

22

mars 1998

# Actualité et dossier *en* **santé publique**

*Revue trimestrielle du Haut Comité de la santé publique*

Usages de drogues et  
**toxicomanies**  
**dossier**

22

mars 1998

# Actualité et dossier en santé publique

HC  
SPHaut Comité de la  
Santé Publique

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité  
**Haut Comité de la santé publique**  
8, avenue de Ségur  
75350 Paris 07 SP  
télécopie 01 40 56 79 49

**Président**

Bernard Kouchner,  
secrétaire d'État à la Santé

**Vice-Président**

Pierre Ducimetière

**Rapporteur général**

Guy Nicolas

**Secrétaire général**

Joël Ménard,  
directeur général de la Santé

**Secrétaire général adjoint**

Geneviève Guérin

## Actualité et dossier en santé publique

**Directeur de la publication**

Joël Ménard

**Rédacteur en chef**

Patricia Siwek

**Comité de rédaction**

Ségolène Chappellon, Denis Couet, Lucie Degail, Pierre Ducimetière, Jean-François Dodet, Ruth Ferry, Geneviève Guérin, Jean-Claude Henrard, Diane Lequet-Slama, Claudine Le Grand, Guy Nicolas, Philippe-Jean Parquet

**Secrétaire de rédaction**

Marie-Josèphe Strbak

**Téléphone de la rédaction** 01 40 56 79 56

**Recherche documentaire** Centre français de documentation en santé publique

**Réalisation** Philippe Ferrero

**Secrétariat** Myrielle Toi, Josette Esdras

**Ont participé à ce numéro**

Jean-Michel Costes, Lionel Fournier, Pierre Poloméni

Jacques Afchain, Jacques Arènes, Chloé Carpentier, Baptiste Cohen, Dominique de Galard, André Ernst, Isabelle Erny, Françoise Facy, Michel Ghysel, Isabelle Gremy, Michel Hautefeuille, Roger Henrion, Rodolphe Ingold, Pierre Kopp, Martine Lacoste, Fabienne Lavolé, Marc Valleur, Françoise Moyen, Pierre Prual, Bertrand Riff, Christine Roguez, Laurence Simmat-Durand, Mohamed Toussirt, François Tuffreau

Dépôt légal mars 1998 - ISSN 1243-275X  
Le dossier « Usages de drogues et toxicomanies » se trouve encarté entre les pages 16 et 17. Il est numéroté de I à XLIV. La reproduction totale ou partielle des éléments publiés dans ce numéro est autorisée sous réserve de la mention :

Haut Comité de la santé publique,  
Actualité et dossier en santé publique n° 22

## Sommaire

- **1 Éditorial**, *Michel Ghysel*
- **2 Actualité**  
Éthique et protection des personnes. Qui fait quoi ?  
*Isabelle Erny*
- **5 Organisme**  
Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques
- **6 Europe**  
1997 : une année charnière pour la santé publique en Europe, *André Ernst*
- **10 Alcoologie**  
Plaisirs du risque et risques du plaisir, *Fabienne Lavolé, Christine Roguez*
- **12 Formation**  
DESS promotion et développement de l'éducation à la santé
- **13 Études**  
Baromètre santé adultes 95/96. Principaux résultats, *Jacques Arènes*
- **17 Recherche**  
Toxicomanie épidémiologie en santé mentale, Inserm Unité 302
- **18 Régions**  
Le nouveau paysage régional en matière de santé, *François Tuffreau*
- **22 Documentation**
- **28 Législation & réglementation**
- **29 L'actualité du Haut Comité**  
Avis du HCSP : Précarisation sociale et santé
- **33 Calendrier**

dossier

## Usages de drogues et toxicomanies

Dossier coordonné par **Jean-Michel Costes**,  
**Lionel Fournier** et **Pierre Poloméni**

## La meilleure façon de s'en sortir est de ne pas y entrer...

La consommation de drogues recouvre des réalités assez diverses. On distingue maintenant l'usage occasionnel, l'usage nocif ou abusif et la dépendance, le danger étant souvent de ne pas maîtriser le passage d'un stade à un autre.

Les politiques de prévention, de soins, voire de répression doivent tenir compte de cette diversité afin :

- d'informer pour dissuader les jeunes de faire certaines « expériences » ;
- de venir en aide si l'usage de produits s'est installé, pour qu'il ne dégénère pas en dépendance ;
- enfin, d'essayer par tous les moyens de se délivrer de cette dépendance aux conséquences personnelles sanitaires et sociales graves.

Car sortir de la drogue est plus qu'un travail de deuil. C'est réintégrer la communauté des humains dont la drogue avait coupé le toxicomane durant tout son temps de dépendance.

L'emprise de la drogue occulte toute autre forme d'appartenance. Famille, conjoint, amis, société, identité propre... tout est subordonné à la dictature des produits, des dealers, d'un mode de vie qui conditionne plus que ne sauraient le faire les régimes les plus totalitaires. Il faudra, pour l'ex-toxicomane, tout apprendre ou réapprendre, réorganiser sa vie, lui donner un sens, se fixer des objectifs, se battre pour les atteindre. Un être humain est, après le passage de la drogue, semblable à un pays après une guerre. Il va falloir apprendre à vivre dans la paix, à accepter ses blessures et ses pertes... reconstruire et reprendre confiance en les autres autant qu'en lui-même.

C'est dire toute l'importance de ne pas se laisser piéger par ces paradis artificiels. Pendant longtemps on a cru dans le bouclier de la loi de décembre 1970. Celle-ci

intervenait après trois années (1968 à 1970) où la montée en puissance des problèmes de drogues a vraiment déferlé sur le pays.

Ce réflexe de défense était nécessaire, mais d'année en année, il s'est révélé insuffisant à donner une réponse satisfaisante aux victimes de la drogue. Je suis pour ma part plus que jamais partisan de maintenir les dispositions répressives de la loi contre les trafiquants, ceux qui achètent des pans entiers de l'économie, avec la fausse monnaie du trafic, qui pervertissent les âmes et les consciences par l'appât du gain.

Mais cela ne me suffit pas. Je pense aux victimes d'un rêve qui s'est changé en cauchemar, je pense aux familles désespérées par la déchéance qui détruit jour après jour les enfants à qui elles ont donné un jour la vie.

Les conséquences sanitaires gravissimes de la dépendance ont conduit les pouvoirs publics à proposer des politiques de réduction des risques. Ces mesures de santé publique mises en œuvre, quelquefois avec difficulté, étaient nécessaires car permettre au toxicomane de ne pas altérer de façon irréversible sa santé, c'est lui donner davantage de raison de s'en sortir.

Encore faut-il ne pas se contenter d'utiliser une molécule chimique légale à la place d'un produit illégal.

D'où la nécessité d'un accompagnement personnel dans tout traitement de substitution (ce qui paraît très oublié en particulier avec le Subutex®).

Cependant la prévention est le moyen le plus efficace à terme. L'adage « mieux vaut prévenir » prend ici tout son sens. Une vaccination vaut mieux qu'un remède. Trouver en soi les raisons, la force de dire non au produit passe par la valorisation de l'être humain, par le développement de tout ce qui fait la noblesse de notre humanité : la liberté et la capacité

d'aimer. Accepter la vie, c'est bien sûr s'accepter soi-même sans tricherie, sans recherche de dopage artificiel de ces humeurs, sans évasion dans le rêve pour échapper à une réalité trop vide d'espoir pour l'accepter.

Informé, prévenir, entourer, éduquer ; tous ceux qui ont ces compétences se doivent de les mettre au service des plus vulnérables d'entre nous.

C'est un défi fait d'écoute, d'exemplarité, d'amour aussi, que la famille des hommes doit relever comme on relève un enfant blessé.

C'est pourquoi nous n'échapperons pas demain à un débat sur l'usage des drogues et les toxicomanies. Il faut nous informer, nous y préparer — et ce dossier y contribuera peut-être — c'est notre souhait.

Pour apporter une réelle réponse en termes de santé publique, il nous faudra sortir des polémiques et être clairs sur nos choix et nos objectifs.

**Docteur Michel Ghysel**

Membre du Haut Comité de la santé publique

# Éthique et protection des personnes

## Qui fait quoi ?

**La confusion est fréquente entre la notion de « comités d'éthique locaux » et celle de « comités consultatifs de protection des personnes dans la recherche biomédicale » (CCPPRB). Elle s'explique sans doute par leur contexte d'origine qui a entraîné la création spontanée des premiers et l'institutionnalisation des seconds, et leur champ d'intervention commun : la recherche médicale. Les débats qui ont eu lieu au moment de la création du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE) en 1983 et lors de la création des CCPPRB en 1988 et de leurs modifications successives n'ont pu qu'entretenir cette confusion.**

**L**a création des comités d'éthique de par le monde est liée à l'histoire et au développement de la recherche biomédicale sur l'être humain. C'est au lendemain du procès de Nuremberg, compte tenu des dérives qui s'étaient produites pendant la guerre, qu'est né le besoin universel de créer de telles instances : pluridisciplinaires, compétentes au plan juridique et indépendantes. Ce besoin a été formalisé en 1964 par l'Association médicale mondiale dans la Déclaration d'Helsinki. Celle-ci préconisait que toute expérimentation sur un être humain soit clairement définie dans un protocole de recherche soumis « pour avis et conseil » à un comité *ad hoc* indépendant. La déclaration d'Helsinki reposait sur un concept de *comité de re-*

*cherche*. Il fallut attendre 1976 et l'affaire Karen-Ann Quinlan au États-Unis d'Amérique<sup>1</sup> pour qu'apparaisse une autre conception des comités d'éthique : le *comité clinique*. L'affaire en question avait mis en évidence la nécessité d'une structure de prise de décision collective, d'ordre thérapeutique.

En France, l'évolution a été la même qui a vu fleurir des comités d'éthique répondant tantôt à l'une tantôt à l'autre de ces deux conceptions. C'est d'abord un décret de 1960 qui autorise les hôpitaux à établir des règles éthiques. En 1974, est créé le comité d'éthique de l'Inserm, organisme de recherche. Le début des années quatre-vingt voit se constituer spontanément divers comités locaux (dont ceux de l'AP-HP, des Hospices civils de

Lyon ou en Midi-Pyrénées), auprès des établissements de santé publics ou encore auprès des conseils départementaux de l'Ordre des médecins. Ce mouvement voit sans doute son couronnement, en 1983, avec la création par décret du Président de la République du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE).

Jusqu'en 1988, la naissance spontanée de comités d'éthique locaux venait remplir un vide juridique dans le domaine de la recherche médicale sur l'être humain, marqué par l'absence de structures institutionnalisées par les pouvoirs publics. Leur filiation avec les comités issus de la Déclaration d'Helsinki paraît claire. Il s'agissait, dans un premier temps, avant tout de *comités de recherche*. C'est à la fois la création du CCNE en 1983 et surtout celle des CCPPRB en 1988 qui est venue jeter le trouble et a marqué l'évolution des comités locaux vers le concept de *comités cliniques*.

C'est par la loi « Huriet » du 20 décembre 1988 relative à la protection des personnes se prêtant à des recherches biomédicales que sont créés les CCPPRB. Ces comités, comme nous le verrons plus loin, ne sont pas des comités d'éthique, mais ils viennent occuper officiellement le terrain de la protection des personnes en matière de recherche biomédicale.

Avant eux déjà le CCNE dans la version de 1983, s'était vu chargé de donner des avis sur les « problèmes moraux soulevés par la recherche dans les domaines de la biologie, de la médecine et de la santé, que ces problèmes concernent l'homme, des groupes sociaux ou la société tout entière ».

Face à la reconnaissance institutionnelle d'un Comité national d'éthique et de comités départementaux spécialisés dans la protection des personnes dans le domaine de la recherche, la place et le rôle des comités locaux devenaient très floue.

### Accompagner la pratique médicale

De fait, qui sont actuellement les comités locaux ? De création spontanée, ni leur composition ni leur statut juridique, ni leurs modalités de fonctionnement ne sont encadrés par des textes (parfois il s'agit d'associations régies par la loi de 1901). Ils peuvent donc présenter des caractéristiques diverses. Pour l'essentiel ils se trouvent auprès des groupements scientifiques, des instituts de recherche ainsi qu'en milieu hospitalier : hôpitaux locaux, CHR, CHU, services de pointe ou très spécifiques (médecine fœtale, néonatale, réanimation, soins palliatifs...).

Quant à leur fonction : le comité d'éthique de l'AP-HP créé en 1981 (mais c'était avant la loi de 1988) se décrit comme « chargé de définir les principes garantissant le respect des personnes et d'apporter aux médecins ses conseils et son appui en matière d'évolution des médicaments ».

Le CCNE a tenté de redéfinir la place des comités locaux dans le dispositif d'ensemble constitué d'une part par sa propre création et d'autre part, après 1988, par la création des CCPPRB<sup>2</sup>. Ces comités locaux lui apparaissaient désormais comme étant essentiellement des *comités cliniques* ayant une mission de formation et d'information des personnels auprès desquels ils fonctionnent ; ils peuvent constituer des relais de base utiles à la réflexion éthique. Les rapports successifs devant aboutir aux lois de

bioéthique de juillet 1994 ont porté un regard identique sur ces comités non institutionnels auxquels ils reconnaissent un rôle d'instances de réflexion, de formation, d'information et d'aide à la décision ainsi que de véritables viviers où se forme la pensée éthique de terrain.

À l'avenir, il semble que leur rôle se partagera entre les fonctions suivantes :

- aide à la décision, c'est-à-dire développement de leur aspect comité clinique, notamment dans le cadre d'une médecine de plus en plus pointue et technique ;

- aide à la décision expérimentale : bien que ce rôle de comité de recherche soit réduit depuis la création des CCPPRB, les comités locaux continuent dans certaines structures à permettre une réflexion collective et l'élaboration de « bonnes pratiques ». Leurs avis n'ont évidemment aucune force juridique ; totalement facultatifs et consultatifs, ils reposent entièrement sur l'autorité personnelle des membres du comité, et n'ont au plus qu'une valeur d'usage ;

- contribution à la réflexion : dans le domaine de la recherche, leur rôle est en effet limité avec l'apparition des CCPPRB, mais ces derniers ne sont pas des comités d'éthique (cf. ci-après). Par ailleurs, il n'existe aucun lien de dépendance avec le CCNE, même si la tentation d'une telle construction a pu exister. Leur réflexion sur le terrain est donc indispensable et originale. Elle accompagne la pratique médicale au quotidien face à des progrès techniques rapides et souvent déshumanisants tant pour les patients que pour les praticiens.

### S'assurer que la recherche biomédicale est conforme à la loi

Quant aux CCPPRB de la loi Huriet du 20 décembre 1988, avec lesquels une certaine confusion persiste dans la mesure où ils ont également une compétence territoriale, ils se distinguent des comités d'éthique locaux sur plus d'un point.

#### Comment fonctionnent les CCPPRB ?

Le mode de fonctionnement des CCPPRB, entièrement encadré par la loi et ses décrets d'application, prévoit qu'avant de mettre en œuvre une recherche sur l'être humain, *le médecin investigateur* — celui qui dirige et surveille la recherche — doit consulter un comité de la région où il exerce son activité. Il s'agit donc d'une consultation rendue obligatoire par la loi. Le comité saisi se réunit à sa convenance, examine le projet de recherche et émet un avis. Si cet avis est favorable, *le promoteur* — personne physique ou morale qui a pris l'initiative de la recherche — adresse soit au ministre chargé de la Santé, soit au directeur général de l'Agence du médicament selon le cas, une lettre d'intention concernant le projet. Il peut parallèlement mettre immédiatement en œuvre la recherche, le ministre ou le directeur de l'agence ayant toutefois un pouvoir de suspension ou d'interdiction de la recherche malgré l'avis favorable du CCPPRB. Si l'avis est défavorable, le comité est tenu de l'adresser au ministre ou au directeur général de l'agence. Si le promoteur persiste dans son intention, il ne peut alors mettre en œuvre la recherche que dans un délai de deux mois. Ce laps de temps permet au ministre ou au directeur général de l'agence d'examiner le dossier et de prendre une décision. À cette procédure déclarative de principe, une loi de 1996 est venue apporter une exception en ce qui concerne les essais cliniques de thérapie génique ; ces derniers nécessitent une autorisation préalable à leur mise en œuvre par le directeur général de l'Agence du médicament.

D'une part parce que leur existence procède de la loi qui encadre leur mission, leur composition et leur fonctionnement<sup>3</sup> et d'autre part parce qu'ils ne constituent pas des comités d'éthique, malgré la présence de personnalités qualifiées en matière d'éthique en leur sein. C'est ainsi que M. le sénateur Serusclat, l'un des initiateurs de la loi de 1988, à l'occasion de la modification du texte en 1994, a tenu à rappeler que ces comités n'étaient « ni des comités scientifiques, ni des comités d'éthique » mais des comités de protection des personnes. À l'appui de cette analyse, il faut préciser que d'une part, leur composition ne préjuge pas de leur nature de comité d'éthique, et que d'autre part leur mission est de s'assurer que les projets de recherches biomédicales qui leur sont soumis répondent bien aux conditions posées par la loi, mais en aucun cas d'élaborer des règles éthiques :

- les CCPPRB sont composés de manière à garantir leur indépendance et la diversité des compétences dans le domaine biomédical et « à l'égard des questions éthiques, sociales, psychologiques et juridiques ». Sur douze membres, les deux tiers sont des personnes qualifiées en matière de recherche biomédicale (médecins, scientifiques ou autres professionnels de santé) et le dernier tiers des personnes qualifiées en matière éthique, sociale, psychologique ou juridique. Mais il faut noter que le législateur n'a pas souhaité la présence de représentants de courants de pensée qui risquait d'altérer la nature des comités et qui ne serait de toute façon pas assez représentative (1 membre sur 12). L'introduction par un décret intermédiaire de 1990 d'une représentation des courants de pensée était en fait une déviation par rapport à la volonté initiale du législateur. Cette erreur a été corrigée par la réforme de 1994. M. Serusclat a précisé lors des débats de la réforme de 1994 que la présence de catégories de personnes « compétentes en matière d'éthique » signifiait seulement que ces personnes étaient « capables d'appliquer les conséquences d'une éthique reconnue et acceptée par une société mais non d'en élaborer une » ;
- quant à la mission des CCPPRB, elle

est essentiellement de veiller à la bonne application des principes et conditions posés par la loi relative à la protection des personnes se prêtant à des recherches biomédicales. À cette fin, ils vérifient si la recherche présente une rigueur scientifique suffisante en appréciant la pertinence générale du projet et la qualité des pré requis, l'adéquation entre les objectifs poursuivis et les moyens ainsi que la qualification des responsables de la recherche. Par ailleurs, ils vérifient que les droits et la protection des personnes qui se prêtent à la recherche sont garantis (notamment en ce qui concerne l'information et le consentement). Certes obligatoires, les avis des CCPPRB ne lient pas l'administration (voir encadré). Il existe au moins un CCPPRB par région et cette présence locale est sans doute l'un des facteurs qui ont conduit à la confusion avec les comités d'éthique locaux, outre leur terrain d'action identique à l'origine : la recherche biomédicale sur l'être humain.

Ainsi, l'éthique au plan institutionnel et officiel est représentée en France par le seul Comité consultatif national d'éthique créé en 1983 mais dont l'existence et les missions ont été consacrées par le législateur en juillet 1994 à l'occasion des lois bioéthiques : « Le Comité a pour mission de donner des avis sur les problèmes éthiques soulevés par les progrès de la connaissance dans les domaines de la biologie, de la médecine et de la santé et de publier des recommandations sur ces sujets ».

Le champ de l'éthique au sens strict peut sembler s'être réduit sur les questions dites de bioéthique (greffes d'organes, procréation médicalement assistée, diagnostic prénatal, recherche sur l'embryon, recherche sur l'être humain, tests génétiques...) du fait de l'extension du champ du droit. De nombreux domaines sont désormais encadrés par le législateur, pour partie inspiré par les avis du CCNE et dix années de réflexion éthique qui ont abouti d'une part à la loi de 1988 relative à la protection des personnes se prêtant à des recherches biomédicales et d'autre part aux lois de juillet 1994 l'une relative au respect du corps humain et

l'autre au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal. Toutefois, le législateur n'a pas embrassé l'ensemble de la bioéthique dès 1994, et un certain nombre de principes sont encore en cours de gestation, comme en témoignent quelques avis récents du CCNE (médecine prédictive et tests génétiques en 1995, collection d'organes, des tissus et des cellules embryonnaires, clonage en 1997). Par ailleurs, une médecine de plus en plus envahie par les biotechnologies, repoussant toujours plus loin ses limites, alors que la frontière entre le thérapeutique et l'essai clinique devient parfois floue, nécessite sans doute d'être accompagnée au quotidien. Les soignants, auxquels par ailleurs la loi propose de plus en plus de structures d'exercice pluridisciplinaires, ont besoin de lieu de réflexion collective. Il semble bien que le pronostic du CCNE soit juste, de voir dans les comités locaux d'éthique, des comités cliniques pour demain venant compléter son rôle d'élaboration d'un consensus éthique au plan national. ■

## Notes

1. Par une décision du 31 décembre 1976, la Cour suprême du New Jersey statuait dans l'affaire Quinlan en imposant aux parties — les parents de la jeune Karen-Ann et l'établissement hospitalier — la consultation d'un comité hospitalier. Il s'agissait de décider s'il fallait ou non débrancher le respirateur maintenant en vie la jeune fille en état de coma profond prolongé.
2. Avis du 7 novembre 1988 et du 22 janvier 1991.
3. voir Livre II bis du Code de la santé publique, partie législative (articles L 209-1 et suivants) et réglementaire (articles R 2001 et suivants et D 2001 et suivants) où sont codifiées les dispositions de la loi du 20 décembre 1988 modifiée et ses décrets d'application successifs.

## Isabelle Erny

Attaché d'administration, direction générale de la Santé, bureau Éthique et droit

# Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques

## Création

Loi n° 83-609 du 8 juillet 1983

## Les membres

### • Président

Jean-Yves Le Déaut, député

### • Vice-président

Henri Revol, sénateur

### • Secrétaires

Yves Cochet, député

Pierre Laffitte, sénateur

Serge Poinant, député

Franck Sérusclat, sénateur

### • Délégué chargé des relations avec les organismes européens d'évaluation

René Trégoüet, sénateur

### • Secrétariat administratif

Maurice Laurent, directeur des services de l'Assemblée nationale

Jacques Bernot, conseiller des services du Sénat

## Les activités générales et internationales

L'Office est en relation avec de nombreux organismes de haut niveau en France (Académie des sciences, CEA, Cité des sciences et de l'industrie, CNRS, ...) et en Europe (*European parliamentary technology assessment*).

## Coordonnées

Assemblée nationale

233, boulevard Saint-Germain

75355 Paris Cedex 07 SP

Téléphone : 01 40 63 88 15

Télécopie : 01 40 63 88 08

Sénat

6, rue Garancière

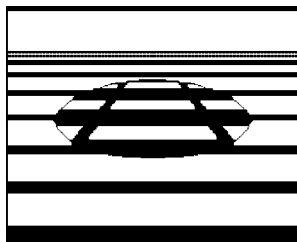
75291 Paris Cedex 06

Téléphone : 01 42 34 21 45

Télécopie : 01 42 34 38 55

## Missions

Informier le Parlement des conséquences des choix de caractère scientifique et technologique afin, notamment, d'éclairer ses décisions. À cet effet, l'Office recueille des informations, met en œuvre des programmes d'études et procède à des évaluations.



disposant des mêmes pouvoirs, mais qui ne peut voter qu'en l'absence du titulaire. La présidence est assurée de façon alternative par un membre de l'une ou l'autre assemblée pendant trois ans. Le vice-président appartient à l'autre assemblée. L'Office peut être saisi soit par le bureau de l'une ou l'autre assemblée (à son initiative, à la demande d'un président de groupe politique, ou à la demande de soixante députés ou de quarante sénateurs), soit par une commission spéciale ou permanente.

L'Office est assisté d'un Conseil scientifique constitué de quinze personnalités issues de disciplines scientifiques et technologiques.

## Programmes d'étude

Toute saisine donne lieu à la nomination d'un ou de plusieurs rapporteurs choisis exclusivement parmi les membres de l'Office. Le rapporteur établit d'abord une étude de faisabilité qui conduit en général à l'engagement d'un programme d'étude. Il procède ensuite à des auditions pour recueillir, sans exclusive, les opinions de toutes les personnes et de

toutes les organisations concernées. Il est assisté d'un fonctionnaire parlementaire et, éventuellement, d'un

## La structure de l'Office

L'Office est composé de huit députés et de huit sénateurs titulaires désignés de façon à assurer une représentation proportionnelle des groupes politiques. Il est commun à l'Assemblée nationale et au Sénat. À chaque titulaire correspond un suppléant

groupe de travail de personnalités extérieures au Parlement et peut engager des experts et des bureaux d'étude indépendants, français ou étrangers ou recueillir l'avis d'organisations syndicales ou professionnelles, ou d'associations de protection de l'environnement ou de défense des usagers et des consommateurs. Le projet de rapport et ses conclusions sont directement exploitables pour le travail législatif.

## Thèmes

Les problèmes abordés se sont répartis entre quatre grands thèmes : l'énergie, l'environnement, les nouvelles technologies

## Publications

À l'issue d'une étude, les membres de l'Office se prononcent sur la publication des travaux. Les documents de l'Office sont en vente au kiosque de l'Assemblée nationale et à l'espace librairie du Sénat, ainsi qu'au Journal Officiel.

## Les rapports récents

- *Quelques conséquences des nouvelles techniques d'information et de communication pour la vie des hommes : l'homme cybernétique ?* Franck Sérusclat
- *Les techniques de prévision et de prévention des risques naturels : séismes et mouvements de terrain.* Christian Kert
- *Les liens entre la santé et l'environnement, notamment chez l'enfant.* Jean-François Mattei
- *Le contrôle de la sûreté et de la sécurité des installations nucléaires.* Claude Birraux
- *Les déchets nucléaires à haute activité, Tome II : les déchets militaires.* Christian Bataille
- *Images de synthèse et monde virtuel : techniques et enjeux de société.* Claude Huriet

## Les études en cours

- *Les techniques de prévision et de prévention des risques naturels.* Christian Kert
- *De la connaissance des gènes à leur utilisation.* Jean-Yves Le Déaut
- *Les techniques de recyclage et la valorisation des déchets ménagers.* Gérard Miquel et Serge Poinant
- *Le contrôle de la sûreté et de la sécurité des installations nucléaires.* Claude Birraux
- *Les aspects technologiques, de sécurité, de normalisation et économiques du programme de réacteur européen à eau pressurisée.* Claude Birraux

# 1997 Une année charnière pour la santé publique en Europe

**Le fondement de la politique de santé publique de la Communauté est modifié. Un accord est trouvé sur nombre de dossiers importants : interdiction de la publicité sur le tabac, sécurité des réactifs de laboratoire, surveillance des maladies transmissibles, prise en charge des maladies rares. Bilan d'une année féconde...**

À peine plus de 10 ans après le premier programme « Europe contre le cancer » (1986), 1997 aura vu la base juridique de la politique de santé modifiée (art. 152 du traité d'Amsterdam), la Commission se réorganiser profondément pour faire face à la crise de l'encéphalite spongiforme bovine et aux exigences sécuritaires futures. Des dossiers importants comme l'interdiction de la publicité pour le tabac, la sécurité des réactifs de laboratoire, la surveillance et le contrôle des maladies transmissibles, la prise en charge des maladies rares auront avancé substantiellement. À l'autre bout de la chaîne, on aura parlé très sérieusement, entre autres, de la promotion de l'usage de la bicyclette, à l'instigation de nos amis belges ! La palette des interventions s'élargit, se diversifie et il est même prévu de restructurer le cadre général pour la santé publique. Cela sera indispensable si on ne veut pas que les grands enjeux soient noyés (et les budgets grignotés) par la prolifération des préoccupations. On sait que le système de la pré-

sidence du Conseil tournante pousse chaque pays à proposer, tous les semestres, une ou deux priorités nouvelles qui l'intéressent ou le mettent en valeur. Entre États membres bien élevés, on ne peut pas se refuser grand chose. La Commission ayant elle aussi ses projets (et le droit d'initiative) les commandes s'accumulent, alors que les dotations et les troupes sont stables. Comme, néanmoins, il y a rarement de fumée sans feu, cette évolution qui pourrait paraître un peu « artificielle » manifeste aussi la poussée de l'intérêt et de la demande des populations pour « plus de santé ». C'est une richesse.

## Le traité d'Amsterdam

Le pronostic pour une modification de l'art. 129 du traité qui fonde la politique de santé publique de la Communauté était sombre : trop récent (traité de Maastricht, 1993) il n'avait pas livré toutes ses ressources. Son imprécision, sa timidité ne suffisaient pas à justifier qu'on le remette

sur le métier. Il faut savoir aussi que la santé publique n'est pas une priorité parmi toutes les politiques de la Communauté (ni pour de nombreux pays). Sur un budget annuel de 80 milliards d'écus, 20 à 30 millions seulement sont directement dépensés pour la santé.

La crise de la vache folle, quelques épidémies inquiétantes, la pression de l'opinion en ont décidé autrement. La Belgique, relayée par la Commission, a lancé le débat et la négociation fait le reste. L'art. 152 remplacera, après la ratification du traité d'Amsterdam (fin 1998, début 1999 ?) l'art. 129. Quels sont les changements ? Ils sont prudents mais non négligeables (voir ci-contre le nouveau texte).

Le champ de l'action communautaire est élargi : « amélioration » de la santé et pas seulement prévention des maladies, prévention des « causes de danger », ce qui ouvre la voie à l'action sur les déterminants de la santé, action possible sur la qualité et la sécurité des organes et substances d'origine humaine (dont le sang), mesures vétérinaires et phytosanitaires quand elles ont pour finalité la protection de la santé, alors que jusqu'ici elles étaient prises dans le cadre de la politique agricole. La notion de prévention est maintenant complète (primaire, secondaire, tertiaire) et la lutte contre la



toxicomanie peut couvrir les « effets » de celle-ci sur la santé et pas seulement la prévention.

Les moyens d'action évoluent également : outre les recommandations et les incitations qui existent déjà, il sera possible de prendre, dans le domaine des organes et substances d'origine humaine, des « mesures fixant des normes élevées de qualité et de sécurité ». Le débat sera passionnant sur ce sujet : s'agira-t-il de directives ? Comment s'appliqueront-elles puisque les États pourront prendre des mesures plus strictes ou différentes ? Enfin, dans le domaine sanitaire et phytosanitaire, les mesures à prendre (qu'il faudra déterminer) feront intervenir la Commission, le Conseil... et le Parlement européen, ce qui est la nouveauté (et la conséquence de son investissement très volontariste dans la crise de la vache folle). La politique agricole commune l'associait très peu jusqu'ici.

Reste qu'à trois reprises le nouveau texte insiste sur les responsabilités nationales. La Communauté « complète » l'action des États membres. Nul doute qu'on débatera de nouveau sur la subsidiarité : dans le champ de la santé, elle n'est pas facile à cerner. Que fait-on de véritablement mieux à quinze que seul ?

### **Bourrasque sur la Commission...**

La crise de la vache folle a profondément interpellé l'opinion, les États membres, les scientifiques, les administrations. La confiance qui a toujours été mesurée dans les organismes communautaires s'est trouvée entamée. Le Parlement européen, bien dans son rôle de représentant des citoyens, s'est donc attaqué au dossier. On rappellera seulement qu'à l'issue d'une enquête approfondie, il a été à deux doigts de demander à la Cour de justice des Communautés la condamnation de la Commission. Du jamais vu ! On imagine l'effet produit à tous les niveaux de cette administration de 15 000 personnes.

Qu'il suffise de souligner les grandes leçons tirées du passage au crible parlementaire : l'organisation de la Commission, parce qu'elle concentrait sous la

## **Traité d'Amsterdam Titre XIII (ex-titre X) Santé publique Article 152 (ex-article 129)**

**1.** Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de la Communauté.

L'action de la Communauté, qui complète les politiques nationales, porte sur l'amélioration de la santé publique et la prévention des maladies et des affections humaines et des causes de danger pour la santé humaine. Cette action comprend également la lutte contre les grands fléaux, en favorisant la recherche sur leurs causes, leur transmission et leur prévention ainsi que l'information et l'éducation en matière de santé.

La Communauté complète l'action menée par les États membres en vue de réduire les effets nocifs de la drogue sur la santé, y compris par l'information et la prévention.

**2.** La Communauté encourage la coopération entre les États membres dans les domaines visés au présent article et, si nécessaire, elle appuie leur action.

Les États membres coordonnent entre eux, en liaison avec la Commission, leurs politiques et programmes dans les domaines visés au paragraphe 1. La Commission peut prendre, en contact étroit avec les États membres, toute tentative utile pour promouvoir cette coordination.

**3.** La Communauté et les États membres favorisent la coopération avec les pays tiers et les organisations internationales compétentes en matière de santé publique.

**4.** Le Conseil, statuant conformément à la procédure visée à l'article 251, et après consultation du Comité économique et social et du Comité des régions, contribue à la réalisation des objectifs visés au présent article en adoptant :

a. des mesures fixant des normes élevées de qualité et de sécurité des organes et substances d'origine humaine, du sang et des dérivés du sang ; ces mesures ne peuvent empêcher un État membre de maintenir ou d'établir des mesures de protection plus strictes.

b. par dérogation à l'article 37, des mesures dans les domaines vétérinaire et phytosanitaire ayant directement pour objectif la protection de la santé publique.

c. des actions d'encouragement visant à protéger et à améliorer la santé humaine, à l'exclusion de toute harmonisation des dispositions législatives et réglementaires des États membres.

Le Conseil, statuant à la majorité qualifiée sur proposition de la Commission, peut également adopter des recommandations aux fins énoncées dans le présent article.

**5.** L'action de la Communauté dans le domaine de la santé publique respecte pleinement les responsabilités des États membres en matière d'organisation et de fourniture de services de santé et de soins médicaux. En particulier, les mesures visées au paragraphe 4, point a) ne portent pas atteinte aux dispositions nationales relatives aux dons d'organes et de sang ou à leur utilisation à des fins médicales.

même autorité les fonctions d'expertise scientifique, de conception de la réglementation et d'inspection de sa mise en œuvre, ne permettait ni de fonder scientifiquement les décisions, ni de résister aux pressions politiques, ni de vérifier que chaque État membre mettait en œuvre les mesures prescrites. Aussi, la Commission s'est-elle réorganisée. Autour de la DGXXIV (protection des consommateurs et de leur santé dont le commissaire responsable est Emma Bonnino) sont regroupés maintenant, outre un comité scientifique directeur — c'est Gérard Pascal, un Français, directeur du Centre national d'études et de recommandations sur la nutrition et l'alimentation, qui le préside — huit comités scientifiques de 16 à 18 experts, recrutés pour leur compétence et tenus à l'indépendance (voir encart). À l'autre bout, les fonctions d'inspection seront renforcées, coordonnées, dotées d'outils révisés, afin de vérifier que les systèmes de contrôle des États membres — car c'est à ce niveau que se trouvent les enjeux — sont performants et harmonisés. Les directions générales techniques de la Commission (industrie, agriculture, marché intérieur, santé...) devront conduire leurs politiques en prenant appui sur ces deux fondements et en développant la réflexion (qui est promise à un bel avenir) sur le principe de précaution. On saisit aisément l'impact possible, à moyen et long terme, de ces réformes sur la santé publique. Et on s'aperçoit que la réflexion française sur la sécurité sanitaire, que la loi en discussion va concrétiser en créant des agences (veille sanitaire, produits de santé, alimentation, plus tard sans doute santé/environnement), est très proche de l'évolution communautaire. De même en Grande-Bretagne.

## Des dossiers importants

### Le tabac

Depuis 1989, la Commission et un certain nombre d'États membres essayaient de trouver une majorité pour que soit prise une directive interdisant la publicité pour les produits du tabac. On sait que les

## Comité scientifique directeur

Comité scientifique de l'alimentation humaine

Comité scientifique de la santé et du bien-être des animaux

Comité scientifique des plantes

Comité scientifique des médicaments et dispositifs médicaux

Comité scientifique de l'alimentation animale

Comité scientifique des mesures vétérinaires en rapport avec la santé

Comité scientifique des produits cosmétiques et produits non alimentaires pour consommateurs

Comité scientifique de la toxicité, de l'écotoxicité et de l'environnement

règles existent pour la télévision, ce qui est un acquis substantiel, mais on sait la puissance de la publicité indirecte et des parrainages. Les effets du tabagisme sont connus aussi : chaque année 500 000 personnes en meurent dans la Communauté. Cela ne suffisait pas à l'emporter sur les lobbies et, pour des motifs variables, souvent peu avouables sur le fond, onze projets de compromis avaient échoué. Le changement de majorité au Royaume-Uni a modifié la donne. La présidence luxembourgeoise a mis un point d'honneur à préparer un projet qui joigne la rigueur de l'objectif final — l'interdiction — au réalisme. Quelques tolérances ont été prévues (journaux professionnels, noms de marques préexistants pour la vente d'autres articles, souplesse sur certains points de vente...) ainsi que des délais de mise en œuvre.

La négociation a duré douze heures (une « première » pour les ministres de la santé). Le ministre luxembourgeois a joué de ténacité et d'habileté : la France et d'autres ont accepté d'allonger les dé-

lais de réalisation jusqu'en 2006 pour tenir bon sur l'objectif. Une clause d'évaluation régulière de la pertinence de la directive a été prévue de manière à ce que celle-ci puisse être renforcée si les tolérances concédées sont la source de dérives. Une autre clause permet à un État membre de prendre des mesures plus rigoureuses. La position commune (premier état de la négociation, au vu de l'avis du Parlement européen) a été obtenue à la majorité moins deux voix et deux absentions. Le texte final devrait aboutir cette année. La France, sur cette base, a désormais la certitude que la loi Evin, jusqu'ici très attaquée, pourra trouver un socle communautaire. La parole est maintenant au Parlement européen.

### Les réactifs

Le projet de directive sur les réactifs de laboratoire aura été le second grand dossier de cette année. Travaillé pendant deux ans, dans une négociation très dure parce que s'y opposaient deux approches sécuritaires très différentes, il a pu aboutir lui aussi à une position commune en novembre. C'est le Conseil « marché intérieur » qui a tranché et non le Conseil santé, l'aspect « produit commercialisé », circulant librement, l'emportent sur l'aspect sécuritaire ! Pourtant, il s'agit bien d'une question importante de santé publique : réactif, cela veut dire réactifs du VIH, de l'hépatite ou de la trisomie 21 : s'ils ne sont pas bons, ce n'est pas un seul patient qui est concerné mais peut-être tout un groupe de patients.

La Commission avait construit son projet autour du schéma dit de la « nouvelle approche ». Il repose sur quatre principes. La directive définit les exigences essentielles auxquelles doit répondre un produit pour être sûr et les prescriptions techniques sont renvoyées à la norme. Aucun État membre ne peut imposer de clause supplémentaire : cela n'empêche pas de bloquer un produit estimé dangereux mais il faut le justifier scientifiquement. La qualité des produits est assurée par le fabricant, qui les garantit conformes, sous le contrôle, pour les plus sensibles, d'un organisme (dit « notifié ») du type Afnor. Le marquage CE

exprime cette conformité. Un produit conforme aux normes européennes est présumé conforme à la directive. Les États membres voient leur responsabilité limitée à la désignation des organismes de contrôle, à la surveillance du marché sur leur territoire, au renforcement des normes (ou de la directive) s'ils s'avèrent insuffisants (on sait que les normes sont établies par des organismes indépendants : dans les groupes de travail, les industriels sont majoritaires et ne sont peut-être pas toujours tentés de faire passer la sécurité avant tout). La stratégie de la nouvelle approche a été mise en place à la fin des années quatre-vingt quand la Commission a constaté que la conception des directives qui réglaient jusque-là tous les détails des prescriptions prenait dix ans. En ne réglementant que l'essentiel, on peut se réinscrire dans le temps réel. Cela a permis des progrès considérables et rapides dans la sécurité et la qualité de la plupart des produits ainsi harmonisés.

Au contraire de cette philosophie, la France et quelques pays (Allemagne et dans une moindre mesure Espagne, Italie...) ont mis en place depuis des années un système d'enregistrement avant mise sur le marché et de réévaluation des réactifs grâce auquel l'autorité sanitaire (l'Agence du médicament) a un rôle affirmé de contrôle *a priori*, en vertu de la connaissance qu'elle a à la fois du paysage sanitaire, des politiques de santé et des attentes de la population.

Les négociations ont permis, progressivement, de trouver des alliances et de se dégager du raisonnement un peu simpliste dans lequel on voulait nous enfermer : la plupart des pays n'ayant pas de législation, mieux valait adopter très vite une réglementation de type « nouvelle approche » que rechercher la perfection. Les « exigences essentielles » auxquelles devront répondre les réactifs ont été accrues, afin d'intégrer la notion de « bénéfice/risque » propre aux biens de santé et qu'on n'utilise pas dans les autres secteurs de l'industrie (sauf le nucléaire). Les contrôles sur les réactifs les plus sensibles ont été alourdis — sans atteindre cependant l'autorisation avant mise sur le marché —, la réactovigilance développée

et une clause devrait permettre à un État membre de prendre des mesures plus strictes pour des motifs graves de santé publique.

Ainsi amélioré, le projet a pu être accepté *in fine* (et non sans hésitations) par la France. Il est de nouveau devant le Parlement européen. Signalons que pour des motifs sécuritaires, mais également éthiques, avec quelques alliés (Belgique, Autriche...) nous avons obtenu que la « nouvelle approche » ne soit pas étendue aux dispositifs médicaux intégrant des substances d'origine humaine : le projet sera reconsidéré. Il nous paraissait totalement inadapté au sujet.

Inutile de rappeler que les réflexions qui ont entouré ce dossier sont aussi celles qui président à la préparation de la loi « sécurité sanitaire » qui est devant le Parlement et que l'on évoquait plus haut.

#### **Les maladies rares**

La mobilisation contre les maladies rares mérite également d'être signalée. Mme Veil avait lancé l'idée d'un projet de réglementation européenne adaptée pour les médicaments orphelins (ceux qui n'intéressent pas les laboratoires parce qu'ils n'ont pas un marché assez large). Ce projet devrait être proposé au Conseil des ministres de la Communauté prochainement. Parallèlement, la Commission a préparé, à la demande du Conseil, un programme de travail sur les maladies dites « rares ». On voit bien l'intérêt de la mobilisation communautaire dans l'un et l'autre cas : la masse critique qu'aucun État n'atteint seul est facilement trouvée à quinze (360 millions d'habitants). On peut alors rassembler assez de cas pour étudier une maladie, rechercher le médicament et soutenir les malades et leurs associations.

Le Conseil santé a donné son accord au programme que le Parlement européen va à son tour étudier. Le budget sera faible (1,3 Mécus/an) mais suffisant pour aider à la mobilisation et à l'information des parties prenantes.

#### **La lutte contre les épidémies**

La surveillance et le contrôle des maladies transmissibles enfin, ont fait également

l'objet d'un accord. Ce programme est complémentaire de celui qui a commencé à être mis en œuvre en 1997 sur les « données de santé ». Il consistera dans la mise en réseau des institutions de veille épidémiologique des quinze pays, en vue de mobiliser les autorités sanitaires en cas d'épidémie et de les aider à trouver le plus vite possible les meilleures réponses. Deux questions ont retenu l'attention : la Communauté peut-elle dicter des réponses face à une épidémie ? La réponse est non puisque chaque État membre est responsable chez lui de la santé publique. Faut-il néanmoins des réponses coordonnées, voire harmonisées ? La réponse est oui, dans la mesure du possible, car les populations ne peuvent plus comprendre, informées comme elles le sont maintenant, qu'on réagisse différemment à la grippe du poulet de Hong-Kong ou à la tuberculose multirésistante à Bruxelles, à Rome et à Paris.

L'autre question est celle de la création d'une Agence européenne pour les maladies transmissibles. Le Parlement européen la souhaite. Pour les États membres, c'est prématuré : faisons vivre le réseau et évaluons-le après quelques années et décidons alors de la suite.

Le projet devrait pouvoir être bouclé et démarrer cette année.

Un mot pour enchaîner sur l'avenir. Le Royaume-Uni qui préside le Conseil va s'efforcer de mener à terme un projet de recommandations sur la sécurité du don de sang : l'enjeu est important pour une population qui maintenant circule partout. Ce travail sera sans doute le socle de décisions qui seront prises après la ratification du nouveau traité. Nous sommes bien à une époque charnière. Un autre dossier intéressant concernera les maladies liées à la pollution. Nous en parlerons. ■

#### **André Ernst**

Chargé de mission pour les affaires européennes, direction générale de la Santé

# Plaisirs du risque et risques du plaisir

**En Côtes d'Armor, le Comité départemental de prévention de l'alcoolisme et l'Association d'information jeunesse proposent une action de prévention, dans le cadre d'un atelier/exposition, reposant sur une approche globale des conduites à risque des adolescents.**

**L'**alcoolisme dans les Côtes d'Armor reste un problème majeur. L'alcoolisation s'inscrit très tôt dans les comportements d'adolescents. L'alcool reste le psychotrope le plus utilisé par les jeunes et d'autant mieux toléré socialement que la culture alcool est très prégnante dans beaucoup de milieux. Cela justifie donc des actions très spécifiques auprès des adultes pour les aider à être plus vigilants sur leurs alcoolisations et sur celles des adolescents dont ils ont la responsabilité.

## Recherche d'un bien être, évitement d'un mal-être

Du côté des jeunes, nous constatons que l'alcool est souvent associé à une prise concomitante d'autres produits psychotropes (par exemple médicaments et alcool) et/ou de produits illicites (par exemple cannabis et alcool).

Au-delà de cette approche de produits, nous constatons des comportements communs à tous les jeunes qui en ont fait un

mésusage. Ces comportements sont renforcés par les facteurs favorisant :

- l'appétence aux psychotropes dans le milieu proche et une tolérance anormale à leur usage ;
- l'impossibilité du jeune à communiquer ses tensions et sa souffrance à l'adulte par crainte de se heurter à son incompréhension, son jugement ou son absence de réaction ;
- la non-prise en considération des besoins des adolescents dans les dispositifs éducatifs, plus largement dans l'espace social.

Il nous a semblé important, dans la démarche de prévention, d'aider les jeunes à préciser les effets positifs que leur procure l'usage des produits psychotropes, (« ce que cela m'apporte », « ce que j'y ai gagné »), tout en les aidant à pointer les effets toxiques sur le plan individuel mais aussi familial, scolaire, relationnel.

Nous avons aussi mis en évidence des comportements de prise de risque, où l'alcool et le cannabis par exemple, n'avaient qu'un rôle de facilitateur, permettant ainsi de franchir le pas. La prise de produit ne

permettait pas de gérer une souffrance interne mais plutôt d'extérioriser une tension, de la mettre hors de soi. Plus naturellement, et petit à petit, l'échange avec les jeunes s'est fait sur l'ensemble des prises de risque et nous a permis d'en comprendre les différentes facettes.

Chaque prise de risque a un processus dynamique pour le jeune. Cette note d'extériorisation de tensions, de questionnements, de souffrance, semble être une des composantes communes à tous ces actes. Elle apporte un soulagement sur le court terme, une réponse à un questionnement qui ne peut être formulé à l'adulte, parce que ce questionnement est singulier (ou perçu comme tel) et nécessite une expérimentation singulière.

L'accompagnateur ne doit pas être un inquisiteur mais doit plutôt aider le jeune à fabriquer lui-même du sens. L'échange ouvert et authentique entre l'accompagnateur et le jeune (ou le groupe) est un moyen de prévenir des conduites à risque plus sévères.

Il est important de resituer un comportement à risque dans l'environnement du jeune, la notion de confrontation est très importante pour l'adolescent. Cela lui permet de tester la solidité du tissu familial et aussi son élasticité. Il veut se séparer sans pour autant se retrouver seul. L'absence de réactions de l'environne-

## Exposition plaisirs du risque... risques du plaisir

Une surface de 80 m<sup>2</sup> comprenant :

- 3 espaces interactifs de réflexion autour de la thématique des conduites à risque :

– atelier 1 : les interprétations du risque.

– atelier 2 : les sensations du risque.

– atelier 3 : des acteurs... des risques... des histoires...

- 1 espace de jeu et de lecture autour d'un journal de jeunes,

- 1 couloir de déambulation extérieur.

Une structure métallique de 64 m<sup>2</sup>. 40 m<sup>2</sup> de toile ignifugée. 15 m de brise-vent plastifié. Montage/démontage : 2 jours. Conditionnement : 15 cartons. Transport par minibus.

Condition de prêt/location et installation : se renseigner auprès du CDPA.  
Tél. : 02 96 60 80 67. Contact Fabienne Lavolé

Les 4 espaces intérieurs présentent :

- 10 masques en terre dont 5 montés sur pied

- 4 mannequins et 23 accessoires

- 10 figurines exposées sur un plateau de 1,96 m de diamètre

- 23 tableaux figuratifs cartonnés

- 1 jeu de l'Oie complet (1 plateau, 1 dé, 6 pions, 1 règle de jeu)

- 6 journaux

- 1 fauteuil « metteur en scène »

- 40 photos encadrées (sous-verre)

- 5 supports écrits sur « drop paper »

ment ou au contraire, des réactions de surprotection, obligent le jeune à s'engager dans la voie de comportements provocants à répétition.

C'est dans cette logique que nous avons construit avec l'Association départementale d'information jeunesse (Adij) un outil, espace de dialogue et de rencontres entre adultes et adolescents. L'exposition *Plaisirs du risque, risques du plaisir* reste évidemment une occasion artificielle de rencontres mais qui est très attendue chez les jeunes, parce que trop redoutée chez l'adulte.

### Histoire d'une exposition

Deux bonnes années auront été nécessaires à la réalisation de cette exposition sur les conduites à risque.

Elle est l'aboutissement d'un métissage de points de vue et de savoir-faire différents et complémentaires.

À l'origine, il y a la rencontre entre deux structures (le comité départemental de prévention de l'alcoolisme et l'Association départementale information jeunesse), et le désir commun de faire de la prévention avec

et pour les jeunes, en lançant dans le département une bourse aux projets sur le thème des conduites à risque.

L'idée emporte l'adhésion des acteurs de prévention des Côtes d'Armor (caisse primaire d'assurance maladie, conseil général, direction départementale des Affaires sanitaires et sociales, direction départementale de la Jeunesse et des Sports, Éducation nationale, Mutualité des Côtes d'Armor).

Ils y apporteront leur soutien et leurs compétences tout au long de sa concrétisation : mobilisation des jeunes, participation au jury de sélection des groupes, conseils techniques et méthodologiques.

Dès lors le projet est lancé et confié à des jeunes. Avec l'appui de quatre artistes, ils réalisent, s'expriment et se racontent par le biais de la peinture, de la sculpture, de l'écriture et de la création de vêtements.

La découverte des productions des uns et des autres en mai 1997 laisse le souvenir d'une journée intense où chaque jeune nous a présenté ce qu'il est, ce qu'il vit et ce qu'il voulait exprimer à travers son ouvrage.

Comment alors ne pas être tenté de

rendre compte de la trace laissée par chacun dans cette aventure ?

Dans cette optique, il apparaissait fondamental de faire appel à un photographe afin de fixer dans le temps le portrait des intervenants de cette aventure et de les juxtaposer à leurs réalisations.

Puis grâce au talent et à la sensibilité artistique d'une jeune scénographe, un espace d'exposition se construit peu à peu, pour devenir un lieu de réflexion sur les « mécanismes humains » de la prise de risque.

Ainsi est née l'exposition « plaisirs du risque... risques du plaisir ».

Comme pour rappeler que c'est dans le respect du regard que chacun porte sur l'existence que naît l'harmonie.

### Comme pour inviter d'autres à l'expérience...

L'exposition s'articule autour de quatre ateliers.

Le premier incite les jeunes à une réflexion sur les différentes interprétations possibles du risque et sur la réalité des conduites à risque.

Le deuxième atelier s'intitule « les sensations du risque », y sont exposés différents masques aux expressions saisissantes. Ces réalisations sont l'œuvre de jeunes étudiants du lycée professionnel de Dinan. L'animation prévue dans cet atelier permet aux jeunes de s'interroger sur les raisons qui poussent à la prise du risque.

Le troisième atelier se propose de faire des jeunes visiteurs de l'exposition des scénaristes en herbe. Il leur appartiendra de raconter un événement, une histoire réelle ou inventée où la toxicomanie est présente.

Enfin l'exposition se termine par un atelier dans lequel on élabore un journal et où l'on peut se détendre en jouant à un jeu de l'Oie. ■

**Fabienne Lavolé**  
**Christine Roguez**

Comité départemental de prévention de l'alcoolisme des Côtes d'Armor

# DESS promotion et développement de l'éducation à la santé

Université de Provence (Aix-Marseille 1)

## Responsable

Jean-Jacques Bonniol, professeur des universités, directeur du département des sciences de l'éducation

## Public

*Personnels en relation avec les malades*

Médecins ou titulaires de diplômes médicaux, paramédicaux ou sociaux. Membres des associations et institutions de santé. Personnels de la santé scolaire. Personnel hospitalier en charge d'éducation de patients. Personnels du réseau coordonné par le CFES. Équipes engagées dans une recherche en soins infirmiers.

*Enseignants, formateurs, éducateurs et travailleurs sociaux*

## Conditions d'accès

- Expérience professionnelle
- Diplôme de maîtrise ou équivalent
- Projet professionnel
- Admissibilité prononcée sur dossier par une commission mixte composée d'universitaires et de représentants du secteur santé.
- Admission par entretien individuel, sous réserve de l'acceptation du plan de financement de la formation.
- L'inscription définitive s'effectue en octobre ainsi que la première session de la formation.

## Déroulement

Sessions d'une semaine par mois sur neuf mois plus une session au mois de septembre.

## Coordonnées

Université de Provence  
département sciences de l'éducation  
Ancien Hôtel Dieu de Lambesc  
1, avenue de Verdun  
13410 Lambesc  
Téléphone : (33) 04 42 57 17 17  
Télécopie : (33) 04 42 57 17 07  
educaix@romarin.univ-aix.fr

## Objectifs

- Développer et promouvoir l'éducation à la santé.
- Mettre en synergie les trois composantes de la santé publique (médecine, éducation et économie) pour former des intervenants, des organisateurs-concepteurs, et des décideurs en éducation à la santé. L'hétérogénéité des groupes d'étudiants sera un atout.
- Acquérir et identifier les différents modèles pertinents de l'éducation à la santé en référence aux théories des sciences humaines, sociales et économiques et aux problématiques de la santé publique.
- Actualiser, renforcer les connaissances en matière d'éducation à la santé.
- Repérer et définir les différentes situations d'éducation à la santé.
- Faire apparaître l'originalité, ou la vétusté, de situations nationales, régionales, locales, d'éducation à la santé, en discernant le rôle des principaux déterminants et leurs interactions.
- S'approprier les outils méthodologiques utilisables dans les différentes fonctions du consultant : aide à l'élaboration, à la gestion et à l'évaluation de projet d'éducation à la santé, conseil en organisation.
- Évaluer ses propres pratiques en la matière.

## Modules

Enseignement théorique et méthodologique (368 h)

### Modèles théoriques et pratiques de l'éducation à la santé (88 h)

- Approche conceptuelle comparée des notions fondamentales (40 h)
  - Épistémologie et sciences humaines : construire les fondements de sa pratique professionnelle
  - Promouvoir et gérer la santé
  - Les modèles en éducation
- Économie de la santé (24 h)
- Santé publique et institutions (24 h)

### Méthodes et outils de l'éducateur à la santé (88 h)

- Méthodes et modèles pour l'éducation (32 h)
- Questions identitaires individuelles et collectives (24 h)
- Ingénierie et techniques (32 h)

### Travail d'étude

Un travail d'étude donnant lieu à la rédaction d'un mémoire de synthèse soutenu oralement en fin d'année.

## Principes

La formation repose sur trois principes :

- l'intégration des différentes approches théoriques et professionnelles de la santé, de l'éducation et de l'économie de la santé ;
- la construction continue d'un lien de pertinence entre le projet de l'étudiant et les modèles théorique et méthodologique ;
- l'élaboration fonctionnelle de l'articulation entre distanciation et implication, ainsi qu'entre étude et professionnalisation.

# Baromètre santé adultes 95/96

## Principaux résultats

**Le Baromètre santé adultes permet de suivre les évolutions des comportements, attitudes et opinions des Français en matière de santé. L'alcool, le tabac, les toxicomanies et le dépistage des cancers féminins sont les principaux sujets de cette enquête, qui aborde également les liens sociaux ou la qualité de vie.**

**L**e Baromètre santé adultes<sup>1</sup> est une enquête pilotée par le Comité Français d'éducation pour la santé et ses partenaires qui permet un suivi « scientifique » des comportements, attitudes, opinions en matière de santé. La troisième vague a eu lieu du 20 novembre au 22 décembre 1995 et a porté sur 1 993 sujets.

Le recueil des données a été effectué à chaque vague par entretiens téléphoniques assistés par ordinateur (système nommé Cati (*Computer assisted telephone interview*)) à partir d'un fichier aléatoire de ménages fourni par France Télécom. Le répondant de chaque foyer est sélectionné par la méthode de la prochaine date anniversaire.

Le taux de refus total de participation à l'enquête ne s'est pas beaucoup modifié au cours des trois vagues du Baromètre Adultes et s'est élevé à 24,5 % en 1995.

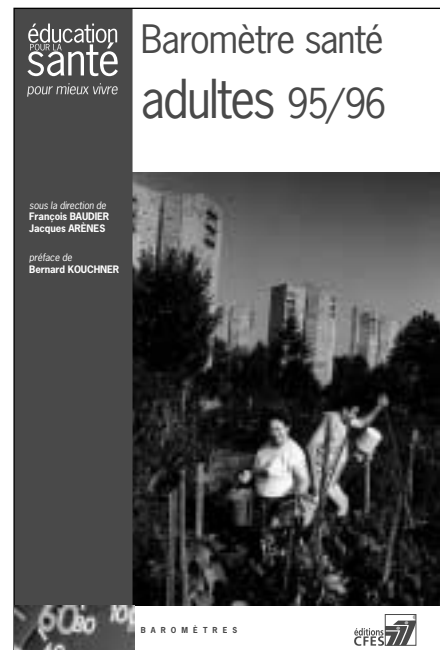
Les modèles d'agencement et d'interrelation des différents comportements et attitudes de santé ont fait l'objet d'une

investigation particulière par le biais d'une analyse en composantes principales (ACP).

### Approche globale des attitudes et comportements de santé

Quatre axes principaux sous-tendent des regroupements de comportements ou d'attitudes bien corrélés entre eux :

- le premier correspond à un facteur d'hédonisme et de prise de risque. Il est caractérisé par des variables liées au plaisir, à la recherche de sensation, et à certains comportements addictifs (alcool, tabac, toxicomanie). Il s'agit plutôt d'hommes de moins de 35 ans, chômeurs ou étudiants, artisans ou ouvriers, évoluant dans les tranches de revenus les plus basses ;
- le second axe rassemble des comportements à caractères médicaux. Ce sont plus souvent des femmes, de plus de 45 ans, n'appartenant pas aux catégories sociales ouvriers ou agriculteurs ;



- l'axe trois exprime un « pattern » de comportements de santé « positifs » et de recherche de sensations. Il réunit les variables qualifiant l'activité sportive, la vaccination au cours des cinq dernières années, l'usage de drogue au cours de l'année et la sexualité. Il s'agit plutôt d'hommes de moins de 35 ans, disposant de revenus supérieurs, évoluant dans les professions d'encadrement (ou bien étudiants), et étant moins souvent au chômage. Leur niveau d'études est plus souvent supérieur ou égal au bac ;
- la quatrième composante principale est un axe de consommation d'alcool. Il

s'agit le plus souvent d'hommes, ayant plus de 35 ans (la tranche d'âge la plus concernée étant les 55-64 ans), détenant plutôt un niveau d'études supérieur, plus souvent cadres, artisans, agriculteurs ou ouvriers et moins souvent employés.

### Santé et qualité de vie

Le profil de santé de Duke a permis d'étudier la valeur que les personnes accordent à leur qualité de vie, à l'aide de dix-sept questions explorant les dimensions physique, mentale, sociale, de santé perçue et d'incapacité, ou recombinaison des approches en santé générale, anxiété, douleur, estime de soi et dépression (Tableau I).

Une analyse multivariée montre, après ajustement des facteurs sociodémographiques les uns par rapport aux autres, que la perception de ses capacités physiques est meilleure chez les gens jeunes, les hommes, les personnes ayant un niveau d'études plus élevé et un emploi. La qualité de vie dans le domaine mental est supérieure chez l'homme, elle augmente avec le nombre d'enfants et le niveau d'études. Elle est moins bonne chez les personnes qui vivent seules. La qualité de vie sociale s'améliore avec le niveau d'études et la situation professionnelle.

Elle est aussi moins bonne chez les personnes vivant seules. Enfin, la perception de sa santé se détériore avec l'âge (après ajustement sur l'existence d'une maladie chronique). Les facteurs qui influent sur les autres dimensions de qualité de vie sont également l'âge, le sexe et le niveau d'études.

### La qualité de vie et les comportements de santé

Une analyse multivariée des déterminants comportementaux d'une meilleure qualité de vie, pour une grande partie des dimensions explorées (physique, mentale...), permet d'identifier des habitudes de vie comme le nombre d'heures de sommeil plus élevé, la pratique d'un sport et la régularité alimentaire au petit déjeuner. En revanche, les signes de dépendance alcoolique sont significativement associés à une moins bonne qualité de vie.

### Vaccinations

Plus de neuf Français sur dix considèrent (tout à fait d'accord ou plutôt d'accord) que l'hépatite B est une maladie grave qui

nécessite une vaccination. Près d'un tiers des personnes interrogées (29,4 %) déclarent s'être déjà fait vacciner contre l'hépatite B et 39,7 % de celles qui ne le sont pas encore disent en avoir l'intention.

Les parents d'enfants de 11 ans et plus (cibles de la campagne de vaccination en milieu scolaire) sont plus des trois quarts (76,0 %) à avoir fait vacciner contre l'hépatite B au moins un de leurs enfants entre 11 et 18 ans.

80,7 % des parents d'enfants de moins de 6 ans ont fait vacciner au moins un de leurs enfants par la vaccination triple rougeole-oreillons-rubéole (ROR), et 63,9 % de ceux qui ne l'ont pas encore fait disent en avoir l'intention. Les parents qui déclarent ne pas savoir s'ils vont vacciner leur enfant sont en nette augmentation, alors que ceux qui refusent la vaccination connaissent inversement une forte diminution. Dans le *Baromètre santé adultes 95/96*, l'âge des parents, le niveau d'études et de revenu du ménage ne sont pas des facteurs discriminants quant à l'acte vaccinal ROR. Il en est de même pour le statut vaccinal des parents qui n'est pas lié à l'adhésion des parents à la vaccination ROR pour leurs enfants.

### Alcool : profils de consommation

#### • Les abstinents

Un peu moins d'un Français sur vingt (4,5 %) déclare n'avoir jamais bu d'alcool au cours de sa vie (deux fois plus au cours des douze derniers mois). Certains facteurs sont statistiquement liés à ce comportement, par exemple le fait d'être une femme et d'avoir moins souvent recours à des comportements d'addiction (comme le tabac). De plus, les abstinents ont certains indicateurs perceptuels de qualité de vie moins positifs que les buveurs quotidiens.

#### • Les consommateurs journaliers

Près des trois-quarts des Français (71,0 %) ont déclaré avoir bu au moins une fois un verre de boisson alcoolisée au cours des sept derniers jours. Moins d'un quart (22,6 %) de la population absorbe de l'alcool tous les jours. La très grande

Tableau I

#### Ventilation des items du profil de santé de Duke selon les différentes dimensions

Items	Dimensions
1. Je me trouve bien comme je suis	Mentale, Estime de soi
2. Je ne suis pas quelqu'un de facile à vivre	Sociale, Estime de soi, Anxiété
3. Au fond, je suis bien portant	Santé perçue
4. Je me décourage trop facilement	Mentale, Estime de soi, Dépression
5. J'ai du mal à me concentrer	Mentale, Anxiété, Dépression
6. Je suis content de ma vie de famille	Sociale, Estime de soi
7. Je suis à l'aise avec les autres	Sociale, Anxiété
8. Vous auriez du mal à monter un étage	Physique
9. Vous auriez du mal à courir une centaine de mètres	Physique
10. Vous avez eu des problèmes de sommeil	Physique, Anxiété, Dépression
11. Vous avez eu des douleurs quelque part	Physique, Douleur
12. Vous avez eu l'impression d'être vite fatigué(e)	Physique, Anxiété, Dépression
13. Vous avez été triste ou déprimé(e)	Mentale, Dépression
14. Vous avez été tendu(e) ou nerveux(se)	Mentale, Anxiété
15. Vous avez rencontré des parents ou des amis...	Sociale
16. Vous avez eu des activités de groupes ou de loisirs	Sociale
17. Vous avez dû rester chez vous ou faire un séjour en clinique ou à l'hôpital pour raison de santé	Incapacité



majorité des consommateurs quotidiens sont des hommes (75,0 %), et ils sont nettement plus âgés que le reste de l'échantillon (12 ans de plus en moyenne).

• **Les excès**

Le test Deta (diminuer, entourage, trop, alcool) permet de déceler les consommateurs « à haut risque ». Au total, ils sont 8,3 % : 2,7 millions d'hommes et 0,6 million de femmes. En ce qui concerne la qualité de vie, les personnes détectées par le test Deta ont un score de santé mentale moins bon, sont plus anxieuses, ont une santé « sociale » moins affirmée et, de façon générale, ont un score global de santé plus faible.

15,1 % des personnes interrogées affirment avoir été ivres au moins une fois au cours des douze derniers mois. Ce comportement concerne en premier lieu des personnes jeunes, des fumeurs et des personnes ayant consommé de la drogue au cours de leur vie.

Au cours des douze derniers mois, plus d'un automobiliste sur dix (12,0 %) déclare avoir conduit en état d'ivresse.

**Drogues et dépendances : consommations, attitudes et représentations**

• **L'expérimentation de drogue**

Près d'une personne sur six (15,8 %) dit avoir essayé une drogue au cours de sa vie. Cette déclaration est en augmentation sensible si on la compare à celle de 1992 (15,8 % vs 11,3 % ; p<0,001). L'expérimentation au cours de l'année, concerne une frange beaucoup plus faible de Français (4,4 %) et semble globalement peu évoluer (Tableau II).

Le cannabis reste toujours le principal produit consommé (96,2 % des personnes qui ont pris au moins une drogue au cours de leur vie) et sa déclaration de consommation au cours de la vie a augmenté en 1995 (15,2 % vs 11,3 % en 1992 ; p<0,001). L'usage des autres produits concerne une proportion beaucoup plus faible de la population (moins de 1 %).

• **Les facteurs liés à la consommation au cours de la vie**

L'usage de drogue au cours de leur vie (principalement le cannabis) est fortement lié au sexe masculin (20,7 % vs 11,2 % ; p<0,001), et à l'âge : plus du tiers (38,5 %) des hommes de 18-24 ans a consommé une drogue au cours de sa vie et près d'un quart (23,6 %) au cours de l'année (figure 1). En ce qui concerne le niveau d'instruction, plus il s'élève, plus la part des personnes qui ont déjà essayé une drogue dans leur vie augmente, et ceci indépendamment de l'âge. Plus la zone d'habitat est peuplée, plus la part d'expérimentateurs s'accroît.

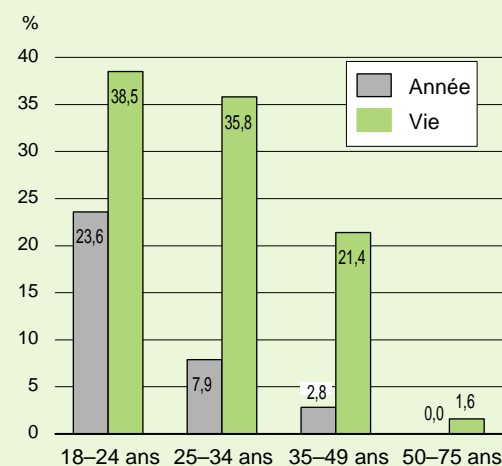
**Tabac : consommation et réglementation**

• **Les données d'évolution**

En 1995, plus du tiers des Français (36,5 %) se déclarent fumeurs. Les hommes sont plus nombreux que les femmes (42,2 % vs 31,1 %). En revanche, chez les plus jeunes (18-24 ans), le nombre d'hommes fumeurs est équivalent à celui des femmes. L'examen des chiffres depuis 1976 montre une baisse du tabagisme déclaré chez les hommes et une hausse chez les femmes (Figure 2, p. 16). Plus globalement, le pourcentage de fumeurs est resté autour de 40 %, jusqu'au

Figure 1

**Déclaration d'expérimentation de drogue durant l'année et au cours de la vie chez les hommes selon l'âge (en pourcentage)**



début des années quatre-vingt-dix, puis une baisse sensible s'est produite, sans doute liée à la mise en place de la loi Evin. Aujourd'hui, ce pourcentage semble à nouveau stabilisé autour de 35 %.

• **Le tabagisme masculin**

Chez les hommes, le tabagisme diminue très nettement avec l'âge ; avant 50 ans près d'un homme sur deux déclare fumer, après 65 ans, ils ne sont plus qu'un sur cinq. Le pourcentage de fumeurs est inégalement réparti entre les différentes catégories socioprofessionnelles et, contrairement aux années précédentes, il n'a pas été noté de variation suivant le niveau d'études.

• **Le tabagisme féminin**

Les femmes de 18-24 ans sont plus nombreuses à fumer que les hommes du même âge. Pourtant, chez les femmes, le tabagisme diminue avec l'âge plus rapidement que chez les hommes. Passé 40 ans, moins d'une femme sur cinq déclare ce comportement. Si l'on compare avec les données des années précédentes, le tabagisme est en augmentation dans les tranches d'âge plus élevées. Les femmes de catégories sociales plus favorisées fument plus que les autres.

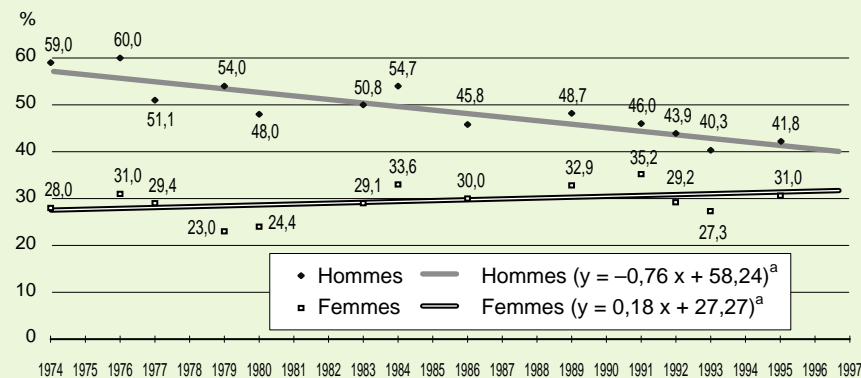
Tableau II

**Répartition des différents produits consommés durant l'année et au cours de la vie (en pourcentage)**

	Vie	Année
Cannabis	15,2	4,4
Hallucinogènes	1,5	0,2
Médicaments	1,1	0,0
Cocaïne	1,1	0,1
Colles et solvants	0,8	0,1
Ecstasy, amphétamines	0,7	0,3
Héroïne	0,4	0,0
Autre drogue	0,5	0,1
Au moins une drogue	15,8	4,4

Figure 2

Évolution de la prévalence du tabagisme dans la population adulte française



a. Équation de la droite ajustant au mieux l'ensemble de points (moindres carrés).

• **Le rapport à la loi**

Les zones non-fumeurs ne sont pas respectées dans les transports en commun par 4,9 % de fumeurs (1993/1994 : 3,8 %), dans les restaurants par 18,1 % (1993/1994 : 18,7 %), dans les lieux de travail par 22,4 % (1993/1994 : 24 %) et dans les bars 26,5 % (30,9 %). Les hommes, les jeunes et les gros fumeurs ont plus de difficultés à respecter la loi.

**Dépistage des cancers féminins**

• **La mammographie au cours de la vie**

Un femme sur deux (50,3 %) a déjà effectué une mammographie au moins une fois au cours de son existence. Cette mammographie a été réalisée au cours de l'année pour 28,4 % d'entre elles. Selon les répondantes, l'initiative de la mammographie peut être attribuée au médecin traitant (60,2 %), à une campagne de dépistage (8,4 %) ou à leur propre initiative (24,7 %).

• **La mammographie dans les trois dernières années chez les femmes de 50 à 69 ans**

La comparaison avec les années 1992 et 1993 montre l'augmentation du nombre de femmes, ayant entre 50 et 70 ans, qui ont bénéficié d'une mammographie. Si l'on remonte aux trois dernières années (1993-1995), c'est un chiffre de 59,7 %

qui est observé dans cette enquête. Cependant, les résultats globaux masquent une disparité importante avec un taux de 75,6 % pour les femmes entre 50 et 54 ans, mais de 42,5 % pour celles entre 65 et 69 ans (Figure 3). Les principaux éléments susceptibles d'être associés à une participation plus importante pour les femmes de 50 à 69 ans sont un niveau d'études supérieur au bac, le fait d'avoir pratiqué un frottis depuis moins de deux ans, ne pas aimer fumer, craindre le cancer, être dans un département où existe un dépistage organisé avant 1992 et avoir une personne proche malade.

• **Le frottis du col utérin**

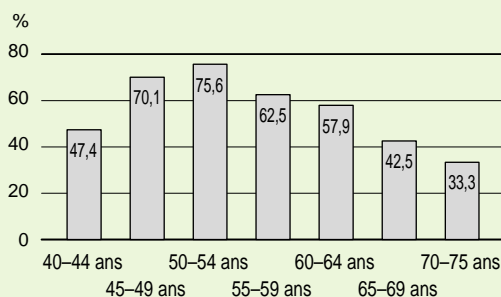
Trois Françaises sur quatre (73,5 %) ont déclaré avoir fait un frottis dans les deux dernières années. Ces chiffres moyens lissent des situations hétérogènes. Les femmes de plus de 50 ans ont un taux de 52,6 % dans les deux années passées. Les principales variables retenues par le modèle multivarié comme étant associées à une augmentation de la réalisation d'un frottis de dépistage dans les deux dernières années sont la nationalité étrangère, l'âge, inférieur à 50 ans, le fait d'avoir passé une mammographie, de vivre en couple, la consultation d'un médecin dans l'année et un niveau d'études supérieur au bac.

**Des résultats au service de l'action préventive**

La communication publique en éducation pour la santé ainsi que les actions de proximité ne peuvent que tirer profit des multiples données fournies par ce dernier Baromètre. Il s'en dégage très nettement des groupes prioritaires : les hommes de moins de 35 ans et les femmes de 55 à 65 ans, les Français plutôt socialement inactifs et les sujets appartenant à des catégories socioprofessionnelles défavorisées. L'existence de « groupes de comportements » pousse à adopter des démarches transthématiques et à mettre au centre de la problématique d'intervention la qualité de vie et la dissonance entre, d'une part, les connaissances sur la santé et, d'autre part, les pratiques qui trop souvent s'inscrivent dans le risque et le déni.

Figure 3

Taux de mammographie au cours des trois dernières années selon l'âge (en pourcentage)



**Bibliographie**

1. Baudier F., Arènes J. (sous la direction de) Baromètre santé adultes 95/96. Préface de B. Kouchner. Vanves : CFES, 1997 : 288.

**Jacques Arènes**

Statisticien, psychologue, Comité Français d'éducation pour la santé

# Dossier

## Usages de drogues et **toxicomanies**

### Sommaire

- |              |   |                  |   |
|--------------|---|------------------|---|
| ■ <b>II</b>  | <b>La consommation de drogues</b>                       | ■ <b>XXXII</b>   | <b>Des prises en charge diversifiées</b>                      |
| 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                |
| ■ <b>XIX</b> | <b>Approches de santé et aspects sociaux</b>            | ■ <b>XXXVIII</b> | <b>Tribune</b>  |
| XIX          | La prévention en France                                 | ■ <b>XLIV</b>    | <b>Bibliographie</b>  |
| XXIII        | Le système de soins                                     |                  | <b>Adresses utiles</b>  |
| XXVII        | Coût social et choix de politique                       |                  |   |

**R**éaliser 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, inébriants 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 caraïbe.

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

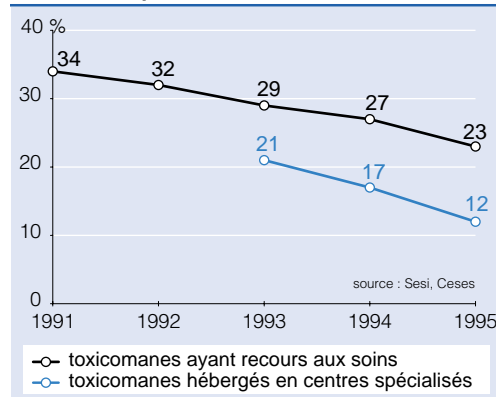
L'état de santé des toxicomanes est peu appréhendé par les enquêtes existantes. Les quelques informations dont nous disposons concernent plus particulièrement certains aspects de la mortalité et la morbidité infectieuse, notamment l'infection par le VIH et par le virus de l'hépatite C.

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.

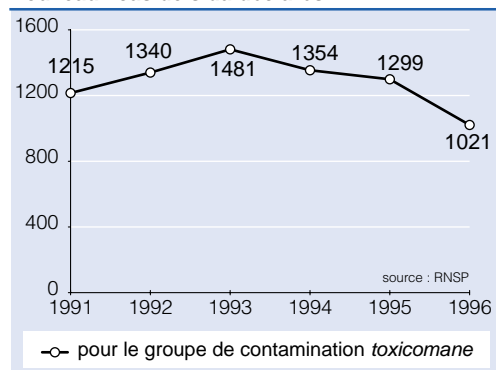
### Morbidité : VIH, sida, VHC

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

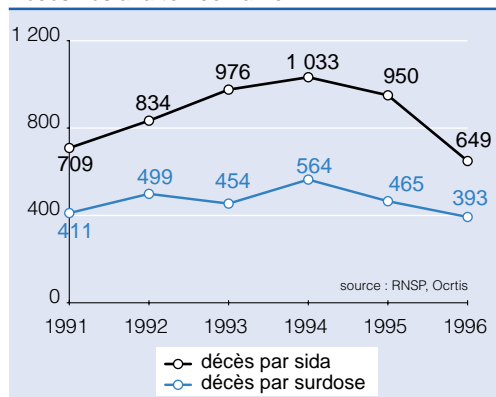
### Taux de séropositivité au VIH



### 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 <sup>er</sup> 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 <sup>er</sup> janvier 1980 au 1 <sup>er</sup> juillet 1990	1 <sup>er</sup> janvier 1980 au 1 <sup>er</sup> 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'ectasy 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.

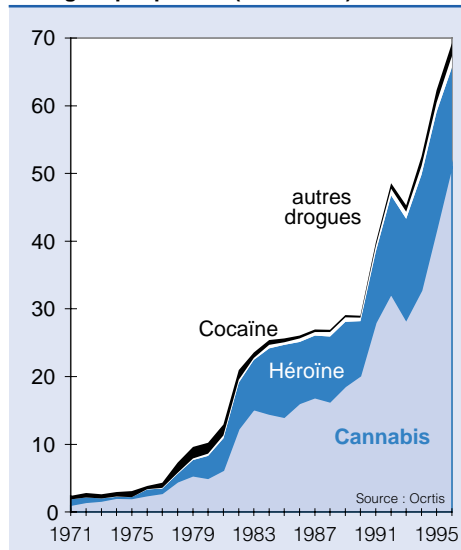
Il faut cependant noter que l'infraction de détention de stupéfiants peut également concerner de simples usagers, la quantité de stupéfiants saisie devant permettre au magistrat de retenir une qualification plutôt qu'une autre. Ainsi, pour l'année 1994, sur un total de 20 580 infractions à la législation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

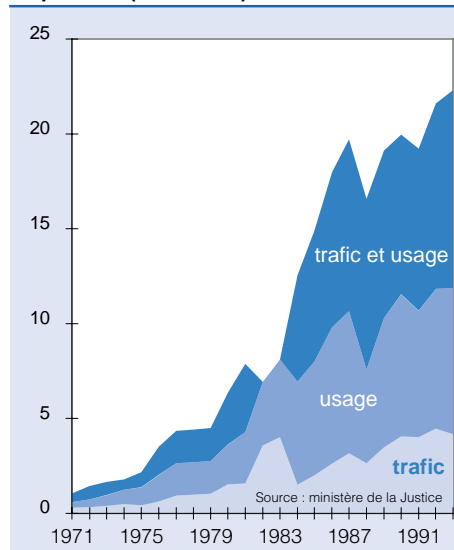
Évolution de la répartition des interpellations d'usagers par produit (en milliers)



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<sup>er</sup> 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 <sup>a</sup>	26	656
Affaires sociales	14	15	29
DIV	22	9	31
Mildt	<sup>b</sup>	45 <sup>c</sup>	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
<b>Total</b>	<b>4 435</b>	<b>198</b>	<b>4 633</b>
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 ?

**L**a 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 seraient 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

**L**es 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 « plânète », 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 pathologique<sup>1</sup> 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'explication<sup>2</sup> 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 criminalité<sup>3</sup>.

### 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* »<sup>4</sup>.

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 Goodman<sup>5</sup> :

- 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. Brodsky<sup>6</sup>).

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 addictions<sup>7</sup> 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 1981<sup>8</sup> 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

## Directeur

Pr D. Widlocher

## Équipe

Constituée de 6 membres statutaires et de 5 vacataires étudiants, elle provient de deux unités de recherche (en 1986 puis en 1988) : sur les sociopathies, et sur l'épidémiologie des troubles mentaux.

## Collaborations

- Des universitaires (méthodologie ou résultats) en France, en Europe et au Québec.
  - Des experts en épidémiologie des toxicomanies au Conseil de l'Europe : groupe sur les urgences et groupe sur l'utilisation des données épidémiologiques.
  - L'association européenne des intervenants en toxicomanie pour l'évaluation des traitements (Communautés européennes).
  - L'épidémiologie clinique se développe en partenariat avec les associations de professionnels : Anit et ANPA (toxicomanie et alcool).
  - Les cliniciens des secteurs publics de psychiatrie.
- ### Contrats de recherche
- Contrat ANRS. Suivi des toxicomanes infectés par le VIH.
  - Conventions DGS-Inserm : suivi et évaluation des patients bénéficiant d'un traitement de substitution à la méthadone.
  - Ministère des Affaires étrangères. Coopération franco-québécoise. Épidémiologie des toxicomanies et évaluation des traitements.
  - Contrat Cnam-Inserm : état de santé des toxicomanes.
  - Contrat Mire : usages en population générale.
  - Ministère de la Coopération : prévention des toxicomanies en Afrique.
  - Réseau national de santé publique
  - Fondation pour la recherche médicale (schizophrénie).
  - Réseau Inserm Est-Ouest (Pologne).

## Coordonnées

44, chemin de Ronde  
78110 Le Vésinet

## Thèmes

L'équipe aborde deux thèmes d'études principalement :

### La toxicomanie et conduites de dépendance (F. Facy)

Pour améliorer la connaissance des sujets concernés par les usages et les abus de psychotropes, plusieurs indicateurs sont étudiés tout au long des années quatre-vingt-dix :

- la mortalité à travers les causes principales ou associées (alcoolisme, suicide, surdose),
- la morbidité directe au niveau des lieux de soins spécialisés en toxicomanie ou en alcoologie,
- la morbidité indirecte au niveau de lieux de soins non spécialisés (urgences, hôpitaux),

- les difficultés associées, identifiées au niveau de lieux d'intervention judiciaire,
- l'évolution des patients traités, à partir de deux types de lieux essentiellement : spécialisés en toxicomanie, pour les sujets traités avec de la méthadone, ou spécialisés en alcoologie, hospitaliers pour les sujets traités pour des maladies infectieuses (hépatites, sida),
- la typologie des usages de psychotropes, licites ou illicites, en population générale pour relativiser les usages et abus (enquête Insee,

CreDES, examen de santé CPAM).

Deux niveaux de recherche sont particulièrement approfondis :

- la constitution d'échantillonnage et la définition de représentativité en fonction du problème étudié et des données disponibles,
- les analyses statistiques pour décrire des ensembles de sujets en fonction de données multiples et hétérogènes avec recherche de différenciation optimale de sous-groupes, à visée prédictive.

### La schizophrénie et l'autisme (F. Casadebaig)

#### Causes de décès des patients schizophrènes

Bien que la schizophrénie ne soit pas une maladie létale, la surreprésentation de la mortalité chez les patients schizophrènes est attestée depuis longtemps. En France, aucun enregistrement ne permet actuellement de connaître le niveau de mortalité et les causes de décès des patients schizophrènes. Dans ce but, en 1993, avec le soutien financier du Réseau national de santé publique, a été constituée une cohorte de 3 500 patients schizophrènes (CIM 10 F20) âgés de 18-65 ans, en soins en secteur de psychiatrie générale. Un questionnaire, au moment de l'inclusion du patient dans la

cohorte a fait le point sur la pathologie somatique éventuelle, l'accès aux soins somatiques, la médication psychotrope reçue, et un certain nombre de facteurs de risque comme la consommation de tabac, d'alcool, de drogue ou le comportement suicidaire. Ces données sont renouvelées régulièrement. L'observation de la cohorte et l'enregistrement des décès se poursuit. La cinquième année d'observation est en cours.

#### Prévalence comparée de l'autisme infantile en France et en Pologne

Les services de pédiopsychiatrie polonais ont constaté depuis les bouleversements sociaux interve-

nus dans leurs pays, une augmentation dans leur clientèle d'enfants présentant des troubles autistiques. Une recherche pour mesurer dans le temps la prévalence réelle de l'autisme en Pologne, avec la population française comme population témoin, a été entreprise. Dans quatre *vovoidies* polonaises et sept départements français, un questionnaire de détection des troubles graves de la communication et du langage sera passé aux enfants de 6 ans à travers la médecine scolaire, afin de détecter ensuite les troubles autistiques. Cette recherche, avec la même méthodologie sera renouvelée cinq ans plus tard, dans les deux pays.

## Information, formation

Les activités de transfert sont menées à trois niveaux :

- Articles scientifiques et rapports d'études vers les professionnels des soins et les décideurs, ou de professionnels pour l'évaluation.
- Information et communication auprès d'un public large pour la prévention.
- Formation à et pour la recherche pour une spécialisation : DEA Psychopathologie et neurobiologie des comportements (Paris VI), capacité en alcoologie et toxicomanie.

# Le nouveau paysage régional en matière de santé

**Deux ans après la publication des ordonnances sur la réforme de l'assurance maladie et sur l'organisation de la sécurité sociale, les nouvelles instances régionales créées à cette occasion ont été mises en place selon le calendrier initialement prévu. La réforme de 1996 a provoqué un bouleversement important qui va bien au-delà d'un simple changement institutionnel.**

**«U**ne politique régionale de santé doit être centrée sur la santé de la population et ses besoins, avoir des objectifs précis, être capable de mobiliser les partenaires de santé et la population elle-même autour de ces objectifs, s'appuyer sur des outils opérationnels, traduire en actions les objectifs prioritaires ». Ce texte introductif extrait de la circulaire 97/731 du 20 novembre 1997 de la direction générale de la Santé situe ainsi l'ambition de la réforme de 1996.

## **Prise en compte des priorités de santé publique par les acteurs de santé**

Pivot de l'évaluation des besoins de santé de la population, la conférence régionale de santé est le lieu de débat et de propositions où se définissent les priorités de santé pour les années à venir. Elle se réunit chaque année en séance publique sur

convocation du préfet de région. Composée de 50 à 300 personnes elle associe cinq types de membres : les représentants de l'État, des collectivités locales..., les professionnels, les établissements de santé et médico-sociaux et enfin les représentants d'associations familiales, de personnes handicapées...

La conférence est dotée d'une instance opérationnelle : le jury, dont la composition est arrêtée par le préfet de région et qui a pour mission « d'établir les conclusions et recommandations de la conférence ». Les services déconcentrés de l'État, la direction régionale des Affaires sanitaires et sociales (Drass) et les directions départementales des Affaires sanitaires et sociales (Ddass) sont chargées d'assurer le secrétariat du jury et l'animation de la conférence.

Parmi les priorités de santé établies par la conférence, le préfet détermine celles qui feront l'objet des programmes régionaux de santé (PRS). Mis en place

en 1994 à titre expérimental sous l'appellation de « projets régionaux de santé », les PRS ont été institutionnalisés en « programmes régionaux de santé » par les ordonnances d'avril 1996. Ddass et Drass ont en charge également la conduite des PRS.

Il est prévu de constituer au plan régional un comité permanent de la conférence régionale de santé qui est un lieu de concertation pour la mise en œuvre des propositions de la conférence et des programmes régionaux de santé. Il rassemble les principaux décideurs de la région en la matière, ARH, Urcam, Union professionnelle des médecins libéraux ainsi qu'un représentant du jury de la conférence.

Au-delà des difficultés que rencontrent les professionnels sur le terrain dans la mise en œuvre de ces nouvelles orientations, le premier effet de la réforme de 1996 est d'inciter les acteurs de santé à prendre en compte dans leur stratégie non seulement leurs propres besoins de développement mais également les priorités de santé régionales.

La prise de conscience en France que l'état de santé de la population, et l'on pense en particulier aux questions soulevées par l'importance de la mortalité prématurée, peut s'améliorer aujourd'hui par des actions qui ne nécessitent pas au préa-



lable des moyens supplémentaires pour l'offre de soins, est nouvelle. Les réformes en cours contribuent à cette prise de conscience.

Aujourd'hui, les différents acteurs de terrain sont à la recherche d'informations mais aussi d'outils pour se situer dans ces nouvelles perspectives. Ils sollicitent ainsi les observatoires régionaux de Santé (ORS), organismes créés au début des années quatre-vingt dans toutes les régions afin d'améliorer la connaissance de l'état de santé de la population. Les tableaux de bord « la santé observée », qui rassemblent pour l'ensemble des régions françaises, mais aussi au niveau départemental et parfois communal, plus de 200 indicateurs sanitaires et sociaux standardisés, font partie des outils mis à disposition par les ORS. Mais les demandes des décideurs sont évidemment très vastes et concernent également des systèmes nouveaux comme le PMSI dont les conditions d'accès ne sont pas encore arrêtées.

## ARH : un statut particulier

Le paysage sanitaire régional s'appuie principalement sur quatre institutions aux missions bien spécifiques : l'agence régionale de l'Hospitalisation (ARH) et l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (Urcam) créées par les ordonnances de 1996, l'union professionnelle des médecins libéraux qui a vu le jour en 1993 et la direction régionale des Affaires sanitaires et sociales créée il y a vingt ans (1977).

Les ARH sont nées entre mars et octobre 1997 dans l'ensemble des régions françaises. Créées sous forme de groupements d'intérêt public (GIP), les agences ont un fonctionnement complexe. Certains juristes portent d'ailleurs un jugement particulièrement sévère sur leur création « *les 26 ARH mises en place en 1997 illustrent un processus administratif qui ne fait que s'amplifier depuis quelques années : le dessaisissement des services de l'État au profit d'organismes extérieurs dont l'existence viole les principes les plus élémentaires de l'organisation administrative française... les*

*ARH sont, en un mot, un exemple remarquable d'alourdissement et de complication de l'organisation administrative française, qui n'en avait certainement pas besoin* ». (Revue de droit sanitaire et social, juillet/septembre 1997, M. Ghebali-Bailly). Un tel jugement mérite quelques explications.

Le statut juridique particulier des ARH répond à l'un des objectifs de la réforme de faire participer l'assurance maladie à la régulation des problèmes hospitaliers au plan régional, le GIP étant la seule forme juridique permettant d'associer au sein d'une même structure des organismes de droit privé, en l'occurrence les caisses d'assurance maladie avec les services de l'État.

L'agence est administrée d'une part par son « président-directeur », nommé en conseil des ministres et qui ne dépend pas du préfet, et d'autre part par la commission exécutive constituée d'un nombre égal de représentants de l'assurance maladie (régime général, régime agricole, caisse maladie régionale, service médical et dans certaines régions le régime des mines) et des services de l'État (Ddass, Drass, inspection régionale de la santé). Les principales décisions relèvent du pouvoir propre du directeur de l'ARH et la commission délibère notamment sur les orientations qui président à l'allocation des ressources ainsi que sur les contrats pluriannuels signés entre les hôpitaux et l'ARH.

En 1998, pour la première année, les budgets des hôpitaux publics ont été arrêtés par le directeur de l'ARH et non plus par le préfet de département, un changement qui est loin d'être symbolique. Pour les acteurs de santé, cette nouvelle organisation a le mérite d'une certaine clarification. Alors qu'auparavant les décisions concernant les établissements de santé dépendaient de plusieurs institutions différentes, Ddass, Drass, et Cram, avec des arbitrages rendus en définitive par le préfet de département et/ou de région, selon le type de décision, les hôpitaux et les cliniques ont maintenant un interlocuteur unique pour l'ensemble des départements d'une région, le directeur de l'ARH.

Pour fonctionner, l'ARH dispose de moyens propres mais aussi et surtout des personnels des Ddass, des Drass et des caisses d'assurance maladie qui sont collectivement « mis à disposition ». Les moyens des agences ne peuvent donc être évalués simplement au regard du personnel qu'elles emploient directement (autour d'une dizaine de personnes en général) mais par rapport à l'ensemble des agents des Ddass, Drass, et Cram qui collaborent avec elle. Sur le terrain, les directeurs d'agence sont donc amenés à mobiliser ces personnels en fonction des dossiers à traiter ; préparation des budgets hospitaliers, actualisation des schémas régionaux d'organisation sanitaire... Dans les faits, cette organisation n'est pas sans poser problème. Les professionnels concernés des Ddass et des Drass considèrent la situation actuelle comme peu satisfaisante : dépendants hiérarchiquement du directeur régional ou départemental, les agents de l'État qui s'occupent des budgets hospitaliers ou de la planification des équipements sont rattachés fonctionnellement au directeur de l'ARH. Et cette réforme est d'autant plus difficile à accepter par ces personnels que certains d'entre eux ont déjà vécu il y a moins de quinze ans la partition des services consécutive aux lois de décentralisation.

À ce fonctionnement administratif relativement lourd s'ajoute le fait qu'un certain nombre de décisions administratives concernant les établissements hospitaliers continuent de dépendre du préfet : les pouvoirs de contrôle en matière de sécurité sanitaire ou par exemple l'autorisation d'activité libérale dans les établissements. Quant au domaine médico-social (établissements pour jeunes ou pour adultes handicapés, sections de cure médicale, soins infirmiers à domicile), la tarification de ces établissements dépend toujours de l'autorité préfectorale.

En matière de santé publique, la réforme de 1996 a déplacé le centre de gravité de la région au bénéfice de l'Agence régionale de l'hospitalisation qui, par l'importance des missions qui lui sont confiées (l'allocation des ressources et les

restructurations hospitalières), concentre beaucoup d'attentes. En réalité, la définition de la politique régionale de santé est toujours de la responsabilité directe de l'État et de son représentant dans la région, le préfet qui s'appuie notamment sur les conclusions de la conférence de santé et sur les Drass et les Ddass. De ce point de vue, la politique hospitalière peut être considérée comme une résultante de ces choix.

Ainsi, les services déconcentrés de l'État, Ddass et Drass, sont investis aujourd'hui d'une double mission : ils sont tout d'abord services déconcentrés du ministère de la Santé chargés sous l'autorité du préfet de l'élaboration de la politique régionale de santé publique mais aussi de sécurité sanitaire. Ils sont par ailleurs mis à disposition de l'ARH dans le cadre des missions qui lui sont confiées.

### Soins ambulatoires : l'union des caisses...

Les ordonnances d'avril 1996 n'ont pas remis en cause la séparation traditionnelle entre le secteur hospitalier, qui dépend maintenant de l'ARH et celui des soins ambulatoires qui est rattaché aux Urcam.

Pour la première fois de leur histoire, les administrateurs des caisses d'assurance maladie du régime général, du régime agricole et du régime des travailleurs indépendants vont donc se retrouver réunis au sein d'une même instance, l'Urcam. On peut légitimement s'étonner que, près de 70 ans après leur création (les assurances sociales ont vu le jour en France en 1930), les caisses d'assurance maladie ne se soient pas dotées plus tôt d'une telle instance de concertation à l'échelle de la région alors que l'État (1977) ou les professionnels de santé libéraux (1993) étaient déjà structurés à ce niveau. Au sein du régime agricole ou pour l'assurance maladie des travailleurs indépendants, une structuration existe depuis plusieurs années au plan régional. Il n'y a rien de semblable en revanche pour les caisses du régime général (CPAM,

Cram) qui ne disposent pas d'une représentation à ce niveau.

Conformément au calendrier prévu par les ordonnances d'avril 1996, les Unions régionales des caisses d'assurance maladie (Urcam) se mettent progressivement en place depuis la fin de l'année 1997. L'Urcam est chargée de définir une politique commune de gestion du risque à l'échelle de la région et doit donc coordonner la mise en place des Plac (plan local d'action concertée) qui définissent les conditions de mise en œuvre de la politique de gestion du risque dans chaque département. L'union doit également s'assurer que les actions de prévention et d'éducation sanitaire des caisses sont conduites en fonction des priorités de santé publique arrêtées au plan régional.

L'Urcam apparaît surtout comme une instance de coordination et d'évaluation n'ayant pas la charge directe de la gestion du risque qui continue à relever des organismes de base (CPAM, MSA...). Enfin, il est également prévu qu'elle mène avec l'union professionnelle des médecins libéraux les « *études utiles [...] en matière d'évaluation des besoins médicaux, d'évaluation des comportements et des pratiques professionnelles* ».

### ... après celle des médecins libéraux

Créées par la loi du 4 janvier 1993, les unions régionales de médecins libéraux ont précédé les ordonnances de 1996 « *elles peuvent prendre les initiatives qu'elles jugent utiles dans les domaines suivants : analyses et études relatives au fonctionnement du système de santé, à l'exercice libéral de la médecine, à l'épidémiologie et à l'évaluation des besoins médicaux* ».

Les unions de médecins libéraux, qui n'ont pas en charge la gestion de dispositifs sont associées à la plupart des instances de réflexion créées par les ordonnances d'avril 1996 (conférence de santé...). Elles seront dans les années à venir fortement impliquées dans les trans-

missions de données entre les praticiens et l'assurance maladie.

### Déconcentration des politiques... et des moyens ?

Donner des missions aussi importantes aux Drass, aux ARH et aux Urcam pour mener une politique régionale de santé est un objectif ambitieux. Mais de quels moyens disposent ces différentes instances pour exécuter leurs missions ? La réponse n'est pas identique pour ces trois institutions.

L'ARH décide de l'attribution des moyens aux établissements hospitaliers et peut donc traduire directement les priorités de santé régionales dans ses choix budgétaires.

En revanche, la situation est moins claire pour les Drass et l'Urcam car, pour le moment, les crédits d'intervention en santé publique restent gérés de façon centrale par la direction générale de la Santé (DGS) et par la Cnam. Les principales ressources dans ce domaine viennent soit de l'État soit du Fonds national de prévention et d'éducation sanitaire (FNPEIS), un budget d'environ 1,4 milliard de francs, dont plus de la moitié sert à financer les centres d'examen de santé. Pour le moment, il ne semble pas prévu de déconcentrer ces crédits au niveau des Drass ou des Urcam.

### Apprendre à travailler ensemble

Ce bouleversement institutionnel suscite beaucoup de questions. La première tient à la manière dont ces institutions collaborent sur le terrain car même si elles ont des missions spécifiques, ces différentes instances doivent partager un certain nombre de diagnostics sur l'état de santé et les besoins sanitaires de la population. Des participations croisées sont prévues pour remédier à cet éclatement des pôles de décision : les directeurs de l'Urcam, de la Drass et de la Cram sont membres de la commission exécutive de l'ARH et le directeur de l'ARH assiste aux délibérations du conseil d'administration de

l'Urcam. Chaque année, le directeur de l'ARH doit établir un rapport devant la conférence régionale de santé sur la mise en œuvre des priorités de santé par les établissements de santé de la région.

Mais les bouleversements actuels ne sont pas seulement institutionnels ! Sur le terrain, on constate des évolutions en profondeur. Dans de nombreux sites, le rapprochement entre établissements de santé publics et privés est une réalité et des réseaux de soins commencent à se mettre en place associant établissements publics, privés et professionnels de santé libéraux.

L'implication des professionnels de santé libéraux dans la définition des priorités de santé régionales et leur présence dans les différentes instances créées par les ordonnances est à ce titre un progrès considérable. Il ne faut pas négliger l'importance du chemin parcouru dans ce domaine alors que les préoccupations de santé publique ne semblaient passionner il y a encore quinze ans qu'une poignée d'acteurs. Cela ne signifie pas encore que ces préoccupations soient largement partagées par l'ensemble des professionnels de santé libéraux mais les conditions sont aujourd'hui réunies à l'échelle des régions pour dépasser les contradictions entre les différents acteurs afin d'élaborer une politique régionale de santé qui s'appuie sur l'ensemble des partenaires de santé.

### Un dispositif qui doit évoluer

Avec cette multiplication d'institutions au plan régional, on est loin du modèle initial esquissé par le commissariat au Plan (Santé 2010, rapport du groupe prospective du système de santé présidé par Raymond Soubie, Commissariat au Plan, 1993) qui prévoyait la création d'une agence régionale de santé cumulant les missions remplies aujourd'hui par l'ARH, la Drass et l'Urcam. La réforme d'avril 1996 n'a pas remis en cause l'équilibre subtil des pouvoirs entre l'assurance maladie et l'État, et la création d'une agence régionale de santé, que certains appellent de leurs vœux, nécessite en préalable de résoudre ce dilemme.

### Quelle place pour les élus ?

La dernière inconnue reste la place laissée dans ce dispositif aux élus de la nation. La politique de santé reste une compétence de l'État et les conseils régionaux ne semblent guère pressés de se doter d'un nouveau champ d'intervention qui pourrait conduire les élus à endosser des décisions impopulaires (restructurations hospitalières, enveloppes globales pour les professions de santé).

Mais les ordonnances d'avril 1996 ont donné à la représentation nationale la possibilité de s'exprimer sur les choix budgétaires en matière de santé. Pour le moment, les élus se sont encore peu saisis de ces questions souvent très techniques... mais demain ! ■

### François Tuffreau

Directeur des études à l'ORS des Pays de la Loire et rédacteur en chef de la revue *Santé Pays de Loire*

### À paraître en juin 1998

23

juin 1998

## Actualité et dossier en santé publique

Revue trimestrielle du Haut Comité de la santé publique

maladies et risques  
**émérgents**  
dossier

ISSN 1243-275X

## Livres reçus



ce pictogramme signale les ouvrages qui font l'objet d'une note.



ce pictogramme signale les CD-Rom qui font l'objet d'une note.



### ALCOOL

#### ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE Données actuelles et perspectives

Jean Adès,  
Michel Lejoyeux  
Paris : Masson, coll.  
Médecine et  
psychothérapie, 1997,  
271 p., 160 F



### ÉCONOMIE DE LA SANTÉ



#### DIX ANS D'AVANCÉES EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ Actes des XIX<sup>e</sup> journées des économistes de la santé français

Coordonné par  
Jean-Claude SAILLY et  
Thérèse Lebrun  
Montrouge : Éditions John  
Libbey Eurotext, 1997,  
304 p., 240 F



#### LES REVENUS SOCIAUX

Ministère de l'Emploi et  
de la Solidarité  
Paris : La Documentation  
française, coll. Études  
statistiques, 1997, n° 3,  
168 p., 66 F



### ÉDUCATION POUR LA SANTÉ



#### INÉGALITÉS ET ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

Fabien Tuleu  
Vanves : éditions CFES,  
coll. Dossiers techniques,  
1998, 60 p.



#### GÉNÉRER DES DYNAMIQUES LOCALES Évaluation des facteurs de pérennité de l'action de prévention

Lisette Tardy  
Paris : Edition FNMF, 1997,  
181 p.



### ENVIRONNEMENT

#### QUALITÉ DE VIE Santé, écologie, environnement

Prévenir, 2<sup>e</sup> semestre 1997,  
n° 33, 224 p., 150 F



### ÉTHIQUE



#### COPIES CONFORMES Le clonage en question

Axel Kahn, Fabrice Papillon  
Paris : Nil Éditions, 1998,  
296 p., 120 F



#### LES DROITS DU MALADE

Claude Évin  
Paris : Le seuil, 1998,  
252 p., 79 F



### FORMATION MÉDICALE

#### DE LA MÉDECINE À LA SANTÉ Pour une réforme des études médicales et la création d'universités de la santé

Jean-François Mattéi,  
Jean-Claude Étienne,  
Jean-Michel Chabot  
Paris : Flammarion, coll.  
Médecine-Sciences, 1997,  
143 p., 75 F



### HANDICAP

#### CONTRIBUTION AU SCHÉMA DÉPARTEMENTAL DE PARIS EN FAVEUR DES PERSONNES HANDICAPÉES

Étude réalisée par Myriam  
Astorg  
Paris : ORS Île-de-France,  
septembre 1997, 165 p.



### INDICATEURS DE SANTÉ



#### STATISTIQUES ET INDICATEURS DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL Statiss 1996

Ministère de l'Emploi, Drass  
du Limousin, Sesi  
Isle : SIL, CD-Rom, 200 F

### BAROMÈTRE SANTÉ NUTRITION 1996

Adultes  
François Baudier,  
Michel Rotily,  
Geneviève Le Bihan,  
Marie-Pierre Janvrin,  
Claude Michaud  
Vanves : Éditions CFES,  
coll. Baromètres, 1997,  
179 p., 95 F



### SANTÉ PUBLIQUE

#### SANTÉ PUBLIQUE

André Lévy,  
Michel Cazaban,  
Jacqueline Duffour,  
Roger Jourdan  
Paris : Masson, coll.  
Abrégés, 1998, 3<sup>e</sup> édition,  
227 p., 185 F

#### SANTÉ PUBLIQUE ET DOCTRINE DU MARCHÉ The invisibility of public health : population-level measures in a politics of market individualism

Burris Scott  
American Journal of Public  
Health 87, 1607-1610, 1997.

par Jean Martin



#### DONNÉES SUR LA SITUATION SANITAIRE ET SOCIALE EN FRANCE Rapport

Ministère de l'emploi et de  
la Solidarité  
Paris : La Documentation  
française, 1998, 246 p., 120 F



### SIDA

#### SIDA : NOUVELLES PERSPECTIVES EN ANTHROPOLOGIE ET EN SOCIOLOGIE ?

Sciences sociales et santé,  
John Libbey Eurotext,  
décembre 1997, n° 4,  
145 p., 190 F

## ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

### DIX ANS D'AVANCÉES EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

#### Actes des XIX<sup>e</sup> journées des économistes de la santé français

Coordonné par

Jean-Claude Saily et

Thérèse Lebrun

Montrouge : Éditions John

Libbey Eurotext, 1997,

304 p., 240 F

Cet ouvrage collectif, coordonné par Jean-Claude Saily et de Thérèse Lebrun (Cresge, Lille) représente les actes des XIX<sup>e</sup> Journées des économistes de la santé français, célébrant ainsi le X<sup>e</sup> anniversaire du Groupe des économistes de la santé français.

Ce Groupe, à été crée à Lille, en 1996, à l'initiative de Jean-Claude Saily et de Thérèse Lebrun, sur le modèle du *Health Economists' Study Group*. Il s'agissait 'en premier lieu d'intensifier les échanges entre les chercheurs français de cette discipline, une trentaine environ. Il s'agissait également un mouvement d'approfondissement théorique des différents travaux entrepris à l'époque.

En rassemblant les contributions des chercheurs qui se sont exprimés au cours de ces journées, cet ouvrage a l'ambition de mettre à disposition d'un public large, une synthèse des avancées, réalisées dans les principaux champs de recherche, approfondis depuis la création du Groupe.

Il comprend quatre parties :

- dans la première sont présentés et mis en perspective, voire en cohérence, deux types d'approfondissements théoriques privilégiés depuis le milieu des années quatre-vingt : d'une part, les quatre référents théoriques appliqués récemment au domaine de la santé ; d'autre part, les différentes façons de traiter de l'équité en économie de la santé,

- dans la seconde partie du li-

vre, est abordée la difficile et vaste question de l'application des sciences de la décision au domaine de la santé, domaine marqué par le risque et l'incertitude,

- la troisième partie est consacrée au problème de la mesure des états de santé et des résultats des actions de santé,

- la dernière partie est consacrée à l'analyse de l'innovation en santé.

### LES REVENUS SOCIAUX

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité

Paris : La Documentation

française, coll. Études

statistiques, 1997, n° 3,

168 p., 66 F

Les prestations de protection sociale regroupent les prestations sociales, les prestations de services sociaux servis aux ménages et les prestations fiscales. Elles sont liées à la vieillesse, à la santé, au handicap, au chômage, aux dépenses de formation des demandeurs d'emplois, aux cessations anticipées d'activité, aux politiques en faveur des personnes vivant dans des conditions précaires et en faveur des familles.

Depuis 1981, la tendance marquante est l'augmentation rapide des prestations de protection sociale dans les périodes de basse conjoncture. Leur part est passée de 25,9 % à 30 % du PIB sur la période. Cependant cette progression est différente selon les domaines couverts.

Une analyse du financement de la protection sociale est présentée dans la première partie du dossier. L'évolution entre 1990 et 1996 de chaque prestation est ensuite détaillée en trois étapes.

Enfin, la comparaison entre la France, l'Espagne, les Pays-Bas et le Royaume-Uni montre que les transferts sociaux dans leur ensemble jouent un rôle important dans les revenus et niveaux de vie des ménages de ces différents pays.

## Santé publique

### Sommaire n° 4/1997

#### Éditorial

- La revue Santé publique en 1997, J.-P. Deschamps

#### Pratiques

- Santé et violences perçues par les jeunes, une étude en région parisienne, L. Ginot, N. Ait-Bouali, M. Besse, P. Chevallier, F. Goldberg, J. Buisson
- L'accès aux soins des jeunes non scolarisés en voie de précarisation, O. Noël
- Sorties d'hospitalisation pour les personnes âgées : une enquête transversale en Alsace, C. Hurlimann, C. Ungerer, M. Berthel, F. Kuntzmann
- Actions d'amélioration de la qualité des soins dans un hôpital universitaire, D. Bertrand, P. François, G. Weil

#### Études

- Qualité des listes électorales et facteurs de participation lors d'une enquête communautaire auprès de personnes âgées, B. Faliu, F. Berthier, P. Grosclaude, I. Aptel, F. Cayla, M. Machelard, Y. Duchene
- La chirurgie cardiaque en France (offre, activité et réponse aux besoins) : une enquête nationale, J.-C. Mino, Y. Bourgueil, D. Baubeau, M. P. Chaillet, W. H. Cong, G. Hofmann, S. Ruelle, M. N. Vibet
- La consommation de cannabis chez les jeunes résidant à Bruxelles : réflexion à partir d'une étude qualitative préliminaire, L. Kohn, D. Piette

#### Lettre du terrain

- Modalités et perspectives de prévention du sida, enquête auprès des enseignants des écoles secondaires de Namur, Ph. Meremans, A. Deccache, A. Bouckaert

#### Lectures

*Santé publique,*

BP 7, 2, avenue du Doyen J. Parisot

54501 Vandœuvre-lès-Nancy Cedex

Téléphone 03 83 44 87 00

## ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

### INÉGALITÉS ET ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

Fabien Tuleu  
 Vanves : éditions CFES,  
 coll. *Dossiers techniques*,  
 1998, 60 p.

Cet ouvrage résume et analyse des productions (études, ouvrages, articles, outils, actions) du réseau des comités d'éducation pour la santé ayant pour thème central les inégalités de santé. Il contribue ainsi au débat mené lors des Conférences régionales de santé et de la Conférence nationale de santé en 1998. Il montre en quoi l'éducation pour la santé, en complément du travail autour de l'accès aux soins et de l'organisation des soins, peut concourir à la réduction de ces inégalités. Chaque publication ou action fait l'objet d'une fiche qui propose un résumé analytique ; qui décrit ensuite la manière dont les auteurs (de l'étude, de l'ouvrage, de l'action) traitent la question des inégalités et qui énonce les recommandations que l'on peut en tirer. Des pistes de lectures complémentaires sont systématiquement proposées.

CIJ

### GÉNÉRER DES DYNAMIQUES LOCALES Évaluation des facteurs de pérennité de l'action de prévention

Lisette Tardy  
 Paris : Edition FNMF, 1997,  
 181 p.

Cet ouvrage expose les conclusions et recommandations consécutives à l'évaluation quantitative et qualitative d'un projet de prévention du sida auprès d'élèves de lycée. L'évaluation, poursuivie tout au long de l'action, avait pour objectif de comprendre les éléments facilitateurs et les

### SANTÉ PUBLIQUE ET DOCTRINE DU MARCHÉ

**Le marché, solution ou problème**

**The invisibility of public health : population-level measures in a politics of market individualism**

Burris Scott  
*American Journal of Public Health* 87,  
 1607-1610, 1997.

**Comment la doctrine de marché peut-elle être impliquée dans la dégradation de l'état de santé ? C'est le thème d'un article de l'Américain Scott Burris.**

**D**ans le numéro d'octobre 1997 de l'*American Journal of public health*, Scott Burris, de l'Université Temple, à Philadelphie, publie un texte tout à fait intéressant sur la manière dont l'idéologie dominante actuelle aux États-Unis ignore ou travestit les enseignements de la santé publique et de la médecine sociale et préventive, et leurs apports potentiels. Ces disciplines y sont l'objet d'attaques politiques répétées comme l'est d'ailleurs l'action publique (gouvernementale) en général. L'auteur relève que, contrairement à sa présentation fréquente comme solution universelle aux questions liées au fonctionnement de la société, le marché est souvent la cause (ou en tout cas un élément favorisant) de mauvaise santé. D'assez nombreuses pathologies ne sont pas simple-

ment des sous-produits accidentels du marché, mais en sont un résultat direct.

Trop de ce que l'économie génère est, à un degré ou l'autre, facteur de maladie ou d'accident : qu'il s'agisse de cigarettes, d'alcool, de voitures rapides, de « fast food » ... Nous souffrons aussi bien de loisirs mal orientés, pour certains d'entre nous, que de « l'amère récolte » des stress sociaux : usage de substances menant à la dépendance et multiples formes de violence, entre autres. Dans les sociétés post-industrielles aujourd'hui, d'importants secteurs de la population souffrent des maladies de la privation, de la pauvreté et de l'aliénation, alors que les couches aisées, tout à côté, présentent les pathologies de l'affluence et/ou de l'oisiveté. Un point commun aux deux groupes est souvent, tristement, le manque de sens.

### Responsabilité personnelle, liberté de choix, promotion de la santé

Un élément marquant d'une vision de type libre-entreprise de la santé est de dire que cette dernière est une affaire personnelle, qui dépend de ses choix propres (et le cas échéant de l'expérience de son médecin). Une approche de santé publique, elle, adopte une perspective écologique (au sens large), où la santé est comprise pour une bonne part comme liée

à et dépendante des dimensions sociales, économiques et physiques du milieu de vie. Cette perspective module vivement la doctrine du libre choix : en relevant que ce qu'on a le loisir de faire ou de ne pas faire dépend largement des possibilités qui vous sont socialement ouvertes, ainsi que de la manière dont différentes options sont socialement construites. L'adoption par les individus de comportements préventifs va être rendue plus ou moins facile, significativement :

- selon l'image qu'on a dans la société du fait de conduire son véhicule témérairement ou au contraire en étant attentif aux autres usagers (ou du fait de mettre sa ceinture de sécurité, de porter son casque) ;

- selon que, usant de tabac, on a ou pas une préoccupation de respect du bien-être des non-fumeurs qui nous entourent (comme par ailleurs de sa propre santé) ;

- le thème du respect est complètement pertinent aussi en matière de prévention de grossesses non désirées et de maladies sexuellement transmissibles par l'usage du préservatif (qui doit être vu comme une volonté concrète de respecter l'autre et soi-même, et non comme une marque de méfiance).

Il y a à l'évidence un rôle légitime des pouvoirs publics et d'associations privées en vue d'informer nos concitoyens et d'influencer dans un sens favorable à la santé certains comportements

ou habitudes. Les tenants d'une doctrine ultra-individualiste traiteront de tels efforts de « manipulation »... À cet égard, il est entendu que des campagnes d'éducation pour la santé doivent satisfaire à des critères éthiques, le premier étant que leur objectif est d'autonomiser les personnes et non pas de les endoctriner. Il est important ici de rappeler combien les campagnes publicitaires commerciales incluent d'éléments qui représentent autant de pressions, voire de matraquages, qui font bon marché de la règle de bonne foi d'une présentation impartiale et équilibrée des faits. Les arguments même utilisés par certains pour voler au secours de la liberté de choix (qu'on allègue menacée par l'action de santé publique) prennent des allures de terrorisme idéologique.

### À propos de satisfaction individuelle

Il s'agit ici de réfléchir à la liberté de faire tout et n'importe quoi, ce à quoi (entre les lignes tout au moins) laisse rêver une certaine théorie du néolibéralisme dans son mode dérégulant. Mais aussi, Burris le rappelle, la santé publique n'est pas simplement l'addition des satisfactions individuelles. C'est une manière différente de ressentir et définir la santé : une relation entre une population et son environnement. Sous une forme provocante, il écrit : « Les causes biologiques, sociales et environnementales de cancer dans la population sont la pré-

occupation de la santé publique. La cause particulière du cancer de Joe ne l'est pas ».

Il convient évidemment de s'intéresser aux cas particuliers des personnes malades, c'est le premier mandat des médecins et des soignants. Mais cela ne doit pas faire oublier que ces professionnels sont souvent très en aval des causes et facteurs favorisant des problèmes qu'ils traitent ; il est essentiel de vouloir aussi agir en amont. Au moins 95 % des ressources que la société consacre à la santé vont aux soins fournis, dit Burris, malgré l'absence d'une quelconque démonstration que ces prestations entraînent des bénéfices, du point de vue de la population, qui soient dans un rapport de 19 à 1 vis-à-vis d'autres actions possibles. C'est l'occasion de rappeler que les mesures efficaces de prévention, qu'il faudrait mieux prendre, ressortissent à beaucoup d'autres domaines que le secteur médico-sanitaire (cf. les problèmes déjà cités de la violence, y compris accidents de la circulation, les usages de substances, l'exercice désordonné de la sexualité, les pollutions).

Dans sa conclusion, rappelant le potentiel d'une approche communautaire, l'auteur souligne qu'il faut « aller au-delà de la notion que l'individualisme basé sur les lois du marché est un trait immuable profondément ancré dans le caractère américain, et qui devrait être accepté comme la réalité. La question importante n'est pas de savoir ce que les gens pensent aujourd'hui mais comment ils

en sont venus à penser comme cela ; la réponse est qu'ils ont été endoctrinés [...] Les promoteurs de la tendance politique américaine actuelle ont travaillé de longues années pour transférer leurs idées depuis le registre de l'impensable (ce qui n'était pas pensé à une époque moins individualiste et égocentrique) jusque dans les textes de lois. La tâche de la santé publique reste un travail persévérant de changement d'attitudes sociales [...]. Dans le champ politique, cela inclut de montrer à chaque occasion comment le marché met notre santé en danger et comment les choix individuels sont influencés par les conditions sociales et culturelles » (p. 1609-1610).

Cet article est important. Spécialement dans la mesure où il démontre comment, même dans les sociétés occidentales où l'ensemble de la population a accès à une bonne instruction de base et où beaucoup d'informations sont disponibles, et trop souvent au sein même de professions se référant aux sciences exactes, on est influencé par les idées politiques à la mode et une certaine « political correctness » (ou « conformity »). Contrairement à ceux qui donnent du crédit à des brûlots idéologiques comme celui attribué à Margaret Thatcher « *There is no such thing as society* », l'intérêt public existe et doit être défendu. Tout en tirant profit des synergies d'une pratique de soins individuelle et d'une perspective communautaire, il faut rappeler que la santé publique (du public) ne sera

améliorée que si on tient effectivement compte des conditions de la vie en société qui ont des effets délétères, d'une part, et que, d'autre part, on s'attache à promouvoir une approche salutogénétique. Rappelons que, notamment depuis les travaux d'Antonovsky<sup>1</sup>, on appelle ainsi l'étude et la mise en pratique des facteurs qui promeuvent la santé chez l'individu ou le groupe (à la différence des préoccupations quasiment exclusives pour la pathologie et ses mécanismes que montrent souvent des professionnels, qui se disent pourtant « de santé »).

Jean Martin

Médecin cantonal, Lausanne

### Référence

1. Antonovsky A. Unraveling the mystery of health : How people manage stress and stay well. San Francisco : Jossey-Bass, 1987.

Créé en 1911, l'*American Journal of public health* est édité par l'*American Public Health Association*.

American Journal of public health Mensuel

Abonnement annuel

Institutions 225 \$ (250 \$ par avion)

Personnel 165 \$ (215 \$ par avion)

<http://www.apha.org/news/publications/journal/AJPH2.html>

American Public Health Association

1015 15th Street, N.W.

Washington, DC 20005-2605

USA

Téléphone : 202-789-5600

télécopie : 202-789-5661

<http://www.apha.org/>

**STATISTIQUES ET INDICATEURS DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL Statiss 1996**

Ministère de l'Emploi, Drass du Limousin, Sesi  
Isle : SIL, CD-Rom, 200 F

Statiss est l'œuvre collective des statisticiens des directions régionales des Affaires sanitaires et sociales.

Le service statistique de la Drass du Limousin en est le pôle de compétence. Le service des Études et des Systèmes d'information (Sesi) du ministère de l'Emploi et de la Solidarité apporte des éléments pour en assurer la qualité. L'Insee et l'Inserm fournissent des données de base sur la démographie et les causes de décès.

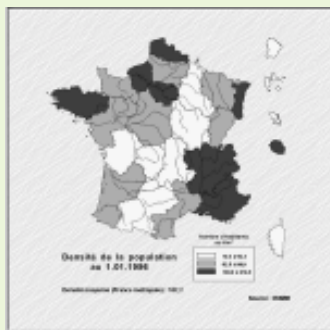
Les résultats du présent CD-Rom concernent les données au 1<sup>er</sup> janvier 1996 ou sur l'exercice 1995 et sont présentées par département, région et France entière.

Les données sont fournies sous forme de pages internet consultables à partir de n'importe quel navigateur (celui de Microsoft est fourni en standard). Des cartes agrémentent les tableaux de données.

**Pour se le procurer**

Syndicat inter-hospitalier Limousin (SIL), 2, rue Jean Monnet, BP 11, 87170 Isle. Téléphone : 05 55 43 99 00. Adresse internet : sil87@inext.fr

Mortalité de la population	24 996	171 503
Mortalité de l'apoplexie cérébrale	5 482	40 000
Mortalité de l'apoplexie cardiaque	3 698	26 118
Mortalité de l'apoplexie pulmonaire	1 808	7 888
Emplois en 1995 au 1 <sup>er</sup> janvier	6 586	31 825
Emplois en 1994 au 1 <sup>er</sup> janvier	6 727	32 174
Chiffre d'affaires en 1995	400	3 126
Chiffre d'affaires en 1994	2 004	11 009
Population en 1995 au 1 <sup>er</sup> janvier	4 761	11 007
Population en 1994 au 1 <sup>er</sup> janvier	4 761	11 007
Total toutes causes	78 176	501 491



tion médicale, RMO, filières de soins...), de recours (tiers payant, information du malade, dossier médical...) et de beaucoup d'autres thèmes. Chaque rubrique est concise, clairement exposée dans un langage direct et accessible au profane. Ce livre contient une mine d'informations, il répond à toutes les questions essentielles que chacun peut se poser face à un problème de santé. Un réel effort pédagogique a été fait et réussi alors que l'entreprise est difficile. C'est enfin un livre qui vient à son heure au moment où les problèmes de santé deviennent un véritable enjeu de société.

GN

**SANTÉ PUBLIQUE**

**DONNÉES SUR LA SITUATION SANITAIRE ET SOCIALE EN FRANCE**

**Rapport**

Ministère de l'emploi et de la Solidarité

Paris : Paris, La Documentation française, 1998, 246 p., 120 F

Cet ouvrage est une reprise de l'annexe a du projet de loi de financement de la Sécurité sociale, présenté au Parlement à l'automne 1997. Conçu et réalisé par le Sesi afin d'éclairer les parlementaires dans leurs choix, il constitue une approche fine de la situation sanitaire et sociale de la population française.

Le constat était d'autant plus intéressant à dresser que la France consacre environ 30 % de sa richesse nationale à la protection sociale et que l'ensemble des analyses publiées ici permettent de rendre compte de l'affectation des ressources.

État de santé de la population, constat sur l'offre de soins et le financement constituent les deux parties du volet santé.

S'agissant du premier thème, l'objectif du Sesi a été de dépasser

entraves au développement d'une dynamique communautaire au sein des lycées. L'auteur présente en première partie la méthodologie de l'étude et analyse en deuxième partie les dynamiques locales site par site pour en faire une synthèse conduisant aux conclusions et recommandations.

CIJ

**ÉTHIQUE**

**COPIES CONFORMES Le clonage en question**

Axel Kahn, Fabrice papillon  
Paris : Nil Éditions, 1997, 296 p., 120 F

Le clonage concerne plusieurs techniques et couvre de nombreux domaines. La définition la plus simpliste consiste à le comparer à une « photocopie », ou plus scientifiquement, à une répllication.

Dans le cas de Dolly et de toutes les expériences menées sur les animaux, le clonage équivaut ainsi à la répllication du patrimoine génétique d'un individu dans le but de créer un être génétiquement identique. Mais bien avant ces pratiques évoluées, préexistent différents types de clonages non reproductifs (par exemple la thérapie génique) qui sont devenus monnaie courante dans les laboratoires du monde entier.

Mais l'annonce de l'existence de Dolly fait surgir des références à la mythologie ou à la science-fiction — du Prométhée originel aux clones d'Aldous Huxley — qui sont aussi responsables du brouillage qui parasite le débat suscité par le clonage humain.

Avec simplicité et pédagogie, cet ouvrage destiné au grand public permet d'éclaircir une technologie complexe et variée et fournit les arguments qui font entrevoir le danger éthique que représente le clonage humain.

**LES DROITS DU MALADE**

Claude Évin  
Paris : Le Seuil, 1998, 252 p., 79 F

Après avoir présenté le 12 juin 1996 au Conseil Économique et Social un rapport intitulé « les droits de la personne malade », Claude Évin propose cette fois au grand public un livre sur le même sujet afin que chacun soit parfaitement informé de ses droits. Le titre de l'ouvrage est en fait trompeur car l'auteur a réalisé un document dépassant largement les seuls droits pour aborder l'ensemble des problèmes de santé et de protection sociale, sous la forme agréable d'un abécédaire.

Au hasard de l'alphabet on y traite en effet d'éthique (expérimentation sur l'homme, don d'organes, euthanasie...), de droit (responsabilité médicale, incapacités majeures, expertise médicale...), d'organisation (conven-



ser la simple présentation des indicateurs classiques pour mettre l'accent aussi sur la perception qu'ont les individus de leur état de santé, sur les changements des comportements, sur l'émergence de nouvelles affections, maladies à virus mais aussi pathologies liées à la situation économique et sociale des personnes ou à l'environnement.

Sur l'offre de soins tant ambulatoire qu'hospitalière, l'ouvrage va au-delà de la description du dispositif, pour s'intéresser aux transformations survenues dans l'organisation des soins, aux disparités d'accès aux soins et aux perspectives à court terme et moyen terme, en matière de démographie médicale.

S'agissant du volet social, l'approche choisie est plus classique puisqu'elle se fait par catégories de population et de risques. Une telle optique rend mieux compte de l'importance des problèmes et de leurs singularités. Ainsi en est-il pour le vieillissement qui concerne l'ensemble de nos voisins européens, confrontés eux aussi à l'extension du nombre de personnes dépendantes. Plusieurs éclairages croisés permettent de mieux cerner, par ailleurs, l'évolution de la pauvreté et d'apprécier le rôle et le poids des transferts sociaux dans ce domaine. Ils mettent en lumière l'extension de la pauvreté pour certaines catégories sociales comme les jeunes, les familles nombreuses, les familles monoparentales...

Pour clore le document, un chapitre est consacré à la mesure de l'effort financier consenti par le pays pour satisfaire les besoins sociaux. ■

Lucie Degail, Claudine Le Grand, Claude Jouglà et Guy Nicolas ont rédigé ces notes.

# alcoologie

REVUE TRIMESTRIELLE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ALCOOLOGIE

**Sommaire 1998, 20 (1) : 1-104**

## Éditorial

- La prévention : pour qui, pourquoi, comment ? *Jacques Weill*

## Mémoires

- Hospitalisation et alcoolisme. Différences de morbidité et de consommation médicale selon le motif d'hospitalisation, *Laure Com-Ruelle*
- Les secrets de l'alcoolique, *Jean-Paul Descombey*
- Les sociétés dites de tempérance au XIX<sup>e</sup> siècle et au début du XX<sup>e</sup> siècle en France et en Europe continentale, *Bernard Hillemand*

## Mise au point

- Interactions alcool-médicaments. Généralités, *Dominique Ernouf, Nora Boussa*
- Interactions alcool-médicaments. Spécificités selon les classes thérapeutiques, *Dominique Ernouf, Julien Belloir, Jean-Philippe Pomiès, Nora Boussa*

## Varia

- La toxicomanie au Québec. De l'inquiétude à l'action, *Louise Nadeau, Julie Bruneau, Delphino Campanile, Serge Gascon, Lise Roy, Jean Sylvestre*

## Alcoologie de terrain

- Comment répondre à une demande d'hospitalisation en urgence pour sevrage d'alcool, *Brigitte Hueber, Dorothee Lecallier, Méry Lienhart*
- « Boire ou conduire ». Prévention chez les jeunes, *Jean-Pascal Assailly*

## Vie de la SFA

- Assemblée générale de la Société française d'alcoologie, 22 novembre 1997, Val-de-Grâce, Paris
- Alcool et plaisir, 21 et 22 novembre 1997, Val-de-Grâce, Paris
- Groupe de travail : les associations d'aide aux personnes ayant un problème avec l'alcool
- Prochaines réunions de la SFA. Nouveaux membres

## Informations

- Annonces. Thèses et mémoires. Actualités. Livres. Agenda.

*Alcoologie*, Pr Jean-Dominique Favre,  
101, avenue Henri Barbusse. 92141 Clamart Cedex  
téléphone et télécopie : 01 41 46 69 51

## Textes

### **ACCÈS SOINS, ASSURANCE MALADIE**

#### **• Documents ouvrant droit aux prestations de l'assurance maladie et modifiant le code de la sécurité sociale et le code de la santé publique**

Décret n° 97-1321 du 30 décembre 1997, JO du 1<sup>er</sup> janvier 1998

### **ADOLESCENT, JEUNE ADULTE**

#### **• Création d'un Conseil permanent de la jeunesse**

Arrêté du 7 janvier 1998, JO du 29 janvier 1998

### **DOULEUR, MALADIE CHRONIQUE**

#### **• Identification des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle**

Circulaire DGS-DH n° 98-47 du 4 février 1998, BO Emploi et solidarité n° 98/9

Voir résumé ci-contre

### **DRASS, DDASS, PROMOTION SANTÉ, SIDA**

#### **• Notification aux services déconcentrés de leurs effectifs budgétaires attribués et de leur crédits de fonctionnement et d'intervention pour 1998, ainsi que des instructions relatives à l'utilisation de ces moyens**

Circulaire DAGPB-BF3 n° 97-831 du 30 décembre 1997, à paraître au BO Emploi et solidarité

### **SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE, LISTÉRIOSE**

#### **• Liste des maladies dont la déclaration est obligatoire mentionnées dans le paragraphe L.11 du code de la santé publique**

Décret n° 98-169 du 13 mars 1998, JO du 15 mars 1998

### **VIH, TOXICOMANE**

#### **• Orientations de la politique de réduction des risques chez les usagers de drogue en 1998**

Circulaire DGS-DS n° 98-72 du 4 février 1998, BO Emploi et solidarité n° 98/9

Voir résumé ci-contre

### **Identification des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle**

Circulaire DGS-DH n° 98-47 du 4 février 1998, BO Emploi et solidarité n° 98/9

La douleur fera l'objet en 1998 d'une action prioritaire du ministère chargé de la santé.

Pour la douleur chronique, rebelle aux traitements antalgiques usuels, trois types de structures de prise en charge seront identifiées sous la responsabilité des agences régionales d'hospitalisation :

- le maillon essentiel est constitué par les consultations pluridisciplinaires des établissements de santé ;
- les unités pluridisciplinaires avec des thérapeutiques nécessitant des plateaux techniques ou des places d'hospitalisation ;
- les centres pluridiscipli-

naires des centres hospitalo-universitaires qui ont une mission d'enseignement et de recherche sur la douleur.

Quant aux critères organisationnels de prise en charge de la douleur chronique, ils sont définis dans la circulaire DGS/DH n° 94-3 du 7 janvier 1994.

Un dossier de demande d'identification pour chacun des trois types de structure est joint en annexe pour être diffusé aux établissements susceptibles d'être concernés ainsi qu'un guide d'analyse des dossiers. Les listes régionales établies au plus tard le 30 avril seront renvoyées au bureau SQ2 de la direction générale de la Santé.

### **Orientations de la politique de réduction des risques chez les usagers de drogues en 1998**

Circulaire DGS-DS n° 98-72 du 4 février 1998, BO Emploi et solidarité n° 98/9

La circulaire reconduit le dispositif de réduction des risques qui est constitué principalement par la vente libre de seringues et des trousse de prévention en pharmacie, les 86 programmes d'échange de seringues (PES) et les 32 lieux de contacts pour usagers de drogues (les boutiques). L'objectif de créer le lien avec les toxicomanes les plus précarisés est rappelé.

Les priorités pour 1998 se situent dans un contexte budgétaire en stagnation d'où la nécessité « d'optimiser les enveloppes ». Les trois grands axes sont :

- la consolidation de l'existant : elle doit passer par la prise en compte dans les budgets de fonctionnement de l'importante croissance de l'activité des PES et des boutiques. Elle passe aussi par la rémunération et la pérennisation des personnes qui apportent une contribution au dispositif de réduction des risques ;
- le développement de nou-

veaux programmes : les nouveaux programmes devront couvrir les besoins des villes de plus de 40 000 habitants où n'existe aucun dispositif ;

- favoriser la culture de réduction des risques dans les dispositifs de droit commun et spécialisés : ces actions peuvent bénéficier d'apports complémentaires de crédits. Il s'agit de favoriser l'articulation avec les structures classiques mieux dotées et prenant en charge des toxicomanes mieux insérés. Il faut aussi encourager le dispositif spécialisé à développer une fonction de réduction des risques en plus du sevrage, de la substitution et de la postcure.

Pour les structures ayant peu de moyens, il est signalé que des trousse de prévention associatives prépayées sont disponibles auprès du Comité français d'éducation pour la santé.

On trouve en annexe les rapports d'activité des PES et des boutiques pour 1996.

## Avis du HCSP

# Précarisation sociale et santé

**Le Haut Comité de la santé publique a remis au ministre de l'Emploi, Martine Aubry, et au secrétaire d'État à la Santé, Bernard Kouchner, un rapport réalisé par un groupe de travail présidé par le docteur Jean-Daniel Rainhorn consacré à « La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé ». Ce rapport a été rendu public le 20 février 1998 ainsi que l'avis émis par le HCSP qui est présenté ici dans son intégralité.**

**S**i les formes extrêmes de la précarité que sont l'exclusion et la grande pauvreté ont été largement médiatisées, les difficultés quotidiennes croissantes d'un nombre important de ménages qui vivent dans une situation d'instabilité sociale et sont fragilisés par les mutations socio-économiques qui se produisent à l'échelle de la planète, sont jusqu'à une période récente restées au second plan. Cependant, aujourd'hui, plus personne ne peut ignorer que la précarité affecte une partie importante de la population tant ses effets sont visibles dans la vie quotidienne des Français. Elle a atteint une telle ampleur qu'elle touche non seulement les catégories les plus défavorisées mais également, bien que de façon moindre, des couches sociales qui bénéficiaient encore, il y a peu de temps, d'une relative stabilité de l'emploi et du revenu.

La précarité ne caractérise pas une catégorie sociale particulière mais est le résultat d'un enchaînement d'événements et d'expériences qui débouchent sur des situations de fragilisation économique, sociale et familiale. Elle se définit comme un état d'instabilité sociale caractérisé par « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux.

*Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible » (J. Wrezinski). Les individus les plus touchés par ces processus de précarisation sont d'abord ceux qui vivent dans des situations de grande vulnérabilité sociale : enfants déscolarisés, jeunes non qualifiés, chômeurs de longue durée, populations travaillant avec de bas revenus, jeunes ayant des emplois précaires, mères célibataires à faibles revenus, etc. Mais au-delà de ces situations, la précarité concerne aussi un nombre considérable de personnes qui sont — objectivement ou qui se sentent — menacées par l'évolution d'une société dont les règles ont été brutalement modifiées et qui risquent, si la précarité de leur emploi se cumule avec d'autres handicaps, de glisser progressivement vers la grande pauvreté et l'exclusion compromettant ainsi gravement leurs chances de réinsertion sociale. Sur la base des données statistiques disponibles, le Haut Comité de la santé publique estime que le phénomène de précarisation, au sens d'absence d'une ou plusieurs sécurités, est devenu aujourd'hui massif puisque l'on peut estimer qu'il touche 20 à 25 % de la population totale vivant en France soit de 12 à 15 millions de*

personnes. On assiste donc à un véritable bouleversement de la société française qui creuse les inégalités sociales et menace à terme la cohésion nationale.

La santé est le résultat d'un processus cumulatif : sa construction débute dès la gestation et se poursuit progressivement au cours de l'enfance et de l'adolescence. Globalement, plus cette période de la vie bénéficie de conditions favorables à son développement, meilleur sera l'état de santé à l'âge adulte. À l'opposé, moins l'enfant et le jeune adolescent font l'objet des soins attentifs de leurs parents et/ou des dispositifs sociaux prévus pour faciliter leur future intégration dans la société et en particulier l'école, plus ils se trouvent dans une situation de vulnérabilité et plus les risques de voir leur santé ultérieure être menacée sont grands. La précarisation massive de l'emploi, la dégradation des conditions de vie, en particulier dans les zones péri-urbaines, la difficulté croissante des dispositifs de protection sociale à s'adapter aux évolutions observées, créent un environnement quotidien peu favorable à l'épanouissement de la santé des individus et entraînent des comportements à risque et des conduites de consommation qui sont autant de facteurs péjoratifs pour le maintien d'un bon état de santé. De nombreux observateurs et acteurs de terrain soulignent que la pauvreté et la précarité provoquent des sentiments individuels comme la mauvaise image de soi, la dévalorisation, le sentiment d'inutilité voire même de honte, qui sont à l'origine d'une souffrance psychique aujourd'hui largement répandue. Or on sait aujourd'hui de mieux en mieux que la souffrance psychique peut être — en soi — associée au déclenchement de maladies organiques graves comme les maladies cardiovasculaires ou les cancers. Le Haut Comité de la santé publique estime que la souffrance psychique est actuellement, dans le domaine de la santé, le symptôme majeur de la précarité et que son ampleur ne peut être ignorée dans la mise en place de dispositifs de prise en charge médico-sociale.

Les deux rapports du Haut Comité de la santé publique sur « La santé en

France » de 1994 et 1996 rappelaient que les progrès globaux, en matière de santé, pouvaient masquer d'importantes disparités. La France a connu une amélioration régulière de la santé et de l'espérance de vie sans incapacité depuis cinquante ans. Ces progrès dans l'état de santé sont essentiellement dus à l'amélioration des conditions de vie et à des changements de comportements individuels et/ou collectifs. Cependant, du fait d'importantes inégalités sociales, ils n'ont pas été répartis équitablement dans l'ensemble de la population. Par ailleurs, comme le montrent les exemples d'autres pays, l'état de santé est une situation fragile et une inversion de tendance est toujours possible sous l'effet de changements socio-économiques. Bien que l'on manque encore de données indiscutables et d'outils de prévision, les premières analyses des effets de la précarité sur la santé, menées en France et dans d'autres pays font craindre une régression du niveau de santé des populations les plus fragiles, capable d'affecter la population générale et les générations futures. Le Haut Comité de la santé publique considère que la progression actuelle des phénomènes de précarisation qui fragilisent des secteurs entiers de la population, est susceptible, à moyen terme, de provoquer une réelle dégradation de la santé des couches sociales les plus défavorisées et au-delà celle de la population tout entière.

Dans son rapport à la Conférence nationale de santé en juin 1997, le Haut Comité de la santé publique soulignait les dangers qui menacent l'ensemble de la jeunesse et en particulier celle qui vit dans des conditions difficiles. L'absence de perspectives d'avenir et des conditions de vie souvent médiocres dans des environnements peu favorables à l'épanouissement individuel créent un sentiment de mal-être, voire de véritable souffrance, qui est à l'origine de comportements à risque et de violences dont certaines études montrent qu'elles sont largement plus développées chez les jeunes issus de milieux défavorisés. Si cette situation devait durer et concerner une fraction croissante de cette tranche d'âge, ce serait l'avenir — et en particulier la santé — d'une par-

tie significative de la population française qui serait alors menacé. Le Haut Comité de la santé publique considère que la précarité éclaire de manière inquiétante le problème de la santé des jeunes qui, plus que jamais, doit devenir l'un des axes majeurs de la politique de santé publique en France. L'ampleur du risque sanitaire lié à la précarité représente donc un enjeu fondamental pour les pouvoirs publics et pour les institutions de prise en charge du risque sanitaire et social.

En précisant que la santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables qui sont essentiellement que l'individu doit « *pouvoir se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources et avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable* », la Charte d'Ottawa élaborée en 1986 par l'Organisation mondiale de la santé décline de fait les conditions nécessaires de la cohésion sociale et affirme que celle-ci est une condition indispensable à la bonne santé collective. Ainsi que le précise d'ailleurs le préambule de la Constitution française, « *tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler, a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence* ».

Dans cet esprit, les mesures recommandées par le Haut Comité de la santé publique s'inscrivent d'abord dans une logique d'égalité qui vise avant tout à offrir à tous les individus formant la communauté nationale un ensemble de droits identiques quels que soient leur origine, leur race, leurs convictions philosophiques et religieuses, leur niveau social, leur sexe ou leur âge. Mais parce que l'on ne peut s'arrêter au rappel des conditions générales nécessaires au maintien d'un bon état de santé, les mesures préconisées par le Haut Comité de la santé publique s'inscrivent également dans une logique d'équité qui consiste à offrir à ceux qui — tout en bénéficiant d'une égalité formelle — vivent avec la menace permanente de glisser vers les marges de la so-

ciété, un ensemble de mesures spécifiques destinées à les empêcher de tomber dans la grande pauvreté et l'exclusion et donc en particulier de protéger leur santé. Bien que formant un ensemble cohérent et *a priori* indissociable, les mesures proposées par le Haut Comité de la santé publique peuvent être regroupées en trois catégories.

### **Des mesures générales d'intégration et de cohésion sociale à caractère préventif**

Ces mesures concernent l'ensemble de la population. Elles ont un caractère à la fois préventif et intersectoriel dans la mesure où elles ont toutes pour but de renforcer la cohésion sociale en favorisant l'intégration de l'ensemble des habitants du pays et donc également ceux qui sont défavorisés. Ces mesures visent à renforcer les sécurités fondamentales et donc à empêcher — ou à freiner — le glissement vers la précarité des personnes ou des groupes les plus fragiles. Le Haut Comité de la santé publique considère comme prioritaires les mesures suivantes :

- parce que l'origine des phénomènes de pauvreté et de précarité est d'abord liée à la montée du chômage et à la détérioration des conditions de travail, la lutte contre la précarité de l'emploi mais aussi contre la dégradation des conditions de travail et de la santé au travail représente la priorité des priorités, en particulier pour la jeunesse. Dans ce domaine le Haut Comité de la santé publique se félicite des initiatives récentes visant à offrir du travail aux jeunes mais il s'inquiète de l'absence de projet d'envergure visant les jeunes peu qualifiés et d'origine modeste qui sont les plus exposés à la précarité ;
- parce que l'école peut paradoxalement contribuer à l'aggravation des inégalités, il faut d'urgence restaurer la fonction d'intégration de l'éducation nationale par une politique active de prévention de l'illettrisme et de protection de la vie scolaire et périscolaire des enfants et des adolescents. Il faut par ailleurs introduire l'éducation sanitaire dès l'école primaire ;

- il est indispensable de faire évoluer le système de protection sociale autour de deux grands axes : la simplification et l'universalisation des droits sociaux. Ceci implique en particulier de garantir le droit à un logement décent pour tous mais aussi de lancer avec tous les acteurs concernés, un grand débat national sur la protection sociale incluant des questions comme : l'allocation universelle de revenu, la mise en valeur de la notion « d'activité » par rapport à celle « d'emploi » ou encore le concept de « panier minimum » de prestations sociales et sanitaires comme il en existe dans d'autres pays européens ;

- il est enfin urgent de mettre en œuvre l'assurance maladie universelle sous simple condition de résidence.

### **Des mesures spécifiques de réinsertion à caractère curatif**

Ces mesures s'adressent de façon spécifique à des personnes ou à des groupes sociaux défavorisés du fait de leur niveau d'éducation, de leur lieu d'habitation, de leur pays d'origine ou de leur statut socio-économique et qui sont déjà plus ou moins engagés dans la voie de la précarisation. L'objectif de ces mesures est de leur permettre de récupérer une ou plusieurs des sécurités essentielles perdues ou compromises. Un principe guide les mesures proposées : les interventions et les aides doivent être personnalisées. La diversité des cas est en effet telle qu'il est difficile de faire entrer les personnes précarisées dans des catégories et de les faire bénéficier de dispositifs prédéfinis même si ceux-ci sont évidemment nécessaires. Chaque cas, chaque souffrance est unique puisque les phénomènes de précarisation résultent de l'interaction entre des réalités objectives et un vécu subjectif. Il faut donc être à même de proposer la solution la plus proche des besoins et donc que les dispositifs de prise en charge soient les plus décentralisés et les plus transversaux possible. Les principales mesures spécifiques recommandées par le Haut Comité de la santé publique sont les suivantes :

- Favoriser l'accès à la protection so-

ciale des personnes en grande difficulté notamment en créant des cellules d'alerte « pauvreté/précarité » décentralisées.

- Améliorer l'accès aux soins des personnes défavorisées notamment par la généralisation du tiers payant, la possibilité d'une prise en charge de tout ou partie du ticket modérateur au-dessous d'un certain niveau de revenu, en donnant un rôle pivot au médecin généraliste par exemple au sein de réseaux et de filières de soins et en renforçant les plans départementaux d'accès aux soins en concertation avec l'ensemble des partenaires concernés.

- Protéger l'enfance des conséquences des inégalités sociales par un dispositif global de suivi social et sanitaire allant de la grossesse jusqu'à l'âge de 12 ans.

- Prévenir les formes majeures de souffrance psychique que sont chez les adolescents les conduites de consommation, les prises de risque et la violence notamment par la création de lieux d'écoute et de transition ainsi que par le recrutement et la formation d'intervenants sociaux.

- Renforcer les mesures visant à mieux protéger ceux qui sortent de la vie active en situation de précarité ainsi que les personnes âgées dépendantes.

### **Des mesures qui permettent d'améliorer la connaissance des effets de la pauvreté et de la précarité sur la santé et le développement d'une « nouvelle culture »**

Les effets de la précarisation socio-économique sur les processus de santé sont mal connus en France et en l'absence — à la fois quantitative et qualitative — de données suffisantes, il est aujourd'hui difficile de proposer des politiques sociales et sanitaires cohérentes et de mettre en œuvre des stratégies coordonnées. Le Haut Comité de la santé publique demande qu'un ensemble d'études et d'enquêtes, si possible longitudinales, sur les processus de précarisation soient lancés au plus tôt afin que puissent être mieux

connus leurs effets sur la santé et en particulier sur celle des enfants et des jeunes.

Il est enfin nécessaire de prendre des mesures permettant le développement d'une nouvelle culture concernant essentiellement l'administration, les milieux professionnels des secteurs social et/ou sanitaire (les médecins notamment) mais aussi l'ensemble de l'opinion publique pour les aider à mieux appréhender les mutations de la société et à modifier leurs comportements.

Contrairement au monde associatif et aux élus locaux qui ont très vite perçu l'importance de la progression de la pauvreté et de la précarité, mis en place les premières réponses et révélé la gravité de la situation, l'administration — à l'exception des professionnels de terrain — et les milieux professionnels de santé ont dans leur majorité fait preuve d'une faible capacité de diagnostic et d'adaptation aux nouvelles réalités. Le Haut Comité de la santé publique considère qu'un immense travail pédagogique doit être mis en œuvre pour améliorer la mobilisation de ces secteurs professionnels.

En présentant des recommandations de nature différente mais qui forment un ensemble cohérent de mesures pour lutter contre les effets à court, moyen et long terme de la pauvreté et de la précarité sur la santé, le Haut Comité de la santé publique rappelle que les inégalités de santé qui existent en France sont très marquées et qu'elles existaient bien avant que les bouleversements socio-économiques de ces dernières années les rendent plus visibles et plus massives. Ces mutations n'ont pas créé les inégalités de santé, elles les ont renforcées. Se contenter de mesures spécifiques de réinsertion, même dans l'hypothèse où elles seraient parfaitement efficaces, reviendrait donc à masquer les problèmes sans en traiter la cause profonde et serait en fait de peu d'effet sur la santé globale de la population concernée. Le Haut Comité de la santé publique considère que dans un pays où l'état de santé global s'est considérablement amélioré depuis un siècle, la lutte pour le maintien de ces progrès qui restent fragiles doit être une priorité natio-

nale qui réclame un engagement social de tous les secteurs de l'action publique et de la société civile. Prévenir la régression de l'état de santé des couches sociales les plus défavorisées et surtout de la jeunesse est un objectif dont le caractère éthique ne saurait échapper à l'ensemble de la société française.

**Avis adopté par le Haut Comité de la santé publique lors de sa séance plénière du 11 février 1998**



#### Paris

**Du 22 au 24 avril 1998**

**Allocations des ressources,  
géographie des soins**

5<sup>e</sup> colloque géographie et socio-économie de la santé organisé par le CreDES (traduction simultanée français-anglais assurée)

*Renseignements*

Secrétariat du colloque

CreDES

1, rue Paul Cézanne

75008 Paris

Téléphone : 01 53 93 43 15

Télécopie : 01 53 93 43 50

colloque@credes.fr

#### Rueil-Malmaison

**Le 25 avril 1998**

**Bien manger pour bien vieillir**

Première journée gérontologique rueilloise organisée par le service Santé-Solidarité de la ville de Rueil-Malmaison en partenariat avec l'Office rueillois pour les personnes âgées

*Renseignements*

Docteur Roche

Orupa

Mairie de Rueil-Malmaison

Centre Robert Debré

10 ter, rue d'Estienne d'Orves

92500 Rueil-Malmaison

Téléphone : 01 47 08 97 86

Télécopie : 01 47 49 62 32

#### Genève

**Le 31 mai 1998**

**Grandir sans tabac**

Journée mondiale sans tabac organisée à l'initiative de l'Organisation mondiale de la santé

*Renseignements*

OMS

Avenue Appia

CH-1211 Genève 27

Suisse

Téléphone : 00 41 22 7912111

Télécopie : 00 41 22 7910746

#### Lorquin

**Du 10 au 12 juin 1998**

**Santé mentale et santé publique**

Festival international Cinévidéo-psy organisé par l'Association Festival Psy

*Renseignements*

Roxane Ferraretto

Secrétariat du festival

Centre hospitalier

57790 Lorquin

Téléphone : 03 87 23 14 12

#### Rennes

**Du 3 au 6 mai 1998**

**Le diagnostic génétique : du diagnostic prénatal au diagnostic préimplantatoire. Aspects éthiques, juridiques et sociaux**

Conférence internationale organisée par le Centre de recherche juridique et judiciaire de l'Ouest (CRJO), le laboratoire de la faculté de droit et de science politique de Rennes associé au CNRS en collaboration avec le Centre de recherche de droit public (CRDP) de l'Université de Montréal

*Renseignements*

Faculté de droit et de sciences politiques

Université de Rennes I

9, rue Jean Macé

35700 Rennes

Téléphone : 02 99 84 76 96

Télécopie : 02 99 84 77 25

#### Paris

**Du 18 au 20 mai 1998**

**Longévité et qualité de vie. Une révolution mondiale : opportunités, défis et réponses**

Congrès international organisé par le Conseil international pour un progrès global de la santé

*Renseignements*

Régine Boutrais

Virginie Tournoud

CIPGS

Hôpital Paul Brousse

94804 Villejuif Cedex

Téléphone : 01 45 59 36 77

#### Limeil-Brévannes

**Le vendredi 5 juin 1998**

**Les outils de la recherche alcoologique**

4<sup>e</sup> journée d'alcoologie du Centre Hospitalier Émile Roux

*Renseignements*

Secrétariat du Pr Barrucand

Pavillon Fouquet

Hôpital Émile Roux

1, avenue de Verdun

94456 Limeil-Brévannes Cedex

Téléphone : 01 45 95 82 88 ou

01 45 95 83 53

Télécopie : 01 45 95 83 90

#### Grenoble

**Du 29 juin au 3 juillet 1998**

**Santé publique, des quartiers à l'Europe : de la vie quotidienne aux politiques publiques de santé en Europe**

Congrès organisé par la Société française de santé publique

*Renseignements*

SFSP

BP 7

54501 Vandœuvre-lès-Nancy

Téléphone : 03 83 44 87 47

Télécopie : 03 83 44 37 76

sante.publique@sfsp-publichealth.org

#### Toulouse

**Le vendredi 12 juin 1998**

**Alcool et Lien**

Réunion régionale scientifique organisée par la Société française d'alcoologie

*Renseignements*

Pr Jean-Dominique Favre

101, avenue Henri Barbusse

92141 Clamart Cedex

Téléphone et télécopie :

01 41 46 69 51

Le calendrier est réalisé avec la collaboration du

**Comité français d'éducation pour la santé**

- 1 **Éditorial**, *Michel Ghysel*
- 2 **Actualité**  
Éthique et protection des personnes.  
Qui fait quoi ? *Isabelle Erny*
- 5 **Organisme**  
Office parlementaire d'évaluation des  
choix scientifiques et technologiques
- 6 **Europe**  
1997 : une année charnière pour la santé  
publique en Europe, *André Ernst*
- 10 **Alcoologie**  
Plaisirs du risque et risques du plaisir,  
*Fabienne Lavolé, Christine Roguez*
- 12 **Formation**  
DESS promotion et développement de  
l'éducation à la santé
- 13 **Études**  
Baromètre santé adultes 95/96. Principaux  
résultats, *Jacques Arènes*
- 17 **Recherche**  
Toxicomanie épidémiologie en santé  
mentale, *Inserm Unité 302*
- 18 **Régions**  
Le nouveau paysage régional en matière  
de santé, *François Tuffreau*
- 22 **Documentation**
- 28 **Législation & réglementation**
- 29 **L'actualité du Haut Comité**  
Avis du HCSP : Précarisation sociale et  
santé
- 33 **Calendrier**

## Usages de drogues et toxicomanies dossier

Dossier coordonné par **Jean-Michel Costes**,  
**Lionel Fournier** et **Pierre Poloméni**

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



**Haut Comité de la  
Santé Publique**

8, avenue de Ségur  
75350 Paris 07 SP

télécopie 01 40 56 79 49