



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, inébranlables 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