

Dossier

Usages de drogues et **toxicomanies**

Sommaire

- | | | | |
|--------------|---|------------------|---|
| ■ II | La consommation de drogues | ■ XXXII | Des prises en charge diversifiées |
| V | Données épidémiologiques | XXXII | Les centres d'accueil pour toxicomanes |
| XI | Mortalité et morbidité des toxicomanes | XXXV | Familles d'accueil, post-cures, communautés thérapeutiques... |
| XIV | Principales dispositions législatives et réglementaires | XXXVI | Médecins et pharmaciens, regard sur l'histoire |
| ■ XIX | Approches de santé et aspects sociaux | ■ XXXVIII | Tribune |
| XIX | La prévention en France | ■ XLIV | Bibliographie |
| XXIII | Le système de soins | | Adresses utiles |
| XXVII | Coût social et choix de politique | | |

Réaliser un dossier sur la toxicomanie représente toujours une forme de défi. Il s'agit en effet de décliner des notions fondamentales, telles que la souffrance ou la transgression, tout en intégrant les nouveaux modes d'usage et les nouveaux outils thérapeutiques. Trois décennies n'ont pas permis de contrôler ce « phénomène » et cette permanence de l'usage de drogues chez les jeunes adultes est un constat brutal. Pour les professionnels de la santé et du social, il n'est pas simple de travailler dans une société partagée entre l'acceptation et la révolte. Comment s'étonner pourtant que, dans ce monde de la consommation et du plaisir, la dépendance aux psychotropes soit un mode de vie répandu ? La « toxicomanie » a suscité toute une série de réponses : ce dossier permet de reprendre et de comprendre les analyses qui ont été faites de cette problématique. Nous sommes toujours sous l'effet des questions qui ont conduit à la loi du 31 décembre 1970, et à la création d'un système de soins spécialisé, destiné à accueillir et à accompagner un toxicomane tout au long de son itinéraire. L'écueil serait cependant de « statifier » le toxicomane alors que le phénomène est mouvant et multiforme. Cette évolution est perceptible d'ores et déjà dans les définitions. L'héroïnomanie ne résume plus la toxicomanie,

et l'usage de drogues — nouvelle terminologie — recouvre l'utilisation de produits assez différents dans leur toxicité et leur mode d'usage, et peut même s'étendre au dopage. De plus, ces dernières années ont été marquées par le développement des maladies infectieuses chez ces patients et par l'augmentation du nombre de jeunes consommant du crack, de l'ecstasy, des benzodiazépines. Tous ces mouvements ont été accompagnés, avec des difficultés ou des enthousiasmes relatifs, par différents modes d'interventions médico-sociales. La réduction des risques s'est ainsi imposée dès 1987, dans son principe plus que dans sa mise en œuvre, avec la vente libre des seringues. Le travail en prison et les réseaux ville-hôpital — reconnaissant un rôle aux médecins et aux pharmaciens de ville — se sont renforcés. Les produits de substitution, l'accueil à bas seuil, le travail dans des unités mobiles ont pris place dans l'arsenal thérapeutique. Tout ce travail doit se décliner au présent et au futur : il y aura des drogues demain. Deux questions majeures ponctuent ce dossier : quelle place peut prendre l'usage personnel de produits psychotropes dans une société (ou comment concilier libre choix individuel et santé publique), et comment mettre en œuvre une prévention ouverte et efficace ?

Pierre Poloméni



La consommation de drogues

En 1998 qu'en est-il de la consommation de drogues ? Qui sont les usagers ? Comment et que consomment-ils ? Quelles sanctions encourent-ils ? Peuvent-ils se soigner ? Ce premier chapitre dresse le panorama d'un fait de société qui a beaucoup évolué durant ces dernières années.

A l'aube du troisième millénaire, la consommation de drogues est de manière évidente devenue un fait de société. Il ne s'agit pourtant pas d'un phénomène nouveau, mais son ampleur ne cesse d'inquiéter les éducateurs et en particulier ceux qui sont les plus concernés mais pas toujours les plus qualifiés, c'est-à-dire les parents.

En France, la réponse juridique est inscrite dans la loi du 31 décembre 1970 et s'appuie sur le caractère illicite de certains produits classés par les instances internationales (Onu et les agences spécialisées OMS et PNUCID).

Répressive par nature, la loi du 31 décembre 1970 contient plusieurs idées généreuses : la gratuité des soins, l'anonymat et la capacité offerte au parquet de proposer une alternative sanitaire aux poursuites judiciaires sous la forme de l'injonction thérapeutique.

Les lois qui régulent les comportements de consommation, qu'ils soient considérés comme délictueux ou non, sont le reflet d'un fonctionnement sociétal et d'un certain nombre de certitudes des spécialistes et du public. Face à des spécialistes surs de leurs convictions, il est difficile pour le profane de démêler l'écheveau des différentes informations qui lui sont assénées

chaque jour par les médias, par l'entourage, parfois par la rumeur.

Qui est usager ? Qui est dépendant ? À combien s'élève le nombre de consommateurs par voie intraveineuse en France ? Comment et pourquoi les consommateurs sont-ils interpellés ? Les usagers sont-ils malheureux ? Que penser de la distinction entre produits licites et produits illicites ? Quel est le danger réel de l'ecstasy ? La loi est-elle ou non appliquée ? La loi est-elle trop dure ? etc.

La loi du 31 décembre 1970 et son application reflètent différentes contradictions de la société.

Une contradiction majeure tient à la conduite à tenir face à la prise de risque par les jeunes. La recherche de limites constitue un élément essentiel de la construction de la personnalité, en particulier pendant la phase de l'adolescence. En d'autres termes, la prise de risque est nécessaire et doit donc être possible, voire favorisée. Mais la prise de risque est souvent associée à la transgression de l'interdit et ne devrait donc pas être valorisée.

La solution semble être d'encadrer la prise de risque autant que possible. Les références de la consommation de produits psychotropes dans ses usages traditionnels relèvent de cette appro-

Les produits

Les substances capables de modifier l'activité cérébrale sont très nombreuses. Cette modulation peut concerner le niveau de vigilance, l'humeur ou la créativité cérébrale. Le système dopaminergique tient une place prépondérante dans l'équilibre neuropsychique en permettant d'intégrer le phénomène subjectif du plaisir et ainsi les phénomènes de renforcement de comportement.

Selon l'ancienneté de la consommation, les caractéristiques de chaque individu, les concentrations de principes actifs, le résultat global d'une consommation de drogues est susceptible de varier dans des proportions importantes. Dans certains cas, un produit stimulant à faible dose sera hallucinogène ou hypnotique à forte dose.

Les classifications des produits toxicomanogènes proposées depuis le début du siècle traduisent plus l'utilité médicale ou la perception sociétale des produits qu'une réalité intangible. Progressivement, toutes les classifications ont intégré des produits licites (alcool, tabac, médicaments) connus pour entraîner des phénomènes de dépendance.

Les opiacés (morphine, héroïne, codéine, etc.) sont des antalgiques obtenus à partir de l'opium. L'héroïne est un opiacé très puissant mais d'action courte sur le plan pharmacologique. Elle est à l'origine de surdoses parfois mortelles. La voie d'administration intraveineuse présente une dangerosité particulière en terme de contamination bactérienne et/ou virale. Les opiacés induisent une très forte dépendance physique et psychique avec un état de manque intense. Les médicaments de substitution (méthadone, buprénorphine) se caractérisent par une durée d'action prolongée. Leur prise quotidienne assure une concentration sanguine constante en opiacés.

La cocaïne/crack est un stimulant extrait de la feuille de coca. La cocaïne est principalement sniffée. C'est un excitant qui induit une dépendance psychique importante. Sa consommation chronique induit des

troubles particuliers (lésion de la cloison nasale, infarctus du myocarde, troubles psychiatriques).

Les amphétaminiques (ecstasy) sont utilisés pour leurs effets stimulants physiques et psychiques. Ils possèdent de plus un effet anorexigène recherché par certains consommateurs. Lors de consommation aiguë, le risque d'épuisement physique a été signalé. Le danger de ces produits est surtout lié au risque de décompensation psychiatrique à l'arrêt et à leur potentiel neurotoxique à long terme.

Les hallucinogènes (LSD, mescaline, peyotl) entraînent peu de phénomène de dépendance. Les hallucinations peuvent être simples ou complexes. Elles sont rarement perçues comme agréables par les consommateurs.

Le cannabis se présente sous forme de feuille, de résine ou d'huile. Il peut être fumé ou mangé. La concentration en produit actif (le delta-9-tétrahydrocannabinol) est très variable selon les préparations et l'origine de la plante. Le produit actif qui agit sur des récepteurs cérébraux spécifiques induit des effets variés selon la concentration en produit actif : anxiolytique, euphorisant à faible dose, excitant et perturbateur des perceptions à forte dose. Il est rarement considéré comme hallucinogène vrai. Les phénomènes de sevrage physique sont modérés.

Les dépresseurs de l'attention (barbituriques, bromure, anesthésiques, benzodiazépines) sont anxiolytiques à faibles doses, inébrifiants à dose moyenne et hypnotiques à forte dose. La dépendance à ces produits est souvent très forte. Le sevrage peut s'accompagner de manifestations confusionnelles et de crises d'épilepsie. Chez les enfants, des effets paradoxaux à type d'agitation et d'insomnie sont parfois observés.

Certains solvants (toluène, trichloréthylène, éther) sont sniffés et ont des effets proches de l'alcool.

che. En associant « consommation » et « rite de passage », certaines consommations excessives peuvent être tolérées dès lors qu'il s'agit de périodes définies et limitées (carnavals, fête de fin d'études, etc.).

L'usage occasionnel de cannabis qui concerne un pourcentage important de la population a induit dans les faits des pratiques judiciaires éloignées de la rigueur de la loi et recommandées par les autorités de tutelle par

voie de circulaire. Cependant une lecture clémente de la loi perd de sa pertinence lorsque la consommation se prolonge et se déconnecte de toute signification, constituant alors un facteur de déstructuration du tissu social.

Une autre difficulté majeure tient au fait que l'usage de drogue débute souvent dans l'adolescence, période considérée comme fragile, et mal définie sur le plan sociétal. L'adolescence correspond à cette période intermédiaire où l'enfant n'a pas encore acquis l'ensemble de ses capacités d'adulte. Celles-ci se font de manière successive, avec un décalage entre les majorités physique, sexuelle, sanitaire, psychique, légale et économique. Affirmer que cette phase peut durer dix ans n'étonne personne. Cette durée même exclut l'idée d'une identification précise, valable pour tous. Elle rend inacceptable une consommation réservée aux adolescents pendant une phase aussi longue.

Ainsi l'émergence de la notion d'adolescence prolongée, période principale de rencontre avec les produits, invite à sortir de la seule alternative proposée par la loi : répression ou soins.

D'autres éléments modifient les approches sanitaire et préventive

La distinction entre produits licites et produits illicites perd de sa pertinence sur le plan biologique. Sans tomber dans une simplification caricaturale, la place des mécanismes biologiques de la neurotransmission dans les phénomènes cognitifs et affectifs se précise. La polytoxicomanie traduit cette approche complexe où le consommateur croit « jouer » avec quelques-uns de ses neurorécepteurs.

Les consommations d'usage sont multiples et permettent de distinguer l'usage récréatif, l'usage nocif ou abusif et la dépendance. Ainsi, entre le consommateur occasionnel, parfois hédoniste et le dépendant compulsif apparaît toute une série de situations intermédiaires qui vont se répartir selon trois types de critères : biologiques, psychologiques et de comportement social. En complément de l'intensité de la tolérance ou du sevrage, d'autres éléments doivent être appréciés comme la difficulté à contrôler sa consommation, les efforts infructueux pour réduire sa consommation, le temps passé à consommer, l'abandon d'activités sociales du fait du temps nécessaire à se procurer

des produits ou la poursuite de la consommation malgré la connaissance de l'existence d'un problème psychique ou physique. C'est cet ensemble qui définit la gravité d'une consommation de drogue.

Le caractère impératif de la dépendance a conduit à développer des attitudes de négociation afin de réduire la dangerosité de certaines pratiques comme l'échange de seringues et à promouvoir une politique dite de réduction des dommages. Il est essentiel de noter que cette approche s'est révélée efficace, c'est-à-dire que la dépendance n'est pas incompatible avec une prise de conscience du danger. Elle reste cependant totalement inopérante pour la grande majorité des consommateurs qui ne se perçoivent pas comme en danger (consommateurs d'ecstasy par exemple). Pour eux, la recherche

Les compétences européennes

À la suite d'une initiative française, le premier plan d'actions européen de lutte contre la drogue est adopté dès 1990. Les traités de Maastricht et d'Amsterdam confirment la place accordée par l'Union européenne à la lutte contre la drogue, tant dans le domaine de la coopération des services luttant contre le trafic de produits illicites que dans celui de l'observation du phénomène et de la prévention. L'Union européenne est également partie prenante aux trois conventions[1] de l'Organisation des Nations unies (Onu).

Les réalisations

Pour le citoyen de l'Union européenne, ce positionnement politique peut paraître éloigné de ses préoccupations. Pourtant plusieurs grandes réalisations vont être à l'origine de changements majeurs dans les différents États de l'Union et de convergences des attitudes vis-à-vis des usagers. Certaines de ces avancées sont en relation directe avec la problématique de la toxicomanie, d'autres comme la libre cir-

culatation des personnes et des biens (médicaments de substitution) venant renforcer l'homogénéité des approches.

L'Observatoire européen des drogues et toxicomanies

L'OEDT est une agence de l'Union européenne chargée de collecter les informations pertinentes sur le phénomène de la toxicomanie et des drogues. À partir de critères élaborés en commun, il permet d'échanger des informations sur les tendances (émergence des produits de synthèse), sur les stratégies élaborées par les États. L'OEDT est implanté à Lisbonne et constitue le centre d'un réseau d'observatoires nationaux reliés entre eux par un système informatique appelé Reitox. Si une attention particulière doit être portée par l'OEDT sur la demande de produits et la réduction de cette demande, il doit également recueillir des informations sur le contrôle des stupéfiants, des psychotropes et des précurseurs ainsi que sur les répercussions des drogues dans les pays producteurs.

d'une meilleure adaptation aux exigences extérieures, d'une reconnaissance par les pairs est sans doute en filigrane de la consommation. À ce titre le dopage en milieu sportif soulève la même problématique tant par les comportements induits que par les produits utilisés. Considérer l'usage occasionnel comme une aide à l'intégration dans un groupe et non comme une fuite ou une volonté d'isolement oriente la prévention vers un renforcement des compétences de chacun à vivre en société.

Les évaluations récentes ont souligné les résultats positifs des politiques de réduction des dommages et la permanence du déficit de la prévention dans les domaines des usages de produits psychoactifs. La recherche d'efficacité dans ce domaine conduit à affiner les analyses concernant les comportements de consumma-

tion afin de mettre en phase le discours préventif et la réalité du terrain.

Lionel Fournier

Données épidémiologiques en France

Le cadre législatif français (loi du 31 décembre 1970) structure notre connaissance des usages de drogues et des toxicomanies. Les deux grandes filières statistiques existantes (sanitaire, répressive) sont le reflet de la dualité du toxicomane établie par la loi (malade, délinquant).

L'usage de drogue, de par sa nature illicite, est difficilement repérable et donc descriptible. En France, le dispositif d'observation des usages de drogues en population générale est incomplet. Néanmoins de nombreuses données sont disponibles. Elles proviennent le plus souvent des institutions qui interviennent en la matière. Elles ne reflètent donc qu'une partie du phénomène et sous un angle particulier, celui de l'institution. C'est toutefois par la mise en perspective de données provenant de sources d'information diverses qu'il est possible de dégager des tendances.

L'ampleur du phénomène

Entre usage de drogues et toxicomanie, il existe toute une série de conduites ou de modalités d'usage : usage occasionnel ou régulier, abus ponctuels ou répétitifs, dépendance... Ces nuances sont souvent réduites au seul mot de toxicomane ou toxicomanie, augmentant la confusion sur la perception que l'on a du phénomène, notamment dans son évaluation quantitative : combien y a-t-il de toxicomanes ? Les fluctuations de ces évaluations sont d'autant plus fortes qu'elles portent sur des populations différentes. En effet, le rapport de grandeur varie de un à dix selon que l'on considère l'usage ou la dépendance.

Ainsi, nous pouvons estimer à environ 7 millions le nombre de personnes qui ont, en France,

La prévention de la toxicomanie (1996-2000)

Ce programme d'actions communautaire axé sur la promotion de la santé publique est doté d'un budget de 27 millions d'Euros. Il inclut l'organisation de la Semaine européenne de lutte contre la toxicomanie dont la prochaine édition se déroulera en novembre 1998.

Les priorités de ce programme intègrent les différents niveaux de la prévention, y compris la réinsertion et correspondent aux thèmes suivants :

- jeunes, drogues de synthèse et polytoxicomanie,
- amélioration des pratiques à travers des échanges (programme multivilles, Erit, T3E, Eurometh, etc.),
- prévention de la rechute,
- prise en compte de populations particulièrement vulnérables (usagers de drogues faisant l'objet de mesure pénale, populations migrantes).

Les coopérations dans le domaine répressif

La lutte contre le trafic de stupéfiants repose sur la coopération

étroite entre les services de polices, de douanes et de gendarmerie des différents États de l'Union.

Elle nécessite également une harmonisation des textes législatifs et réglementaires. Les réalisations les plus évidentes concernent la coopération policière (Europol), la coopération de lutte contre le blanchiment de l'argent du trafic (GAFI), la lutte contre le détournement de produits précurseurs susceptibles de permettre la synthèse de drogues de type amphétaminique (ecstasy).

Les actions internationales

L'union européenne développe une série d'actions en direction des États d'Europe orientale (programme Phare), des pays du Moyen-Orient et de la région ca-raïbe.

Lionel Fournier

1. Convention unique sur les narcotiques 1961, Convention sur les psychotropes 1971 et Convention sur le trafic illicite des narcotiques et des psychotropes 1988

consommé au moins une fois une drogue dans leur vie et à 2 millions le nombre de celles qui en auraient consommé dans l'année écoulée. Dans près de la totalité des cas, il s'agit de cannabis.

Quant au nombre d'héroïnomanes, nous l'estimons actuellement à environ 160 000. Il s'agit de personnes consommant, en produit principal, de façon prolongée et régulière, de l'héroïne au cours des derniers mois et qui ont ou auront recours au système sanitaire et social. Le même modèle, pour estimer le nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse, aboutirait à un résultat identique.

Population générale

Les consommations de drogues, du fait de leur faible fréquence, sont difficilement repérables en population générale. Le produit le plus consommé reste le cannabis. Toutefois, le phénomène récent le plus marquant est la progression considérable de la consommation d'ecstasy, dont l'usage se développe plus particulièrement dans le cadre des « raves » mais également dans les boîtes de nuit et dans certaines soirées privées, parmi une population en général jeune et bien insérée.

La proportion d'adultes entre 18 et 75 ans qui déclarent avoir pris une drogue au cours de leur vie est passée de 12 % en 1992 à 16 % en 1995. Cette augmentation peut s'expliquer par la banalisation et donc la meilleure déclaration de l'usage de drogue mais aussi par le fait que les générations les plus anciennes sont remplacées par des générations pour lesquelles l'usage de drogues est moins rare. Les hommes sont plus consommateurs que les femmes (21 % vs 11 % au cours de la vie). L'expérimentation diminue avec l'âge (de 32 % pour les 18-24 ans à 1,5 % pour les 60-75 ans). En 1995, la part des consommateurs au cours des 12 derniers mois est de 4 % (6 % chez les hommes et 3 % chez les femmes). Comme pour la consommation au cours de la vie, il s'agissait à plus de 90 % de cannabis.

Chez les jeunes adultes, la prévalence de l'usage de drogue est plus élevée. Un peu moins de la moitié (40 %) des jeunes hommes des centres de sélection des armées déclare en 1996 avoir pris ne serait-ce qu'une fois du cannabis : 25,5 % disent avoir essayé et 14,5 % en consommer régulièrement (dont 39 % toutes les semaines et 19 % tous les jours). L'usage d'ecstasy s'est fortement accru par rapport aux

Toxicomanes incarcérés

La population incarcérée compte un grand nombre de toxicomanes. Des enquêtes épidémiologiques de l'Inserm sous la responsabilité de Françoise Facy permettent de mieux les connaître.

Depuis 1989, les études épidémiologiques (Inserm, U. 302) portent sur les toxicomanes dépistés en prison dans le cadre des antennes, centres spécialisés en toxicomanie, au sein des services médico-psychologiques régionaux (SMPPR).

Pour mesurer l'évolution actuelle de la population dépistée et suivie par les antennes, deux années de références sont choisies : 1992 et 1995. Les échantillons de sujets retenus respectent la répartition géographique observée en 1992, entre les deux zones de densité de populations différentes : Île-de-France et Provence-Alpes-Côte-d'Azur, et les autres régions. Cette distinction est justifiée par les séroprévalences au VIH, très différentes entre ces régions, depuis le début de l'épidémie du sida. Au total, 2 649 sujets sont décrits en 1992, 2 256 sujets sont comparables pour 1995.

Aspect sociaux et familiaux

Les hommes demeurent majoritaires en prison, mais les femmes sont un peu plus nombreuses en 1995 (10,5 %). Les étrangers représentent 25 % de la population en 1995 contre 23 % en 1992.

30 % des toxicomanes vus en prison ont moins de 25 ans en 1995 contre 39 % en 1992. 32 % ont plus de 30 ans en 1995, contre 22 % en 1992.

Le logement est indépendant des parents pour 37 % des sujets en prison, plus souvent qu'en 1992 (31 %) ; les sujets sans domicile fixe sont peu nombreux (9 %). L'activité professionnelle est rarement continue (13 % en 1995 contre 20 % en 1992), le manque de qualification professionnelle touche 47 % des sujets en prison en 1995 et

41 % en 1992. On note une augmentation des sujets percevant le RMI : 17 % en 1995 contre 11 % en 1992.

La situation matrimoniale des toxicomanes incarcérés montre que 58 % en 1995 et 61 % en 1992 sont célibataires, un tiers vit en couple, en 1992 ou 1995. Par contre, 32 % en 1995 contre 29 % en 1992 des toxicomanes incarcérés sont parents. Les risques liés à la santé du sujet et de son environnement proche sont ainsi soulignés et renforcent les préoccupations de santé publique vis-à-vis de la transmission du VIH et des maladies infectieuses (hépatite, tuberculose, ...).

L'entourage familial des sujets incarcérés montre une exposition à des risques multiples associés à la toxicomanie : 18 % ont un membre de leur fratrie toxicomane, et 6 % un membre de leur fratrie alcoolique (20 % en 1992), 18 % ont un partenaire toxicomane (17 % en 1992).

Les problématiques multiples d'insertion sociale, d'équilibre affectif et de santé physique et psychologique, apparaissent renforcées au cours des dernières années pour une population qui déjà cumulait des risques bien connus au plan épidémiologique pour être traduites en termes de morbidité et d'exclusion sociale.

Aspects légaux

Parmi les toxicomanes incarcérés, 49 % des sujets sont prévenus en 1992 et 1995. 46 % ont commis une infraction à la législation sur les stupéfiants. Plus de sujets en 1995 sont condamnés (48 % vs 40 % en 1992), mais 12 % des sujets vus en 1995 sont à la fois prévenus et condamnés, contre 2 % en 1995. Le délit est en relation exclusive avec la drogue pour 29 % des cas (contre 31 %). 71 % sont récidivistes (contre 70 % en 1992). Presque la moitié ont été incarcérés pour la première fois avant 20 ans, un peu moins en 1995. D'après les premières études, un pourcentage important de toxicomanes incarcérés (presque 40 %) était passé auparavant devant un tribunal pour enfants.

L'importance des comportements de délinquance et des difficultés précoces avec la justice est confirmée, survenant bien avant les comportements de toxicomanie pour un nombre non négligeable de sujets (26 % en 1995 vs 29 % en 1992).

Aspects sanitaires

La grande majorité des toxicomanes (90 %) vus dans les antennes en prison ont effectué un test VIH. Mais 21 % ne connaissent pas leur statut ou ne le précisent pas (contre 19 % en 1992). 11 % sont séropositifs en 1995 contre 15 % en 1992.

La variation des séroprévalences est importante : en région parisienne et Provence-Alpes-Côte-d'Azur, les taux sont les plus élevés en 1992 et font plus que doubler en 1995. Pour les autres antennes, les taux restent inférieurs à 6 %. En moyenne en 1995, l'Île-de-France et Paca sont à 17 % contre 3 % ailleurs. Cependant les tests non effectués et les résultats non précisés y sont plus fréquents, ce qui évoque des dépistages inégalement effectués, en raison de risques minimes connus pour les sujets concernés, ou de pratiques professionnelles différentes, du fait d'une médicalisation moins importante. Les données concernant les hépatites virales vont dans le même sens : les prévalences sont deux fois plus élevées en moyenne dans les régions Île-de-France et Paca que dans les autres régions.

19 % des toxicomanes ont eu des problèmes d'overdose (20 % en 1992), 24 % des hépatites virales (19 % en 1992). Les problèmes de santé mentale se révèlent fréquents chez les toxicomanes incarcérés : 18 % ont fait une tentative de suicide (20 % en 1992). 37 % ont eu une consultation psychiatrique (31 % en 1992). 21 % ont été hospitalisés en psychiatrie (contre 20 % en 1992). Les prises en charge antérieures au titre de la toxicomanie semblent en diminution, ainsi les sevrages antérieurs sont moins fréquents (26 % vs 29 %).

Aspects toxicologiques

Les toxicomanes incarcérés sont surtout des héroïnomanes : 70 % en 1995, 79 % en 1992. L'injection intraveineuse est utilisée avant l'incarcération par 42 % des toxicomanes en 1995 ; en 1992 elle l'était par 52 %. Parallèlement à la diminution d'héroïne, on remarque une augmentation de cannabis (11 % contre 7 %), et de médicaments (5 % vs 3 %) en produit principal.

Chez les sujets incarcérés, les produits pris en association montrent les fréquences suivantes en augmentation pour 1995 : cannabis (49 % vs 41 %), médicaments (32 % vs 30 %), alcool (23 % vs 15 %). L'usage de cocaïne concerne 24 % des sujets (vs 29 %).

La population vue par les antennes constitue à travers ses particularités une « cible » pour la prévention secondaire de nombreux comportements à risque de dépendance, de délinquance et d'exclusion sociale.

Pour cette population qui cumule les difficultés, sans avoir toutefois le même dénuement par rapport aux soins que les sujets incarcérés dans certains pays, même développés, le temps d'incarcération semble privilégié pour sensibiliser et accompagner dans une démarche d'éducation à la santé pour l'après sortie de prison.

Le moment de l'incarcération montre l'importance de la reconnaissance de la toxicomanie et la nécessité des bilans de santé, en particulier les dépistages des infections liées au VIH et des hépatites.

L'importance des toxicomanes incarcérés n'ayant pas eu de contact antérieur avec une équipe spécialisée en toxicomanie montre aussi combien l'équipe de l'antenne a un rôle déterminant pour faciliter une démarche individuelle de recours à des soins spécialisés.

Françoise Facy

1. F. Facy et coll. *Toxicomanes incarcérés : étude épidémiologique auprès des antennes 1992-1995*. Paris : EDK, 1997, 107 p.

années antérieures : 5 % des jeunes en ont déjà pris et, parmi eux, le quart en consomme régulièrement. L'usage régulier de cocaïne, héroïne ou solvants reste marginal (moins de 1 %).

Populations institutionnelles

Le nombre de toxicomanes ayant recours au système sanitaire et social et le nombre d'interpellations pour usage illicite de stupéfiants peuvent être considérés comme des indicateurs indirects de l'importance du phénomène toxicomanie en France. Le premier est toutefois avant tout un indicateur de la demande de soins, et le deuxième fortement lié à l'activité des services de police, de gendarmerie et de douanes.

Le nombre de toxicomanes pris en charge par le système sanitaire et social s'accroît d'une année sur l'autre (doublement en 5 ans) mais la tendance est plus marquée dans les centres spécialisés en 1994 et 1995 (+ 20 %). Cet accroissement peut être le reflet combiné d'une augmentation du nombre de toxicomanes, de changements dans les pratiques de soins, d'un recours aux soins plus fréquent ou encore le signe d'une morbidité accrue. Dans les hôpitaux et les centres sociaux non spécialisés en toxicomanie, la relative stabilité des effectifs peut être en partie liée à des problèmes de fluctuation du nombre d'établissements répondants.

Au cours de l'année 1995, 64 738 toxicomanes ont été suivis dans les centres de soins spécialisés ; pour 41 % d'entre eux, il s'agissait d'un premier recours à ce type de structure. En novembre 1995, 11 114 toxicomanes ont eu recours aux centres spécialisés, 7 026 aux hôpitaux et 4 763 aux centres sociaux. Si l'on tient compte des sujets simultanément suivis dans deux établissements, on estime à environ 20 300 le nombre de toxicomanes suivis en novembre 1995 dans le système sanitaire et social.

Le nombre de toxicomanes bénéficiant d'un traitement de substitution s'est considérablement accru au cours des deux dernières années. On estime à plus de 35 000 le nombre de patients substitués en médecine de ville (32 000 à 40 000 sous Subutex® et environ 2 000 sous méthadone) et à 6 000 le nombre de patients sous méthadone suivis dans les centres spécialisés.

L'usage illicite de stupéfiants constitue le motif d'interpellation pour infraction à la législation sur les stupéfiants le plus fréquent. Le nombre d'interpellations pour usage n'a cessé

de s'accroître au cours des vingt dernières années avec une accélération de la tendance depuis cinq ans.

En 1996, on en compte 69 228, dont 81 % pour usage simple. L'augmentation des interpellations pour usage de cannabis explique près de la totalité de l'accroissement du nombre d'interpellations pour usage depuis 1995. Le renforcement des contrôles d'identité dans le cadre de l'opération Vigipirate à la suite des attentats islamistes en 1995 pourrait permettre d'expliquer une partie de l'augmentation des interpellations pour usage et notamment de cannabis en 1995.

Les usagers de stupéfiants sont également repérés par les statistiques sur les injonctions thérapeutiques, les condamnations et les incarcérations, mais elles ne peuvent être mises en relation, ni entre elles, ni avec les interpellations, du fait de classifications différentes des infractions.

L'alternative aux poursuites judiciaires que constitue l'injonction thérapeutique est chaque année plus employée (8 812 prononcées en 1996) et fait l'objet d'une meilleure collaboration entre les instances judiciaires et sanitaires (suivis effectifs dans les trois quarts des cas).

L'usage de stupéfiants (11 767) représente, en 1995, 19 % de l'ensemble des infractions à la législation sur les stupéfiants sanctionnées dans les condamnations. Dans 89 % des cas, l'usager de drogue sanctionné par une condamnation est également poursuivi pour d'autres infractions.

On recense enfin, en 1996, 845 incarcérations pour lesquelles l'usage de stupéfiants constitue l'infraction unique ou principale (inscrite en premier lieu sur le mandat de dépôt), mais ce chiffre ne représente pas le nombre total d'usagers de stupéfiants en prison.

Les usagers et leurs usages

Les consommateurs de drogues appréhendés par les sources d'informations existantes et dont les caractéristiques sont décrites ci-dessous sont principalement ceux en contact avec les institutions sanitaires, sociales et répressives. Cette description est toutefois complétée par des observations de type ethnographique auprès de populations non sélectionnées institutionnellement.

Caractéristiques socio-démographiques

Le sexe masculin est de loin le plus représenté chez les toxicomanes. Les proportions d'hommes observées dans le domaine répressif et le secteur sanitaire et social sont stables : respectivement autour de 90 % et de 75 %. Les différences selon le sexe dans les conduites toxicomaniaques et dans les pratiques institutionnelles expliquent probablement cet écart entre les deux secteurs.

L'usage de drogues et les toxicomanies sont très liés à l'âge, et ce quelles que soient les institutions qui repèrent les sujets consommateurs. La grande majorité d'entre eux se concentre fortement entre 20 et 35 ans.

La tendance au vieillissement (accroissement des âges moyens) constatée depuis une dizaine d'années chez les usagers de drogues en contact avec des institutions aussi bien sanitaires que répressives persiste. Il est toutefois difficile de savoir si c'est une plus grande tolérance de l'entourage vis-à-vis des toxicomanes qui retarde leur visibilité par les institutions, si c'est la sortie de la toxicomanie qui est plus tardive, s'il s'agit d'un non-renouvellement partiel de la population, ou encore si de nouveaux itinéraires dans lesquels les plus âgés auraient plus de place apparaîtraient.

L'insertion des toxicomanes dans la vie active est faible. 72 % des toxicomanes suivis en novembre 1995 n'exercent pas d'activité professionnelle ; parmi ceux-ci 57 % sont au chômage. La situation de ceux qui exercent un emploi est cependant relativement précaire puisque parmi eux, plus de la moitié sont en contrat à durée déterminée.

Enfin, 7 % des toxicomanes suivis n'ont aucune couverture sociale et 26 % perçoivent le RMI.

Il semble que, par rapport aux années antérieures, les états de pauvreté et les situations précaires (logement, insertion sociale, revenu,...) soient de plus en plus fréquents chez les toxicomanes, qu'ils soient suivis ou pas en institution, ces derniers connaissant toutefois des situations bien plus difficiles.

Consommations

Le produit principalement consommé varie sensiblement selon l'âge des usagers. Les plus âgés présentent une toxicomanie plus lourde et sont plutôt consommateurs d'héroïne, d'autres opiacés, de médicaments psychotropes, de cocaïne et de crack. Les plus jeunes utilisent principa-

lement du cannabis, mais également du LSD, des colles et des solvants.

Les deux tiers des interpellations pour usage illicite de stupéfiants concernent des usagers de cannabis, alors que ce sont en majorité des héroïnomanes qui ont recours au dispositif de soins.

La part du cannabis au sein des interpellations pour usage s'accroît d'une année sur l'autre : elle est de 74 % en 1996. L'héroïne, qui vient ensuite, représente 21 % d'entre elles.

En novembre 1995, les consommateurs d'héroïne en produit principal représentent 67 % des recours aux centres spécialisés et 49 % des recours aux hôpitaux. Dans les centres sociaux, près de la moitié (49 %) des toxicomanes pris en charge prennent du cannabis.

L'usage de crack s'est fortement développé, particulièrement à Paris et dans les Antilles, depuis 1990 mais reste contenu à un niveau encore limité (environ 1 % des interpellations pour usage et des recours aux soins). Il semble qu'actuellement la consommation de crack se diffuse progressivement vers l'ensemble des usagers d'héroïne et les polytoxicomanes.

Le LSD, après un déclin de son usage jusqu'en 1989, connaît depuis 1993 un certain renouveau. Il n'est toutefois cité en produit principal que dans 0,4 % des cas.

L'usage de cocaïne est toujours aussi mal repéré par les systèmes d'information existants. Sa part, probablement sous-estimée dans les statistiques disponibles (environ 2 % des interpellations pour usage et des recours aux soins) est toutefois restée relativement stable au cours du temps.

À l'instar de la cocaïne, la consommation d'ecstasy est peu appréhendée par les sources de données institutionnelles. On enregistre toutefois un accroissement très fort (décuplement en 5 ans) des interpellations pour usage d'ecstasy qui représentent en 1996 près de 2 % des interpellations pour usage.

Les polyconsommations sont fréquentes : la consommation d'un (ou plusieurs) produit(s) en association avec le produit principal de dépendance concerne au moins 62 % des toxicomanes qui ont recours aux soins en novembre 1995. Cette proportion semble s'être légèrement accrue au cours des dernières années. Le taux de polytoxicomanes varie selon le produit principalement consommé : de 54 % parmi les utilisateurs de cannabis à

Les sources d'information

Le système d'information sur les drogues et les toxicomanies repose sur trois types de sources de données classées selon les populations décrites :

- les *études ou recueils de données sur des populations institutionnelles* qui s'intéressent à l'étude de sous-groupes de population repérés lors de leur contact avec les institutions du domaine sanitaire et social ou du domaine répressif ;
- les *études sur des populations particulières* qui s'intéressent à l'étude de sous-groupes de population directement touchés par le problème de la toxicomanie mais non sélectionnés institutionnellement ;
- les *enquêtes en population générale* qui traitent exclusivement ou non de la toxicomanie et qui visent à mesurer les comportements ou les attitudes de la population globale à l'égard de la drogue, et à mesurer la fréquence des comportements toxicomaniaques.

Ces différentes sources d'information émanent d'administrations qui agissent dans le domaine de la lutte contre la drogue et la toxicomanie. Leur objectif, en organisant et traitant les données recueillies à l'occasion de leur action, est de mesurer et orienter celle-ci. Elles émanent aussi de centres de recherches ou d'administrations qui ne sont pas, à proprement dit, impliqués dans une action de lutte contre la drogue et dont l'objectif est centré sur l'amélioration de la connaissance du phénomène.

Les champs d'observation varient d'une source à l'autre, les définitions et les dénominations des sujets étudiés également. Il n'existe pas de recueil de données dont les résultats soient extrapolables à l'ensemble des usagers de drogues ou encore à l'ensemble des toxicomanes.

Le dispositif d'observation permanent repose principalement sur :

- *Baromètre Santé adultes*, Comité français d'éducation pour la santé : expérimentation et consommation de produits illicites ou licites détournés de leur usage normal chez les adultes de 18 à 75 ans ;
- *Enquête « Toxicomanie » de novembre*, Service des études et des systèmes d'information du ministère de la Santé : toxicomanes usagers réguliers de produits illicites ou licites détournés de leur usage normal ayant recours au système sanitaire et social ;
- *Fichier national des auteurs d'infractions à la législation*, Office central de répression du trafic illicite de stupéfiants : individus interpellés pour usage illicite de stupéfiants, décès par surdose.

Chloé Carpentier, Jean-Michel Costes

Observatoire français des drogues et des toxicomanies. *Drogues et Toxicomanies : Répertoire des sources statistiques, édition 1997*, Paris : OFDT, janvier 1998

77 % chez les consommateurs de médicaments psychotropes.

L'alcool et les médicaments psychotropes sont les produits les plus utilisés en association. Le cannabis vient ensuite.

Une grande majorité de toxicomanes utilise ou a utilisé la voie intraveineuse, particulièrement les consommateurs d'héroïne. Les seringues sont généralement achetées en pharmacies (93 %) de façon systématique (63 %). Les trois quarts des sujets injecteurs au cours des 7 derniers jours ont réutilisé leur seringue, en moyenne 2 fois ; 31 % ont réutilisé la seringue d'un autre ou prêté leur seringue usagée. Le matériel d'injection, seringue exceptée, est fréquemment partagé (54 % à 70 %).

Depuis 1988, on observe une diminution progressive et constante du partage des seringues avec un maintien des pratiques de réutilisation des seringues et du partage du reste du matériel d'injection, ainsi qu'une surexposition des toxicomanes aux risques sexuels.

L'état de santé

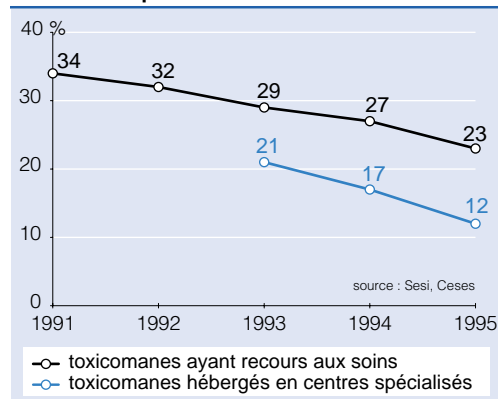
L'état de santé des toxicomanes est peu appréhendé par les enquêtes existantes. Les quelques informations dont nous disposons concernent plus particulièrement certains aspects de la mortalité et la morbidité infectieuse, notamment l'infection par le VIH et par le virus de l'hépatite C.

Au regard de ces données disponibles, il semble se dessiner en France une évolution favorable de certains indicateurs, premiers résultats tangibles de la politique de réduction des risques mise en œuvre depuis une dizaine d'années. C'est le cas notamment dans les domaines de la mortalité et du sida. Même si des résultats positifs sont enregistrés, ces progrès ne doivent pas masquer d'autres conséquences sanitaires et sociales très préoccupantes, et faire oublier que même en ces domaines certaines pratiques à risque perdurent.

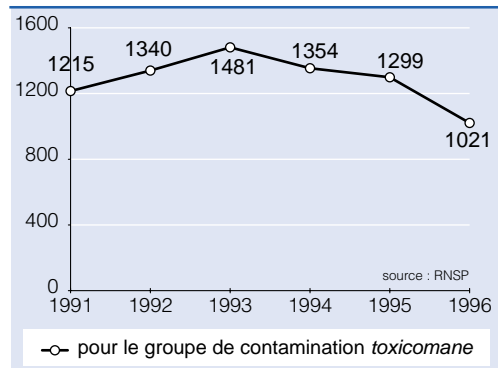
Morbidité : VIH, sida, VHC

Depuis 1991, les taux de séropositivité par le VIH baissent sensiblement chez les toxicomanes qui ont recours aux soins. En 1996, la proportion de sujets séropositifs se situe entre 12 % et 20 %. Elle est toutefois supérieure à 20 % dans les hôpitaux, probablement en raison du nombre important de sujets y ayant recours

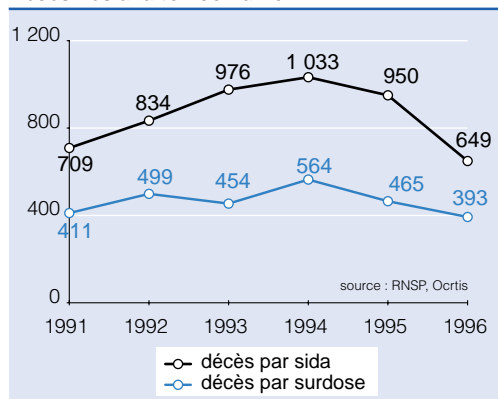
Taux de séropositivité au VIH



Nouveaux cas de sida déclarés



Décès liés à la toxicomanie



pour des pathologies liées au VIH. Lorsque ce sont des utilisateurs anciens ou actuels de la voie intraveineuse, les taux de sujets séropositifs sont plus élevés.

Les toxicomanes ont été particulièrement touchés par l'épidémie de sida : parmi l'ensemble des cas de sida enregistrés depuis le début de l'épidémie (46 032 au 30 juin 1997), plus du quart sont liés à la toxicomanie soit directement, soit par le(s) partenaire(s), soit de la mère à l'enfant. Le nombre de nouveaux cas déclarés chez les toxicomanes progresse très rapidement jusqu'en 1993. Il diminue ensuite légèrement entre 1993 et 1995. La baisse sans précédent constatée depuis 1996 (-36 % entre les deux semestres 1996, -31 % entre le second semestre 1996 et le premier semestre 1997 chez les toxicomanes), si elle peut en partie s'expliquer par une diminution des nouvelles contaminations dans les années antérieures, semble principalement due à la diffusion récente des traitements anti-rétroviraux parmi les sujets séropositifs, ceci retardant leur entrée dans le sida.

En 1996, la proportion de sujets séropositifs au VHC parmi les toxicomanes ayant recours aux soins et dont on connaît la sérologie se situe, selon différentes enquêtes, entre 46 % et 55 %. Il semble toutefois qu'il s'agisse d'un taux minimum car

parmi ceux, et ils sont nombreux, pour lesquels le statut sérologique VHC est inconnu, on estime bien plus importante la part des séropositifs.

Mortalité

La mortalité des toxicomanes n'est pas réelle-

ment connue. Elle semble toutefois devoir être au moins trois fois plus importante (sinon beaucoup plus) que celle de la population générale de même âge. Parmi les décès liés à l'usage de drogue, décès qui ne constituent qu'une partie de la mortalité des toxicomanes, on peut repérer les décès par sida des usagers de drogue par voie intraveineuse et les décès par « surdose » recensés par les services de police et de gendarmerie.

Après un accroissement très fort du nombre de ces deux types de décès jusqu'en 1994, la tendance est désormais à la baisse. En 1996, 649 toxicomanes dont le sida avait été déclaré sont décédés et 393 décès par surdose ont été constatés sur la voie publique ou à domicile. Pour ces derniers, l'héroïne reste très largement dominante (85 % en 1996) dans les produits mis en cause, mais la part des médicaments n'est pas négligeable (13 % en 1996). Par ailleurs, nombreux sont ceux dus à une consommation associée abusive d'alcool et d'héroïne ou de médicaments.

Chloé Carpentier, Jean-Michel Costes

Mortalité et morbidité des toxicomanes

La toxicité des drogues et les pathologies qui en découlent ont souvent été utilisés comme arguments pour justifier une politique avant tout répressive de lutte contre la toxicomanie. Ainsi, jusqu'à un proche passé, seuls les décès liés à la toxicomanie, comme les overdoses d'héroïne étaient soulignés, et les publications s'attachant à démontrer la toxicité du cannabis mises en exergue.

Aujourd'hui, dans les suites de la tempête sida, la prise en considération de l'ensemble des problèmes médicaux de morbidité et de mortalité témoigne d'une approche plus globale, centrée sur les toxicomanes eux-mêmes, leurs souffrances et leur problèmes de santé.

En France cependant, de trop rares études sont réellement en mesure de préciser la nature de cette morbidité, l'importance des recours aux soins ou le nombre de décès, toutes causes confondues dans cette population. On citera en exemple un travail de la région Paca, où l'on

constate, chez les toxicomanes, une surmortalité pour la population des 15-34 ans. Cette nette surmortalité est essentiellement liée au sida, aux homicides et morts violentes suspectes. Elle contribue à la mortalité prématurée dont le rapport du Haut Comité de la santé publique sur la santé en France estimait que 20 % était imputable à des comportements à risque. Les résultats d'une recherche bibliographique menée récemment sur « Medline » (mots clés : substance abuse, intravenous and mortality) par l'Observatoire régional de la santé d'Île-de-France sur des études de cohortes, c'est-à-dire des études qui suivent des toxicomanes pendant plusieurs années, voire plusieurs dizaines d'années, permettent de mieux préciser et d'évaluer au long court, l'éventail des pathologies dont souffrent et souvent meurent les toxicomanes. Ces études, 22 retrouvées au total, publiées dans des revues médicales internationales, sont toutes étrangères et proviennent essentiellement de pays anglo-saxons.

Quel que soit le pays, les études de cohortes, qui comparent la mortalité des toxicomanes à celle de la population générale, mettent en évidence une forte surmortalité, les taux de mortalité allant de 8,8 à 63,8 ‰ personnes-années (‰ PA) et les ratios standardisés de mortalité de 3,5 à 63.

On observe qu'au sein d'une même cohorte les taux annuels de mortalité se sont accrus de façon considérable au début des années quatre-vingt-dix. D'ailleurs, certaines études n'ont pas même calculé de taux global de mortalité sur la période de suivi, dans la mesure où un chiffre global aurait mal traduit les évolutions de la mortalité.

Ainsi en Espagne, la cohorte de Orti sur 15 000 toxicomanes montre que la mortalité s'est régulièrement accrue de 14 ‰ toxicomanes en 1985 à 35 ‰ en 1991.

Pour Selwyn aux États-Unis d'Amérique, la mortalité passe de 12,9 ‰ PA en 1984 à 44,0 ‰ PA en 1987.

Pour Zaccarelli, elle est de 8 ‰ PA en 1985 puis de 28 ‰ PA en 1991.

Enfin pour Galli, les taux de mortalité varient de 10,6 ‰ PA en 1983 à 15,6 ‰ PA en 1986, 25,6 ‰ PA en 1987 et 63,8 ‰ PA pour le premier semestre 1991.

Cet accroissement de la mortalité coïncide, dans les pays concernés, avec l'émergence de l'épidémie de sida, mais semble également être associé à bien d'autres facteurs.

D. Cotrell, A. Childs-Clarke, A. H. Ghodse. « British opiates addicts : an 11 year Follow-up ». *Br J Psychiatry*, 1985, 146, p. 448-450

Le taux de mortalité et les ratios standardisés de mortalité

Auteur	Pays, année	Effectif	Décès	Particularités de la cohorte	Recrutement	Durée suivi	Taux de mortalité**	RSM
G. W. Joe	EUA, 1982	3 324	179	Consommateurs d'opiacés étude multi-centrique prise en charge diversifiée	1969-1973	6 ans	15,2‰ PA	4 à 14 selon l'âge*
G. W. Joe	EUA, 1987	697	52	Échantillon randomisé à partir de l'étude précédente		6 ans supplément.	13,8‰ PA	6,9*
J. M Mac Anulty	EUA, 1995	1 769	33	Toxicomanes non traités	Avril 1989 à mars 1991	3 ans	10,5‰ PA	8,3*
A. Selwyn	EUA, 1989	1 598	94	3 centres méthadone à New York	1984-1987	Arrêt en 1987	27,1‰ PA	-
K. Tunving	Suède, 1988	524	62	Tous types de drogues (recrutement : hospitalisation relative à un abus de drogue)	1970-1978	10 ans de suivi	12‰ PA	3,5
A. Engström	Suède, 1991	1 630	446	Tous types de drogues Hospitalisation avec notion de toxicomanie	1971-1972	Arrêt en 1984	en moyenne 2,3 % par année	5,3
L. Grönbladh	Suède, 1990	281	96	4 groupes d'héroïnomanes • traitement par méthadone (MT) 166 dont – arrêt volontaire du traitement (AV) 34 – exclusion involontaire (EI) 53 – non traités (NT) 115	1967-1988	6 à 11 ans selon le groupe	MT : 1,40 % par année AV : 1,65 % par année EI : 6,91 % par année NT : 7,20 % par année	MT : 8,4 EI : 55 NT : 63
A. Eskild	Norvège, 1993	1 009	87	Drogues administrées par voie IV centre de dépistage du VIH	1985-1991	Arrêt en janvier 1991	28‰ PA	31
A. Perucci	Italie, 1991	4 200	239	3 centres de traitement à Rome proposant une substitution par méthadone	1980-1988	Arrêt le 31 décembre 1988	9,0‰ PA	10,1
M. Zaccarelli	Italie, 1994	2 431	181	2 centres de traitement spécialisé à Rome	1985-1991	Arrêt le 31 décembre 1991	1985 : 8‰ 1991 : 28‰	-
M. Galli	Italie, 1994	2 432	413	Plusieurs centres de traitement à Milan (dont centres méthadone)	1980-1988	Arrêt le 30 juin 1991	25,2‰ PA	20,5
E. Oppenheimer	RU, 1994	128	43	Traitement par héroïne dans des cliniques de Londres	1969	Arrêt 1991	1,84 % par année	11,9
J. R. Caplehorn	Australie, 1994	307	47	Centres méthadone à Sydney	Avant 1979	Arrêt 1 ^{er} janvier 1991	11‰ PA	
J. J. Goebert	Italie, 1995	4 962	332	Centre de traitement de la province de Bologne, urgences des 2 grands hôpitaux de Bologne et centre médical de la prison.	1 ^{er} janvier 1980 au 1 ^{er} juillet 1990	1 ^{er} janvier 1980 au 1 ^{er} novembre 1990	15,7‰ PA	18
R. M. Orti	Espagne, 1996	15 711	1 315	Services d'urgences (4 hôpitaux de Barcelone) et des centres de traitement dans Barcelone	1985-1991	Arrêt le 31 décembre 1991	1985 : 14‰ 1991 : 35‰	

* RSM calculé par rapport à la population générale, par tranche d'âge, sans distinction de sexe, contrairement aux autres calculés par âge et par sexe.

** Les taux de mortalité sont exprimés en personnes-années. Le taux de mortalité tient compte du nombre de toxicomanes suivis. Un toxicomane suivi pendant 10 années correspond à 10 personnes-années ou 10 PA.

Références des études

- G.W. Joe, W. Lehman, D.D. Simpson. « Addict death rates during a four-year posttreatment follow-up ». *Am J Public Health*, 1982, 72, p. 703-709
- G.W. Joe, D.D. Simpson. « Mortality rates among opioid addicts in a longitudinal study ». *Am J Public Health*, 1987, 77, p. 347-348
- J.M. McAnulty, H. Tesselaar, D. W. Fleming. « Mortality among injection drug users identified as « out of treatment » ». *Am J Public Health*, 1995, 85, p. 119-120
- P. A. Selwyn, D. Hartel, V. A. Lewis et al. « A prospective study of the risk of tuberculosis among intravenous drug users with human immunodeficiency

- virus infection ». *N Engl J Med*, 1989, 320, p. 545-50
- K. Tunving. Fatal outcome in drug addiction. *Acta Psychiatr Scand*, 1988, 77, p. 551-566
- A. Engström, C. Adamsson, P. Allebeck, U. Rydberg. « Mortality in patients with substance abuse : a follow-up in Stockholm county, 1973-1984 ». *Intern J Epidemiol*, 1991, 26, n°1, p. 91-106
- L. Grönbladh, L.S. Ohlund, L.M. Gunne. « Mortality in heroin addiction : impact of methadone treatment ». *Acta Psychiatr Scand*, 1990, 82, p. 223-227
- A. Eskild, P. Magnus, S.O. Samuelson et al. « Differences in mortality rates and causes of death between HIV

- positive and HIV negative intravenous drug users ». *Intern J Epidemiol*, 1993, 22, p. 315-319
- C.A. Perucci, M. Davoli, E. Rapiti et al. « Mortality of intravenous drug users in Rome : a cohort study ». *Am J Public Health*, 1991, 81, p. 1307-1310
- M. Zaccarelli, P. Gattari, G. Rezza et al. Impact of HIV infection on non-AIDS mortality among Italian injecting drug users. *AIDS*, 1994, 8, p. 345-350
- M. Galli, M. Musicco. « Mortality of intravenous drug users living in Milan, Italy : role of HIV-1 infection ». *AIDS*, 1994, 8, p. 1457-1463
- E. Oppenheimer, C. Tobutt, C. Taylor, T. Andrew. « Death and survival in

- a cohort of heroin addicts from London clinics : a 22-year follow-up study ». *Addiction*, 1994, 89, p. 1299-1308
- J.R. M. Caplehorn, M.S. Y.N. Dalton, M.C. Cluff, A.M. Petrenas. « Retention in methadone maintenance and heroin addicts' risk of death ». *Addiction*, 1994, 89, p. 203-207
- J.J. Goedert, G. Pizza, F.M. Gritti, P. Costigliola, A. Boschini, A. Bini, C. Lazzari, A. Palareti. « Mortality among drug users in the AIDS era ». *Intern J Epidemiol*, 1995, 24, p. 1204-1210
- R.M. Orti, A. Domingo-Salvany, A. Munoz, D. Macfarlane, J.M. Suelves, J. M. Anto. « Mortality trends in a cohort of opiates addicts, Catalonia, Spain ». *Intern J Epidemiol*, 1996, 25, p. 545-553

En effet, l'importance de la mortalité dépend, outre des éléments contextuels (variations d'un pays à l'autre des modes de recrutement des toxicomanes dans la cohorte, des schémas thérapeutiques ou des habitudes de consommation), de différents facteurs de risque tels que le produit principal de dépendance (les opiacés sont davantage associés à la mortalité), les autres produits et la consommation combinée d'alcool (cette dernière ainsi que son rôle pathogène étant probablement très sous-estimés). La mortalité est également associée à des variables comme l'âge, l'ancienneté de la toxicomanie, le statut sérologique vis-à-vis du VIH et le programme de traitement de la toxicomanie dans lequel les toxicomanes sont recrutés. S'il est difficile de mesurer l'impact des traitements de substitution sur la mortalité, quelques tendances semblent cependant se dégager. L'abandon d'un traitement de substitution entraîne un risque significativement plus élevé de décès, dans les études de Davoli et de Perrucci. Caplehorn met en évidence une meilleure survie des patients traités par des doses élevées (120 mg de méthadone par jour), et aussi, des taux d'abandon au traitement inférieurs à ceux des patients traités avec de plus faibles doses de méthadone.

Quatre causes principales de mortalité sont retrouvées chez les toxicomanes par voie intraveineuse suivis dans ces cohortes :

- les décès par sida (et stade pré-sida), qui sont devenus aux alentours de 1989, quelque soit le pays, la première cause de mortalité chez les toxicomanes,

- les surdoses qui, bien que reléguées en deuxième position, ont vu également leur taux de mortalité s'accroître, comme le montre l'étude de Galli dans laquelle le taux par surdose est passé de 3,5 % personnes-années en 1981 à 19,6 % personnes-années en 1991,

- les suicides et les autres morts violentes. Les pourcentages de décès par suicide varient selon les cohortes de 1,7 % à 16 % selon les études. Celui des morts par actes de violence, généralement plus élevé que celui des suicides, oscille de 7,8 % à 28,8 %,

Enfin, les infections « hors sida » et la pathologie hépatique (cirrhoses et hépatites principalement).

Lorsque l'on aborde les pathologies liées à la drogue il est habituel de les diviser en pathologies : liées au produit ; liées au mode d'administration ; liées au mode de vie.

G. E. Woody, D. S. Metzger. « Causes of death in injection-drug users ». *N Engl J Med*, 1993, 329, p. 1661

Don C. Des Jarlais, S. R. Friedman. « Editorial review HIV infection among intravenous drug users : epidemiology and risk reduction ». *AIDS*, 1989, 1, p. 67-76

J. R. Robertson, P. J. M. Ronald, G. M. Raab, A. J. Ross, T. Parpia. « Deaths, HIV infection, abstinence, and other outcomes in a cohort of injecting drug users followed up for 10 years ». *BMJ*, 1994, 309, p. 369-72

Effective medical treatment of heroin addiction National Institutes of Health Consensus development statement. novembre 1997

H. J. A van Haastrecht, G. H. C. Mientjes, A. A. R. van den Hoek, R. A. Coutinho. « Death from suicide and overdose among drug injectors after disclosure of first HIV test result ». *AIDS*, 8, p. 1721-1725

G. V. Stimson, E. Oppenheimer, A. Thorley. « Seven-year follow-up of heroin addicts : drug use and outcome ». *BMJ*, 1978, 1, p. 1190-1192

• H. J. A. van Haastrecht, A. A. R. van den Hoek, R. A. Coutinho. « High mortality among HIV-infected injecting drug users without AIDS diagnosis : implications for HIV infection epidemic modellers ? ». *AIDS*, 1994, 8, p. 363-366

• P. Chossegros. « Les complications somatiques de la toxicomanie » *Toxibase. Revue documentaire*, 1995, n°3, 25 pages

Les traitements de substitution et la politique de réduction des risques agissent fortement sur les pathologies liées au produit et mode d'administration. Ainsi l'accès à un matériel d'injection stérile, la promotion de la désinfection et du « shoot propre » ont largement contribué à la modification de l'éventail des pathologies comme les phlébites, les abcès et les endocardites, fréquemment retrouvées lors des années quatre-vingt. La contamination par le VIH et par le virus des hépatites semblent décroître, même si pour l'hépatite C d'autres facteurs interviennent pour expliquer le très haut niveau de contamination actuellement retrouvé.

Le produit lui-même est l'objet d'actions de prévention. Un travail de « testing » est maintenant proposé par certaines associations sur les produits vendus dans les « rave parties » : il s'agit d'analyser les produits et de déconseiller ceux qui sont les plus toxiques, de confirmer la présence d'une MDMA (ecstasy) tolérable en terme de morbidité.

On distingue donc des pathologies selon le type de produit utilisé, et enfin, une toxicité aiguë ou chronique.

L'héroïnomanie est génératrice d'un nombre important de pathologies, mais les interactions entre les drogues, le milieu et l'alcool rendent les recherches de causalité malaisées : le traitement est alors difficile à mettre en œuvre. C'est le champ de la « pathologie liée au milieu » qui recouvre les accidents et séquelles d'accidents (accidents de la voie publique, rixes...), les pathologies de la précarité, la tuberculose, etc. Ce champ est particulièrement mal exploré, même par les études de cohorte citées plus haut. Les chiffres des overdoses sont parmi les mieux connus, annuellement, dans notre pays. Une enquête menée en Île-de-France en 1990 montre que 10 % des décès sont directement liés à l'usage de stupéfiants chez les 20-29 ans. Pourtant, l'Inserm signale, par exemple, n'avoir des informations que pour 36 % des décès liés aux drogues.

Toutefois, et coïncidant avec la mise en place des traitements de substitutions, les surdoses repérées par l'Octris sont, depuis trois ans, en très forte diminution.

Le sida a entraîné une surmortalité majeure dans cette population, nous l'avons vu. Le pourcentage des toxicomanes représente autour de 25 % des cas de sida déclarés en France. Les déclarations montrent un recul de la maladie et le nombre de nouvelles contaminations semble

diminuer. Il n'en reste pas moins que le chiffre annuel estimé de nouvelles infections demeure élevé, de 4 000 à 6 000. Les toxicomanes en représentent une part substantielle du fait d'un risque important de contamination, par réutilisation d'une seringue contaminée et par voie sexuelle. Les pathologies infectieuses restent une préoccupation majeure, même si elles évoluent : les endocardites ou les candidoses systémiques semblent moins fréquentes, alors que l'hépatite C est un réel problème de santé publique. Ainsi, une étude menée par l'observatoire régional de la Santé de Midi-Pyrénées montre que 67 % des toxicomanes sont séro-positifs pour le VHC.

Enfin, certaines pathologies surviennent avec une fréquence difficile à évaluer, mais semblent générer une morbidité et des recours aux soins importants. Nous retiendrons en priorité les pathologies :

- cutanées,
- pulmonaires (pneumopathies, tuberculose),
- digestives (dénutrition, problèmes dentaires, diarrhées),
- hépatiques.

La morbidité liée aux pathologies psychiatriques est peu approfondie en termes épidémiologiques et doit faire l'objet d'un travail complémentaire.

L'amélioration de l'ensemble de ces connaissances est nécessaire. Elle permettra de mieux repérer et de traiter précocement les dommages somatiques des drogues chez les toxicomanes. Elle suppose de développer une épidémiologie clinique approfondie sur l'ensemble des causes de morbidité et de mortalité. Le contexte français demeure très mal adapté à un tel développement. La répression de l'usage des drogues entraîne une fuite massive des patients et l'anonymat des soins fait obstacle à la recherche épidémiologique en empêchant un suivi réel de l'ensemble des pathologies somatiques, psychiques et sociales des usagers de drogue.

Poloméni Pierre, Gremy Isabelle

- F. Hatton, F. Facy, E. Jouglu. « La mortalité et la morbidité par toxicomanie augmentent en France ». *Rev Epidémiol santé publ*, 1993, 41, p. 422-424
- P. A. Selwyn, D. Hartel, W. Wasserman, E. Drucker. « Impact of the AIDS epidemic on morbidity and mortality among intravenous drug users in a new york city methadone maintenance program ». *Am J Public Health*, 1989, 79, p. 1358-1362

*Seront punis d'un
emprisonnement de deux
mois à un an et d'une
amende de 500 F à 15 000 F
ou de l'une de ces deux
peines seulement, ceux qui
auront, de manière illicite, fait
usage de l'une des
substances classées comme
stupéfiants. Article L. 628
Modifié par la loi n° 70-1320
du 31 décembre 1970, du
Code de la Santé Publique*

- D. Cotrell, A. Childs-Clarke, A. H. Ghodse. « British opiates addicts : an 11 year Follow-up ». *Br J Psychiatry*, 1985, 146, p. 448-450

Le principe de cette
classification date de la loi
du 12 juillet 1916, JO du 14
juillet 1916

La loi n° 86-76 du 17 janvier
1986, art. 2, crée un article L.
627-2 du CSP : *Seront punis
d'un emprisonnement d'un an
à cinq ans et d'une amende
de 5 000 F à 500 000 F, ou de
l'une de ces deux peines
seulement, ceux qui auront
cédé ou offert des stupéfiants
à une personne en vue de sa
consommation personnelle*

Principales dispositions législatives et réglementaires

La loi du 31 décembre 1970 est le fruit d'un compromis entre des objectifs d'ordre public, réprimer le trafic de stupéfiants, et des objectifs d'ordre sanitaire, soigner les toxicomanes et éviter la propagation de « l'épidémie ». À ce titre, elle est insérée au Code de la santé publique, livre II « Lutte contre les fléaux sociaux » et comporte à la fois une surveillance médicale et des sanctions pénales. Trois séries de mesures peuvent ainsi être distinguées, des dispositions pénales, une surveillance sanitaire générale des toxicomanes et un dispositif de renvoi des usagers sous contrôle de la justice vers le système sanitaire, sous la forme d'obligations de soins. L'ensemble du dispositif a évolué depuis 1970, par des ajustements de nature réglementaire, sans que le législateur ait été amené à se prononcer sur sa réforme.

Les dispositions pénales

Le dispositif initial

L'usage illicite de stupéfiants est incriminé par la loi du 31 décembre 1970, insérée au Code de la santé publique en son article L. 628. Ce texte très général ne distingue ni les produits, ni les usagers occasionnels des toxicomanes. Les substances concernées découlent d'une classification établie par voie réglementaire, ce qui permet à l'autorité administrative d'y intégrer ou d'en retirer un produit, sans intervention du législateur.

L'évolution postérieure et le Nouveau Code pénal

Les circulaires d'application de la loi de 1970 recommandent de discerner l'usager de stupéfiants qu'il convient de traiter avec humanité et le trafiquant passible des sanctions les plus sévères. Cette distinction, dès les premières années, va s'avérer peu pertinente, et les statistiques recueillies par le ministère de la Justice comportent trois rubriques : l'usager, l'usager-trafiquant et le trafiquant.

Avant même la fin des années soixante-dix, le traitement applicable aux deux catégories

La répression de l'usage de stupéfiants en chiffres, 1971-1996

Interpellations d'usagers et condamnations pour infraction à la législation sur les stupéfiants ont augmenté de façon exponentielle depuis 1971.

Les interpellations d'usagers de stupéfiants ont été multipliées par près de trente de 1971 à 1996, passant de moins de deux mille à 58 000 environ.

Après une première période de mansuétude vis-à-vis de l'usager de stupéfiants, culminant par la circulaire

années soixante-dix ; en début de période, il s'agissait essentiellement de LSD. La reprise depuis 1990 est liée à l'apparition de l'ecstasy qui s'accompagne d'ailleurs d'un renouveau de la consommation de LSD. La baisse récente de la part de l'héroïne peut quant à elle être reliée au démarrage des traitements de substitution.

L'ordre de grandeur de ces dernières années, de 50 000 interpellations annuelles, est associé à une orientation vers une injonction thérapeutique dans 8 000 cas environ. Les autres usagers bénéficient d'un classement sans suite ou au contraire sont poursuivis devant les tribunaux correctionnels.

La part des usagers dans les condamnés reste de l'ordre du tiers si l'on retient la seule infraction d'usage illicite de stupéfiants.

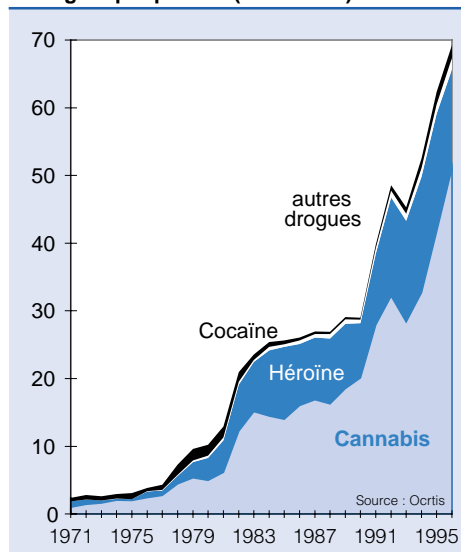
Il faut cependant noter que l'infraction de détention de stupéfiants peut également concerner de simples usagers, la quantité de stupéfiants saisie devant permettre au magistrat de retenir une qualification plutôt qu'une autre. Ainsi, pour l'année 1994, sur un total de 20 580 infractions à la législation sur les stupéfiants, 6 201 concernent un usage

et 7 294 une infraction de détention-acquisition. Contrairement à celle d'autres pays, la législation française ne distingue pas la détention ou l'acquisition aux fins de consommation personnelle. Si la détention est retenue, l'usager se trouve alors comptabilisé dans les usagers-trafiquants et ne peut bénéficier de l'injonction thérapeutique, réservée aux seuls

cas d'usage (art. L 628-1 du Code de la santé publique).

Sur l'ensemble de la période, la part de l'emprisonnement ferme dans ces condamnations pour usage de stupéfiants reste stable, autour de 30 %. On observe également une augmentation des peines du sursis total et une baisse des sursis avec mise à l'épreuve, donc sans doute des obligations de soins prononcées dans ce cadre. La répression reste donc extrêmement ferme et les alternatives thérapeutiques peu utilisées.

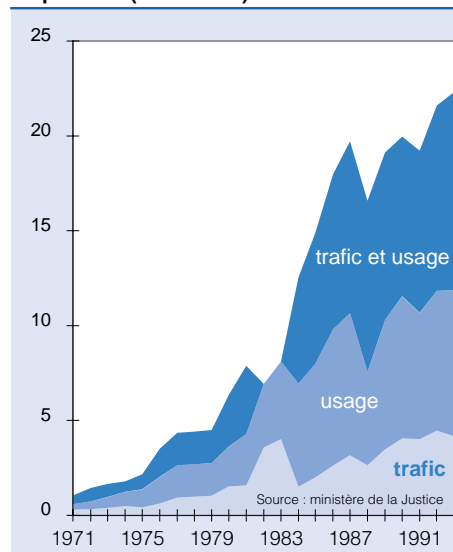
Évolution de la répartition des interpellations d'usagers par produit (en milliers)



du 17 mai 1978, qui apparut comme une dépénalisation de fait de l'usage de cannabis, une seconde période de répression très ferme s'ouvre au milieu des années quatre-vingt. Les interpellations pour le cannabis restent majoritaires, proches des deux tiers, en part relative.

La part des « autres drogues » a sensiblement diminué pendant les

Évolution de la répartition des condamnations pour infraction à la législation sur les stupéfiants (en milliers)



Laurence Simmat-Durand,
Hélène Martineau

d'usagers ainsi définies est distingué dans les circulaires du ministère de la Justice. Cette évolution aboutira à la création du délit d'offre ou cession de stupéfiants par la loi du 17 janvier 1986. Ce nouveau délit, qui concerne en grande partie des usagers, les écarte *de facto* des dispositions sanitaires de la loi, qui ne visent que les délits de l'article L. 628, donc l'usage.

Lors de la réforme du Code pénal, entrée en vigueur en 1993, l'ensemble des textes concernant les infractions à la législation sur les stupéfiants y a été inclus, à l'exception du délit d'usage illicite, resté au Code de la santé publique.

Les dispositions générales d'ordre sanitaire

La surveillance sanitaire

Le principe général d'une surveillance sanitaire des usagers de stupéfiants est énoncé par le Code de la santé publique. Trois catégories de personnes sont définies : les personnes signalées par le procureur de la République, les personnes signalées par les services médicaux et les personnes se présentant spontanément dans les établissements. Deux principes sont applicables : la gratuité des soins en liaison directe avec la cure de désintoxication et l'anonymat.

Le dispositif initial prévoyait un signalement de tous les usagers connus de la justice par le procureur de la République aux autorités sanitaires, qui dans sa mise en œuvre reposait sur une fiche de liaison. Très rapidement, dans la pratique, seuls les usagers soumis à une obligation de soin (cf. *supra*) feront l'objet d'un tel signalement aux services de la Ddass, qui n'est donc ni systématique ni basé sur un concept sanitaire.

En ce qui concerne les personnes signalées par le procureur de la République, l'art. L. 355-15 prévoit que l'autorité sanitaire fait procéder à un examen médical et à une enquête familiale, professionnelle et sociale et procède ensuite à l'orientation de la personne : si elle apparaît intoxiquée, l'autorité sanitaire lui enjoint de suivre une cure de désintoxication (art. L. 355-16), si son état ne nécessite pas une cure, l'autorité sanitaire la place sous surveillance médicale (art. L. 355-17).

Dans la pratique, il apparaît que les services des Ddass chargés de la mise en œuvre de ces dispositions ne font que rarement procéder

Selon l'enquête réalisée par F. Facy (*Description de l'activité des services chargés notamment du suivi des mesures d'injonction thérapeutique, 1989-1990*. Paris : DGS, Inserm, 1991, 41 p.) : sur 75 départements, seuls 35 % respectent la procédure complète des articles L. 355-15 et 17,20 % ne faisant procéder ni à l'examen médical, ni à l'enquête

Décret n° 95-255 du 7 mars 1995, JO du 9 mars 1995, p. 3 685

Toute personne usant de façon illicite de substances ou plantes classées comme stupéfiants, est placée sous la surveillance de l'autorité sanitaire. Article L. 355-14 du CSP

S. Geismar Wieviorka, C. Guionnet, G. Guis. *La méthadone*. Paris : PUF, Que sais-je ?, 1997, 128 pages

Le procureur de la République pourra enjoindre aux personnes ayant fait un usage illicite de stupéfiants de subir une cure de désintoxication ou de se placer sous surveillance médicale. Article L. 628-1 du CSP

Les personnes inculpées du délit prévu par l'article L. 628, lorsqu'il aura été établi qu'elles relèvent d'un traitement médical, pourront être astreintes, par ordonnance du juge d'instruction ou du juge des enfants, à subir une cure de désintoxication accompagnée de toutes les mesures de surveillance médicale et de réadaptation appropriées à leur état. Article L. 628-2 du CSP

à la fois à un examen médical et à une enquête sociale.

L'action sur les instruments et les précurseurs

Les matériels et les produits susceptibles d'être utilisés par les toxicomanes ont fait l'objet d'une surveillance des autorités sanitaires. L'exemple le plus connu est celui des seringues, dont la distribution a été limitée par un décret du 13 mars 1972, qui ne sera abrogé qu'en 1987, face aux dangers de la propagation de l'épidémie de sida. La distribution des seringues reste alors néanmoins restreinte aux seules officines pharmaceutiques et il faudra attendre le décret du 7 mars 1995 pour que les bases juridiques nécessaires aux programmes d'échange ou de mise à disposition de seringues stériles hors circuit officiel soient données.

Les traitements de substitution

L'expérimentation de la méthadone comme produit de substitution pour les toxicomanes dépendants à l'héroïne avait commencé en France dès 1973, mais restera très limitée (deux centres spécialisés sur le territoire national) jusqu'au retournement des années quatre-vingt-dix.

Différentes circulaires en 1990, 1992, 1994 et 1995 définissent les cadres d'utilisation des produits de substitution. Les prescriptions demeurent limitées à un cadre extrêmement spécialisé jusqu'à l'autorisation de mise sur le marché de la méthadone fin mars 1995 et du Subutex® fin juillet de la même année.

Les obligations de soins

Le dispositif initial

La loi de 1970 distingue trois moments du processus pénal où une obligation de soins peut être imposée à l'usager de stupéfiants :

À l'entrée dans la partie judiciaire, en alternative aux poursuites pénales (art. L. 628-1 CSP) ;

En cours de procédure judiciaire, le juge d'instruction ou le juge des enfants peut imposer la surveillance médicale (art. L. 628-2 CSP). Dans ce cas, les poursuites pénales sont engagées et le fait que l'usager se soit conformé à cette obligation ne pourra avoir des conséquences que sur le quantum de la peine, par exemple en la réduisant, voire en le dispensant de peine. Dans tous les cas, l'inscription au casier judiciaire existera ;

Produits et modes de consommation : et demain ?

L'apparition de nouveaux produits va de pair avec une modification des modes de consommation.

Un point de vue de la santé publique reste hautement problématique en matière de toxicomanie tant ce dernier phénomène est encore vu dans toutes les dimensions de son étrangeté, de son allure non rationnelle, du caractère imprévisible de son évolution et du manque de définition de ses limites. Doit-on penser la toxicomanie ou les toxicomanies ? Certains produits tels le cannabis ou l'ecstasy font-ils encore partie de ce champ ou faut-il les en exclure ? Faut-il cesser de s'intéresser aux produits pour ne se pencher que sur certains types d'usage et, dans ce dernier cas, selon quels critères ? Ces questions sont de la plus haute importance mais restent sans réponse définitive tant il est vrai qu'elles s'inscrivent dans une problématique sociale beaucoup plus large qui est celle de la question des « grands fléaux sociaux ». C'est à ce titre que les actions de l'État peuvent apparaître comme étant peu coordonnées, voire contradictoires, puisque des objectifs sanitaires ou sociaux peuvent se situer en concurrence avec des objectifs de contrôle, voire de répression. La notion de « lutte contre la toxicomanie », au temps du sida, des hépatites C, des traitements de substitution et des programmes d'échange de seringues, a perdu quelque peu de l'unité qu'elle revendiquait pour elle-même. Elle demande à être repensée, réadaptée et peut-être, remise en question au niveau même de ses fondements. À l'idée d'une « lutte contre » pourrait se substi-

tuer une énergie nouvelle, moins négative, qui serait une « lutte pour » et dont les objectifs seraient à définir. C'est de ce point de vue que l'évolution des produits et des modes de consommation s'avère être d'une remarquable constance par rapport à la révolution en cours touchant l'environnement des usagers. En d'autres termes, l'apparition du crack et de l'ecstasy à la fin des années quatre-vingt, de même que la banalisation de la consommation du cannabis, peuvent être vues comme des épiphénomènes alors qu'un important mouvement de fond, toujours d'actualité, affecte les réponses sociales.

Une consommation de plus en plus individualisée

Si, pourtant, il fallait tenter de discerner des tendances relatives aux modes de consommation et aux produits, une constatation de base pourrait se faire jour : la dimension toujours plus individualisée des consommations. Le consommateur de cannabis cultive sa plante pour ses propres besoins et ceux de ses proches, il évite tout recours au marché de la rue et situe ses pratiques de consommateur dans le registre de son inaliénable intimité. Le consommateur d'ecstasy « gobe » ses cachets à son propre rythme, non pas dans le cadre d'une convivialité limitée à un petit groupe de pairs, mais dans celui beaucoup plus anonyme d'une foule. Le consommateur de crack, enfin, inscrit également ses pratiques dans le cadre d'un groupe élargi, celui de la tribu, cette dernière étant moins définie par un quartier que par d'incessants déplacements. Les modes de consommation de ces produits sont donc transformés, mais

pas par une modification des modalités mêmes de consommation. Le groupe de pairs a considérablement perdu de son rôle et de son influence au profit d'une entité beaucoup plus vaste et beaucoup plus indifférenciée, laissant l'individu seul responsable de la gestion de ses consommations.

Nous commençons à apercevoir certaines des conséquences de cette tendance, laquelle implique un appauvrissement des liens sociaux des usagers entre eux. La plus notable d'entre elles concerne aujourd'hui les usagers d'ecstasy qui sont passés d'un usage récréatif à une conduite non maîtrisée de consommation de produits psychotropes divers. Ils peuvent être pris en charge par le groupe de pairs. Ils ne disposent pas non plus de la culture qui pourrait leur faciliter l'accès à une aide ou à des soins. Ils se sentent fragilisés ou malades sans pour autant bénéficier d'une ligne de conduite, d'un modèle, qui pourrait contribuer à la résolution de leurs difficultés. Leur situation est nettement différente de celle des usagers d'héroïne, par exemple, qui apprennent peu à peu grâce aux pairs à identifier l'état dans lequel ils se trouvent et trouver les réponses les mieux adaptées.

Si cette tendance devait se confirmer, voire s'amplifier, de nouvelles stratégies préventives et soignantes devraient être imaginées, tenant compte en priorité de la plus grande sévérité de l'isolement social des usagers, alors même que cet isolement va de pair avec l'allure collective de ces usagers.

Dr Rodolphe Ingold

Lors du prononcé du jugement, le tribunal peut imposer une mesure de soins (art. L. 628-3), soit parce que l'usager l'a refusée auparavant, soit au contraire pour la prolonger si elle a démarré au titre de l'article précédent.

Ce dispositif initial, jugé au départ inapplicable tant par les magistrats que par les acteurs du sanitaire va néanmoins perdurer de façon relativement timide pendant une dizaine d'années : en 1981, au total au niveau national, ces trois obligations de soins ont donné lieu au prononcé d'environ 2 500 mesures.

L'évolution de ces obligations de soins va montrer un recentrage sur la première d'entre elles et la quasi-disparition des deux autres au profit de dispositions de droit commun.

Le dispositif actuel : l'injonction thérapeutique

La première obligation de soins, issue de l'article L. 628-1 a subi de multiples adaptations ; elle est communément désignée sous l'appellation d'injonction thérapeutique, depuis une circulaire du ministre de la Justice de 1984 employant ce terme. Après de difficiles débuts de sa mise en œuvre, elle paraît devoir être définitivement abandonnée au début des années quatre-vingt. Sa relance en 1987, largement relayée par les médias, et l'octroi de crédits spécifiques la font redécouvrir.

Cette disposition sera ensuite englobée dans les conventions d'objectifs signées en 1993 entre l'État et les collectivités locales et différentes circulaires en prévoient la généralisation à l'ensemble du territoire national, le nombre de mesures prononcées en France restant de l'ordre de 5 000. Enfin, en 1995, une nouvelle relance de l'injonction thérapeutique est demandée, mais en limitant l'emploi aux usagers de stupéfiants tels que l'héroïne, la cocaïne ou à ceux de cannabis qui en font une consommation massive ou associée à d'autres produits. En 1996, sur le territoire national, 8 812 mesures ont été prononcées par les parquets français.

Les autres obligations de soins

Les deux autres obligations de soins prévues initialement ne sont plus appliquées par les magistrats, mais ont été remplacées par des mesures de droit commun, prévoyant une surveillance médicale et applicables quel que soit le délit. En effet, le dispositif initial ne vise que les infractions à l'article L. 628, c'est-à-dire exclusivement l'usage illicite, donc ni les autres

infractions à la législation sur les stupéfiants, ni les délits associés (vols par exemple).

La première de ces obligations trouve sa place dans le cadre du contrôle judiciaire. Celui-ci peut être prononcé lors des procédures directes de renvoi devant le tribunal correctionnel ou lors d'une mise à l'instruction ; il comporte différentes obligations auxquelles le prévenu doit se soumettre dont des obligations de soins.

La seconde est prononcée par la juridiction de jugement dans le cadre du sursis avec mise à l'épreuve. La peine d'emprisonnement avec sursis total ou partiel comporte un certain nombre d'obligations. En cas de manquement, le juge de l'application des peines peut demander la révocation du sursis. Actuellement, cette mesure est prévue par l'article 132-45 alinéa 3 du Nouveau Code pénal. Ces mesures ne sont pas spécifiques aux seuls toxicomanes mais leur sont applicables et existaient antérieurement à l'article R. 58-4 du Code pénal.

Le Nouveau Code pénal prévoit également un ajournement avec mise à l'épreuve, où le prononcé de la condamnation est différé à l'exécution d'obligations particulières, dont éventuellement des obligations de soins.

Enfin, une quatrième obligation de soins peut être prononcée par le juge de l'application des peines dans le cadre d'une libération conditionnelle, dont peut bénéficier une personne condamnée après exécution de la moitié de sa peine de prison ferme.

Ce rapide panorama nous montre un dispositif complexe et assez restrictif, correspondant à la vision de l'usage de stupéfiants des années soixante-dix, qui a dû s'adapter tant du point de vue pénal, notamment à la multiplication des violences urbaines, que sanitaire, face aux dangers du sida et des hépatites. Les obligations de soins définies par le Code de la santé publique, en limitant l'intervention à une cure de désintoxication dans le cas où la personne apparaît intoxiquée, ne correspondaient plus à leur « clientèle » des années quatre-vingt et surtout quatre-vingt-dix. L'évolution montre une vision pragmatique, les magistrats utilisant les autres textes mis à leur disposition, et la notion de soin ayant été étendue par voie de circulaire à la prise en charge sanitaire et sociale.

Laurence Simmat-Durand

Pour un bilan statistique de ces obligations de soins, voir L. Simmat-Durand et T. Rouault. « Injonction thérapeutique et autres obligations de soins ». *Toxibase. Revue Documentaire*, 1997, n° 3, p. 1-28

Se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation

Circulaire du 17 septembre 1984

Lorsque le prévenu, personne physique, est présent à l'audience, la juridiction peut ajourner le prononcé de la peine dans les conditions et selon les modalités de l'article 132-60 en plaçant l'intéressé sous le régime de la mise à l'épreuve pendant un délai qui ne peut être supérieur à un an. Article 132-65 du Nouveau Code pénal.

Article 729 du Code de procédure pénale

Circulaire interministérielle du 28 avril 1995, DGLDT/CRIM/DGS n° 20, relative à l'harmonisation des pratiques relatives à l'injonction thérapeutique, BO ministère Justice n° 58 du 30 juin 1995



Approches de santé et aspects sociaux

Outre la répression, les politiques de lutte contre la toxicomanie se déclinent en termes de prévention et de prises en charge de la dépendance. La prévention tente de trouver des réponses adaptées pour éviter les premières consommations mais aussi pour prévenir l'usage nocif. Quant au dispositif de prise en charge, il propose une grande diversité d'approches pour répondre à un problème complexe. Enfin et dans le cadre de ces évolutions, une analyse récente du coût de la drogue propose des perspectives nouvelles pour l'orientation des politiques publiques.

L'organisation de la prévention en France

La prévention constitue traditionnellement, depuis la mise en place des structures interministérielles de la lutte contre la drogue et la toxicomanie, l'un des axes de la politique gouvernementale dans ce domaine. Des ministères, membres du comité de coordination interministérielle, ainsi que leurs services déconcentrés, y apportent leur concours soit en menant des actions propres, qui reflètent les orientations gouvernementales, soit en participant aux différents plans gouvernementaux.

Toutefois, il faut bien reconnaître que la prévention n'a jamais bénéficié de toute l'ampleur nécessaire aux enjeux qui lui sont assignés.

Les principales raisons de ce déficit tiennent à l'application de la loi du 31 décembre 1970,

qui a conduit naturellement à mettre l'accent sur la répression et sur la prise en charge sanitaire des toxicomanes. Les plans gouvernementaux du 21 septembre 1993 et du 14 septembre 1995 ont très largement contribué à développer le volet sanitaire qui souffrait d'un déficit important pour enrayer la contamination par le VIH, soigner les toxicomanes malades du sida, malades d'hépatites et de pathologies nombreuses.

À l'échelon national, certains ministères sont absents de la coordination interministérielle même si, théoriquement, ils peuvent être appelés à siéger au comité. La mise en œuvre des moyens financiers (pour soutenir les actions dont la plupart sont organisées par des associations nationales et locales et surtout pour rémunérer en plus grand nombre des personnels présents auprès des jeunes et des jeunes usagers) est insuffisante. Des ministères comme ceux de l'Éducation nationale et de la Jeunesse et des Sports engagent des actions de prévention, avec pour financement essentiel les crédits

interministériels répartis par la Mildt. À l'échelon local, la plupart des collectivités territoriales sont acquises à l'idée qu'elles doivent apporter leur concours à la prévention des toxicomanies, soit parce qu'elles sont en charge, depuis les lois de décentralisation, de la protection des mineurs, soit parce qu'elles estiment en particulier que ce dossier est partie intégrante des dispositifs contractuels initiés par la politique de la ville.

La prévention est donc entrée progressivement dans l'action des services de l'État, les préoccupations des associations, les missions des collectivités territoriales. Cet éventail très large d'interventions, souvent fécond, appelle à l'évidence plus de coordination, plus de cohérence et nécessite que les différents partenaires, à la lumière de l'évolution des toxicomanies (usage social de consommation de cannabis banalisé, importante croissance des comportements d'usage, d'usage nocif et polyconsommation,...) et du comportement des jeunes, réexaminent leurs priorités et leurs méthodes de travail. L'année 1998 doit être considérée comme une année de transition où les interventions traditionnelles de la prévention connaîtront des réorientations significatives. Dans le domaine de la prévention de la toxicomanie, l'attente des Français est forte. Mais elle est très hétérogène : elle dépend des représentations qu'ils se font du problème et de leurs expériences personnelles.

Il est important de conforter l'espoir de ceux pour lesquels la « drogue » est un grave sujet de préoccupation, de donner les moyens de comprendre, de rendre plus visibles, et de développer les efforts menés depuis des années pour réduire la demande face à la pression de l'offre.

Mais il est tout aussi important, devant la croissance et les nouvelles modalités de consommation, de bâtir des réponses pour les jeunes dont les premiers contacts avec les produits sont signes de mal-être et sources de risques sociaux et sanitaires.

Un tableau rapide des interventions menées pour servir la prévention ne saurait rendre parfaitement compte des évolutions en cours. Celles-ci sont notamment inspirées du rapport, établi par le Pr Parquet à la demande de la Mildt, « Pour une politique de prévention en matière de comportements (usages, abus et dépendance) de consommation des substances psychoactives (licites et illicites).

*Pour une politique de
prévention en matière de
comportements de
consommation de
substances psychoactives.
Vanves : Comité français
d'éducation pour la santé,
décembre 1997*

Prévention très en amont

Les acteurs de la prévention se sont attelés, dans un premier temps, à prévenir très en amont l'ensemble des conduites à risque de l'enfant et de l'adolescent, et parmi celles-ci l'usage de substances psychoactives licites et illicites. La poursuite de cet objectif représente le champ traditionnel de la prévention primaire : il concerne les jeunes non consommateurs. Il s'agit d'une démarche globale qui requiert des interventions multidisciplinaires et non spécialisées, mobilisant les acteurs traditionnels de l'éducation. Pour renforcer le travail éducatif auprès des jeunes, des actions de formation de tous ceux qui ont un rôle éducatif, des actions directes auprès des jeunes, et des actions associatives tendant à instaurer, dans un quartier, un climat propice au travail en réseau sont organisées, simultanément, aux niveaux national et local.

La formation des adultes

Il serait sans doute fastidieux de développer ici, toutes les formations dispensées aux adultes : enseignants et éducateurs socioculturels, sportifs, de la prévention spécialisée, adultes-relais, personnels travaillant dans les structures d'accueil (foyers de jeunes travailleurs, maison des jeunes et de la culture, missions locales, centres information jeunesse, etc.), intervenants spécialisés (regroupés au sein de France-formation-toxicomanie), policiers formateurs antidrogue (PFAD) et formateurs relais antidrogue de la gendarmerie (Frad).

Le foisonnement actuel appelle quelques observations :

- la formation des intervenants devient l'un des critères présidant au choix des actions,
- le contenu des formations fait l'objet de clarification dans chaque institution qui les met en œuvre : inscription dans les cycles de formation initiale comme dans les Instituts universitaires de formation des maîtres (IUFM), appui sur des guides méthodologiques (deux documents « Repères », pour l'école primaire et les lycées et les collèges, un guide méthodologique pour les formations d'animateurs), une charte pour France-formation-toxicomanie. Cette liste ne saurait être exhaustive.

Cependant, on observe l'hétérogénéité de l'offre de formation. C'est la raison pour laquelle les préconisations du rapport Parquet devront à l'avenir constituer un socle pour les formations.

Pour en parler

Lorsqu'on montre la lune à un imbécile, au lieu de chercher la lune, il regarde le doigt. Lorsqu'on parle de prévention, au lieu de rechercher le sens du mot, ne faut-il pas d'abord regarder son objet ? On parle de prévention parce qu'il y a des risques.

Ceux qui nous concernent sont liés, directement ou non, à la consommation de drogues.

Or ici commence la difficulté. Il faut mettre des mots sur des risques, des règles sur des situations qui ne se ressemblent pas, du sens sur des comportements qui nous échappent. Le mot « drogue » recouvre un ensemble de produits dont les effets n'ont rien à voir les uns avec les autres. Le mot « toxicomanie » est utilisé pour désigner des comportements qui vont de la consommation occasionnelle à la plus grave dépendance. La dépendance ne définit pas, en soi, un risque majeur ; elle n'est d'ailleurs pas le seul risque de la toxicomanie.

Les mots « politiques de prévention » évoquent autant la loi, qui définit un cadre social et juridique, que les programmes de distribution de seringues qui contredisent ce même cadre au nom des mêmes principes, ceux de la justice, de la solidarité, de l'urgence, de la santé. Les mots de « santé publique » semblent s'opposer à ceux de « sécurité publique » alors même qu'il n'y a pas de citoyenneté possible sans l'une et sans l'autre.

Que cherche-t-on à prévenir ? Qu'est-ce que la toxicomanie ?

Qu'est-ce qu'un problème posé par la drogue ? Qu'est-ce qu'un abus ?

Peut-on user sans abuser ? Toute consommation est-elle dangereuse ?

Le débat est sans doute sanitaire ; il faut en effet que la faculté donne son avis. Mais il concerne également l'éducation, la sécurité, la justice. Il s'agit d'un débat politique qui engage notre perception de la santé, du développement de la personne, de la sécurité de la communauté, de la justice.

De la présomption d'usage par des adolescents à la réglementation douanière, de la consommation d'alcool à celle d'héroïne, de la demande de soutien à la recherche de produits de substitution, du fait d'usage à l'histoire d'une vie, de la danse au suicide, toutes les situations sont évoquées au téléphone.

Aussi, pour expliquer la mission de prévention de Drogues info service, l'essentiel est d'en expliquer l'intention, aussi simple à décrire que difficile à mettre en œuvre. Elle repose sur trois présupposés :

L'usage de drogue peut poser des problèmes que les personnes concernées ne savent pas comment résoudre ; l'usage de drogue n'est pas seulement un délit ou une maladie.

Les difficultés liées, causées, révélées par l'usage de drogues ne sont pas toujours graves, mais elles sont toujours mélangées avec ce qui rend la vie parfois difficile à comprendre : les relations avec les autres et avec soi, l'incertitude face à l'avenir, la solitude.

La parole permet d'échanger et de lier entre eux les faits, les émotions, les craintes, les douleurs, les plaisirs, les valeurs, les personnes, les rencontres qui font de la vie une histoire et qui lui donnent son sens.

Au-delà de l'information et de l'orientation, la mission d'un service téléphonique trouve ses racines les plus profondes dans la nécessité de parler pour pouvoir demander de l'aide. Le pari de Drogues info service est de croire que la prévention est une démarche individuelle et pas seulement une politique publique. En cela la prévention suppose une attention personnelle à ceux qui ont besoin d'aide. Aider à demander de l'aide, parfois aider à donner de l'aide, telle est la mission de Drogues info service.

Baptiste Cohen

Les actions directes auprès des jeunes

Les actions de sensibilisation et l'information sont fondées sur l'hypothèse que la connaissance influe sur les comportements. Il s'agit là d'une prévention spécifique directement liée au risque d'usage et d'abus de produits.

Les jeunes, de plus en plus, ont un accès direct et anonyme à toutes les informations qu'ils estiment utiles. La plupart des lieux qu'ils fréquentent se dotent des moyens nécessaires à cette information. C'est le cas des centres information-jeunesse (3 millions de jeunes) et de leur réseau, des centres de documentation de d'information (CDI) dans les lycées et collèges, des missions locales (1,3 million de jeunes), des centres sociaux, des maisons de jeunes, des foyers de jeunes travailleurs, des centres de planning familial,...

Cette information, accessible en permanence, est relayée par des actions de sensibilisation ponctuelles : les quinzaines et les semaines « santé » organisées par certaines communes ou associations, les séquences d'information délivrées au sein des lycées et des collèges, etc.

À ce stade quelques remarques paraissent indispensables. De plus en plus, des spécialistes de prévention reconnaissent que ces actions peuvent avoir des effets contre-productifs, et qu'à tout le moins elles influent peu sur les décisions de première consommation. Enfin, et c'est un inconvénient qu'il ne faut pas passer sous silence, un message mettant en avant l'interdit risque d'être invalidé lorsque la transgression de cet interdit n'est que peu, voire pas sanctionnée. C'est tout le problème posé par l'information sur l'usage des produits illicites. Cependant, en même temps, les jeunes ont le droit d'avoir des réponses aux questions qu'ils se posent et qui sont suscitées par leur environnement et/ou par leur éventuelle consommation. Pour pallier les inconvénients d'une information ponctuelle, beaucoup d'organismes se sont attachés à l'intégrer dans le cadre plus large de la consommation de toutes les substances psychoactives et à la relayer par la possibilité d'une rencontre, d'un conseil (numéro de téléphone de Drogues info service), par les adresses de personnes-relais ou de centres spécialisés.

Le guide Jalons effectue une analyse critique des principaux outils de la prévention. Cependant ces actions d'information qui sont sans conteste les plus faciles à organiser font de plus

en plus place à des actions éducatives inscrites dans la permanence.

Les animations à caractère culturel, sportif, humanitaire se donnent pour objectif de travailler sur les facteurs de protection des jeunes, respect de l'autre, restauration de l'image de soi, apprentissage de la vie collective et de l'autonomie, de la responsabilité et de la solidarité. Très souvent, le théâtre, la vidéo, l'activité sportive sous toutes ses formes sont retenus. Les méthodes (diagnostic préalable, objectifs assignés, formation de l'encadrement, participation des jeunes) avec lesquelles les actions sont conduites sont déterminantes : grâce à elles, les animations de simplement occupationnelles deviennent éducatives et revêtent une fonction différente selon qu'elles visent à éviter l'usage ou l'abus.

Ces animations sont organisées dans le cadre scolaire, dans celui de la politique de la ville ou sous l'impulsion des services de la jeunesse et des sports. Certaines s'inscrivent dans le dispositif interministériel des opérations « prévention-été ». Toutes s'appuient sur le savoir-faire des associations et des éducateurs.

Enfin, dans divers sites, des groupes de pairs « jeunes-relais » ont vu le jour, inspirés par les expériences anglo-saxonnes, et marqués par le souci commun de formation et de suivi des jeunes qui acceptent ce rôle de « référent » auprès d'autres jeunes. Ces expériences devront être évaluées.

Sensibilisation et information, activités d'expression culturelle et artistique, responsabilisation des jeunes concourent à développer leurs compétences, afin de leur permettre de devenir les acteurs de leur vie. Le temps et le lieu de ces actions permettent aussi aux éducateurs, à condition qu'ils soient formés, de comprendre les signes que les jeunes donnent de leur vulnérabilité et de trouver, en s'appuyant sur un réseau rapproché, le moyen d'intervenir précocement.

Éviter l'abus et la dépendance

Cependant, et malgré les efforts poursuivis, de plus en plus de jeunes consomment des substances psychoactives. Le second objectif poursuivi, c'est une évolution récente mais devenue nécessaire, consiste alors à éviter le passage d'un usage occasionnel ou récréationnel à l'abus et à la dépendance. La poursuite de cet

Ministère de la Jeunesse et des sports. *Jalons pour des actions de prévention : guide critique des outils de prévention des toxicomanies.* Lyon : CNDT, 1994, 350 pages

objectif nécessite le recours aux dispositifs de droit commun, éducatifs et sociaux, mais aussi à des interventions plus spécialisées préparant à une éventuelle prise en charge sanitaire qui peut être indépendante des soins dispensés aux toxicomanes, mais qui pose en France le problème de l'organisation d'une médecine mieux adaptée au traitement de l'adolescent et des jeunes adultes.

Les ministères, les associations sont donc invités, pour atteindre ce deuxième objectif, à apporter une attention continue aux problèmes des jeunes consommateurs. Les formations dispensées, les actions directes auprès des jeunes commencent à intégrer ces nouvelles données, mais aussi les institutions qui accueillent les jeunes. Le recul n'est pas suffisant pour permettre de connaître et d'apprécier toutes les initiatives en cours.

Ainsi, les 2 000 comités d'environnement social implantés dans les lycées et les collèges sont l'expression d'une volonté claire : ils font en sorte qu'autour du chef d'établissement s'établisse un réseau permanent de compétences croisées à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement, pour assurer un diagnostic de la vie de l'établissement, pour trouver les modalités d'un accompagnement des jeunes qui donnent les signes d'un abus de consommation. Un récent rapport de l'Inspection générale de l'Éducation nationale invite à développer ce dispositif pour couvrir l'ensemble des établissements scolaires et à le renforcer avec l'aide de la médecine scolaire notamment.

PAIO

Permanences d'accueil, d'information et d'orientation

Le réseau des missions locales et des PAIO, accueille près de 1 300 000 jeunes par an. Parmi ces jeunes 200 000 environ sont en très grande difficulté. Sans qu'ils soient bien sûr dénombrés, les jeunes qui abusent d'alcool, de médicaments détournés de leur usage, de cannabis, sont nombreux et retardent par cette consommation leur processus d'insertion. La formation des accueillants à l'écoute, les ateliers collectifs d'expression, de look, de création, les groupes de parole organisés entre jeunes tentent d'apporter des réponses. La plupart des missions locales organisent un partenariat étroit avec la médecine de ville et les centres de soins spécialisés au toxicomanes (CSST).

Les lieux d'écoute et les espaces santé se sont multipliés, intermédiaires entre les dispositifs de droit commun (école, loisirs...) et des structures spécialisées dans la prise en charge sanitaire.

Ils font œuvre de prévention dans la mesure où leurs permanents sont aptes à remplir des fonctions d'alerte et d'accompagnement qui s'appuient essentiellement sur l'analyse initiale des raisons qui ont pu amener un jeune à une consommation abusive. Nés à l'initiative de promoteurs très diversifiés, ils étendent leurs missions de l'échange convivial à l'entretien à visée thérapeutique. Ils sont souvent créés à l'intérieur même de structures spécialisées et mis en place par la direction de l'Action sociale dans le cadre du plan gouvernemental du 14 septembre 1995.

Des évaluations ont été confiées à des équipes de chercheurs. Il s'agit, en effet, non seulement de mieux connaître leurs fonctions et leur fréquentation, mais aussi d'évaluer la pertinence pour les jeunes de ce temps particulier entre accueil et prise en charge thérapeutique de type psychologique.

L'émergence d'une nouvelle forme de consommation liée en particulier à la musique techno a suscité des interventions ponctuelles de prévention et de réduction des risques. Le consensus interministériel (essentiellement Intérieur et Culture) favorisera le développement de telles interventions. Dans la même optique, les modes d'information destinés aux jeunes consommateurs seront précisés afin que les jeunes aient accès à des données scientifiques sur les effets sanitaires des substances psychoactives (tous produits confondus, y compris les produits de substitution). Ces documents pourront être établis après le rapport confié au Pr Rocques, et en lien avec la campagne de communication prévue par le Comité français d'éducation pour la santé (CFES).

Enfin, les modalités de la prise en compte des nouvelles formes de consommation ainsi que l'accompagnement socio-sanitaire proposé aux consommateurs de produits stupéfiants dans le cadre des mesures prononcées par la Justice sont à l'étude. D'ores et déjà, des mesures expérimentales ont été prises par certains parquets.

Ces dernières tendances sont significatives. Elles n'invalident en rien le travail préliminaire indispensable de « protection » des jeunes mineurs, mais à l'instar de ce qui s'est mis en place pour les toxicomanes dépendant à l'héroïne, elles traduisent l'urgence de trouver une réponse plus adaptée aux jeunes, qui pour des raisons multiples ont franchi le pas vers la consommation et courent d'autant plus de risques d'aller vers un usage nocif et jusqu'à la dépendance.

Depuis quelques années, les numéros de téléphone ont été mis à la disposition des jeunes et des adultes à l'initiative d'associations (Fil santé jeunes, SOS-amitiés, « La Croix Rouge écoute »...) ou des pouvoirs publics (Sida-info-service), ces équipes observent les évolutions et remplissent tout à la fois des fonctions d'information, d'écoute et d'accompagnement. Le plus spécialisé d'entre eux, dans le domaine de la toxicomanie, est bien entendu Drogues info service.

Françoise Moyen

Le système de soins : une prise en charge diversifiée

La politique de lutte contre la toxicomanie se conçoit dans le cadre d'une prise en charge globale d'un problème de santé publique associant prévention, soins, accès aux soins et réinsertion. L'évolution des pratiques et des politiques corrélée avec la diversification des prises en charge a permis un certain rapprochement et la coopération entre le système sanitaire et social général et le dispositif spécialisé mis en place en application de la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970.

La loi de 1970, texte princeps de la politique de lutte contre la toxicomanie repose en ce qui concerne le soin sur l'anonymat et la gratuité, réponses du législateur à l'existence d'une pénalisation de l'usage.

Le dispositif spécialisé

Dès 1972, un dispositif de soins a été créé par l'État pour partie à partir d'un milieu psychiatrique et surtout par des associations qui ont œuvré dans ce domaine. Il s'agit d'un dispositif d'exception financé par l'État avec parfois un cofinancement pour les activités de prévention. Le décret du 29 juin 1992 précise ses missions ainsi que, par les textes d'application, le fonctionnement des différents centres spécialisés de soins aux toxicomanes.

Le dispositif spécialisé de lutte contre la

toxicomanie comporte des structures en ambulatoire et avec hébergement. L'ensemble du dispositif propose une stratégie globale et individuelle d'accompagnement des personnes toxicomanes : la prévention de la consommation de produits psychoactifs, la limitation des complications sanitaires liées à l'utilisation de la voie veineuse et à l'injection dans de mauvaises conditions d'hygiène, la prise en compte des problèmes sociaux liés à l'isolement, à l'errance et aux ruptures diverses et la prise en charge de la dépendance au moyens d'outils diversifiés que sont le sevrage, les traitements de substitution et le suivi psycho-social.

Les centres spécialisés de soins en ambulatoire, au nombre de 227, assurent une prise en charge globale associant un suivi médical, psychologique, social et éducatif des toxicomanes et le soutien de leurs familles. Ils préparent et assurent le sevrage en ambulatoire, l'accompagnement en cas d'hospitalisation et le suivi postérieur s'il s'est avéré nécessaire. Pour les toxicomanes dépendants majeurs et avérés aux opiacés, ils assurent la primo-prescription de méthadone et prescrivent du Subutex®.

En collaboration avec d'autres partenaires publics et privés, ils peuvent développer sur le terrain des actions d'insertion professionnelle et de prévention.

Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes avec hébergement totalisant 1 395 places, se sont développés et diversifiés pour offrir des structures plus adaptées aux besoins et à l'urgence de la situation des patients toxicomanes. À côté des structures collectives (664 places) : centres thérapeutiques résidentiels, antérieurement dénommés « post-cures », et communautés thérapeutiques, ont été créés des appartements thérapeutiques relais et des hébergements de transition et d'urgence, des nuitées d'hôtels qui offrent un toit pour une nuit au moins.

Ils accueillent les toxicomanes après leur sevrage ou sous traitement de substitution, pour une durée de trois mois à deux ans (communautés thérapeutiques), en leur proposant un objectif de « consolidation psychologique » et à terme de réinsertion sociale et professionnelle. Cette modalité de prise en charge répond à la nécessité pour certaines personnes de prendre un temps assez long de repos physique, pour une restructuration ou une consolidation psychologique en milieu protégé ou géographiquement éloigné du milieu naturel.

Modes de prescription et modes de contrôle des produits de substitution

La prescription de produits de substitution (Subutex® ou méthadone) doit se faire dans un cadre précis et avec un accompagnement adapté.

La prescription des produits de substitution est une alternative réservée aux patients dépendant des opiacés ; mais les polytoxicomanies étant la règle, toujours prendre en compte les associations (autres drogues stimulantes, benzodiazépines ou alcool) est primordial.

Les préalables

Prescrire un produit de substitution n'est que l'aboutissement d'une démarche clinique préalable ; la demande évaluée, la substitution expliquée fondent la relation médecin-patient inscrite dans le moyen ou long terme ; il n'y a pas de substitution à court terme :

- la substitution n'est pas un sevrage et l'échéance n'est pas fixée.
- les produits de substitution aux opiacés sont aussi des morphinomimétiques induisant dépendance, et syndrome de sevrage. Il faut le dire.
- le produit de substitution devient un médicament, dont les règles (posologie, horaires et modes de prise, durée) sont expliquées et négociées avec le patient.
- faire connaissance avec le patient en reconstituant son histoire individuelle, familiale, sociale et culturelle en la resituant dans son parcours permet d'évaluer la situation sociale, condition d'accès aux soins (aide médicale, affection de longue durée) et l'adhésion du toxicomane.
- un examen physique complet est un gage de crédibilité et de réassurance pour le toxicomane.

La démarche de substitution sera

donc facilitée par un fonctionnement en réseau, mobilisant les compétences et venant étayer chacun des thérapeutes, dans son rôle de soin et de prévention.

La prescription de la substitution et ses principes généraux

Elle s'adresse à un toxicomane dépendant des opiacés et voulant rompre avec les conduites de prise de toxiques illicites, parfois pour faciliter d'autres traitements. La qualité de l'accompagnement médicopsychosocial fait du produit, peu à peu, de plus en plus un médicament et de moins en moins une drogue. Pas de terme ni d'échéance prédéterminés : on laisse du temps pour s'installer dans la durée et tenter de faire naître une parole, mettre en capacité le toxicomane de symboliser. La période transitoire de gestion du produit repousse la notion d'échec : prescrire court, voire souvent, ne pas modéliser sa pratique, éviter la systématisation permettront les adaptations nécessaires. Un lien avec le monde sanitaire sera ainsi préservé et un projet psychosocial et individuel pourra s'élaborer.

Deux produits de substitution dominent en France : la Buprénorphine Haute Dose ou Subutex® et la méthadone ; les sulfates de morphine ne doivent plus être utilisés. Il faut souligner les dangers des associations à effet dépresseur respiratoire, benzodiazépines en particulier. En principe, Subutex® et méthadone devraient être utilisés en monothérapie. La pratique en réseau et la limitation raisonnée du nombre de patients toxicomanes pris en charge éviteraient les débordements.

Jacques Afchain

Le Subutex®

Tout médecin peut initier le traitement ; c'est un médicament de la liste 1 à prescription particulière sur carnet à souches pour une durée maximale de 28 jours avec les règles habituelles ; pour le pharmacien, une autre ordonnance sera faite reprenant la prescription, habituelle pour le cas général ou l'aide médicale gratuite, ordonnance bizone de 100 % en affection de longue durée. Le temps mis à rédiger et la forme observée confèrent une certaine solennité à l'ordonnance :

- posologie en doses (comprimés solubles à 0,4 mg, 2 mg, ou 8 mg) et en nombres de comprimés à prendre en une fois sous la langue le matin (ce qui fait préciser les dangers de la voie intraveineuse outre les risques d'abcès). Toutes indications en lettres. Pas d'opiacés dans les 24 heures avant.
- au mieux, nom du pharmacien concerné noté en accord avec le patient ; il sera contacté devant le toxicomane ; la dispensation spécifiée sur l'ordonnance, au besoin au jour le jour, au début au plus pour sept jours. Avec le temps, la prescription pourra se faire sur des temps plus longs, jusqu'à vingt-huit jours en dispensant par séquences de sept jours. L'espace occupé limite les falsifications.
- la dose à prescrire est affaire d'expérience ; il paraît souhaitable de prescrire des doses plutôt vers « le haut ». L'adaptation négociée avec le patient et réévaluée est toujours nécessaire.
- mieux vaut ne pas tenter des diminutions trop précoces, parfois réclamées par certains. Cette diminution au-delà de plusieurs mois se fera en concertation et toujours très progressivement. Les étayages psychosociaux ou professionnels y contribueront.

La méthadone

Le traitement par la méthadone ne peut être initié que par un centre spécialisé ; mais les médecins généralistes organisés peuvent proposer des patients. La phase de stabilisation acquise, le médecin généraliste peut d'autant plus rapidement prendre le relais qu'il connaît bien son patient, ce qui est parfois souhaitable pour des raisons de réinsertion professionnelle. La méthadone a un statut de médicament et le pharmacien désigné par le toxicomane sera prévenu de la dose prescrite ; un double de l'ordonnance de la prescription initiale au centre spécialisé sera confié au patient :

- le médecin prescrira sur ordonnance de carnet à souches ce stupéfiant selon la règle des sept jours avec posologie, durée de sept jours en toutes lettres, en spécifiant pour le pharmacien le mode de dispensation. Une autre ordonnance habituelle ou d'affection de longue durée, selon le cas, sera rédigée avec les mêmes précautions précisant que toute association avec d'autres médicaments ou l'alcool, ou autre drogue est déconseillée, voire dangereuse ;
- les doses optimales sont déterminées au centre spécialisé ; les premiers prescripteurs doivent toujours pouvoir être un recours pour le patient comme pour le médecin, d'autant qu'une proportion importante des patients sous méthadone ont besoin d'un suivi psychiatrique associé. Les contrôles urinaires ont leurs limites et s'ils s'avéraient nécessaires, le patient doit être réadressé au centre spécialisé ;
- l'arrêt de la méthadone ne se discute qu'après concertation et toujours de façon très dégressive et lorsque les étayages sociaux, professionnels ou individuels le permettent.

Les produits de substitution sont des outils qui doivent, autant que possible, optimiser la relation médecin-patient et l'accompagnement psychosocial, sans lequel la substitution se réduirait trop facilement à une maintenance.

Les familles d'accueil reçoivent des toxicomanes qui, à la suite d'une cure de sevrage ou de traitement de substitution, éprouvent le besoin d'une séparation de leur environnement habituel. Ce milieu familial chaleureux facilite l'élaboration de relations singulières et personnalisées. Le centre de soins responsable du réseau assure un suivi thérapeutique régulier de la personne accueillie dans la famille et un soutien de la famille.

Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes en milieu pénitentiaire, au nombre de 16, installés dans les maisons d'arrêt assurent une prise en charge médico-sociale des détenus toxicomanes. Ils sont rattachés aux Services médico-psychologiques régionaux (SMPR) et ont vu leur rôle renforcé depuis la réforme de 1994 qui confie la prise en charge sanitaire des détenus aux services hospitaliers (unités de consultation et de soins ambulatoires), en coordination avec les équipes de secteur de psychiatrie générale.

Dans les autres établissements pénitentiaires, les SMPR et les centres spécialisés de soins aux toxicomanes garantissent une prise en charge et un accompagnement psycho-social aux détenus toxicomanes pour assurer un relais à la sortie.

Le dispositif d'approche sociale

Pour répondre aux besoins des usagers de drogue les plus marginalisés qui ne peuvent pas encore s'inscrire dans une démarche de soins, des initiatives ont été mises en place pour proposer accueil et prestations plus adaptées à leur situation.

Deux « *sleep-in* » ont été ouverts à Paris et à Marseille pour offrir un hébergement d'une nuit aux toxicomanes actifs avec la possibilité de fréquenter une consultation médicale et sociale le lendemain matin.

Les ateliers d'insertion, au nombre de 25, offrent aux toxicomanes une aide à l'insertion en leur proposant des remises à niveau scolaire ou des activités qui permettent de découvrir des potentialités de création et d'insertion jusque-là occultées par les consommations.

Huit quartiers intermédiaires sortants (QIS) ont été créés pour préparer la sortie et prévenir la rechute des toxicomanes sortant de prison par un travail abondant tous les aspects de la vie

sociale et en s'appuyant sur la dynamique du groupe.

Le dispositif de réduction des risques

La politique de réduction des risques basée au départ sur les risques épidémiques (VIH puis VHB et VHC) s'attache aussi à atténuer la survenue et la gravité des complications sanitaires liée à la voie veineuse et prendre en compte les problèmes sociaux liés à la rupture des liens familiaux, sociaux et professionnels.

Les « boutiques », au nombre de 32, permettent le contact avec les personnes toxicomanes les plus marginalisées ne fréquentant pas le dispositif spécialisé, et qui du fait de leurs conditions sociales précaires ont le plus de difficulté à prendre soin de leur santé.

Elles accueillent les toxicomanes non sevrés pour les écouter, les informer notamment sur les risques infectieux, réaliser quelques soins infirmiers et ouvrir un dialogue qui pourrait être l'amorce d'une démarche de soins. Ce sont des lieux ouverts et chaleureux où une petite restauration, des soins infirmiers, la possibilité de se doucher, de laver son linge sont réalisables.

Les programmes d'échange de seringues, au nombre de 86, et la vente de seringues en pharmacie permettent de fournir des seringues neuves et d'en limiter, à défaut d'en éliminer, la réutilisation pour réduire le risque de transmission virale.

Les équipes de rue constituent un dispositif de première ligne qui va au contact des usagers de drogue les plus marginalisés qui ne sont pas prêts à s'inscrire dans une démarche de soins, pour leur proposer un accueil et des prestations adaptées à leur situation et à leurs besoins.

Les réseaux toxicomanie-ville-hôpital

Au nombre de 50, ils sont destinés à améliorer la prise en charge des personnes toxicomanes. À l'initiative d'un certain nombre de médecins libéraux qui ont fait preuve d'une meilleure connaissance des personnes toxicomanes, de la complexité de leurs comportements, de leur

demandes et de leurs structures psychopathologiques, ces réseaux sont devenus un outil de collaboration entre les différents acteurs de prise en charge des usagers de drogue : centres spécialisés de soins aux toxicomanes, centre (s) hospitalier (s), médecins généralistes, pharmaciens et services sociaux. Ils assurent la liaison et la continuité des soins entre les différents lieux de prise en charge ; en particulier la prise en charge des patients atteints de sida et des hépatites B et C nécessite une collaboration étroite avec l'hôpital. Ces réseaux tiennent une place importante dans la prescription des traitements de substitution.

Le dispositif général

Depuis 1994, d'autres acteurs se sont tournés vers la prise en charge des patients toxicomanes, soutenus par les pouvoirs publics en particulier à partir du plan triennal 1993-1996.

Ainsi les établissements publics de santé et les médecins généralistes par l'intermédiaire des réseaux toxicomanie-ville-hôpital ont apporté à ce dispositif spécialisé une complémentarité ainsi qu'une ouverture intéressante dans l'optique d'une diversification des prises en charge et d'un meilleur accès aux soins.

À l'hôpital général, l'accueil et la prise en charge des usagers de drogues se sont développés en leur offrant les soins médico-psychosociaux qu'ils requièrent. La prise en charge des co-morbidités et/ou de la dépendance est répartie dans les différents services de soins somatiques ou psychiatriques de l'hôpital. Le développement de la prise en charge hospitalière s'articule autour des priorités suivantes :

- la poursuite de la mobilisation des services hospitaliers sur leurs missions de sevrage,
- l'implication plus conséquente des consultations de médecine,
- la mise en place d'équipes de liaison et de soins aux toxicomanes,
- le renforcement de certains services hospitaliers impliqués dans la prise en charge des usagers de drogue et devant faire face à des situations de crise,
- la formation du personnel hospitalier.

Ainsi, des équipes de liaison et de soins aux toxicomanes ont été créées avec pour mission l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues au cours d'un sevrage ou d'une hospitalisation pour des raisons somatiques, la ré-

Échange de seringues

L'accès aux seringues est désormais prévu dans diverses structures :

- les unités mobiles, par exemple les bus de Médecins du monde qui interviennent dans les quartiers
- des locaux fixes (boutiques...) ou encore dans les pharmacies de ville où les seringues sont disponibles à l'unité ou dans des kits type Stéribox®

ponse aux demandes, aux interrogations, et aux difficultés des services hospitaliers et la participation à la formation du personnel hospitalier.

Le secteur psychiatrique a une place légitime dans la prise en charge des personnes toxicomanes non seulement au regard de l'addiction mais aussi vis-à-vis des troubles psychopathologiques induits ou révélés lors de prise de produits. L'investissement de ces établissements publics s'est surtout concrétisé dans le cadre de sevrages et plus récemment dans la prise en charge des affections psychiatriques démasquées chez certains patients lors de traitements de substitution.

Les services sociaux

Malgré l'importance des problèmes sociaux liés à la marginalisation et à l'errance et de leur imbrication avec les problèmes sanitaires, moins de 50 % des toxicomanes accèdent au dispositif existant. Aussi, en sus des services sociaux spécialisés ou non, sollicités par les différents acteurs de soins pour apporter leur savoir-faire à ce public, des mesures de reconnaissance de la citoyenneté de la personne ont été proposées pour mettre en place des actions de traitement social de la toxicomanie. Dans ce cas, l'accueil n'est pas ciblé sur la demande de soins, ce sont les *sleep-in* (accueil d'urgence de nuit) et le kaléidoscope (centre de jour d'insertion sociale).

En conclusion

Au-delà de l'évolution des structures, devant la complexité des situations des personnes toxicomanes et des besoins des usagers de drogue, les réponses offertes ne pouvaient se limiter à la simple poursuite des prises en charge jusqu'alors effectuées. Aux côtés de l'aide psychothérapeutique et du sevrage, en complément de la politique de réduction des risques et des traitements de substitution, ont été mis en place des cadres de prise en charge diversifiés : en centre ambulatoire, auprès des médecins généralistes et dans les structures d'hébergement ou d'hospitalisation.

Parallèlement, les acteurs de soins se sont faits plus variés et nombreux au sein de travail en réseau associant l'ensemble du dispositif de

soins. En effet, le parcours de chacun est unique et différent et la trajectoire du patient se construit sur les liens tissés entre les axes de sa personnalité. C'est ainsi que, prenant en compte la diversité des besoins du toxicomane, le dispositif spécialisé et général offre un panel de prise en charge qui s'inscrit dans les structures qui doivent poursuivre l'évolution entamée et dans de nouvelles pratiques.

Dr Dominique de Galard

Coût social et choix de politique

La consommation de drogues est considérée comme un des grands problèmes sociaux de notre époque. La toxicomanie est majoritairement associée à des représentations négatives, images de mort (overdose), images de déchéances individuelles et sociales, images de désordres sociaux (crimes et délinquance). La perception du problème par nos sociétés constitue une forme d'appréhension du phénomène qui a sans doute un impact décisif sur les politiques

La dépense publique et le coût social de la drogue

Dépense privée	+ Dépense publique	+ Coût externe	= Coût social
Dépenses des consommateurs de drogues destinées à acheter des stupéfiants et dépenses ne faisant pas l'objet d'un remboursement (frais d'avocat, certains frais médicaux, etc.)	Ensemble des dépenses engagées par l'État et les collectivités locales afin de lutter contre la consommation et le trafic de drogue. Ces dépenses sont regroupées dans trois chapitres principaux : la répression, les soins et la prévention.	Ensemble des dépenses infligées indirectement à la collectivité par le trafic et la consommation de drogue (pertes de productivité, absentéisme, décès prématurés, remboursement des frais de soins, prise en charge de maladies parfois liées à la toxicomanie comme le sida et certaines hépatites, destructions engendrées par la délinquance, etc.)	Coût total infligé à la collectivité

suivies en matière de toxicomanie. Il paraît cependant souhaitable de confronter les représentations collectives du préjudice associées à la drogue avec une évaluation monétaire, qui se veut objective, du coût de la drogue.

Cette notion de « coût de la drogue » demande à être précisée. Elle désigne ce qu'il est convenu d'appeler le « coût social de la drogue », c'est-à-dire l'ensemble des dépenses engendrées par les consommateurs de drogue et ceux qui les approvisionnent, dépenses supportées par la collectivité. La dépense publique, essentiellement consacrée à la prévention, aux soins et à la répression constitue le premier élément de ce coût social. Ce dernier ne se réduit pas à la dépense publique, puisqu'il faut y ajouter la valorisation des décès anticipés et des maladies associées, le coût de la délinquance, etc. On considère généralement que le coût social de la drogue est égal à la somme du montant de la « dépense publique », des « coûts externes », et des dépenses privées engagées par les consommateurs de drogues.

Le coût de la politique publique de la drogue française

Au terme de calculs prudents, une étude récente menée par Pierre Kopp et Christophe Palle arrive à la conclusion que la dépense publique consacrée à la mise en œuvre de la politique française de la drogue est de 4,7 milliards de francs, dont près de 198 millions de crédits interministériels.

Si les chiffres présentés ne tiennent pas compte de l'investissement des collectivités locales et constituent des ordres de grandeur, le premier décorticage budgétaire indique une nette prédominance des budgets « drogues » de la justice et de la police, respectivement évalués à 1,5 et 1,2 milliard de francs. Le montant consacré par le ministère de la Justice à la lutte contre les drogues comprend, d'une part, les dépenses liées à l'activité des magistrats et des tribunaux correctionnels dans le cadre des infractions à la loi sur les stupéfiants (ILS) et, d'autre part, celles supportées par l'administration pénitentiaire pour l'incarcération des prévenus et des condamnés pour ILS.

Au total, 210 magistrats « équivalents temps plein » se sont exclusivement consacrés aux ILS en 1995, pour un coût global de 73 millions de francs. Ainsi, le coût de l'activité pénale correc-

► P. Kopp *L'économie de la drogue*. La Découverte, coll. Repères, 1997, 128 p. ages

► P. Kopp ; C. Palle. *Le coût de la politique publique de la drogue. Essai de mesure des dépenses des administrations d'État*. Rapport pour la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie, 1997

tionnelle liée aux ILS représente 7,7 % du coût pénal correctionnel et 3,6 % du coût total des magistrats. En y ajoutant les dépenses engendrées par l'emploi des greffiers et autres fonctionnaires de justice impliqués dans les procédures ILS (52,7 millions de francs), ainsi que les dépenses nécessitées par l'aide juridique et les frais divers, le coût imputable à la lutte contre les stupéfiants sur le budget des services judiciaires se situe entre 175 et 225 millions. La prison coûte beaucoup plus cher. En rapportant le montant dépensé pour chaque détenu par l'administration pénitentiaire au nombre des incarcérations pour ILS (11 816 personnes au 1^{er} mai 1995), le coût annuel de la détention des personnes emprisonnées pour ILS se situe autour de 1,3 milliard de francs. Ce chiffre est vraisemblablement sous-estimé car la seule répression des ILS ne correspond pas à tous les actes de délinquance commis par des toxicomanes.

L'estimation du montant des fonds publics dépensés par la police nationale pour combattre la drogue est délicat à évaluer. Tout comme les magistrats, et hormis quelques 2 000 fonctionnaires consacrant toute leur activité à la répression du trafic et de l'usage de stupéfiants, le quotidien des policiers comporte des tâches très diverses. Nous arrivons cependant à un total de près de 1,2 milliard de francs consacrés en 1995 par les forces de police aux ILS (503,3 millions de francs dépensés par les brigades spécialisées, 586 millions par les forces de sécurité publique, et 105 millions voués aux actions de prévention).

Le volet sanitaire du budget est encore plus malaisé à appréhender. Il existe, en effet, un clivage majeur entre les administrations intervenant dans le domaine de la toxicomanie selon qu'elles se situent plutôt sur le versant répressif (justice, police, gendarmerie, douanes) ou sur le versant du traitement et de la prévention. Si les dépenses liées aux activités répressives sont exercées par de grandes administrations nationales et se révèlent plus aisément identifiables, la multiplicité des sources de financement des soins et de la prévention, ajoutée à leur forte composante locale, les rend très difficiles à quantifier. Elles s'en trouvent donc automatiquement minimisées.

Il ressort toutefois que 629 millions de francs sont consacrés, en 1995, à la prise en charge sanitaire des toxicomanes, dont 10,8 millions de francs affectés à la mise en œuvre de l'injonction thérapeutique.

Le coût de l'épidémie de sida a été volontairement exclu de ces données car le rapprochement aurait semblé douteux. En effet, si le sida des consommateurs de drogues est bien la conséquence directe de leur toxicomanie (environ 25 % des nouveaux cas déclarés en 1995 étaient des usagers de drogues), les dispositifs et les dépenses ne s'adressent plus à des toxicomanes mais à des malades du sida. Constatons cependant hors évaluation qu'environ 40 millions de francs ont été affectés à la prévention du sida parmi les consommateurs de drogues illicites et que 19,5 millions de francs ont servi à l'hébergement et à l'aide à la vie quotidienne des toxicomanes. En prenant en compte les dépenses hospitalières et celles de la médecine de ville, le coût pour la collectivité du traitement de l'infection VIH chez les usagers de drogues dépasserait 1 milliard de francs.

Les crédits engagés par le ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche et par le ministère de la Jeunesse et des Sports afin de combattre l'usage de drogues sont apparus quasiment inqualifiables. Tout ce qui conduit à l'épanouissement des jeunes contribue à la prévention des conduites à risque. Délimiter ce qui empêche spécifiquement une population de jeunes de tomber dans la toxicomanie est tout simplement impossible.

Par ailleurs, l'évaluation des dépenses de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et du CNRS en la matière s'est heurtée à la tendance naturelle de ces organismes à minimiser le montant des crédits des chercheurs alors que toute recherche fondamentale dans le domaine de la neurobiologie est susceptible d'avoir des répercussions sur les connaissances en matière de toxicomanie.

Quelques perspectives pour la politique publique

Dans le cadre de la France, le calcul du coût social de la drogue est en cours. Seule la partie relative aux dépenses publiques présentée dans la section précédente est connue.

Sans connaître le montant exact du coût social des drogues illégales il est toutefois possible de montrer comment cette notion devrait servir de guide pour la détermination d'une politique de la drogue rationnelle et efficace.

A contrario, il est facile de souligner les in-

Coût de l'intervention publique en matière de drogue (en million de Francs)

	Budget propre	Crédits interministériels	Total
Justice	1 520	17	1537
dont :			
Services judiciaires	200		
Administration pénitentiaire	1320		
Protection judiciaire de la jeunesse			
Police	1 236	25	1261
Gendarmerie	459	10	469
Douanes	430	20	450
Santé	630 ^a	26	656
Affaires sociales	14	15	29
DIV	22	9	31
Mildt	^b	45 ^c	45
Éducation nationale	2	10	12
Jeunesse et sport	18	8	26
Recherche	42	2	44
Affaires étrangères	14	7	21
Coopération	18	2	20
Travail, emploi et formation professionnelle		1	1
Contribution au budget drogue de l'UE	30		30
Total	4 435	198	4 633
Sida	983		
dont :			
Prévention du sida des usagers de drogues	40		
Traitement hospitalier	924		
Prise en charge extra-hospitalière	19		

a. Ce chiffre est la somme des crédits du chapitre 47-15 (article 10 et article 10), des dépenses relatives à la mise en œuvre de l'injonction thérapeutique, et des dépenses estimées des personnels Ddass et Drass s'occupant des questions de toxicomanie.
b. Les dépenses de fonctionnement de la Mildt n'ont pu être destinées, une partie du budget relevant du budget du Premier ministre, budget dans lequel les dépenses de la Mildt ne sont pas identifiables à notre connaissance.
c. Actions DGLDT (Drogues info service, conventions départementales d'objectifs, OFDT, etc.)

convénients d'une politique de la drogue qui n'aurait pas d'autre objectif que la réduction de la consommation de drogues. Infléchir la politique actuelle exige d'éviter le piège du débat opposant les partisans de la prohibition et de la légalisation. Ce dernier est une impasse qui conduit à l'immobilisme. En revanche, la prise en compte de la réduction du « coût social de la drogue » pourrait constituer une étape importante de la politique française en la matière.

Le mythe de la consommation zéro

Officiellement, la politique française de la drogue a pour objectif d'atteindre le niveau zéro de consommation. Il est évident que cet objectif n'est guère réaliste bien qu'il soit difficile d'étayer cette évidence sur des mesures objectives. En effet, la France qui poursuit cet objectif depuis maintenant près de trente ans, ne s'est jamais donné les moyens de l'évaluer par

➤ Étude en cours de réalisation sous la direction de Pierre Kopp, en réponse à un appel d'offres Inserm

une mesure périodique des consommations en population générale.

Le centrage sur ce seul objectif entraîne de nombreuses incohérences, et se révèle contre-productif au regard d'une réduction du coût social impliqué par le phénomène en incitant les autorités à se focaliser sur les usages occasionnels, numériquement dominants, au détriment des consommateurs les plus problématiques.

Les conséquences économiques sur le marché de l'offre de stupéfiants en est une des illustrations les plus marquantes. La place qu'un tel objectif fait à la répression tire le prix des drogues vers le haut. Lorsque ces prix sont déjà très élevés, il peut être inopportun d'accentuer la pression sur le consommateur. La répression et le jeu de l'effet prix peuvent effectivement venir réduire marginalement la consommation, mais au prix d'une augmentation de la délinquance et de la précarité des conditions de vie des consommateurs. L'effet bénéfique de réduction de la consommation est souvent amplement contrecarré par l'effet pervers.

Ce cadrage de l'action publique conduit également à des blocages en matière de prévention. La « ligne de front » étant fixée au premier usage, les actions d'information de prévention ciblées sur les effets spécifiques des différents produits sont bloquées : on ne peut pas informer sur ce qui est interdit.

Depuis quelques années, la politique française, dans sa réalité, vient déroger à l'objectif inscrit dans la loi, en développant un train de mesures centrées sur la réduction de certains dommages causés par les toxicomanies. Cette accentuation vient en contradiction avec l'objectif fondamental. Ainsi, par exemple, les programmes d'échange de seringues sont clairement positionnés sur une logique différente de celle fondée sur l'interdiction et l'abstinence.

Infléchir la politique de la drogue

La question posée par des drogues n'est pas tant de savoir s'il est « mal » de fumer un joint, mais plutôt de démontrer si la collectivité gagne à ce que l'on réprime le trafic et la consommation de drogues.

Pour la majorité des économistes, le fait que l'État intervienne, par la loi et son dispositif de mise en œuvre (répression, soins, prévention), pour régler l'accès aux drogues n'a rien de choquant ni d'exceptionnel. Il est parfois impossi-

ble de se fier au marché pour régler l'allocation de certaines marchandises. L'État doit alors intervenir pour forcer à la consommation des biens auxquels les agents ne consacraient pas spontanément assez de ressources (vaccinations, assurance, éducation) alors qu'elle est bénéfique pour la collectivité. Il est également logique que la puissance publique freine la consommation des produits dont les inconvénients lui apparaissent plus clairement qu'aux individus ! Concernant les drogues, afin de justifier l'interdiction d'une substance, il faudrait répondre positivement aux deux questions suivantes : premièrement, les caractéristiques pharmacologiques du produit privent-elle les usagers de la rationalité que les économistes prêtent au consommateur ? Deuxièmement, la consommation d'une substance donnée engendre t-elle des dommages qui affectent les tiers ?

Il est alors nécessaire de distinguer les différentes drogues. À l'État de montrer que le cannabis prive les consommateurs de leur entendement et que les risques qu'ils prennent engendrent des coûts que la collectivité doit assumer pour eux. Sinon, plonger les deux millions de consommateurs de cannabis dans l'illegalité, au contact de l'économie criminelle, n'a pas de fondement rationnel.

L'héroïne et les autres drogues dures posent un problème plus complexe. Leurs caractéristiques addictives justifient que l'État en limite l'accès ou les interdite. Tout le problème réside dans la difficulté à connaître la part des dommages engendrés par ces drogues qui tiennent à leurs caractéristiques propres et celle qui résulte de l'illégalité dans laquelle elles sont consommées. C'est sur ce point que s'affrontent les économistes partisans et adversaires de la légalisation de toutes les drogues. Il est vrai, comme l'affirme le prix Nobel Milton Friedman que la légalisation de l'héroïne abaisserait son prix et ruinerait les réseaux criminels qui la distribue. *A contrario*, il est aussi exact, qu'une baisse du prix s'accompagnerait d'une augmentation de la consommation. La discussion est ainsi vouée à l'échec car nul ne peut dire quel serait, en terme de bien-être collectif, le solde de ces deux effets. Dans le doute, il faut faire avec l'interdiction et calibrer une politique publique destinée à la faire respecter.

Sachant que l'interdiction est toujours contournée, la loi française punit les trafiquants et les consommateurs, mais prévoit des moyens pour guérir ces derniers. Reste alors à préciser

la *policy mix* optimale entre la prévention, la répression et les soins.

La consommation illégale de drogue engendre un coût social assumé par la société tout entière. Les dommages causés par les drogues n'affectent pas exclusivement ceux qui les utilisent. Ce coût social est constitué par l'addition du coût privé acquitté par les usagers de drogue (mortalité, morbidité, etc.) et du coût externe subi par le reste de la société (souffrance des proches, délinquance, dépenses publiques). La bonne politique publique de la drogue est celle qui permettrait de minimiser ce coût. Ce n'est malheureusement pas celle choisie dans notre pays.

La politique française vise exclusivement la réduction de la consommation en privilégiant la répression sur les soins. Un tel choix est inefficace, engendre des incohérences et constitue un gaspillage des ressources publiques.

Consacrer 70 % des 5 milliards de francs qui constituent approximativement la dépense publique française des administrations centrales, à la répression (Justice, Police, Gendarmerie, Douanes) et seulement un peu plus d'un demi milliard de francs aux traitements ne témoigne pas d'une politique résolue mais d'une mauvaise gestion. En effet, un flux convergent d'études américaines, recensées par la *Rand Corporation* souligne (dans les cas des cocaïnomanes, il est vrai) la supériorité évidente des programmes de traitement sur la répression. Il est quatre fois moins cher de provoquer l'arrêt de la consommation de 100 000 usagers réguliers de la cocaïne en les soignant qu'en les incarcérant. Il est sept fois moins cher de réduire le volume total de la cocaïne consommée aux États-Unis par les soins que par la répression !

Il est souvent contre-productif d'accentuer la pression policière contre les consommateurs de drogues dures. Certes, la répression pousse les prix à la hausse et la consommation à la baisse (modérément) comme le montrent les études empiriques récentes, car même les consommateurs d'héroïne sont sensibles aux signaux du marché. Mais de nombreux consommateurs recourront encore plus à la délinquance afin de payer la drogue dont ils ont besoin. Plus grave, ils adopteront des « comportements à risque » (partage des seringues) et la qualité de la drogue diminuera (présence d'adultérants toxiques) au fil des reventes entre usagers.

Il est absurde de ne pas distinguer les modalités d'usage des drogues. Consacrer des

moyens à inciter les usagers de l'héroïne en injonctions intraveineuses à abandonner cette pratique au profit de l'inhalation ne constitue pas une publicité pour cette drogue mais s'avère l'une des techniques envisageables de prévention des VIH, VHC, VHB, sachant que 50 % des héroïnomanes sont porteurs de l'un de ces virus.

En cherchant à éradiquer la consommation de drogues sans distinguer les différents produits (cannabis, cocaïne et héroïne), la puissance publique se refuse à définir des cibles privilégiées. La collectivité doit-elle se réjouir de voir un franc distrait de la lutte contre les drogues dures et utilisé à pourchasser des consommateurs de cannabis ?

Centrer la politique de la drogue, comme c'est encore le cas, sur l'objectif unique de réduction de la consommation de drogue par la répression est coûteux et contre-productif.

De nouvelles perspectives

La réduction du coût social de la drogue constituerait certainement une stratégie infiniment plus efficace que celle toujours menée par la France. C'est bien le coût social de la drogue qu'il convient de diminuer et non simplement la quantité de drogue consommée. Une telle réduction peut être obtenue en retenant des politiques qui permettent de jouer sur les deux variables clefs d'une politique de la drogue : le nombre de consommateurs et le montant des dommages qu'ils infligent, à eux-même, et à la collectivité. Chaque mesure de la politique de la drogue devrait être évaluée selon sa capacité à réduire les effets négatifs de la drogue sur la société. Si une politique permet de limiter le montant des dégâts de la drogue, elle doit être retenue, sinon il faut la rejeter.

En suivant cette piste le décideur public devrait modifier le dispositif articulant la prévention, la répression et les soins en examinant l'ensemble de ces moyens sous l'angle exclusif de leur efficacité. Un tel changement ramènerait la drogue dans le champ des politiques publiques dépassionnées.

Pierre Kopp



Des prises en charge diversifiées

La prise en charge sanitaire de la toxicomanie revêt des formes très diverses pour répondre à la multiplicité des besoins. Que ce soit dans le cadre de centres spécialisés ou en médecine libérale, les professionnels ont défini des pratiques adaptées.

Les centres d'accueil pour toxicomanes

Dans les années soixante-dix, la France dut faire face à une vague de toxicomanie sans précédent dans son histoire. Ce phénomène échappait pour partie au cadre législatif, et totalement aux repères médicaux, cliniques et institutionnels de l'époque.

Par la loi du 31 décembre 1970, fut défini un cadre répressif mais également un cadre de soins. Dans ce contexte où la drogue apparaissait pourtant comme le symptôme d'une crise sociale, la toxicomanie était ressentie par beaucoup comme un enjeu annexe, comme une mode qui finirait bien par passer, bref comme quelque chose de pas très préoccupant.

L'hôpital en général et l'hôpital psychiatrique en particulier ne souhaitaient ou ne pouvaient pas prendre en charge ces patients indisciplinés, échappant aux cadres nosographiques habituels. Les toxicomanes eux-mêmes refusaient la capacité à être pris en charge par l'hôpital qu'ils jugeaient incompetent, rigide ou

trop carcéral à leur goût. Dans le même ordre d'idée les médecins généralistes dans leur grande majorité ne souhaitaient pas prendre en charge ce type de patients face auxquels ils avaient toujours la crainte d'être manipulés ou menacés.

Très vite certains médecins vont faire le constat de l'inadéquation totale entre cette nouvelle pathologie et les solutions disponibles.

C'est ainsi que furent créés les premiers centres d'accueil tels le centre Marmottan par le Dr C. Olievenstein ou la Free Clinic de l'Abbaye par le Dr C. Orsel, centres nés de cette rupture avec le système de soins de l'époque, rupture avec un savoir clinique inopérant, rupture avec les fonctionnements traditionnels des institutions de soins de l'époque. À titre anecdotique, nous signalerons d'ailleurs, que ces médecins ne souhaitant pas enfermer la toxicomanie dans un statut quelconque, et surtout pas celui de maladie, vont appeler les toxicomanes qui viennent les consulter clients, et non patients ou malades. La nécessité de prendre en compte cette nouvelle pathologie dans des lieux alternatifs, généralement expérimentaux traduit le fait que la toxicomanie est un phénomène nouveau, complexe ne pouvant se réduire à une

La réduction des risques dans les centres d'accueil « seuil bas »

Pour les toximanés très marginalisés, il existe des lieux où l'accueil n'est pas subordonné à un engagement dans un processus de soin.

Les usagers de drogues qui vivent dans la rue sont dans leur grande majorité en rupture avec la famille, les proches et les réseaux sociaux habituels. Ils ne fréquentent pas ou très peu les structures sanitaires et sociales. Ils ne sont que très peu touchés par les messages d'information et les actions de prévention. Les sujets lorsqu'ils sont malades attendent le dernier moment pour demander de l'aide. Le plus souvent, ils n'ont accès aux soins que par l'intermédiaire des urgences hospitalières. C'est pour remédier à cette situation que le dispositif spécialisé de soins, de prévention et d'insertion pour toxicomanes mis en place par la loi du 31 décembre 1970 a été renforcé en 1993 par de nouvelles structures dites à « seuil bas d'exigence ». Ces lieux dits également « boutiques » permettent d'établir le contact avec les toxicomanes parmi les plus démunis et les plus marginalisés.

Au nombre de 35 aujourd'hui dont quatre à Paris, ces lieux accueillent

les consommateurs de drogues qui ne veulent pas ou pas encore entreprendre des démarches auprès des structures de soins. Ils proposent à ces derniers, différentes prestations : boissons, alimentations, douches, vestiaires et machine à laver. Des soins infirmiers y sont également prodigués et un matériel de prévention est à leur disposition.

Les « boutiques » sont des lieux d'accueil et de prévention ouverts sur la rue. Elles se distinguent des centres traditionnels par le fait qu'elles sont à seuil d'exigence bas. Elles reçoivent des usagers de drogues non sevrés. Elles ont pour objectif premier de mettre en place une pédagogie nouvelle d'accueil, d'accompagnement et d'orientation pour une population qui ignore les modes de fonctionnement des structures spécialisées et ses propres besoins socio-sanitaires. Il s'agit d'appriivoiser cette population par la mise en place d'un contact prolongé dans le temps permettant de passer les messages de prévention susceptibles de la faire évoluer vers des démarches de soins ultérieures et plus approfondies.

L'activité d'accueil est très importante dans la mesure où tout le

reste en découle. C'est à partir de l'accueil et des relations qui sont tissées et développées à ce niveau, que le travail d'information, de prévention, d'accompagnement et d'orientation devient possible.

Le travail de prévention qui se fait dans les « boutiques » est centré sur les problèmes de santé. Il s'agit d'attirer l'attention des sujets sur les pratiques à risque liées à la consommation des drogues. Les pratiques à risque concernant les rapports sexuels non protégés sont également abordés. Des explications sont données sur l'utilisation des outils de réduction des risques : préservatif, seringue, eau de Javel, tampon alcoolisé, acide citrique. Ces outils sont mis à leur disposition dans la plupart des « boutiques ».

Les « boutiques » sont des lieux de repos, de transit et de prévention de risques pour les sujets qui ne sont pas en mesure d'abandonner (immédiatement) leur consommation de drogues. Pour d'autres toxicomanes actifs, les « boutiques » peuvent être un tremplin pour entreprendre des démarches vers d'autres structures : hospitalisation, désintoxication, substitution, hébergement...

Mohamed Toussirt

simple pathologie physique ou mentale. Les centres d'accueil ont été les premiers lieux à accueillir les toxicomanes dans une démarche d'accompagnement, de suivi, de prise en charge globale c'est-à-dire médicale, familiale, sociale et professionnelle. Même si la demande classique adressée à ces structures étaient des demandes de sevrage, l'abstinence n'avait jamais été une condition indispensable à la prise en charge. Ces centres se sont toujours efforcés de répondre aux patients, quel que soit leur parcours ou leur souffrance.

L'accent est mis sur le fait que la qualité de la rencontre, le travail interrelationnel effectué entre thérapeute et consultant sont les seuls outils véritablement opérants pour « sortir » de la drogue selon l'expression consacrée. Ce travail est pour l'essentiel une pédagogie, un apprentissage ou un réapprentissage de la liberté.

Si les missions dévolues aux centres d'accueil sont multiples, nous pouvons cependant en retenir plus particulièrement trois :

- *une mission d'accueil* : accueillir toute personne confrontée de près ou de loin à la

toxicomanie, comme les toxicomanes avec les demandes spécifiques sur lesquelles nous reviendrons, mais également l'entourage de ceux-ci (parents, conjoints, enfants, etc.) mais aussi les professionnels confrontés à ce type de pathologie : médecins, pharmaciens, enseignants, travailleurs sociaux, etc. En ce qui concerne les toxicomanes eux-mêmes, les centres d'accueil ont ouvert de véritables espaces d'accueil où, avant une consultation spécifique le jeune est reçu par des accueillants qui vont lui expliquer le fonctionnement de la structure, ce qu'il peut en attendre, les limites de l'aide possible, etc. ;

- *une mission d'orientation* : consiste à faire un diagnostic différentiel entre les usagers occasionnels et les véritables toxicomanes ou entre ceux dont le suivi dans cette spécialité sera pertinent et ceux pour qui une orientation vers une autre structure sera nécessaire : jeunes usagers vers des consultations médico-psycho-pédagogiques « classiques », les utilisateurs de produits toxiques présentant une authentique pathologie mentale vers les services de psychiatrie ou les dispensaires d'hygiène mentale, certaines familles vers des centres de thérapie familiale en sont quelques exemples. Un centre d'accueil est donc généralement un aiguillage, une plaque tournante permettant à toute personne d'être dirigée vers le type de structures et de soin qui lui sera le plus profitable, le mieux adapté à son cas ;

- *une mission de suivi et de soins* : composante essentielle de la prise en charge des toxicomanes, le suivi est pluridisciplinaire. S'il inclut bien évidemment une prise en charge psychologique, le suivi serait incomplet sans un accompagnement médical (prise en compte des problèmes somatiques liés à l'utilisation de seringues souillées, infections par le VIH ou le VHC par exemple), social, familial, professionnel. Seule une prise en charge globale permet de se donner tous les moyens d'être véritablement efficace.

L'élément déterminant de ce type de travail sera de pouvoir s'inscrire dans la permanence, la fréquence et le long terme.

Les prises en charge se font essentiellement en ambulatoire, le client venant consulter au rythme convenu avec son référent. Parfois une hospitalisation est nécessaire pour une cure de sevrage par exemple. Elle se fait le plus souvent dans des services de médecine classiques, plus rarement en psychiatrie.

Les centres d'accueil du système de soins

spécialisé français ne travaillent pas sur un système de modèles ou de programmes standards comme il peut en exister dans les pays anglo-saxons. L'option française consiste à proposer des modes de prise en charge les plus personnalisés possibles.

Ces structures sont au centre du dispositif de soins français et de la chaîne thérapeutique qui a été créée dans notre pays : en amont les boutiques, sleeping, bus d'accessibilité aux soins, en aval les post-cures, les familles d'accueil, les centres résidentiels, les centres de transition, les appartements thérapeutiques, etc. et en relation avec les réseaux de médecins libéraux.

Les centres d'accueil ont su évoluer en fonction des demandes et des problèmes auxquels ils étaient confrontés. Nous prendrons deux exemples :

- avec notamment l'épidémie du sida, bon nombre d'entre eux se sont médicalisés, développant ou créant également des collaborations avec les services hospitaliers et les réseaux ville-hôpital. En première ligne par rapport à cette pathologie, ils ont joué un rôle important d'information sur les conduites à tenir pour réduire les risques de transmission des virus (hépatites, sida), de même qu'un rôle d'accompagnement et d'accessibilité aux soins pour la prise en compte par les toxicomanes de ces pathologies (dépistage sérologique, nécessité de suivis médicaux). Le travail ainsi effectué, qui est également un travail pédagogique, a probablement joué un rôle important dans la diminution de la séroprévalence que nous enregistrons chez les toxicomanes actuellement ;

- dans un autre ordre d'idée, c'est à partir de ces structures qu'ont été développés les programmes de substitution par la méthadone (induction et stabilisation des traitements avant relais possible en ville) ou par le Subutex®.

Enfin les centres d'accueil sont également des lieux de formation auprès de professionnels de santé et d'information par les réunions grand public qu'ils organisent ou auxquelles ils participent.

En conclusion les centres d'accueil pour toxicomanes gardent un rôle central dans la prise en charge de ce type de patients, grâce notamment à leur capacité d'évolution et au fait qu'ils ont su développer des coordinations avec les personnes de plus en plus investies dans ce champ. Une des évolutions probables sera dans le recours à ces structures spécialisées pour des patients nécessitant des prises en charge lourdes difficiles à assumer en médecine libérale par exemple.

Pratiquement chaque département est doté d'une structure spécialisée de ce type, réalisant ainsi un véritable maillage de notre pays, structures qui par leur disponibilité, leur accessibilité, leur gratuité permettent à un nombre important de toxicomanes d'engager et de poursuivre une démarche de soins.

Dr Michel Hautefeuille

Familles d'accueil, post-cures, communautés thérapeutiques...

Si la toxicomanie se définit comme un comportement pathologique, l'expression d'une souffrance psychique, elle est aussi une quête de solution, une réponse partiellement comblante. C'est alors la vie du sujet qui se cristallise autour de l'objet drogue, les relations à l'autre vécues au travers de ce prisme.

Pour autant ces termes ne suffisent pas, tant la toxicomanie est par définition plurielle : le professeur Olievenstein l'a définie comme la « rencontre entre un produit, une personnalité, dans un moment social et culturel donné » définition toujours opérante car elle pose à la fois la profondeur du lien que le toxicomane entretient avec le produit, tout autant qu'elle ébauche le faisceau des éléments de causalité à l'œuvre dans cette rencontre : les effets des produits, la souffrance individuelle, l'exclusion sociale et enfin le contexte général conjugué à des trajectoires individuelles : politique économique et sociale, contexte qui sera la toile de fond de conséquences sur le plan social.

La sortie de la toxicomanie, et nous nous garderons bien de parler de guérison, se construira autour de réponses plurielles : médicales, psychosociales et éducatives, en veillant à ce qu'aucun de ces points ne soit exclusivement subordonné à l'autre.

Le duo indissociable que forme le toxicomane avec les produits, rendra le travail long et difficile, émaillé de rechutes, de sentiment de retour à la case départ.

« La trajectoire » est loin d'être linéaire,

mais on peut percevoir trois moments que chacun d'entre eux vivra et mènera dans un rapport singulier entre la recherche de plaisir et la souffrance, « la lune de miel », l'impossible retour en arrière, « la galère ».

Cette toile de fond, à l'œuvre au regard des trajectoires individuelles, « marque » aussi l'histoire du dispositif, de la palette des réponses proposées à une personne toxicomane qui demande de l'aide.

Depuis la loi de 1970, ces réponses se sont toujours voulues plurielles, complémentaires, visant à la fois à prendre en compte les différences de demandes dans la sortie de la drogue et de la dépendance, à la fois l'histoire individuelle de chacun.

L'éthique de ce dispositif s'est construite autour d'une pratique respectant le toxicomane en tant que personne c'est-à-dire capable de responsabilité et de choix. Le volontariat de la démarche est préféré aux soins sous contrainte. Le cadre de ces dispositifs respecte la liberté de choix, donc d'y venir ou d'en partir, le droit à l'anonymat et la gratuité des soins.

Ce dispositif s'est structuré dans un réseau de soins national sous le contrôle des Ddass et centralisé par une direction spécifique de la direction générale de la Santé. Depuis 1970, les associations ont proposé différents espaces cliniques et c'est en juin 1992 qu'un décret est venu en préciser les missions.

« Arrêter » la drogue, et la dépendance, est un travail long, douloureux et difficile pour le toxicomane d'autant qu'il a souvent le sentiment de lâcher la proie (même amère) pour l'ombre. L'ombre d'un avenir, dans la frustration, le deuil, la perte de ce minimum de lien social et d'identité, et une perspective d'insertion sociale peu réjouissante pour beaucoup d'entre eux. C'est aussi ce pressentiment que la blessure que la drogue est venue endormir va se réouvrir, telle qu'il l'avait laissée, là au bord de l'inconscient.

À la fois sujet qui souffre mais aussi qui vit de lourdes

Les familles d'accueil

Il y a en France 280 places en familles d'accueil rattachées à des centres de soin ambulatoire. Les durées moyennes de séjour sont d'environ 4 à 5 mois.

L'équipe va préparer le séjour, accompagner la famille et la personne.

La singularité de chacun des réseaux reste la liberté des différents acteurs. Le cadre posé par l'équipe pluridisciplinaire permet de délimiter et de protéger l'espace de pensée, de mouvement et d'engagement de chacun, il favorise l'échange et la parole.

Ces familles, bénévoles, sont défrayées des frais de l'accueil, elles acceptent d'être dérangées en ouvrant leur maison et en partageant leur mode de vie, elles sont réellement dans une dynamique de rencontre humaine.

Si la famille n'est pas à sacraliser, il y a dans ces séjours un rendez-vous avec soi au milieu d'autres qui veillent sans contraindre. Elles font découvrir aux uns et aux autres que le toxicomane peut avoir une place en tant qu'homme ou femme, tout simplement.

PP, ML

situations d'exclusion : rupture des liens familiaux, sans domicile, santé précaire, droits sociaux non acquis, problèmes judiciaires. C'est à ces problématiques plurielles que se proposent de répondre les centres de soins avec hébergement lors d'un accompagnement dans un espace, pour donner du « temps au temps ». Il s'agit dans un cadre contractuel (pas de drogue, pas de violence) de soutenir la personne dans sa confrontation à la fois au « pas de drogue » à la fois à la situation d'exclusion évoquée. L'équipe pluridisciplinaire va s'attacher dans ce cadre, à proposer « un lien » de confiance, de confiance et bien sûr de soutien actif dans le règlement d'un certain nombre de problèmes.

Aucun des aspects ne doit être négligé, mais il y a un temps pour tout. C'est ainsi que la filière de soins, les réseaux de soins entrent en jeu dans cet abord progressif des questions.

Nous l'avons dit, il s'agit de se proposer à la « rencontre » de bâtir ensemble du lien, dans un lieu de vie transitionnel qui va permettre d'abord une rupture avec ce qui vient de se vivre, et nous l'espérons de construire et solidifier des choix. Ce sont des lieux contenant à la fois réels et symboliques, où le quotidien va participer du travail thérapeutique. La vie institutionnelle ou familiale (dans le cas d'une famille d'accueil) est à la fois un espace propédeutique de socialisation et de nouvelles émotions à vivre. Émotions, confrontation, dialogues, cris et chuchotements, travail, plaisir, seront le levain d'une parole qui s'engage. Psychothérapeutes, assistantes sociales, médecins, éducateurs, animateurs d'atelier, familles d'accueil vont à des places différentes et complémentaires aider le toxicomane à construire, à reconstruire son avenir.

Pierre Prual, Martine Lacoste

Les post-cures

D'une capacité moyenne entre 8 et 12 personnes, ces lieux de vie « du type familial » sont axés sur un travail individualisé. Les durées moyennes de séjours sont de 4 mois.

C'est ici un groupe de pair où l'aspect communautaire n'est pas utilisé comme axe central mais dans un rapport à l'autre et un champ relationnel individualisé afin que la personne puisse améliorer la connaissance d'elle-même et acquérir indépendance et autonomie.

PP, ML

Les communautés thérapeutiques

D'une capacité moyenne de 35 personnes, la durée de séjour doit être limitée à un maximum de 18 mois à 2 ans.

Il y a nécessité que la communauté soit en interface avec la réalité extérieure et l'élaboration du projet thérapeutique doit prévoir les modalités de préparation à la sortie.

Il est important en tenant compte de l'aspect culturel de cette conception véhiculée du « sujet citoyen », de développer des communautés thérapeutiques à la française où le cadre est posé par des professionnels formés et une équipe pluridisciplinaire qui sont le garant d'une organisation et d'un fonctionnement ne reposant pas sur la promotion exclusive des résidents. L'objectif premier reste la dynamique thérapeutique vers l'autonomie.

Le groupe devient l'objet central et dans son organisation il fait cadre en lui-même. Il donne un sentiment d'appartenance. Les gens se font une place et un rôle qui vont être importants pour eux et pour les autres.

PP, ML

Médecins et pharmaciens, regard sur l'histoire

Certains médecins généralistes et pharmaciens sont impliqués dans la prise en charge de patients toxicomanes depuis quelques années déjà. Depuis 1970, l'histoire de cette collaboration se divise en trois périodes : 1970 à 1987, période où l'on ne parle pas de la toxicomanie ; 1987 à 1995 marquées par l'apparition du sida et plus récemment depuis 1995, la mise en œuvre d'une véritable lutte organisée.

Les années de silence

La loi de 1970 offre deux lectures du toxicomane, c'est tout d'abord un délinquant, mais il peut se soigner (injonction thérapeutique) donc c'est aussi un malade. À cette époque, nombre de médecins généralistes et de pharmaciens opteront pour la version « délinquants » et interdiront aux toxicomanes l'accès aux cabinets et aux officines.

Pourtant des rencontres ont eu lieu entre professionnels et toxicomanes mais rien ne sera dit sur les substitutions codéinées délivrées par les pharmaciens (entre 20 000 et 30 000 selon une étude codéine un jour donné, Généralistes & toxicomanies. G & T national). Silence sera fait sur les tentatives, souvent malheureuses, de soins, avec ou sans substitution en cabinet. Silence autour des 20 à 40 % de patients qui s'infectent par le virus de l'hépatite B (étude préservation du capital santé des toxicomanes G & T 59/62). Enfin silence des facultés qui n'offrent aucun enseignement sur le sujet. La personne toxicomane n'existe pas dans l'univers médical.

Il faudra attendre les années 1987-1995 avec leur cortège de décès dus au sida pour que sous la pression des virus, de l'humanisme aussi et du pragmatisme enfin, s'organise la prise en charge des toxicomanes. Les médecins d'abord se regroupent dans des associations. En 1987, naît « Généralistes et toxicomanies », association nationale, très présente en province, de généralistes qui désirent échanger sur leur accompagnement des patients toxicomanes, généralement sans l'outil substitutif.

En 1991, ce sera le tour de Repsud, mouvement plus parisien qui regroupe des généralistes désirant d'une part échanger sur leur pratique d'accompagnement avec l'outil substitutif, d'autre part légitimer et accélérer la légalisation de celui-ci.

Ces deux associations ont une éthique commune basée sur le respect du sujet, l'accompagnement pluridisciplinaire et un concept biopsychosocial de la toxicomanie. Toutes deux tentent de faire en sorte que le patient toxico- mane devienne un patient comme les autres.

Puis on verra se créer autour du rapport entre le VIH et la toxicomanie, les premiers réseaux, souvent animés par les médecins généralistes.

À partir des années 1995, le changement sera net : l'outil substitutif (Subutex®, méthadone) passe du stade expérimental à une généralisation sur tout le territoire. Les réseaux se multiplient, tout comme les publications, les colloques et les formations. Ces années seront marquées par la médicalisation tant des prises en charge que du discours.

Et aujourd'hui quelles pratiques ?

Actuellement, on peut dire que, dans le cadre de cette véritable guerre contre la toxicomanie, les médecins et les pharmaciens sont engagés, voire mobilisés et régulièrement en première ligne. Et les pratiques évoluent sur quatre fronts.

Le premier consiste à réduire les risques liés à la toxicomanie : 80 % des seringues délivrées le sont par les pharmacies, la substitution au codéiné (Néocodion®) existe toujours. Les médecins généralistes sont amenés à soigner de plus en plus de toxicomanes actifs. Ces soins concernent aussi bien les troubles somatiques (abcès...) que ceux plus spécifiques liés aux dépendances. L'idée du « shoot propre » est de plus en plus reprise par ces deux professions. Cet exemple permet de mesurer l'étendue des changements dans l'approche de ces professionnels pour lutter contre la toxicomanie.

Le deuxième combat mené est celui de l'accès aux soins. Là aussi on observe de nombreux bouleversements dans les pratiques : la notion d'urgence est désormais recevable. Que ce soit l'urgence de soins, d'hospitalisation ou d'initialisation d'une substitution. L'outil substitutif est largement utilisé : fin 1997, 40 000 patients sont traités par Subutex® en médecine

« Étude de la file active des patients dépendants aux substances psychoactives illicites. G & T 59/626, juin 1997 ». *Lettre du réseau Sambre Avesnois*, décembre 1997

Lettre du réseau Sambre Avesnois, décembre 1997

► Ministère de la Santé, Observatoire des drogues Publication 1998

de ville. Et si certains cabinets offrent un bas seuil critiquable, beaucoup travaillent en réseau ou en binôme (médecin généraliste, pharmacien) avec échange de coups de fil lorsqu'il s'agit de prendre une décision ou de mettre en place un accompagnement multidisciplinaire.

Le troisième combat est celui de l'ouverture d'un espace de parole. Le médecin généraliste et le pharmacien sont les acteurs d'une médecine populaire par opposition à une médecine purement scientifique. Leurs savoir-faire ne font l'objet d'aucune publication, ne sont pas enseignés ou codifiés. Pour la médecine générale, l'importance de la relation entre médecin et malade est reconnue depuis quarante ans (Balint) sans que cette relation ait été théorisée. Pour les pharmaciens, cette approche est plus récente et l'on commence à parler de la pharmacie comme d'un lieu transitionnel, d'un espace relationnel. Il y a prise de conscience d'une place dans le champ thérapeutique que le patient élabore autour de lui.

Le quatrième et dernier front sur lequel se battent les généralistes comme les pharmaciens est celui de la prévention. Nombre d'entre eux sont très présents dans la cité dans laquelle ils travaillent mais vivent également. Tout bonnement, ils se sont impliqués dans la prévention de la toxicomanie : interventions dans les écoles, forums santé, pièces de théâtre...

L'important pour eux est de participer à la vie de la cité, de montrer, aux jeunes du village ou du quartier, des adultes vivre, agir, intervenir, s'impliquer en tant qu'adulte. Il faut compter sur la complémentarité bénéfique entre ces énergies de prévention populaire et la prévention « savante ».

L'évolution la plus importante de cette fin de siècle est cette rencontre entre une médecine populaire, qui a développé des savoir-faire et une médecine savante.

D'une part une médecine populaire qui commence à se conceptualiser et d'autre part une médecine savante qui prend conscience de l'importance de ces savoir-faire dans la globalité du soin.

Dr Bertrand Riff

La loi de 1970 empêche-t-elle une politique de santé ?

La loi de 1970 n'a pas empêché l'application d'utiles mesures de santé publique, mais elle en a entravé et en perturbe encore la mise en œuvre, au prix de résultats sans commune mesure avec l'ampleur du phénomène.

La loi n'a pas empêché l'application des mesures dites de réduction des risques, nécessitées par l'irruption du sida, des hépatites B et C, la résurgence de la tuberculose, l'aggravation de l'état de santé de plus en plus précaire des toxicomanes, mesures dont les résultats favorables ont montré le bien-fondé. C'est ainsi qu'à partir de 1994, on a vu apparaître toute une série de décrets et de circulaires d'application, qu'il s'agisse des conventions entre les établissements pénitentiaires et les hôpitaux, de l'autorisation donnée à l'ensemble des centres spécialisés de soins de prescrire de la méthadone puis de la mise du médicament sur le marché, de la réglementation du commerce et de l'importation des seringues, des aiguilles et des trousses de prévention dans les pharmacies, les centres de soins ou par les associations, de l'implantation de distributeurs automatiques et de distributeurs-échangeurs, de l'autorisation de mise sur le marché de la buprénorphine à haut dosage, le Subutex®, puis de sa commercialisation, de la possibilité de prescrire méthadone et Subutex® en cours de détention, mais aussi la création d'un groupement d'intérêt public, Drogues info service, et de points-écoute jeunes et/ou parents.

Cependant, si la loi n'a pas empêché la prise de telles mesures, elle en a retardé la mise en œuvre. Soyons clair, si les mesures ont été prises, elles l'ont été pour lutter contre le sida et non pour traiter les toxicomanes. Il a fallu dix ans depuis la mise en vente libre des seringues en pharmacie à la suite d'un décret de mai 1987, dû au courage et à la ténacité de Michèle Barzach, pour que le dispositif se complète. Doit-on préciser qu'en 1989, un ministre perdit son poste pour avoir proposé une extension de la distribution de méthadone et qu'en 1990, le rapport Trautmann sur la lutte contre la toxicomanie et le trafic des stupéfiants n'évoquait ni l'échange de seringues, ni la substitution. À vrai dire, ce n'est pas tant la loi de 1970 qui est responsable de cet état de fait que la persistance de l'état d'esprit qui a présidé à son élaboration.

Un frein à la prise en charge et à la prévention

Par ailleurs, la loi a eu d'emblée des effets inattendus et pervers dont certains se pérennisent, bien qu'une amélioration récente se dessine. Ainsi, elle a suscité la création d'un secteur spécialisé qui a eu pour effet de laisser face à face des intervenants spécialisés et les services répressifs, cultivant chacun leur spécificité. Elle a contribué, en assimilant les usagers de drogues à des délinquants, en pré-

voyant pour eux des institutions spécialisées et une prise en charge directe par l'État, intention par ailleurs louable à l'origine, à les isoler peu à peu du reste de citoyens. Cette assimilation de l'usage en privé à une délinquance a aussi empêché toute formation des médecins qui n'ont bénéficié, jusqu'à ces dernières années, d'aucun enseignement sur les drogues et les toxicomanies au cours de leurs études. Surtout, elle perturbe l'application de la politique de réduction des risques. Les échanges gratuits de seringues, la mise en place de distributeurs, l'émergence de lieux de contact tels que les boutiques et les *sleep-in* avec les toxicomanes les plus défavorisés, la collaboration avec les associations d'usagers ou d'anciens usagers, par essence illégale, sont autant de circonstances où membres des services répressifs et acteurs de santé se trouvent en porte-à-faux, malgré décrets, arrêtés et circulaires, destinés à aplanir les difficultés. L'application de ces mesures nécessite une collaboration entre police, médecins, pharmaciens et associations, plus ou moins aléatoire, parfois excellente, parfois détestable. La loi est également un obstacle à l'instauration d'une prévention efficace en limitant celle-ci à la seule prévention primaire, visant avant tout à éviter le premier contact avec la drogue illicite et la première expérience. En ne reconnaissant pas qu'à côté de la dépendance, terme ultime de la prise de drogues, existe

un usage occasionnel, plus ou moins régulier, de plus en plus répandu, qui ne doit pas se transformer en usage toxique, elle laisse seuls face aux drogues les jeunes qui ont déjà consommé. La loi gêne également la prévention en ne faisant aucune nuance entre le cannabis et les drogues plus dangereuses, ce qui rend peu crédible le discours tenu aux jeunes. Elle ne la facilite pas non plus en séparant l'étude des drogues licites des illicites, la prévention de ces dernières sortant théoriquement du champ de la santé pour entrer dans celui de la justice. Les Suédois, volontiers pris en exemple, ont compris l'importance d'inclure toutes les drogues dans leur démarche préventive, préférant « marcher sur les deux jambes ». La loi empêche aussi une bonne connaissance épidémiologique puisqu'il est très difficile d'enquêter sur un phénomène anonyme, de dénombrer et d'interroger des usagers peu enclins à se manifester.

Ambiguïté et incohérence

En outre, cette loi donne l'habitude de vivre dans l'ambiguïté, le paradoxe, voire l'incohérence. N'est-il pas incohérent qu'un fumeur occasionnel de cannabis puisse, au moins théoriquement, être envoyé en prison, alors qu'un toxicomane avéré portant sur lui un ou plusieurs comprimés de Subutex® qu'il peut s'injecter, et une seringue, ne sera pas déféré devant le substitut du procureur ? N'est-il pas paradoxal de voir des sportifs convaincus d'avoir consommé du cannabis n'encourir qu'une suspension de deux mois de leur activité, sous prétexte de dopage, alors qu'ils auraient dû en toute logique être déférés devant la justice ? N'est-il pas paradoxal de prévoir une sanction pénale dans le cas d'accident de la route sous l'emprise de drogues illicites alors que le fait, en lui-même, est déjà un délit, à moins que la drogue ne soit considérée comme facteur aggravant ? N'est-ce pas ambigu de voir un artiste de variétés, certes de grand renom, être promu chevalier de la légion d'honneur, distinction qu'il ne demandait d'ailleurs pas, et être décoré par le Président de la

République lui-même, alors que cet artiste reconnaît, au même moment et en toute simplicité, avoir recours à la cocaïne ? Les exemples abondent qui ne peuvent que brouiller les messages adressés aux adolescents.

D'autre part, la loi ne répond plus à la réalité des faits. Ainsi le respect de l'anonymat et, à un moindre degré, la gratuité des actes sont des mesures devenues caduques dès lors que les médecins généralistes, astreints au secret professionnel, reçoivent de plus en plus de toxicomanes et peuvent prescrire des médicaments de substitution, remboursés par la sécurité sociale. La plupart des toxicomanes sont inscrits à la sécurité sociale, un quart d'entre eux bénéficient du revenu minimum d'insertion. Modifier la loi à ce sujet serait une manière de les réintégrer dans la communauté. Dans ce cas, il deviendrait indispensable de prévoir, pour les plus démunis, une prise en charge analogue à celle appliquée dans certaines maladies de longue durée.

Enfin, s'il est impossible à quiconque de dire si la loi a été réellement efficace et si le risque d'interpellation et d'emprisonnement pour usage reste dissuasif, ce qui est probable, elle a, à tout le moins, été débordée. Elle n'a pu empêcher l'augmentation du nombre des consommateurs occasionnels ni celle des toxicomanes dépendants, l'extension de la consommation à toutes les couches de la société, la propagation considérable du cannabis chez les jeunes qui n'ont souvent même plus conscience d'un quelconque danger et consomment sans l'once d'un sentiment de culpabilité, l'apparition très préoccupante de nouvelles drogues synthétiques telles que l'ecstasy, le développement redoutable des consommations associées et des polytoxicomanies rendant difficile toute tentative de désintoxication, l'éclosion d'une économie parallèle et souterraine qui met à mal la légalité républicaine, ni bien entendu la consommation plus ou moins licite de médicaments psychoactifs, notamment de benzodiazépines, associée à l'alcool. L'injonction thérapeutique n'a pas eu non plus les résultats espérés. Si elle est indiscutablement dans 50 % des cas le pre-

mier contact d'un toxicomane avec le système de soins, elle est très diversement appliquée en France et, malgré une amélioration récente, son rendement reste faible. Le nombre des injonctions est voisin de 9 000, ce qui est dérisoire comparé au nombre des héroïnomanes qui serait compris entre 150 et 200 000, aux quelque 65 000 consultants qui se présentent dans les centres de soins spécialisés, et les quelque 40 000 qui prennent actuellement du Subutex®, dont moins de 10 % consultent par le biais d'une injonction thérapeutique. Pour toutes ces raisons et pour répondre aux impératifs de santé publique, la loi de 1970 mériterait pour les uns d'être « dépoussiérée », pour d'autres profondément modifiée, pour d'autres encore abrogée.

Quoiqu'il en soit, il est difficile de rester objectif. Chaque acteur de la lutte contre les toxicomanies défend un point de vue légitime. Dans la pénalisation de l'usage, la police voit la possibilité de remonter les filières. Grâce à l'injonction thérapeutique, les magistrats pensent, à juste titre, éviter le naufrage d'adolescents. À cause de la loi, les intervenants en toxicomanie constatent que leur action est souvent entravée. Le public ne sait à quel saint se vouer. Quant aux politiques, ils sont désemparés devant ce concert d'avis discordants. ■

Pr Roger Henrion

Professeur émérite à la faculté de médecine Cochin-Port-Royal, membre de l'Académie nationale de médecine

Au-delà des produits

Les conduites addictives

Les recherches sur les toxicomanies sont dialectiquement partagées entre des approches opposées, quant à la spécificité même qu'elles accordent au phénomène. Il est ainsi possible de distinguer d'une part les recherches sur « le toxicomane », et d'autre part les recherches sur les dépendances ou les « addictions » au sens large, dans lesquelles la toxicomanie aux drogues illicites n'est qu'une variante de formes très répandues de conduites humaines.

Des toxicomanies aux addictions

Dans les premières, l'accent sera mis sur le caractère irréductible du vécu toxicomane, sur sa démesure et sa radicale différence avec d'autres expériences. L'héroïnomanie y est — en France du moins et depuis plus de vingt ans — considérée comme la forme la plus pure des toxicomanies, et les expériences du « shoot », du « flash », de la « plannète », du manque, apparaissent comme autant de faits qui concourent à constituer un monde psychique « toxicomane » différent de celui du commun des mortels.

À l'opposé, dans l'abord des addictions, le produit a moins d'importance que la conduite du sujet : les « addictions comportementales » sont la forme actuelle des « toxicomanies sans drogue » décrites par Otto Fenichel dès 1945. Cet

auteur peut d'ailleurs être considéré comme l'initiateur du regroupement des « troubles du contrôle des impulsions » dans le manuel statistique américain des maladies mentales...

Plus que d'une invalidation de l'abord clinique des sujets toxicomanes, il semble que la notion d'addictions résulte de l'application à d'autres champs, des réflexions sur la toxicomanie, devenue la forme paradigmatique des « maladies » de l'habitude, de la dépendance, ou de la démesure.

Une étude des discours en matière de jeu pathologique¹ nous a permis de montrer comment par exemple se reproduisent, en des termes inchangés, les débats qui, depuis des décennies, opposent en matière de toxicomanie les tenants de « modèles de maladie », aux défenseurs d'un « modèle adaptatif ».

Le regroupement en un vaste ensemble d'entités diverses sous le terme générique d'addictions est en fait de moins en moins discuté. Il existe en effet des arguments très forts en faveur de l'adoption de cette notion d'addictions au sens large, où se regroupent les toxicomanies, l'alcoolisme, le tabagisme, le jeu pathologique, voire les troubles des conduites alimentaires, les conduites sexuelles ou les relations amoureuses « aliénantes » :

Tout d'abord la parenté entre les divers troubles qui s'y trouvent regroupés, et qui sont définis par la répétition d'une conduite, supposée par le sujet prévisible,

maîtrisable, s'opposant à l'incertitude des rapports de désir, ou simplement existentiels, interhumains.

Ensuite, l'importance des « recouplements » (« overlaps ») entre les diverses addictions : nous avons vu la fréquence de l'alcoolisme, du tabagisme, des toxicomanies, voire des troubles des conduites alimentaires, chez les joueurs pathologiques.

Aussi, la fréquence régulièrement notée de passage d'une addiction à une autre, un toxicomane pouvant par exemple devenir alcoolique, puis joueur, puis acheteur compulsif...

Enfin, la parenté dans les propositions thérapeutiques. Particulièrement importante est ici l'existence des groupes d'entraide, basés sur les « traitements en douze étapes », de type Alcooliques anonymes. Ce sont en effet exactement les mêmes principes de traitement de conversion et de rédemption morale qui sont proposés aux alcooliques, aux toxicomanes, aux joueurs, et acceptés par nombre d'entre eux.

Certains craignent toutefois que dans la notion large d'addiction se dissolve la spécificité du discours sur la toxicomanie, ainsi banalisée et ramenée au niveau d'une simple habitude gênante ou socialement « non correcte » : plus de différence entre l'existence tragique du « junky » à la Burroughs, le goût immodéré pour le chocolat, ou l'habitude gênante de regarder un feuilleton stupide à la télévision.

D'autres au contraire, que des pans entiers de l'existence, des habitudes plutôt anodines, deviennent des équivalents de maladie, et que la médecine, par le biais de cette extension du concept d'addiction, en vienne à traiter l'ensemble des conduites humaines.

Il est donc particulièrement important de disposer de définitions claires, et de faire la part entre la réalité (même subjective) de l'aliénation, de la perte de liberté du sujet, et la métaphore, la comparaison entre des habitudes simplement gênantes, et la forme indiscutable des addictions : la toxicomanie, c'est-à-dire non seulement la dépendance à une substance chimique, mais le fait que cette

dépendance soit devenue le centre — à la fois but et moyen — de toute l'existence psychique et sociale du sujet.

Goodman avait, en 1990, proposé une définition conforme à celles du DSM, en utilisant des critères d'abus de substances psychoactives, et du jeu pathologique.

Mais le risque d'extension infinie, de dérive, de passage de la métaphore à l'explication² justifie sans doute le fait que les addictions n'ont pas encore une place en tant que telle dans les manuels statistiques des maladies mentales.

L'importance du discours de type « Alcooliques anonymes » est encore ici particulièrement nette. Les mouvements d'entraide, qui recourent à un concept très métaphorique de maladie, soulignent la dimension de souffrance personnelle, de sentiment subjectif d'aliénation des sujets qui, alcooliques, toxicomanes, joueurs pathologiques, ont l'impression d'être la proie d'un processus qui leur échappe. Subjectivement, il n'y a pas continuité, mais rupture, saut qualitatif, entre usager de drogues et toxicomane, joueur et « joueur pathologique », comme entre buveur et alcoolique. Le travail de définition des addictions ira de pair avec une limitation des abus de l'extension de cette notion, mais aussi avec une réflexion sur son emploi possible dans de nouveaux champs : par exemple ceux de la délinquance et de la criminalité³.

Définir les addictions

J. Bergeret, soulignant l'étymologie du terme, avait proposé un emploi particulier du terme « addiction » : dérivé du latin *addictus*, il désignait *la contrainte par corps*. Cet auteur proposait donc de l'employer dans le cadre d'un abord psychanalytique, où la dépendance corporelle aurait valeur pour le sujet de tentative inconsciente de régler une dette. Le terme désigne alors métaphoriquement la toxicomanie, dans une conception psychologique qui ferait de la dépendance physique l'équivalent d'une peine auto-infligée. La clef de la dépendance serait à chercher dans la source de ce sentiment de dette dans le vécu du sujet : « *il s'agit*

de considérer à la suite de quelles carences affectives le sujet dépendant est amené à payer par son corps les engagements non tenus et contractés par ailleurs »⁴.

Mais c'est indépendamment de ces considérations que le terme se répand, et des définitions plus descriptives, voire plus opérationnelles s'avèrent nécessaires.

Une définition conforme aux critères du DSM est donc celle proposée par Goodman⁵ :

- Impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement.
- Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement.
- Plaisir ou soulagement pendant sa durée.
- Sensation de perte de contrôle pendant le comportement.
- Présence d'au moins cinq des neuf critères suivants :
 - préoccupation fréquente au sujet du comportement ou de sa préparation.
 - intensité et durée des épisodes plus importantes que souhaitées à l'origine.
 - tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement.
 - temps important consacré à préparer les épisodes, à les entreprendre, ou à s'en remettre.
 - survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiales ou sociales.
 - activités sociales, professionnelles ou récréatives majeures sacrifiées du fait du comportement.
 - perpétuation du comportement bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou physique.
 - tolérance marquée : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité.
 - agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement.
- Certains éléments du syndrome ont

duré plus d'un mois ou se sont répétés pendant une période plus longue.

Cette définition peut s'inscrire dans une conception de l'addiction comme processus, mise en avant par Stanton Peele dès 1975, dans son ouvrage *Love and addiction* (avec A. Brodsky⁶).

Rappelons que, selon Peele, c'est d'une expérience que certains sujets deviennent dépendants, et non d'une substance chimique. Le caractère agréable de l'expérience initiale n'est pas, dans cette optique, d'une importance primordiale. Le recours répétitif à la conduite addictive aurait une fonction d'évitement de situations anxiogènes, en substituant à l'incertitude des relations humaines le déroulement prévisible d'une séquence comportementale maintes fois vécue.

Un parallèle pourrait être fait entre cette vision et des approches psychanalytiques, qui voient dans des formes mineures de toxicomanies l'institution d'un néo-besoin, ou une forme agie d'équivalent de mécanisme de défense contre des représentations anxiogènes (ou une façon d'éviter à la fois l'affrontement de situations anxiogènes, et la mise en jeu de mécanismes de défense, au sens habituel du terme).

Modéliser les addictions

L'étude des modèles psychopathologiques des addictions⁷ montre une apparente opposition entre des modèles psychanalytiques, et des modèles comportementalistes ou psycho-sociaux.

Il nous semble toutefois que le désir de s'inscrire dans un champ de référence précis (psychanalyse, comportementalisme, etc.), comme la crainte de l'éclectisme, conduit à une prolifération de modèles, qui gagneraient à être rapprochés. C'est en quelque sorte vers une « méta-modélisation » des addictions que nous devrions tendre, en conjuguant les apports de disciplines très différentes.

De façon générale, tout abord des addictions doit commencer par prendre acte des diverses dimensions du phénomène, résumées pour les toxicomanies par C. Olievenstein comme « la rencontre entre

une personnalité, un produit, et un moment socioculturel ».

Aucun de ces éléments ne doit être éludé pour une appréhension globale du phénomène, et il est évident qu'aucun spécialiste ne peut totalement maîtriser les disciplines concernées par une aussi vaste problématique.

Les oppositions et querelles de chapeau ne sont trop souvent que l'effet de l'étroitesse de vue des protagonistes. Un psychologue par exemple pourra nier toute importance de la biologie, un pharmacologue tout rôle de la culture ou de la société...

Bien des débats entre spécialistes ressemblent à des oppositions entre des vues partielles, toutes vraies, mais toutes incomplètes. Comme si l'on se battait autour de l'impossibilité de représenter, en deux dimensions, une carte exacte du globe terrestre : l'existence, sur l'une des représentations, d'un pôle nord, n'implique pas l'inexistence d'un pôle sud...

Le passage de la toxicomanie aux addictions a, pour les auteurs anglo-saxons, l'intérêt de dépasser une vision étroite de « maladie », simplement basée sur l'interaction entre une substance et un individu (sinon entre une molécule et une synapse...).

Il y a longtemps que, notamment sous l'influence de la psychanalyse, nous sommes habitués à relativiser la place du produit dans les toxicomanies.

Dans le cas des « addictions comportementales » ou des « toxicomanies sans drogues », nous avons toutefois à faire une place à ce qui est l'équivalent de la drogue dans la toxicomanie. Ceci à deux niveaux : l'effet, l'éprouvé particulier qui est au centre de la conduite addictive (lié à des modifications neurobiologiques, même en l'absence de « drogue » extérieure), et d'autre part le sens, la place du « produit » dans l'histoire du sujet (qui justifie les études sur le « choix » de la « drogue », et les abords psychologiques divers).

Nous avons (avec A. J Charles-Nicolas), proposé depuis 1981⁸ la notion de conduites ordaliques, qui peut, au niveau de la quête de sens, être le pendant de la recherche de sensations de M. Zuckerman au niveau de l'effet, de l'éprouvé...

Et la notion de conduites ordaliques pourrait être un élément central d'éclairage des aspects actifs, paradoxaux, des addictions.

Tentative, pour un sujet dépendant, ayant « perdu le contrôle de sa vie » (selon la formulation Alcooliques anonymes), de reprendre en main son destin, elles constitueraient *l'envers de la dépendance*.

L'addiction elle-même serait à deux faces : l'une de désobjectivation, d'effacement du sens, l'autre de transgression, affrontement, recherche de sens...

Le tabagisme est encore aujourd'hui un bon exemple de comportement « insensé », en secteur, mais fort peu ordalique, sans grand retentissement sur la vie subjective, plus dépendance pure qu'addiction.

Le jeu, dans lequel le « produit » est le hasard et l'argent, l'éprouvé l'excitation extrême dans l'attente du verdict, serait au contraire la répétition jusqu'à l'absurde de la question même du sens de la vie, une quête de justification du droit à la vie...

Nous proposons donc l'hypothèse que les différentes formes de dépendance, les diverses « addictions », se distribueraient suivant un continuum, des dépendances les plus acceptées ou les plus passives, aux plus « ordaliques » : à une extrémité le tabagisme, voire les troubles des conduites alimentaires, à l'autre les formes actuelles de toxicomanies, avec leur versant de marginalité parfois recherchée, de révolte souvent manifeste, de transgression toujours présente.

Dans cette classification des addictions, le jeu « pathologique » doit occuper un position centrale : socialement encouragé par l'État, le jeu ne devrait pas entraîner la moindre marginalisation, ou stigmatisation de ses adeptes. Or, voie courte, quasi mystique ou magique vers la fortune, il garde en soi, dans les représentations du public comme des joueurs eux-mêmes, l'aura de réprobation morale qui vise la facilité, le refus de l'effort, de la voie longue...

Les divisions qui ont durant plusieurs années agité en France le champ de l'intervention en toxicomanie, autour de la

réduction des risques ou des traitements de substitution peuvent trouver, dans ce début de modélisation des addictions, une explication :

D'un côté, des thérapeutes qui se réfèrent aux théories psychanalytiques ou psycho-sociales ont vécu la promotion de traitements de substitution comme le risque d'une régression conceptuelle : la toxicomanie redeviendrait dans certains discours très médicaux une maladie chronique, comparable au diabète, simple interaction entre le corps du sujet et une substance.

De l'autre, des soignants attachés à des approches pragmatiques, soulignent l'erreur qui consisterait à mettre à tout prix du sens dans ce qui est devenu processus, à continuer à rechercher la signification de ce qui n'en a plus, et nécessite au contraire d'être considéré « comme » une maladie... ■

Références

1. M. Valleur et C. Bucher. *Le jeu pathologique*. Paris : PUF, Que sais-je ?, 1997, 128 p.
2. voir par exemple, sur l'emploi de la métaphore addictive pour dénoncer les effets du sucre chez les enfants : C. Fischler. *L'addiction : un concept à utiliser avec modération ?* in : P. Chambat / dir. *Modes de consommation, mesure et démesure*, Paris : Descartes, Coll. Université d'été, 1991
3. Par exemple : J. E. Hodge et coll. *Addicted to crime ?* Chichester, England : John Wiley and Sons, 1997.
4. J. Bergeret : *Aspects économiques du comportement d'addiction*, in : J. Bergeret et coll. *Le psychanalyste à l'écoute du toxicomane*. Paris : Dunod, 1981, p. 9-26
5. in : A. Goodman. « Addiction : definition and implications ». *British Journal of Addiction*, 1990, 85.
6. S. Peele, A. Brodsky. *Love and Addiction*. New York, : Taplinger, 1975, 284 p.
7. J. L. Pedinielli, G. Rouan, P. Bertagne. *Psychopathologie des addictions*. Paris, PUF, coll. Nodules, 1997
8. M. Valleur. *Conduites ordaliques et toxicomanies*. Mémoire pour le CES de psychiatrie, Université Paris-sud, 1981, et A. J. Charles-Nicolas, M. Valleur. *Les conduites ordaliques*, in : C. Olievenstein / dir. *La vie du toxicomane*. Paris : PUF, coll. Nodules, 1982. Plus récemment : *Toxicomanies et mort, addiction et conduites de risque*. Rapport de recherche MESR/DGLDT. Paris : Association Greco, 1994

Marc Valleur

Psychiatre, praticien hospitalier, Centre Marmottan, Paris

Bibliographie

Jean-Michel Costes, directeur de l'OFDT, **Lionel Fournier**, professeur de médecine, chargé de mission, Mildt et **Pierre Poloméni**, praticien hospitalier, centre hospitalier d'Evry ont assuré la coordination de ce dossier. Les articles et encadrés ont été rédigés par :

Jacques Afchain, médecin généraliste, président de l'Association généralistes et toxicomanies 93 • Chloé Carpentier, responsable des travaux statistiques, OFDT • Baptiste Cohen, directeur de Drogues info service • Dominique de Galard, médecin inspecteur de santé publique, direction générale de la Santé • Françoise Facy, directeur de recherche, Inserm U 302 • Isabelle Grémy, médecin épidémiologiste, observatoire régional de la Santé d'Île-de-France • Michel Hautefeuille, praticien hospitalier, chef de service de l'intersecteur pour pharmacodépendants, Val d'Oise (Centre Imagine) • Rodolphe Ingold, directeur scientifique de l'Irep • Pierre Kopp, professeur agrégé de Sciences économiques, Université de Reims • Martine Lacoste, administratrice Anit, Association Clémence Isaure, Toulouse • Hélène Martineau, stagiaire, Centre de recherches sociologiques sur le droit et les institutions pénales (Cesdip) • Françoise Moyen, chargé de mission, Mildt • Pierre Prual, administrateur Anit, SOS Drogues International, Marseille • Bertrand Riff, médecin généraliste, Association généralistes et toxicomanies 59 et 62 • Laurence Simmat-Durand, maître de conférence, Université de Tours, Centre de recherches sociologiques sur le droit et les institutions pénales (Cesdip) • Mohamed Toussirt, sociologue, chef de projet de la Boutique

H. Bergeron. *Soigner la toxicomanie. Les dispositifs de soins entre idéologie et action*. Paris : L'Harmattan, coll. Dossiers sciences humaines et sociales, 1996, 255 p.

C. Carpentier, J.-M. Costes. *Drogues et toxicomanies : indicateurs et tendances*. Paris : OFDT, 1996, 127 p.

S. Cattacin, B. Lucas, S. Vetter. *Modèles de politique en matière de drogue. Une comparaison de six réalités européennes*. Paris : L'Harmattan, coll. Logiques politiques, 1996, 255 p.

P. Chossegros. Les complications somatiques de la toxicomanie. *Revue documentaire Toxibase.*, 1995, n°3.

F. Facy et coll. *Toxicomanes incarcérés : étude épidémiologique auprès des antennes 1992-1995*. Paris : EDK, 1997, 107 p.

I. Grémy. *Suivi de la toxicomanie et des usages de drogue en Île-de-France, 1986-1993*. Paris : Orsif, 1995, 93 p.

P. Kopp. *L'économie de la drogue*. Paris : La Découverte, coll. Repères, 1997, 128 p.

Observatoire français des drogues et des toxicomanies. *Drogues et toxicomanies : répertoire des sources statistiques, édition 1997*. Paris : OFDT, 1998.

Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants. *Statistiques 1996. Usages et trafic de drogues*. Paris : OCRTIS, 1997.

P.-J. Parquet. *Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives*. Vanves : éditions CFES, 1997, 107 p.

M. Valleur, C. Bucher. *Le jeu pathologique*. Paris : PUF, coll. Que sais-je ?, 1997, 127 p.

Mildt

Service documentation
8, avenue de Ségur
75350 Paris 07 SP
Télécopie : 01 40 56 72 10
Courrier électronique : damil@ofdt.fr

OFDT

105, rue Lafayette
75110 Paris
Télécopie : 01 53 20 16 00
<http://www.ofdt.fr>

Drogues info service

Écoute conseil orientation
Téléphone : 0 800 23 13 13

Association nationale des intervenants en toxicomanie (Anit)

8, rue de l'Haye
69230 Saint Genis Laval
Téléphone : 04 78 56 46 00

Centre national de documentation sur les toxicomanies (CNDT)

Université Lyon II
14, avenue Berthelot
69007 Lyon
Téléphone : 04 72 72 93 07

Centre Didro

Librairie, accueil, prévention
9, rue Pauly
75014 Paris

Institut de recherche en épidémiologie de la pharmacodépendance (Irep)

32-34, rue Jean Cottin
75018 Paris
Téléphone : 01 46 07 10 29

Commission européenne. DG V

Eufo 3164
Luxembourg
Télécopie : 00 352 4 301 34975

Adresses utiles