hij op, de beschikbare indicatoren er op wijzen dat het verschijnsel verslaving toeneemt.<sup>58</sup> Een indicator bijvoorbeeld die erop lijkt te wijzen dat het aantal verslaafden toeneemt, is het aantal mensen dat zich meldt bij de drugshulpverlening. Dit aantal blijkt te stijgen, waarmee het des te vreemder wordt dat de theorie van de stationaire bevolkingen wordt losgelaten op de verslaafdenpopulatie. Eén van de aannames van deze theorie is immers een constante instroom. Het aantal mensen dat zich bij de drugshulpverlening meldt blijkt sinds 1988 te zijn verdubbeld, zoals valt af te lezen uit de volgende tabel (2.2). Deze cijfers slaan echter niet alleen op heroïneverslaafden, maar op het totaal aantal personen dat zich bij de drugshulpverlening meldt, de legale en illegale drugs tezamen (nicotine en alcohol uitgezonderd).



*Heroïne, cocaïne en crack in Frankrijk*

Tabel 2.2 Jaarlijkse instroom van totaal aantal personen dat zich voor het eerst meldt bij gespecialiseerde centra van de drugshulpverlening

Jaar	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Instroom	10.660	12.644	15.352	17.234	18.191	21.679

Bron: Carpentier & Costes (1995), p. 37

Bij deze tabel gaat het dus om verschillende drugs. De stijging van het aantal meldingen verschilt per drug. Tussen 1990 en 1991 was er een flinke toename (37%) van cannabis waar te nemen, terwijl deze van 1991 tot 1992 vrijwel nihil was (0,17%). De meldingen voor heroïne daarentegen stegen tussen 1990 en 1991 minder (8%) dan tussen 1991 en 1992 (20%). De drug die de laatste jaren bij de zorg de sterkste stijging doormaakt is cocaïne, of beter gezegd het derivaat hiervan, crack.<sup>59</sup>

Wordt alleen gekeken naar het aantal meldingen voor heroïne, dan blijkt ook hier het aantal meldingen te zijn gestegen. Volgens de cijfers zijn dus zowel het totale aantal meldingen bij de drugshulpverlening, alsook het aantal meldingen van mensen voor wie heroïne de voornaamste drug is, de laatste jaren gestegen.

Volgens de SESI en in navolging daarvan Costes, hoeft dit echter niet per se te duiden op een gestegen aantal verslaafden. De stijging kan ook worden veroorzaakt door een hulpvraag om andere redenen (van psychiatrische aard of in verband met infectieziekten), een grotere bekendheid van de hulpverlening of door een betere respons van de instellingen zelf.<sup>60</sup> Toch lijkt ook het aantal heroïneverslaafden nog steeds stijgende. De dienst SESI, waarvan de cijfers als bron dienden voor de schatting van 160.000, schrijft namelijk dat op basis van de gegevens van de gespecialiseerde centra naar voren komt dat het aantal heroïneverslaafden regelmatig blijft stijgen.<sup>61</sup>

Een tweede kanttekening bij de schatting van 160.000, die door Costes al wordt gemaakt en niet mag worden vergeten, is dat deze schatting louter slaat op de heroïnegebruikers die zich melden bij de hulpverlening. Men mag er dus niet van uit gaan dat hier alle heroïneverslaafden worden meegerekend; niet elke verslaafde meldt zich immers bij de hulpverlening, vooral niet als deze hoogdrempelig is. Het rapport-Henrion schrijft over de drugshulpverlening dat deze onvoldoende is en niet kan voldoen aan de reeds bestaande vraag. Hier komt nog bij, zo staat geschreven, dat de meest gemarginaliseerde gebruikers nagenoeg niet worden bereikt door de hulpverleningsinstellingen.<sup>62</sup> Dit wordt ondersteund door studies die een vergelijking maken tussen de gebruikers die zijn aangehouden door de politie en gendarmerie en de gebruikers die zich melden bij de hulpverlening. Uit deze studies blijkt namelijk dat degenen die bij de hulpverlening terecht komen, over het algemeen leven in een 'relatief beschermde omgeving'.<sup>63</sup> Maar welk deel van de verslaafden wordt bereikt door de drugshulpverlening is niet bekend. Sommigen, zoals bijvoorbeeld Anne Coppel, werkzaam bij de zorginstellingen *Liberté* in Bagneux en *Tolbiac* in Parijs, denken dat de zorg de helft van de verslaafden bereikt.<sup>64</sup> Het DGLDT jaarrapport van 1994 zegt ook iets dergelijks, namelijk dat één op de twee

verslaafden niet in contact is met de zorginstellingen.<sup>65</sup> Ook het Franse Ministerie van Sociale Zaken erkent dat slechts 50% van de verslaafden een beroep doet op de zorg, waar het aan toevoegt dat het met name de meest gemarginaliseerde verslaafden zijn die buiten de zorg vallen.<sup>66</sup> Hiervan uitgaande, zou het aantal verslaafden dus het dubbele van de eerder genoemde schatting kunnen bedragen.

### **2.3 De gebruikers van heroïne**

In de vorige paragraaf is naar voren gekomen dat naar het aantal (problematische) gebruikers van heroïne vooral gegist moet worden. Ook werd gezegd dat de meest gemarginaliseerde druggebruikers niet in contact treden met de zorgverlenende instellingen. De inhoud van deze paragraaf, waarin enkele karakteristieken van de heroïnegebruikers worden besproken, is dan ook met een zeker voorbehoud, omdat zij een weergave is van de mensen die zich bij de hulpverlening melden. Desondanks kan er, op basis van de beschikbare bronnen, natuurlijk wel iets van worden gezegd. De meeste gegevens in deze paragraaf zijn afkomstig uit het statistisch overzicht van Carpentier & Costes. Tenzij anders vermeld, vormt dit overzicht de bron.<sup>67</sup>

Het gebruik van heroïne is in Frankrijk vrijwel altijd intraveneus. Uit gegevens van de SESI blijkt dat van de heroïnegebruikers die zich in 1993 meldden bij de hulpverlening, 87% de stof intraveneus gebruikte. Alleen in Noord-Frankrijk (regio Lille) wordt sinds enkele jaren door jonge gebruikers heroïne gerookt.<sup>68</sup> Dit gebruikspatroon heeft zich waarschijnlijk ontwikkeld onder invloed van de HIV-epidemie en het Nederlandse gebruikspatroon.

Net als elders is in Frankrijk de heroïnegebruiker in de strikte zin des woords tegenwoordig zeldzaam. Polydruggebruik is wijdverspreid en eerder regel dan uitzondering. Volgens de gegevens van de SESI was in 1993 62% van de heroïneverslaafden die in contact waren met de hulpverlening polydruggebruiker. Polydruggebruik zou in opmars zijn.

Het bijgebruik bestaat uit verschillende stoffen, zoals alcohol, benzodiazepines, cannabis, codeïnepreparaten, verschillende geregistreerde opiaten en crack-cocaine. Vergeleken met de Nederlandse situatie, is in Frankrijk vooral het bijgebruik van benzodiazepines, codeïnepreparaten en geregistreerde opiaten wijdverspreid.

Benzodiazepines worden in Frankrijk veel gebruikt door druggebruikers. Een reden hiervoor is dat deze medicijnen over het algemeen erg veel, of in ieder geval vrij gemakkelijk worden voorgeschreven. Gemeten per hoofd van de bevolking, geldt Frankrijk als 's werelds grootste farmaceutische consument. Medicijngebruik in Frankrijk is bijna het dubbele van landen die worden beschouwd als grote consumenten, zoals de Verenigde Staten en Duitsland, en zij is het drievoudige van matige consumptielanden als het Verenigd Koninkrijk en Nederland.<sup>69</sup>

Uit gesprekken met artsen, hulpverleners en druggebruikers bleek dat van sommige artsen bekend is dat zij – al dan niet onder druk – grote hoeveelheden benzodiazepines

voorschrijven. Daarnaast worden er doktersvoorschriften vervalst of gestolen, waarmee in de apotheek wordt gekocht. Dit heeft er toe geleid dat er een levendig straataanbod is van verschillende benzodiazepines. De meest verspreide en populairste benzodiazepine is rohypnol, waarvan op straatprijs ligt op 5 frank per tablet.<sup>70</sup> Een kijkje in het veld, zoals bij *Les Halles*, het Parijse 'pillencentrum', leert hoe eenvoudig het is deze op straat te kopen.

Naast benzodiazepines is er in Frankrijk ook veel bijgebruik van verschillende opiaten, zoals temgesic (buprenomorfine), skenan en moscontin (beide morfinesulfaat).<sup>71</sup> Een deel van dit gebruik is op doktersvoorschrift. Als artsen deze middelen als substitutie voorschrijven aan verslaafden, dan geschiedt dit eigenlijk op illegale wijze, De *Ordre des Médecins* staat deze praktijk namelijk niet toe, om welke reden de *Orde* verschillende artsen die deze middelen als substitutie voorschreven, dan ook heeft berispt. Inmiddels echter wordt deze praktijk min of meer gedoogd. Het is de bedoeling dat aan het illegaal voorschrijven van substitutiemiddelen in 1996 een eind komt, omdat de mogelijkheden om legale middelen als methadon en subutex (buprenomorfine) voor te schrijven zijn verruimd.<sup>72</sup> De aanvankelijke datum die hiervoor stond was 1 januari 1996, later is deze verschoven naar juli 1996.

Door het semi-(il)legale karakter van het voorschrijven van deze middelen aan verslaafden, is het moeilijk vast te stellen om hoeveel mensen het hier precies gaat. Alleen in Parijs heeft men zeker al 1.500 mensen kunnen traceren die morfinesulfaat van hun arts krijgen voorgeschreven,<sup>73</sup> waardoor er vaak van uit wordt gegaan dat het totale aantal, landelijk gezien, rond de 3.000 à 4.000 zal liggen.

Alhoewel nog steeds niet legaal, is het voorschrijven van deze opiaten in de praktijk inmiddels geaccepteerd geraakt. Aangezien deze vorm van substitutie oogluikend wordt toegestaan, zou men hier kunnen spreken van een getolereerde substitutie.

Daarnaast is er ook veel straataanbod van de zjuist genoemde (legale) opiaten. Dit marktaanbod is dermate groot dat het niet moeilijk geheel kan worden verklaard uit wat door artsen wordt voorgeschreven. Een deel van het straataanbod kan waarschijnlijk worden verklaard door diefstal van doktersvoorschriften en inbraken in apotheken, ziekenhuizen en artsenpraktijken.<sup>74</sup> Temgesic is bijvoorbeeld op straat vrij gemakkelijk te kopen in Parijs, zij het minder gemakkelijk dan rohypnol. De straatprijs van temgesic ligt dan ook iets hoger: 10 frank.

Eerder is al vastgesteld dat heroïne in Frankrijk in de meeste gevallen intraveneus wordt gebruikt. Hierbij werd een percentage van 87% genoemd. Intraveneus druggebruik is blijkbaar zulk een vast gebruikspatroon dat ook andere stoffen op deze wijze worden toegediend. Het is bekend dat ook de opiaten in tabletvorm zoals temgesic, skenan, moscontin, rohypnol veel intraveneus worden gebruikt.<sup>75</sup> Daarnaast, maar hiermee wordt vooruit gelopen op het hoofdstuk over cocaïne en crack, wordt ook crack gespoten, ook al is deze drug ontwikkeld en op de markt gebracht als rookbare drug.

Naast deze verschillende middelen die te verkrijgen zijn op doktersvoorschrift bij de apotheek of anders eventueel op straat, zijn er in Frankrijk bij de apotheek produkten in de vrije verkoop die veel worden gebruikt door druggebruikers of ex-gebruikers die ze

als substitutie gebruiken. Het gaat hier met name om codeïnepreparaten, waarvan er ruim honderd – naar het schijnt 144 – in de vrije verkoop zijn bij de apotheek. Gebruikers krijgen van deze middelen geen kick of roes, maar zij dienen als onderhoudsbasis of als (surrogaat-)substituut voor heroïne. In dit opzicht vervullen zij in de praktijk dezelfde rol als methadon in Nederland. Het veruit populairste codeïnepreparaat is *néocodion*, een hoestmiddel dat voor zo'n 12 frank per doosje van twintig tabletten bij (vrijwel) elke apotheek te koop is. Jaarlijks worden er in Frankrijk 11 miljoen doosjes *néocodion* verkocht, waarbij er in – naar schatting – 95% van de gevallen geen sprake is van medische indicatie.<sup>76</sup> Vrijwel alle *néocodion* wordt dus verkocht aan (ex-)heroïnegebruikers. Uit gesprekken met hulpverleners en (ex-)gebruikers is gebleken dat het gebruik van verschillende doosjes per dag geen uitzondering is, vooral niet als het iemand betreft die veel heroïne heeft gebruikt en nu *néocodion* aanwendt ter volledige vervanging.

### Sekse en Leeftijd

Ook in Frankrijk zijn de gebruikers van heroïne overwegend mannen. Van degenen die in contact komen met politie en justitie is 90% man. Bij de hulpverlening vertegenwoordigen de mannen een iets kleiner deel, 75%. Op basis van twee bronnen komt naar voren dat de heroïnegebruiker een gemiddelde leeftijd heeft van 27 à 28 jaar.<sup>77</sup> Deze gemiddelde leeftijd is sinds een aantal jaren licht stijgende (zie tabel 2.3).

Tabel 2.3 Gemiddelde leeftijd van heroïnegebruikers zoals bekend bij enkele bronnen

	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Zorg	-	-	-	26,8	27,3	27	27,2	27,6	-
OCRTIS	24,1	24,5	25	25,3	26,4	26,7	26,6	26,9	27,1
Overdosis <sup>78</sup>	25,1	26,0	26,7	26,1	27,6	27,2	28,2	28,8	28,8

Bron: Carpentier & Costes (1995), p. 53.

### Nationaliteit en etniciteit

Over de afkomst of etniciteit van druggebruikers bestaan in Frankrijk geen gegevens. De wet van 6 januari 1978, de *loi informatique et liberté*, of beter gezegd de jurisprudentie van deze wet, verbiedt dit namelijk. Dit soort registratie ligt in Frankrijk gevoelig vanwege de tweede wereldoorlog. Hierdoor is het onmogelijk om in Frankrijk onderzoek te doen naar – bijvoorbeeld – heroïnegebruikers van Noordafrikaanse afkomst.

Al kan de etniciteit van druggebruikers niet uit statistieken worden herleid, de nationaliteit kan wel worden achterhaald. Deze zegt echter weinig, omdat tot voor kort gold dat iedereen die op Frans grondgebied werd geboren automatisch de Franse nationaliteit kreeg.<sup>79</sup> Veel mensen van bijvoorbeeld Afrikaanse en Maghrebijnse afkomst of zij die afkomstig zijn van de verschillende Franse overzeese gebiedsdelen,<sup>80</sup> die in Nederland zouden gelden als allochtoon, staan in Frankrijk niet als zodanig 'geregistreerd'.

Volgens de verschillende bronnen die Carpentier & Costes hebben geraadpleegd, heeft – afhankelijk van de bron – tussen de 65% en de 90% van de verslaafden de Franse nationaliteit. Dit is lager dan het landelijke cijfer als wordt gekeken naar dezelfde leeftijd. De verklaring die Carpentier & Costes hiervoor geven is dat verslaving een hoofdzakelijk urbaan verschijnsel is dat met name veel voorkomt in wijken met een bovengemiddeld aandeel van buitenlanders (d.i. iemand met een andere dan de Franse nationaliteit). Dit is bijvoorbeeld te zien in de regio Ile-de-France, waar, afgaande op de gegevens van de drugshulpverlening, meer dan een kwart van het totaal aantal verslaafden te vinden is. In deze regio Ile-de-France zijn er twee keer zoveel buitenlanders (d.i. niet-Fransen) als in de rest van het land.

Dergelijke cijfers geven wel aan dat buitenlanders bovenproportioneel zijn vertegenwoordigd onder de verslaafden, maar zij geven waarschijnlijk toch een onderwaardering van het werkelijke verband dat er bestaat tussen minderheidsgroepen en problematisch druggebruik. Gaat men bijvoorbeeld naar een achterstandsbuurt in Parijs of naar één van de problematische banlieues rondom deze stad, dan is de hoge vertegenwoordiging van allochtonen onder verslaafden toch opvallend.

Het jaarverslag van de zorginstelling *La Boutique* spreekt in dit opzicht boekdelen. *La Boutique* bevindt zich in het 18e arrondissement van Parijs, 'strategisch' gelegen tussen Porte de la Chapelle (een bekende tippelzone), de wijk Goutte d'Or (veel bezocht door heroïnegebruikers) en de wijk rond het metrostation Stalingrad (het crack-centrum). *La Boutique* is één der de weinige laagdrempelige zorginstellingen in Frankrijk. Vanwege de lokatie en laagdrempeligheid van *La Boutique*, behoort haar clientèle over het algemeen tot de gemarginaliseerde druggebruikers. Uit een steekproef van 176 bezoekers bij wie een enquête is afgenomen, blijkt dat 77% van de bezoekers de Franse nationaliteit heeft, hetgeen impliceert dat 23% een buitenlandse nationaliteit heeft. Over degenen met een Franse nationaliteit wordt opgemerkt dat een zeer groot aantal afkomstig is uit de verschillende Franse overzeese gebiedsdelen DOM-TOM.<sup>81</sup> Het jaarverslag geeft verder aan dat 72% van de geënquêteerde bezoekers dakloos is, 27% ontvangt bijstand (*RMI*) en 56% heeft geen enkele inkomstenbron.

Het feit dat minderheden relatief meer dan autochtone Fransen op een problematische wijze drugs gebruiken, hoeft niet per se te duiden op een direct sociaal-cultureel of minderhedenprobleem, maar kan eveneens een uiting zijn van een algemene, maatschappelijke problematiek. In de achterstandsgebieden bevinden zich namelijk niet alleen onder de minderheden, maar ook onder de 'autochtone' Fransen relatief veel verslaafden.<sup>82</sup> Minderheden zijn, gelet op hun achterstandspositie, nu eenmaal meer woonachtig in achterstandsgebieden dan in de betere *bourgeois*-buurten en worden daardoor relatief meer getroffen door de drugsproblematiek.

Weliswaar wordt in Frankrijk wel erkend dat bepaalde maatschappelijke problemen verweven zijn met de problematiek van (etnische) minderheden, maar het lijkt of men hier in het politieke debat niet zo op durft te wijzen, vrezend daarmee het extreemrechtse *discours* te voeden. Ook deskundigen wijzen om deze reden niet graag op de bovenproportionele vertegenwoordiging van minderheidsgroepen onder verslaafden.

Niet vergeten moet worden dat bij eerste ronde van de laatste presidentsverkiezingen in 1995, 20% van de stemmen naar extreem rechts was gegaan; 15% had gestemd voor Le Pen, 5% voor De Villiers. Een van de hoofdthema's van extreem rechts is immers de maatschappelijke problemen in verband te brengen met minderheden.

Vreemd genoeg wordt er in Frankrijk niet vaak gewezen op de samenhang tussen sociale problematiek enerzijds en verslaving of problematisch druggebruik anderzijds. Eén van de mogelijke verklaringen hiervoor is het hardnekkige idee dat druggebruik en verslaving alle lagen van de samenleving raken: *la toxicomanie touche toutes les couches sociales*. Hier wordt dan vaak aan toegevoegd dat druggebruik en verslaving in de achterstands- buurten eerder zichtbaar zijn en zich – wellicht – eerder als probleem zullen manifesteren dan in betere buurten.

Het hardnekkige idee – of misschien is het beter te spreken van een dogma – dat er van uit gaat dat alle lagen van de bevolking te maken hebben met de verslavings- problematiek, heeft ook te maken met het Franse 'model' van druggebruik en verslaving, dat er van uitgaat dat de oorzaken hiervan in de eerste plaats liggen op het individuele vlak, in plaats van de nadruk te leggen op achterliggende sociale problematiek.<sup>83</sup>

### **Sociale context**

Er zijn niet veel harde gegevens te vinden over de sociaal-economische achtergronden van druggebruikers. Iedereen die zich in Frankrijk op een serieuze manier met de drugsproble- matiek bezighoudt, weet dat deze in de achterstandsgebieden veel groter is dan in de betere buurten. Vreemd genoeg wordt hier toch weinig op gewezen. Een deel van de verklaring is dat de psychiaters tot voor kort het 'monopolie' hadden op de verslavingszorg. Het Franse psychiatrische model dat een flinke psycho-analytische component heeft, zoekt de oorzaken van de verslaving eerder bij het individu dan bij de sociale context van dit individu. Weliswaar wordt hierbij erkend dat sociale factoren ook een rol spelen en van invloed zijn op het individu, maar verslaving wordt toch vooral gezien als iets dat indivi- dueel van aard is. Deze wijze waarop tegen verslaving wordt aangekeken heeft ondermeer tot gevolg dat dieperliggende, sociale oorzaken of factoren hierdoor gemaskeerd kunnen raken of onvoldoende worden erkend.<sup>84</sup> Dit concept van het fenomeen verslaving – men zou van een paradigma kunnen spreken – heeft in Frankrijk standgehouden tot in het begin van de jaren negentig. Vanaf dat moment zijn ook anderen, zoals sociologen en (huis)artsen, zich met de verslavingsproblematiek gaan bezighouden.

Carpentier & Costes hebben in hun overzicht een kaart van Frankrijk afgedrukt met het aantal heroïneverslaafden (15-39 jaar) per 100.000 inwoners. De gebieden die er uit springen zijn de regio's Nord, Ile-de-France (regio Parijs), Lorraine en Alsace (Noord- Oosten), en Languedoc en Provence-Côte d'Azur (Mediterraan Frankrijk). Van deze regio's zijn er drie die in de hoogste categorie<sup>85</sup> vallen: Nord, Ile-de-France en Provence-Côte d'Azur. Het is algemeen bekend dat dit de gebieden zijn met de meeste verslaafden. Alhoewel hier niet al te zeer kan worden gegeneraliseerd, hebben deze regio's wel enige overeenkomsten. Carpentier & Costes spreken hier over de culturele en sociaal- economische omstandigheden, de urbanisatiegraad, en de communicatienetwerken. Ook

wijzen zij op de context van handelsnetwerken en de nabijheid van internationale grenzen die de regionale verschillen kunnen verklaren. De arts Jean Carpentier, voorzitter van het artsennetwerk *REPSUD-IDF*, heeft er op gewezen dat de regio's met veel verslaafden, dezelfde regio's zijn als waar veel extreem-rechts wordt gestemd.<sup>86</sup> Met andere woorden, de verslavingsproblematiek hangt samen met marginaliteit en sociaal-economische problemen. Voor een Nederlander die zich bezighoudt met de drugs-problematiek mag dit een vanzelfsprekendheid zijn, in Frankrijk is dit besef veel minder doorgedrongen.

Op basis van de enquête de novembre uit 1993 van de SESI komt het volgende beeld van heroïneverslaafden naar voren.

- De **opleiding** van verslaafden is over het algemeen laag, dat wil zeggen lager dan het gemiddelde van dezelfde leeftijdscategorie binnen de gehele bevolking. Uit een enquête die in 1992-93 werd uitgevoerd onder verslaafden die zich hadden aangemeld bij gespecialiseerde drugshulpverlening ('*centres spécialisés*'), bleek tweederde van deze verslaafden niet verder te zijn gekomen dan de zogenoemde eerste cyclus van de middelbare school. Vertaald naar de Nederlandse situatie houdt dit in dat zij tot halverwege de middelbare school zijn gekomen.
- De **sociale integratie** van verslaafden is matig tot slecht. In 1993 had ongeveer een derde van de verslaafden werk, maar hun situatie wordt "precair" genoemd, daar het bij meer dan de helft van de gevallen om tijdelijk werk ging. Bijna de helft van de werkers, 14% van het totaal, had dus een vaste baan. In 1992 ging het hier vooral om werknemers ('*employés*') en arbeiders. 61% van de verslaafden die zich in 1993 bij de hulpverlening aanmeldden was werkloos. 31% van de verslaafden kreeg bijstand ('*Revenu Minimum d'Insertion*', *RMI*), wat voor een alleenstaande neerkomt op ongeveer 2300 frank.

Voor de volledigheid zij nogmaals opgemerkt dat deze gegevens iets zeggen over de verslaafden die een beroep doen op de hulpverlening. Zij kunnen dus niet worden geëxtrapoleerd naar de gehele verslaafdenpopulatie. Zoals al eerder is opgemerkt, wordt een aanzienlijk deel van de verslaafden niet door de zorg bereikt. Een geluid dat men vaak hoort is dat de zorg slechts de helft van de verslaafden weet te bereiken. Ook het Ministerie van Sociale Zaken gaat hier van uit, waar het aan toevoegt dat degenen die niet door de zorg worden bereikt, over het algemeen de meest gemarginaliseerde verslaafden zijn.<sup>87</sup>

## 2.4 Morbiditeit en mortaliteit

### Hepatitis

Over de prevalentie van hepatitis B en C doen verschillende cijfers de ronde. Het rapport Henrion stelt dat 60% à 80% van de verslaafden in contact is geweest met hepatitis B, van wie 5% à 10% het virus bij zich zullen blijven dragen en vatbaar zijn voor een chronische hepatitis die zou kunnen resulteren in een cirrhose of leverkanker.

De SESI heeft in zijn laatste enquête uit 1993 voor het eerst een vraag gesteld over hepatitis C. Omdat dit pas de eerste keer was dat deze vraag werd gesteld, was het slechts 41% die zijn serologische status met betrekking tot hepatitis C kende. Van deze groep verklaarde 43% besmet te zijn met het hepatitis C-virus te hebben. Voor de intraveneuze gebruikers bedroeg dit percentage 51%.

Andere bronnen gaan uit van een hoger percentage. Volgens het Ministerie van Sociale Zaken is 70% van de (intraveneuze) verslaafden drager van het virus, terwijl het rapport Henrion er van uitgaat dat 70% à 80% van de intraveneuze druggebruikers besmet is met hepatitis C.<sup>88</sup>

### **Aids en HIV**

Vergeleken met de meeste andere Westeuropese landen zijn Aids en het HIV-virus vrij wijdverspreid in Frankrijk. Op 31 december 1994 waren er sinds het begin van de epidemie 34.287 Aids-gevallen bekend, waarvan 59% reeds was overleden. Naar schatting ligt het totale aantal Aids-gevallen in Frankrijk tussen de 40.000 en 43.500.<sup>89</sup>

Verslaafden maken een groot deel uit van de Aids-gevallen; van de Aids-gevallen die sinds 1978 bekend zijn, is bijna éénderde gelieerd aan verslaving. Het rapport Henrion stelt dat in juni 1994 23,3% van de Aidspatiënten verslaafden betrof. Verslaafden gelden na bi/homoseksuelen als de tweede risicogroep. Wordt gekeken naar het aantal nieuwe geïnfecteerden van 6.600 in 1994, dan gaat het hierbij om 2.600 bi/homoseksuelen (39%), 1.700 druggebruikers (26%) en 1.200 heteroseksuelen (18%).<sup>90</sup>

Over de prevalentie van het HIV-virus onder verslaafden hoort men verschillende cijfers. Omdat er geen centrale registratie plaatsvindt en de wet een anonimiteitswaarborg biedt, ontbreken precieze cijfers en moet men het doen met cijfers van beperkte bronpopulaties. Bij sommige cijfers, bijvoorbeeld die van een belangrijke bron als de SESI, zijn de cijfers gebaseerd op de verklaringen van de verslaafden zelf. De SESI merkt dan ook op dat voorzichtigheid is geboden bij het gebruik van deze cijfers. Ook kan het voorkomen dat cijfers van bepaalde instellingen, zoals bijvoorbeeld het ziekenhuis, een overwaarding geven van de werkelijke prevalentie, omdat de (vermeende) HIV-besmetting of Aids juist de aanleiding vormde zich hier te melden. Een andere beperking tenslotte, is dat de cijfers van de SESI informatie geven over de personen die zich wenden tot een deel van de zorg. De SESI zegt dat de resultaten van de enquête zich niet zonder meer lenen voor een schatting van de prevalentie. De verslaafden die zich hebben gewend tot centra van (middel)lange duur, algemene klinieken en huisartsen zijn namelijk niet in de enquête betrokken.<sup>91</sup> Ook omdat vooral huisartsen een steeds grotere rol vervullen in het contact met verslaafden en de verstrekking van substitutiemiddelen,<sup>92</sup> wordt de representativiteit van de enquête de novembre van de SESI steeds kleiner.

Uit de *enquête de novembre* van de SESI uit 1993 komt naar voren dat 29% van de verslaafden ('in het algemeen') besmet zou zijn met het HIV-virus. Kijkt men naar de heroïneverslaafden, of beter gezegd de verslaafden voor wie heroïne de meest gebruikte stof is, dan bedraagt het percentage dat seropositief is 35%. Deze cijfers zijn gebaseerd op enquêtes die zijn uitgevoerd in gespecialiseerde centra en in ziekenhuizen. Kijkt men naar



deze twee instellingen afzonderlijk, dan is in de gespecialiseerde centra 22% van de heroïneverslaafden seropositief, terwijl dit in de ziekenhuizen 45% is. Het grote verschil tussen de percentages verklaart de SESI door wat al eerder is genoemd: de (vermeende) HIV-besmetting of Aids is in sommige gevallen de reden zich te wenden tot de kliniek in het ziekenhuis.

Nogmaals zij opgemerkt dat deze cijfers louter zijn gebaseerd op de verklaringen van de respondenten. Een tweede beperking van de enquête van de SESI is de lage respons bij deze vraag. Het totaal aantal respondenten is weliswaar groot (13.395), maar van slechts 66% van de verslaafden was bekend of zij al dan niet waren besmet met het HIV-virus. Zoals gezegd is van degenen die aangaven hun serologische status te kennen (dit was 66%), 29% besmet met het HIV-virus. Bij heroïneverslaafden ligt dit percentage hoger, namelijk op 35%.

Van een deel (34% in 1993) van de verslaafden dat zich wendt tot de drugshulpverlening is dus onbekend wat hun serologie is. Ten opzichte van de voorgaande jaren wordt dit deel kleiner; in 1992 was nog van 40% van de respondenten de serologische status onbekend, in 1991 was dit zelfs 45%.

De Franse nationale Aidsraad, de *Conseil national du sida*, heeft in 1993 het rapport *Toxicomanie et sida* gepubliceerd omdat de raad zich bewust was geworden van het verband dat er tussen verslaving en Aids bestond. Over de ontwikkeling van de HIV-epidemie schrijft de raad dat de besmetting van intraveneuze druggebruikers met het HIV-virus zich op grote schaal heeft voorgedaan in de jaren voordat spuiten in de vrije verkoop waren bij de apotheek. Met betrekking tot het aantal seropositieven onder verslaafden spreekt de *Conseil national du sida* van een percentage dat ligt tussen de 33% en 38%.<sup>93</sup> Maar dit percentage, zo tekent de raad erbij aan, is slechts een benadering, omdat onbekend is hoeveel het aantal verslaafden bedraagt en wat de frequentie is van de verschillende wijzen waarop de drugs worden gebruikt.<sup>94</sup>

In 1994 heeft het *Centre européen pour la surveillance épidémiologique du sida* een enquête uitgevoerd naar het aantal HIV-seropositieven onder verslaafden die woonachtig zijn binnen gespecialiseerde zorginstellingen.<sup>95</sup> Van de 73 dergelijke instellingen die er landelijk zijn, hebben er 64 (88%) aan de enquête meegedaan. Van de 1.138 respondenten, bewoners van de instellingen, gaven er 1.055 (93%) aan hun serologische status te kennen. Op grond van deze brede respons van zowel de instellingen als hun bewoners, mag men er van uitgaan dat de enquête deze groep verslaafden goed dekt. Dit betekent niet, zoals ook staat aangegeven in de conclusie van het rapport, dat de resultaten van deze enquête zijn te generaliseren tot de algehele verslaafdenpopulatie, omdat het hier gaat om een groep die geïntegreerd is binnen de hulpverlening en die al een keer heeft geprobeerd af te kicken.

Uit deze enquête uit 1994 komt naar voren dat van degenen die hun serologische status kenden, 17,4% besmet was met het HIV-virus. Uit de gegevens blijkt dat het percentage seropositieven onder de verslaafden sterk varieert naar gelang de leeftijd. Van de bewoners tussen de 30 en 35 jaar is namelijk niet minder dan 40% seropositief. Uiteraard is het hier niet de leeftijd die van invloed is, maar de duur van het intraveneus druggebruik of, beter gezegd, het moment (jaar) waarop hiermee werd begonnen. Jongere

gebruikers zijn zich beter bewust van risico's en nemen deze (dus) minder, althans dit lijken de cijfers te suggereren. Hierbij moet natuurlijk niet worden vergeten dat zij, vergeleken met de oudere generatie heroïnegebruikers, veel meer de mogelijkheid hebben risicovolgedrag te mijden, omdat de spuiten sinds 1987 in de vrije verkoop zijn. Dit verband tussen Aids en de vrije verkoop van spuiten was, zoals we zojuist hebben gezien, al gelegd door de Conseil national du sida.

Françoise Facy van het *Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale* (INSERM) heeft een studie uitgevoerd bij de gespecialiseerde centra. Bij 92 verschillende centra zijn in 1991-92 5.656 bezoekers geënkquêteerd.<sup>96</sup> Van de verslaafden kende 58% zijn serologische status. Van deze groep bleek 28% seropositief, terwijl 7% nog wachtte op het resultaat van de uitslag. Men zou daarom kunnen veronderstellen dat van deze groep in totaal ongeveer 30% besmet is met het HIV-virus.

Het *Institut de recherche en épidémiologie de la pharmacodépendance* (IREP) heeft in 1990/1991 een steekproef gedaan onder 359 intraveneuze druggebruikers in de drie steden Marseille, Metz en Parijs.<sup>97</sup> Met 156 (43%) van hen kwam men in contact via de zorginstellingen, 203 personen (57%) ontmoette men op straat. Van de 359 personen hebben er 296 (82%) een HIV-test gedaan. Van hen zijn er 95 seropositief, hetgeen neerkomt op een seroprevalentie van 32%. Telt men de (zeven) personen mee die Aids hebben, dan komt het totaal op 102 personen. Op de 296 die zijn getest komt dit neer op een prevalentie van 34%.

Deze uitkomsten zijn goed te vergelijken met een eerdere studie die in 1987/1988 die door het IREP is uitgevoerd onder – eveneens – 359 intraveneuze gebruikers in de vier steden Bordeaux, Marseille, Metz en Parijs. Van de 280 personen die een test hadden ondergaan, was 36% seropositief. Telt men de Aidsgevallen er bij op, dan loopt dit percentage op tot 40%.

Uit de studie van het IREP uit 1990/1991 komt duidelijk naar voren in welke mate de prevalentie van HIV is afgenomen sinds spuiten in de vrije verkoop zijn. Het IREP stelt vast dat van zijn steekproef de 'nieuwe generatie' verslaafden, dat wil zeggen zij die na 1987 zijn begonnen met intraveneus gebruik (dit zijn er 77), er maar heel weinig seropositieven zijn. Het percentage dat hier wordt genoemd is 3% (ofwel 2 personen), maar dit cijfer is niet zo hard daar 55% van deze 'nieuwe generatie' geen HIV-test heeft gedaan. Verdisconteerd naar degenen van wie de serologie wel bekend is, maar hiermee wordt de groep eigenlijk te klein om te kunnen percenteren, zou dit neerkomen op een HIV-prevalentie van 6% onder deze nieuwe generatie gebruikers. Ondanks deze statistische beperking is de conclusie gewettigd dat sinds spuiten vrijelijk te koop zijn in de apotheek, de incidentie van HIV-besmettingen aanzienlijk is gedaald. Ingold en Toussirt, de onderzoekers van het IREP, noemen deze vrije verkoop dan ook een centraal en onmisbaar element van de Aids-preventie binnen de verslaafdenpopulatie, al tekenen zij er bij aan dat enkel deze maatregel niet voldoende is.

Er is al op gewezen dat de prevalentie van HIV sterk kan samenhangen met de leeftijd of, preciezer gezegd, met het moment (jaar) waarin men is begonnen intraveneus drugs te gebruiken. Daarnaast is het percentage seropositieven ook sterk afhankelijk van de populatie druggebruikers die men beschouwt. Bepaalde groepen lopen een groter risico

besmet te raken dan anderen. In het rapport van de *Conseil national du sida* leest men bijvoorbeeld dat van de druggebruikers in de huizen van bewaring van de Parijse regio in 1987-1988 maar liefst 70% is geïnfecteerd met het HIV-virus.<sup>98</sup>

Voorts bestaan er binnen Frankrijk ook nog grote regionale verschillen. In de regio Lorraine in het Noord-Oosten zou het aantal seropositieven onder verslaafden relatief laag zijn, namelijk tussen de 7% en 15%, terwijl de regio Provence-Côte d'Azur en de Parijse regio Ile-de-France de andere kant van het spectrum vormen. In Provence-Côte d'Azur is 48% van de Aids-gevallen die bekend zijn gelieerd aan intraveneus druggebruik.<sup>99</sup> Een dergelijk cijfer rijmt met de uitspraak die de arts Alain Mucchielli van het artsennetwerk *Options-Vie* deed in november 1995 in Nice op een congres over verslavingszorg in Parijs.<sup>100</sup> Mucchielli stelde aldaar dat 60% van de intraveneuze druggebruikers in Nice seropositief is en dat van de mensen die Aids hebben, 40% verslaafd is.

Ook de regio Ile-de-France, en dan met name in de gordel van de drie departementen rondom Parijs, Hauts-de-Seine (92), Seine-Saint-Denis (93) en Val-de-Marne (94), is een relatief groot aantal verslaafden seropositief. Volgens de *Conseil national du sida* is van Aidsgevallen in de zorginstellingen van deze drie departementen vaak meer dan de helft drugverslaafd.<sup>101</sup>

Zoals uit de cijfers blijkt, doen verschillende getallen de ronde als het gaat om het percentage seropositieven onder verslaafden. In ieder geval kan worden gesteld dat het HIV-virus over het algemeen vrij wijdverspreid is onder heroïnegebruikers. Uiteraard hangt dit samen met wat al enkele malen is opgemerkt, namelijk dat verreweg de meeste heroïnegebruikers (87% volgens de SESI) de stof intraveneus gebruiken.

De percentages met betrekking tot het percentage seropositieven die men vindt op grond van de verschillende studies liggen, afhankelijk van de populatie, de leeftijdsopbouw, de regio, etc., tussen de 20% en 40%. Op basis van de vier studies waarop Carpentier & Costes zich baseren, zou men komen op een percentage dat ligt tussen de 20% en 30%. Carpentier & Costes houden deze percentages dan ook aan als maatstaf voor het percentage verslaafden dat seropositief is. Hierbij moet echter niet worden vergeten dat hier onder 'verslaafden' ook de cannabisgebruikers die zich bij een zorginstelling melden wordt verstaan.

Andere studies wijzen op een percentage dat boven de 30% uitkomt. Etienne Caniard van de ziektekostenverzekeraar Mutualité Française stelde in november 1995 dat een derde van de verslaafden seropositief zou zijn.<sup>102</sup> Ook de cijfers die de *Conseil national du sida* noemde, kwamen boven de 30% uit.

De cijfers van de verschillende studies combinerend, zou men met een voorzichtige schatting er van uit kunnen gaan dat over het algemeen genomen 25% tot 30% van de heroïneverslaafden in Frankrijk seropositief is. Dit cijfer vindt men ook terug in een overzicht uit 1994 van het Franse Ministerie van Sociale zaken, al wordt daar niet gesproken van heroïneverslaafden, maar van intraveneuze druggebruikers.<sup>103</sup> Op grond van het voorgaande is het waarschijnlijk dat het werkelijke percentage eerder in de buurt ligt van de 30% dan van de 25%.

### **Mortaliteit en levensverwachting**

Het aantal overdoses met een dodelijke afloop zoals dat bekend is bij politie en gendarmerie blijft toenemen. In 1994 betrof dit 564 gevallen waarbij de overdosis de primaire doodsoorzaak was. In 90% van de gevallen ging het om een overdosis heroïne, maar, zo staat vermeld in het jaarrapport van het OCRTIS, het is ook mogelijk dat er daarvoor alcohol en/of medicijnen waren gebruikt.<sup>104</sup> Over het algemeen wordt er van uit gegaan dat het werkelijke aantal overdoses veel hoger ligt dan het cijfer van het OCRTIS suggereert. Ook het OCRTIS wijst hier op, door te stellen dat het genoemde cijfer alleen slaat op de gevallen die bij politie en gendarmerie bekend zijn, en dat het werkelijke aantal aanzienlijk hoger zal liggen.<sup>105</sup> De epidemioloog Charpak betoogde onlangs dat het werkelijke aantal ongeveer twee keer zo hoog is.<sup>106</sup>

Indien wordt gemeten hoeveel sterftegevallen er zijn waarbij druggebruik een rol speelt, dan is de mortaliteit veel hoger. In 1992 bijvoorbeeld, was het aantal sterftegevallen met overdoses als primaire doodsoorzaak 557, terwijl uit een studie is gebleken dat er in dat jaar daarnaast nog 1.162 sterftegevallen waren waarbij druggebruik als secundaire oorzaak in het geding was. 967 van deze 1.162 sterften waren ten gevolge van Aids. Het totale aantal sterften met druggebruik of verslaving als primaire en secundaire doodsoorzaak tezamen in 1992 kwam daarmee op 1.719.<sup>107</sup>

Uit een studie die is uitgevoerd door het *Institut médico-légal* en het *INSERM* blijkt in hoeverre het aantal overdoses met dodelijke afloop volgens de officiële statistieken is ondergewaardeerd. Deze studie had betrekking op het aantal overdoses met dodelijke afloop in de regio Ile-de-France in 1990. Volgens de officiële cijfers bedroeg dit aantal sterften in deze regio in dat jaar 92, terwijl de zojuist genoemde studie er 253 kon herleiden; een ondervertegenwoordiging van de officiële cijfers van 60%, zo merken de onderzoekers op. Bij 240 van deze 253 sterften ging het om overdoses als primaire doodsoorzaak, in de resterende 13 gevallen stond alleen 'verslaving' op de overlijdensverklaring.<sup>108</sup>

Het rapport Henrion stelt dat volgens sommige bronnen overdoses in de regio Ile-de-France verantwoordelijk zijn voor 9% van de sterftegevallen in de leeftijdscategorie van 20 tot 34 jaar. Hiermee zou voor deze leeftijdscategorie de overdosis de derde doodsoorzaak zijn na Aids en zelfmoord, en in de rest van Frankrijk als vierde doodsoorzaak na verkeersongelukken met dodelijke afloop.

Indien wordt afgegaan op de officiële statistieken dan is onder verslaafden het aantal overdoses met dodelijke afloop aanzienlijk gestegen. Bezien over de afgelopen zeven jaar, is dit aantal verdubbeld, zowel waar het gaat om verslaving/druggebruik als primaire, als om secundaire doodsoorzaak. Ten opzichte van 1978, zo leest men in het rapport Henrion, is het aantal verdriedubbeld. Carpentier en Costes merken naar aanleiding van de stijging op dat deze op verschillende ontwikkelingen kan wijzen. In de eerste plaats zou het stijgende aantal overdoses een weergave kunnen zijn van een – eveneens – gestegen aantal verslaafden, maar ook is het mogelijk dat zij te maken heeft met de verslechterende gezondheidstoestand van verslaafden, met een veranderende wijze waarop men de drugs tot zich neemt, of, tenslotte, dat de registratie/herkenning van dit soort sterften is verbeterd.

In een bijlage van het rapport Henrion, geschreven door Henrion zelf, wordt ingegaan op de mortaliteit en levensverwachting van heroïneverslaafden. Bij gebrek aan degelijke, epidemiologische cohortstudies baseert Henrion zich hier op een studie uit 1992 van Charpak en Benjanin die zijn uitgegaan van een fictief cohort heroïneverslaafden. Zij presenteren daarbij een 'optimistisch' en een 'pessimistisch' scenario.

Zelfs volgens het optimistische scenario is de mortaliteit van dit cohort heroïneverslaafden na 10 jaar hoog. Uitgaande van een mortaliteit van 1% (afgezien van Aids), een jaarlijkse, definitieve abstinentie van 10% en een gezamenlijk spuitgebruik ('taux de partage de seringues') van slechts 10%, is na 10 jaar 16% van het cohort besmet met het HIV-virus en zal 10% overleden zijn.

Het pessimistische scenario gaat uit van een jaarlijkse mortaliteit van 1% (Aids uitgezonderd), een jaarlijkse (blijvende) abstinentie van 2% en een gezamenlijk spuitgebruik van 10%. Bij dit scenario zal na 10 jaar 25% van de verslaafden zijn overleden, van wie 10% ten gevolge van Aids. Voorts zal 35% van het cohort seropositief zijn, wat neerkomt op 47% van degenen die nog leven.

## 2.5 Conclusie

In dit hoofdstuk is een overzicht gegeven van wat er bekend is over de gebruikers van heroïne. Allereerst is ingegaan op de prevalentie van heroïne, ofwel de schattingen van het aantal verslaafden.<sup>109</sup> Probleem bij de beschikbare cijfers is dat zij weinig betrouwbaar zijn. Dit hangt ondermeer samen met het feit dat de Franse drugswetgeving anonimiteit garandeert indien een beroep wordt gedaan op de hulpverlening, wat een registratie van druggebruikers die zich hier melden onmogelijk maakt. Als gevolg hiervan weet men niet wie zich meldt bij de zorg en hoe lang het contact met de zorg al bestaat. Een andere reden voor de geringe beschikbaarheid van dergelijke cijfers is dat de verslavingsproblematiek geen hoge prioriteit heeft gehad binnen het volksgezondheidsbeleid.

In Frankrijk circuleren veel verschillende getallen met betrekking tot het aantal verslaafden, waarbij het vaak onduidelijk is wat precies onder 'verslaafden' wordt verstaan. De laatste jaren zijn er twee 'officiële' schattingen geweest van het aantal verslaafden. De eerste dateert uit 1990 en komt op een raming van 150.000 tot 300.000 drugsverslaafden ('in het algemeen'), dat wil zeggen zij die legale stoffen misbruiken of zij die gedurende de laatste maanden regelmatig illegale stoffen hebben gebruikt. (Nicotine en alcohol worden hier buiten beschouwing gelaten.)

De tweede schatting is van 1995 en komt tot een aantal van 160.000. Zij slaat (alleen) op verslaafden aan heroïne, waarbij wordt toegevoegd dat het gaat om een minimale schatting van het aantal heroïneverslaafden dat zich heeft gewend tot de zorg.

De onzekerheidsmarge van deze schattingen is groot. Zij komen namelijk tot stand op grond van verschillende aannames en extrapolaties. Hier komt nog bij dat het een schatting betreft van de verslaafden die zich melden bij de zorg, terwijl onbekend is welk deel van

de verslaafden hiermee in contact is. Sommige bronnen – waaronder regeringsstukken – gaan er van uit dat slechts één op de twee verslaafden in contact is met de zorg, wat zou kunnen betekenen dat het werkelijke aantal verslaafden aanzienlijk hoger ligt.

Heroïne wordt in Frankrijk vrijwel altijd intraveneus gebruikt; volgens de jaarlijkse *enquête de novembre* zou 87% van de gebruikers spuiten. Net als elders wordt er in Frankrijk veel 'bijgebruikt'. Het bijzondere aan de Franse situatie is dat er over het algemeen vrij gemakkelijk aan medicijnen is te komen, niet alleen via de huisarts, maar ook op straat. Er is daarom vrij veel bijgebruik van opiaten als rohypnol, temgesic en andere vormen van buprenomorfine. Daarnaast is er veel bijgebruik van verschillende codeïnepreparaten, omdat veel van deze middelen zonder voorschrift te koop zijn in de apotheek. De bekendste van deze preparaten is het hoestmiddel néocodion, waarvan jaarlijks 11 miljoen doosjes worden verkocht; vrijwel alle aan opiaatafhankelijken.

De gemiddelde leeftijd van de heroïneverslaafden zoals die naar voren komt uit enkele bronnen, ligt rond de 27 jaar. Sinds enkele jaren vertoont de gemiddelde leeftijd weliswaar een stijging, maar deze verloopt langzaam, hetgeen er op lijkt te duiden dat er nog steeds een aanwas van jonge verslaafden is.

Er zijn weinig harde gegevens (zoals statistieken) over de achtergrond van de verslaafden, zoals de etniciteit, sociaal-economische achtergrond, etc. De reden hiervoor is ondermeer gelegen in het feit dat Franse wetgeving het niet mogelijk maakt etniciteit te registreren. In Frankrijk kan men dus niet, zoals men in Nederland placht te doen, het percentage 'allochtonen' vaststellen. Het enige dat kan worden bepaald is de nationaliteit: volgens verschillende bronnen heeft tussen de 65% en 90% van de verslaafden de Franse nationaliteit.

Niet alleen op het gebied van de wetgeving zijn er hier verschillen tussen Frankrijk en Nederland, ook verschillen de opvattingen over de – mogelijke – oorzaken van het fenomeen drugverslaving. In Nederland is men geneigd hiernaar te kijken met een sociologische bril – eenvoudig gezegd: kijkend naar de sociale context waarbinnen het verschijnsel voorkomt. In Frankrijk daarentegen legt men de nadruk juist op de individuele factoren waaruit de verslaving moet worden verklaard. Dit laatste hangt samen met de monopoliepositie die de psychiaters in Frankrijk lange tijd op de verslavingszorg hebben gehad. Het uitgangspunt in Frankrijk is dan ook dat alle sociale lagen te maken hebben met verslaving: *la toxicomanie touche toutes les couches sociales*. Alhoewel dit natuurlijk waar is, lijken de beschikbare bronnen er toch ook op te wijzen dat de drugsproblematiek meer voorkomt in achterstandsgebieden dan in *bourgeois*-buurten.

De sanitaire omstandigheden van veel verslaafden in Frankrijk is slecht. Voor zover de bronnen een representatief beeld geven van de gebruikers, is een zeer groot gedeelte van de heroïneverslaafden besmet met infectieziektes. Tussen de 60% en 80% van hen is drager van hepatitis B of C. Ook het HIV-virus is vrij wijdverspreid. Er bestaat hier niet een 'hard' cijfer, maar afgaande op de verschillende bronnen kan men er van uitgaan dat rond de 30% van de heroïneverslaafden seropositief is. Hier wordt in herinnering geroepen dat heroïne in Frankrijk bijna altijd intraveneus wordt gebruikt.

*Heroïne, cocaïne en crack in Frankrijk*

De slechte gezondheidstoestand van verslaafden blijkt ook uit het aantal overdoses dat de afgelopen jaren een stijging is blijven doormaken. In 1994 waren er 564 sterfgevallen waarbij een overdosis de primaire doodsoorzaak was, maar over het algemeen gaat men er van uit dat het werkelijke aantal overdoses het aantal van de politiestatistieken overstijgt. Dit wordt bevestigd door verschillende studies waaruit naar voren komt dat het aantal overdoses met dodelijke afloop sterk is ondergewaardeerd in de officiële statistieken. In het rapport Henrion valt te lezen dat volgens sommige bronnen overdoses in de Parijse agglomeratie verantwoordelijk zijn voor 9% van de sterfgevallen in de leeftijdscategorie van 20-34 jaar, waarmee overdosis voor deze leeftijdscategorie de derde doodsoorzaak zou zijn na Aids en zelfmoord.





## **3 De aanbodzijde van cocaïne en crack**

### **3.1 Inleiding**

Cocaïne wordt gemaakt op basis van cocabladeren die worden verbouwd in Zuid-Amerika. De laatste jaren is de productie van deze drug enorm toegenomen, in die mate dat wel wordt gesproken van een overproductie.<sup>110</sup> In tegenstelling tot heroïne wordt cocaïne wel in grote hoeveelheden onderschept, soms met verschillende tonnen tegelijkertijd. Men zou hierdoor kunnen vermoeden dat de drugsbestrijdingsdiensten aardig vat hebben op deze handel. Het tegendeel is eerder waar. Wordt namelijk gekeken naar de hoeveelheden die worden geproduceerd en de hoeveelheden die worden onderschept, dan kan men zich afvragen waar toch dit enorme verschil is gebleven.<sup>111</sup> Afgaande op dit verschil, kan men zich niet aan de indruk onttrekken dat er een grote markt is voor cocaïne. Hiermee is dan ook meteen de beperking aangegeven van dit en het volgende hoofdstuk, namelijk dat er over het algemeen zo weinig bekend is over de gebruikers van cocaïne in Frankrijk.

Dit hoofdstuk en het volgende zullen in hoofdzaak niet gaan over 'gewone' cocaïne, dat wil zeggen cocaïne-hydrochloride. De nadruk zal liggen op crack, een derivaat van cocaïne of, anders gesteld, cocaïne die kant-en-klaar in rookbare vorm wordt aangeboden. Het is namelijk zo dat cocaïne in het algemeen niet zo veel te maken heeft met de drugsproblematiek zoals wij die doorgaans kennen. Het gebruik van crack daarentegen, heeft wel een aantal van deze aspecten in zich.

Dit hoofdstuk gaat hoofdzakelijk over de crackhandel in Frankrijk. Aangezien crack een derivaat is van cocaïne, zal ook aan cocaïne enige aandacht worden geschonken. Eerst zal daarvoor worden ingegaan op de (internationale) handel in cocaïne. Net als in het hoofdstuk over heroïne, zullen enkele cijfers worden genoemd met betrekking tot de onderschepte hoeveelheden. De nadruk zal echter liggen op het aanbod van crack in Frankrijk. In de praktijk komt dit neer op Parijs, aangezien dit de plaats is waar in Frankrijk de stof het eerst werd gesignaleerd. Daarnaast zijn alle beschikbare Franse bronnen gebaseerd op de situatie in de hoofdstad.

### **3.2 Cocaïne-onderscheppingen in Europa**

Uit de drugsvangsten van verschillende landen kan men een beeld krijgen van de bestaande handelsstromen. Dit wil dan nog niet zeggen dat de handelskanalen daarmee geheel in kaart zijn gebracht. Nogmaals zij benadrukt dat drugsvangsten de werkelijke handelsstromen altijd maar ten dele weergeven.

Als men de cijfers van de douane of van Europol bekijkt, dan valt ten eerste op dat, vergeleken met heroïne, er zulke grote hoeveelheden cocaïne worden onderschept. Werd er in 1994 in de landen van de Europese Unie 5.907 kilo heroïne onderschept, de cocaïne-onderscheppingen waren een veelvoud daarvan: 28.968 kilo.<sup>112</sup>

Het feit dat de cocaïnevangsten zo omvangrijk zijn, zou te maken kunnen hebben met de overproductie van cocaïne in Zuid-Amerika. Zoals zojuist in de inleiding al werd gesteld, zijn er aanwijzingen dat het aanbod de vraag overtreft. In geval van overproductie kunnen grote handelaren zich permitteren bepaalde risico's te lopen. Het is dan immers minder 'erg' als er af en toe een vrachtje verloren gaat. Ook is het mogelijk dat grote handelaren doelbewust een lading laten onderscheppen als daarmee een andere, grotere lading er gemakkelijker doorkomt.

Een andere reden van het volume van de cocaïnevangsten heeft waarschijnlijk te maken met de handelsroutes. Cocaïne komt uit Zuid-Amerika en bereikt Europa per definitie over zee. De punten van binnenkomst voor de cocaïne die bestemd is voor de Westeuropese markt, zijn dus in veel gevallen – direct – de Westeuropese havens. Dit verklaart waarom er soms zeer grote cocaïnevangsten van verschillende tonnen worden gedaan. In maart 1994 bijvoorbeeld werden twee zeer grote vangsten gedaan: 5.400 kilo in Savona (Italië) en 3.126 kilo in Zeewolde (Flevoland).<sup>113</sup>

De cocaïnehandel verloopt dus via een ander patroon dan de handel in heroïne. Zoals al is beschreven in het eerste hoofdstuk, bereikt heroïne de Westeuropese markt in kleine vrachten. Naarmate de heroïne meer in de richting van de afzetmarkt West-Europa komt, wordt zij in steeds kleinere vrachten vervoerd, wat tot gevolg heeft dat de vangsten (dus) steeds kleiner worden als men dichterbij West-Europa komt. Om deze reden zijn er wel grote heroïnevangsten in Oost- of Zuidoost-Europa, en zelden of nooit in West-Europa. Nog hoger in de handelskanalen, zoals in Afghanistan, Pakistan en Turkije, zijn de vrachten heroïne die worden onderschept, weer groter.<sup>114</sup>

Korter gezegd, heroïne bereikt West-Europa hoofdzakelijk vanuit het Oosten en komt in kleinere vrachten naar het westen dan cocaïne, dat direct, en in grote hoeveelheden, West-Europa bereikt. Hoe het ook precies zij met de consumptie van cocaïne in West-Europa, de hoeveelheden die worden onderschept zijn aanzienlijk. Dit komt naar voren uit de volgende tabel:

*Heroïne, cocaïne en crack in Frankrijk*

Tabel 3.1 Hoeveelheden onderschepte cocaïne in een aantal landen van de Europese Unie (in kilo's)

	1989	%	1990	%	1991	%	1992	%	1993	%	1994	%
België	90	(1,2)	537	(3,3)	757	(4,6)	1.221	(6,9)	2.892	(17,1)	479	(1,7)
Duitsland	1.406	(18,1)	2.474	(15,0)	964	(5,9)	1.332	(7,5)	1.051	(6,2)	767	(2,6)
Frankrijk	939	(12,1)	1.845	(11,2)	831	(5,1)	1.625	(9,2)	1.715	(10,2)	4.743	(16,4)
Italië	668	(8,6)	805	(4,9)	1.300	(7,9)	1.345	(7,6)	1.101	(6,5)	6.633	(22,9)
Nederland	1.425	(18,3)	4.288	(26,1)	2.492	(15,1)	3.433	(19,4)	3.720	(22,0)	8.200	(28,3)
Portugal	793	(10,2)	360	(2,2)	1.094	(6,7)	1.893	(10,7)	219	(1,3)	1.711	(5,9)
Spanje	1.852	(23,8)	5.382	(32,7)	7.574	(46,0)	4.454	(25,1)	5.347	(31,7)	3.899	(13,5)
Ver. Koninkrijk	499	(6,4)	611	(3,7)	1.078	(6,6)	2.248	(12,7)	709	(4,2)	2.237	(7,7)
Andere E.U.-landen	103	(1,3)	133	(0,8)	361	(2,2)	171	(1,0)	130	(0,8)	299	(1,0)
Totaal:	7.775	(100)	16.435	(100)	16.451	(100)	17.722	(100)	16.884	(100)	28.968	(100)

Bron: Europol/Europol Drugs Unit (1995)

### 3.3 De in Frankrijk onderschepte cocaïne

In 1994 werd er op Frans grondgebied een relatief grote hoeveelheid cocaïne onderschept: 4.743 kilo. Dit is veel, want in de jaren daarvoor was de onderschepte hoeveelheid aanzienlijk minder geweest: in 1992 was dit 1.625,2 kilo, in 1993 1715,4 kilo (zie ook de vorige tabel 3.1).

De hoeveelheid van 4.742 die in 1994 werd onderschept was ondermeer zo hoog door een grote vangst in Guadeloupe van 2.512 kilo, ofwel 52% van het totaal. De departementen die daarna volgen zijn Aude, Seine Maritime, Val d'Oise (met het vliegveld Roissy) en Finistère. Deze vijf departementen (Guadeloupe inclusief) vertegenwoordigden 93% van de Franse cocaïnevangsten in 1994. De belangrijkste onderschepping binnen 'Europees' Frankrijk was een cocaïnevangst van 1.200 kg op de snelweg bij Narbonne.

Uit de volgende tabel blijkt de herkomst van de cocaïne die de laatste jaren door de Franse douane, politie en gendarmerie is onderschept:

Tabel 3.2 Herkomst van de in Frankrijk onderschepte cocaïne (in kilo's)

	1990	%	1991	%	1992	%	1993	%	1994	%
Argentinië	21,3	(1,2)	15,2	(1,8)	40,4	(2,5)	134,7	(7,9)	91,3	(1,9)
België	8,7	(0,5)	0,3	(0)	1,0	(0,1)	1,3	(0,1)	12,3	(0,3)
Brazilië	79,4	(4,3)	43,4	(5,2)	48,3	(3,0)	96,7	(5,6)	68,5	(1,4)
Colombia	1.028,1	(55,7)	330,6	(39,8)	541,1	(33,3)	334,8	(19,5)	1.365,1	(28,8)
Frankrijk	-	(-)	51,0	(6,1)	0,2	(0)	3,4	(0,2)	21,7	(0,5)
Nederland	26,0	(1,4)	16,0	(1,9)	8,9	(0,5)	19,0	(1,1)	32,5	(0,7)
Spanje	34,5	(1,9)	61,6	(7,4)	30,7	(1,9)	58,6	(3,4)	6,8	(0,1)
Suriname	48,3	(2,6)	111,0	(13,4)	121,2	(7,5)	19,7	(1,1)	72,8	(1,5)
Venezuela	2,3	(0,1)	10,0	(1,2)	11,7	(0,7)	377,7	(22,0)	1.412,7	(29,8)
Andere landen	560,4	(30,4)	122,4	(14,7)	100,4	(6,2)	190,8	(11,1)	46,3	(1,0)
Onbekend	35,6	(2,0)	69,9	(8,4)	721,3	(44,4)	478,7	(27,9)	1.612,6	(34,0)
<b>Totaal</b>	<b>1.844,6</b>	<b>(100)</b>	<b>831,4</b>	<b>(100)</b>	<b>1.625,2</b>	<b>(100)</b>	<b>1.715,4</b>	<b>(100)</b>	<b>4.742,6</b>	<b>(100)</b>

Bron: OCRTIS, Jaarrapport 1994

### 3.4 Crack

Crack is een derivaat van cocaïne dat sinds de jaren 80 op de markt is. De meest vreemde verhalen doen de ronde over deze stof, terwijl crack in feite niets anders is dan een rookbare vorm van cocaïne.

Crack kan worden verkregen door 'gewone' cocaïne, dat wil zeggen cocaïne-hydrochloride, op te lossen in water, er vervolgens maagzout of ammonia aan toe te voegen, en dit geheel te koken tot het smeltpunt. Door dit eenvoudige chemische proces wordt de oorspronkelijke cocaïne-hydrochloride omgezet in cocaïne-base. Men verkrijgt een olie-achtige druppel die na afkoeling een vaste stof wordt in de vorm van een brokje: crack. Dit proces kan in elke keuken worden uitgevoerd en de bereidingsduur is enkele minuten.

Er is erg veel onduidelijkheid over het -mogelijke verschil tussen crack en gekookte cocaïne. Sommigen zijn van mening dat het om twee verschillende stoffen gaat. Feitelijk verschilt crack niet van freebase-cocaïne of gekookte cocaïne.

De werking van crack verschilt niet wezenlijk van die van cocaïne. Een verschil is wel dat de werking van crack sneller en heftiger van aard kan zijn. Doordat crack wordt gerookt, bereikt het namelijk sneller de hersenen dan cocaïne die wordt gesnoven. De flash van cocaïne wordt bij crack in feite gevoeld binnen een korter tijdsbestek, waardoor zij sterker op de gebruiker kunnen overkomen.

Het probleem van crack, zo wordt wel beweerd, is dat de *crash*, het effect dat volgt op de euforie, erg vervelend kan zijn. Dit effect zou dermate sterk en onplezierig zijn, dat het door crackgebruikers wel is omschreven alsof zojuist vreselijk nieuws is vernomen.<sup>115</sup> Om aan dit effect te ontkomen zou men daarom een nieuwe dosis nemen. Het is op grond van deze veronderstellingen dat crack wel sterk verslavend wordt genoemd, en zelfs de meest verslavende stof die er bestaat: één keer gebruiken zou al leiden tot afhankelijkheid.

Men vergeet echter vaak dat deze bevindingen over crack vaak zijn gebaseerd op speciale (sub)groepen gebruikers, in veel gevallen de gemarginaliseerde crackgebruikers. Dit is nu eenmaal de gebruikersgroep die het meest zichtbaar is en waar veel van de 'gangbare' verhalen of theorieën op berusten. Te vaak worden bepaalde zichtbare effecten van een drug toegeschreven aan de farmacologische eigenschappen van de stof, waarbij voorbij wordt gegaan aan de sociale *setting* waarbinnen die drug wordt gebruikt. Bij crack is er overigens geen sprake van enige lichamelijke afhankelijkheid; bij sommige gebruikers kan de *crash* echter zo sterk zijn dat, uit vrees hiervoor, er wel een sterke geestelijke afhankelijkheid ontstaat.

Crack is met name bekend vanuit de Verenigde Staten waar het begin van de jaren tachtig voor het eerst werd gesignaleerd in New York en Miami. Het gebruik van crack verspreidde zich vervolgens over de rest van de Verenigde Staten in een zodanige mate dat de zomer van 1986 door Amerikanen wel de *crack summer* is genoemd. Crack zou de Verenigde Staten hebben overspoeld, waarbij met name de grote steden en de zwarte getto's door het verschijnsel werden geraakt.

Door de tragische ervaringen in de Verenigde Staten met de nieuwe drug crack, werd aan het eind van de jaren tachtig in Europa gevreesd ook te worden 'overspoeld' door een crackgolf. Crack heeft Europa echter niet overspoeld. Crack is eigenlijk ook helemaal niet zo nieuw als vaak wordt gedacht. In verschillende landen, waaronder Nederland, wordt al langer cocaïne in base-vorm gebruikt. De gebruikers zetten de cocaïne-hydrochloride zelf (thuis) om in een rookbare vorm zoals crack. Deze gebruikswijze bestaat al langer en heeft niet de zichtbare, tragische gevolgen gehad, die men zou verwachten op grond van de verhalen die over crack de ronde doen.

Wel nieuw is dat crack kant-en-klaar te koop wordt aangeboden op straat en dat de drug in sommige landen meer voorkomt dan in andere landen. Groot-Brittannië was waarschijnlijk het eerste land in Europa waar een crack-probleem ontstond. Het waren met name de Jamaicaanse bendes, de *yardies*, die zich op deze handel toelegden. Naast Groot-Brittannië heeft crack zich ook in Frankrijk gemanifesteerd als 'probleem-drug'.

### **3.5 De crackhandel in Parijs**

Sinds het einde van de jaren tachtig wordt er in Frankrijk crack op de markt aangeboden, dat wil hier zeggen dat de crack kant-en-klaar op straat te koop is. Het OCRTIS schrijft

over de crackhandel dat deze de laatste jaren een grote groei doormaakt (“*en pleine expansion*”).<sup>116</sup> Volgens het OCRTIS wordt de crack voornamelijk geïmporteerd van de Caribische eilanden Sint Lucie en Dominique, maar ook in Parijs vindt productie plaats.

In het begin ging het hier om een fenomeen dat zich hoofdzakelijk beperkte tot Parijs en omstreken. Sinds kort is er ook wel crack in andere delen van Frankrijk te vinden, maar dit is – vooralsnog – op beperkte schaal.

In de beginfase, eind jaren tachtig, ging het bij zowel de straatverkopers als de gebruikers om (Franse) Antillianen, voornamelijk afkomstig uit Guadeloupe en Martinique. Deze Antillianen hebben crack op de Franse markt geïntroduceerd. Aangezien crack in het Caribisch gebied al langer wordt gebruikt, brachten de Antillianen in Frankrijk zogezegd de *savoir faire* mee, de kennis en ervaring over de wijze waarop dit cocaïnerivaat moest worden bereid en gebruikt.<sup>117</sup>

Gedurende enkele jaren bleef crack zo een geheel Antilliaanse aangelegenheid; (straat)handelaren waren vrijwel altijd van Antilliaanse afkomst. Volgens de arts-onderzoeker François-Rodolphe Ingold, als één der weinigen bekend met deze scene, was in deze beginfase ongeveer 80% van de dealers van Antilliaanse afkomst.

Sinds enkele jaren is een deel van de markt overgenomen door Afrikanen, Senegalezen in het bijzonder. Ook het jaarrapport van het OCRTIS over 1994 maakt melding van deze ontwikkeling. Het constateert over de afgelopen jaren een stijging van de handel in crack onder Antillianen, een handel die inmiddels is overgenomen door de Afrikaanse gemeenschap.<sup>118</sup>

De ‘Afrikanen’ zijn, sinds zij een groot deel van de crackhandel in handen hebben, hun ‘expansie’ gaan voortzetten. Van het ‘crackcentrum’ Stalingrad (19e arrondissement) rukten zij op naar het ‘heroïnecentrum’ Goutte d’Or (18e arrondissement) om daar de markt van heroïnegebruikers aan te boren. In deze wijk, waar de straatverkoop van heroïne van oudsher in handen is van Maghrebijnen – met name Tunesiërs – heeft dit geleid tot territoriale conflicten tussen de twee groepen.

Een recente ontwikkeling die zich in dit verband voordoet is dat men nu ook Maghrebijnen ziet die crack verkopen. De markt is blijkbaar zo interessant dat ook deze groep zich met de handel is gaan bezighouden. De crackhandel is echter nog grotendeels in handen van Afrikanen, die – ook – hun aanbod aan het verbreden zijn, naast crack verkopen zijn steeds vaker heroïne.

Als men kijkt naar het aantal arrestaties voor crackhandel in Frankrijk, dan gaat het nog niet om zeer hoge aantallen. Evenmin worden er erg grote hoeveelheden in beslag genomen. Wel kan men uit de aantallen gearresteerde crackhandelaren en de daarbij in beslag genomen hoeveelheden een duidelijke ontwikkeling opmaken. Zoals blijkt uit de tabel zijn zowel het aantal crackhandelaren als de daarbij in beslag genomen hoeveelheden de laatste jaren flink gestegen. Werd in 1990 nog slechts 90 in beslag genomen, vier later was de hoeveelheid ruim honderd maal zo groot, meer dan 10 kilo.

*Heroïne, cocaïne en crack in Frankrijk*

Tabel 3.3 Crackhandel: aantal aangehouden handelaren en de daarbij in beslag genomen hoeveelheden (in grammen)

	Aantal aangehouden handelaren	Onderschepte hoeveelheid crack (in grammen)
1990	16	90
1991	25	399
1992	59	1.948
1993	60	5.212
1994	116	10.235

Bron: OCRTIS (1995)

Met betrekking tot de nationaliteit en etnische afkomst van de handelaren kan het volgende worden opgemerkt. Van de gearresteerde handelaren had bijna een derde (29%) de Franse nationaliteit. Drie andere nationaliteiten die relatief veel voorkomen zijn Senegalezen (15%), Somaliërs (11%) en Dominicanen (6%). Andere landen of gebieden van herkomst die worden genoemd bij de gearresteerde handelaren zijn Gabon, Angola, Sint Lucie, Gambia en (Frans) Guyana.

Navraag bij het OCRTIS leert dat van de gearresteerde crackhandelaren die de Franse nationaliteit hebben, een groot deel afkomstig is van de Franse Antillen. Hier zijn echter geen precieze gegevens over omdat de Franse wet verbiedt dat afkomst of etniciteit wordt geregistreerd. Het is in dit verband overigens opvallend dat er in Frankrijk sinds enkele jaren redelijk open wordt gesproken over de problematiek van crack en Antillianen.<sup>119</sup>

Op grond van het feit dat een aanzienlijk deel van de Franse handelaren behoort tot (zwarte) minderheidsgroepen, gecombineerd met de wetenschap dat de niet-Franse handelaren veelal van Afrikaanse en Caribische afkomst zijn, kan men concluderen dat het hier gaat om een verschijnsel waarbij met name zwarte, etnische minderheidsgroepen zijn betrokken.<sup>120</sup> Voor iemand die enigszins bekend is met de scene of wel eens komt in de buurt van bijvoorbeeld het metrostation Stalingrad in Parijs, geldend als het hoofdstedelijk 'crackcentrum', zal dit laatste geen enkele verrassing zijn. Hier moet wel bij worden aangetekend dat dit geldt voor wat het meest zichtbaar is; over de discretere vormen van gebruik en handel is minder bekend.

Stalingrad wordt in Parijs direct geassocieerd met drugs, in het bijzonder crack.<sup>121</sup> Door schoonveeg-acties van de politie heeft de handel zich van hieruit verspreid over andere delen van de hoofdstad. Stalingrad is hierdoor minder prominent geworden binnen de crackhandel en er zijn secundaire scènes ontstaan, zoals Pigalle, Porte de la Chappelle, République en Strasbourg-Saint-Denis. Bij deze secundaire centra is vaker sprake van een vermenging tussen de crack- en heroïnehandel. De crackhandel is nog steeds met name geconcentreerd in het 19e arrondissement en in mindere mate in het aangrenzende 18e arrondissement.

### 3.6 Prijs, kwaliteit en verkrijgbaarheid

#### **Prijzen - cocaïne**

Cesoni & Schiray noemen in hun overzicht uit 1992 ook de prijzen die er in Frankrijk voor drugs worden betaald. Deze prijsinformatie is, zo staat vermeld, direct verkregen bij 'gespecialiseerde personen'. Volgens deze bronnen lag in 1990 de prijs van heroïne per gram, met een zuiverheid van 30% tot 50%, tussen de 1.200 en 1.500 frank. In Parijs zou de prijs veel lager liggen, namelijk tussen de 600 en 700 frank.<sup>122</sup> Volgens een studie naar cocaïnegebruik in Parijs, die is uitgevoerd door het IREP, bedraagt de gemiddelde prijs voor een gram cocaïne 800 frank.<sup>123</sup>

Het Ministerie van Binnenlandse Zaken geeft sinds enige tijd een Dossier Stups (de afkorting van '*stupéfiants*') uit waarin de gemiddelde straatprijzen van verschillende drugs staan vermeld. Alle regionale rekerchediensten ('*Services Regionaux de Police Judiciaires*') hebben hieraan meegewerkt. In het *Dossier Stups* van april 1995 staan de prijzen voor cocaïne van zowel 1993 als 1994 aangegeven.<sup>124</sup>

In 1993 waren de prijzen voor cocaïne per gram, uitgesplitst naar verschillende grote steden als volgt:

- Tot 800 frank: Parijs, Versailles, Marseille
- Van 800 tot 1.000 frank: Bordeaux, Dijon, Lille, Lyon, Reims, Rouen, Straatsburg
- Meer dan 1.000 frank: de 'rest' van Frankrijk

In 1994 waren de prijzen voor een gram cocaïne, uitgesplitst naar regio, de volgende:

- Van 600 tot 800 frank: Nord-Pas de Calais, Normandië, Ile-de-France, Provence-Côte d'Azur
- 800 tot 1000 frank: de 'rest' van Frankrijk<sup>125</sup>
- Meer dan 1.000 frank: Bretagne, Languedoc

#### **Prijzen - crack**

De prijs die in Parijs op straat voor crack wordt betaald is 100 frank per caillou. Dit is de gewoonlyke eenheid waarin crack wordt gekocht. Deze prijs ligt dus lager dan de gebruikelijke dosis heroïne (van eenvijfde gram) die 200 gram kost.

Crack wordt soms in grotere eenheden verkocht: in de vorm van een gallette. Dit is plat schijfje – gallette betekent letterlijk 'koekje' – dat groter is dan de gebruikelijke verkoopenheden die in de vorm van een kleine brokje (*caillou*) zijn. De hoeveelheid van een grotere *gallette* komt ongeveer overeen met vijf of zes cailloux. De prijs die voor een *gallette* moet worden betaald is ongeveer 400 frank.<sup>126</sup>

Als men in herinnering roept dat een gram cocaïne 800 frank kost en dat van één gram cocaïne ongeveer 10 cailloux (van elk 100 frank) kunnen worden gefabriceerd, dan is crack per saldo dus iets duurder dan cocaïne. Het is dus niet zo dat crack een goedkope drug is. Het enige verschil tussen enerzijds crack en anderzijds cocaïne en heroïne is dat crack in kleinere, en dus goedkopere eenheden kan worden aangeschaft.



### **Kwaliteit**

Volgens verschillende gebruikers is de kwaliteit van de cocaïne die in Frankrijk wordt aangeboden over het algemeen hoog, vooral als men deze kwaliteit vergelijkt met die van heroïne. Ook volgens het *Observatoire Géopolitique des Drogues* is de cocaïne op de Franse markt van een relatief hoge kwaliteit.<sup>127</sup> Het IREP daarentegen schrijft dat de gebruikers van cocaïne vaak weinig tevreden zijn over de kwaliteit.<sup>128</sup> Voor zover bekend wordt er van de zijde van politie en justitie (nog) niet systematisch cocaïne op haar zuiverheid getest. Enkele monsters crack die zijn genomen in het kader van een pilotstudie van de Pompidou-groep bleken een zuiverheid van meer dan 80% te hebben.<sup>129</sup>

### **Verkrijgbaarheid**

Eerder is er al op gewezen dat crack nog niet in alle departementen van Frankrijk is aangetroffen. De verkrijgbaarheid van het middel is dus sterk geografisch bepaald. In Parijs is crack redelijk gemakkelijk te krijgen. Iemand die daar op zoek is naar crack, hoeft zich maar te begeven naar één van de bekende verkoopcentra. Ook in de media leest men geregeld hoe eenvoudig het is om in Parijs crack op straat te kopen.<sup>130</sup> De bekende plaatsen zijn Stalingrad, de Hallen, Strasbourg-Saint-Denis, Porte de la Chappelle, etc.

Eerder is er al op gewezen dat het de laatste jaren soms eenvoudiger is om crack te krijgen dan heroïne, om de eenvoudige reden dat dealers liever crack verkopen dan heroïne. De reden dat dealers liever crack verkopen dan cocaïne of heroïne, is niet zozeer gelegen in de winst per deal, want per gram is crack nauwelijks duurder dan cocaïne. Het lucratieve van de crackverkoop is dat de verkoopfrequentie zo veel hoger ligt dan die van heroïne of cocaïne. Crack zou hiermee een drug zijn waarmee een dealer zich verzekerd weet van een klantenkring.

Wederom moet worden opgemerkt dat er geen degelijk bewijs voor bestaat dat deze effecten alleen aan de stof moeten worden toegeschreven. In dit verband wordt wel gesproken van een *pharmacocentric view of cocaine*.<sup>131</sup> Men zou zich dus ook moeten afvragen waarom gebruikers zo snel behoefte hebben aan 'meer' en waarom er – nog steeds – een groeiende afzetmarkt voor deze stof is.

## **3.7 Conclusie**

In dit hoofdstuk is een overzicht gegeven van de aanbodzijde van cocaïne en crack in Frankrijk. Hier moet bij worden gezegd dat er in Frankrijk over dit onderwerp weinig bronnen bestaan en dat sommige van de hier gepresenteerde gegevens – zoals over de crackhandel – slechts berusten op enkele summier bronnen. Een presentatie van deze bronnen brengt het gevaar met zich mee dat andere, minder zichtbare en minder gedocumenteerde aspecten van het verschijnsel in dit overzicht zijn ondervertegenwoordigd. Zodra in Frankrijk over crackhandel wordt gesproken, gaat het bijna automatisch over de crackscene in het noordoosten van Parijs die bestaat uit (extreem) gemarginaliseerde

gebruikers. Over discretere vormen van handel is nu eenmaal weinig bekend. Dit overzicht pretendeert daarom niet te beschrijven hoe de handel in cocaïne en crack werkelijk in elkaar steekt, maar beoogt slechts een opsomming te geven van wat er in Frankrijk over dit onderwerp bekend is.

Allereerst is ingegaan op de context van de productie van, en de handel in cocaïne. Hierbij zijn cijfers getoond van de cocaïnevangsten in de landen van de Europese Unie, waarbij opvalt dat de hoeveelheden sinds enkele jaren zo omvangrijk zijn. De hoeveelheden onderschepte cocaïne zijn namelijk een veelvoud van de heroïnevangsten. Werd er in 1994 5.908 kilo heroïne onderschept, voor cocaïne was dit 28.968, bijna het vijfvoudige. De landen waar de laatste jaren veel wordt onderschept zijn Nederland en Spanje.

Ook de hoeveelheden die in Frankrijk worden onderschept zijn de laatste jaren gestegen. 1994 bleek daarbij in Frankrijk een 'topjaar' met 4.743 kilo, meer dan de vangsten van de drie voorgaande jaren bij elkaar opgeteld. (Overigens werd er in Nederland in dat jaar ook een record gebroken met een onderschepte hoeveelheid van 8.200 kilo.) In tegenstelling tot heroïne, is een te verwaarlozen deel van de cocaïne die in Frankrijk wordt onderschept uit Nederland afkomstig.

Sinds het eind van de jaren tachtig wordt in Frankrijk in toenemende mate crack te koop aangeboden. Begonnen in Parijs, breidt het verschijnsel zich ook buiten de hoofdstad uit, al komt het nog steeds hoofdzakelijk in Parijs voor. Het Parijse metrostation Stalingrad is het traditionele 'centrum' van de crackhandel, maar sinds de politie hier schoonveegacties is gestart, heeft de handel zich verspreid.

In de beginfase was de handel in crack nagenoeg exclusieve (Frans-)Antilliaanse aangelegenheid. Langzamerhand zijn 'Afrikanen' de handel gaan overnemen. Tegenwoordig kan het op sommige plaatsen in Parijs voorkomen dat men eenvoudiger crack kan krijgen dan heroïne. Het is onduidelijk of dit moet worden toegeschreven aan een ruimere aanwezigheid van crack vergeleken met heroïne, of dat het moet worden toegeschreven aan het feit dat dealers liever de lucratievere crack verkopen.

## 4 De vraagkant van cocaïne en crack: de gebruikers

### 4.1 Inleiding

Carpentier & Costes maken in hun statistisch overzichtswerk over drugs en druggebruik in Frankrijk de opmerking dat het gebruik van cocaïne – als voornaamste stof – sterk wordt ondergewaardeerd en slecht in kaart is gebracht. Zij vervolgen met te stellen dat sommige cocaïnegebruikers goed sociaal geïntegreerd lijken te zijn, en weinig gezondheidsproblemen kennen. Het gebruik van crack maakt evenwel een grote groei door en is “*en pleine expansion*”.<sup>132</sup>

Een van de eerste opmerkingen die hier moeten worden gemaakt is dat er over de gebruikers van cocaïne en crack in Frankrijk erg weinig gegevens zijn. Men kan zich daarom afvragen of er eigenlijk wel voldoende bronnen zijn op grond waarvan men kan komen tot uitspraken over de Franse situatie.

Zoals al in de conclusie van het vorige hoofdstuk stond vermeld, zijn de meeste gegevens over crack in Frankrijk ontleend aan een bepaalde, gemarginaliseerde scene. Aangezien er nagenoeg geen gegevens bestaan over andere groepen gebruikers, brengt een presentatie van de beschikbare gegevens als risico met zich mee dat zij een eigen leven gaan leiden, waardoor een zeer eenzijdig en verkeerd beeld kan ontstaan. Dit hoofdstuk pretendeert daarom niet te beschrijven hoe het nu precies zit met het gebruik van cocaïne en crack in Frankrijk, maar geeft slechts weer wat er in Frankrijk hierover bekend is, zonder dat daarbij de validiteit van de bronnen wordt geverifieerd.

In dit hoofdstuk zal allereerst enige aandacht worden geschonken aan de gebruikers van cocaïne. Gelet op de weinige gegevens hierover, zal deze aandacht summier zijn. Net als bij het vorige hoofdstuk, zal ook in dit hoofdstuk de nadruk niet zozeer liggen op de gebruikers van cocaïne, maar veel meer op die van crack. De reden hiervoor is dat dit rapport met name gaat over de verslavingsproblematiek. Naar het zich laat aanzien, doet problematisch druggebruik zich meer voor bij crack dan bij cocaïne. Wat hiermee samenhangt is dat men in Parijs een ontwikkeling ziet dat heroïnegebruikers in sommige gevallen ‘overstappen’ op crack. Aangezien dit een relatief nieuw verschijnsel is, zal hier iets langer bij worden stilgestaan. Ook zullen enkele hypothesen ter verklaring van dit verschijnsel worden ontwikkeld.

### 4.2 De gebruikers van cocaïne

Cocaïne is in Europa waarschijnlijk één van de onbekendere drugs. Van sommige drugs is min of meer bekend wie de gebruikers zijn. Van cannabis bijvoorbeeld weet men dat de

gebruikers vooral jongeren zijn, van wie er naarmate zij ouder worden, er steeds minder blijven gebruiken. Ook van heroïne is min of meer bekend wie de – vaste – gebruikers zijn. Via de hulpverlening heeft men immers contact met een deel van de gebruikers, al men nooit precies om welk deel van de gebruikers het dan gaat, hetgeen ondermeer afhangt van de aard van de hulpverlening (of deze laag- of hoogdrempelig is etc.). In ieder geval weet men van heroïnegebruikers die bekend zijn bij de hulpverlening dat zij relatief oud zijn en dat hun gemiddelde leeftijd nog steeds stijgt, wat er op duidt dat er weinig aanwas is van jonge gebruikers. Het is bekend dat er naast de vaste gebruikers, de verslaafden, ook nog gelegenheidsgebruikers van heroïne zijn, onder wie cocaïnegebruikers die af en toe wat heroïne bijgebruiken.

Maar over de gebruikers van cocaïne is minder bekend. Noch politie en justitie, noch de hulpverlening hebben veel contact met cocaïnegebruikers. Een belangrijke reden hiervoor is dat de gebruikers over het algemeen niet zijn gemarginaliseerd. Zij hoeven niet te stelen om de stof te kunnen kopen en weten blijkbaar goed om te gaan met hun gebruik zodat zij niet bij de hulpverlening aankloppen.

Cocaïne heeft sinds de jaren zeventig de naam een *upper class*- of *society*-drug te zijn. In bepaalde milieus zoals de beurs, media, de modewereld, de journalistiek, (pop)muziekwereld en politiek, zou relatief ‘veel’ cocaïne worden gebruikt. Er bestaan echter geen gegevens over deze gebruikersgroepen

Veel van de kennis over cocaïnegebruik is gebaseerd op studies van bepaalde populaties. Zo zijn er onderzoeken gedaan onder cocaïnegebruikers die zich hebben gemeld bij de hulpverlening, onder gebruikers die in contact waren met justitie en onder gebruikers in bepaalde binnenstadswijken, zoals van grote Amerikaanse steden.<sup>133</sup> De beperking van deze studies is dat het bij de onderzoekspopulatie om speciale groepen gaat, waardoor het beeld dat uit deze studies naar komt, niet per definitie iets zegt over de gehele groep gebruikers. Uit epidemiologische studies weet men namelijk dat slechts een klein deel van de cocaïnegebruikers in contact is met de hulpverlening of justitie.

Door gebruik te maken van de sneeuwbalmethode zijn verschillende studies naar cocaïnegebruikers uitgevoerd die een veel genuanceerder beeld geven van de gebruikers van cocaïne. Een goed overzicht hiervan is te zien in het speciale nummer van *Addiction Research* uit 1994.<sup>134</sup> Uit verschillende studies in deze bundel komt bijvoorbeeld naar voren dat de meeste gebruikers hun gebruik (zelf) weten te reguleren.

In Frankrijk zijn er nagenoeg geen degelijke studies uitgevoerd naar cocaïnegebruik. Eén van de zeldzame studies is van het *Institut de Recherche en Epidémiologie de la Pharmacodépendance* (IREP), dat met behulp van de sneeuwbalmethode een studie heeft uitgevoerd naar de gebruikers van cocaïne in Parijs.<sup>135</sup>

Het IREP merkt op dat de onderzochte groep gebruikers sterk afweek van beschrijvingen van cocaïnegebruikers die zijn gebaseerd op gegevens van ziekenhuizen en gevangnissen. De cocaïnegebruikers die door het IREP zijn beschreven, leven over het algemeen onder relatief comfortabele omstandigheden. Zij hebben weinig last van gezondheidsproblemen, waarbij er met name weinig gebruikers infecties zoals HIV of

hepatitis hebben opgelopen. De overgrote meerderheid (80%) heeft nooit in de gevangenis gezeten. De beschreven groep cocaïnegebruikers onderscheidt zich op verschillende aspecten van andere 'druggebruikers' ('*consommateurs de drogues*'). De onderzochte cocaïnegebruikers komen namelijk over het algemeen uit de hogere sociaal-economische lagen van de samenleving, zijn beter opgeleid, bekleden overeenkomstig hogere functies en hebben in veel gevallen een eigen woning.

Op grond van deze bevindingen stelt het IREP dan ook dat de meeste cocaïnegebruikers geen beroep doen op de hulpverlening, noch dat zij bekend zijn bij de politie. Het is hierdoor moeilijk iets te zeggen over tendensen in het gebruik, daar gegevens van de zorg en de politie veelal de gebruikelijke bronnen vormen.<sup>136</sup>

Hier komt nog bij, zo merken de onderzoekers van het IREP op, dat ook onder (heroïne)verslaafden het gebruik van cocaïne wordt ondergewaardeerd. De reden hiervoor is methodologisch van aard: als er niet naar cocaïnegebruik wordt gevraagd, is er ook niets over bekend. De nadruk ligt meestal op het gebruik van heroïne, waardoor dat van cocaïne enigszins 'verborgen' (ondergesneeuwd) kan blijven. Uit verschillende studies die het IREP heeft uitgevoerd, blijkt namelijk dat een aanzienlijk deel van de (heroïne)gebruikers ook cocaïne gebruikt.<sup>137</sup> Het IREP gaat er hierbij van uit dat het cocaïnegebruik onder verslaafden vanaf 1980 een sterke stijging is gaan doormaken, een stijging die zich vervolgens gedurende het gehele decennium heeft doorgezet. Het IREP constateert deze ontwikkeling op basis van verschillende elementen.

Ten eerste blijkt uit data van geïnterviewde (heroïne)verslaafden, waarbij werd gevraagd naar het jaar van het eerste cocaïnegebruik, dat dit eerste gebruik meestal na 1980 plaatshad. Dit was het geval bij 70% van de verslaafden. Ten tweede manifesteerde cocaïne zich in netwerken die voorheen waren gereserveerd voor heroïne en, in mindere mate, cannabis. De 'vermenging' van heroïne- en cocainenetwerken, zo merkt het IREP op, hangt samen met het derde element, namelijk een belangrijke verspreiding van cocaïnegebruik onder achtergestelde groepen. Het is vooral bij deze achtergestelde (gemarginaliseerde) groepen waar een groot aantal crackgebruikers is te vinden.<sup>138</sup>

#### 4.3 De gebruikers van crack

##### **De opkomst van crack**

In het vorige hoofdstuk over het aanbod van crack-cocaïne was te lezen dat crack aan het eind van de jaren tachtig op de markt kwam in Frankrijk, en dan met name in de Parijse regio.

Onduidelijkheid over de aard van de stof 'crack' heeft in eerste instantie bijgedragen aan de verspreiding van het gebruik. In de beginperiode, eind jaren 80, werd in Frankrijk namelijk niet gesproken over crack, maar louter over *caillou*.<sup>139</sup> Het verhaal ging dat deze *cailloux* iets anders zouden zijn dan de Amerikaanse crack-rocks. Dit gerucht werd verder verspreid door verschillende artikelen die de pers aan het verschijnen wijdde.<sup>140</sup> Het schijnt

dat een verkeerde vertaling of een verkeerde interpretatie van een document van de Amerikaanse D.E.A. aan de oorsprong lag van dit 'misverstand'.<sup>141</sup>

Het feit dat men dacht met iets anders dan crack van doen te hebben, heeft in de beginperiode bijgedragen aan een verdere verspreiding van de stof. Gebruikers wilden namelijk niet worden geassocieerd met de 'Amerikaanse crack', dat een zeer slecht imago had.<sup>142</sup> Het gebruik van de caillou werd gezien als iets anders, dat minder schadelijk was. Later is men zich er van bewust geworden dat het bij *caillou* en crack wel degelijk om dezelfde stof ging. Het is pas sinds 1992 dat onder caillou crack wordt verstaan.

Het gebruik van crack heeft zich vanaf het einde van de jaren 80 langzamerhand verspreid, niet alleen in geografische zin (naar andere departementen), maar ook onder verschillende (etnische) groepen.

De geografische verspreiding van crackgebruik is af te lezen uit de politiearrestaties.<sup>143</sup> In 1993 waren 226 crackgebruikers in 14 verschillende departementen bekend bij de politie. In het jaar daarvoor ging het nog om 140 gebruikers in 8 departementen, terwijl het fenomeen in 1991 – voor zover bekend bij politie – nog was beperkt tot 54 gearresteerde gebruikers in 4 departementen.<sup>144</sup>

Het aantal arrestaties van crackgebruikers kan natuurlijk niet gelden als 'bewijs' voor een verdere verspreiding van het gebruik. Er zijn echter ook andere bronnen die wijzen op een verdere verspreiding van crackgebruik. De jaarlijkse *enquête de novembre* van de SESI bijvoorbeeld maakt melding van een stijgend aantal hulpvragen in verband met cocaïne sinds 1988, waarbij de grootste stijging was waar te nemen tussen 1991 en 1992. Uit de enquête van de SESI uit 1992 blijkt dat het hulpvragen in verband met cocaïne in deze periode steeg met 58%. Volgens de SESI kan deze stijging niet los worden gezien van de komst van crack; pas een jaar later, bij de enquête van 1993 werd voor het eerst een onderscheid gemaakt tussen cocaïne en crack.<sup>145</sup>

De onderzoekers François-Rodolphe Ingold en Mohamed Toussirt van het IREP behoren tot de weinige personen die goed bekend zijn met de opkomst en verspreiding van het verschijnsel crackgebruik in Parijs. Ingold en Toussirt onderscheiden hierbij verschillende fasen.<sup>146</sup>

De eerste fase van crackgebruik in Parijs was 1986 tot 1989. De gebruikers waren bijna alle Antillianen die zich ondermeer ophielden bij de Hallen in Parijs. De gebruikte techniek was die van freebasen, dat wil zeggen cocaïne-chloorhydraat dat was getransformeerd tot cocaïne-base door toevoeging van ammoniak.

In de tweede fase van crackgebruik verspreidde het gebruik zich onder prostituées bij Pigalle, dat ligt op de grens van het 9e en het 18e arrondissement van Parijs. De derde fase van het crackgebruik in Parijs begon rond 1989/1990. In kraakpanden in het 18e en 19e arrondissement werd crack gebruikt en verkocht, waarbij sommige kraakpanden zich hierin specialiseerden. Verschillende van deze kraakpanden lagen in de omgeving van het metrostation Stalingrad. Sluiting van deze kraakpanden door de politie luidde de vierde fase in.

In deze vierde fase, rond 1991, verplaatsten de handel en het gebruik van crack zich van de kraakpanden naar de straat. Het metrostation Stalingrad werd het centrum van handel en gebruik, die zich met name afspeelden in het 19e arrondissement, aan de oostkant van het metrostation Stalingrad. In de navolgende jaren 1992 en 1993 zijn de handel en het gebruik hier verder gegroeid, waarbij de meeste activiteiten vooral 's nachts plaats hadden. De scene van Stalingrad bestond inmiddels uit enkele honderden personen die hier dagelijks rondhingen of langskwamen. Daarnaast, zo merken Ingold en Toussirt op, ontwikkelden zich in Parijs ook verschillende secundaire *scenes*, namelijk rond Place de la Nation, Strasbourg-Saint-Denis en Pigalle.

In deze periode vond er tevens een expansie plaats van de traditionele gebruikersgroep, de Antillianen, naar andere gebruikersgroepen. Deze nieuwe crackgebruikers waren voor een groot deel heroïnegebruikers.

De vijfde en laatste fase van het crackgebruik in Parijs was net als de vorige het gevolg van politie-acties. De politie startte schoonveegacties rond Stalingrad, wat als gevolg had dat de handel zich in verschillende richtingen verspreidde. Tegenwoordig is Stalingrad nog steeds een centrum voor de crackhandel, maar deze vindt veel minder open plaats dan voorheen. Uit vrees voor de politie houden gebruikers en handelaren zich meer verscholen en zijn zij uitgezwermd over de naburige wijken van het 18e en het 19e arrondissement.

### **De gebruikers van crack**

Er bestaan geen precieze schattingen met betrekking tot het aantal crackgebruikers in Parijs. Men hoort wel eens dat deze groep uit ongeveer 1.000 personen bestaat. Het IREP schat dat het werkelijke aantal ruimschoots de 1.000 overschrijdt en waarschijnlijk wel enkele duizenden bedraagt.<sup>147</sup> Het laagdrempelige opvangcentrum La Boutique, gelegen in het 19e arrondissement, ontving in de eerste zes maanden 450 verslaafden, waarvan de helft (53%) crackgebruiker was.<sup>148</sup> Wellicht ten overvloede wordt hier nogmaals opgemerkt dat de hier gepresenteerde gegevens zijn gebaseerd op weinig bronnen en sterk leunen op één bron, namelijk die van Ingold & Toussirt. Aangezien de gebruikers die door hen worden beschreven, een selekte (gemarginaliseerde) en zichtbare groep betreft, moet er voor worden gewaakt dat uit hun bevindingen algemene geldende conclusies worden getrokken.

Zoals gezegd, waren de gebruikers van crack in het begin vooral Antillianen, waar later Afrikaanse gebruikers zijn bijgekomen. Antillianen en Afrikanen vormen nog steeds de hoofdmoot van de totale gebruikersgroep, maar hun aandeel is geleidelijk aan het afnemen.<sup>149</sup> Dit laatste betekent dat crackgebruik zich ook onder andere groepen aan het verspreiden is, zoals – autochtone – Fransen en Maghrebijnen. Ingold & Toussirt merken verder over de gebruikers op dat mannen duidelijk in de meerderheid zijn. De vrouwelijke gebruikers prostitueren zich in veel gevallen.

Ingold en Toussirt merken over de gebruikers van crack op dat de periode van een maand voldoende is om gebruikers die met crack hebben geëxperimenteerd, te zien afglijden naar volledige afhankelijkheid met alle consequenties van dien, te weten vermagering, bleekheid, uitputting en een verwarde, mentale staat.

Naast deze zeer zichtbare en sterk gemarginaliseerde groep crackgebruikers die veelal zijn te vinden op de (bekende) plaatsen waar crack wordt gebruikt en verhandeld, zijn er daarnaast ook nog de 'passanten'. Deze groep, discreter en minder zichtbaar aanwezig in het straatbeeld, bestaat uit gebruikers die één of enkele malen per nacht langskomen.<sup>150</sup> De Antillaanse en Afrikaanse gebruikers van crack zijn in de meeste gevallen geen voormalige heroïnegebruikers. Een verklaring die hier wel voor wordt gegeven is dat zij uit trots voor hun lichaam, niet graag een spuit gebruiken. Zoals al enkele malen naar voren is gekomen, wordt heroïne in Frankrijk bijna altijd intraveneus gebruikt. Antillianen en Afrikanen zouden zich daarom eerder aangetrokken voelen tot rookbare drugs.<sup>151</sup>

Ingold & Toussirt wijzen er op dat er ook nog een kleine groep crackgebruikers is die niet eerder illegale drugs gebruikte (met uitzondering van cannabis). Deze gebruikers kunnen zeer jong zijn, 18 jaar of jonger. Andere van deze 'nieuwe gebruikers' daarentegen zijn juist ouder, in enkele gevallen ouder dan veertig. Dit toont aan dat de gebruikers van crack niet allemaal een 'drugsverleden' hebben.<sup>152</sup>

Andere gebruikergroepen van crack daarentegen, hebben wél vaak een heroïne-achtergrond. Sinds het begin van de jaren negentig verspreidt het gebruik van crack zich met name onder voormalige heroïnegebruikers, die geheel of gedeeltelijk 'overstappen' op crack. In sommige gevallen wordt de rol van heroïne als 'hoofddrug' overgenomen door crack, waarbij heroïne voortaan vooral wordt 'bijgebruikt'. Heroïne wordt in het laatste geval gebruikt als *downer* voor crack.

Het OCRTIS maakt in zijn jaarrapport van 1994 de opmerking dat het gebruik van crack beperkt is vergeleken met dat van cannabis, cocaïne en heroïne, maar dat het verschijnsel sinds 1990 wel een groei is blijven vertonen. In dit jaarrapport leest men verder dat dit crackgebruik voorheen beperkt was tot een gemarginaliseerd milieu, maar dat het zich nu verspreidt onder de groep heroïnegebruikers, waarbij crack ofwel wordt bijgebruikt, ofwel de heroïne geheel vervangt, wat name het geval is in de *cités* (wooncomplexen<sup>153</sup>) van de Parijse regio.<sup>154</sup>

Bij de voormalige heroïnegebruikers die de overstap maken naar crack gaat het vooral om (autochtone) Fransen en Maghrebijnen. Men kan zelfs zeggen dat van de huidige, niet-zwarte crackgebruikers, de meerderheid voorheen heroïne gebruikte.<sup>155</sup> Omdat de gebruikswijze van deze laatste stof vrijwel altijd intraveneus is, en dit blijkbaar zulk een hardnekkige, ingesleten gewoonte is, gebruiken de voormalige heroïnegebruikers ook de crack intraveneus. De meest gebruikte methode hiervoor is de crack op te lossen in citroensap en dit vervolgens in te spuiten. Uit een kleine steekproef onder 55 prostituées die crack gebruikten of hadden gebruikt, diende bijna een derde (29%) de stof intraveneus toe. Over de achtergrond van de prostituées wordt opgemerkt dat de meesten de Franse nationaliteit hebben, maar dat een zeer groot aantal van hen afkomstig is uit de Franse overzeese gebiedsdelen ('*DOM-TOM*').<sup>156</sup>

Ondanks de overeenkomsten en het soms min of meer samenvallen van de crack- en heroïnescene, kent de crackscene zoals die is beschreven door Ingold & Toussirt ook enkele specificiteiten. Het is goed hier nog even bij stil te staan.



De crackscene speelt zich grotendeels 's nachts af. Crack in Parijs kan zonder meer worden bestempeld als een 'nachtelijke drug'. Volgens Ingold & Toussirt zouden de stimulerende en angstopwekkende effecten van (veel) crackgebruik onverenigbaar zijn met het gebruik van crack overdag. Met andere woorden, crackgebruik zou te speedy zijn voor de dag. Gebruikers roken de gehele nacht of een gedeelte ervan crack, en gaan, zodra het morgen wordt, op zoek naar heroïne of medicijnen om te kunnen slapen of werken (dit laatste geldt met name voor prostitueés).<sup>157</sup>

Een tweede aspect van deze crackscene is dat crackgebruik in sterke mate samenhangt met marginalisering. Bij de problematische crackgebruikers in Parijs gaat het in veel gevallen om marginalen en sociaal-uitgestoten. De arts Bertrand Lebeau van *Médecins du Monde* heeft er bijvoorbeeld op gewezen dat hoe meer gebruikers gedesocialiseerd zijn, hoe meer men zwaar druggebruik ziet, en hoe meer zij ontvankelijk zijn om crack te gebruiken.<sup>158</sup> Mohamed Toussirt, werkzaam voor zowel het IREP als voor la Boutique, wijst er op dat het crackgebruik in Parijs in sterke mate is gelieerd aan marginalisering ('*exclusion*'). Het zijn vooral factoren als de sociale misère en armoede die de opkomst van crack kunnen verklaren. Veel van de nieuwe crackgebruikers waren namelijk al gemarginaliseerd voordat zij crack gingen gebruiken. Dit blijkt ondermeer uit het feit dat er zelfs oudere clochards zijn die crack zijn gaan gebruiken.<sup>159</sup>

Ook in bepaalde achterstandswijken, waar een accumulatie van verschillende problemen plaatsheeft, vindt ook steeds meer crackgebruik plaats. Eerder werd al het OCRTIS-jaarrapport van 1994 aangehaald, waarin melding werd gemaakt van een stijgend crackgebruik in de cités van de Parijse regio. Een geluid dat men vaak hoort in Frankrijk is dat zodra een drug als crack in dergelijke (achterstands)buurten arriveert, de gevolgen desastreus kunnen zijn.

Gelet op de samenhang met marginalisering, is het enigszins paradoxaal dat er zulke hoge kosten zijn verbonden aan dit gebruik. Zoals al werd gesteld in het vorige hoofdstuk, is crack op zich niet zo duur, vergeleken met cocaïne of heroïne, maar uiteindelijk, in de praktijk, is crackgebruik wél veel duurder, omdat de frequentie van het gebruik (veel) hoger ligt dan bij cocaïne en heroïne. Ingold & Toussirt stellen daarom dat een crackgebruiker wel 3.000 tot 5.000 frank in een nacht kan uitgeven, het equivalent van verschillende grammen cocaïne.<sup>160</sup> Het gevolg hiervan is dat de prostitutie overblijft als één van de weinige inkomstenbronnen die een dergelijke consumptie kunnen financieren.

#### **4.4 Van heroïne naar crack**

Zoals al eerder is opgemerkt ziet men in Frankrijk – nogmaals, hoofdzakelijk in Parijs – de ontwikkeling dat sommige heroïneverslaafden min of meer 'overstappen' op crack. Men ziet dit zelfs bij gebruikers die al lange tijd heroïne gebruiken.

Dit fenomeen heeft tijdens het veldwerk en de vele gesprekken met gebruikers van heroïne en/of crack bijzondere aandacht gekregen. De eerste reden hiervoor is dat het

verschijnsel niet op een dergelijke schaal in Nederland voorkomt.<sup>161</sup> De tweede reden voor de speciale aandacht voor deze ontwikkeling is dat het zo 'onlogisch' is. Elke gebruiker weet dat aan het gebruik van crack veel hogere kosten zijn verbonden dan aan het gebruik van heroïne. Een dosis crack is weliswaar goedkoper dan een dosis heroïne (100 tegen 200 frank), maar bij crack hebben veel gebruikers sneller behoefte aan een nieuwe dosis. Per saldo is men daarom met crack veel duurder uit. Als het gebruik van crack uiteindelijk zo veel duurder is dan van heroïne, waarom doet men het dan?

Over deze overstap van heroïne naar cocaïne is weinig bekend. Er zou gericht onderzoek naar het verschijnsel moeten worden gedaan om te kunnen vaststellen wat de mogelijke oorzaken zijn van deze overstap. Eerst zou natuurlijk duidelijk moeten worden of er werkelijk sprake is van een overstap, of dat het slechts een modegril betreft. In deze paragraaf wordt enkele mogelijke verklaringen gegeven.

Een groep gebruikers bij wie deze overstap van heroïne naar crack relatief veel voorkomt, betreft de verslaafde (straat)prostituées. Uit gesprekken met tippelaarsters en personen en instellingen die zich met hun problematiek bezighouden,<sup>162</sup> kwam naar voren dat het gebruik van crack ten dele zou samenhangen met de aard van de werkzaamheden. Straatprostitutie is fysiek en psychisch uitputtend, omdat de prostituées onder hoge druk werken en daarbij voortdurend onder bedreiging staan van politie en (gewelddadige) klanten. Het werk zou haast niet vol zijn te houden zonder crack, zo luidde de verklaring. Ook de 'afwerking' zou onder invloed van crack minder vervelend zijn. Crack zou, kortom, goed passen bij het zware werk van de straatprostitutie.

Dealers zijn hier op ingesprongen door zich op te houden in de buurt van de tippelzones. Zodra een verslaafde prostituee een klant heeft afgewerkt, staan de dealers bij wijze van spreken klaar om haar een nieuwe dosis crack te verkopen. De gemiddelde prijs die een klant aan een prostituee betaalt is 100 frank, evenveel als een dosis crack bestaande uit één caillou. De dealers bieden hierbij liever crack aan dan heroïne, omdat de eerste zich beter leent voor klantenbinding. Een dealer die iemand crack heeft verkocht, weet dat de kans groot is dat deze persoon weldra zal terugkeren voor een nieuwe dosis.

Uit een bezoek aan een tippelzone en verschillende gesprekken met prostituées werd duidelijk dat tippelen voor sterk gemarginaliseerde, aan crack-verslaafde prostituées een soort 'lopende-band-werk' is geworden. Klanten en doses crack wisselen elkaar voortdurend af, een patroon dat soms 24, 48 uur of zelfs langer kan voortduren. Ingold & Toussirt schrijven dat het niet zeldzaam is gebruikers tegen te komen die zelfs in een periode van drie of vier dagen geen enkele slaap hebben gehad. De enige manier waarop dit kan worden volgehouden is door crack te blijven gebruiken.<sup>163</sup> Dit werk is dermate uitputtend dat het niet vele dagen achtereenvolgens kan worden volgehouden. Deze tippelaarsters nemen na een dergelijke 'crack-trippel-marathon' dan ook enkele dagen 'rust' met heroïne. Ingold en Toussirt spreken in dit verband over een medicamenteus gebruik van heroïne onder crackgebruikers. Na te zijn 'uitgerust' met heroïne, wordt het patroon van tippelen en crackgebruik weer opgepakt.

De hypothese als zou dit crackgebruik kunnen worden verklaard uit de aard van deze prostitutiewerk, is toch niet geheel overtuigend. Bekijkt men bijvoorbeeld de situatie van

de verslaafde tippelaarsters in Amsterdam, dan ziet men daar niet het verschijnsel dat crack de heroïne als hoofddrug vervangt. Het verband is blijkbaar toch niet zo rechtlijnig als de situatie in Parijs op het eerste gezicht doet vermoeden.

Een andere reden voor crackgebruik die door verschillende tippelaarsters in Parijs werd genoemd, is dat zij het van de heroïne niet meer warm krijgen: *l'héroïne ne rechauffe plus*. Dit is een belangrijk aspect, omdat deze prostituées vaak lange tijd buiten, in de koude, moeten doorbrengen. De eerder genoemde cijfers van zuiverheid van de heroïne, waaruit naar voren komt dat deze zeer laag kan zijn, geeft deze verhalen enige validiteit. Het is daarom mogelijk dat het stijgend crackgebruik onder (voormalig) heroïne-verslaafden kan worden verklaard uit de lage kwaliteit van de heroïne op de markt.

Deze laatste hypothese wordt iets waarschijnlijker als men hier een andere ontwikkeling bij betreft, namelijk het bijgebruik van crack door methadonklanten. Dit is een probleem waar sommige zorginstellingen met methadonprogramma's in groeiende mate mee te kampen hebben.<sup>164</sup> Crackdealers zijn tegenwoordig te vinden in de buurt van zorgcentra met een methadonprogramma, omdat de klanten die deze centra bezoeken, een interessante – potentiële – afzetmarkt voor hen zouden vormen.

De verklaring die in Parijs voor dit bijgebruik van crack onder opiaatverslaafden wordt gegeven, is dat het bijgebruik van heroïne geen effect meer heeft, juist dóóordat men methadon gebruikt. Met ander woorden, door de hoge opiaatspiegel die het gevolg is van het methadongebruik, zou heroïne geen merkbaar effect meer hebben; de receptoren zijn dan (al) geblokkeerd. Wil men toch enige flash voelen, dan moet men terecht bij andere stof, zoals bijvoorbeeld crack.

Maakt men wederom een vergelijking met de situatie in Nederland, dan is ook deze hypothese niet overtuigend. In Nederland ziet men namelijk wél methadonklanten die heroïne (bij)gebruiken; bij hen heeft de heroïne klaarblijkelijk wél het gewenste *flash*-effect. Nederlandse opiaatverslaafden die blijven (bij)gebruiken, gebruiken weliswaar naast heroïne ook wel alcohol, benzodiazepines en cocaïne, maar heroïne blijft nagenoeg altijd de belangrijkste stof. Deze tweede vergelijking met de situatie in Nederland, versterkt enigszins het vermoeden dat het toenemend crackgebruik in Frankrijk samen zou hangen met de lage kwaliteit van de heroïne.

Methadonklanten vormen in Frankrijk een minderheid onder de opiaatafhankelijken. Het zojuist geschetste verhaal over methadonklanten die crack bijgebruiken, slaat in feite dus maar op een klein deel van de opiaatverslaafden.

Een andere reden die door gebruikers werd genoemd om eerder crack dan heroïne te gebruiken, is dat dosis crack goedkoper is dan een dosis heroïne. Een dosis heroïne (van ongeveer een vijfde gram) kost 200 frank, een dosis crack (een *cailou*) is de helft goedkoper. Heeft een gebruiker 200 of 400 frank op zak, dan wordt soms de voorkeur gegeven aan de dosis crack omdat men dan zeker is een *flash* te zullen voelen. Bij een dosis heroïne van 200 frank is men, gelet op de gemiddeld lage kwaliteit, lang niet zeker van het gewenste effect, terwijl crack deze zekerheid wel biedt – ook al is de flash van korte

duur. Gebruikers nemen, kortom, liever het zekere voor het onzekere: beter iets dan niets, ook al zijn aan deze keuze op den duur veel hogere kosten verbonden.

#### **4.5 Conclusie**

In dit hoofdstuk is een overzicht gegevens die in Frankrijk beschikbaar zijn over de gebruikers van cocaïne en crack. Zoals in de inleiding van dit hoofdstuk al werd opgemerkt, zijn er over dit onderwerp weinig bronnen. De informatie in dit hoofdstuk is dan ook met een zeker voorbehoud. Men zou zich zelfs af kunnen vragen of op grond van deze enkele bronnen en persoonlijke observaties en gesprekken, wel een hoofdstuk als dit kan worden geschreven.

In het gebruik van schaarse bronnen schuilt een gevaar. De beschikbare gegevens over het gebruik van crack hebben namelijk slechts betrekking op de gemarginaliseerde scene in Parijs en laten minder zichtbaar en niet-deviant gebruik buiten beschouwing. Er kan hierdoor een eenzijdig en verkeerd beeld ontstaan, waarbij mogelijk verkeerde conclusies worden verbonden aan het gebruik van crack. In het vorige hoofdstuk werd al gesteld dat veel van de zichtbare verschijnselen rondom (bepaald) crackgebruik nogal eens worden toegeschreven aan de farmacologische eigenschappen van de stof, met het risico dat voorbij wordt gegaan aan de (achtergronden van) de gebruikers zelf.<sup>165</sup>

In dit hoofdstuk wordt daarom slechts gepresenteerd wat er in Frankrijk bekend is over het gebruik van cocaïne en crack, hetgeen is aangevuld met zelf verkregen informatie. De Franse bronnen worden hier neergezet zonder dat wordt nagegaan in hoeverre zij een representatief beeld geven van de gebruikers.

Van het gebruik van cocaïne is in Frankrijk weinig bekend. Bevolkingsstudies ontbreken geheel, en men moet zich in feite behelpen met één studie die is uitgevoerd volgens de sneeuwbalmethode. Uit deze studie komt naar voren dat de gebruikers over het algemeen onder relatief comfortabele omstandigheden leven en weinig gezondheidsproblemen kennen.

Het gebruik van crack is sinds eind jaren tachtig in Frankrijk in opkomst. Begonnen in Parijs, heeft het gebruik zich langzamerhand verspreid, maar is het wel een voornamelijk hoofdstedelijk verschijnsel gebleven. Een 'misverstand' over de aard van de stof -men dacht niet met crack van doen te hebben- heeft aanvankelijk geleid tot een verdere verspreiding van het gebruik. Was dit gebruik in de eerste fase hoofdzakelijk beperkt tot (Franse) Antillianen, in de loop der tijd zijn er Afrikaanse gebruikers bijgekomen. Lange tijd bleef het gebruik van crack, althans de zichtbare vorm hiervan, een hoofdzakelijk 'zwarte' aangelegenheid.

Alhoewel Antillianen en Afrikanen nog steeds de meerderheid van de gebruikers vormen, heeft het gebruik van crack zich de loop van de jaren negentig verspreid onder andere etnische groepen en andere soorten gebruikers, waaronder heroïnegebruikers.

*Heroïne, cocaïne en crack in Frankrijk*

Deze laatste groep, gewend drugs intraveneus te gebruiken, is de crack zelfs gaan spuiten, terwijl deze drug juist was bedoeld om te worden gerookt. De nieuwe gebruikers bestaan in veel gevallen uit (voormalig) heroïnegebruikers die gedeeltelijk of geheel overstappen op crack. Dit betekent dat crack nu ook wordt gebruikt door autochtone Fransen en Maghrebijnen. De totale gebruikersgroep in Parijs wordt geschat op enkele duizenden.

Over de overstap van heroïne naar crack zijn verschillende verklaringen geopperd, maar deze dragen een voorlopig karakter. De populariteit van crack zou te maken kunnen hebben met de lage kwaliteit van de heroïne die er in Frankrijk wordt aangeboden. Dit kan echter niet met zekerheid worden vastgesteld; niet uitgesloten moet worden dat het – ook – om een modeverschijnsel gaat.

In ieder geval is duidelijk dat problematisch crackgebruik in sterke mate samenhangt met marginalisering. Dit is dan ook een belangrijk verschil tussen de gebruikers van ‘gewone’ cocaïne en de gebruikers van crack. Op grond van de gegevens over de Parijse crackscene komt naar voren dat de Parijse crackscene zich afspeelt in de marge van de samenleving, dat het hier gaat om een soort *underground-scene* waarvan de meeste activiteiten tijdens de nachtelijke uren plaatsvinden. Degenen die in deze scene belanden, waren in veel gevallen al gemarginaliseerd, welke situatie wordt verergerd zodra zij crack beginnen te gebruiken. De eerder genoemde omschrijving van Ingold & Toussirt is wat dat betreft veelzeggend: in een periode van een maand kan men een gebruiker zien afglijden naar volledige afhankelijkheid waarbij verschijnselen als vermagering, bleekheid, uitputting en een verwarde, mentale staat optreden. Nogmaals zij benadrukt dat zulks nooit alleen kan worden toegeschreven aan de stof zelf, maar dat de achtergronden van de gebruiker hierbij moeten worden betrokken.



## DEEL II: HET BELEID

### 5 De wet van 1970: repressie en zorg

#### 5.1 Inleiding

Het Franse drugsbeleid is gebaseerd op de wet van 31 december 1970. Men beoogde met deze wet een combinatie te vinden van drugsbestrijding (*'repression'*) en zorg (*'soins'*). Volgens de wet is elk druggebruik een misdrijf, maar een druggebruiker kan vervolging ontlopen door een behandeling te volgen: de *injonction thérapeutique*.

In dit hoofdstuk zal allereerst worden ingegaan op de Franse drugswetgeving. De verschillende bepalingen zullen hiervoor kort op een rij worden gezet. Vervolgens zal worden ingegaan op de achtergronden van de Franse drugswetgeving. Om te weten waarom deze zo streng is, moet worden gekeken naar de historische context waarbinnen deze wet is aangenomen: het eind van de jaren zestig, het jaar 1968 in het bijzonder. In de paragraaf die daar op volgt zal nader worden ingegaan op de *injonction thérapeutique*: wat behelst deze behandeling en hoe vaak wordt zij toegepast? Daarna komt de toepassing van de wet aan de orde: hoeveel druggebruikers worden aangehouden en hoeveel worden er veroordeeld? Het hoofdstuk zal worden besloten met een beschouwing over de combinatie van zorg en repressie.

#### 5.2 De wetgeving

Het Franse drugsbeleid is gebaseerd op de wet nr. 70-1320 van 31 december 1970. Deze wet op de verdovende middelen (*'la législation sur les stupéfiants'*) heeft een dubbele doelstelling: enerzijds een bestrijding (*'répression'*) van het gebruik van en de handel in drugs, anderzijds het bieden van zorg (*'soins'*). Het zorgaspect van de wet blijkt uit het feit dat zij is opgenomen in het Wetboek van de Volksgezondheid, *la Code de la Santé Publique*. De bestrijding van het gebruik van en de handel in drugs blijkt uit het feit dat elke overtreding (*'infraction à la législation sur les stupéfiants'*) wordt beschouwd als een misdrijf. De druggebruiker is volgens de wet dus een delinquent. Alhoewel elk druggebruik volgens de wet strafbaar is, biedt de wet de mogelijkheid strafvervolging te voorkomen door het volgen van een behandeling, de *injonction thérapeutique*.

Het Franse drugsbeleid is zonder meer streng te noemen. Om deze reden is de wet van 1970 wel een *'loi d'exception'* genoemd.<sup>166</sup> De inwerkingtreding van de wet betekende een aanscherping van het beleid dat op dat moment van kracht was. Was druggebruik vóór 1970 niet in alle gevallen strafbaar – namelijk alleen als het in het openbaar geschiedde –, sinds de wet van 1970 wordt elk druggebruik beschouwd als een misdrijf.

Dit is onafhankelijk van de omstandigheden waaronder het gebruik plaatsvindt, zoals gebruik in de privésfeer of gelegenhedengebruik. Ook maakt de wet geen onderscheid tussen de soorten drugs. Een druggebruiker is volgens de wet iemand die substanties of planten gebruikt die staan geclassificeerd als verdovende middelen. Overtreding van de wet kan worden bestraft met een gevangenisstraf van twee maanden tot een jaar en/of een boete van 500 tot 25.000 frank.

Sinds 1 maart 1994 zijn enkele wijzigingen opgetreden binnen de Franse drugswetgeving. Waren eerst alle bepalingen inzake drugsdelicten opgenomen in het Wetboek van Volksgezondheid, sinds 1 maart 1994 is dit niet langer het geval. Op deze datum trad namelijk het Nieuwe Wetboek van Strafrecht (*'Nouveau Code Pénal'*) in werking. De bepalingen met betrekking tot drugsdelicten anders dan het gebruik, zijn naar dit wetboek overgebracht. Tegelijkertijd is hiermee de strafmaat voor deze drugsdelicten aanzienlijk verzaamd. Het Nieuwe Wetboek van Strafrecht bevat de volgende bepalingen:

- Het leiden van een organisatie die ten doel heeft de illegale productie, fabricage, import, export, transport, bezit, het aanbieden, overdragen, verwerven of het gebruik van verdovende middelen, kan worden bestraft met levenslange opsluiting en/of 50 miljoen frank boete (art. 222-34).
- Productie of fabricage van verdovende middelen kan worden bestraft met een gevangenisstraf van 20 jaar en/of een boete van 50 miljoen frank (222-35, eerste lid). Als de feiten in georganiseerd verband worden gepleegd, kan de gevangenisstraf worden verhoogd tot 30 jaar (art. 222-35, tweede lid).
- Import of export van verdovende middelen kan worden bestraft met een gevangenisstraf van 10 jaar en/of een boete van 50 miljoen frank (art. 222-36, eerste lid). Indien de import of export georganiseerd geschiedt kan de gevangenisstraf worden verhoogd tot 30 jaar (art. 222-36, tweede lid).
- Het transport, bezit, het aanbieden, overdragen, verwerven van drugs of het faciliteren van druggebruik op welke manier dan ook, kan worden bestraft met een gevangenisstraf van tien jaar en/of een boete van 50 miljoen frank (NCP, art. 222-37).
- Het witwassen van drugsgelden kan worden bestraft met een gevangenisstraf van 10 jaar en/of een boete van 1 miljoen frank (art. 222-38).
- Het aanbieden of overdragen van verdovende middelen aan een persoon die consumptie als oogmerk heeft: een gevangenisstraf van 5 jaar en/of een boete van 500.000 frank (art. 222-39, eerste lid). Indien het gaat om het aanbieden/overdragen aan een minderjarige, of in een onderwijsinstelling geschiedt, kan de gevangenisstraf worden verhoogd tot 10 jaar (art. 222-39, tweede lid).



### 5.3 Achtergrond van de drugswetgeving

De strenge drugswetgeving moet worden geplaatst in de context van de tijd, het einde van de jaren zestig. Op zich was druggebruik geen nieuw verschijnsel binnen de Franse samenleving. Al voor de oorlog werd er in Frankrijk op niet geringe schaal opium en cocaïne gebruikt.<sup>167</sup> In 1924 bijvoorbeeld werd het aantal cocaïnegebruikers ('*cocainomanes*') in de Parijse agglomeratie geschat op 80.000.<sup>168</sup>

Het feit dat er drugs of roesmiddelen werden gebruikt aan het eind van de jaren zestig, was niet de bepalende factor bij de totstandkoming van de wet op de verdovende middelen. Natuurlijk speelde wel mee dat men het 'stijgend' druggebruik een halt wilde toeroepen, maar de verschillende specialisten die werden geconsulteerd in de periode die voorafging aan het aannemen van de nieuwe wet, wezen er op dat het verschijnsel druggebruik in kwantiteit toch niet zo dramatisch was als sommigen deden geloven. Veel belangrijker waren enkele nieuwe ontwikkelingen die zich op dit terrein voordeden.

Bernat de Célis gaat in haar overzichtswerk over de totstandkoming van de Franse drugswetgeving uitvoerig in op de achtergronden hiervan. Volgens haar was er aan het eind van de jaren zestig sprake van drie nieuwe ontwikkelingen met betrekking tot het druggebruik. Ten eerste was er sprake van nieuwe producten (cannabis, LSD), waarvan de gebruikers de effecten slecht kenden en waar ook de artsen niet vertrouwd mee waren. Hier kwam nog bij dat het verschijnsel druggebruik zich leek uit te breiden. Maar bovenal ging het om een verschijnsel waar vooral jongeren bij waren betrokken.<sup>169</sup>

Het feit dat men hier met een strenge wetgeving op wilde reageren, kan niet los worden gezien van de 'roerige' jaren die aan 1970 voorafgingen, het jaar 1968 in het bijzonder. Mei 1968 is in Frankrijk het symbool van een culturele tegenbeweging die zich verzette tegen de gevestigde orde. Deze beweging, die was begonnen onder studenten, had geleid tot een staking onder 10 miljoen Fransen waarbij het openbare leven vrijwel tot stilstand was gekomen.<sup>170</sup> Het druggebruik dat zich aan het eind van de jaren zestig manifesteerde, werd min of meer in hetzelfde kader geplaatst. Ook het rapport-Henrion stelt vast dat de Franse drugswetgeving werd aangenomen in een periode die werd gekarakteriseerd door de studentenbewegingen, en dat sommige drugs het symbool waren van deze bewegingen. De wet van 31 december 1970, zo vervolgt het Rapport-Henrion, was bedoeld om een dijk op te werpen tegen de protestbeweging waarin sommigen een zedenverval zagen.<sup>171</sup> Niet voor niets werd de wet unaniem door de Franse Nationale Assemblée aangenomen.

Druggebruik werd beschouwd als deviant, non-conformistisch gedrag. Omdat het niet langer om individuen ging, maar om een groep, te weten jongeren, vormde het een bedreiging voor de sociale en openbare orde. Met andere woorden, druggebruik werd gezien als een 'sociaal gevaar', als een teken van een protestbeweging die zich verzette tegen de bestaande normen en waarden. In de woorden van de psychiater Olievenstein, indertijd al invloedrijk op het gebied van druggebruik en verslavingszorg: 'Het is de spannende sensatie om iets te doen dat verboden is en zich te verzetten tegen de wereld van de volwassenen'.<sup>172</sup>

De socioloog Alain Ehrenberg heeft zichzelf de vraag gesteld waarom men in Frankrijk dan zo [sterk] reageerde op het druggebruik onder jongeren. Het fenomeen was immers niet voorbehouden aan Frankrijk. Ehrenberg trekt de vergelijking met de Verenigde Staten, waar eveneens in 1970 een (federale) drugswetgeving tot stand kwam: de *'Comprehensive Drug Abuse and Control Act'*. Deze wet kende een classificatie van verschillende drugsdelicten en overeenkomstige strafrechtelijke sancties. Daarnaast begon de Amerikaanse regering zorgprogramma's met ondermeer methadon te ontwikkelen, terwijl hiervan in Frankrijk nauwelijks sprake was. Hoe kan het toch zijn dat twee landen op hetzelfde moment zo verschillend reageren op eenzelfde verschijnsel, zo vraagt Ehrenberg zich af.<sup>173</sup>

Ook Ehrenberg is van mening dat de gebeurtenissen van mei 1968 een belangrijke rol hebben gespeeld bij de totstandkoming van de strenge drugswetgeving in Frankrijk. Maar volgens hem zijn er daarnaast ook dieperliggende oorzaken aan te wijzen. Druggebruik, volgens Ehrenberg in 1970 een marginaal sociaal en volksgezondheidsprobleem, heeft te maken met de status van de burger omdat het een uitdrukking is van de nieuwe spanningen tussen het privéleven en het openbare leven. Druggebruik is een expressie van de botsing tussen een oude republikeinse visie -het Franse politieke model- en de nieuwe waarden die gedurende de jaren zestig zijn toegekend aan het privéleven. De Franse republikeinse traditie wil dat burgers zich conformeren aan de burgerlijke norm. Persoonlijke passies dienen hier ondergeschikt aan te zijn. Het druggebruik dat zich manifesteerde aan het eind van de jaren zestig, kwam met deze politieke cultuur in botsing, omdat het ging om persoonlijke (privé-)passies die zich nu ook in het openbaar toonden; de jongeren gebruikten immers drugs *en groupe*. Ehrenberg ziet hierin een herwaardering, of een naar buiten treden van het privéleven en zijn passies, in plaats van dat deze worden onderdrukt. Dit nieuwe verschijnsel, zichtbaar voor de gehele samenleving, botste met de republikeinse cultuur die voorschrijft dat 'privé' ondergeschikt is aan 'publiek' en vormt hiervoor in feite een bedreiging.<sup>174</sup>

#### 5.4 De injonction thérapeutique

Er is al op gewezen dat overtreding van de wet op de verdovende middelen niet per se hoeft te leiden tot strafvervolging. De officier van justitie kan namelijk afzien van vervolging door de druggebruiker de mogelijkheid te geven een behandeling te volgen: de *injonction thérapeutique*. Dit houdt in dat het parket de druggebruiker verwijst naar de departementale volksgezondheidsdienst, de *Directions départementales des affaires sanitaires et sociales* (DDASS), die vervolgens beziet welk soort zorg het meest geschikt is.

De wetgever kwam tot het inzicht dat het volgen van een dergelijke kuur niet altijd het juiste antwoord was op het delict druggebruik. Het doel van een kuur is immers iemand van zijn verslaving af te helpen, terwijl hiervan lang niet altijd sprake is bij druggebruik. De meeste druggebruikers gebruiken immers cannabis, dat in het rapport-

Henrion wordt omschreven als een stof met een laag verslavend potentieel.<sup>175</sup> Het Ministerie van Justitie heeft daarom na de wet van 1970 verschillende circulaires uitgegeven die er op neerkomen dat cannabisgebruikers in principe niet moeten worden vervolgd, maar een waarschuwing dienen te krijgen.<sup>176</sup>

De gebruikers van heroïne en cocaïne daarentegen, komen er niet met een waarschuwing vanaf; zij moeten in principe een kuur volgen. Hoe goedbedoeld het ook is om iemand die afhankelijk is van een drug, een kuur te laten volgen, de praktijk verschilt echter – zoals zo vaak – van het officiële beleid. Volgens de wet is het volgen van een desintoxicatie-kuur nodig om iemand van zijn verslaving af te helpen. Deze kuur kan zo lang duren als nodig is om dit doel te bereiken, waarbij de wet weinig ruimte overlaat om te ontsnappen aan strafvervolging indien de kuur niet wordt afgemaakt, of als wordt teruggevallen op het gebruik. Het rapport-Henrion merkt hierover op dat een desintoxicatie-kuur in de praktijk niet eenvoudig is. Volledige abstinentie is geen lineair, maar een stapsgewijs, moeizaam proces dat tegenslagen en terugvallen kent. De wet echter, zo vervolgt het rapport-Henrion, laat het maken van vergissingen in het geheel niet toe, terwijl dit toch een voorwaarde lijkt te zijn voor het doen slagen van de behandeling.<sup>177</sup>

Het rapport-Henrion schrijft verder over de *injonction thérapeutique* dat deze de eerste vijftien jaar sinds haar intrede eigenlijk niet op begrip heeft kunnen rekenen van degenen die haar moesten uitvoeren, te weten de artsen, in het bijzonder de psychiaters.<sup>178</sup> Zoals zal blijken in het volgende hoofdstuk, hebben zij in Frankrijk namelijk tot aan de jaren negentig min of meer een monopolie op de verslavingszorg gehad. In de ogen van de psychiaters is een *injonction thérapeutique* een enigszins dwingende vorm van hulpvraag. Het is een keuze uit overmacht, met vervolging als alternatief, en het gaat dus niet om een echte hulpvraag, dat wil zeggen een hulpvraag waarmee de verslaafde volledig instemt. De psychiaters hebben als uitgangspunt dat een kuur alleen succes kan hebben als de druggebruiker zelf aangeeft deze te willen volgen.

Van de zijde van de magistratuur, zo stelt het rapport-Henrion, was er ook een zeker wantrouwen ten aanzien van de medici, soms omdat men bij het tegengaan van druggebruik meer geloof had in repressieve maatregelen. De magistratuur liet hierdoor de mogelijkheid van de *injonction thérapeutique* vaak onbenut. Aan de andere kant sprak de magistratuur de *injonction thérapeutique* ook wel voor de vorm uit.<sup>179</sup>

Het wederzijdse wantrouwen, en soms de animositeit tussen de twee partijen die betrokken zouden moeten zijn bij de uitvoering van de *injonction thérapeutique*, hebben er toe geleid dat de magistratuur en de medische wereld (de psychiaters), lange tijd twee min of meer gescheiden werelden zijn geweest. Van de *injonction thérapeutique* is daardoor niet terecht gekomen wat men indertijd beoogde.

Niet voor niets is één van de eerste opmerkingen in het rapport-Henrion juist gewijd aan de *injonction thérapeutique*. Zij is volgens de commissie een duidelijk voorbeeld van de kloof die kan bestaan tussen een maatregel en de onverschilligheid waarmee hij wordt toegepast. “In alle stadia van de juridische procedure die volgt op de beschuldiging druggebruik, voorziet de wet in een serie wissels die het mogelijk maakt de gebruiker [op

het spoor te zetten] van sociaal-medische zorg in plaats van deze druggebruiker te vervolgen en te veroordelen tot een gevangenisstraf. De structuren hiervoor zijn echter niet afgestemd op het niveau van de hulpvragen die zich spontaan aandienen, waar dan nog de personen die een *injonction thérapeutique* moeten volgen bij moeten komen. Men heeft de wissels tot in de puntjes verzorgd, maar zonder de rails aan te leggen”.<sup>180</sup>

Deze constatering wordt verderop in het rapport uitgewerkt. Daar wordt gesteld dat het beleid in de praktijk in sterke mate gelieerd is aan de lokale omstandigheden, en dan met name aan de betrekkingen tussen het parket, de regionale volksgezondheidsdiensten (DDASS) en de gespecialiseerde instellingen (belast met de uiteindelijke uitvoering van de *injonction thérapeutique*). Over de laatste instellingen wordt nog opgemerkt dat deze op sommige plaatsen uitstekend zijn, maar op andere praktisch afwezig.<sup>181</sup>

De regionale verschillen tussen de wijze waarop de *injonction thérapeutique* – al dan niet – wordt toegepast, kan men ook aflezen uit de evaluatie van de *injonction thérapeutique* die in 1989-1990 is uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van Françoise Facy van het *Institut Nationale de Santé et de la Recherche Médicale* (INSERM).<sup>182</sup> In de 86 departementen waarvan gegevens beschikbaar waren, werden jaarlijks gemiddeld ongeveer veertig behandelingen opgelegd. Het totale aantal bedraagt dus ongeveer 3.500. Het verschil tussen de aantallen *injonctions thérapeutiques* per departement is echter zeer groot, en varieert van 0 tot 580.

De gemiddelde duur van een *injonction thérapeutique* bedraagt 178 dagen. Van de personen die een *injonction thérapeutique* hebben gevolgd, is 60% ermee gestopt, 20% volgt de *injonction thérapeutique* nog, terwijl 10% uit het zicht is geraakt. Opmerkelijk is dat 59% van de personen die een *injonction thérapeutique* volgt, niet eerder contact heeft gehad met de zorg ('centres spécialisés').<sup>183</sup>

De regionale diversiteit met betrekking tot de *injonction thérapeutique* blijkt ook uit een recenter overzicht, het *Bilan Injonction thérapeutique 1994*.<sup>184</sup> Hierin leest men dat er in 1994 in 21 departementen geen enkele *injonction thérapeutique* werd opgelegd. Het gaat hierbij hoofdzakelijk om rurale departementen waar verslaving weinig voorkomt en minder zichtbaar is, luidt de verklaring van het bilan. Men mag verwachten dat in deze rurale departementen de kans groot is dat de geconstateerde verslaving heeft geleid tot een veroordeling.

Het rapport-Henrion signaleert tevens dat er in zijn algemeenheid weinig *injonctions thérapeutiques* worden toegepast. In 1993 waren dit er namelijk 6.342, waarvan slechts een derde tot een tevreden resultaat heeft geleid – zonder dat wordt vermeld wat hieronder wordt verstaan. Het aantal *injonctions thérapeutiques* contrasteert met het aantal aanhoudingen van druggebruikers in hetzelfde jaar: 45.206, waarvan 28.351 voor cannabis en 14.959 voor heroïne.<sup>185</sup>

Mogelijk in reactie op de bevindingen van de commissie Henrion, verspreidden op 28 april 1995 het Ministerie van Justitie en het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Stad een circulaire betreffende de harmonisering van de wijze waarop de *injonction thérapeutique* moet worden toegepast. De circulaire geeft duidelijk aan dat gebruikers van cocaïne en heroïne hiervoor in aanmerking komen.

De circulaire geeft allereerst aan dat elke *injonction thérapeutique* moet worden voorafgegaan door een juridische procedure. Dit houdt in dat politie en gendarmerie van elke constatering van druggebruik een proces-verbaal moeten opmaken en het delict moeten melden aan de justitiële autoriteiten. Een vereenvoudigd proces-verbaal is hiervoor beschikbaar.

Voor de toepassing van de *injonction thérapeutique* wordt samengewerkt tussen het parket, de justitiële autoriteiten, en de DDASS. Het parket neemt het initiatief tot de *injonction thérapeutique* en vervolgens is de DDASS belast met de verdere uitwerking ervan. Degene die de gebruiker behandelt of begeleidt, zal de duur van de *injonction thérapeutique* bepalen.

Na een medische test van een arts van DDASS, zijn er drie mogelijkheden. De eerste mogelijkheid is dat de druggebruiker wordt begeleid door de DDASS zelf. Hierbij wordt het wenselijk geacht dat de druggebruiker ook sociale en psychologische begeleiding krijgt, waarvoor de benodigde mensen kunnen worden ingeschakeld. De tweede mogelijkheid is dat de DDASS de druggebruiker doorverwijst naar een gespecialiseerde instelling voor verslaafden. De derde mogelijkheid tenslotte, is dat de druggebruiker wordt begeleid door een arts, hetzij een huisarts of een psychiater. De circulaire geeft verder aan dat het mogelijk is dat een druggebruiker aan verschillende *injonctions thérapeutiques* wordt onderworpen. Het moedwillig niet respecteren van de maatregel kan worden gesanctioneerd. Indien dit laatste het geval is, moet zonder vertraging worden overgegaan tot strafrechtelijke vervolging.

De laatste opmerking in de circulaire is dat de *injonction thérapeutique* zich altijd moet voordoen bij de eerste constatering van het druggebruik, maar bij volgende arrestaties voor druggebruik kan de *injonction thérapeutique* gepaard gaan met vervolging.

## 5.5 De toepassing van de wet

Aan het begin van de vorige paragraaf werd kort aangestipt dat het Ministerie van Justitie verschillende circulaires heeft verspreid die aanbevelen cannabisgebruikers in principe niet te vervolgen of voor een *injonction thérapeutique* in aanmerking te laten komen. In de praktijk, met name in de grote steden, komen cannabisgebruikers er vaak vanaf met een waarschuwing (*'mise en garde'* of *'avertissement'*), al wil dit nog niet zeggen dat zij niet worden aangehouden. Gebruikers van heroïne of cocaïne die worden aangehouden, zullen er daarentegen niet met een waarschuwing vanaf komen. De kans op vervolging is aanwezig, maar de circulaires van het Ministerie van Justitie geven duidelijk aan dat de voorkeur moet uitgaan naar het alternatief van de *injonction thérapeutique*.

Op grond van deze constatering zou men tot de indruk kunnen komen dat het beleid er niet op is gericht druggebruikers te vervolgen en, in het verlengde daarvan, dat de opsporingsprioriteit ligt bij bestrijding van de handel. Dit laatste zou men bevestigd kunnen zien in het feit dat de strafmaten voor andere drugsdelicten dan druggebruik, zijn

verzwaard sinds het Nieuwe Wetboek van Strafrecht in werking is getreden. De cijfers laten zien dat deze indruk niet juist is.

Kijkt men naar het aantal aanhoudingen in verband met drugsdelicten, dan blijkt duidelijk dat vooral druggebruikers worden aangehouden. Driekwart van de aanhoudingen op grond van een overtreding op de wet op de verdovende middelen betrof de laatste jaren gebruikers. Telt men hier de gebruikers-doorverkopers bij op – het onderscheid is niet erg duidelijk – dan gaat het om bijna 90% van de drugsaanhoudingen (zie tabel 5.1).

Zoals gezegd bevelen de circulaire van het Ministerie van Justitie aan dat gebruikers van cannabis in principe niet moeten worden vervolgd. Men zou hierdoor kunnen denken dat er in de praktijk een soort gedoogbeleid met betrekking tot cannabisbeleid bestaat en dat de nadruk van het politie- en justitiebeleid ligt op bestrijding van 'hardere' drugs. Een blik op de cijfers leert dat ook dit niet waar is. Indien wordt gekeken naar de cijfers van het aantal aangehouden druggebruikers en gebruikers-doorverkopers, dan blijkt dat het grootste deel van de politieactiviteiten is gericht op cannabis. Bij ongeveer tweederde van deze aanhoudingen gaat het om gebruikers van cannabis.

De algemene gedachte achter het aanhouden van druggebruikers is dat men van onder af de drugsnetwerken op kan rollen: via de gebruiker komt men bij de kleine dealer, via wie men vervolgens bij de grote dealer komt. Hier zij nog bij opgemerkt dat er feitelijk meer aanhoudingen voor drugsdelicten plaatsvinden dan de tabel aangeeft, vooral waar het cannabis betreft. Betreft het namelijk kleine hoeveelheden dan wordt er geen proces-verbaal opgemaakt, maar wordt men opgenomen in een – handgeschreven – register op het desbetreffende politiebureau: de *main courante*. In dit geval wordt de officier niet ingelicht.<sup>186</sup>

Gebruikers van heroïne daarentegen belanden nooit in de *main courante*. Zodra een heroïnegebruiker wordt aangehouden wordt er altijd proces-verbaal opgemaakt en wordt de officier op de hoogte gebracht. Hij beslist vervolgens of wordt overgegaan tot vervolging of dat de druggebruiker in aanmerking komt voor de *injonction thérapeutique*. Het aanhouden van heroïnegebruikers wordt van de zijde van politie en justitie vaak gerechtvaardigd door te wijzen op het feit dat een aanzienlijk deel van hen niet eerder in contact was met de zorg. Het is de aanhouding die dit, via de *injonction thérapeutique*, mogelijk maakt. Zoals al eerder werd genoemd, meldt het evaluatierapport over de *injonction thérapeutique* dat maar liefst 59% van de betrokken personen niet eerder in contact was met de zorg.<sup>187</sup>

In de vorige paragraaf werd duidelijk dat het officiële beleid er op is gericht druggebruikers in principe niet te vervolgen, maar hen in aanmerking te laten komen voor de *injonction thérapeutique*. Het feit dat druggebruikers toch worden veroordeeld, wordt over het algemeen toegeschreven aan het feit dat zij ook andere delicten hebben gepleegd. Cijfers tonen aan dat ook dit niet altijd het geval is.

Odile Timbart van het Ministerie van Justitie heeft onderzoek gedaan naar het justitieel beleid inzake overtredingen op de wet op de verdovende middelen.<sup>188</sup> Een van de onderzoeksvragen daarbij was: hoeveel van deze overtredingen leiden tot een

*Heroïne, cocaïne en crack in Frankrijk*

Tabel 5.1: Het aantal aanhoudingen voor overtreding van de wet op de verdovende middelen in Frankrijk, gespecificeerd naar delict

Delict	1991	%	1992	%	1993	%	1994	%	1995	%
Handel (internationaal)	1.089	(2)	1.035	(2)	1.162	(2)	1.347	(2)	1.241	(2)
Handel (lokaal)	4.214	(9)	4.947	(9)	5.289	(10)	5.832	(10)	5.866	(8)
Gebruik doorverkoop	5.449	(12)	6.937	(13)	7.017	(14)	8.257	(14)	10.213	(15)
Gebruik	34.311	(76)	41.549	(76)	38.189	(74)	44.261	(74)	52.112	(75)
<b>Totaal</b>	<b>45.063</b>	<b>(100)</b>	<b>54.468</b>	<b>(100)</b>	<b>51.657</b>	<b>(100)</b>	<b>59.697</b>	<b>(100)</b>	<b>69.432</b>	<b>(100)</b>

Bron: Jaarrapporten OCTRIS, Ministerie van Binnenlandse Zaken

Tabel 5.2: De aanhoudingen voor gebruik en gebruik-doorverkoop van drugs, gespecificeerd naar soort

	1991	%	1992	%	1993	%	1994	%	1995	%
<b>Cannabis</b>	27.928	(70)	32.179	(66)	28.351	(63)	32.686	(62)	41.711	(67)
<b>Heroïne</b>	10.499	(26)	14.577	(30)	14.959	(33)	17.149	(33)	17.356	(28)
<b>Cocaine/crack</b>	803	(2)	955	(2)	1.021	(2)	1.278	(2)	1.374	(2)
<b>Rest</b>	391	(1)	775	(2)	875	(2)	1.405	(3)	1.884	(3)
<b>Totaal</b>	<b>39.760</b>	<b>(100)</b>	<b>48.486</b>	<b>(100)</b>	<b>45.206</b>	<b>(100)</b>	<b>52.518</b>	<b>(100)</b>	<b>62.325</b>	<b>(100)</b>

Bron: Jaarrapporten OCTRIS, Ministerie van Binnenlandse Zaken

veroordeling en een gevangenisstraf, en om welke redenen gebeurt dit? Uit Timbarts studie over het jaar 1991 blijkt dat 48.420 overtredingen op de drugwetgeving hadden geleid tot 22.699 veroordelingen. 70% van deze 22.699 vonnissen werd uitgesproken op grond van meervoudige overtredingen; bij 30% van de overtredingen ging het dus om enkelvoudige overtredingen. Druggebruik was bij ongeveer de helft van de vonnissen in het geding, namelijk bij 11.500 van de 22.699. Bij 4.242 van deze 11.505 veroordelingen, ofwel 37%, was druggebruik het enige delict dat ten laste werd gelegd.

Dit betekent dus dat in 1991 4.242 vonnissen werden geveld voor – alleen – druggebruik. Van deze 4.242 vonnissen werd gevangenisstraf opgelegd in 2.844 gevallen (67%), waarvan 1.034 onvoorwaardelijk en 1.810 gevallen -gedeeltelijk- voorwaardelijk. De 4.242 vonnissen die op grond van het delict druggebruik werden uitgesproken, leidden in 964 gevallen tot het betalen van een boete.

De cijfers van Timbart laten duidelijk zien dat druggebruik wel degelijk kan leiden tot een veroordeling, want in 1991 was dit 4.242 keer het geval. Deze 4.242 veroordelingen leidden weliswaar niet altijd tot een gevangenisstraf, maar wel in een aanzienlijk aantal gevallen.<sup>189</sup> In het rapport Henrion valt te lezen dat in 1993 ongeveer 1000 gevangenisstraffen werden uitgesproken voor druggebruik. Deze straffen werden echter

lang niet altijd uitgezeten. Op 1 januari 1994 waren er namelijk 168 druggebruikers die voor druggebruik in de gevangenis zaten.<sup>190</sup>

## **5.6 De incompatibiliteit van zorg en repressie**

In dit hoofdstuk is al enkele malen de opmerking gemaakt dat 59% van degenen die een *injonction thérapeutique* volgden, nog niet eerder in contact was geweest met de zorg. Het was dus via politie en justitie dat deze 59% daar uiteindelijk wèl mee in contact kwam. Op grond hiervan zou men kunnen beargumenteren dat het dus maar goed is dat deze gebruikers zijn aangehouden en met justitie in aanraking zijn gekomen, anders waren ze misschien helemaal niet bij de zorg beland.

Dit standpunt is enigszins naïef te noemen, want men zou zich eerst de vraag moeten stellen waarom deze druggebruikers niet uit eigen beweging naar de zorg zijn gegaan. Een antwoord op deze vraag zou kunnen zijn dat deze gebruikers geen behoefte hebben aan zorg, wat zou impliceren dat het druggebruik voor deze groep geen probleem vormt, of niet als zodanig wordt gepercipieerd. Ook dit is een naïeve gedachtengang, want de eerdere hoofdstukken over de gebruikers van heroïne en cocaïne hebben laten zien dat de situatie van veel druggebruikers in Frankrijk allesbehalve rooskleurig is. Hier komt nog bij de zorginstellingen in Frankrijk de laatste jaren te kampen hebben met een hulpvraag waar voorlopig niet aan kan worden voldaan. De lengte van de wachtlijsten voor methadon geeft dit al aan. Het ligt dus niet alleen aan de gebruikers dat zij niet in aanraking komen met de zorg. Het antwoord op de vraag waarom zo veel van deze druggebruikers niet eerder een beroep doen op de zorg, kan daarom haast niet anders zijn dan dat er onvoldoende zorgaanbod is. Dit is een weinig verheffende conclusie, want het is al lang bekend – en wordt als zodanig erkend – dat dit in Frankrijk onder de maat is.<sup>191</sup> Overigens is het niet alleen in het belang van de gebruikers zelf dat zij zich tot de zorg wenden, maar het is ook in het belang van de volksgezondheid. Aangezien een aanzienlijk deel van de heroïnegebruikers besmet is met virussen, vormt dit een bedreiging voor de volksgezondheid.

Er komt echter nog meer bij kijken. Het feit dat veel druggebruikers zich niet wenden tot de zorg kan niet alleen worden verklaard uit een tekortschietend zorgaanbod. In sommige gevallen is de zorg er namelijk wel, maar gaan druggebruikers er niet heen. De reden hiervoor is dat de politie zich soms ophoudt in de buurt van zorgcentra. Iemand die naar een dergelijke instelling wil gaan, loopt de kans te worden opgepakt door de politie. Men hoeft namelijk niet per se drugs in bezit te hebben om te worden opgepakt. Het bij zich dragen van een spuit kan voldoende zijn om te presumeren dat iemand drugs gebruikt.<sup>192</sup> Dit is aan het eind van de jaren tachtig, toen apotheken werd toegestaan spuiten te verkopen, een probleem geweest. Druggebruikers die de apotheek uitkwamen met zojuist aangeschafte nieuwe, schone spuiten, werden buiten opgewacht door de politie. Ook de artsenorganisatie *Médecins du Monde*, die in Frankrijk een pioniersrol heeft vervuld door



een bus met spuitomruil te introduceren, heeft dergelijke problemen met de politie gehad.

Ook het voorwoord van het jaarverslag van *La Boutique*, één van de zeldzame laagdrempelige zorginstellingen in Frankrijk, spreekt wat dit betreft boekdelen. La Boutique is gelegen in het 18e arrondissement van Parijs en is één van de weinige plaatsen waar gemarginaliseerde verslaafden terecht kunnen. In dit voorwoord leest men: “Op het moment dat dit rapport wordt gedrukt, is de Philippe de Girardstraat waar La Boutique zich bevindt, zonder enige waarschuwing vooraf (...) een verzamelplaats geworden van alle politie uit de buurt. De straat is afgezet en bezoekers worden aan de deur van La Boutique aangehouden.”

Ook vandaag de dag komen kwesties als zojuist beschreven in Frankrijk voor.<sup>193</sup> Langzamerhand raakt een deel van deze obstakels overwonnen door betere afspraken tussen politie en zorgcentra. De medewerking en het begrip van de (buurt)politie zijn hiervoor wel een noodzakelijke voorwaarde. Maar zolang het Ministerie van Binnenlandse Zaken het ‘sterke’ Ministerie blijft bij de uitvoering van het drugsbeleid en zolang Volksgezondheid, dat vorig jaar is gedegradeerd tot een staatssecretariaat, in de praktijk aan Binnenlandse Zaken onderschikt is, zal het moeilijk zijn te zorgen voor een werkelijk goede combinatie van drugsbestrijding en drugshulpverlening.

## 5.7 Conclusie

In dit hoofdstuk is een overzicht gegeven van de Franse wet op de verdovende middelen. Deze wet was bedoeld een combinatie te vormen van enerzijds repressie, de bestrijding van de handel in en het gebruik van drugs, en anderzijds zorg.

De Franse drugswetgeving die dateert van 1970 is streng. Elk druggebruik is volgens de wet een misdrijf. De achtergrond hiervan moet worden gezocht in de studenten- en protestbewegingen aan het eind van de jaren zestig die werden gesymboliseerd door mei 1968. Destijds waren het vooral jongeren die drugs gebruikten en dit gebruik werd beschouwd als non-conformistisch, deviant gedrag waartegen moest worden opgetreden.

Druggebruik is weliswaar een misdrijf, maar vervolging kan worden ontlopen door een behandeling te volgen, de *injonction thérapeutique*. In de praktijk blijkt dit systeem niet zo goed te hebben gewerkt als men indertijd beoogd had, wat ondermeer te maken heeft met een slechte samenwerking tussen justitie en de zorgsector. Aan de ene kant werden er onvoldoende *injonctions thérapeutiques* uitgesproken, anderzijds kwam het voor dat zij slechts voor de vorm werden uitgesproken. Uiteindelijk zijn de lokale omstandigheden bepalend voor het beleid in de praktijk. In sommige departementen, zo blijkt, wordt de *injonction thérapeutique* bijvoorbeeld helemaal niet toegepast.

Het officiële drugsbeleid – de wet en de circulaires van Justitie – is er op gericht de gebruikers van drugs in principe niet te vervolgen. De circulaires bevelen aan het in het geval van cannabis bij een waarschuwing te laten, terwijl gebruikers van cocaïne en heroïne in aanmerking komen voor de *injonction thérapeutique*. Men zou hierdoor de

indruk kunnen krijgen dat druggebruik geen opsporingsprioriteit heeft. De politie-statistieken laten zien dat dit allerm minst het geval is. Driekwart van de aanhoudingen voor overtreding op de wet op de verdovende middelen betreft druggebruikers. In 1994 ging het hier namelijk om 44.000 aangehouden druggebruikers op een totaal van 60.000 drugsaanhoudingen. Van de (44.000) aangehouden druggebruikers blijkt het in tweederde van de gevallen om cannabisgebruikers te gaan.

Een drugsaanhouding leidt niet altijd tot een vervolging. Het verhaal wil dat druggebruikers die geen andere delicten hebben gepleegd, niet worden veroordeeld. Uit cijfers over 1991 blijkt evenwel dat er in dat jaar meer dan 4.000 veroordelingen voor druggebruik zijn uitgesproken. In tweederde van deze gevallen was de veroordeling een gevangenisstraf, maar deze werd niet altijd ondergaan. Op 1 januari 1994 bleken er 168 druggebruikers voor het delict druggebruik in de gevangenis te zitten.

De combinatie van zorg en repressie blijkt in de praktijk moeilijk. In Frankrijk ligt de nadruk vaak op repressie, wat er ondermeer toe heeft geleid dat de aanwezigheid van politie soms heeft verhinderd dat druggebruikers zich wenden tot de zorg.

## 6 Het Franse model van de verslavingszorg

### 6.1 Inleiding

Het Franse drugsbeleid loopt in een aantal opzichten achter op andere Europese landen. Van de combinatie van zorg en repressie waarover in het vorige hoofdstuk werd gesproken, is in de praktijk niet zoveel terecht gekomen. Niet alleen heeft dit te maken met het feit dat Binnenlandse Zaken in de praktijk het 'sterke' ministerie is bij de uitvoering van het drugsbeleid, ook hangt dit samen met de wijze waarop men in Frankrijk tegen de verslavingsproblematiek heeft aangekeken.

Sinds de Franse drugswetgeving van kracht werd, heeft de Franse staat de verslavingszorg min of meer uitbesteed aan specialisten: *les intervenants en toxicomanie*, hoofdzakelijk bestaande uit psychiaters. Deze beroepsgroep heeft lange tijd, tot aan ongeveer de jaren negentig, min of meer het monopolie op de verslavingszorg gehad, waarbij men weinig concurrentie te duchten had van andere beroepsgroepen als bijvoorbeeld sociologen en criminologen. De psychiaters in Frankrijk hebben hierdoor de heersende opvattingen en benaderingen over de drugsproblematiek grotendeels bepaald. Het gevolg hiervan is geweest is dat in Frankrijk de nadruk heeft gelegen op een klinische benadering van druggebruik en verslaving. Het Franse psycho-analytische verslavingsmodel waar van uit werd gegaan, zoekt de oorzaken van druggebruik en verslaving in de eerste plaats bij het individu en zijn stoornissen. In het verlengde hiervan werd weinig heil gezien in methadonprogramma's en spuitomruil, omdat deze aanpak in hun optiek voorbijging aan de werkelijke, dieperliggende oorzaken van verslaving. Gedwongen door de Aidsproblematiek ging men in de jaren negentig uiteindelijk wel over tot een harm reduction-benadering van het drugsvraagstuk (zie hiervoor het volgende hoofdstuk).

In dit hoofdstuk zal worden ingegaan op het drugsbeleid zoals dat lange tijd gestalte heeft gekregen in Frankrijk. Allereerst wordt een beeld geschetst van de wijze waarop de psychiaters die in Frankrijk waren belast met de verslavingszorg, hebben aangekeken tegen druggebruik en verslaving. Hierbij zal ook worden ingegaan op de rol die deze *intervenants en toxicomanie* hebben gespeeld binnen het drugsdebat in Frankrijk. Vervolgens zal worden ingegaan op de verslavingszorg in Frankrijk: uit welke onderdelen bestaat zij en wat is haar budget? Het hoofdstuk zal worden besloten met een beschouwing over verslaving en sociaal-economische achtergronden. Het Franse verslavingsmodel laat weinig ruimte voor het verband tussen deze twee zaken, ook al lijkt dit verband evident als men gaat kijken in achterstandswijken. In deze paragraaf wordt, zou men kunnen stellen, met een Nederlandse bril tegen de drugsproblematiek in Frankrijk aangekeken.

## 6.2 De rol van de psychiaters

Het Franse concept van het verschijnsel druggebruik is bijzonder te noemen. In Frankrijk ligt de nadruk op een klinische benadering van het druggebruik. Het ontstaan van deze visie op druggebruik moet worden gezocht in de rol die de psychiaters in dit opzicht hebben gespeeld in Frankrijk. Weliswaar zijn er wel meer landen waar psychiaters een voorname positie hebben als het gaat om verslavingszorg, maar het bijzondere aan de Franse situatie is dat de psychiaters daar geen noemenswaardige concurrentie hebben gehad van bijvoorbeeld sociologen en criminologen. De psychiaters hebben in Frankrijk het monopolie op de verslavingszorg weten te verwerven. In het verlengde daarvan hebben zij in sterke mate de heersende opvattingen over de 'oorzaken' van druggebruik en verslaving bepaald.

Hun verklaringsmodel van druggebruik en verslaving heeft zich in de loop der tijd weten te ontwikkelen tot een paradigma. De invloed hiervan is zo sterk geweest dat sporen hiervan in veel (officiële) Franse publikaties zijn terug te vinden. In het rapport Pelletier uit 1978 dat in opdracht van de toenmalige president Giscard d'Estaing werd opgesteld, valt te lezen dat: "verslaving (...) een uitdrukking lijkt te zijn van hoofdzakelijk individuele problemen, samenhangend met een stoornis van de persoonlijkheid en het gedrag en/of (...) van een fenomeen van sociaal onaangepastheid waarvan de verslaving één van de uitdrukkingen is".<sup>194</sup>

Het rapport-Pelletier, verschenen in 1978, was het eerste officiële regeringsrapport dat verscheen sinds de inwerkingtreding van de wet van 1970. Twaalf jaar later, in 1990, verscheen wederom een regeringsrapport, het rapport-Trautmann, ditmaal in opdracht van de toenmalige premier Rocard. In dit rapport komen eigenlijk dezelfde argumenten terug als in het eerder verschenen rapport. Druggebruik wordt beschouwd als het afgeven van een signaal van onvrede ("*un message de mal être*") van deze zijde van de gebruiker waarnaar geluisterd dient te worden. Druggebruik is in deze optiek een uiting van een dieperliggende, individuele problematiek.<sup>195</sup>

De Belgen Isabelle Stengers en Olivier Ralet hebben de Franse en Nederlandse visie op de drugsproblematiek met elkaar vergeleken.<sup>196</sup> In een kritische beschouwing over het Franse – psychiatrische – verslavingsmodel, laten zij zien op welke uitgangspunten dit is gebaseerd. Stengers & Ralet wijzen op de invloed die de psycho-analyse van Freud en met name Lacan heeft gehad op de opvattingen over druggebruik. De oorzaak van druggebruik en verslaving wordt vaak gezocht in de '*transgression*', wat zoveel betekent als overtreding of schending. Druggebruik wordt zodoende beschouwd als een overtreding van de – burgerlijke – norm of van de wet, een wet die ook symbolisch kan worden opgevat, als een *loi du père*.<sup>197</sup> Jongeren in moeilijkheden, zoals druggebruikende jongeren, hebben volgens deze visie gemeen dat hun leven juist niet voldoende is gestructureerd. Zij beschikken met ander woorden niet over een – symbolisch – referentiepunt. De Franse wetgever heeft met de drugswetgeving deze structuren willen aanbrengen, opdat de jongeren weer op het juiste spoor terecht komen. De wet en de staat vervullen daarmee in de woorden van Stengers & Ralet een paternalistische rol om het leven van

het 'kind' te herstructureren.<sup>198</sup> Alain Ehrenberg heeft over het Franse verslavingsmodel opgemerkt dat het voortdurend het strafrecht en de klinische psychologie verwart, hetgeen heeft geleid tot een eenzijdige definitie van de verslavingsproblematiek.<sup>199</sup>

Stengers & Ralet wijzen voorts op de dogmatische wijze waarop in Frankrijk werd vastgehouden aan het verslavingsparadigma en hoe in het verlengde hiervan, werd gewezen op de mislukkingen van het Nederlandse 'model'. Een voorbeeld van de taboesfeer die in Frankrijk rond het drugsbeleid hangt is de affaire-Schwartzenberg. Deze kankerdeskundige werd in 1988 benoemd tot onderminister van gezondheidszorg van de regering Rocard, maar nam na tien dagen ontslag omdat hij op televisie had verklaard dat een heroïneverstrekking door de staat misschien te prefereren was boven verwerving op de illegale markt. De psychiater Olievenstein, de bekendste verslavingsdeskundige in Frankrijk, had naar aanleiding van de uitspraak van onderminister Schwartzenberg gesteld dat het echec van de Spaanse en Nederlandse ervaringen met een semi-legalisering moest manen tot voorzichtigheid.<sup>200</sup> Stengers & Ralet verbazen zich er in hun boek uit 1991 over dat de Franse experts bij voortdoring blijven beweren dat de Nederlandse ervaringen op een fiasco zijn uitgelopen, terwijl de Nederlandse experts hun beleid als succesvol presenteren. Zij stellen dat de Franse verwijzingen naar de situatie in Nederland er op lijken te wijzen dat het slechts gaat om een schrikbeeld ("*une image-repoussoir*") om zich tegen af te zetten, bedoeld om te laten zien dat er geen heil is buiten de door Frankrijk gekozen weg. Het Nederlandse drugsbeleid en elke verwijzing naar dit beleid vormen in feite hiervoor een bedreiging.

Alain Ehrenberg heeft het Franse drugsbeleid omschreven als de gouden driehoek abstinentie-afkicken-uitbannen.<sup>201</sup> Dit verklaart wat door Stengers & Ralet wordt beschreven, namelijk dat de Franse veroordeling van het Nederlandse beleid met name is gericht op de Nederlandse 'normalisering' van druggebruik. Deze wordt beschouwd als een teken van zwakte, als een "verleiding waarvoor men niet dient te zwichten". Deze normalisering wordt eigenlijk gezien als een soort "verraad, als een desertie aan het front van de strijd die de mensheid voert tegen de drugs".<sup>202</sup> Vanuit dit perspectief, stellen Stengers & Ralet, kan men begrijpen dat de Nederlandse ervaring niet op een serieuze wijze kan worden bediscussieerd.

De klinische wijze waarop men in Frankrijk de drugsproblematiek heeft beschouwd, heeft er toe geleid dat dit vraagstuk wordt gereduceerd tot een individueel probleem in plaats dat – ook – wordt gekeken naar de ruimere context, zoals sociale problematiek. Dit doet wellicht begrijpen waarom men in Frankrijk niet heeft willen geloven in een pragmatischer harm reduction-beleid. Een dergelijk beleid is volgens het Franse verslavingsparadigma immers slechts symptoombestrijding, en gaat voorbij aan de dieperliggende psychologische problematiek. Een harm reduction werd door de dominante stroming binnen de verslavingszorg gezien als een defaitistisch wanhoopsgebaar, als een teken dat men de strijd had opgegeven. De sociologe Anne Coppel haalt in een recent artikel de psychiater Francis Curtet aan, die werkzaam is binnen de verslavingszorg en voorheen voorzitter was van de *Association nationale des intervenants en toxicomanie* (ANIT). In 1992 stelde Curtet tijdens een debat over spuitomruil de retorische

vraag of de therapeutische ambities nu zouden worden opgegeven: “Geven wij de moed op, geven wij de verslaafden over aan hun verslaving?”.<sup>203</sup>

Curtet geloofde juist niet in een dergelijk harm reduction-beleid, ook omdat Frankrijk volgens hem “het land is dat dankzij het efficiënte zorgnetwerk [het verschijnsel] verslaving het best heeft weten te beheersen. Het gaat er nu om dit te erkennen en er onze Europese partners van te overtuigen”.<sup>204</sup> Het rapport van de regeringscommissie onder leiding van Catherine Trautmann was twee jaar daarvoor tot een soortgelijke conclusie gekomen. In het rapport valt te lezen dat men in Frankrijk het druggebruik binnen de perken heeft weten te houden dankzij een beleid dat een evenwichtige combinatie vormt van zorg, preventie en bestrijding.<sup>205</sup>

### 6.3 De verslavingzorg

Allereerst moet er op worden gewezen dat de verslavingszorg in Frankrijk centraal is geregeld. Zij valt dus -direct- onder de bevoegdheid van de staat, hetgeen uitzonderlijk is voor (volks)gezondheidskwesties. Het bestaan van een centrale organisatie die is belast met het drugsbeleid, de *Délégation Générale à la Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie* (DGLDT), is volgens het rapport-Henrion een weerspiegeling van deze bijzondere positie (“*la singularité très marquée*”) die de verslavingszorg bekleedt binnen het – algemene – sociale beleid.

De interdepartementale organisatie DGLDT werd in 1990 opgericht. Zij kwam voort uit de *Mission Interministérielle de Lutte contre la Toxicomanie* (MILT) die sinds 1985 bestond. De DGLDT valt sinds 1993 onder een ministerie<sup>206</sup> wat inhoudt dat zij niet direct mensen in dienst heeft, maar dat de ‘werknemers’ zijn ‘uitgeleend’ door de verschillende ministeries. Dit interdepartementale en coördinerende karakter van de organisatie is gebaseerd op de aanbevelingen van het rapport Pelletier uit 1978. Tegelijkertijd is dit interdepartementale karakter ook een beperking voor het goed functioneren. Het is geen geheim dat dit te wensen overlaat, wat ondermeer blijkt uit het feit dat bij de DGLDT in de periode van haar bestaan bijna elk jaar een ander hoofd werd benoemd. In het rapport-Henrion wordt dan ook de twijfel uitgesproken of deze centrale dienst wel op de juiste wijze is toegesneden om de problematiek aan te pakken. Zij is namelijk niet erg geschikt om over te gaan tot maatregelen in het veld, dat wil zeggen op lokaal niveau. Daarnaast wordt de effectiviteit van de dienst belemmerd door de ‘divergenties’ tussen de verschillende ministeries waarvan personeel bij de DGLDT is tewerkgesteld.<sup>207</sup>

Een andere bijzonderheid van de verslavingzorg is, zo leest men in het rapport-Henrion, dat de ontwikkelingen die zich de laatste 25 jaar hebben voorgedaan op het gebied van het sociale beleid en het gezondheidsbeleid, voorbij zijn gegaan aan de verslavingzorg. Een beter stelsel van sociale zekerheid, verbeterde toegang tot ziekenhuizen en de centralisatie van de zorg, alle zijn zij niet van toepassing geweest op de verslavingszorg. De toenemende solidariteit die zich op die andere gebieden heeft voorgedaan is dus

voorbijgegaan aan de verslavingsproblematiek. Het rapport-Henrion verwoordt het als volgt: “*La toxicomanie est restée isolée dans le paysage de la solidarité*”. Dit isolement, zo meldt het rapport, komt voort uit de uitgangspunten van de wet van 1970, namelijk een zorgbeleid dat valt onder de bevoegdheid van de staat, een verslavingszorg die gratis en anoniem is en de bestrijding van druggebruik. Deze uitgangspunten hebben een symbolische barrière doen ontstaan tussen de verslaafden en de rest van de bevolking.<sup>208</sup>

Er is al op gewezen dat met het inwerking treden van de Franse drugswetgeving, de staat de verslavingszorg min of meer heeft uitbesteed aan de psychiaters: *les intervenants en toxicomanie*. Het feit dat de verslavingszorg werd uitbesteed aan specialisten die goed geëquipeerd leken voor deze taak, heeft er toe geleid dat de algemene indruk ontstond dat deze zorg goed was geregeld. In de inleiding van het rapport staat hierover dat het intellectuele prestige van sommige intervenants het gebrek aan middelen dat werd ingezet heeft gemaskeerd, en dat bij veel burgers hierdoor de indruk was ontstaan dat sprake was van een evenwichtig beleid.<sup>209</sup>

Daarnaast heeft het ‘uitbesteden’ van de verslavingszorg aan een groep specialisten er toe geleid dat er onder (huis)artsen langzamerhand het gevoel was ontstaan dat verslaafden speciale zorg nodig hadden. Met andere woorden, onder (huis)artsen had mettertijd het idee postgevat dat verslaving hun ‘pakkie-an’ niet was. Gevolg hiervan is dat veel verslaafden feitelijk geen toegang hadden tot de basiszorg, of in ieder geval niet in dezelfde mate als iedere burger.<sup>210</sup> Hier komt nog bij dat (huis)artsen in Frankrijk erg slecht zijn ingelicht over verslaving. Roger Henrion heeft er tijdens een congres op gewezen dat er tijdens de opleiding geneeskunde in het geheel geen aandacht wordt besteed aan verslaving.<sup>211</sup>

De conclusie van de commissie Henrion op dit punt is dat het bestaan van een groep specialisten belast met de verslavingszorg, gepaard is gegaan met onvoldoende medicalisering van verslaafden (“*une sous-médicalisation*”).

In het rapport-Henrion leest men dat het Franse drugsbeleid ook heeft gefaald op een ander punt. Ondanks de inspanningen van de DGLDT om te komen tot een integraal drugsbeleid, is gebleken dat het verslavingsbeleid op een fatale wijze is afgesneden van het algemene sociale (integratie-)beleid. De drugsproblematiek heeft binnen het sociale beleid in het veld niet de plaats gekregen die zij had moeten hebben. Op lokaal niveau, waar dit beleid hoofdzakelijk wordt gemaakt, gaan de autoriteiten er vaak van uit dat verslaving niet behoort tot hun verantwoordelijkheden, maar tot die van de staat.<sup>212</sup>

De psychiaters, zo leest men verder, zijn er ook niet in geslaagd een passend antwoord te geven op de problematiek waar men voor wordt gesteld. Alhoewel de psychiaters bij hun werkzaamheden veel aandacht besteden aan de relatie- en familie-aspecten van het verschijnsel verslaving, zijn zij zwak geïntegreerd in wijken waar een belangrijk deel van de verslaafdenpopulatie is geconcentreerd.<sup>213</sup>

### **Het ontbreken van een echt volksgezondheidsbeleid**

Het vanuit volksgezondheidsoogpunt gefaalde Franse drugsbeleid kan echter niet alleen worden toegeschreven aan de dominante rol die de psychiaters hebben gespeeld. Een ander deel van de verklaring moet waarschijnlijk worden gezocht in de aard van het

Frans gezondheidsstelsel. Dit stelsel is nameijk vooral curatief en slechts in mindere mate preventief. Het kan hierdoor voorkomen dat mogelijke bedreigingen voor de volksgezondheid niet tijdig worden gesignaleerd of worden onderschat. Een voorbeeld hiervan is de affaire van de bloedtransfusie, waarbij een groot aantal hemofiliepatiënten HIV-besmet bloed toegediend had gekregen.

Volgens Alain Ehrenberg is de dieperliggende oorzaak van deze kwestie inderdaad dat Frankrijk geen echt volksgezondheidsbeleid heeft. In zijn ogen wordt in Frankrijk te veel geloofd in het model van de individuele curatieve geneeskunde en de medische technologie, in plaats van in preventie. Het ontbreken van een preventief beleid heeft er volgens Ehrenberg toe geleid dat Frankrijk slecht was voorbereid op de komst van het HIV-virus. Dit leidde er ondermeer toe dat veel mensen besmet zijn geraakt door bloed dat door gevangenen was gegeven. In 1985 vertegenwoordigde het bloed van deze donoren slechts 2% van het totaal, maar was het wel verantwoordelijk voor 40% van de besmettingen in dat jaar.<sup>214</sup> Het feit dat het Ministerie van volksgezondheid in Frankrijk nooit een 'groot' ministerie is geweest en tegenwoordig zelf maar een staatssecretariaat, zou men kunnen zien als een bevestiging van de opvatting dat Frankrijk geen degelijk volksgezondheidsbeleid heeft.

Overigens wordt formeel toegegeven dat het volksgezondheidsbeleid in Frankrijk zwak is en een achterstand heeft. In het rapport *La santé en France* van het Haut Comité de la Santé Publique is te lezen dat het belang van de volksgezondheid in het Franse beleid onvoldoende naar voren komt en dat er nauwelijks sprake is van een daarop gericht beleid. Een epidemiologische benaderingswijze van gezondheidsvraagstukken is de medische beroepsgroep in Frankrijk relatief vreemd. Het rapport stelt verder dat het volksgezondheidsbeleid te weinig is geïnstitutionaliseerd zoals blijkt uit het aantal personen dat in deze sector werkzaam is en uit de plaats die de volksgezondheid inneemt binnen het medische onderwijs.<sup>215</sup>

De Aidsproblematiek die zich onder intraveneuze druggebruikers heeft gemanifesteerd en in grote mate is onderschat, past in het beeld dat Frankrijk in onvoldoende mate over een preventief volksgezondheidsbeleid beschikt. Anne Coppel heeft opgemerkt dat in het rapport-Trautmann uit 1990 over de drugsproblematiek, slechts twee van de 267 pagina's zijn gewijd aan Aids. Weliswaar wordt in het rapport erkend dat een relatief hoog percentage intraveneuze druggebruikers seropositief is en dat verslaafden een aanzienlijk deel uitmaken van het totale aantal seropositieven en Aids-gevallen, maar de teneur die uit het rapport spreekt is dat het vraagstuk in de hand wordt gehouden en niet zo dramatisch is vergeleken met buurlanden als Italië en Spanje.<sup>216</sup>

Op basis van het voorgaande kan in ieder geval worden geconcludeerd dat de drugspreventie in Frankrijk onvoldoende is geweest. Sommigen gaan verder door te stellen dat men in Frankrijk bewust voortdurend de suggestie heeft gewekt dat het drugsprobleem in de hand werd gehouden. Anne Coppel is bijvoorbeeld deze mening toegedaan. Het ontbreken van epidemiologische gegevens over de mortaliteit en morbiditeit van verslaafden is volgens haar daarbij dan ook allesbehalve een handicap geweest. Coppel citeert hiervoor de statisticus Padieu die een statistisch achtergrondwerk



heeft geschreven over drugs en verslaving. Padiou stelt namelijk dat het bij deze statistieken niet gaat om de vraag of zij correct zijn, belangrijker is de mythische waarde die zij vervullen binnen de samenleving. Padiou vat het als het volgt samen: 'de hele samenleving gebruikt drugs: ze dopeert zich met repressie en spuit statistieken'.<sup>217</sup>

Wat ook precies de redenen mogen zijn, feit is dat men in Frankrijk onvoldoende onder ogen heeft gezien wat de omvang van de heroïne-epidemie was en welke gevaren aan het intraveneus druggebruik waren verbonden, met name waar het gaat om de verspreiding van het HIV-virus. Te laat bemerkte men – althans officieel – het bestaande verband tussen de intraveneus druggebruik en HIV-besmetting. Dientengevolge werd pas in een laat stadium, namelijk in 1992, besloten over te gaan tot het nemen van preventieve maatregelen.

Coppel is uitgebreid ingegaan op het merkwaardige fenomeen dat in Frankrijk de stilte zo lang heeft geregeerd over het verband tussen verslaving (intraveneus druggebruik) en HIV/Aids. Zij spreekt in dit verband over *l'exception française*, omdat Frankrijk volgens haar het laatste Europese land was dat zijn drugsbeleid ter discussie stelde als gevolg van de Aidsproblematiek, waarbij de gunstige resultaten van andere landen, die wel waren overgegaan tot het nemen van preventieve maatregelen, aan Frankrijk ongemerkt voorbij zijn gegaan. Coppel signaleert dat de specialisten lange tijd hebben verzuimd deze problematiek onder ogen te zien. Zij wijst er op dat in *Intervention*, het tijdschrift van de *Intervenants en toxicomanie*, het woord Aids pas in 1987 voor het eerst voorkomt in de titel van een artikel. Het zou tot 1990 duren voordat in het tijdschrift een discussie werd gewijd aan spuitomruil en methadon.<sup>218</sup> Dit doet enigszins begrijpen waarom premier Balladur in 1993, bij de presentatie van het nieuwe drugsbeleid van de regering (namelijk op harm reduction gericht), een vraag van een journalist over de plaats van Aids binnen het nieuwe regeringbeleid, repliceerde met de vraag wat Aids en verslaving met elkaar te maken hadden.<sup>219</sup>

### **Het aanbod van de verslavingszorg**

Het rapport Henrion geeft een opsomming van de verslavingszorg die eind 1994 werd aangeboden.<sup>220</sup>

- Er zijn 182 gespecialiseerde centra die verschillende soorten behandelingen geven. Eind 1994 waren er bij deze centra in totaal 1.645 methadonplaatsen.
- Daarnaast zijn er 1.357 nazorgplaatsen met huisvesting die bestaan uit verschillende structuren:
  - ⇨ 55 gespecialiseerde centra die voor de periode van drie maanden tot een jaar verslaafden kunnen ontvangen die zijn afgekickt, maar nog moeite hebben zonder hun produkt te leven. Negen van deze centra vangen verslaafden op die nog niet zijn afgekickt. Door middel van verschillende methoden wordt de (ex-)verslaafden geleerd weer een 'onafhankelijk' leven te leiden.
  - ⇨ 33 familienetwerken die samen bestaan uit meer dan tweehonderd families, die zijn gegroepeerd rondom nazorgcentra. De bedoeling van deze netwerken is verslaafden die zijn afgekickt te begeleiden met het aanvangen van een 'ander' leven.
  - ⇨ 53 netwerken van therapeutische woningen (*'appartements thérapeutiques-relais'*).

Na deze opsomming stelt het rapport-Henrion vast dat dit geheel van zorgaanbod onvoldoende is voor de zorgvraag die door verslaafden wordt aangegeven. Hier wordt aan toegevoegd dat dit met name geldt voor de meest gemarginaliseerde verslaafden die niet bij de zorg aankloppen.

Het feit dat het zorgaanbod onvoldoende is, blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat de wachttijden bij de zorgcentra lang zijn. Deze wachttijd kan enkele uren tot enkele dagen bedragen voor een consult bij een gespecialiseerd centrum, enkele dagen om in aanmerking te komen voor een ziekenhuisopname om af te kicken, tot enkele weken of maanden om in aanmerking te komen voor nazorg ('*post-cure*').<sup>221</sup>

Alain Morel, voorzitter van de *Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie* (ANIT), de organisatie van degenen (de psychiaters) die werkzaam zijn binnen de verslavingszorg, gaf op een congres in 1993 toe dat de verslavingszorg in Frankrijk ruim onvoldoende was. Volgens hem beschikt Frankrijk niet alleen over de meest repressieve wetgeving van Europa ten aanzien van druggebruikers, daarnaast is de zorg voor druggebruikers het magerst. Deze bevindt zich namelijk in een staat van onderontwikkeling en nood. Morel maakt een opsomming van het aanbod van de verslavingszorg in Frankrijk, waarna hij opmerkt dat dit nog minder is dan wat wordt aangeboden in Zwitserland, een land met tien keer zo weinig inwoners als Frankrijk.<sup>222</sup>

#### 6.4 Het budget van de verslavingszorg

Over het algemeen wordt er in Frankrijk van uit gegaan dat het budget voor de verslavingszorg onvoldoende is. Ook de geleidelijke verhogingen van het budget van de laatste jaren hebben hier geen verandering in gebracht.

Een van de weinige gedetailleerde bronnen waaruit specifieke informatie kan worden afgeleid, is het rapport van de evaluatie van de *injonction thérapeutique* die in 1989-1990 door de INSERM werd uitgevoerd.

Van de 86 departementen van Frankrijk die aan de evaluatie meewerkten, had de DDASS, de departementale gezondheidsdienst, een gemiddeld jaarlijks zorgbudget van 122.099 frank. De verschillen tussen de departementen zijn echter groot. Het evaluatierapport onderscheidt de departementen daarom in zeven categorieën op grond van het zorgbudget waarover de DDASS beschikte. Deze indeling is al volgt:

- 16 departementen hebben een budget dat kleiner is dan 30.000 frank
- 13 departementen hebben een budget tussen de 30.000 en 50.000 frank
- 13 departementen hebben een budget tussen de 50.000 en 75.000 frank
- 18 departementen hebben een budget tussen de 75.000 en 125.000 frank
- 12 departementen hebben een budget tussen de 125.000 en 200.000 frank
- 9 departementen hebben een budget tussen de 200.000 en 350.000 frank
- 5 departementen hebben een budget dat groter is dan 350.000 frank

De departementale gezondheidsdienst DDASS is ondermeer belast met de uitvoering en/of coördinatie van de *injonction thérapeutique*. Van het budget waarover de DDASS beschikt, wordt gemiddeld meer dan de helft besteed aan de *injonction thérapeutique*. Aan verslavingszorg vallend buiten de *injonction thérapeutique*, wordt gemiddeld 27% van het budget uitgegeven. Tot slot, 19% van het budget wordt uitgegeven aan zaken die buiten de verslavingszorg en *injonction thérapeutique* vallen.

Hierbij moet niet worden vergeten wat in het vorige hoofdstuk is beschreven, namelijk dat het bij de *injonction thérapeutique* gaat om gemiddeld veertig personen per departement en dat de uitvoering van de *injonction thérapeutique* veel te wensen overlaat. Dit plaats de zojuist gepresenteerde cijfers in het juiste perspectief. Zij laten zien dat het niet goed-functionerende systeem van de *injonction thérapeutique* in 1989/90 meer dan de helft van het totale zorgbudget van de DDASS opslokte.

In de inleiding van het rapport-Henrion staat vermeld dat het budget van het drugsbeleid erg moeilijk, zo niet onmogelijk is te bepalen. Desalniettemin staat even verder vermeld dat het budget in 1993 450 miljoen bedroeg, waarbij werd vermeld dat dit evenveel was als het budget van een middelgroot ziekenhuis. Deze omvang, zo wordt in het rapport opgemerkt, geeft wel aan welke prioriteit men aan de verslavingszorg heeft gegeven. Het budget was in 1994 weliswaar verdubbeld tot 850 miljoen frank, maar ook dit acht de commissie Henrion onmiskenbaar onvoldoende.<sup>223</sup> In 1995 is het budget voor de verslavingszorg wederom verhoogd, het bedraagt nu omstreeks een miljard frank. Dit bedrag bestaat uit 685 miljoen frank van het Ministerie van Volksgezondheid en een deel van het budget van de DGLDT, te weten 230 miljoen frank.

Ondanks deze verhogingen van het budget van de verslavingszorg, gaat men er van uit dat dit nog steeds ontoereikend is. Een ander geluid dat men veel hoort is dat het Franse drugsbeleid, dat een combinatie poogt te zijn van repressie en zorg- de nadruk veel meer legt op repressie dan op zorg. Dit geldt dus ook voor de financiële middelen die voor dit beleid beschikbaar worden gesteld.

## **6.5 Verslaving en sociaal-economische achtergronden**

In het verlengde van de psychologische benadering van de drugsproblematiek die de oorzaken van problematisch druggebruik vooreerst zoekt bij het individu, is één van uitgangspunten van het Franse 'model' van de verslavingszorg dat verslaving alle sociale lagen van de bevolking raakt: *la toxicomanie touche toutes les couches sociales*. Nu is het op zich natuurlijk correct dat verslaving in alle sociale lagen voorkomt, maar men behoort hierbij toch vooral te kijken naar de mate waarin dit het geval is. Voor een Nederlander die gewend is bij de drugsproblematiek juist te kijken naar de sociale achtergronden van problematisch druggebruik, is het zojuist genoemde uitgangspunt, als zou verslaving alle sociale lagen raken, opmerkelijk, om niet te zeggen verbazingwekkend. Het is in de ogen

van een Nederlander dan ook vreemd dat zo veel mensen die in Frankrijk binnen de verslavingszorg werkzaam zijn, blijven vasthouden aan dit paradigma, of misschien kan men hier wel spreken van een doctrine. Waarschijnlijk is dit het gevolg van de grote invloed die de *intervenants en toxicomanie*, ofwel de psychiaters hebben gehad. Door de nadruk te leggen op de individuele oorzaken van het – problematisch – druggebruik, werd de sociale context waarbinnen deze individuele problemen ontstaan, wel eens over het hoofd gezien.

Een ieder die in Frankrijk een kijkje ‘achter de schermen’ neemt, door bijvoorbeeld zorgcentra te bezoeken en buurten in te gaan waar de verslavingsproblematiek zich sterk manifesteert, ziet dat veel verslaafden behoren tot minderheidsgroepen en sociaal achtergestelden. Men kan zich niet aan de indruk onttrekken dat de drugsproblematiek veel groter is in achtergestelde buurten dan in de betere buurten. Het ‘traditionele’ Franse antwoord op een dergelijke (Nederlandse) stelling is dat dit nog helemaal niet zo zeker is, omdat druggebruik in achtergestelde buurten zich eerder zal manifesteren als probleem dan in buurten die er sociaal-economisch beter voorstaan. Alhoewel dit natuurlijk (ook) waar is, is het uiteindelijk toch moeilijk vol te houden dat er geen verband bestaat tussen de verslavingsproblematiek en sociaal-economische omstandigheden.

Wordt bijvoorbeeld gekeken naar bepaalde factoren als opleiding en werk van verslaafden die bekend zijn bij zorginstellingen, dan blijkt dat het opleidingsniveau laag is en meer dan de helft van de verslaafden werkloos is.<sup>224</sup> Hierbij moet in herinnering worden geroepen dat dit geldt voor de verslaafden die in contact zijn met de zorg, en dat de meest gemarginaliseerde verslaafden dit niet zijn.

Nu kan men natuurlijk volhouden dat diepliggende, individuele factoren (uit de jeugd) ten grondslag liggen aan het feit dat deze verslaafden hun school niet hebben afgemaakt en vervolgens geen werk hebben kunnen vinden. Dit is echter weinig overtuigend als men tevens beseft dat de verslavingsproblematiek zich met name manifesteert in de regio's van Frankrijk waar de werkloosheid hoger is dan gemiddeld en waar relatief veel extreem-rechts wordt gestemd. Kijkt men een schaalniveau lager, naar de grote steden, dan is hetzelfde patroon zichtbaar: er lijken meer verslaafden te zijn in achterstandswijken dan in de betere buurten.

Als onderdeel van de eerder genoemde evaluatiestudie over de *injonction thérapeutique*, uitgevoerd door Françoise Facy van het INSERM, heeft men een steekproef genomen van 94 druggebruikers die in het departement Hauts-de-Seine een *injonction thérapeutique* hebben gevolgd. Voor driekwart van de druggebruikers ging het om heroïne. Dit departement, gelegen aan de westzijde van Parijs, geldt over het algemeen als een met een betere sociaal-economische positie in de Parijse regio, al kent het ook enige probleemwijken. Als wordt gekeken naar enkele karakteristieken van de druggebruikers van de steekproef, dan vallen enkele elementen op.

Bij deze steekproef gaat het voornamelijk om mannen (94%) en de leeftijd varieerde tussen de 15 en 35 jaar. Hierbij was 16% jonger dan 20, 28% was 20-24 jaar, 2% 24-28 jaar en 28% 30-35 jaar. De meerderheid van de personen is (nog) bij de ouders woonachtig.

Uit deze steekproef blijkt duidelijk het lage opleidingsniveau van de betrokken druggebruikers. De grote meerderheid van de steekproef heeft een opleidingsniveau dat gelijk of lager is dan de eerste cyclus van de middelbare school, wat in Nederlandse termen neerkomt op 'halverwege de middelbare school'. Een derde van de steekproef heeft een opleidingsniveau van de middelbare school, terwijl 7% hogere studies heeft gedaan. In het rapport wordt hier met een onderstreping aan toegevoegd dat slechts de helft een diploma heeft behaald dat correspondeert met het bereikte schoolniveau.<sup>225</sup>

Met betrekking tot de familiesituatie is het meest interessante resultaat, zo staat vermeld, het aantal broers en zussen. Maar liefst 40% van de steekproef heeft namelijk 3 of meer broers/zussen. Verder heeft 30% er twee, 20% heeft er één en 10% geeneen. Bij de 40% die drie of meer broers/zussen heeft, moet men toch snel denken aan allochtonen. Het rapport zegt hier echter niets over, behalve dat deze gegevens 'interessant' zijn en afwijken van de gemiddelde gezinsgrootte binnen het departement Hauts-de-Seine. De reden hiervoor is bekend; de Franse wet maakt het niet mogelijk dat etniciteit wordt geregistreerd.

### **De situatie in Lille**

In het kader van het onderzoek voor dit rapport is ook een bezoek gebracht aan Lille, een stad die er om bekend staat een vrij omvangrijk drugsprobleem te hebben. Eén van de vragen die centraal stonden bij dit bezoek, was wat nu de 'oorzaak' was van de drugsproblematiek die zich ter plaatse manifesteerde. Bekend is dat de meeste drugs (heroïne) in Lille afkomstig zijn uit Nederland (Rotterdam). In Frankrijk wordt hiervoor geregeld, met name op politiek niveau, met de beschuldigende vinger gewezen in de richting van Nederland. Uit gesprekken met verschillende personen van organisaties die zijn betrokken bij de drugsproblematiek in Lille, zoals *A.I.D.E.* en *Itinéraires*, werd duidelijk dat de situatie niet zo eenvoudig ligt.

Het verschijnsel druggebruik is in Lille omvangrijk en nog steeds groeiende. Opvallend daarbij is dat er relatief veel jonge heroïneverslaafden zijn; het is zeker niet zeldzaam gebruikers te zien die jonger zijn dan 20 jaar. Verslaafden zijn weliswaar niet alleen afkomstig uit achterstandsbuurtten – namelijk ook uit *bourgeois*-buurtten – maar het is wel duidelijk dat de verslaving in de achterstandswijken veel wijdverspreider is. De personen met wie is gesproken, zoeken de 'oorzaak' van de drugsproblematiek in Lille dan ook niet aan de 'aanbodzijde' (de goedkopere en eenvoudiger te verkrijgen drugs in Nederland), maar stellen dat diepere, sociaal-economische oorzaken hieraan ten grondslag liggen.

Een van de personen die deze mening is toegedaan is Patrick Godelle, directeur van *Itinéraires*, een *club de prévention* uit Lille die via een netwerk van buurtwerkers meer dan duizend 'moeilijke' jongeren begeleidt. *Itinéraires* is actief in vijf buurten van Lille, de buurten die gelden als de probleembuurten.<sup>226</sup> Bedenkt men hierbij dat Lille bestaat uit 10 buurten en deze vijf buurten meer dan de helft van de totale stadsbevolking vertegenwoordigen, dan wordt al direct duidelijk dat er in Lille sprake is van een zekere sociale problematiek. De organisatie *Itinéraires* is niet speciaal gericht op verslaafden, maar

in de praktijk krijgt zij hier wel veel mee te maken omdat veel van de verslaafden in Lille uit de wijken komen waar *Itinéraires* actief is. Het aantal verslaafden in Lille is niet precies bekend; de schattingen variëren van 3.000 tot 7.000. In ieder geval is duidelijk, ook uitgaande van de lage schatting van 3.000, dat er in deze stad van 170.000 inwoners relatief veel verslaafden zijn. Een groot deel van hen is afkomstig uit de achterstandswijken van Lille. Onder hen bevinden zich relatief veel Noord-Afrikanen; directeur Godelle schat dat 60% van de verslaafden in Lille van Maghrebijnse afkomst is.<sup>227</sup>

Godelle wijst er op dat de verslavingsproblematiek in Lille *avant tout* sociale oorzaken heeft. Het zijn de sociale misère en het algemene *mal être* waaruit de drugsproblematiek in Lille moet worden verklaard. Uit het jaarverslag van *Itinéraires* komt duidelijk naar voren waaruit de sociale misère in deze wijken bestaat.<sup>228</sup> Deze achterstandswijken hebben te kampen met drie grote problemen: werkloosheid, drugs en huisvesting. Ook uit een sociologische studie van de Universiteit van Lille komt naar voren wat de problemen zijn in Lille. De meeste wijken in de stad worden getypeerd als ‘gevoelig’ (*“sensible”*) en veel bewoners van deze wijken hebben te maken met een opeenstapeling van problemen (*“un cumul de difficultés”*).<sup>229</sup>

De werkloosheid wordt over het algemeen beschouwd als het grootste probleem in deze wijken. Dit geldt niet alleen voor deze wijken, maar eigenlijk voor het gehele departement en in zekere zin voor Noord-Frankrijk. Kende deze streek vroeger, tot aan de jaren zeventig nog veel werkgelegenheid (industrie, textiel, mijnen), daarna is het bergafwaarts gegaan. Tegenwoordig bedraagt de werkloosheid in de achterstandswijken van Lille 20% à 25%. Hierbij moet worden betrokken dat ongeveer 40% van de bevolking van deze wijken jonger is dan 24 jaar en de werkloosheid met name hoog is onder jongeren. In sommige wijken, zoals Lille-Sud is zelfs 50% van de bevolking jonger dan 25 jaar. In deze wijk van 23.000 inwoners is 40% buitenlander of van buitenlandse afkomst. Uit een steekproef die in deze wijk is genomen, kwam naar voren dat ‘drugs’ in deze wijk wordt gezien als veruit de grootste bedreiging voor de samenleving.<sup>230</sup>

Over het algemeen is er bijzonder weinig perspectief voor de jongeren die in deze wijken opgroeien. Hier komt dan nog bij dat de fysieke woonomgeving, voor een groot deel bestaande uit – hoge – sociale woningbouw, en de nagenoeg afwezigheid van recreatieve voorzieningen, het leefklimaat in de wijken niet bepaald ten goede komen.

Het tweede probleem in deze buurten, na de werkloosheid, wordt gevormd door drugs. De heroïne ‘verscheen’ hier rond 1984, maar het was pas enkele jaren later, tussen 1986 en 1990, dat het gebruik zich ging verspreiden. Uit de gesprekken die zijn gevoerd met vooral buurtwerkers, kwam naar voren dat de heroïne-epidemie het symptoom is van een algemeen gevoel van *mal être*. Directeur Godelle wijst er op dat in 1984, toen het gebruik van heroïne nog niet zo wijdverspreid was, het *mal être* al wel goed te merken was uit het lijmsnuiven en het gebruik (misbruik) van medicijnen en alcohol. Ook José Bayer, directeur van de drugshulpinstelling A.I.D.E., geeft aan dat in het begin van de jaren negentig op vrij grote schaal lijm werd gesnoven door jongeren in met name Lille-Sud. Tevens wijst Bayer er op dat het departement Nord, waar Lille in gelegen is, één van de departementen van Frankrijk is waar de meeste alcohol wordt gebruikt.<sup>231</sup> Verschillende

buurtwerkers in de achterstandsbuurtten van Lille signaleerden dat het onder de (autochtone) Franse families relatief vaak voorkomt dat de vader alcoholist is.

Het gevoel van onvrede dat in delen van Noord-Frankrijk heerst, is niet van de laatste tijd. De ineenstorting van de industrie en de economische crisis die er het gevolg van was, dateren immers uit de jaren zeventig. Vandaag de dag bevinden veel jongeren die opgroeien in de achterstandsbuurtten in Noord-Frankrijk zich in een perspectiefloze situatie, waardoor er als het ware een voedingsbodem bestaat voor het -excessief- gebruik van roesmiddelen. In een sociologische studie van de Universiteit van Lille I over de drugshandel, werd heroïne omschreven als een 'vergeet-drug' ("*drogue de l'oubli*") en 'armoede-drug' ("*drogue du pauvre*"), omdat het gebruik in de 'gevoelige' wijken veel wijdverspreider is. De onderzoekers wijzen er op dat veel van de personen die zij hebben geïnterviewd er op hebben gewezen dat 'drugs' haast onvermijdelijk zijn als men afkomstig is uit bepaalde wijken. De verslaving die zich hier voordoet, wordt daarbij omschreven als 'misère-verslaving' ("*toxicomanie de la misère*"). Niet voor niets is hier het profiel van de heroïneverslaafde iemand van 18-25 jaar, werkloos, met geen of een lage opleiding en (totaal) geen toekomstplannen.<sup>232</sup>

Het is echter niet alleen het bestaan van de potentiële markt – voortkomend uit het *mal être* – waaruit de heroïne-epidemie in Noord-Frankrijk valt te verklaren. Ook liggen er mogelijke verklarende factoren aan de 'aanbodzijde', dat wil zeggen factoren die het stijgende aanbod van drugs kunnen verklaren.

Door de miserabele, uitzichtloze omstandigheden in de achterstandswijken, wordt drugsdealen door sommige jongeren gezien als een alternatieve inkomstenbron. Verschillende buurtwerkers in Lille wezen er op dat jongeren die voorheen in hasj dealden, in een latere fase door inbraak en diefstal aan hun geld kwamen en tegenwoordig in heroïne een interessante inkomstenbron hebben gevonden en zich hier nu op zijn gaan concentreren. Omdat drugshandel wordt gezien als een (alternatieve) inkomstenbron, wordt er veel drugs (heroïne) gepusht.

Het geld dat wordt verdiend met de drugshandel is niet alleen bedoeld om materiële goederen mee te kopen, maar het wordt ook gebruikt om de familie te onderhouden. Uit gesprekken met buurtwerkers in achterstandsbuurtten van Lille, werd duidelijk dat als gevolg van de economische crisis veel gezinnen het erg moeilijk hebben en in sommige gevallen echt niet 'redden'. Dit geldt overigens niet uitsluitend voor de families die moeten rondkomen van een uitkering, maar ook voor huishoudens waar een salaris wordt verdiend. De Maghrebijnse huishoudens hebben het, gelet op hun gemiddeld omvangrijkere gezinsgrootte, daarbij over het algemeen wat moeilijker dan autochtone Franse gezinnen.

Met het oog op de moeilijkheden die veel gezinnen in achterstandsbuurtten ondervinden, is het enigszins begrijpelijk dat men gaarne gebruik maakt van een alternatieve inkomstenbron zodra die zich aandient. De nabijheid van Nederland, waar de heroïneprijs een stuk lager ligt, maakt een dergelijke inkomstenbron mogelijk. De buurtwerkers wisten zonder moeite verschillende huishoudens op te sommen waar een drugs word gedeald om het gezin te onderhouden. Het 'klassieke patroon' is dat de ouders

zich eerst verzetten tegen de praktijken van hun kind (zoon), maar dat men uiteindelijk de principiële bezwaren toch laat varen voor de praktische voordelen; het geld kan men goed gebruiken.

Een andere reden dat er veel drugs werd gepusht is dat de handel deels in handen was van illegale Algerijnen: *les clandestins*. Het was met name in het begin van de jaren negentig dat zij zich in de regio Lille op de drugshandel 'stortten'. Duprez et. al. schrijven dat het eerste wat de 'illegalen' deden, was het kapotmaken van de lokale hasjmarkt door hasj tegen lage prijzen, onder de marktprijs, aan te bieden. Vervolgens schakelden zij over op heroïne, die zij eveneens tegen lagere prijzen verkochten, en zo wisten zij het grootste deel van de lokale heroïnemarkt naar zich toe te trekken.<sup>233</sup> Sommige illegalen zijn zelf verslaafd geraakt aan de heroïne. Voor hen is de heroïnehandel daardoor een noodzakelijke inkomstenbron om te kunnen voorzien in de eigen heroïnebehoefte. Voor andere illegalen die niet zijn verslaafd, kan de heroïnehandel een manier zijn om snel geld te maken en met het aldus verdiende geld terug te keren naar Algerije.<sup>234</sup>

## 6.6 Conclusie

In dit hoofdstuk is een beeld geschetst van de opvattingen die in Frankrijk lange tijd het drugsdebat hebben gedomineerd. De Franse psychiaters hebben hier een groot aandeel in gehad. Nadat de Franse drugwetgeving in 1970 in werking was getreden had de regering de verslavingszorg min of meer uitbesteed aan de psychiaters. Het gevolg hiervan is geweest dat in Frankrijk lange tijd de nadruk heeft gelegen op de klinische benadering van druggebruik. Het Franse verslavingsmodel dat een flinke psycho-analytische component heeft, zocht de oorzaken van druggebruik vooral bij het individu. Sleutelwoord van dit model is '*transgression*', hetgeen overtreding betekent. Druggebruik wordt gezien als een overtreding van een wet of van een burgerlijke norm. Druggebruik wordt zodoende gezien als een signaal dat het leven van de druggebruiker niet voldoende is gestructureerd. In ieder geval keek het Franse model in eerste plaats naar de individuele problematiek van de verslaafde in plaats van naar de ruimere, sociale context.

Het feit dat deze visie op druggebruik lange tijd dominant in Frankrijk is geweest en – in tegenstelling tot de meeste andere landen – geen echte concurrentie heeft gehad van andere visies op druggebruik en verslaving, verklaart ondermeer waarom Frankrijk zo laat is overgegaan op harm reduction-maatregelen. De Franse psychiaters verzetten zich namelijk hiertegen. Methadonverstrekking was in de ogen van de psychiaters die belast waren met de verslavingszorg een teken van zwakte dat voorbijging aan de werkelijke problematiek. Om dezelfde reden was men ook tegen de spuitomruil of de vrije verkoop van spuiten bij de apotheek: het is niet coherent om drugs te verbieden en tegelijkertijd mogelijk maken dat deze drugs worden geïnjecteerd door spuiten te verkopen.<sup>235</sup>

Afgezien van het feit dat deze visie tot in het begin van de jaren dominant is geweest, speelde hier ook mee dat in Frankrijk een goed volksgezondheidsbeleid ontbrak.



De risico's van Aids en intraveneus druggebruik zijn hierdoor in grote mate onderschat of genegeerd, waardoor men ook niet zo goed de noodzaak inzag van spuitomruil en methadonprogramma's.

Een andere consequentie van de monopoliepositie van de psychiaters op de verslavingszorg, is dat te weinig wordt gekeken naar het verband tussen verslaving en de sociaal-economische achtergronden van verslaving. Het Franse klinische model reduceerde immers problematisch druggebruik tot een individuele problematiek. Een dergelijke visie kan op iemand uit Nederland, waar de sociologen zich sinds lange tijd met de drugsproblematiek bezig houden, uiterst vreemd overkomen. De situatie in achterstands-buurtten en buitenwijken van steden als Parijs en Lille, wijst er toch op dat er een heel duidelijk verband tussen problematisch druggebruik en sociaal-economische omstandigheden bestaat. Directeur Godelle van de organisatie *Itinéraires* die actief is in de achterstandswijken van Lille wees er op dat het hem veel moeite heeft gekost duidelijk te maken dat er in Lille wat anders aan de hand was dan een cumulatie van individuele problematieken en dat de verslaafden wellicht niet direct een psychiater nodig hadden.

De verklaringsmodellen die in Frankrijk zijn gebruikt voor het verschijnsel verslaving, lijken in sterke mate verouderd. Niet voor niets concludeert het rapport-Henrion over het verslavingsbeleid dat het systeem weinig innovatief is en dat innovaties zich altijd in de marge afspelen en met moeite tot stand komen.<sup>236</sup> Men is als het ware blijven 'hangen' in de modellen van de jaren 70, een periode waarin deze modellen misschien – een deel van – het fenomeen konden verklaren. De verslavingsproblematiek die zich vandaag de dag, in de jaren negentig in Frankrijk manifesteert, heeft echter weinig te maken met de stoornissen uit de jeugd, maar veel meer met de sociaal-economische omstandigheden en de perspectiefloze situatie waarin jongeren opgroeien. De sociale ellende waarin zij verkeren, creëert als het ware een potentiële afzetmarkt voor een roesmiddel als heroïne.

In de jaren negentig zouden meer sociologische benaderingen van de verslavingsproblematiek in Frankrijk ingang vinden. Dit heeft er toe geleid dat uiteindelijk wel werd overgegaan op een beleid met preventieve maatregelen, zoals methadonprogramma's en spuitomruil. Men stapte officieel over op een beleid van harm reduction: *la réduction des risques*.



## 7 Het zorgbeleid van de jaren negentig

### 7.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk werd het rapport-Henrion aangehaald, waarin werd gesteld dat de ontwikkelingen die zich de laatste 25 jaar hebben voorgedaan op het gebied van het sociale beleid en het gezondheidsbeleid, voorbij zijn gegaan aan de verslavingszorg. Een beter stelsel van sociale zekerheid, verbeterde toegang tot ziekenhuizen, decentralisatie van de zorg en de toenemende solidariteit in deze sectoren zijn niet van toepassing geweest op de verslavingszorg. Het rapport-Henrion verwoordt het als volgt: “*la toxicomanie est restée isolée dans le paysage de la solidarité*”.

In de jaren negentig zou er beweging komen in deze situatie doordat het Franse verslavingsmodel ter discussie ging staan. Een eerste aanzet tot deze discussie was het boek *Drogues, le défi hollandais* van de Belgen Isabelle Stengers & Olivier Ralet, dat een kritische beschouwing is over de Franse drugsbeleid en zijn achtergronden. Langzamerhand ontstond in Frankrijk een tegenstroming, ondermeer bestaande uit sociologen, die zich uitsprak voor een harm reduction-beleid en methadonprogramma's. Deze nieuwe stroming pleitte voor een pragmatischer aanpak van de drugsproblematiek in plaats van het op abstinentie gerichte Franse model. De komst van deze nieuwe bewegingen en nieuwe opvattingen over druggebruik en verslaving, betekenden dat de psychiaters concurrentie kregen en hun ooit dominante positie gingen verliezen. Er zijn twee tegenwoordig twee stromingen, de oude die traditioneel niet wilde overgaan tot risicobeperkende maatregelen en de nieuwe harm reduction-stroming die zich verenigd zag in de overkoepelende organisatie *Limiter la casse*.

De Franse regering zou in de loop van 1993 ook van koers veranderen. Tot dat moment was het Franse drugsbeleid immer op abstinentie gericht of, zoals het wordt gekenschetst in het rapport-Henrion, “een beleid dat was gebaseerd op het idee dat je vooral niets moet doen dat het leven van verslaafden kan vergemakkelijken”.<sup>237</sup> Dit nieuwe beleid was een gevolg van de lobby van de op harm reduction-gerichte tegenstroming die wees op de sanitaire repercussies die het tot dusver gevolgde beleid had gehad. Dit besef van de consequenties die het beleid had gehad, in het rapport-Henrion omschreven als “een sanitaire en sociale catastrofe”,<sup>238</sup> bracht de regering er uiteindelijk toe over te gaan tot harm reduction-maatregelen, zoals een uitgebreidere spuitomruil, methadon- en andere substitutieprogramma's. Bij dit alles moet niet worden vergeten dat het met name de Aidsproblematiek in Frankrijk is geweest die tot een omslag in het drugsbeleid heeft geleid. Door de afwezigheid van een goed volksgezondheidsbeleid bleek Frankrijk het land van de Europese Unie met de meeste Aids-gevallen, waarvan een aanzienlijk deel samenhang met intraveneus druggebruik.<sup>239</sup>

Dit hoofdstuk begint met een beschrijving van de omslag in het beleid die in Frankrijk heeft plaatsgevonden. Vervolgens zal de verstrekking van substitutiemiddelen aan de orde

komen. Omdat de mogelijkheden die het officiële beleid bood hiervoor beperkt waren, hebben artsen zelf het heft in handen genomen door legale opiaten aan verslaafen voor te schrijven, een praktijk die illegaal was en waarvoor artsen zijn geschorst. In de volgende paragraaf wordt een overzicht gegeven van het officiële nieuwe drugsbeleid dat is gericht op harm reduction. Uitbreiding van de verstrekking van methadon en subutex (buprenomorfine) vormen hiervan een belangrijk onderdeel. Paradoxaal genoeg wordt hierbij een steeds grotere rol toebedacht aan de huisartsen.

## 7.2 Een omslag naar een pragmatischer aanpak

In de jaren negentig zouden de psychiaters, *les intervenants en toxicomanie*, hun monopoliepositie op de verslavingszorg moeten prijsgeven. Hadden zij zich immer verzet tegen een pragmatische aanpak met methadonprogramma's en spuitomruil, de beweging die ontstond was juist groot voorstander van een dergelijke aanpak.

De weg voor deze nieuwe stroming werd min of meer geplaveid door de Belgen Stengers & Ralet. Met hun publikatie *Drogues, le défi hollandais* uit 1991 legden zij de vinger op de gevoelige plek van het Franse drugsbeleid. Zij sloegen met hun boek als het ware een bres in de Franse consensus die heerste over de juistheid van het tot dusver gevoerde beleid. Vervolgens zijn er verschillende actoren geweest die een rol hebben gespeeld bij de totstandkoming van een nieuw beleid.

De nieuwe stroming binnen de verslavingszorg werd door de voormalige monopolisten wel eens omschreven als 'militant', gelet op de toewijding waarmee men zich voorstander verklaarde van een harm reduction-beleid ('*la réduction des risques*'). Deze beweging organiseerde zich in de koepelorganisatie *Limiter la casse* (letterlijk: schadebeperking), die in 1992 ontstond uit verschillende reeds bestaande organisaties, zoals AIDES, die zich bezighoudt met de Aidsproblematiek, de junkiebond *Association d'usagers de drogue* (ASUD), de artsenorganisatie *Médecins du Monde* en verschillende andere hulpinstellingen. *Limiter la casse* startte een lobby om te komen tot een harm reduction-beleid. Sleutelpersonen daarbij waren de arts Bertrand Lebeau van *Médecins du Monde* et Anne Coppel, sociologe en indertijd hoofd van *Limiter la casse*.

Patrick Aeberhard, erevoorzitter van *Médecins du Monde* wist Minister van Gezondheid en Humanitaire Actie, Bernard Kouchner, te overtuigen van de noodzaak te komen tot een ander, pragmatischer beleid. Alhoewel Kouchner niet is gekomen tot de implementatie van een dergelijk beleid, heeft hij hier wel een eerste aanzet toe gegeven.

Uit de woorden die Kouchner in januari 1993 sprak bij de openingrede van het congres *Trivilles*, gewijd aan Aids en verslaving, is op te maken tegen welke moeilijkheden deze minister is opgelopen om tot een beleidsverandering te komen.<sup>240</sup> Allereerst valt in het voorwoord van het congresverslag, van de hand van Patrick Aeberhard, te lezen dat de plannen voor een congres over Aids en verslaving al lange tijd bestonden, maar dat zij pas konden worden verwezenlijkt toen Kouchner Minister van Gezondheid was

geworden. Daarvoor, als staatssecretaris van humanitaire actie, vallend onder de bevoegdheid van de premier, had hij niet de beschikking over de middelen hiervoor. Kouchner begon zijn openingsrede op het congres in januari 1993 door volmondig toe te geven dat Frankrijk achterloopt op het gebied van de risicobeperking (*harm reduction*) van druggebruik. Hij typeert het Franse drugsbeleid als hypocriet en spreekt van een schandaal dat Frankrijk niet is overgegaan tot de noodzakelijke zorg voor verslaafden, zoals spuitomruil en methadonverstrekking. Kouchner meldt over de eerste dat zij in de praktijk niet functioneert omdat de gendarmerie druggebruikers bij de uitgang van de apotheek opwacht; over methadonverstrekking vraagt hij zich vertwijfeld af hoe het toch is gekomen dat de Franse specialisten hebben geweigerd hieraan mee te werken, terwijl hun buitenlandse collega's er honderdduizenden mensen mee hebben kunnen helpen. Kouchner stelt dat hij als gezondheidsminister van de ene verbazing in de andere viel. Hij wilde als minister wel overgaan tot methadonverstrekking, maar kwam er snel achter dat zijn beslissingsvrijheid niet zo groot was. Volgens Kouchner was men hierdoor genoodzaakt de methadon te gaan halen in Nederland: "(...) om onze kinderen te redden van Aids, opdat zij niet sterven, hetgeen de ambtenaren hier ontgaat, totdat op een dag één van hun naasten is besmet".<sup>241</sup> Kouchner herhaalt dat men de methadon in Nederland moest gaan halen en stelt dat waar Voltaire twee eeuwen geleden naar het buitenland moest om zijn teksten gedrukt te krijgen, Frankrijk tegenwoordig op dezelfde wijze achterloopt op het gebied van harm reduction.<sup>242</sup>

Anne Coppel schreef later naar aanleiding van het congres *Trivilles* dat het een omslag markeerde. Zij merkt op dat het concept harm reduction voor die datum in Frankrijk niet bestond. Door het congres *Trivilles* ontdekte Frankrijk het Britse volksgezondheidsbeleid en kwam men tot het besef dat er ook geloofwaardige alternatieven waren voor het tot dusver gevoerde beleid.<sup>243</sup> Maar nogmaals, Kouchner heeft niets van een dergelijk nieuw beleid in de praktijk kunnen brengen, naar zijn zeggen omdat de wet geen grootschaliger methadonprogramma's toestond.

Behalve juridische belemmeringen die het indertijd niet mogelijk maakten over te gaan tot grootschaliger methadonverstrekking die Kouchner voorstond, speelde ongetwijfeld ook mee dat hij met sommige van zijn collega-ministers -sterk- van mening verschilde over het te voeren drugsbeleid. Dit leidde in december 1992 tot een botsing tussen Kouchner en Minister van Binnenlandse Zaken Quilès. Deze laatste had bij de presentatie van zijn drugsplan (het plan-Broussard) de oorlog aan de drugs verklaard. Kouchner verklaarde zich tegenstander van dit beleid en vroeg premier Bérégovoy te interveniëren.<sup>244</sup> Wellicht omdat Kouchner de regering niet zo ver kreeg over te gaan tot een harm reduction-beleid, heeft hij zich verscheidene malen publiekelijk uitgesproken voor een harm reduction-beleid, waarbij hij ondermeer heeft geprobeerd de publieke opinie te mobiliseren. Ook deed hij een oproep aan de artsen, de huisartsen in het bijzonder, zich te mobiliseren om de verslaafden te hulp te schieten. Dit laatste deed hij in januari 1993 op een bijeenkomst van de overkoepelende artsenorganisatie, *Conseil de l'Ordre National des Médecins*, een betoog dat hij de volgende dag op televisie herhaalde.<sup>245</sup> Kouchner wenste dat de huisartsen meer betrokken zouden zijn bij zowel de

drugspreventie als bij de verslavingszorg. Ook zei Kouchner het te betreuren dat de huisartsen zo weinig ervaring hadden met de verstrekking van substitutiemiddelen (zoals methadon). Zoals verder in dit hoofdstuk aan bod zal komen, waren er op het moment dat Kouchner dit zei, welgeteld 52 methadonplaatsen in Frankrijk.

De huisartsen zouden later inderdaad een grotere rol gaan spelen bij de zorgverlening aan verslaafden, maar zoals valt te lezen in de volgende paragrafen, is dit proces allesbehalve soepel verlopen.

### 7.3 De verstrekking van substitutiemiddelen

Als gevolg van positieve ervaringen met methadon in de Verenigde Staten, werd het in Frankrijk vanaf 1973 mogelijk methadon voor te schrijven. Dit had een experimenteel karakter en vond op kleine schaal plaats. Vier centra werd toegestaan methadon voor te schrijven: in Marseille *l'Intersecteur*, in Parijs de ziekenhuizen *Marmottan*, *Ferdinand-Widal* en *Saint-Anne*. Alleen de laatste twee zijn ook daadwerkelijk – op kleine schaal – methadon gaan voorschrijven. Beide ziekenhuizen hadden een programma voor 20 plaatsen waarmee het totaal aantal methadonplaatsen in Parijs, en dus ook in Frankrijk, op 40 kwam.

In 1990 kwam ging een derde centrum, wederom in Parijs, methadon vertrekken: *Saint-Germain-Pierre-Nicol*. Hier werden 12 plaatsen gecreëerd, waarmee het totaal aantal methadonplaatsen op 52 kwam. De situatie is zo blijven bestaan tot november 1993. Tot deze datum waren er in Frankrijk, of eigenlijk Parijs, dus 52 methadonplaatsen.

In Frankrijk is er een grote discussie voor nodig geweest voordat werd besloten over te gaan tot grootschaliger substitutieprogramma's. De redenen hiervoor zijn in het vorige hoofdstuk aan bod gekomen; de belangrijkste hiervan was dat de *intervenants en toxicomanie* geen voorstander waren van methadonverstrekking. Francis Curtet, een bekende psychiater die werkzaam is binnen de verslavingszorg en voormalig voorzitter van de *Association nationale des Intervenants en toxicomanie* (ANIT) verklaarde zich bijvoorbeeld tegenstander van methadonprogramma's: "Ik kan niet accepteren dat men mensen drugs laat gebruiken onder voorwendsel dat Aids wordt bestreden".<sup>246</sup>

De positie van de specialisten die werkzaam zijn binnen de verslavingszorg bleek eens te meer bij wat zich voordeed in 1992. Op 9 september van dat jaar publiceerde *Le Monde* een artikel van een groep artsen onder de titel 'Le répère du toxicomane'. Het artikel is een oproep aan artsen zich te mobiliseren voor het mogen voorschrijven van substitutiemiddelen aan verslaafden. Twee weken later, op 23 september 1992, drukt *Le Monde* een gezamenlijke reactie af van de *Association Nationale Généralistes en Toxicomanies* (G&T) en de *Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie* (ANIT). Deze laatste was op dat moment de organisatie die zich bezighield met de verslavingszorg. De reactie van de twee organisaties luidde: "het voorschrijven van opiaten aan een verslaafde, betekent dat niet naar hem wordt geluisterd; het is niet eens dat zijn symptoom niet wordt gehoord, maar hem wordt de macht van het middel bevestigd, omdat de laatste er in is geslaagd van de

arts een legale dealer te maken.”<sup>247</sup> Jacques Chirac stelde enkele maanden later dat methadonprogramma's de deur zouden openzetten naar de liberalisering van druggebruik.<sup>248</sup>

De weigering over te gaan tot substitutieprogramma's en aan algemener harm reduction beleid, maakte Frankrijk tot een *exception européenne*.<sup>249</sup> Het geringe aanbod van methadonprogramma's geeft echter een enigszins vertekend beeld van de werkelijke omvang van het gebruik van substitutiemiddelen. Immers, zoals al is aangestipt in hoofdstuk twee, zijn er in Frankrijk meer dan 100 codeïnepreparaten in de vrije verkoop bij de apotheek, die door opiaatverslaafden worden gebruikt als substituut voor heroïne. De bekendste hiervan is het hoestmiddel néocodion dat voor 12 frank per doosje van twintig tabletten te koop is bij de apotheek. Jaarlijks worden er hiervan zo'n elf miljoen doosjes van twintig tabletten verkocht, waarbij er in 95% van de gevallen geen sprake is van medische indicatie. Met andere woorden, zij worden in tijden van nood door verslaafden aangewend te vervanging van heroïne. Het is niet ongebruikelijk dat een heroïneverslaafde 's ochtends twee doosjes néocodion 'naar binnen werkt'. Ook komt het voor dat néocodion wordt gebruikt door mensen die geheel abstinente van heroïne willen raken. De dagelijkse hoeveelheid néocodion kan in dat geval soms oplopen tot tien doosjes.<sup>250</sup> Door de wijze waarop een middel als néocodion wordt gebruikt, is het te vergelijken met methadon; het middel veroorzaakt geen roes, maar dient louter als substituut voor heroïne. Het is algemeen bekend dat het hoestmiddel door opiaatverslaafden voor dit doel wordt aangewend. Men zou daarom kunnen spreken van een getolereerde substitutie.

Daarnaast bestaat al geruime tijd de praktijk dat huisartsen en verslavingsartsen sinds eind jaren tachtig – legale – opiaten voorschrijven aan opiaatverslaafden. De meest gebruikte middelen zijn buprenorfine (temgesic) en morfinesulfaat (skenan en moscontin).<sup>251</sup> Het voorschrijven van deze middelen die in feite pijnstillers zijn, is officieel niet toegestaan. Het is hierdoor ook niet precies bekend hoeveel personen op dergelijke wijze substitutiemiddelen krijgen voorgeschreven. Het medische *comité de suivi* heeft in de regio Parijs ongeveer 1.500 mensen kunnen 'traceren' die op een dergelijke wijze deze middelen kregen voorgeschreven.<sup>252</sup> Op grond hiervan wordt er vaak van uit gegaan dat het in Frankrijk gaat om ongeveer 4.000 personen.

De bekendste arts die opiaten aan verslaafden voorschreef is Jean Carpentier. In 1988 begon hij in zijn artspraktijk, die hij bemant met zijn collega Clarisse Boisseau, met het voorschrijven van opiaten aan verslaafden. Mettertijd vonden zij een formule die niet zozeer was gericht op abstinentie, maar op het stabiliseren van de verslaafden, waarbij met de verslaafde een contract werd afgesloten opdat hij zich zou houden aan de afgesproken dosis. De praktijk van Carpentier en Boisseau werd in de loop van 1992 'overstroomd' door verslaafden. Niet alleen stuurden cliënten hun vrienden, ook artsen verwezen verslaafden naar hun praktijk, evenals apothekers die van hun lastige klanten afwilden. Zelfs de politie stuurde er jeugdige delinquenten heen.<sup>253</sup> Op den duur bestond de helft van hun cliënten uit verslaafden, waardoor zij genoodzaakt waren een deel van de cliënten door te verwijzen naar andere huisartsen. Hier kwam vervolgens het artsennetwerk REPSUD uit voort, dat bestaat uit (huis)artsen die zorg verlenen aan druggebruikers.<sup>254</sup>

Het voorschrijven van deze middelen aan opiaatverslaafden heeft geleid tot hevige debatten in de medische wereld. Artsen die ze voorschreven zijn daarbij door andere artsen beschuldigd 'drugsleveranciers' of 'dealers in witte jassen' te zijn. De artsenorganisatie *Conseil National de l'Ordre des Médecins* wilde het niet-reglementair voorschrijven van opiaten aan verslaafden een halt toeroepen en besloot hiervoor striktere regels op te stellen.

In het najaar van 1992 werd er een beperking aangebracht ten aanzien van het voorschrijven van opiaten. Artsen konden niet langer gebruik maken van een gewoon doktersrecept, maar moesten vanaf dat moment een speciaal receptenblok ('*carnet à souches*') gebruiken als het ging om stoffen die stonden geregistreerd als verdovende middelen. De apotheken mochten vanaf dit moment alleen deze middelen verstrekken als het recept uit het (speciale) receptenblok kwam. De departementale afdelingen van de *Ordre des Médecins* waren belast met de verspreiding van de receptenblok, maar de aantallen die zij gaven waren voor de artsen onvoldoende om dezelfde hoeveelheden opiaten voor te schrijven als zij gewend waren. De komst van het speciale receptenblok betekende daarom in de praktijk dat artsen minder opiaten voorschreven aan verslaafden.

De artsen Carpentier en Boisseau, wier praktijk uit veel verslaafden bestaat, 'omzeilden' de stringenter regels door met één recept uit het (speciale) receptenblok grotere aantallen doosjes temgesic te krijgen. Verslaafden konden vervolgens van hen eenvoudig temgesic krijgen.<sup>255</sup> De medische inspectie kwam er achter en uiteindelijk werden de twee artsen veroordeeld door de artsenorganisatie *Conseil National de l'Ordre des Médecins* wegens het op niet-reglementaire wijze voorschrijven van opiaten. Dit leidde er toe dat de *Conseil National de l'Ordre des Médecins* in december 1994 de twee artsen de medische bevoegdheid ontzegde gedurende een maand. Het besluit van de artsenorganisatie deed veel stof opwaaien en leidde tot een verhitte discussie over verslaving, substitutiemiddelen en de rol van de artsen hierin.

De tijdelijke ontzegging van de medische bevoegdheid van Carpentier en Boisseau leidde tot een solidariteitsverklaring van een groot aantal artsen. In zowel *Le Monde* als *Libération* werd een dergelijke verklaring afgedrukt, ondertekend door enkele honderden artsen. In de verklaring stellen de ondertekenaars ondermeer dat het reglementaire kader om middelen voor te schrijven onvoldoende is, waarbij zij protesteren tegen het ontbreken van een legaal kader waardoor zij genoodzaakt zijn een inadequaat reglement te schenden.<sup>256</sup> Daarnaast leidde de schorsing van Carpentier en Boisseau tot de bezetting van het regionale (Ile-de-France) kantoor van de *Ordre des Médecins* dat verantwoordelijk was voor de schorsing.

In juni 1994, enkele maanden voor de veroordeling van Carpentier & Boisseau, werd aan de apothekersfaculteit van Châtenay-Malabry een consensusbijeenkomst gehouden ten aanzien van het gebruik van substitutiemiddelen. Op deze vergadering werd methadon officieel een geneesmiddel verklaard door de nationale raden van de *Ordre des Médecins* en de *Ordre des Pharmaciens*. Voor de methadonverstrekking betekende dit een breekpunt. Andere opiaten zoals temgesic, zo werd besloten, zouden echter niet worden aangemerkt als substituut van heroïne of als geneesmiddel voor verslaafden.



Volgens de regels die op dat moment van kracht waren, konden artsen dus nog steeds worden berispt voor het voorschrijven van een opiaat als temgesic aan verslaafden. Na de affaire Carpentier/Boisseau is dit echter niet langer een praktijk. Het voorschrijven van opiaten als temgesic, skenan en moscontin is weliswaar officieel niet toegestaan, maar in de praktijk heeft zich een gedoogbeleid ontwikkeld.

De *Conseil National de l'Ordre des Médecins* heeft bij het totstandkoming van een substitutiebeleid een enigszins dubbelzinnige rol gespeeld. Want ondanks het uiteindelijk toestaan van methadon en het gedogen van het voorschrijven van andere opiaten, heeft zij niet bepaald een bevorderende rol in dit proces gespeeld. Eerst stelde de artsenorganisatie stringentere regels op voor het voorschrijven van opiaten door hiervoor een speciaal receptenblok te introduceren. Dit betekende voor artsen een restrictie van de mogelijkheden om opiaten voor te schrijven. Toen de speciale receptenblokken op waren, heeft de organisatie het herdrukken van deze blokken een tijdje op zich laten wachten. Het ontduiken van deze nieuwe regelgeving dat vervolgens geschiedde, beviel de organisatie allerminst, getuige de schorsing van Carpentier en Boisseau. Het beleid van de *Conseil National de l'Ordre des Médecins* ging hiermee in feite in tegen het beleid dat op dat moment inmiddels officieel was geworden. Het Franse Ministerie van Gezondheid was namelijk een jaar eerder, in 1993, officieel overgegaan tot een harm reduction-beleid, waarvan uitbreiding van substitutieprogramma's één van de pijlers was.

#### **7.4 Een officieel ander drugsbeleid**

Op zich waren in Frankrijk al langer mogelijkheden aanwezig om preventieve maatregelen te nemen. In 1987 werd het namelijk apotheken mogelijk gemaakt spuiten te verkopen. Een complicatie die echter lange tijd heeft gespeeld, was dat niet altijd alle partijen die betrokken waren bij de uitvoering van het beleid, of dat zouden moeten zijn, hun medewerking wilden verlenen. Zo is er een tijd overheen gegaan voordat spuiten ook werkelijk in apotheken te koop waren voor verslaafden. Een deel van de apothekers wenste niet mee te werken aan het nieuwe beleid, waarschijnlijk omdat zij geen zin hadden in 'lastige klanten' als verslaafden. Een andere reden voor het niet goed functioneren van de vrije verkoop van spuiten is al eerder aangestipt. Het kwam geregeld voor dat heroïnegebruikers die bij de apotheek een spuit hadden gekocht, buiten door de politie of gendarmerie werden opgewacht en vervolgens opgepakt. Het in bezit hebben van een spuit kan hiervoor namelijk voldoende aanleiding zijn. Dit probleem is terug te voeren op de haast 'traditionele' tegenstelling tussen de Minister van Binnenlandse Zaken en de Minister van Sociale Zaken of Volksgezondheid. Het is de Franse politiek eigen dat de laatste in deze strijd het onderspit delft.

Ondanks de goede voornemens van Kouchner, is het niet onder zijn bewind, maar onder dat van zijn opvolgers minister Simone Veil en onderminister Philippe Douste-Blazy

geweest, dat het Franse Ministerie van Gezondheid daadwerkelijk officieel overging tot een harm reduction-beleid: *la politique de réduction des risques*. Dit gebeurde in het najaar van 1993, onder de regering Balladur.

Onderminister van Gezondheidszorg Douste-Blazy verklaarde in juni 1993 dat de komst van de Aidsproblematiek de kijk op verslaafden had veranderd. Het ging er niet langer louter om hen te behandelen, maar om te voorkomen dat zij seropositief raken, vooral daar zij daarmee een gevaar voor de volksgezondheid zouden vormen. Niet alleen zouden hiervoor spuitomruilprogramma's worden opgezet, ook zouden er substitutieprogramma's worden opgezet. Het beleid dat gevoerd zou worden, aldus Douste-Blazy, was dat van een risicobeperking van de besmetting. Overigens beaamde Douste-Blazy in het interview dat Frankrijk niet beschikt over een volksgezondheidsbeleid.<sup>257</sup>

Op 21 september 1993 presenteerde premier Balladur het nieuwe drugsbeleid van de regering: het *Plan Gouvernemental de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie*. Met dit beleidsplan zette de regering een eerste bescheiden stap op weg naar een harm reduction-beleid. Het plan maakte het mogelijk het aantal methadonplaatsen in 1993 uit te breiden tot 269. Het aantal centra dat methadon verstrekt werd verhoogd met negen, waarmee het totaal aantal van deze centra op twaalf kwam. Tevens werden drie pilot-projecten van spuitomruil gestart, in het departement Seine-Saint-Denis, in Marseille en in Parijs (door *Médecins du Monde*). Daarnaast werden er drie laagdrempelige opvangcentra voor verslaafden geopend, waaronder *La Boutique* in Parijs. Tevens voorzag het plan in een uitbreiding van het aantal nazorgplaatsen en werd geld vrijgemaakt voor preventie. Voor dit laatste werd ondermeer besloten een nationale preventiecampagne te starten.<sup>258</sup>

In de loop van 1993 en 1994 ging de regering verder met het ontwikkelen van een drugsbeleid dat was gericht op harm reduction. In het *Premier bilan du plan de lutte contre la drogue* dat het Ministerie van sociale Zaken, Gezondheid en Stad presenteerde in maart 1994, werd besloten tot verdere maatregelen. Het overzicht begint met de vaststelling dat de zorg onvoldoende is. Slechts 50% van de verslaafden is in contact met de zorg, waarbij met name de meest gemarginaliseerde verslaafden dit contact niet hebben. Tevens wordt vermeld dat de dramatische situatie waarin de verslaafdenpopulatie verkeert wat betreft de besmetting door infectieziekten (25%-30% HIV, 70% hepatitis C), noodzaakt tot een actief beleid van risicobeperking. Daarnaast wordt op een rij gezet wat de voordelen zijn van methadonverstrekking, waar aan wordt toegevoegd dat deze verder dient te worden uitgebreid. In dit *bilan* wordt met een zekere trots op een rij gezet wat reeds is bereikt; het vermeldt namelijk dat in tien maanden meer tot stand is gebracht dan in 10 jaar. In deze periode is het volgende tot stand gebracht:

- Zes laagdrempelige consultatiebureaus voor verslaafden
- Zestien spuitomruilprogramma's<sup>259</sup>
- 525 methadonplaatsen
- 1.000 ziekenhuisbedden om af te kicken
- De creatie van tien artsennetwerken belast met verslaafdenzorg.

In maart 1994 nam het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Stad onder leiding van minister Simone Veil en onderminister Philippe Doust-Blazy verschillende

initiatieven. Op de eerste dag van deze maand benoemde Veil de *Commission des traitements de substitution*. Deze commissie was belast met de coördinatie van het opzetten van nieuwe gespecialiseerde centra voor verslaafden die methadon zouden gaan verstrekken. Tevens moest de commissie een protocol opstellen voor de verstrekking van substitutiemiddelen. Bij de benoeming van de commissie wees Veil op de noodzaak te komen tot een uitgebreidere verstrekking van substitutiemiddelen. “Wij moeten met alle middelen het hoofd bieden aan een verslechterende situatie, om de besmettingsrisico’s door verslaafden beperkt te houden. (...) Wij kunnen in onze zorgstrategieën het bestaan van Aids niet langer negeren. Dit is onze plicht. Het is noodzakelijk anders aan te kijken tegen substitutiedrugs bij hen voor wie de klassieke behandelmethodes niet geschikt zijn”.<sup>260</sup>

Op zeven maart 1994 gaf het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Stad een circulaire uit met betrekking tot de uitbreiding van methadonprogramma’s. Onderminister Douste Blazy geeft in deze circulaire aan dat de verdere ontwikkeling van methadonprogramma’s in het kader van de verslaafdenzorg zijn prioriteit voor 1994 is. Was het aantal methadonplaatsen al uitgebreid tot 525, Douste-Blazy stelt zich ten doel dit aantal voor het eind van 1994 te hebben uitgebreid tot 1.000. In 1995 zal dit aantal nog verder moeten oplopen. Voor de uitbreiding van de programma’s wordt geld vrijgemaakt en gespecialiseerde zorgcentra kunnen zich hiervoor aanmelden.

In een brief, gedateerd op negen maart 1994, bericht Simone Veil aan Roger Henrion, die dan reeds het voorzitterschap van de *Commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie* heeft geaccepteerd, wat zijn missie zal zijn. De commissie Henrion zal moeten bezien of het beleid dat op dat moment van kracht is, nog het passende antwoord is op de problematiek waarvoor men wordt gesteld.

Het heeft bijna een jaar geduurd voordat de commissie met haar rapport kwam. Allereerst ging er wat tijd overheen voordat men het eens was over de samenstelling van de commissie. Uiteindelijk kreeg de commissie – alras de commissie van wijzen genoemd – een veelzijdige samenstelling, bestaande uit mensen uit het veld zoals artsen, commissarissen van politie en magistraten, en mensen die juist niet uit het veld afkomstig waren en dus in principe geen vooringenomen standpunt hadden ten aanzien van de problematiek. Ook voorzitter Henrion, hoogleraar medicijnen, was relatief onbekend met de drugsproblematiek. De commissie-Henrion is grondig te werk gegaan. Zij heeft een groot aantal mensen gehoord, waarbij een deel van de hoorzittingen openbaar was en sommige live op televisie werden uitgezonden. Gedurende het jaar dat de commissie aan het werk was, stonden de media bol van deze commissie van wijzen die zich over de drugsproblematiek boog. De wijze waarop dit alles geschiedde, gaf aan dat het hier ging om een groot maatschappelijk vraagstuk.

De commissie wist op een aantal punten geen overeenstemming te bereiken, zoals over het depenaliseren (niet langer strafbaar stellen) van druggebruik en drugsbezit in kleine hoeveelheden. Een kleine meerderheid van de commissie – negen tegen acht – sprak zich uit voor het depenaliseren van het gebruik van cannabis en het in bezit hebben van kleine hoeveelheden.<sup>261</sup> De stemverhouding was precies andersom – negen tegen, acht voor – waar het ging om het depenaliseren van het gebruik van andere drugs dan

cannabis. Veel van de (andere) bevindingen van de commissie is in dit rapport reeds aan bod gekomen. Enkele algemene conclusies worden hier nog even op een rij gezet:<sup>262</sup>

- De commissie acht een beleid gericht op de totale uitbanning van drugs niet realistisch. Het werkelijke vraagstuk van het drugsbeleid is te pogen tegen zo laag mogelijke sociale en medische kosten te leven met druggebruik.
- Drugsbeleid dient te beginnen bij preventie. Aangezien de behandeling van verslaafden moeilijk is, gaat het er om te voorkomen dat mensen drugsverslaafd raken. Alleen een preventiebeleid kan uiteindelijk het aantal verslaafden doen dalen.
- Het drugsbeleid dient te zijn gericht op het voorkomen van uitsluiting en marginalisering van verslaafden. Het beleid dat tot dusver is gevoerd (vooral niets doen dat het leven van verslaafden gemakkelijker kan maken) heeft geleid tot sanitaire en sociale catastrofes. Het is daarom dringend nodig dat wordt gebroken met deze 'logica'.
- Ondanks de verdeeldheid over de depenaliseringskwestie, spreekt de commissie zich unaniem uit voor een hervorming van de wet van 31 december 1970.

Voorts signaleert de commissie welke voordelen zijn verbonden aan methadonverstrekking. Alhoewel verstrekking geen einde maakt aan intraveneus druggebruik, ontstaat zo wel contact met de verslaafdenpopulatie, waardoor gerichte preventie kan plaatsvinden. De commissie onderstreept daarom dat methadonverstrekking alleen effectief kan zijn in het tegengaan van een verdere Aidsverspreiding als zij goed toegankelijk is. Dit is met name van belang voor de heroïnegebruikers die nog niet willen stoppen met het gebruik. Het is deze groep gebruikers voor wie de preventieboodschap die gepaard gaat met methadonverstrekking de grootste noodzaak behoeft.<sup>263</sup>

Het rapport van de commissie-Henrion kwam uit in maart 1995. Het rapport betekende in verschillende opzichten een bevestiging van wat zich al aan het ontwikkelen was. Men was immers al tot het inzicht gekomen wat de voordelen waren van methadonprogramma's, om welke reden men deze programma's verder aan het ontwikkelen was.

In juni 1994 presenteerde het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Stad een nieuw plan: *La réduction des risques infectieux chez les toxicomanes*. Voor het eerst was een beleidsstuk ten aanzien van het drugsbeleid officieel gericht op harm reduction. Het beleidsplan bestond uit tien maatregelen, waaronder 25 nieuwe spuitomruilprogramma's, een verdere uitbreiding van het aantal methadonplaatsen tot 1.625 en de opening van (nog) negen laagdrempelige zorgcentra ('boutiques'). Tevens maakte de circulaire het mogelijk dat voortaan een etui, bestaande uit twee steriele naalden en onsmettingsvloeistof, in de apotheek te koop zou zijn voor vijf frank. De circulaire geeft verder aan dat deze maatregelen niet afdoende zijn en dat naast methadon, ook andere produkten moeten worden overwogen, zoals buprenomorfine.

Op 11 januari 1995 gaf het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Stad wederom een circulaire uit. Deze circulaire geeft aan dat de verslaafdenzorg verder zal

worden uitgebreid. Dit behelst ondermeer een uitbreiding van het aantal opvangplaatsen met huisvesting voor verslaafden, meer laagdrempelige zorgcentra (*'boutiques'*) en een verdere ontwikkeling van het aantal methadonplaatsen. Tevens moet de verslaafdenzorg door huisartsen worden gestimuleerd, waarvoor meer artsennetwerken zullen worden gecreëerd.

Op 15 februari 1995, een maand later, verspreidde hetzelfde ministerie een *Note d'information* onder de regionale gezondheidsdiensten. Hierin is te lezen dat de apothekinspecties in toenemende mate worden geconfronteerd met het voorschrijven van pijnstillers als temgesic, moscontin, skenan en palfium aan verslaafden. Een aantal apothekers heeft hier moeite mee, in verband met de hoge doseringen die door artsen worden voorgeschreven en het feit dat niet wordt voldaan aan de medische indicatie die bij deze produkten hoort. Om deze redenen hebben apothekers de inspectie gevraagd welke beleidslijn hier moet worden gehanteerd. De *Note d'information* geeft aan dat deze problemen moeten worden beschouwd als 'inherent aan de overgangsfase waarin men verkeert'. Er zal snel een einde aan de situatie komen zodra andere, goedgekeurde substitutiemiddelen hiervoor op de markt zijn gebracht.

Het op dat moment enige legitieme substitutiemiddel voor verslaafden was methadon. Echter, alleen gespecialiseerde centra voor verslaafdenzorg was toegestaan dit middel voor te schrijven, waarvoor toestemming van het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Stad nodig was. In maart 1995 werd groen licht gegeven om methadon op de markt te brengen. Deze toestemming, *Autorisation de Mise sur le Marché* (AMM), maakte het mogelijk dat gespecialiseerde centra voortaan methadon konden voorschrijven zonder speciale toestemming. Deze toestemming werd tevens aangevraagd voor buprenorfine in hoge dosering (subutex), opdat er een einde zou komen aan het – illegaal – voorschrijven van buprenorfine in de vorm van temgesic, alsmede aan het voorschrijven van opiaten als moscontin, skenan en palfium.

Dit wordt bevestigd met een circulaire van het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Stad die is gedateerd op 31 maart 1995. Deze circulaire geeft aan dat er vanaf dat moment twee substitutiemiddelen bestaan voor opiaatverslaafden, methadon en subutex. Voor het gebruik voor dit doel van het laatste middel, zo geeft de circulaire aan, zal binnenkort toestemming worden gegeven. Met betrekking tot methadon wordt aanbevolen niet meer dan 100 mg per dag voor te schrijven. De circulaire heeft het daarnaast mogelijk gemaakt dat methadon wordt voorgeschreven door een huisarts, onder voorwaarde dat de patiënt is doorverwezen door een gespecialiseerd centrum, alwaar hij het middel gedurende enige tijd heeft gekregen.

Het voorschrijven van buprenorfine zal, zodra daarvoor toestemming is gegeven, eenvoudiger zijn. Het is huisartsen namelijk toegestaan dit middel voor te schrijven. Buprenorfine zal onder de naam subutex op de markt komen in drie doseringen, 0,4; twee en acht mg.

In september 1995 presenteerde het *Comité Interministériel de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie* onder voorzitterschap van premier Balladur een nieuw drugsbeleidsplan. Dit plan bestaat uit een geheel van preventieve maatregelen dat met name gericht is op de

jeugd. Daarnaast wordt het *Observatoire français des drogues et toxicomanies* (OFDT) opgericht, dat zorg moet dragen voor een betere gegevensverzameling over druggebruik en druggebruikers.<sup>264</sup> Tevens voorziet het plan in een aantal andere maatregelen, zoals meer onderzoek, een uitbreiding van de verslaafdenzorg en een vaccinatiecampagne voor hepatitis B. Het aantal personen dat in aanmerking komt voor substitutiemiddelen zal op termijn moeten oplopen tot 45.000.<sup>265</sup>

De laatste ontwikkeling die zich op dit gebied heeft voorgedaan is dat de toestemming voor subutex als geneesmiddel voor verslaafden in 1995 is gekomen. In februari 1996 werd het middel op de markt gebracht en vanaf dat moment is elke arts voortaan gerechtigd het middel voor te schrijven aan een opiaatverslaafde.

## 7.5 Meer zorg met een groeiende rol voor de huisartsen

In het drugsbeleid dat de komende jaren gestalte moet krijgen, wordt een toenemende rol toebedacht aan huisartsen. Zij zullen meer dan voorheen worden betrokken bij de verstrekking van substitutiemiddelen als methadon en subutex. In dit kader is de rol die een arts als Jean Carpentier heeft gespeeld frappant te noemen. Als voorvechter van het voorschrijven van substitutiemiddelen deed hij dit tegen de voorschriften in. Werd hij om deze reden door sommige van zijn collega-artsen verguisd en ontnam de *Ordre des Médecins* hem en zijn collega Boisseau gedurende een maand de medische bevoegdheid, thans wordt hij beschouwd als ervaren deskundige op dit gebied en wordt hij als zodanig op congressen binnengehaald. Dit bleek bijvoorbeeld op het congres dat op 18 november 1995 in de Parijse Sorbonne werd georganiseerd door de verzekeringsmaatschappij *Mutualité française*.

*Mutualité française*, één van de grote verzekeringsmaatschappijen van Frankrijk, is zich sinds 1994 intensief met de drugsproblematiek gaan bezighouden. De ziektekostenverzekeraar is onder aanvoering van zijn directeur Jean-Pierre Davant een voortrekkersrol gaan spelen bij de implementering van een -nieuw- zorgbeleid voor verslaafden, met meer substitutieprogramma's en een grotere rol voor de huisartsen. In november 1995 organiseerde *Mutualité française* het congres *La drogue, ça se soigne. Le médecin généraliste face au toxicomane*. Zoals de titel al aangeeft, was het congres gewijd aan de rol die de huisarts ('*médecin généraliste*') kan spelen bij de drugsproblematiek. De reden dat *Mutualité française* zich intensief met de drugsproblematiek is gaan bezighouden, wordt duidelijk uit de woorden die Etienne Caniard namens *Mutualité française* uitspreekt in de openingsrede. Caniard geeft duidelijk aan dat de komst van Aids heeft geleid tot een actievere rol van de verzekeraar binnen het drugsdebat. Caniard stelt dat directeur Davant, geconfronteerd met de wetenschap dat eenderde van de 150.000 heroïneverslaafden seropositief is, heeft besloten hier een actievere rol in te gaan spelen. Het ging nu immers om een vraagstuk van de volksgezondheid. Caniard stelt dat directeur Davant om deze reden de dogmatische posities in Frankrijk veroordeelt die verantwoordelijk zijn voor de

achterstand die het heeft opgelopen op het gebied van de verslavingszorg.<sup>266</sup> Een jaar daarvoor had Davant er in een interview op gewezen “genoeg te hebben van een gezondheidsbeleid dat afhankelijk is van politieke wisselvalligheden. (...) Een volksgezondheidsbeleid moet alles omvatten, drugs inbegrepen”. Davant wijst er op dat Balladur voor zijn benoeming tot premier had gewezen op de noodzaak een volksgezondheidsbeleid te ontwikkelen, waar Davant aan toevoegt: “Nu moet het nog worden gedaan.”<sup>267</sup> Davant heeft daarom besloten tot een pragmatischer aanpak die zal lopen over drie sporen: een betere toegang tot substitutiemiddelen, het ontwikkelen van initiatieven op lokaal niveau en een grotere rol voor de huisartsen.

De toon die sprak uit het congres van *Mutualité française* was dat men zich had ‘vergist’: het drugsbeleid dat tot dusver was gevoerd, was niet het juiste antwoord op de problematiek geweest. Bernard Glorion, voorzitter van de *Conseil National de l’Ordre des Médecins* die na de openingsrede het woord nam, stelde bijvoorbeeld dat bij het drugsbeleid de nadruk te veel had gelegen op repressie. Ook trok hij zelf het boetekleed aan, ondermeer door zijn erkentelijkheid uit te spreken aan de personen die de ‘moed hebben gehad zelf zorgnetwerken voor verslaafden te creëren’. Ook Roger Henrion erkende dat hij, vóór hij het voorzitterschap van de commissie ging bekleden, het ‘klassieke standpunt’ over de drugsproblematiek had ingenomen, dat wil zeggen vooral gelovend in repressie. Hij en zijn commissie hebben sinds zij aan het werk zijn getogen, ondermeer geleerd van de ervaringen uit het buitenland, zoals in de Verenigde Staten, België en Nederland. Eerder had Henrion al gesteld dat medici over het algemeen weinig kennis hebben van drugs en verslaving; de medische faculteiten hebben van 1970 tot 1991 in het onderwijs geen enkele aandacht aan deze thema’s besteed.

De positiebepaling van *Mutualité française* leidde tot een reactie bij de *Association Nationale des Intervenants en Toxicomanies* (ANIT).<sup>268</sup> Deze organisatie van specialisten belast met de verslavingszorg, vond dat te veel werd geloofd in methadonverstrekking, zonder dat hierover een goede discussie was gevoerd. Methadon was volgens de ANIT niet het panacee voor de drugsproblematiek. Wat hier ongetwijfeld meespeelde is dat de *intervenants en toxicomanie*, die immer waren beschouwd als de deskundigen op het gebied van de drugsproblematiek, zich nu gepasseerd voelden. Minister Veil had zich positief uitgelaten over de voorstellen van *Mutualité française*, maar zonder dat de *intervenants* hiervoor om advies was gevraagd.

De ANIT heeft zich in 1994 uiteindelijk ook voorstander verklaard van harm reduction-maatregelen, zoals spuitomruil en substitutieprogramma’s. Hier moet bij worden gezegd dat zij ook weinig keus hadden; het nieuwe beleid ging immers deze richting uit, hetgeen betekende dat hiervoor financiële middelen vrij zouden komen. Sommige *intervenants en toxicomanie* van de ANIT hebben zich echter nog steeds uitgesproken tegen methadonprogramma’s.

Niet alleen de ANIT is van standpunt veranderd, in zekere zin geldt dit voor het overgrote deel van de medische stand. Veelbetekend in dit opzicht is de positie van de *Conseil National de l’Ordre des Médecins*. Verdedigde deze organisatie eerst het ‘klassieke’ medische standpunt – een beleid gericht op abstinentie –, tegenwoordig staat de orde een

harm reduction-beleid voor. In september 1995 wijdde de orde een speciaal nummer van haar bulletin aan verslaving.<sup>269</sup> In het editoriaal schrijft voorzitter Bernard Glorion dat het “bij de desastreuze situatie die zich alleen maar verergert, nodig was na te denken over, en te zoeken naar andere antwoorden dan die van repressie of uitstoting.” In hetzelfde bulletin wordt uitvoerig ingegaan op de, vanuit medisch oogpunt, voordelen die zijn verbonden aan de verstrekking van substitiemiddelen, waarbij wordt gewezen op de noodzaak deze verder te ontwikkelen.

De algehele consensus die tot in de jaren negentig heerste binnen de medische stand over de ‘juistheid’ van het drugsbeleid dat werd gevoerd – niet toegeven aan verslaving –, heeft langzamerhand plaats gemaakt voor een benadering waarbij druggebruik wordt geaccepteerd en nadruk komt te liggen op harm reduction.

En teken dat druggebruik thans wordt geaccepteerd blijkt uit de preventiefolders die tegenwoordig bestaan. De bond van druggebruikers ASUD, één van de voorvechters van harm reduction en lid van *Limiter la casse*, kan nu folders verspreiden gericht aan druggebruikers over veilig spuiten. Voorheen was dit onmogelijk, omdat een maatregel die druggebruik of verslaving accepteerde niet werd toegestaan.<sup>270</sup> Naast ASUD verspreidt ook de Aidsbestrijdingsorganisatie AIDES preventiefolders over veilig spuiten.

Huisartsen moeten een grotere rol gaan spelen bij de verstrekking van methadon en subutex aan opiaatverslaafden. Subutex kan door elke arts worden voorgeschreven aan opiaatverslaafden. Zij krijgen, net als bij methadon, 65% van de kosten hiervan vergoed.

Het voorschrijven van methadon door huisartsen is daarentegen aan stringenter regels gebonden. Voorwaarde van methadonvertrekking aan een opiaatverslaafde is dat de methadon eerst wordt verstrekt door een gespecialiseerd centrum. Is deze persoon na enkele maanden van methadonbehandeling geheel stabiel (persoonlijk, sociaal en therapeutisch), dan kan op zijn verzoek of op instigatie van de behandelend arts, worden besloten hem door te verwijzen naar een huisarts. Met deze arts zal vervolgens een contract worden afgesloten, waarbij eveneens afspraken worden gemaakt bij welke apotheek de methadon kan worden gehaald.

Alhoewel de toenemende rol van huisartsen in dit kader als positief moet worden beschouwd, zijn er toch ook haken en ogen aan dit beleid. Dit heeft hoofdzakelijk te maken met het – vooralsnog – geringe aantal gespecialiseerde centra en de overbelasting waarmee zij te kampen hebben. Eenieder die in aanmerking wil komen voor methadon, moet immers eerst gedurende enkele maanden een dergelijke behandeling ondergaan bij een gespecialiseerd centrum. De wachtlijsten hier zijn lang, waardoor het nog geruime tijd zal duren voordat iedereen die dat wil, ook werkelijk methadon kan krijgen.



## 7.6 Conclusie

In de jaren negentig is Frankrijk begonnen zijn drugsbeleid bij te stellen. Er is een kentering opgetreden, waarmee een einde kwam aan een beleid dat door Alain Ehrenberg is gekarakteriseerd als de gouden driehoek abstinentie-afkicken-uitbannen.<sup>271</sup> In 1993 en vooral 1994 ging de Franse regering officieel over tot een harm reduction-beleid.

Het feit dat men uiteindelijk wel overging tot substitutieprogramma's, is niet zozeer toe te schrijven aan de specialisten (psychiaters) die jarenlang verantwoordelijk waren voor de verslavingszorg. Evenmin is de regering hiervoor verantwoordelijk geweest, al hebben sommige politici hier wel een belangrijk aandeel in gehad. Veel belangrijker zijn de nieuwe bewegingen geweest die zich met de verslaafdenzorg gingen bezighouden. Werden zij in het begin wel eens 'militant' genoemd, uiteindelijk hebben zij wel voor elkaar gekregen waar zij voor stonden.

Aan de ene kant was er de nieuwe stroming, bestaande uit verschillende organisaties, die een harm reduction-beleid voorstonden. Deze stroming was verenigd in *Limiter la casse* (letterlijk: risicobeperking). Aan de andere kant waren er 'bevlogen' huisartsen die, bij gebrek aan legale substitutiemiddelen als methadon, tegen de stroom in, op eigen initiatief substitutiemiddelen zijn gaan voorschrijven. De bekendste van deze artsen is Jean Carpentier. Hij nam zelf het heft in handen door verslaafden illegaal opiaten voor te schrijven, waarvoor hij zich beriep op zijn medische plicht verslaafden te helpen. Carpentier was lang niet de enige arts die dit deed, maar hij is één van de weinige artsen die met deze praktijk is doorgegaan toen de artsenorganisatie *Conseil National de l'Ordre des Médecins* restricties oplegde aan het voorschrijven van deze middelen aan verslaafden. Jean Carpentier en andere 'militante' artsen werden door sommige van hun collega-artsen verguisd en er van beschuldigd 'dealers in witte jassen' te zijn. De *Conseil National de l'Ordre des Médecins* ontnam Carpentier en een collega gedurende een maand de medische bevoegdheid wegens het op niet-reglementaire wijze voorschrijven van opiaten.

De voorvechters van het voorschrijven van opiaten aan verslaafden, lijken de slag te hebben gewonnen. Onder de regering Balladur werd, onder aanvoering van Simone Veil en haar onderminister Douste-Blazy een begin gemaakt met harm reduction-maatregelen. Het aantal methadonplaatsen liep op van 52 in 1993 tot 525 in 1994 en meer dan 1.000 in 1995.

Naast methadon is er ook het middel subutex (buprenorfine in hoge dosering) op de markt gekomen, dat een eind moet maken aan het illegaal voorschrijven van opiaten aan verslaafden. Subutex kan voortaan door elke arts worden voorgeschreven, de patiënt kan het middel vervolgens bij de apotheek halen en krijgt 65% van de kosten vergoed. Methadon daarentegen kan niet door een huisarts worden voorgeschreven. Voorwaarde van methadonverstrekking aan een opiaatverslaafde is dat de methadon eerst wordt vertrekt door een gespecialiseerd centrum. Is deze persoon na enkele maanden van methadonbehandeling geheel stabiel (persoonlijk, sociaal en therapeutisch), dan kan op zijn verzoek of op instigatie van de behandelend arts worden besloten hem door te verwijzen naar een huisarts. Met deze arts zal vervolgens een contract worden afgesloten,

waarbij eveneens afspraken worden gemaakt bij welke apotheek de methadon kan worden gehaald. Ook methadon wordt voor 65% vergoed door de ziektekostenverzekeraars.

Huisartsen moeten bij de verstrekking van substitutiemiddelen een toenemende rol spelen. Het is in dit opzicht veelbetekend dat de ziektekostenverzekeraar *Mutualité française* de belangrijkste voortrekker is in deze ontwikkeling. Alhoewel de toenemende rol die huisartsen moeten gaan spelen als positief moet worden beschouwd, zijn er toch ook haken en ogen aan dit beleid. Dit heeft hoofdzakelijk te maken met het – voorsnog – geringe aantal gespecialiseerde centra en de overbelasting waarmee zij te kampen hebben. Eenieder die in aanmerking wil komen voor methadon, moet immers eerst gedurende enkele maanden een dergelijke behandeling ondergaan bij een gespecialiseerd centrum. De wachtlijsten hier zijn lang, waardoor het nog geruime tijd zal duren voordat iedereen die dat wil, ook werkelijk methadon kan krijgen. Het is daarom voorsnog onduidelijk hoe men wil komen tot de beoogde 45.000 opiaatverslaafden die substitutiemiddelen krijgen voorgeschreven, zoals staat vermeld in het regeringsplan van september 1995. Evenmin zijn hiervoor al financiële middelen vrijgemaakt.

## Conclusies en samenvatting

### Algemene conclusie

Frankrijk heeft op het gebied van drugs een groot probleem. Dit betreft niet zozeer het relatief grote aantal heroïneverslaafden – de laagste schatting komt op 160.000 –, maar eigenlijk nog meer de wijze waarop het de drugsproblematiek heeft aangepakt. De meeste Europese landen kwamen in de jaren tachtig tot een bijstelling van het drugsbeleid toen de Aidsproblematiek zich begon te manifesteren. Intraveneus druggebruik en het door druggebruikers delen van spuiten brachten immers grote besmettingsrisico's met zich mee. Door de komst van Aids gingen de meeste landen over tot een pragmatischer aanpak van het drugsvraagstuk; maatregelen als spuitomruil en methadonprogramma's werden hiervoor opgezet.

Deze ontwikkelingen zijn aan Frankrijk voorbij gegaan. Men kan daarom met recht spreken van een *exception française*. Frankrijk is tot in de jaren negentig blijven volharden in een beleid dat door de socioloog Alain Ehrenberg is omschreven als de gouden driehoek van abstinentie-afkicken-uitbannen. Druggebruik en verslaving moesten volgens deze benadering worden bestreden; zij mochten op geen enkele manier worden 'geaccepteerd'. Methadonverstrekking en spuitomruil werden in deze visie beschouwd als een teken van zwakte, omdat deze maatregelen impliceerden dat werd toegegeven aan druggebruik en verslaving. Het kwam er, kortom, op neer dat de handdoek in de ring werd geworpen. De commissie Henrion, de 'commissie van wijzen' die zich in opdracht van de regering een jaar lang over de drugsproblematiek heeft gebogen en in het voorjaar van 1995 haar rapport presenteerde, heeft het Franse drugsbeleid omschreven als "vooral niets doen wat het leven van verslaafden gemakkelijker kan maken".<sup>272</sup>

De gevolgen van het gevoerde beleid zijn inmiddels bekend. Het rapport-Henrion spreekt in dit opzicht van een "sanitaire en sociale catastrofe". Een aanzienlijk deel van de intraveneuze druggebruikers draagt infectieziektes met zich mee. Ongeveer 30% van de heroïneverslaafden is HIV-seropositief; een ruim twee keer zo groot deel van hen is besmet met hepatitis B of C. Daarnaast bevinden veel verslaafden zich in een gemarginaliseerde positie, een situatie die zich lijkt te verergeren. Hier moet aan worden toegevoegd dat deze cijfers gelden voor de druggebruikers die bekend zijn bij de zorg. Naar schatting de helft van de verslaafden is namelijk niet in contact met de zorg, waarbij met name de meest gemarginaliseerden dit contact moeten ontberen.

Wat zijn nu de redenen dat Frankrijk een dergelijk beleid heeft gevoerd? De eerste reden moet worden gezocht in de aard van het Franse gezondheidssysteem dat vooral curatief is en slechts in geringe mate preventief van aard is. Dit brengt als gevaar met zich mee dat mogelijke bedreigingen voor de volksgezondheid niet tijdig kunnen worden signaleerd. Dit bleek bijvoorbeeld met de 'transfusie-affaire' waarbij een groot aantal hemofilie-patiënten HIV-besmet bloed kreeg toegediend. Hetzelfde bleek toen men er

– te laat – achter kwam dat een groot aantal druggebruikers seropositief was. De omvang hiervan was zodanig dat het een gevaar voor de volksgezondheid vormde. Wat zich hier in Frankrijk heeft voorgedaan, is feitelijk terug te voeren op het ontbreken van een volksgezondheidsbeleid in Frankrijk. Sinds de Aidsproblematiek zich in Frankrijk heeft geopenbaard als volksgezondheidsprobleem, wordt dit ook volmondig erkend door ministers en het *Haut comité de la santé publique*.

Een tweede reden voor het bijzondere beleid dat Frankrijk heeft gevolgd, is dat met de inwerkingtreding van de Franse drugswetgeving (in 1970) het drugsbeleid rechtstreeks onder de bevoegdheid van de staat kwam te vallen, die de verslavingszorg vervolgens uitbesteedde aan een groep specialisten, hoofdzakelijk bestaande uit psychiaters: *les intervenants en toxicomanie*. Deze specialisten zagen geen heil in harm reduction-maatregelen als spuitomruil en methadon, omdat deze in hun ogen voorbijgingen aan de dieperliggende (individuele) problematiek van de druggebruiker. De intervenants en toxicomanie hebben tot aan de jaren negentig het monopolie op de verslavingszorg gehad, waarbij zij geen noemenswaardige concurrentie hadden te duchten van andere beroepsgroepen als sociologen en criminologen. Dit verklaart waarom in Frankrijk de nadruk heeft gelegen op een klinische benadering van druggebruik en verslaving.

In de jaren negentig trad een kentering in het beleid op. Men kwam tot het inzicht welke repercussies het tot dusver gevoerde beleid had gehad. Frankrijk bleek absoluut gezien het hoogste aantal Aidsslachtoffers van de Europese Unie te hebben, waarvan een aanzienlijk deel was veroorzaakt door intraveneus druggebruik. Men gaf – officieel – toe zich vergist te hebben in de aanpak en men kwam tot de conclusie dat een harm reduction-benadering van de drugsproblematiek vereist was, waarbij alsnog werd overgegaan tot methadonprogramma's en spuitomruil. Het is aan gezondheidsminister Simone Veil en haar onderminister Philippe Douste-Blazy toe te schrijven dat dit beleid in gang werd gezet. Hierbij moet echter niet worden vergeten dat het niet de regering zelf is geweest die hiertoe het initiatief heeft genomen, maar dat deze politieke beslissingen het gevolg waren van een lobby van verschillende bewegingen die pleitten voor harm reduction. De bewegingen waren verenigd in de overkoepelende organisatie *Limiter la casse*.

Sinds het aantreden van president Chirac en premier Juppé zijn er tekenen die weer enigszins in een andere richting wijzen. De ambitieuze plannen van de vorige regering om te komen tot een werkelijk harm reduction-beleid, met andere woorden om de achterstand die Frankrijk op dit gebied heeft in te lopen, worden onder de huidige regering niet doorgezet. Weliswaar is er formeel niet gekozen voor een andere beleidslijn, maar de algehele budgettaire problemen waarmee de regering-Juppé te kampen heeft, staan de beoogde, verdere uitbreiding van de zorg in de weg. Hier komt nog bij dat het Ministerie van Volksgezondheid tegenwoordig is gedegradeerd tot een staatssecretariaat. Dit geeft niet alleen aan dat gezondheidsvraagstukken onder de huidige regering een lagere prioriteit hebben dan onder de vorige, ook bestaan er hierdoor minder mogelijkheden tot het nemen van maatregelen op dit gebied dan onder de vorige regering.

Frankrijk mag officieel dan wel zijn overgestapt op een drugsbeleid waarin een grotere rol wordt toebedeeld aan harm reduction, maar men zou zich kunnen afvragen

of hier in de praktijk wel zo veel van terecht zal komen. Een harm reduction-benadering van de drugsproblematiek behelst immers meer dan alleen een uitbreiding van de verslavingszorg. Het begrip harm reduction zoals dat momenteel in Frankrijk gestalte krijgt, bestaat feitelijk alleen uit enkele directe uitingen van deze benadering, zoals methadonprogramma's en spuitomruil, terwijl een werkelijk harm reduction-beleid die deze 'directe' harm reduction overstijgt, veel meer inhoudt. Er bestaan namelijk ook andere vormen van harm reduction, zoals de scheiding tussen soft- en harddrugs, het tolereren van de individuele verkoop van drugs en het voorkomen dat druggebruikers in aanraking komen met politie en justitie. Korter gezegd, hebben deze andere vormen van harm reduction betrekking op de condities waaronder druggebruik plaatsvindt, waarbij druggebruik wordt geaccepteerd. Een eerste stap in deze richting zou kunnen worden gezet door bijvoorbeeld druggebruik niet langer strafbaar te stellen.

Deze laatste gedachte lijkt voorlopig in Frankrijk onbespreekbaar. Niet moet worden vergeten dat ondanks de formele kentering die in het beleid is opgetreden, veel van de 'traditionele' opvattingen over druggebruik en verslaving nog steeds heersen in Frankrijk. Zelfs in een rapport dat zich redelijk gunstig uitspreekt over het Nederlandse drugsbeleid -het rapport-Ghysel-<sup>273</sup> vindt men hier sporen van terug. Niet voor niets staat in dit rapport vetgedrukt dat het gebruik van bepaalde harddrugs in sommige Nederlandse steden wordt getolereerd. Afgezien van het feit dat druggebruik in Nederland geen delict is, net als overigens in de meeste landen van de Europese Unie, geeft een dergelijk opmerking wel aan dat men zich in Frankrijk vooralsnog moeilijk een voorstelling kan maken van een beleid dat druggebruik accepteert.

Hier komt bij dat het Ministerie van Binnenlandse Zaken nog steeds grotendeels de uiteindelijke uitvoering van het drugsbeleid bepaalt. Ondanks de formele kentering die is opgetreden in het drugsbeleid, is het aantal aanhoudingen voor overtredingen op de drugswetgeving in 1995 blijven stijgen. Vorig jaar vonden er in Frankrijk bijna 70.000 drugsaanhoudingen plaats (een nieuw record), waarbij vooral meer druggebruikers zijn aangehouden. Een werkelijke harm reduction-benadering van de drugsproblematiek lijkt moeilijk verenigbaar met een dergelijk repressief beleid.

In dit rapport wordt een overzicht gegeven van de situatie met betrekking tot heroïne, cocaïne en crack in Frankrijk. In het bijzonder gaat het om de handel en het gebruik van deze drugs, alsmede om het beleid dat ten aanzien hiervan is en wordt gevoerd. Tezamen met het eerder verschenen rapport Cannabis in Frankrijk bestaat hiermee een duidelijk overzicht van de drugsituatie in Frankrijk.

De gegevens in dit rapport zijn ontleend aan gesprekken met werkers in het veld van de drugsproblematiek, zoals artsen, sociaal werkers, wetenschappers, mensen van politie en justitie en – uiteraard – druggebruikers. Behalve dat gesprekken zijn gevoerd, is ook veel 'veldwerk' verricht. Hiervoor zijn bijvoorbeeld drugsscenes bezocht en zijn bezoeken gebracht aan achterstandswijken in hoofdzakelijk Parijs en omstreken. Tevens is voor dit onderzoek de situatie in Lille in ogenschouw genomen.

Naast de vele gesprekken die hebben gediend als bron voor dit rapport, is gebruik gemaakt van de documentatie die over dit onderwerp beschikbaar is, zoals boeken, artikelen, etc. Dit rapport bestaat uit twee delen. Het eerste deel is gewijd aan de 'markt', dat wil zeggen de vraag naar en het aanbod van de drugs die worden besproken. De eerste twee hoofdstukken handelen over heroïne. Het eerste hoofdstuk zal de heroïnehandel bespreken, zowel de internationale (Europese) handel als wat bekend is over de handel in Europa. Hoofdstuk twee zal nader ingaan op de vraagkant van heroïne, ofwel de gebruikers. De hoofdstukken drie en vier zullen respectievelijk gaan over het aanbod van, en de vraag naar cocaïne en crack. Hoofdstuk drie gaat in op de handel in cocaïne en crack, terwijl hoofdstuk vier weergeeft wat er in Frankrijk bekend is over de gebruikers van deze stoffen.

Het tweede deel van dit rapport is gewijd aan het drugsbeleid. Hoofdstuk vijf zal ingaan op de wetgeving, de achtergronden van de wetgeving en de toepassing van de wet. Hoofdstuk zes zal nader ingaan op het Franse model van de verslavingszorg. Hoofdstuk zeven tenslotte, zal het nieuwe beleid van de jaren negentig beschrijven. Zoals al is opgemerkt koos Frankrijk toen voor een harm reduction-benadering.

#### **Hoofdstuk 1: de aanbodzijde van heroïne<sup>274</sup>**

In dit hoofdstuk is een overzicht gegeven van de aanbodzijde van heroïne: de handel. Allereerst is beschreven uit welke landen de grondstof van heroïne, opium, vandaan komt en via welke routes zij naar Europa komt. Het overgrote deel van de heroïne op de Europese markt wordt gemaakt op basis van opium uit Afghanistan. Via landen als Pakistan, Iran en Turkije bereikt de heroïne of morfinebase vervolgens de Europese markt. Turkije speelt een sleutelrol in de verdere handel in de richting van Europa. Niet alleen is het land hiervoor uitermate geschikt gelet op zijn geografische ligging en zijn invloedssferen in met name Oostelijke richting, de Turkse diaspora in Europa maakt een verdere distributie goed mogelijk. Een vrij recente ontwikkeling is dat er in Turkije nu ook verschillende laboratoria zijn waar morfinebase wordt verwerkt tot heroïne.

De traditionele handelsroute van de heroïne vanuit Zuidoost-Europa naar West-Europa is de zogenaamde Balkanroute. Alhoewel deze route nog steeds belangrijk is, zijn de handelsroutes sinds de Balkanoorlog en het wegvallen van het ijzeren gordijn in sterke mate gediversificeerd. Steeds vaker lopen zij tegenwoordig via Oost-Europa. Een andere route die wordt gebruikt is de Middellandse Zee.

Ondanks de diversificatie van de handelsroutes, bereikt het grootste deel van de heroïne nog steeds via landroutes West-Europa. Of de heroïne nu via de traditionele Balkanroute of via Oost-Europa naar West-Europa komt, Duitsland is in de meeste gevallen de 'poort' tot de Europese Unie. Niet voor niets onderschept Duitsland 30% van de totale heroïnevangsten in de Europese Unie.

Wordt gekeken naar de heroïne die in Frankrijk wordt onderschept, dan blijkt een aanzienlijk en groeiend deel uit Nederland afkomstig. Ondanks de ernst van deze kwestie,

moeten er toch ook enige kanttekeningen bij deze cijfers worden geplaatst. Zo is het bijvoorbeeld vreemd dat er zo weinig heroïne wordt onderschept uit landen als Duitsland, Italië, Turkije en Zwitserland. Het vermoeden bestaat dat de heroïne uit Nederland is oververtegenwoordigd in de Franse statistieken. Dit zou betekenen dat andere aanvoerroutes hierin zijn ondervertegenwoordigd. Daarnaast kan men zich afvragen of er überhaupt wel zo veel heroïne wordt onderschept in Frankrijk. Met het oog op de grootte van de Franse afzetmarkt en vergeleken met de heroïnevangsten van andere (grote) Westeuropese landen, zijn deze hoeveelheden in ieder geval weinig imponerend.

De prijs die voor heroïne in Frankrijk moet worden betaald is over het algemeen hoog. Bezien over heel Frankrijk bedraagt de prijs 800 tot 1.000 frank per gram. De kwaliteit van de heroïne die wordt aangeboden is laag. Verschillende monsters die in Parijs zijn genomen wezen er op dat de zuiverheid over het algemeen lag tussen de 5% en 20%. In het 18e arrondissement van Parijs, een deel van de stad met veel verslaafden, is deze zelden hoger dan 10%; een zuiverheid van 5% is hierbij zeker geen uitzondering. Dit is in overeenstemming met wat naar voren is gekomen uit de vele gesprekken die met verslaafden zijn gevoerd. Volgens hen is de kwaliteit de afgelopen jaren almaar gedaald.

Heroïne is op het eerste gezicht niet zo gemakkelijk te verkrijgen in Frankrijk. Dit is echter ook betrekkelijk en sterk afhankelijk van de plaats waar men gaat kijken. Een groot verschil met Nederland is namelijk dat de scenes in Frankrijk meestal veel periferer liggen dan in Nederland, en daardoor veel minder zichtbaar zijn voor de niet-ingewijde. Iemand die op zoek is naar heroïne, zal deze wel weten te vinden. In bepaalde wijken is het erg eenvoudig om heroïne te krijgen, evenals in sommige cafés in de Parijse regio.

De laatste jaren doet zich de ontwikkeling voor dat het soms eenvoudiger is om crack te vinden dan heroïne. Het is onduidelijk wat hier precies de oorzaak van is. Voor dealers is het in ieder geval vaak lucratiever om crack in plaats van heroïne te verkopen. Een mogelijke verklaring voor de populariteit van deze drug is dat de kwaliteit van de heroïne zo laag is.

## **Hoofdstuk 2: De vraagkant van heroïne: de gebruikers**

In dit hoofdstuk is een overzicht gegeven van wat er bekend is over de gebruikers van heroïne in Frankrijk. Allereerst is ingegaan op de prevalentie van heroïne, ofwel de schattingen van het aantal verslaafden.<sup>275</sup> Probleem bij de beschikbare cijfers is dat zij weinig betrouwbaar zijn. Dit hangt ondermeer samen met het feit dat de Franse drugswetgeving anonimiteit garandeert indien een beroep wordt gedaan op de hulpverlening, wat een registratie van druggebruikers die zich hier melden onmogelijk maakt. Als gevolg hiervan weet men niet wie zich meldt bij de zorg en hoe lang het contact met de zorg al bestaat. Een andere reden voor de geringe beschikbaarheid van dergelijke cijfers is dat de verslavingsproblematiek geen hoge prioriteit heeft gehad binnen het volksgezondheidsbeleid.

In Frankrijk circuleren veel verschillende getallen met betrekking tot het aantal verslaafden, waarbij het vaak onduidelijk is wat precies onder 'verslaafden' wordt verstaan. De laatste jaren zijn er twee 'officiële' schattingen geweest van het aantal verslaafden. De eerste dateert uit 1990 en komt op een raming van 150.000 tot 300.000 drugsverslaafden ('in het algemeen'), dat wil zeggen zij die legale stoffen misbruiken of zij die gedurende de laatste maanden regelmatig illegale stoffen hebben gebruikt. (Nicotine en alcohol worden hier buiten beschouwing gelaten.)

De tweede schatting is van 1995 en komt tot een aantal van 160.000. Zij slaat (alleen) op verslaafden aan heroïne, waarbij wordt toegevoegd dat het gaat om een minimale schatting van het aantal heroïneverslaafden dat zich heeft gewend tot de zorg.

De onzekerheidsmarge van deze schattingen is groot. Zij komen namelijk tot stand op grond van verschillende aannames en extrapolaties. Hier komt nog bij dat het een schatting betreft van de verslaafden die zich melden bij de zorg, terwijl onbekend is welk deel van de verslaafden hiermee in contact is. Sommige bronnen – waaronder regeringsstukken – gaan er van uit dat slechts één op de twee verslaafden in contact is met de zorg, wat zou kunnen betekenen dat het werkelijke aantal verslaafden aanzienlijk hoger ligt.

Heroïne wordt in Frankrijk vrijwel altijd intraveneus gebruikt; volgens de jaarlijkse *enquête de novembre* zou 87% van de gebruikers spuiten. Net als elders wordt er in Frankrijk veel 'bijgebruikt'. Het bijzondere aan de Franse situatie is dat er over het algemeen vrij gemakkelijk aan medicijnen is te komen, niet alleen via de huisarts, maar ook op straat. Er is daarom vrij veel bijgebruik van opiaten als rohypnol, temgesic en andere vormen van buprenomorfine. Daarnaast is er veel bijgebruik van verschillende codeïnepreparaten, omdat veel van deze middelen zonder voorschrift te koop zijn in de apotheek. De bekendste van deze preparaten is het hoestmiddel néocodion, waarvan jaarlijks 11 miljoen doosjes worden verkocht; vrijwel alle aan opiaatafhankelijken.

De gemiddelde leeftijd van de heroïneverslaafden zoals die naar voren komt uit enkele bronnen, ligt rond de 27 jaar. Sinds enkele jaren vertoont de gemiddelde leeftijd weliswaar een stijging, maar deze verloopt langzaam, hetgeen er op lijkt te duiden dat er nog steeds een aanwas van jonge verslaafden is.

Er zijn weinig harde gegevens (zoals statistieken) over de achtergrond van de verslaafden, zoals de etniciteit, sociaal-economische achtergrond, etc. De reden hiervoor is ondermeer gelegen in het feit dat Franse wetgeving het niet mogelijk maakt etniciteit te registreren. In Frankrijk kan men dus niet, zoals men in Nederland placht te doen, het percentage 'allochtonen' vaststellen. Het enige dat kan worden bepaald is de nationaliteit: volgens verschillende bronnen heeft tussen de 65% en 90% van de verslaafden de Franse nationaliteit.

Niet alleen op het gebied van de wetgeving zijn er hier verschillen tussen Frankrijk en Nederland, ook verschillen de opvattingen over de – mogelijke – oorzaken van het fenomeen drugverslaving. In Nederland is men geneigd hiernaar te kijken met een sociologische bril – eenvoudig gezegd: kijkend naar de sociale context waarbinnen het verschijnsel voorkomt. In Frankrijk daarentegen legt men de nadruk juist op de



individuele factoren waaruit de verslaving moet worden verklaard. Dit laatste hangt samen met de monopoliepositie die de psychiaters in Frankrijk lange tijd op de verslavingszorg hebben gehad. Het uitgangspunt in Frankrijk is dan ook dat alle sociale lagen te maken hebben met verslaving: *la toxicomanie touche toutes les couches sociales*. Alhoewel dit natuurlijk waar is, lijken de beschikbare bronnen er toch ook op te wijzen dat de drugsproblematiek meer voorkomt in achterstandsgebieden dan in *bourgeois*-buurten.

De sanitaire omstandigheden van veel verslaafden in Frankrijk is slecht. Voor zover de bronnen een representatief beeld geven van de gebruikers, is een zeer groot gedeelte van de heroïneverslaafden besmet met infectieziekten. Tussen de 60% en 80% van hen is drager van hepatitis B of C. Ook het HIV-virus is vrij wijdverspreid. Er bestaat hier niet een 'hard' cijfer, maar afgaande op de verschillende bronnen kan men er van uitgaan dat rond de 30% van de heroïneverslaafden seropositief is. Hier wordt in herinnering geroepen dat heroïne in Frankrijk bijna altijd intraveneus wordt gebruikt.

De slechte gezondheidstoestand van verslaafden blijkt ook uit het aantal overdoses dat de afgelopen jaren een stijging is blijven doormaken. In 1994 waren er 564 sterfgevallen waarbij een overdosis de primaire doodsoorzaak was, maar over het algemeen gaat men er van uit dat het werkelijke aantal overdoses het aantal van de politiestatistieken overstijgt. Dit wordt bevestigd door verschillende studies waaruit naar voren komt dat het aantal overdoses met dodelijke afloop sterk is ondergewaardeerd in de officiële statistieken. In het rapport Henrion valt te lezen dat volgens sommige bronnen overdoses in de Parijse agglomeratie verantwoordelijk zijn voor 9% van de sterfgevallen in de leeftijdscategorie van 20-34 jaar, waarmee overdosis voor deze leeftijdscategorie de derde doodsoorzaak zou zijn na Aids en zelfmoord.

### **Hoofdstuk 3: De aanbodzijde van cocaïne en crack**

In dit hoofdstuk is een overzicht gegeven van de aanbodzijde van cocaïne en crack in Frankrijk. Hier moet bij worden gezegd dat er in Frankrijk over dit onderwerp weinig bronnen bestaan en dat sommige van de hier gepresenteerde gegevens – zoals over de crackhandel – slechts berusten op enkele summier bronnen. Een presentatie van deze bronnen brengt het gevaar met zich mee dat andere, minder zichtbare en minder gedocumenteerde aspecten van het verschijnsel in dit overzicht zijn ondervertegenwoordigd. Zodra in Frankrijk over crackhandel wordt gesproken, gaat het bijna automatisch over de crackscene in het noordoosten van Parijs die bestaat uit (extreem) gemarginaliseerde gebruikers. Over discretere vormen van handel is nu eenmaal weinig bekend. Dit overzicht pretendeert daarom niet te beschrijven hoe de handel in cocaïne en crack werkelijk in elkaar steekt, maar beoogt slechts een opsomming te geven van wat er in Frankrijk over dit onderwerp bekend is.

Allereerst is ingegaan op de context van de produktie van, en de handel in cocaïne. Hierbij zijn cijfers getoond van de cocaïnevangsten in de landen van de Europese Unie,

waarbij opvalt dat de hoeveelheden sinds enkele jaren zo omvangrijk zijn. De hoeveelheden onderschepte cocaïne zijn namelijk een veelvoud van de heroïnevangsten. Werd er in 1994 5.908 kilo heroïne onderschept, voor cocaïne was dit 28.968, bijna het vijfvoudige. De landen waar de laatste jaren veel wordt onderschept zijn Nederland en Spanje.

Ook de hoeveelheden die in Frankrijk worden onderschept zijn de laatste jaren gestegen. 1994 bleek daarbij in Frankrijk een 'topjaar' met 4.743 kilo, meer dan de vangsten van de drie voorgaande jaren bij elkaar opgeteld. (Overigens werd er in Nederland in dat jaar ook een record gebroken met een onderschepte hoeveelheid van 8.200 kilo.) In tegenstelling tot heroïne, is een te verwaarlozen deel van de cocaïne die in Frankrijk wordt onderschept uit Nederland afkomstig.

Sinds het eind van de jaren tachtig wordt in Frankrijk in toenemende mate crack te koop aangeboden. Begonnen in Parijs, breidt het verschijnsel zich ook buiten de hoofdstad uit, al komt het nog steeds hoofdzakelijk in Parijs voor. Het Parijse metrostation Stalingrad is het traditionele 'centrum' van de crackhandel, maar sinds de politie hier schoonveegacties is gestart, heeft de handel zich verspreid.

In de beginfase was de handel in crack nagenoeg exclusieve (Frans-)Antilliaanse aangelegenheid. Langzamerhand zijn 'Afrikanen' de handel gaan overnemen. Tegenwoordig kan het op sommige plaatsen in Parijs voorkomen dat men eenvoudiger crack kan krijgen dan heroïne. Het is onduidelijk of dit moet worden toegeschreven aan een ruimere aanwezigheid van crack vergeleken met heroïne, of dat het moet worden toegeschreven aan het feit dat dealers liever de lucratievere crack verkopen.

#### **Hoofdstuk 4: De vraagkant van cocaïne en crack: de gebruikers**

In dit hoofdstuk is een overzicht gegevens die in Frankrijk beschikbaar zijn over de gebruikers van cocaïne en crack. Over dit onderwerp bestaan weinig bronnen; de informatie in dit hoofdstuk is dan ook met een zeker voorbehoud. Men zou zich zelfs af kunnen vragen of op grond van deze enkele bronnen en persoonlijke observaties en gesprekken, wel een hoofdstuk als dit kan worden geschreven.

In het gebruik van schaarse bronnen schuilt een gevaar. De beschikbare gegevens over het gebruik van crack hebben namelijk slechts betrekking op de gemarginaliseerde scene in Parijs en laten minder zichtbaar en niet-deviant gebruik buiten beschouwing. Er kan hierdoor een eenzijdig en verkeerd beeld ontstaan, waarbij mogelijk verkeerde conclusies worden verbonden aan het gebruik van crack. In het vorige hoofdstuk werd al gesteld dat veel van de zichtbare verschijnselen rondom (bepaald) crackgebruik nogal eens worden toegeschreven aan de farmacologische eigenschappen van de stof, met het risico dat voorbij wordt gegaan aan de (achtergronden van) de gebruikers zelf.<sup>276</sup>

In dit hoofdstuk wordt daarom slechts gepresenteerd wat er in Frankrijk bekend is over het gebruik van cocaïne en crack, hetgeen is aangevuld met zelf verkregen

informatie. De Franse bronnen worden hier neergezet zonder dat wordt nagegaan in hoeverre zij een representatief beeld geven van de gebruikers.

Van het gebruik van cocaïne is in Frankrijk weinig bekend. Bevolkingsstudies ontbreken geheel, en men moet zich in feite behelpen met één studie die is uitgevoerd volgens de sneeuwbalmethode. Uit deze studie komt naar voren dat de gebruikers over het algemeen onder relatief comfortabele omstandigheden leven en weinig gezondheidsproblemen kennen.

Het gebruik van crack is sinds eind jaren tachtig in Frankrijk in opkomst. Begonnen in Parijs, heeft het gebruik zich langzamerhand verspreid, maar is het wel een voornamelijk hoofdstedelijk verschijnsel gebleven. Een 'misverstand' over de aard van de stof -men dacht niet met crack van doen te hebben- heeft aanvankelijk geleid tot een verdere verspreiding van het gebruik. Was dit gebruik in de eerste fase hoofdzakelijk beperkt tot (Franse) Antillianen, in de loop der tijd zijn er Afrikaanse gebruikers bijgekomen. Lange tijd bleef het gebruik van crack, althans de zichtbare vorm hiervan, een hoofdzakelijk 'zwarte' aangelegenheid.

Alhoewel Antillianen en Afrikanen nog steeds de meerderheid van de gebruikers vormen, heeft het gebruik van crack zich de loop van de jaren negentig verspreid onder andere etnische groepen en andere soorten gebruikers, waaronder heroïnegebruikers. Deze laatste groep, gewend drugs intraveneus te gebruiken, is de crack zelfs gaan spuiten, terwijl deze drug juist was bedoeld om te worden gerookt. De nieuwe gebruikers bestaan in veel gevallen uit (voormalig) heroïnegebruikers die gedeeltelijk of geheel overstappen op crack. Dit betekent dat crack nu ook wordt gebruikt door autochtone Fransen en Maghrebijnen. De totale gebruikersgroep in Parijs wordt geschat op enkele duizenden.

Over de overstap van heroïne naar crack zijn verschillende verklaringen geopperd, maar deze dragen een voorlopig karakter. De populariteit van crack zou te maken kunnen hebben met de lage kwaliteit van de heroïne die er in Frankrijk wordt aangeboden. Dit kan echter niet met zekerheid worden vastgesteld; niet uitgesloten moet worden dat het – ook – om een modeverschijnsel gaat.

In ieder geval is duidelijk dat problematisch crackgebruik in sterke mate samenhangt met marginalisering. Dit is dan ook een belangrijk verschil tussen de gebruikers van 'gewone' cocaïne en de gebruikers van crack. Op grond van de gegevens over de Parijse crackscene komt naar voren dat de Parijse crackscene zich afspeelt in de marge van de samenleving, dat het hier gaat om een soort underground-scene waarvan de meeste activiteiten tijdens de nachtelijke uren plaatsvinden. Degenen die in deze scene belanden, waren in veel gevallen al gemarginaliseerd, welke situatie wordt verergerd zodra zij crack beginnen te gebruiken. De eerder genoemde omschrijving van Ingold & Toussirt is wat dat betreft veelzeggend: in een periode van een maand kan men een gebruiker zien afglijden naar volledige afhankelijkheid waarbij verschijnselen als vermagering, bleekheid, uitputting en een verwarde, mentale staat optreden. Nogmaals zij benadrukt dat zulks nooit alleen kan worden toegeschreven aan de stof zelf, maar dat de achtergronden van de gebruiker hierbij moeten worden betrokken.

## Hoofdstuk 5: de wet van 1970: repressie en zorg

In dit hoofdstuk is een overzicht gegeven van de Franse wet op de verdovende middelen. Deze wet was bedoeld een combinatie te vormen van enerzijds repressie, de bestrijding van de handel in en het gebruik van drugs, en anderzijds zorg.

De Franse drugswetgeving die dateert van 1970 is streng. Elk druggebruik is volgens de wet een misdrijf. De achtergrond hiervan moet worden gezocht in de studenten- en protestbewegingen aan het eind van de jaren zestig die werden gesymboliseerd door mei 1968. Destijds waren het vooral jongeren die drugs gebruikten en dit gebruik werd beschouwd als non-conformistisch, deviant gedrag waartegen moest worden opgetreden.

Druggebruik is weliswaar een misdrijf, maar vervolging kan worden ontlopen door een behandeling te volgen, de *injonction thérapeutique*. In de praktijk blijkt dit systeem niet zo goed te hebben gewerkt als men indertijd beoogd had, wat ondermeer te maken heeft met een slechte samenwerking tussen justitie en de zorgsector. Aan de ene kant werden er onvoldoende *injonctions thérapeutiques* uitgesproken, anderzijds kwam het voor dat zij slechts voor de vorm werden uitgesproken. Uiteindelijk zijn de lokale omstandigheden bepalend voor het beleid in de praktijk. In sommige departementen, zo blijkt, wordt de *injonction thérapeutique* bijvoorbeeld helemaal niet toegepast.

Het officiële drugsbeleid – de wet en de circulaires van Justitie – is er op gericht de gebruikers van drugs in principe niet te vervolgen. De circulaires bevelen aan het in het geval van cannabis bij een waarschuwing te laten, terwijl gebruikers van cocaïne en heroïne in aanmerking komen voor de *injonction thérapeutique*. Men zou hierdoor de indruk kunnen krijgen dat druggebruik geen opsporingsprioriteit heeft. De politiestatistieken laten zien dat dit allerminst het geval is. Driekwart van de aanhoudingen voor overtreding op de wet op de verdovende middelen betreft druggebruikers. In 1994 ging het hier namelijk om 44.000 aangehouden druggebruikers op een totaal van 60.000 drugsaanhoudingen. Van de (44.000) aangehouden druggebruikers blijkt het in tweederde van de gevallen om cannabisgebruikers te gaan.

Een drugsaanhouding leidt niet altijd tot een vervolging. Het verhaal wil dat druggebruikers die geen andere delicten hebben gepleegd, niet worden veroordeeld. Uit cijfers over 1991 blijkt evenwel dat er in dat jaar meer dan 4.000 veroordelingen voor druggebruik zijn uitgesproken. In tweederde van deze gevallen was de veroordeling een gevangenisstraf, maar deze werd niet altijd ondergaan. Op 1 januari 1994 bleken er 168 druggebruikers voor het delict druggebruik in de gevangenis te zitten.

De combinatie van zorg en repressie blijkt in de praktijk moeilijk. In Frankrijk ligt de nadruk vaak op repressie, wat er ondermeer toe heeft geleid dat de aanwezigheid van politie soms heeft verhinderd dat druggebruikers zich wenden tot de zorg.

## Hoofdstuk 6: Het Franse model van de verslavingszorg

In dit hoofdstuk is een beeld geschetst van de opvattingen die in Frankrijk lange tijd het drugsdebat hebben gedomineerd. De Franse psychiaters hebben hier een groot aandeel in gehad. Nadat de Franse drugwetgeving in 1970 in werking was getreden had de regering de verslavingszorg min of meer uitbesteed aan de psychiaters. Het gevolg hiervan is geweest dat in Frankrijk lange tijd de nadruk heeft gelegen op de klinische benadering van druggebruik. Het Franse verslavingsmodel dat een flinke psycho-analytische component heeft, zocht de oorzaken van druggebruik vooral bij het individu. Sleutelwoord van dit model is *'transgression'*, hetgeen overtreding betekent. Druggebruik wordt gezien als een overtreding van een wet of van een burgerlijke norm. Druggebruik wordt zodoende gezien als een signaal dat het leven van de druggebruiker niet voldoende is gestructureerd. In ieder geval keek het Franse model in eerste plaats naar de individuele problematiek van de verslaafde in plaats van naar de ruimere, sociale context.

Het feit dat deze visie op druggebruik lange tijd dominant in Frankrijk is geweest en – in tegenstelling tot de meeste andere landen – geen echte concurrentie heeft gehad van andere visies op druggebruik en verslaving, verklaart ondermeer waarom Frankrijk zo laat is overgegaan op harm reduction-maatregelen. De Franse psychiaters verzetten zich namelijk hiertegen. Methadonverstrekking was in de ogen van de psychiaters die belast waren met de verslavingszorg een teken van zwakte dat voorbijging aan de werkelijke problematiek. Om dezelfde reden was men ook tegen de spuitomruil of de vrije verkoop van spuiten bij de apotheek: het is niet coherent om drugs te verbieden en tegelijkertijd mogelijk maken dat deze drugs worden geïnjecteerd door spuiten te verkopen.<sup>277</sup>

Afgezien van het feit dat deze visie tot in het begin van de jaren dominant is geweest, speelde hier ook mee dat in Frankrijk een goed volksgezondheidsbeleid ontbrak. De risico's van Aids en intraveneus druggebruik zijn hierdoor in grote mate onderschat of genegeerd, waardoor men ook niet zo goed de noodzaak inzag van spuitomruil en methadonprogramma's.

Een andere consequentie van de monopoliepositie van de psychiaters op de verslavingszorg, is dat te weinig wordt gekeken naar het verband tussen verslaving en de sociaal-economische achtergronden van verslaving. Het Franse klinische model reduceerde immers problematisch druggebruik tot een individuele problematiek. Een dergelijke visie kan op iemand uit Nederland, waar de sociologen zich sinds lange tijd met de drugsproblematiek bezig houden, uiterst vreemd overkomen. De situatie in achterstandsbuurtten en buitenwijken van steden als Parijs en Lille, wijst er toch op dat er een heel duidelijk verband tussen problematisch druggebruik en sociaal-economische omstandigheden bestaat. Directeur Godelle van de organisatie Itinéraires die actief is in de achterstandswijken van Lille, wees er op dat het hem veel moeite heeft gekost duidelijk te maken dat er in Lille wat anders aan de hand was dan een cumulatie van individuele problematieken en dat de verslaafden wellicht niet direct een psychiater nodig hadden.

De verklaringsmodellen die in Frankrijk zijn gebruikt voor het verschijnsel verslaving, lijken in sterke mate verouderd. Niet voor niets concludeert het rapport-Henrion over

het verslavingsbeleid dat het systeem weinig innovatief is en dat innovaties zich altijd in de marge afspelen en met moeite tot stand komen.<sup>278</sup> Men is als het ware blijven 'hangen' in de modellen van de jaren 70, een periode waarin deze modellen misschien – een deel van – het fenomeen konden verklaren. De verslavingsproblematiek die zich vandaag de dag, in de jaren negentig in Frankrijk manifesteert, heeft echter weinig te maken met de stoornissen uit de jeugd, maar veel meer met de sociaal-economische omstandigheden en de perspectiefloze situatie waarin jongeren opgroeien. De sociale ellende waarin zij verkeren, creëert als het ware een potentiële afzetmarkt voor een roesmiddel als heroïne.

In de jaren negentig zouden meer sociologische benaderingen van de verslavingsproblematiek in Frankrijk ingang vinden. Dit heeft er toe geleid dat uiteindelijk wel werd overgegaan op een beleid met preventieve maatregelen, zoals methadonprogramma's en spuitomruil. Men stapte officieel over op een beleid van harm reduction: *la réduction des risques*.

## Hoofdstuk 7: Het zorgbeleid van de jaren negentig

In de jaren negentig is Frankrijk begonnen zijn drugsbeleid bij te stellen. Er is een kentering opgetreden, waarmee een einde kwam aan een beleid dat door Alain Ehrenberg is gekarakteriseerd als de gouden driehoek abstinentie-afkicken-uitbannen.<sup>279</sup> In 1993 en vooral 1994 ging de Franse regering officieel over tot een harm reduction-beleid.

Het feit dat men uiteindelijk wel overging tot substitutieprogramma's, is niet zozeer toe te schrijven aan de specialisten (psychiaters) die jarenlang verantwoordelijk waren voor de verslavingszorg. Evenmin is de regering hiervoor verantwoordelijk geweest, al hebben sommige politici hier wel een belangrijk aandeel in gehad. Veel belangrijker zijn de nieuwe bewegingen geweest die zich met de verslaafdenzorg gingen bezighouden. Werden zij in het begin wel eens 'militant' genoemd, uiteindelijk hebben zij wel voor elkaar gekregen waar zij voor stonden.

Aan de ene kant was er de nieuwe stroming, bestaande uit verschillende organisaties, die een harm reduction-beleid voorstonden. Deze stroming was verenigd in *Limiter la casse* (letterlijk: risicobeperking). Aan de andere kant waren er 'bevlogen' huisartsen die, bij gebrek aan legale substitutiemiddelen als methadon, tegen de stroom in, op eigen initiatief substitutiemiddelen zijn gaan voorschrijven. De bekendste van deze artsen is Jean Carpentier. Hij nam zelf het heft in handen door verslaafden illegaal opiaten voor te schrijven, waarvoor hij zich beriep op zijn medische plicht verslaafden te helpen. Carpentier was lang niet de enige arts die dit deed, maar hij is één van de weinige artsen die met deze praktijk is doorgegaan toen de artsenorganisatie *Conseil National de l'Ordre des Médecins* restricties oplegde aan het voorschrijven van deze middelen aan verslaafden. Jean Carpentier en andere 'militante' artsen werden door sommige van hun collega-artsen verguisd en er van beschuldigd 'dealers in witte jassen' te zijn. De *Conseil National de l'Ordre des Médecins* ontnam Carpentier en een collega gedurende een maand de medische bevoegdheid wegens het op niet-reglementaire wijze voorschrijven van opiaten.

### *Heroïne, cocaïne en crack in Frankrijk*

De voorvechters van het voorschrijven van opiaten aan verslaafden, lijken de slag te hebben gewonnen. Onder de regering Balladur werd, onder aanvoering van Simone Veil en haar onderminister Douste-Blazy een begin gemaakt met harm reduction-maatregelen. Het aantal methadonplaatsen liep op van 52 in 1993 tot 525 in 1994 en meer dan 1.000 in 1995.

Naast methadon is er ook het middel subutex (buprenomorfine in hoge dosering) op de markt gekomen, dat een eind moet maken aan het illegaal voorschrijven van opiaten aan verslaafden. Subutex kan voortaan door elke arts worden voorgeschreven, de patiënt kan het middel vervolgens bij de apotheek halen en krijgt 65% van de kosten vergoed. Methadon daarentegen kan niet door een huisarts worden voorgeschreven. Voorwaarde van methadonverstrekking aan een opiaatverslaafde is dat de methadon eerst wordt verstrekt door een gespecialiseerd centrum. Is deze persoon na enkele maanden van methadonbehandeling geheel stabiel (persoonlijk, sociaal en therapeutisch), dan kan op zijn verzoek of op instigatie van de behandelend arts worden besloten hem door te verwijzen naar een huisarts. Met deze arts zal vervolgens een contract worden afgesloten, waarbij eveneens afspraken worden gemaakt bij welke apotheek de methadon kan worden gehaald. Ook methadon wordt voor 65% vergoed door de ziektekostenverzekeraars.

Huisartsen moeten bij de verstrekking van substitutiemiddelen een toenemende rol spelen. Het is in dit opzicht veelbetekend dat de ziektekostenverzekeraar *Mutualité française* de belangrijkste voortrekker is in deze ontwikkeling. Alhoewel de toenemende rol die huisartsen moeten gaan spelen als positief moet worden beschouwd, zijn er toch ook haken en ogen aan dit beleid. Dit heeft hoofdzakelijk te maken met het – vooralsnog – geringe aantal gespecialiseerde centra en de overbelasting waarmee zij te kampen hebben. Eenieder die in aanmerking wil komen voor methadon, moet immers eerst gedurende enkele maanden een dergelijke behandeling ondergaan bij een gespecialiseerd centrum. De wachtlijsten hier zijn lang, waardoor het nog geruime tijd zal duren voordat iedereen die dat wil, ook werkelijk methadon kan krijgen. Het is daarom vooralsnog onduidelijk hoe men wil komen tot de beoogde 45.000 opiaatverslaafden die substitutiemiddelen krijgen voorgeschreven, zoals staat vermeld in het regeringsplan van september 1995. Evenmin zijn hiervoor al financiële middelen vrijgemaakt.





## Bijlage: De schatting van het aantal verslaafden in Frankrijk

In deze bijlage wordt de schatting van het aantal drugverslaafden in Frankrijk tegen het licht gehouden. Gezien het belang dat over het algemeen wordt toegekend aan prevalentiecijfers – met het gevaar dat die vervolgens een eigen leven kunnen gaan leiden – is het goed om te laten zien op welke populatie de schatting precies slaat en hoe men tot deze cijfers komt. Zoals zal blijken is de onzekerheidsmarge van deze cijfers groot, want het gaat hier om ruwe ramingen, die zijn gebaseerd op enkele aannamen die ook een onzekerheidsmarge hebben.

### Weinig gegevens

Over het aantal verslaafden (*toxicomanes*) hoort men in Frankrijk veel verschillende cijfers. Uiteraard hangt het ondermeer af van de definitie die men voor verslaafde hanteert, tot welk aantal men komt. Het onderscheid tussen druggebruiker (*usager de drogue*) en drugverslaafde (*toxicomane*) wordt namelijk niet altijd gemaakt, waar nog bij komt dat niet altijd wordt vermeld om welke drug het gaat, laat staan dat de frequentie van het gebruik wordt gepreciseerd. De statisticus René Padiou heeft opgemerkt dat de schattingen van het aantal verslaafden c.q. druggebruikers variëren van tienduizend tot enkele miljoenen. Padiou stelt dan ook dat men het eigenlijk gewoon niet weet.<sup>280</sup>

Deze grote onzekerheid met betrekking tot het aantal verslaafden wordt ten dele veroorzaakt door de wetgeving. De Franse wet op de verdovende middelen (de wet van 31 december 1970) garandeert namelijk anonimiteit indien een beroep wordt gedaan op de hulpverlening. Dit maakt het onmogelijk om, zoals in Nederland gebruikelijk is, druggebruikers of verslaafden die zich hier melden te registreren (in bijvoorbeeld een geïnformatiseerd systeem).

Een tweede reden voor de geringe beschikbaarheid van betrouwbare prevalentiecijfers is dat de drugsproblematiek geen hoge prioriteit heeft gehad binnen het volksgezondheidsbeleid, getuige de weinige epidemiologische studies die er zijn uitgevoerd.

Zoals gezegd variëren de schattingen van het aantal druggebruikers of verslaafden van enkele tienduizenden tot enkele miljoenen. Schattingen volgens welke dit aantal in de tienduizenden loopt, zijn bijna altijd afkomstig van de politie of het departement waar de politie onder valt, Binnenlandse Zaken. Michel Bouchet, hoofd van de Parijse drugsbrigade beweerde onlangs nog in een televisie- uitzending dat het aantal gebruikers van verdovende middelen in Frankrijk 52.000 zou bedragen.<sup>281</sup> Feitelijk slaat dit cijfer op het aantal druggebruikers dat in 1994 werd aangehouden, te weten 52.518. Schattingen die het aantal druggebruikers of verslaafden in de miljoenen doen lopen, zijn – abusievelijk – gebaseerd op een steekproef van het marktonderzoeksbureau SOFRES. Volgens deze steekproef zou het aantal cannabisgebruikers in Frankrijk 4,7 miljoen bedragen. Feitelijk ging het hier alleen om de lifetime-prevalentie van de leeftijdscategorie 12-44 jaar.

Overigens was de steekproef hier te klein (N=1.167) om al te veel gewicht toe te kennen aan de uitkomsten van de enquête; in ieder niet zo veel als over het algemeen, onder andere door de media, wordt gedaan.

Het kan niet genoeg worden benadrukt dat betrouwbare prevalentiecijfers over druggebruik in Frankrijk niet of nauwelijks bestaan. De meeste beschikbare cijfers zijn gebaseerd op enquêtes waarvan de steekproef te klein was om tot wetenschappelijk verantwoorde uitspraken te komen. De grote verschillen die men aantreft tussen de gepresenteerde cijfers van verschillende enquêtes, geven deze onbetrouwbaarheid al aan.<sup>282</sup>

Er bestaan weliswaar enkele studies waarvan de steekproef wel groot genoeg was om tot dergelijke uitspraken te komen, maar het bezwaar is dan weer dat deze studies (nagenoeg) geen onderscheid maken tussen de verschillende soorten drugs of dat er (vrijwel) niets wordt gezegd over de frequentie van het gebruik.<sup>283</sup> Er zijn in Frankrijk dan ook geen cijfers te vinden die de lifetime-prevalentie, laatste-jaarprevalentie en laatste-maandprevalentie van een bepaald druggebruik aangeven.

Prevalentiecijfers worden in de politiek graag gebruikt om het succes of falen van een bepaald beleid aan te kunnen tonen. Om deze reden wordt statistici soms gevraagd bepaalde cijfers te presenteren, terwijl er eigenlijk geen betrouwbare bronnen zijn op grond waarvan men tot een dergelijke schatting kan komen. Dit doet zich bijvoorbeeld voor in Frankrijk (maar niet alleen daar).

### **Officiële schattingen van het aantal drugverslaafden**

Als men kijkt naar de schattingen met betrekking tot het aantal drugverslaafden die men van officiële zijde hoort, dan circuleren er over het algemeen twee schattingen. Volgens de eerste zou het aantal liggen tussen de 150.000 en de 300.000; volgens de tweede schatting – van recenter datum (1995) – ligt dit op 160.000.

De schatting van 150.000-300.000 slaat op het aantal drugverslaafden ('in het algemeen'), dat wil zeggen zij die legale stoffen misbruiken of zij die gedurende de laatste maanden regelmatig illegale stoffen hebben gebruikt.<sup>284</sup> De stoffen nicotine en alcohol worden hier echter buiten beschouwing gelaten. Deze schatting is lange tijd aangehouden door de *Délégation Générale à la Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie* (DGLDT), de interdepartementale organisatie die het drugsbeleid coördineert.

De meer recente schatting van 160.000 slaat alleen op heroïneverslaafden, waarbij wordt toegevoegd dat het gaat om **een minimale schatting van het aantal heroïneverslaafden dat zich heeft gewend tot de zorg.**<sup>285</sup>

Voor beide schattingen geldt dat zij zijn gebaseerd op cijfers van de zorginstellingen en dus niet op gegevens van bevolkingsenquêtes. De bron van beide schattingen is de jaarlijkse enquête van de *Service des Statistiques, des Etudes et des Systèmes d'Information* (SESI) van het Ministerie van Sociale Zaken. Deze dienst houdt elke jaar in de maand november een enquête onder bezoekers van drie soorten zorginstellingen: gespecialiseerde centra, ziekenhuizen en niet-gespecialiseerde sociale centra.<sup>286</sup> Omdat de enquête in de maand november wordt gehouden, wordt zij ook wel *l'enquête de novembre* genoemd.

Deze enquête van de SESI is -bij gebrek aan beter- de voornaamste bron met betrekking tot verslaafden waarover men in Frankrijk beschikt. De schatting van 150.000-300.000 is gebaseerd op gegevens van de SESI uit 1990; die van 160.000 op gegevens van 1993.

Aangezien de Franse wet op de verdovende middelen (de wet van 31 december 1970) anonimiteit garandeert indien een beroep wordt gedaan op de hulpverlening, is het niet mogelijk druggebruikers of verslaafden die zich hier melden te registreren. Als gevolg hiervan weet men niet wie zich meldt bij de zorg en hoe lang het contact met de zorg al bestaat.

Een verdere beperking is dat de zorginstellingen niet bijhouden hoeveel het totaal aantal hulpvragen jaarlijks bedraagt. Althans, van de zojuist genoemde drie drugshulpinstellingen houden alleen gespecialiseerde centra dit bij; de ziekenhuizen en niet-gespecialiseerde sociale centra doen dit niet.

Feitelijk kent men alleen over de maand november de precieze aantallen van het aantal hulpvragen bij de drie eerder genoemde zorginstellingen. Het is immers in deze maand dat de SESI de enquête de novembre uitvoert.

Samenvattend kan dus worden gezegd dat de drie zorginstellingen gegevens hebben over de maand november, waarbij (alleen) de gespecialiseerde centra ook nog gegevens hebben over het gehele jaar. Het totaal aantal drugshulpvragen bij de (drie) zorginstellingen is dus niet bekend. Men kan hier wel een raming van maken door bij de gespecialiseerde centra te kijken naar de verhouding van het aantal hulpvragen in het jaar ten opzichte van die in de maand november. (Nogmaals, alleen de gespecialiseerde centra hebben gegevens op jaarbasis.) De factor die hier uitkomt, kan men vervolgens loslaten op het aantal hulpvragen in de maand november opdat men komt tot een raming van het aantal drugshulpvragen (bij de drie zorginstellingen) op jaarbasis.

De gegevens van de SESI zeggen iets over de personen die zich wenden tot deze drie zorginstellingen, wat dus niet betekent, zoals de SESI zelf opmerkt, dat zij een prevalentieschatting mogelijk maken. De enquête van de SESI dekt namelijk niet alle verslaafden en laat sommige gegevens buiten beschouwing, zoals die van zorgcentra van (midden-) lange verblijf, (algemene) klinieken en huisartsen.<sup>287</sup> Tevens merkt de SESI op dat sommige verslaafden geen enkel contact met een zorginstelling hebben. Volgens de SESI zijn zij ofwel gemarginaliseerd waarbij zij beheerst omgaan met hun verslaving, ofwel zij zijn volledig sociaal geïntegreerd.<sup>288</sup>

Het is echter onduidelijk welk deel van de verslaafden in contact is met de zorg. Volgens het jaarrapport (1994) van de DGLDT is één op de twee verslaafden niet in contact is met de zorginstellingen.<sup>289</sup> Ook het Franse Ministerie van Sociale Zaken erkent dat slechts 50% van de verslaafden een beroep doet op de zorg, waar het aan toevoegt dat het met name de meest gemarginaliseerde verslaafden zijn die buiten de zorg vallen.<sup>290</sup>

### **Een schatting met behulp van de theorie van stationaire bevolkingen**

Op basis van gegevens van de enquête de novembre van de SESI komt men een schatting van het aantal verslaafden. Zoals al aangegeven circuleren er twee ramingen: 150.000-

300.000 drugsverslaafden en 160.000 heroïneverslaafden. Beide schattingen zijn van de hand van de statisticus Jean-Michel Costes, voorheen werkzaam voor het Ministerie van Sociale Zaken, tegenwoordig werkt hij voor het *Observatoire français des drogues et toxicomanies* (OFDT).

Costes komt tot deze ramingen met behulp van de theorie van stationaire bevolkingen die is ontleend aan demografie. Uitgangspunt van deze demografische theorie is dat de (stationaire) bevolking de volgende karakteristieken heeft: de bevolking kent een constant (stationair) aantal, waarbij het constante aantal geboorten en sterfgevallen elkaar compenseert. De totale bevolking is te berekenen door het produkt te nemen van het aantal jaarlijkse geboorten en de gemiddelde levensverwachting.

Indien deze theorie wordt toegepast op de populatie verslaafden, dan verstaat men onder de jaarlijkse instroom de mensen die zich in een bepaald jaar voor de eerste keer melden bij de hulpverlening; onder 'levensverwachting' wordt de gemiddelde verslavingsduur verstaan. Uit de volgende tabel blijkt op basis van welke aannamen men is gekomen tot de schatting van 150.000 tot 300.000 verslaafden.

Tabel B.1 Schatting van het aantal drugsverslaafden

Jaarlijkse instroom	Gemiddelde duur verslaving	
	8 jaar	11 jaar
19.300	154.400	212.300
26.600	188.800	292.600

Bron: Costes (1992)

Uit de tabel blijkt dat de schatting van het aantal verslaafden die men hanteert, in eerste instantie afhangt van twee variabelen: de jaarlijkse instroom van verslaafden, bestaande uit het aantal verslaafden dat zich jaarlijks **voor het eerst** meldt bij de hulpverlening, en de gemiddelde verslavingsduur. Het aantal drugverslaafden is vervolgens het produkt van deze beide.

In de tabel staan twee cijfers voor de jaarlijkse instroom, 19.300 en 26.600. Deze cijfers zijn hypothetisch, want zij zijn niet precies bekend. Zoals eerder al is aangegeven, is het jaarlijkse aantal hulpvragen bij de zorginstellingen niet bekend. Dit impliceert uiteraard dat het aantal personen dat zich voor het eerst meldt, evenmin bekend is. Wel heeft men deze cijfers voor de gespecialiseerde instellingen. Het is afhankelijk van verschillende aannamen en de wijze waarop de cijfers van de gespecialiseerde centra worden geëxtrapoleerd tot de drie zorginstellingen, of de jaarlijkse instroom 19.300 of 20.600 bedraagt.

Omdat deze berekening uitgaat van verschillende aannamen waarbij cijfers van de maand november – op enigszins discutabele wijze – worden geëxtrapoleerd tot jaarcijfers, is de onzekerheidsmarge van deze instroomcijfers groot. Ook kan men vraagtekens plaatsen bij de veronderstelde verslavingsduur van 8 of 11 jaar. Het voert iets te ver om hier op de

verschillende onderdelen van de raming in te gaan, temeer daar zij enigszins verouderd is en het hier ging om een niet erg duidelijke definitie van verslaafden. Het is daarom raadzamer wel nader in te gaan op de recentere schatting van 160.000 heroïneverslaafden.

### **De schatting van 160.000 heroïneverslaafden**

In een recentelijk verschenen statistisch overzicht heeft Jean-Michel Costes een poging gedaan te komen tot een schatting van het aantal heroïneverslaafden.<sup>291</sup> Hij merkt er bij op dat het hier gaat om een **minimale schatting van het aantal heroïneverslaafden dat zich heeft gewend tot de hulpverlening**. Onder heroïneverslaafden (*héroïnomanes*) wordt hier verstaan: personen die de laatste maanden langdurig en op regelmatige wijze heroïne (als voornaamste stof) hebben gebruikt.<sup>292</sup> Net als bij de vorige schatting wordt hier onder hulpverlening verstaan de drie eerder genoemde zorginstellingen die door de enquête de novembre van de SESI worden gedekt, genoemd: gespecialiseerde centra, ziekenhuizen en niet-gespecialiseerde sociale centra.

Eerder is al aangegeven dat er daarnaast ook nog andere zorginstellingen zijn (waarvan de gegevens hier dus buiten beschouwing worden gelaten) en dat niet alle verslaafden – maar welk deel is onbekend – zich tot de zorg wenden. De schatting van het aantal heroïneverslaafden die hier wordt gepresenteerd, is dus een subgroep van het totaal aantal gebruikers en verslaafden van/aan heroïne.

Ook hier wordt bij de schatting gebruik gemaakt van de theorie van de stationaire bevolkingen. De totale populatie verslaafden wordt dan: de jaarlijkse instroom van heroïneverslaafden (zij die zich voor het eerst bij de hulpverlening melden) vermenigvuldigd met de gemiddelde.

Het aantal heroïneverslaafden dat zich jaarlijks voor het eerst bij de zorg meldt, wordt geschat op 20.000, de gemiddelde verslavingsduur wordt geschat op 8 jaar. Het aantal heroïneverslaafden zou hiermee ‘dus’ ten minste 160.000 bedragen.

De twee aannamen waarop deze schatting is gebaseerd hebben beide een zekere onzekerheidsmarge.

De gemiddelde verslavingsduur van 8 jaar waar bij deze raming van uit wordt gegaan, is gebaseerd op (slechts) één studie uit 1991-92 van het *Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale* (INSERM).<sup>293</sup> Afgezien hiervan klinkt een gemiddelde verslavingsduur van 8 jaar natuurlijk niet erg waarschijnlijk.

Ook bij de berekening van de jaarlijkse instroom van 20.000 heroïneverslaafden die zich voor het eerst bij de zorg melden, zijn verschillende vraagtekens te plaatsen. Dit aantal is namelijk niet bekend, en moet worden geschat door uit te gaan van verschillende aannamen en daarbij cijfers van de maand november te extrapoleren tot jaarcijfers.

De cijfers van de enquête de novembre uit 1993 laten zien dat zich in november 1993 9.000 heroïneverslaafden hebben gemeld bij de drie zorginstellingen. Voor 3.800 van deze 9.000 was dit voor het eerst. Het is echter onbekend hoeveel heroïneverslaafden zich in (heel) 1993 hebben gemeld bij de zorg. Zoals eerder al duidelijk is gemaakt, houden van de drie zorginstellingen waarvan de gegevens hier worden gebruikt, alleen de

gespecialiseerde centra bij hoeveel het aantal hulpvragen op jaarbasis bedraagt. Men kan dan bij deze gespecialiseerde centra bekijken hoe het aantal hulpvragen in de maand november zich verhoudt tot die in het gehele jaar. (Nogmaals, deze vergelijking is alleen bij de gespecialiseerde centra te maken, de ziekenhuizen en niet-gespecialiseerde sociale centra hebben alleen gegevens over november.) Men ziet dan dat bij de gespecialiseerde centra zich in (geheel) 1993 9.500 heroïneverslaafden voor het eerst bij de zorg meldden, en in de maand november waren dit er 1.800. Dit komt neer op een factor 5,3. Dit betekent dus – vreemd genoeg – dat het aantal heroïneverslaafden dat zich gedurende het jaar 1993 bij de zorg meldde 5,3 maal zoveel hoger lag dan het aantal aanmeldingen in de maand november. Met andere woorden, november zou de maand zijn waarin zich bovenproportioneel veel heroïneverslaafden wendden tot de zorg. (De komst van de winter zou hiervoor een verklaring kunnen zijn).

De factor 5,3 van de gespecialiseerde instellingen wordt vervolgens losgelaten op het geheel van de drie zorginstellingen. Zo wordt het aantal heroïneverslaafden dat zich in november 1993 bij de zorg meldde, vermenigvuldigd met 5,3 opdat men komt tot een schatting van het aantal in het jaar 1993. Aangezien er in november 1993 3.800 heroïneverslaafden waren die zich hier voor het eerst meldden, wordt de raming van dit aantal op jaarbasis ( $3.800 \times 5,3$ ) 20.000.

Zoals we al hebben gezien zijn dus vraagtekens te plaatsen bij de twee aannamen volgens welke men komt tot 160.000 heroïneverslaafden. Nogmaals zij benadrukt dat dit betekent dat er ten minste 160.000 heroïneverslaafden zijn die zich tot de hulpverlening hebben gewend, waarbij door Costes wordt aangetekend dat de onzekerheidsmarge, die niet precies is te berekenen, groot is. Het enige dat wel met zekerheid kan worden vastgesteld, is dat het aantal heroïneverslaafden ten minste 160.000 bedraagt. Met andere woorden, het zijn er in ieder geval niet minder.

Gelet op de aard van de publikatie waarin de schatting van Costes staat – het eerste statistische overzicht van drugs en verslaving van de betrokken regeringsinstanties – mag worden verwacht dat dit, in ieder geval voorlopig, de ‘officiële’ standaard zal zijn.

## Geraadpleegde personen

- Patrick Aeberhard, cardioloog, erevoorzitter *Médecins du Monde*;
- José Bayer, directeur drugshulpinstelling *A.I.D.E.*, Lille;
- Dominique Boubilley, arts, verslaafdenkliniek ziekenhuis Marmottan, Parijs;
- Verschillende medewerkers van *Bus des Femmes*, Parijs;
- Chloé Carpentier, demografe bij het *Observatoire français des drogues et toxicomanie* (OFDT), Parijs;
- Jean Carpentier, arts, voorzitter artsennetwerk *REPSUD*, Parijs;
- Clotilde Carrandié, documentaliste ziekenhuis *Marmottan*, Parijs;
- Denise Cassin, *Médecin du Monde*, Parijs;
- Anne Coppel, sociologe, kliniek *Liberté* (Bagneux) en *Tolbiac* (Parijs), *Limiter la casse*;
- J.R. Courtiol, arts, *Conseil national de l'Ordre des médecins*;
- Dominique Duprez, socioloog, *Institut Fédératif de Recherche sur les Economies et les Sociétés Industrielles* (IFRESI), Lille.
- Verschillende medewerkers van *E.G.O.*, drugshulpinstelling in de wijk Goutte d'Or, Parijs;
- Alain Ehrenberg, socioloog, *Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales*, co-directeur CNRS-onderzoeksgroep *Psychotropes, Politique, Société*;
- Laurence Folléa, *Le Monde*;
- Patrick Godelle, directeur Club de prévention *Itinéraires*, Lille;
- Roger Henrion, hoogleraar medicijnen, voorzitter Commissie-Henrion;
- François-Rodolphe Ingold, arts-psychiater, *Institut de recherche en épidémiologie de la pharmacodépendance* (IREP), Parijs;
- Verschillende buurtwerkers van Club de prévention *Itinéraires*, Lille;
- Jean-Paul Jean, magistraat, Ministère de la Justice;
- Michel Kokoreff, socioloog, *Université de Lille I*;
- Michel Koutouzis, *Observatoire Géopolitique des Drogues* (OGD), Parijs;
- Alain Labrousse, directeur *Observatoire Géopolitique des Drogues* (OGD);
- Nacer Lalam, socioloog, CIREN, *Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales*;
- Bertrand Lebeau, arts, *Médecins du Monde*;
- Dominique Pécheux, statisticus bij het *Office centrale pour la répression du trafic illicite des stupéfiants* (OCRIS), Ministère de l'Intérieur;
- Patrick Sansoy, verantwoordelijk voor het onderzoek bij de *Délégation Générale à la Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie* (DGLDT), Ministère de la Ville et de l'Intégration;
- Michel Schiray, econoom, CIREN, *Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales*, co-directeur CNRS-onderzoeksgroep *Psychotropes, Politique, Société*;
- Malika Tagounit, voorzitter *Limiter la casse*;
- Mohamed Toussirt, socioloog, drugshulpinstelling *La Boutique* en werkzaam bij het *Institut de recherche en épidémiologie de la pharmacodépendance* (IREP);
- Monique Weinberger, sociologe, CNRS.
- Michel Wieviorka, socioloog, directeur d'Etude aan de *Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales*;





## Literatuur

- Actuel*, 'Y a-t-il du crack en France', december 1989
- Addiction Research* (1994), Vol. 2, nr. 1.
- Antoine, Delphine, SESI, 'Les toxicomanes et le système sanitaire et social en 1992', *Informations rapides*, Nr. 52, maart 1994, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville.
- Association Charonne (1994), *La Boutique. Rapport d'activité, 1ère Année d'expérience, juillet 1993 - juillet 1994*, Parijs: Association Charonne.
- Bachmann, Christian & Anne Coppel (1989), *La drogue dans le monde. Hier et aujourd'hui* (eerder verschenen als *Le Dragon Domestique. Deux siècles de relations étranges entre l'Occident et la drogue*), Parijs: Albin Michel.
- Bernat de Célis, Jacqueline (1992), *Fallait-il créer un délit d'usage illicite des stupéfiants*, Parijs: Centre de recherches sociologiques sur le droit et les institutions pénales (CESDIP).
- Boekhout van Solinge, Tim, 'Cannabis in Frankrijk' in: Peter Cohen & Arjan Sas (red.) (1996) *Cannabisbeleid in Duitsland, Frankrijk en de Verenigde Staten*, Amsterdam: CEDRO, Centrum voor Drugsonderzoek, Universiteit van Amsterdam.  
Online: <http://www.frw.uva.nl/cedro/library/Drugs16/CanFrNL.html>
- Boullenger, Nelly (1995), *Approche ethno-sociologique de l'usage d'héroïne et de médicaments en Seine-Saint-Denis*, Parijs: Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, Délégation Générale à la Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (DGLDT), Association Descartes.
- Carpentier, Chloé & Jean-Michel Costes (1995), *Drogues et toxicomanies. Indications et tendances*, Parijs: Délégation Générale à la Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (DGLDT) & Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanes (OFDT).
- Carpentier, Jean (1994), *La toxicomanie à l'héroïne en médecine générale*, Paris: Ellipses.
- Cohen, Peter & Arjan Sas (1996) (red.) *Cannabisbeleid in Duitsland, Frankrijk en de Verenigde Staten*, Amsterdam: CEDRO, Centrum voor Drugsonderzoek, Universiteit van Amsterdam.
- Communications (1996), *Vivre avec les drogues. Régulations, politiques, marchés, usages*, Paris: Seuil.
- Conseil National des Villes & Maison des Sciences de l'Homme (1994), *L'économie souterraine de la drogue*, La Plaine-Saint-Denis/Parijs: Conseil National des Villes/Maison des Sciences de l'Homme.
- Conseil national du sida (1993), *Toxicomanie et sida. Rapport et Avis du Conseil national du sida relatifs à l'infection par le VIH parmi les usagers de drogues*.
- Costes, Jean-Michel (1992), *Pour une estimation du nombre de toxicomanes*, Parijs: Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville.
- CRIPS (1995), *Le crack. De l'Amérique à l'Europe. La Réduction des risques à l'épreuve*, 21ème rencontre du CRIPS (Naar aanleiding van een congres op 31 mei 1995).

- Délégation Générale à la Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (DGLDT), *Plan Gouvernemental de Lutte Contre la Drogue et la Toxicomanie du 21 septembre 1993*.
- Direction Générale de la Santé (DGS), *Bilan Injonction thérapeutique 1994*.
- Direction générale des douanes et droit indirects, 'La Douane et la lutte contre la drogue et la toxicomanie' in: *Les notes bleues de Bercy*, 1-15 juin 1995, Ministère du Budget.
- Duprez, Dominique, Michel Kokoreff & Alain Verbeke (1995), *Des produits aux carrières. Contribution à une sociologie du trafic des stupéfiants* (rapport d'étape d'une recherche en cours), Lille: IFRESI.
- Ehrenberg, Alain (1995), *L'individu incertain*, Parijs: Calmann-Lévy.
- Ehrenberg, Alain, 'Drogsbeleid van Frankrijk is meer een geloof' in *De Volkskrant*, 21 februari 1996. Eerder verschenen als 'Contre les théologies antidrogues' in *Libération*, 15 februar 1996.
- Europol/Europol Drugs Unit (1995), *Drugs Seizures Statistics*, Den Haag: Europol/EDU.
- L'Événement du jeudi*, 'Drogue ou produits de substitution. Sanctionnés pour avoir 'sauvé' des toxicos', 1-7 december 1994.
- L'Express*, 'Rue du crack', 6 mei 1993
- Facy, F & E. Le Huede (1992), *Etude épidémiologique des centres de post-cures 1989-1991*, Insitut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM).
- Françoise Facy (1991), *Description de l'activité des services chargés notamment du suivi des mesures d'injonction thérapeutique 1989-1990*, Insitut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM).
- Facy, Françoise, *Toxicomanes consultant dans les institutions spécialisées 1991-92*, INSERM. *Le Figaro*, 16 februari 1994.
- France Soir*, 'Stalingrad. tout un quartier contre la drogue', 13 oktober 1994
- Geismar-Wieviorka, Sylvie (1995), *Les toxicomanes*, Parijs: Seuil.
- Ghysel, Michel (1996), *Rapport d'information sur la politique des Pays-Bas en matière de toxicomanie*, rapport aan de Franse nationale Assemblée.
- Haut Comité de la Santé Publique (1995), *La santé en France - Rapport général*, Parijs: la Documentation française.
- Henrion, R. (1995), *Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie*, Parijs: Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville.
- Impact Médecin Hebdo*, 'La France au bord du crack', nr. 282, 26 mei 1995.
- Ingold, F.R. & M. Toussirt, Institut de recherche en épidémiologie de la pharmacodépendance (IREP), 'La transmission du VIH chez les toxicomanes dans trois villes de France: implications pour la prévention' in: *Bulletin des stupéfiants*, vol. XLV nr. 1, 1993, pp. 125-142.
- Ingold, François-Rodolphe & Mohamed Toussirt (1994), *La consommation du "crack" à Paris en 1993: données épidémiologiques et ethnographiques*, Parijs: Institut de recherche en épidémiologie de la pharmacodépendance (IREP).
- IREP (1992), *Approche ethnographique de la consommation de cocaïne à Paris*, Parijs: Institut de recherche en épidémiologie de la pharmacodépendance (IREP).

*Heroïne, cocaïne en crack in Frankrijk*

- IREP (1994), *Les travailleurs sexuels et la consommation de crack*, Parijs: Institut de recherche en épidémiologie de la pharmacodépendance (IREP).
- Itinéraires (1994), *Rapport d'Activités 1994*, Lille: Itinéraires.
- Jean, Jean-Paul, 'Réflexion sur les problèmes de drogue et de toxicomanie' in: *Interventions*, Nr. 50, juli 1995.
- Korf, Dirk J. (1995), *Dutch Treat. Formal control and illicit drug use in the Netherlands*, Amsterdam: Thesis Publishers.
- Kort, M. de (1995), *Concept vooronderzoek drugsbeleid in Nederland*, Zoetermeer: Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg (STG).
- Lecomte, D., F. Hatton, L. Michel & A. Le Toulec, 'Décès par usage de stupéfiant en Ile-de-France', gezamenlijke studie van l'Institut médico-légal & INSERM, in: *Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire*, nr. 35, 1994.
- Leroy, Bernard (1995), *L'incrimination de l'usage de stupéfiants dans les législations européennes en 1995*, Wenen: UNDCP (PNUCID).
- Libération*, 'L'usage du crack s'étend autour de Paris', 22 maart 1994.
- Masson, Paul (1996), *Rapport sur la convention d'application de l'accord de Schengen*, rapport aan premier Juppé.
- Ministère de l'Intérieur (1995), *Dossier Stups nr. 8*, april 1995.
- Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville (1994a), *Premier bilan du plan de lutte contre la drogue*, Parijs.
- Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville (1994b), *La réduction des risques infectieux chez les toxicomanes* (Dossier Presse), Parijs.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Ministerie van Justitie en Ministerie van Binnenlandse Zaken (1995), *Het Nederlandse drugbeleid. Continuïteit en verandering*, Den Haag: SDU.
- Le Monde*, diverse nummers.
- Le Nouvel Observateur*, diverse nummers.
- Observatoire Géopolitique des Drogues (1994), *Etats des drogues, drogue des Etats*, Parijs: Hachette.
- Observatoire Géopolitique des Drogues (1995), *Geopolitiques des drogues 1995*, Parijs: La Découverte.
- Observatoire Géopolitique des Drogues, *La Dépêche Internationale des Drogues*, maandblad dat verschijnt in Engels, Frans en Spaans. Diverse nummers.
- Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS) (1995), *Usage et trafic de stupéfiants. Les statistiques de l'année 1994*, Nanterre: Ministère de l'Intérieur.
- Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS) (1996), *Usage et trafic de stupéfiants. Les statistiques de l'année 1995*, Nanterre: Ministère de l'Intérieur.
- Ogien, Albert & Patrick Mignon (1994), *La demande sociale de la drogue*, Parijs: La Documentation Française.
- Ordre des Médecins, *Bulletin de l'Ordre des Médecins. Spécial toxicomanie*, september 1995.
- Organisation mondiale des douanes/World Customs Organization (1995), *Douanes et Drogues 1994*, Brussel.

- Padiou, René (1994), *L'information statistique sur les drogues et les toxicomanes*, Parijs: La Documentation Française.
- Panorama du médecin*, 30 november 1993.
- Paris Match*, 'Alert! Le crack arrive en France', 23 december 1993.
- Pelletier, Monique (1978), *Problèmes de la drogue*, Parijs: La Documentation française,
- Reinarman, Craig, Sheigla Murphy & Dan Waldorf, 'Pharmacology is not destiny: the contingent character of cocaine abuse and addiction' in: *Addiction Research* (1994), Vol. 2, nr. 1, pp. 21-36.
- Schiray, Michel (red.) (1992), *Penser la drogue, penser les drogues. II - Les marchés interdits de la drogue*, Parijs: Editions Descartes.
- Schnee, Thomas, 'Allemagne, nouveau paradis mafieux?', *Le Monde Diplomatique*, april 1994.
- Service des statistiques, des études et des systèmes d'information (SESI) (1995), *La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1993* ('enquête de novembre'), Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville.
- Six, Carole, Françoise Hamers, Rosemary Ancelle-Park & Jean Baptiste Brunet (1995), *Enquête semestrielle sur l'infection à VIH parmi les résidents des centres de soins spécialisés pour toxicomanes avec hébergement*, Saint-Maurice: Centre européen pour la surveillance épidémiologique du sida, Hôpital National du Saint-Maurice.
- Stengers, Isabelle & Olivier Ralet (1991), *Drogues. Le défi hollandais*, Parijs: Les empêcheurs de perser en rond.
- Les Temps Modernes* (1993), 'Toxicomanie, sida, exclusion', 49e jaargang, Oktober 1993, Nr. 567.
- Timbart, Odile (1995), *Les infractions à la législation sur les stupéfiants*, Etudes & Statistiques Justice 4, Parijs: Ministère de la Justice.
- Trautmann, Cathérine (1990), *Lutte contre la toxicomanie et le trafic des stupéfiants*, Parijs: La Documentation française.
- Wesseling, H.L. (1987), *Vele ideeën over Frankrijk*, Amsterdam: Bert Bakker.

## Noten

- <sup>1</sup> Zie Alain Ehrenberg, 'Drugsbeleid van Frankrijk is meer een geloof' in *De Volkskrant*, 21 februari 1996 (Eerder verschenen op 15 februari 1996 in *Libération*).
- <sup>2</sup> De eerdere titel van deze publikatie luidde: *De situatie met betrekking tot cannabis in Frankrijk*.
- <sup>3</sup> Epidemiologische studies zouden hier natuurlijk wel belangrijke bronnen kunnen zijn, maar dit soort studies is in Frankrijk weinig uitgevoerd.
- <sup>4</sup> Deze schatting heeft echter geen enkele wetenschappelijke basis.
- <sup>5</sup> Het Observatoire Géopolitique des Drogues is een internationaal onderzoeksinstituut dat werkt met onderzoekers van verschillende nationaliteiten. De meeste publikaties zijn in het Frans, maar de maandelijkse nieuwsbrief bestaat in een Franse, Engelse en Spaanse versie.
- <sup>6</sup> Nog niet alle – gedetailleerde – cijfers van 1995 zijn bekend. Om deze reden worden zij niet overal gebruikt.
- <sup>7</sup> Observatoire Géopolitique des Drogues (1995), *Géopolitique des drogues 1995*, p. 6.
- <sup>8</sup> Zoals zo vaak bij onafhankelijkbewegingen, vormt drugshandel ook voor de Koerdische PKK een bron van inkomsten. De Turkse autoriteiten schrijven nogal eens de gehele heroïnehandel aan de PKK toe. Naar schatting is 20% tot 30% van de heroïne die door Turkije gaat in handen van de PKK. Zie: Observatoire Géopolitique des Drogues (1995), op.cit. p. 44-45.
- <sup>9</sup> 'Turquie: l'espace unique des maffyas' in: *La Dépêche Internationale des Drogues*, nr. 48, oktober 1995, pp. 1-4. Zie ook 'Schengen, espace des paradoxes' in: *La Dépêche Internationale des Drogues*, nr. 49, november 1995, p. 4.
- <sup>10</sup> Ibidem pp. 42-44.
- <sup>11</sup> Belangrijker factoren zijn de relatieve nabijheid tot Noord-Frankrijk en de bestaande contacten tussen Rotterdam en Lille, daar in beide steden veel Riffijnen woonachtig zijn.
- <sup>12</sup> Organisation mondiale des douanes, *Douanes et Drogues 1994*.
- <sup>13</sup> Al geldt hier ook dat de handelaren zich het verlies van een grote hoeveelheid cocaïne kunnen veroorloven, gelet op de overproductie.
- <sup>14</sup> Deze lading is overigens kort na te zijn onderschept, in Tanzania weer 'kwijtgeraakt' (Bron: O.G.D.).
- <sup>15</sup> De meeste cijfers die hier worden gepresenteerd hebben betrekking op 1994. Over dit jaar zijn gedetailleerdere cijfers beschikbaar, wat een analyse mogelijk maakt. Op enkele plaatsen worden de cijfers over 1995 genoemd.
- <sup>16</sup> Zie de tabel in de volgende paragraaf.
- <sup>17</sup> Nogmaals, zelfs de schatting van 10% heeft geen enkele wetenschappelijke basis.
- <sup>18</sup> Direction générale des douanes et droit indirects, 'La Douane et la lutte contre la drogue et la toxicomanie'.
- <sup>19</sup> Ibidem.
- <sup>20</sup> Ibidem.
- <sup>21</sup> Observatoire Géopolitique des Drogues (1995), op.cit. p. 129.
- <sup>22</sup> Het Observatoire Géopolitique des Drogues wijst er op dat bij smokkel vaak van reeds bestaande netwerken gebruik wordt gemaakt. Heroïne in West-Afrika gaat dan bijvoorbeeld via Marokko naar Europa, terwijl cocaïne uit Brazilië via Turkije deze markt bereikt.
- <sup>23</sup> Paul Masson (1996), *Rapport sur la convention d'application de l'accord de Schengen*, p. 65.
- <sup>24</sup> Direction générale des douanes et droit indirects, op.cit.

- <sup>25</sup> OCRTIS jaarrapport 1995. Zie ook tabel 1.1.
- <sup>26</sup> Volgens Michel Koutouzis van het Observatoire Géopolitique des Drogues (interview Parijs, februari 1996). Zie hierover ook het artikel 'Allemagne, nouveau paradis mafieux?' van Thomas Schnee in *Le Monde Diplomatique*, april 1994.
- <sup>27</sup> Dit cijfer is overgenomen uit de drugsnota: *Het Nederlands drugbeleid. Continuïteit en verandering*, p. 8
- <sup>28</sup> Observatoire Géopolitique des Drogues (1995), op.cit. p. 72.
- <sup>29</sup> Dat wil dus zeggen: de best beveiligde grens ten opzichte van andere buitengrenzen. De bezettingsgraad van de douane zou aan deze grens hoger zijn dan bij andere grenzen.
- <sup>30</sup> Over de hogere kwaliteit van de heroïne bestaan geen harde bronnen. Franse heroïnegebruikers die Nederland als drugtoerist hebben bezocht, wijzen nogal eens op de betere kwaliteit in Nederland.
- <sup>31</sup> Men kan zich dus afvragen waarom er -bijvoorbeeld- zo weinig Belgen zijn die in Nederland heroïne komen kopen. In het verlengde hiervan ligt de vraag waarom de prijs van heroïne in Frankrijk zo hoog ligt vergeleken met de prijzen in België, Duitsland en Nederland.
- <sup>32</sup> In de volgende tabel staan de exacte hoeveelheden weergegeven (in kilo's):

	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Duitsland	727	847	1.595	1.438	1.095	1.590
Italië	648	900	1.541	1.358	651	1.149
Frankrijk	295	405	561	327	386	661
VK	351	603	493	547	655	793
Nederland	492	532	406	570	916	246
Spanje	713	886	741	672	604	824

- <sup>33</sup> Leclair zei dit op 14 februari 1996 op het seminar *Drogues et Médias*, georganiseerd door het Observatoire Géopolitique des Drogues, Fondation pour le Progrès de l'Homme en de Association de la Presse Etrangère.
- <sup>34</sup> OCRTIS (1995), *Usage et trafic de stupéfiants. Statistiques 1994*, p.52.
- <sup>35</sup> Masson geeft in zijn rapport namelijk geen duidelijke bronnen aan. De cijfers die hij geeft zijn – zeer – suggestief en niet in overeenstemming met de cijfers van het OCRTIS van het Franse Ministerie van Binnenlandse Zaken. Zie: Paul Masson (1996), op.cit. en OCRTIS (1996), *Usage et trafic de stupéfiants. Statistiques 1995*.
- <sup>36</sup> Marialuisa Cesoni & Michel Schiray, 'La France' in: Schiray (red.) (1992), *Penser la drogue, penser les drogues. II - Les marchés interdits de la drogue*, p. 146.
- <sup>37</sup> Ministère de l'Intérieur (1995), *Dossier Stups nr. 8*, april 1995.
- <sup>38</sup> Gegevens zijn ontleend aan een pilotstudie van de Pompidougroep.
- <sup>39</sup> Nelly Boullenger (1995), *Approche ethno-sociologique de l'usage d'héroïne et de médicaments en Seine-Saint-Denis*, p. 56.
- <sup>40</sup> Deze indruk kwam naar voren tijdens gesprekken met gebruikers (zie ook hoofdstuk 4).
- <sup>41</sup> Gegevens zijn afkomstig van de Pompidou-groep.
- <sup>42</sup> Ibidem.
- <sup>43</sup> Zie ook Boullenger (1995), op.cit. p. 56. Over overdoses zie hoofdstuk 2.

- <sup>44</sup> Verschillende gebruikers vertelden dat de verkoophoeveelheden vaak in de mond achter de kiezen zitten: links heroïne, rechts crack. De grotere handelsvoorraad zit in de anus. Om hier bij te kunnen wordt een publiek (straat)toilet bezocht.
- <sup>45</sup> Zie hiervoor Tim Boekhout van Solinge in: Peter Cohen & Arjan Sas (1996), op.cit.
- <sup>46</sup> Er zijn ongetwijfeld ook andere cafés waar men heroïne kan kopen. De hier genoemde zijn mij bekend.
- <sup>47</sup> Ik heb bijvoorbeeld dergelijke plekken bezocht in achterstandswijken van de departementen Seine-Saint-Denis en Val-de-Marne.
- <sup>48</sup> Zie bijvoorbeeld Carole Six et.al (1995), *Enquête semestrielle sur l'infection à VIH parmi les résidents des centres de soins spécialisés pour toxicomanes avec hébergement*.
- <sup>49</sup> Délégation Générale à la Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (DGLDT), *Plan Gouvernemental de Lutte Contre la Drogue et la Toxicomanie du 21 septembre 1993*, p. 5.
- <sup>50</sup> René Padieu (1994), *L'information statistique sur les drogues et les toxicomanes*, p. 27.
- <sup>51</sup> Jean Michel Costes, 'Une estimation de prévalence' in: Carpentier & (1995), *Drogues et toxicomanies. Indicateurs et tendances*, pp. 44-45.
- <sup>52</sup> Marialuisa Cesoni & Michel Schiray, 'La France' in: Schiray (red.) (1992), op.cit. pp. 137-138.
- <sup>53</sup> "Consommation de produits licites détournés de leur usage normal ou de produits illicites, prolongée et régulière au cours des derniers mois".
- <sup>54</sup> Carpentier & Costes (1995), op.cit. pp. 44-45. Dit is het eerste statistisch overzicht van drugs, druggebruikers en verslavingszorg en daarmee 'standaardwerk'.
- <sup>55</sup> Om precies te zijn staat er: "Personen die als hoofdprodukt en op regelmatige en langdurige wijze gedurende de laatste maanden heroïne gebruiken en die zich (zullen) wenden tot de zorg." ("Des personnes consommant, en produit principal, de façon prolongée et régulière, de l'héroïne au cours des derniers mois qui ont ou auront recours au système sanitaire et social.") Uit: Carpentier & Costes (1995), op.cit. p. 45.
- <sup>56</sup> Deze gemiddelde verslavingsduur wordt verondersteld op grond van gegevens van de SESI uit 1993 en een studie van F Facy, *Toxicomanes consultant dans les institutions spécialisées en 1991-1992*.
- <sup>57</sup> Costes in: Carpentier & Costes (1995), op.cit. p. 45.
- <sup>58</sup> Ibidem.
- <sup>59</sup> Zie hierover het volgende hoofdstuk.
- <sup>60</sup> Zie SESI, op.cit. of Costes in: Carpentier & Costes (1995), op.cit.
- <sup>61</sup> Service des Statistiques, des Etudes et des Systèmes d'Informations (SESI), *La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1993*, p. 19.
- <sup>62</sup> Rapport Henrion (1995), p. 31.
- <sup>63</sup> Rapport Henrion (1995), op.cit. 31. De bron die wordt gebruikt is: Schiray (red.) (1992), op.cit. Zie daar pp. 137-141.
- <sup>64</sup> Interview Anne Coppel, Parijs, november 1995.
- <sup>65</sup> "(...) un toxicomane sur deux ne fréquente pas le dispositif du soins (...)", *DGLDT (1995), Rapport sur l'activité interministérielle en 1994*, p. 6.
- <sup>66</sup> Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville (1994a), *Premier bilan du plan de lutte contre la drogue*, p. 2.
- <sup>67</sup> Carpentier & Costes (1995), op.cit. pp. 49-77.
- <sup>68</sup> De Franse term voor chinezen is 'chasser le dragon'.
- <sup>69</sup> 'Médicaments psychotropes: une société sous ordonnance?' in: Patrick Mignon (1993), *Les "toxicomanies" légales (Alcool, tabac, médicaments)*.

- <sup>70</sup> Ter vergelijking: volgens de GG&GD ligt de straatprijs van rohypnol in Amsterdam tussen de f 5,- en f 7,50. Dit is aanzienlijk hoger in Parijs, vooral als men hierbij betreft dat heroïneprijs in Amsterdam veel lager ligt dan in Parijs. De lage straatprijs in Parijs is een indicatie van de (ruime) beschikbaarheid.
- <sup>71</sup> Skenan en moscontin zijn in Nederland niet te verkrijgen. Moscontin is te vergelijken met MS Contin.
- <sup>72</sup> Zie hiervoor hoofdstuk 7.
- <sup>73</sup> Het (medisch) *Comité de suivi* van (het departement) Parijs heeft in ieder geval 1.500 personen kunnen herleiden die morfinesulfaat krijgen voorgeschreven.
- <sup>74</sup> In het jaarrapport van het OCRTIS is te lezen dat er in 1994 435 van dit soort diefstallen plaats hebben gehad. Dit aantal is sinds het 'topjaar' 1983, waarin er 1.361 werden geregistreerd, voortdurend blijven dalen.
- <sup>75</sup> Zie ook Carpentier & Costes (1995), op.cit.p. 65.
- <sup>76</sup> Rapport Henrion, op.cit. p. 16.
- <sup>77</sup> De bronnen die in tabel 2.3 worden genoemd zijn SESI (zorg) en OCRTIS.
- <sup>78</sup> Het gaat hier om de overdoses die bekend zijn bij het OCRTIS. Naar schatting ging het in 90% van de gevallen om een overdosis aan heroïne. Het werkelijke aantal overdoses is waarschijnlijk hoger (zie verder dit hoofdstuk onder Mortaliteit).
- <sup>79</sup> Het zogenaamde *droit de sol*. Sinds enkele jaren is hier een einde aan gekomen door nieuwe wetgeving (wel genoemd '*les lois Pasqua*') die voorschrijft dat op de 18e leeftijd de Franse nationaliteit moet worden aangevraagd.
- <sup>80</sup> De zogenaamde DOM-TOM, de Departements d'outre-mer (D.O.M.), de overzeese departementen als (o.a.) Guadeloupe, Martinique en Frand Guyana en de Territoires d'Outre-mer (T.O.M.), de overzeese gebiedsdelen, zoals bijvoorbeeld Frans Polynesië.
- <sup>81</sup> Association Charonne (1994), *La Boutique. Rapport d'activité, 1ère année d'activité, juillet 1993 - juillet 1994*, p. 16.
- <sup>82</sup> Dit is één van de zaken die mij opvielen tijdens gesprekken met buurtwerkers in achtergestelde wijken van Parijs en Lille.
- <sup>83</sup> Zie hiervoor hoofdstuk 6.
- <sup>84</sup> Deze heersende opvatting over verslaving heeft er ook toe geleid dat men in Frankrijk pas in laat stadium overging tot spuitomruil en substitutieprogramma's en -enigszins- een preventiebeleid ging voeren. Dit soort maatregelen was in de ogen van de psychiaters namelijk een teken van zwakte (toegeven aan het feit dat mensen drugs gebruiken) en slechts symptoombestrijding van een verschijnsel dat veel diepere oorzaken kende. Gedwongen door de Aids-problematiek is men hier uiteindelijk wel overgegaan op een harm reduction-beleid. (Zie ook de hoofdstukken 6 en 7).
- <sup>85</sup> De hoogste categorie wil hier zeggen: tussen de 65 en 78 heroïneverslaafden per 100.000 inwoners die in 1993 een beroep deden op de hulpverlening. Deze ratio zegt dus niets over het totale aantal verslaafden, maar kan hoogstens dienen als indicator.
- <sup>86</sup> Interview Jean Carpentier, Parijs, november 1995.
- <sup>87</sup> Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville (1994a), op.cit. p. 2.
- <sup>88</sup> Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville (1994b), op.cit. p. 3.
- <sup>89</sup> Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, Surveillance du Sida en France, nr. 8/1995, 21 februari 1995.
- <sup>90</sup> Ibidem.



*Heroïne, cocaïne en crack in Frankrijk*

- <sup>91</sup> SESI (1995), *La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1993*, pp. 9-10 en 24.
- <sup>92</sup> Zie hoofdstuk 7.
- <sup>93</sup> De bron die hiervoor wordt gebruikt is: F.Facy & E. Le Huede (1992), *Etude épidémiologique des centres de post-cures 1989-1991*.
- <sup>94</sup> Conseil national du sida (1993), *Toxicomanie et sida*, p.4.
- <sup>95</sup> Deze instellingen heten Centres Spécialisées de Soins pour Toxicomanes avec Hébergement (CSSTH). Voor de enquête zie: Carole Six et.al. (1995), op.cit.
- <sup>96</sup> F. Facy, *Toxicomanes consultant dans les institutions spécialisées 1991-92*.
- <sup>97</sup> F.R. Ingold & M. Toussirt, Institut de recherche en épidémiologie de la pharmacodépendance (IREP), *La transmission du VIH chez les toxicomanes dans trois villes de France: implications pour la prévention*.
- <sup>98</sup> Conseil National du sida, op.cit. p. 5.
- <sup>99</sup> Ibidem.
- <sup>100</sup> Op het congres "*La drogue, ça se soigne. Le médecin généraliste face au toxicomane*". Het congres had plaats op 18 november 1995 in de Sorbonne te Parijs.
- <sup>101</sup> Conseil national du sida, op.cit. p. 5.
- <sup>102</sup> Etienne Caniard sprak namens Mutualité Française de openingsrede uit op het congres *La drogue, ça se soigne. Le médecin généraliste face au toxicomane*. De ziektenkostenverzekeraar Mutualité Française houdt zich sinds 1994 intensief bezig met de drugsproblematiek.
- <sup>103</sup> Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville (1994b), *La réduction des risques infectieux chez les toxicomanes* (Dossier presse), Parijs.
- <sup>104</sup> OCRTIS (1995), op.cit. p. 10.
- <sup>105</sup> Ibidem.
- <sup>106</sup> Op het congres van 18 november 1995 georganiseerd door Mutualité française.
- <sup>107</sup> Carpentier & Costes, p. 68.
- <sup>108</sup> Zie: D. Lecomte, F. Hatton, L. Michel & A. Le Toulec, 'Décès par usage de stupéfiant en Ile-de-France', gezamenlijke studie van l'Institut médico-légal & INSERM, in: *Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire*, nr. 35, 1994.
- <sup>109</sup> Voor een gedetailleerde analyse van deze schattingen wordt verwezen naar de bijlage.
- <sup>110</sup> Het Observatoire Géopolitique des Drogues schat dat Bolivia, Colombia en Peru samen genoeg coca verbouwen voor 1.000 ton cocaïne, terwijl het de mondiale vraag op 650 ton schat. Zie: Observatoire Géopolitique des Drogues (1994), op.cit. p. 189.
- <sup>111</sup> Het Observatoire Géopolitique des Drogues, dat over schattingen beschikt van de produktie, buigt zich sinds enige tijd over deze vraag en is hier onlangs een studie naar gestart: *Où va la cocaïne en Europe?*
- <sup>112</sup> Europol/Europol Drugs Unit (1995), op.cit.
- <sup>113</sup> Organisation mondiale des douanes (World Customs Organisation) (1995), *Douanes et Drogues 1994*.
- <sup>114</sup> Dit is op te maken als de volumes van heroïnevangsten worden vergeleken tussen enerzijds Azië, Oost- en Zuidoost-Europa, en anderzijds West-Europa.
- <sup>115</sup> Zo bleek uit gesprekken met verschillende gebruikers. Zie ook François-Rodolphe Ingold & Mohamed Toussirt (1994), *La consommation du "crack" à Paris en 1993: données épidémiologiques et ethnographiques*, p. 4.
- <sup>116</sup> OCRTIS (1995), *Usage et trafic de stupéfiants. Statistiques 1994*, p. 63.

- <sup>117</sup> Interview François-Rodolphe Ingold, Parijs, november 1995.
- <sup>118</sup> Ibidem p. 62.
- <sup>119</sup> In tegenstelling tot Nederland bestaan er in Frankrijk officieel geen allochtonen of minderheidsgroepen. Er zijn Fransen en er zijn niet-Fransen; tot voor kort sprak men vrijwel nooit over 'Antillianen'.
- <sup>120</sup> Zie bijvoorbeeld L'Express, 6 mei 1993.
- <sup>121</sup> De bewoners van de omgeving van Stalingrad hebben dan ook al enkele malen gedemonstreerd tegen de drugsoverlast in hun wijk. zie bijvoorbeeld: *France Soir*, 13 oktober 1994 en *Libération*, 22 maart 1994.
- <sup>122</sup> Marialuisa Cesoni & Michel Schiray, 'La France' in: Schiray (red.) (1992), op.cit. pp. 146 en 155.
- <sup>123</sup> IREP (1992), *Approche ethnographique de la consommation de cocaïne à Paris*, p.18. Zie ook het overzicht van Ingold & Toussirt dat is opgenomen in Carpentier & Costes, op.cit. pp. 96-97.
- <sup>124</sup> *Dossier Stups* nr. 8, april 1995, Ministerie van Binnenlandse Zaken. Er wordt geen melding gemaakt van de zuiverheid.
- <sup>125</sup> 'Rest' wil hier zeggen: de gebieden die vallen buiten de andere twee categorieën 'van 600-800 frank' en 'meer dan 1.000 frank'.
- <sup>126</sup> Ingold & Toussirt (1994), op.cit. p. 10
- <sup>127</sup> Interview Michel Koutouzis, Parijs, februari 1996.
- <sup>128</sup> In: Carpentier & Costes, op.cit. p. 97.
- <sup>129</sup> Informatie verkregen van de Pompidou-groep.
- <sup>130</sup> Zie bijvoorbeeld: *Actuel*, 'Y a-t-il du crack en France', december 1989, *Paris Match*, 'Alert! Le crack arrive en France', 23 december 1993 en *L'Express*, 'Rue du crack', 6 mei 1993.
- <sup>131</sup> Craig Reinerman et al., 'Pharmacology is not destiny: the contingent character of cocaine abuse and addiction' in: *Addiction Research* (1994), Vol. 2, nr. 1, p. 22.
- <sup>132</sup> Carpentier & Costes (1995), op.cit. p. 60.
- <sup>133</sup> Lana D. Harrison, 'Cocaine using careers in perspective', in: *Addiction Research* (1994), Vol. 2, No. 1, pp. 1-20.
- <sup>134</sup> *Addiction Research* (1994), Vol. 2, No. 1.
- <sup>135</sup> IREP (1992), *Approche ethnographique de la consommation de cocaïne à Paris*.
- <sup>136</sup> Ingold & Toussirt (1994), op.cit. p.7.
- <sup>137</sup> Ibidem, p.8.
- <sup>138</sup> Ibidem p. 8.
- <sup>139</sup> *Caillou* is het Franse equivalent van *rock* in het Engels.
- <sup>140</sup> Zie bijvoorbeeld een groot artikel van Eric Villet dat in december 1989 verscheen in het tijdschrift *Actuel*, getiteld 'Y a-t-il du crack en France?'.  
<sup>141</sup> Ibidem p. 6.
- <sup>142</sup> Over dit misverstand zie ook: Phillipe Bordes, 'La Géopolitique du crack' in: CRIPS (1995), op.cit.
- <sup>143</sup> Al weet men bij cijfers van politie-arrestaties nooit helemaal zeker wat zij weergeven, een toename van het verschijnsel of een toenemende politieactiviteit, c.q. gerichtere opsporing.
- <sup>144</sup> Ingold & Toussirt (1994), op.cit. p. 6. Zie ook: Laurence Folléa, 'Les menaces du crack', *Le Monde*, 13 april 1994.
- <sup>145</sup> Delphine Antoine (1994), *Les toxicomanes et le système sanitaire et sociale en 1992*. (Dit is een korte uiteenzetting van de resultaten van de enquête de novembre 1992 van de SESI).
- <sup>146</sup> Deze indeling in fasen is gebaseerd op interviews met François-Rodolphe Ingold (Parijs, november 1995) en Mohamed Toussirt (Parijs, november 1995). Zie ook Ingold & Toussirt (1994), op.cit.

*Heroïne, cocaïne en crack in Frankrijk*

- <sup>147</sup> Interview Mohamed Toussirt (Parijs, november 1995). Zie ook Ingold & Toussirt (1994), op.cit. p.10 en *Impact Médecin Hebdo*, 'La France au bord du crack', 26 mei 1995.
- <sup>148</sup> Ibidem p.9.
- <sup>149</sup> Ibidem p. 9.
- <sup>150</sup> Ibidem p. 10.
- <sup>151</sup> Interview Mohamed Toussirt, Parijs, november 1995.
- <sup>152</sup> Ingold & Roussirt (1994), op.cit. p. 10.
- <sup>153</sup> *Cité* is de gebruikelijke term voor de sociale woningbouw in de vorm van een wooncomplex, woonkazerne of flat in de grote steden, of in de voorsteden daarvan.
- <sup>154</sup> "L'usage du crack reste modeste si l'on le compare aux trois produits héroïne-cocaïne-cannabis, mais il demeure le phénomène en expansion. (...) Si le crack fut un produit cantonné à un milieu plutôt marginalisé, il tend à se propager auprès de la clientèle héroïnomane soit en complétant, soit en substituant total, notamment dans les cités de la région parisienne". OCRTIS (1995), op.cit. p. 62.
- <sup>155</sup> Interview Mohamed Toussirt (Parijs, november 1995).
- <sup>156</sup> IREP (1994), *Les travailleurs sexuels et la consommation de crack*, p.36. Zie ook: Le Monde, *La consommation de crack augmente parmi les prostituées parisiennes*, 28 januari 1995.
- <sup>157</sup> Ingold & Toussirt (1994), op.cit. p. 10.
- <sup>158</sup> Bertrand Lebeau in: CRIPS (1995), op.cit. p. 50-51. *Le crack. De l'Amérique à l'Europe. La Réduction des risques à l'épreuve*, p.50-51.
- <sup>159</sup> Interview Mohamed Toussirt (Parijs, november 1995).
- <sup>160</sup> Ingold & Toussirt (1994), op.cit. p. 5
- <sup>161</sup> In Nederland wordt er wel veel cocaïne bijgebruikt en wordt steeds vaker voorgekookte cocaïne te koop aangeboden, maar een gehele 'overstap' van heroïne naar cocaïne ziet men niet veel. Een ander verschil is dat het crackgebruik in Nederland niet in dezelfde mate gepaard gaat met ontwrichting.
- <sup>162</sup> Zoals de *Bus des Femmes*, te vergelijken met het Amsterdamse Mirjam-huis. *Bus des Femmes* heeft ondermeer een bus die dienst doet als mobiel opvanghuis van prostituées. De bus staat elke avond geparkeerd in de nabijheid van een (andere) tippelzone.
- <sup>163</sup> Ingold & Toussirt (1994), op.cit. p. 9.
- <sup>164</sup> Men leest hierover bijvoorbeeld in CRIPS (1995), op.cit.
- <sup>165</sup> De omschrijving hiervoor is: "a pharmacocentric view of cocaine". Zie: Craig Reinerman et al., op.cit.
- <sup>166</sup> Isabelle Stengers & Olivier Ralet (1991), *Drogues, le défi hollandais*, p. 40. Het bijzondere karakter van de wet blijkt bijvoorbeeld uit de verzekeringstelling. Mag deze gewoonlijk niet de 24 uur overschrijden, bij een overtreding op de drugswetgeving kan deze oplopen tot 96 uur.
- <sup>167</sup> Over het gebruik van opium zie hoofdstuk 15 'Parfum d'opium sur Paris' van: Christian Bachman & Anne Coppel (1989), *La drogue dans le monde. Hier et aujourd'hui*, pp. 234-253.
- <sup>168</sup> Jacqueline Bernat de Célis (1992), *Fallait-il créer un délit d'usage illicite des stupéfiants*, p. 110.
- <sup>169</sup> Dit werk van Bernat de Célis geeft een goed overzicht van de totstandkoming van de Franse drugswetgeving.
- <sup>170</sup> H.L. Wesseling (1987), *Vele ideeën over Frankrijk*, pp. 174-178.
- <sup>171</sup> R. Henrion (1995), op.cit. p. 24.
- <sup>172</sup> Jacqueline Bernat de Célis (1992), op.cit. p.120.
- <sup>173</sup> Alain Ehrenberg (1995), *L'individu incertain*, pp. 69-70.
- <sup>174</sup> Ibidem pp. 102-106.

- <sup>175</sup> R. Henrion (1995), op.cit. p. 24.
- <sup>176</sup> Over de circulaire en hun juridische status zie hoofdstuk 3 van: Tim Boekhout van Solinge, 'Cannabis in Frankrijk' in: Peter Cohen & Arjan Sas (1996), op.cit.
- <sup>177</sup> R. Henrion (1995), op.cit. p. 27.
- <sup>178</sup> Ibidem pp. 28-29.
- <sup>179</sup> Ibidem.
- <sup>180</sup> R. Henrion (1995), op.cit. p.12.
- <sup>181</sup> Ibidem p. 28.
- <sup>182</sup> Françoise Facy (1991), *Description de l'activité des services chargés notamment du suivi des mesures d'injonction thérapeutique 1989-1990*.
- <sup>183</sup> Françoise Facy (1991), op.cit. p. 14 en 15.
- <sup>184</sup> Direction Générale de la Santé (DGS), *Bilan Injonction thérapeutique 1994*.
- <sup>185</sup> OCRTIS (1995), op.cit. p. 3.
- <sup>186</sup> Zie hierover hoofdstuk 4 van Tim Boekhout van Solinge, op.cit.
- <sup>187</sup> Françoise Facy (1991), op.cit. p. 15.
- <sup>188</sup> Odile Timbart (1995), *Les infractions à la législation sur les stupéfiants*.
- <sup>189</sup> Bernard Leroy heeft er op gewezen dat als druggebruikers een gevangenisstraf krijgen opgelegd, dit vaak is omdat zij verstek hebben laten gaan. Volgens Leroy wordt de gevangenisstraf in veel gevallen niet ondergaan. Zie: Leroy (1995), *L'incrimination de l'usage de stupéfiants dans les législations européennes en 1995*.
- <sup>190</sup> R. Henrion (1995), op.cit. p. 26.
- <sup>191</sup> Zie hiervoor de hoofdstukken zes en zeven.
- <sup>192</sup> De magistraat Jean-Paul Jean wijst hierop in de hoorzitting voor de commissie Henrion (8 juli 1994). Zijn bijdrage is later gepubliceerd in *Interventions* onder de titel 'Réflexion sur les problèmes de drogue et de toxicomanie'.
- <sup>193</sup> Ik mocht zelf eind 1995 ook getuige zijn van de aanwezigheid van politie op de straathoek waar ziekenhuis Marmottan zich bevindt, dat ondermeer een spreekuur aan verslaafden biedt.
- <sup>194</sup> "La vraie toxicomanie (...) semble exprimer plutôt (...) des problèmes à dominante plus individuelle, liés à l'existence de troubles de la personnalité et du comportement et/ou (...) à un phénomène de désinsertion dont le recours à la toxicomanie n'est qu'un mode d'expression parmi d'autres". In: Monique Pelletier (1978), *Problèmes de la drogue*, p.140.
- <sup>195</sup> Catherine Trautmann (1990), *Lutte contre la toxicomanie et le trafic des stupéfiants*.
- <sup>196</sup> Isabelle Stengers & Olivier Ralet (1991), op.cit.
- <sup>197</sup> Deze opvatting heeft er ondermeer toe geleid dat men cannabis niet wil decriminaliseren. In het rapport-Trautmann leest men bijvoorbeeld dat als dit zou gebeuren, de 'overtreding' ('la transgression') zou worden gezocht in gevaarlijker drugs en men 'direct' zou overgaan op heroïne. Decriminalisering van cannabis zou zodoende snel leiden tot een stijging van het aantal heroïnegebruikers. Zie: Trautmann (1990), op.cit. p. 253.
- <sup>198</sup> Isabelle Stengers & Olivier Ralet (1991), op.cit. pp. 64-65.
- <sup>199</sup> Alain Ehrenberg (1995), op.cit. p. 100.
- <sup>200</sup> Ibidem pp. 11-12.
- <sup>201</sup> Ibidem. Zie ook Alain Ehrenberg, 'Comment vivre avec les drogues? Questions de recherche et enjeux politiques' in: Communications (1996), 'Vivre avec les drogues. Régulations, politiques, marchés, usages'.
- <sup>202</sup> Isabelle Stengers & Olivier Ralet (1991), op.cit. pp. 23-24.

*Heroïne, cocaïne en crack in Frankrijk*

- <sup>203</sup> Anne Coppel, 'Les intervenants en toxicomanie, le sida et la réduction des risques en France', in: Communications (1996), op.cit. p. 77.
- <sup>204</sup> Ibid.
- <sup>205</sup> Geciteerd in Coppel, ibidem.
- <sup>206</sup> Eerst onder het *Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville*, tegenwoordig onder het *Ministère de la Ville et de l'Intégration*.
- <sup>207</sup> R. Henrion (1995), op.cit. pp. 31-32.
- <sup>208</sup> Ibidem p. 30.
- <sup>209</sup> R. Henrion (1995), op.cit. p.12. De zinsnede over het intellectuele prestige kan moeilijk anders worden opgevat dan als een verwijzing naar Claude Olievenstein, psychiater en directeur van het ziekenhuis Marmottan. Olievenstein kan worden beschouwd als de grote man van de Franse verslavingszorg.
- <sup>210</sup> Ibidem p.32.
- <sup>211</sup> Op het congres "*La drogue, ça se soigne. Le médecin généraliste face au toxicomane*". Het congres had plaats op 18 november 1995 in de Sorbonne te Parijs.
- <sup>212</sup> Ibidem.
- <sup>213</sup> Ibidem.
- <sup>214</sup> Alain Ehrenberg, 'Comment vivre avec les drogues? Questions de recherche et enjeux politiques' in: Communications (1996), op.cit. p. 13.
- <sup>215</sup> Haut Comité de la Santé Publique (1995), *La santé en France - Rapport général*, pp. 184-185.
- <sup>216</sup> Catherine Trautmann (1990), op.cit. p. 233.
- <sup>217</sup> "*C'est la société entière qui se drogue: elle se dope avec de la répression et se shoote à la statistique.*" Geciteerd door Anne Coppel in: Communications (1996), op.cit. pp. 77-78. Zie ook René Padieu (1994), op.cit.
- <sup>218</sup> Anne Coppel in: Communications (1996), op.cit. p. 84.
- <sup>219</sup> "*Toxicomanie/sida: quel est le rapport?*", Ibidem p. 80.
- <sup>220</sup> R. Henrion (1995), op.cit. p. 30.
- <sup>221</sup> Ibidem.
- <sup>222</sup> Alain Morel, 'L'aide aux toxicomanes' in: *Les Temps Modernes* (1993), 'Toxicomanie, sida, exclusion', pp. 242-243.
- <sup>223</sup> Ibidem p. 12.
- <sup>224</sup> Van de verslaafden die in 1993 meededen aan de *enquête de novembre* had tweederde enkele jaren middelbare school en was 61% werkloos. Zie ook 'Nationaliteit en etniciteit' en 'Sociale context' in 2.3.
- <sup>225</sup> Françoise Facy (1991), op.cit. p. 40.
- <sup>226</sup> Deze vijf buurten zijn: Faubourg de Bethune, Fives, Moulins, Lille-Sud en Wazemmes.
- <sup>227</sup> Interview Patrick Godelle, Lille, november 1995.
- <sup>228</sup> Itinéraires (1994), *Rapport d'Activités 1994*.
- <sup>229</sup> Dominique Duprez, Michel Kokoreff & Alain Verbeke (1995), Des produits aux carrières. *Contribution à une sociologie du trafic des stupéfiants*.
- <sup>230</sup> Ibidem p. 4.
- <sup>231</sup> Interview José Bayer, Lille, november 1995.
- <sup>232</sup> Dominique Duprez, et.al. (1995), op.cit. p. 8 en pp. 32-36.
- <sup>233</sup> Ibidem pp. 13-15.
- <sup>234</sup> Ibidem p. 17.

- <sup>235</sup> Geciteerd in Stengers & Ralet (1991), op.cit. p. 83.
- <sup>236</sup> R. Henrion (1995), op.cit. p. 32.
- <sup>237</sup> “*La politique de lutte contre la toxicomanie, fondée sur l'idée qu'il ne faut surtout rien faire pour faciliter la vie des toxicomanes (...)*”. Uit: Henrion (1995), op.cit. p. 58.
- <sup>238</sup> Ibidem.
- <sup>239</sup> Zie hiervoor 2.4: Morbiditeit en mortaliteit. Relatief gezien hebben Spanje en Italië meer Aidsgevallen dan Frankrijk.
- <sup>240</sup> Bernard Kouchner, ‘Non-assistance à personnes en danger’, in: *Les Temps Modernes* (1993), op.cit. pp. 5-9. Het congres heette *Trivilles* omdat het ging over verslaving en Aids in de drie steden Londen, New York en Parijs.
- <sup>241</sup> Ibidem p. 7.
- <sup>242</sup> Ibidem p. 9.
- <sup>243</sup> Anne Coppel, ‘De la clinique à la santé publique: traitement et réduction des risques’ in: Albert Ogien & Patrick Mignon (1994), *La demande sociale de la drogue*, p. 101.
- <sup>244</sup> Over dit geschil zie *Le Monde* van 24 december 1992. In dit artikel valt ook het ‘gebruikelijke’ discours van de Minister van Binnenlandse Zaken te lezen, namelijk dat Frankrijk er wat betreft het drugsbeleid het beste uitspringt (“*le pays qui s'en sort le mieux*”) omdat het aantal overdoses acht keer zo laag zou zijn als in Zwitserland en vier keer zo laag als in Duitsland.
- <sup>245</sup> De bijeenkomst had plaats op 23 januari 1993. Het televisie-interview was de volgende dag in het programma *L'heure de vérité* op France 2. Zie ook *Le Monde*, 26 januari 1993.
- <sup>246</sup> “*Je ne peux pas accepter qu'on laisse les gens se droguer sous prétexte de combattre le sida.*” Geciteerd in Alain Ehrenberg (1995), op.cit. p. 112.
- <sup>247</sup> “*Prescrire des opiacés à un toxicomane, ce n'est pas l'écouter, ce n'est même pas entendre son symptôme, mais c'est le conforter dans la toute puissance du produit puisque ce dernier parvient par exemple à transformer le médecin en dealer légal.*” Citaat uit: Nelly Boulanger (1995), op.cit. p. 20.
- <sup>248</sup> “*La généralisation des expériences de substitution de la méthadone aux drogués paraît être la porte ouverte à la libéralisation de la consommation de drogues.*” In: *Le Nouvel Observateur*, ‘Dossier drogue et sida’, 26 november-2 december 1992. Geciteerd in Alain Ehrenberg (1995), op.cit. p. 112.
- <sup>249</sup> Dit is bijvoorbeeld op te maken uit een serie artikelen over het drugsbeleid in verschillende Europese landen die in januari 1994 in *Le Monde* verscheen.
- <sup>250</sup> Ik heb een ex-verslaafde gesproken die gedurende enkele maanden tien doosjes per dag nam. Tegenwoordig krijgt deze persoon methadon van een arts in Brussel.
- <sup>251</sup> Temgesic en moscontin zijn in Frankrijk op de markt sinds 1987; skenan sinds 1991.
- <sup>252</sup> Interview Jean Carpentier, Parijs, november 1995 (Jean Carpentier maakt deel uit van dit comité).
- <sup>253</sup> Jean Carpentier (1994), *La toxicomanie à l'héroïne en médecine générale*, p. 16.
- <sup>254</sup> Interview Jean Carpentier in: *Panorama du médecin*, 30 november 1993.
- <sup>255</sup> Een overzicht van deze geschiedenis is te vinden in het weekblad *L'Événement du jeudi*, ‘Drogue ou produits de substitution. Sanctionnés pour avoir ‘sauvé’ des toxicos’, 1-7 december 1994.
- <sup>256</sup> *Libération*, 20 december 1994.
- <sup>257</sup> “*La France, actuellement, n'a pas de politique de santé publique.*” Interview Philippe Douste-Blazy, in het weekblad *VSD*, 24-30 juni 1993.
- <sup>258</sup> Uit de plannen van de preventiecampagne kan men echter niet afleiden dat het hier gaat om gerichte preventie, althans als men het beschouwt uit het oogpunt van de volksgezondheid. De speciale onderwijsprogramma's die in dit kader werden ontwikkeld waren namelijk vooral bedoeld om te wijzen op de gevaren van cannabis.

- <sup>259</sup> Deze worden uitgebreid, ondermeer omdat nog zo'n 20% van de apotheken weigert aan druggebruikers spuiten te verkopen of dit doet tegen erg hoge prijzen.
- <sup>260</sup> "Nous devons faire face à une situation aggravée, avec tous les moyens, pour réduire les risques de contamination des toxicomanes. (...) Nous ne pouvons plus ignorer l'existence du sida dans nos stratégies de prise en charge. C'est notre devoir, notre obligation. Il est indispensable de jeter un autre regard sur les drogues de substitution pour ceux qui se révèlent inaptes à réagir aux traitements classiques." Geciteerd in: Ordre des Médecins, *Bulletin de l'Ordre des Médecins. Spécial toxicomanie*, p. 7.
- <sup>261</sup> Een commissielid stemde tegen depenalisering omdat hij een stap verder wilde gaan, namelijk overgaan tot legalisering. Ook voorzitter Henrion heeft zich meermaals uitgesproken voor legalisering, na een proefperiode van depenaliseren. Aangezien Henrion voor zijn benoeming tegen een liberalisering van het drugsbeleid was, is hij in de pers wel omschreven als '*pénalisateur devenu dépenalisateur*'.
- <sup>262</sup> R. Henrion (1995), op.cit. pp. 34-35.
- <sup>263</sup> Ibidem p. 64.
- <sup>264</sup> Zie de eerste publikatie van het Observatoire français des drogues et toxicomanies: Carpentier & Costes (1995), op.cit.
- <sup>265</sup> Er wordt echter niet gepreciseerd op welke termijn men wil komen tot deze 45.000 plaatsen.
- <sup>266</sup> Zie de congresbundel *Actes de la conférence-débat* (p. 5) van het congres *La drogue, ça se soigne. Le médecin généraliste face au toxicomane*, Parijs, 18 november 1995.
- <sup>267</sup> "Jean-Pierre Davant en a assez d'une santé dépendante des aléas politiques: (...) 'Une politique de santé publique devrait englober tout cela, y compris la drogue. Edouard Balladur avait dit, avant sa nomination, qu'il fallait une politique de santé publique. Elle reste à faire'." Interview Jean-Pierre Davant in *Le Figaro*, 16 februari 1994.
- <sup>268</sup> Zie bijvoorbeeld *Le Monde*, 19 februari 1994.
- <sup>269</sup> Ordre des Médecins, *Bulletin de l'Ordre des Médecins. Spécial toxicomanie*.
- <sup>270</sup> Dit is overigens ook in de wet vastgelegd. Het delict heet in dat geval '*incitation à l'usage*', aanzetten tot druggebruik.
- <sup>271</sup> "*Le triangle d'or abstinence-désintoxication-éradication*", Alain Ehrenberg, 'Comment vivre avec les drogues? Questions de recherche et enjeux politiques' in: *Communications* (1996), op.cit. p. 11.
- <sup>272</sup> "La politique de lutte contre la toxicomanie, fondée sur l'idée qu'il ne faut surtout rien faire pour faciliter la vie des toxicomanes." In: R. Henrion (1995), *Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie*, p. 58.
- <sup>273</sup> Michel Ghysel (1996), *Rapport d'information sur la politique des Pays-Bas en matière de toxicomanie*, rapport aan de Franse nationale Assemblée.
- <sup>274</sup> De samenvattingen die hier per hoofdstuk worden gegeven, komen (vrijwel) overeen met die in het rapport.
- <sup>275</sup> Voor een gedetailleerde analyse van deze schattingen wordt verwezen naar de bijlage.
- <sup>276</sup> De omschrijving hiervoor is: "*a pharmacocentric view of cocaine*". Zie: Craig Reinerman et al., op.cit.
- <sup>277</sup> Stengers & Ralet (1991), op.cit. p. 83.
- <sup>278</sup> R. Henrion (1995), op.cit. p. 32.
- <sup>279</sup> "*Le triangle d'or abstinence-désintoxication-éradication*", Alain Ehrenberg, 'Comment vivre avec les drogues? Questions de recherche et enjeux politiques' in: *Communications* (1996), op.cit. p. 11.
- <sup>280</sup> René Padiou (1994), *L'information statistique sur les drogues et les toxicomanes*, p. 27
- <sup>281</sup> Michel Bouchet van de *Brigade des Stupéfiants* zei dit in de televisie-uitzending *Le cercle du minuit* op *Antenne 2* die op 31 januari 1996 werd uitgezonden.

- <sup>282</sup> Zie bijvoorbeeld hoofdstuk 2 'De prevalentie van cannabisgebruik' van Tim Boekhout van Solinge in: Peter Cohen & Arjan Sas (1995), op.cit.
- <sup>283</sup> Zie bijvoorbeeld: Marie Choquet & Sylvie Ledoux (1994), *Adolescents. Enquête nationale*.
- <sup>284</sup> *Consommation de produits licites détournés de leur usage normal ou de produits illicites, prolongée et régulière au cours des derniers mois.*
- <sup>285</sup> *Des personnes consommant, en produit principal, de façon prolongée et régulière, de l'héroïne au cours des derniers mois qui ont ou auront recours au système sanitaire et social'.*
- <sup>286</sup> *Centres spécialisés, hôpitaux en centres sociaux non spécialisés.*
- <sup>287</sup> "Il faut insister sur le fait que les résultats de l'enquête portent sur les toxicomanes qui ont recours aux structures de soins et ne permettent pas directement une estimation de la prévalence. 'En effet, l'enquête ne prend pas en compte les toxicomanes suivis dans les services de moyen et long séjour, les urgences, les cliniques générales et ceux suivis par les médecins libéraux' ". SESI (1995), op.cit. p. 10.
- <sup>288</sup> "Enfin, si bon nombre de toxicomanes ont recours au système de soins, d'autres n'ont aucun contact avec des structures de soins. Il sont soit marginalisés avec un usage maîtrisé de leur toxicomanies, soit parfaitement insérés dans le tissu social. ", ibidem.
- <sup>289</sup> "(...) un toxicomane sur deux ne fréquente pas le dispositif du soins (...)", DGLDT (1995), *Rapport sur l'activité interministérielle en 1994*, p. 6.
- <sup>290</sup> Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville (1994a), p. 2.
- <sup>291</sup> Jean Michel Costes, 'Une estimation de prévalence' in: Carpentier & (1995), *Drogues et toxicomanies. Indicateurs et tendances*, pp. 44-45. Dit is het eerste statistisch overzicht van drugs, druggebruikers en verslavingszorg en is daarmee meteen 'standaardwerk'.
- <sup>292</sup> 'Des personnes consommant, en produit principal, de façon prolongée et régulière, de l'héroïne (...)'.
- <sup>293</sup> INSERM, *Base de données en toxicomanie. Toxicomanes consultant dans les institutions spécialisées en 1991-92.*



## Drugsonderzoek UvA

1. D.J. Korf, m.m.v. P.W.J. van Poppel, *Heroïne-toerisme. Een veldonderzoek naar het gebruik van harddrugs onderbuitenlanders in Amsterdam*. Amsterdam 1986: Stadsdrukkerij.
2. J.M. Kersloot en S. Musterd, *Leefbaarheid en drugs in Amsterdam. De spreiding van drugsscenes óver en de relatie met de leefbaarheid in de stad*. Amsterdam 1987, 155 p. ISBN 90-6993-011-0, 29,50.
3. D.J. Korf, *Heroïne-toerisme II. Resultaten van een veldonderzoek onder 382 buitenlandse dagelijkse opiaatgebruikers*. Amsterdam 1987, 126 p. ISBN 90-6993-016-1, 25,00.
4. H.T. Verbraeck, *De staart van de Zeedijk. Een bliksemonderzoek naar enkele effecten van het Zomerplan 1987 in het Wallengebied*. Amsterdam 1988, 90 p. ISBN 90-6993-022-6, 24,00.
5. J.M. Kersloot en S. Musterd, *Leefbaarheid en drugs in Amsterdam II. Een analyse van enkele ontwikkelingen in de periode 1986-1987*. Amsterdam 1988, 120 p. ISBN-6993-027-7, 27,50.
6. F. van Gemert, *Mazen en netwerken. De invloed van beleid op de drugshandel in twee straten in de Amsterdamse Binnenstad*. Amsterdam 1988, 164 p. ISBN 90-6993-030-7, 32,50.
7. P. van Gelder & J. Sijtsma, *Horse, coke en kansen I. Sociale risico's en kansen onder Surinaamse en Marokkaanse harddruggebruikers in Amsterdam. Deel I Surinaamse harddruggebruikers*. Amsterdam 1988, 185 p. ISBN 90-6993-035-8, 35,-.
8. P. van Gelder & J. Sijtsma, *Horse, coke en kansen II. Sociale risico's en kansen onder Surinaamse en Marokkaanse harddruggebruikers in Amsterdam. Deel II Marokkaanse harddruggebruikers*, 170 p. ISBN 90-6993-038-2, 33,50 (uitverkocht).
9. J.P. Sandwijk, I. Westerterp, S. Musterd, *Het gebruik van legale en illegale drugs in Amsterdam; verslag van een prevalentie-onderzoek onder de bevolking van 12 jaar en ouder*, 130 p. ISBN 90-6993-039-0 30.-- (uitverkocht).
10. P. Cohen, *Cocaine Use in Amsterdam in non deviant subcultures*, with two addenda (Biomedical and NeuroPsychoPharmacological Issues by E. Ch. Wolters; and Physical and Psychological Items in Chronic Recreational Cocaine Use by E.H. Collette, Ph. Scheltens & E. Ch. Wolters) 1989, 195 p. ISBN 90-6993-045-5 29,00.
11. D. Korf & H. Hoogenhout, *Zoden aan de dijk. Heroïnegebruikers en hun ervaringen met en waardering van de Amsterdamse drugshulpverlening*, 200 p. ISBN 90-6993-053-6 37,00.
12. J.P. Sandwijk, P.D.A. Cohen, S. Musterd, *Licit and illicit drug use in Amsterdam. Report of a household survey in 1990 on the prevalence of drug use among the population of 12 years and over*, 140 p. ISBN 90-6993-063-3 28,-.
13. Peter Cohen, Arjan Sas, *Ten years of cocaine. A follow-up study of 64 cocaine users in Amsterdam*, 120 p. ISBN 90-6993-081-1, 32,50.
14. Peter Cohen, Arjan Sas, *Cocaine use in Amsterdam II, Initiation and patterns of use after 1986*, 128 pp., ISBN 90-6993-099-4, 35,-.

15. J.P. Sandwijk, P.D.A. Cohen and S. Musterd, *Licit and illicit drug use in Amsterdam II, report of a household survey in 1994 on the prevalence of drug use among the population of 12 years and over in Amsterdam*, 161 pp., ISBN 90-6993-101-X 35,-.
16. Dr. Peter D.A. Cohen & Arjan Sas (red), *Cannabisbeleid in Duitsland, Frankrijk en de Verenigde Staten* (in Dutch, German and English), Amsterdam, 1996, 270 p., ISBN 90-6993-105-2, 45,-
17. Tim Boekhout van Solinge, *Heroïne, cocaïne en crack in Frankrijk, handel, gebruik en beleid/L'héroïne, la cocaïne et le crack en France, trafic, usage et politique*, Amsterdam, 1996, 250 p., ISBN 90-6993-106-0, 41,50

U kunt deze publikaties bestellen bij het Instituut voor Sociale Geografie, Universiteit van Amsterdam, Nieuwe Prinsengracht 130, 1018 VZ Amsterdam, tel. 020 - 5254063 of door overmaking van het vermelde bedrag op postgironummer 5032413 t.n.v. Vakgroep Sociale Geografie, Universiteit van Amsterdam onder vermelding van 'Drugs' en het nummer van de desbetreffende publikatie.

Publications of this series can be ordered from Department of Human Geography, University of Amsterdam, Nieuwe Prinsengracht 130, 1018 VZ Amsterdam, The Netherlands. Prices include packing and postage by surface mail. Excluded are banking charges (Dfl. 15.- per banking operation).