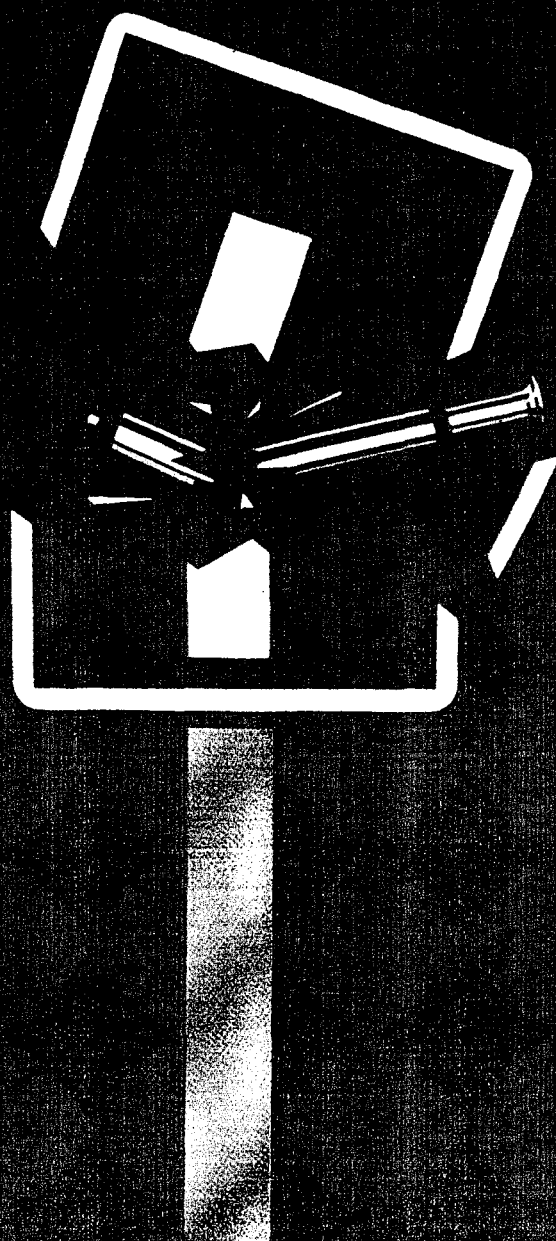


100201

E 124

DV/203

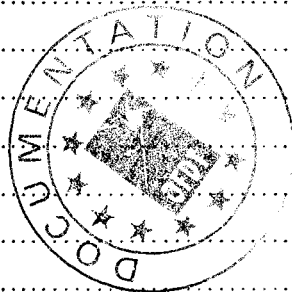
les problèmes posés par la toxicomanie



SOMMAIRE

	Pages
1° Avis adopté par le Conseil économique et social	7
Annexes à l'avis	19
Scrutins	19
Déclarations des groupes	23
2° Rapport présenté au nom du Conseil économique et social par Mme Éveline Sullerot.	30
INTRODUCTION	30
CHAPITRE I: DESCRIPTION DU PHÉNOMÈNE TOXICOMANIE	35
I. — Définitions	35
II. — Les drogues utilisées par les toxicomanes	37
A. — Les psychosédatifs	37
B. — Les psychostimulants	38
C. — Les psychodysléptiques	38
CHAPITRE II: AMPLEUR ET CARACTÉRISTIQUES DE LA TOXICOMANIE EN FRANCE	40
I. — Statistiques des services de police et de gendarmerie	40
A. — La première observation est relative à la chose mesurée et à l'instrument de mesure	40
B. — La deuxième observation a trait aux statistiques différentes publiées par des services différents	41
C. — La troisième observation est encore plus importante: les données publiées reflètent l'activité des services de police mais ne prétendent pas refléter le phénomène toxicomanie dans sa globalité	41
D. — Quelles tendances ?	42
II. — Statistiques d'origine médicale	45
A. — Enquête I.N.S.E.R.M. 1986	45
B. — Données émanant de structures sanitaires de Paris	46
C. — Une investigation statistique en Aquitaine	48
D. — Les héroïnomanes	48
III. — Enquêtes sociologiques réalisées auprès des jeunes scolarisés	48
A. — Enquête I.N.S.E.R.M. 1978-1979	49
B. — Enquête D.R.A.S.S. 1982	50
C. — Recherche I.N.R.P. 1983-1984	50

	Pages
CHAPITRE III : QUI SONT LES TOXICOMANES ? POURQUOI SE DROGUENT-ILS ?	52
I. — Constance et ampleur du phénomène	52
II. — Les changements	53
III. — Les permanences	57
CHAPITRE IV : LA LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE : DISPOSITIF LÉGISLATIF ET RECHERCHE D'UNE POLITIQUE	59
I. — Un climat peu propice à une action résolue	59
A. — Les arguments utilisés	59
B. — Les thèmes démobilisateurs, utilisation perverse de vrais problèmes	60
II. — Bref historique de la lutte contre la toxicomanie 1970-1989	61
A. — Étapes de l'élaboration d'une législation	61
B. — Les principes de la loi	61
C. — La circulaire de 1972	62
D. — La mission Pelletier	62
E. — Enfin une structure administrative	63
F. — Décentralisation de la lutte contre la toxicomanie	63
G. — Renforcement de la M.I.L.T. et projets contestés	64
H. — La M.I.L.T. doit définir une politique d'ensemble	65
III. — La loi du 31 décembre 1970 et son application	65
A. — Les principales dispositions de la loi du 31 décembre 1970	66
B. — Conditions du succès de la lutte contre la toxicomanie	66
C. — L'injonction thérapeutique ; son mécanisme, son application	67
D. — Les services d'injonction thérapeutique, une innovation	67
E. — Principe de fonctionnement des S.I.T.	68
F. — Un bilan d'activité intéressant	68
G. — Une disposition de la loi de 1970 jamais appliquée	70
CHAPITRE V : LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE : LE DISPOSITIF SANITAIRE SPÉCIALISÉ ET SON ÉVALUATION	71
I. — Le dispositif de soins	71
A. — Première phase : le premier contact et la pré-cure	72
B. — Deuxième phase : le sevrage	76
C. — Troisième phase : la post-cure	78
II. — Évaluation médicale	82



	Pages
CHAPITRE VI : TOXICOMANES EN PRISON : LE DISPOSITIF SANITAIRE SPÉCIALISÉ EN MILIEU CARCÉRAL	83
I. — Médecins de prisons et toxicomanes en 1982	83
II. — Créations des antennes toxicomanie par la M.I.L.T.	84
III. — Tâches dévolues à ces antennes	84
IV. — Un exemple : l'antenne toxicomanie des prisons de Lyon	85
V. — Une population défavorisée et malade de récidivistes	86
VI. — La thérapeutique en prison	87
VII. — Autres activités des antennes toxicomanie et comités de probation	88
VIII. — Épidémiologie et S.I.D.A. en prison	89
CHAPITRE VII : DROIT DU TRAVAIL ET DÉPISTAGE DES TOXICOMANIES	91
I. — Effets des toxicomanies sur les facultés et le comportement au travail	91
II. — Lacunes dans le droit du travail et problématique du dépistage	92
A. — Le droit du travail	92
B. — Le dépistage	92
III. — L'annonce d'un appareil de détection provoque une vive émotion	92
IV. — Les précédents : exemple de la R.A.T.P.	93
V. — Le code du travail, l'alcool et l'ivresse	94
VI. — Les conditions d'une transposition	94
VII. — Toxicomanie et sécurité routière	95
CHAPITRE VIII : APPRÉCIATION D'ENSEMBLE SUR LE DISPOSITIF SANITAIRE SPÉCIALISÉ	97
I. — Insuffisance quantitative et sous-médicalisation	97
II. — Variété des acteurs et des traitements	98
III. — Défaut de suivi et de recherches	99
IV. — Réadaptation sociale et réinsertion professionnelle	100
CHAPITRE IX : LA PRÉVENTION, L'INFORMATION ET L'ÉDUCATION	101
I. — Les buts de la prévention	101
II. — Un climat difficile	102
III. — Désaccords graves sur la conception de la prévention	102
IV. — Absence de preuves d'efficacité des programmes	103
V. — L'approche « non spécifique »	103
VI. — L'approche informative	104

	Pages
VII. — Vers des approches différenciées selon les publics	104
A. — Il faut s'adresser aux enfants avant la pré-puberté, à l'école et au collège, dans le cadre d'une éducation à la santé et d'une éducation de la personnalité	104
B. — Les actions auprès des adolescents doivent être différentes et combiner plusieurs approches	106
C. — Un autre type de prévention est nécessaire auprès de groupes sociaux particulièrement exposés	109
D. — La prévention passe-t-elle par de grandes campagnes nationales exprimant une volonté générale ?	111
E. — Faire prendre conscience aux médias de leurs responsabilités particulières en la matière, et obtenir leur collaboration active	111
 CHAPITRE X : CONCLUSION ET PROPOSITIONS POUR UN PROGRAMME FRANÇAIS DE LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE DANS LE CONTEXTE DE L'EUROPE DE 1993	114
I. — Le schéma multidisciplinaire adopté par la Conférence de l'O.N.U. en 1987	114
II. — Les vraies carences : les données, la coordination, le diagnostic, la volonté	116
III. — Le Conseil de l'Europe : il faut présenter un front commun	116
IV. — La campagne en faveur de la légalisation	118
V. — Plus l'offre est large, plus la demande s'accroît	119
VI. — Mais la dépénalisation pour les personnes ?	120
A. — Les trafiquants	120
B. — Les usagers simples	120
VII. — La société doit soigner. Le toxicomane doit se soigner	122
VIII. — Pour atteindre l'objectif : soigner les usagers au lieu de punir	123
A. — Raccourcir les parcours conduisant aux soins	123
B. — Disposer de vrais services d'aiguillage médicalisés	123
C. — Obtenir, surtout localement, la coopération de tous les services intéressés et l'accueil de tout malade toxicomane	124
D. — Offrir suffisamment de places en internat dans des établissements adaptés à différents jeunes	124
E. — Permettre une couverture sociale égale pour tous	125
F. — Combiner traitements médicaux et éducation-formation professionnelle	125
IX. — Pour une épidémiologie de la toxicomanie	126

1° Avis adopté par le Conseil économique et social

Le 7 juillet 1987 le Bureau du Conseil économique et social a confié à la section des affaires sociales la préparation d'un rapport et d'un avis sur les problèmes posés par la toxicomanie.

La section a désigné Mme Eveline Sullerot comme rapporteur (1).

*
* *

Si nous voulons éviter que la libre circulation des biens et des personnes dans l'Europe de 1993 n'encourage l'extension du fléau que représente l'abus des drogues, aggravé désormais de la complication mortelle qu'est le S.I.D.A., il faut une véritable mobilisation de toutes les ressources des États membres contre la toxicomanie.

Pour la première fois, la Conférence des Nations-Unies sur l'abus et le trafic illicite des drogues qui s'est tenue à Vienne en juin 1987, a obtenu un consensus sur des recommandations très précises (« *Schéma multidisciplinaire complet de lutte contre le trafic et l'abus des drogues* ») laissant aux gouvernements le soin de déterminer les mesures à prendre pour traduire en actes cet important « *guide de travail* ». L'impulsion était donnée. Elle a été singulièrement renforcée par la très vigoureuse recommandation (4 octobre 1988) émanant du Conseil de l'Europe, qui adjurait le Comité des ministres des États membres de prendre conscience de « *l'augmentation sans précédent du nombre des drogués* » dans « *toutes les couches de la population* ». « *Des situations nouvelles exigeant des solutions nouvelles* », seule une stratégie unique, des mesures convergentes et une coordination rigoureuse peuvent permettre de combattre les « *organisations multinationales criminelles* » qui sont à l'origine de l'offre sans cesse accrue et sans cesse diversifiée des drogues, et de lutter contre les ravages que leur consommation provoque, déclare le Conseil de l'Europe.

Le Conseil économique et social estime donc le moment venu de secouer l'indifférence et l'ignorance qui, en France, ont tendance à banaliser ou occulter les très graves problèmes sanitaires et sociaux engendrés par la toxicomanie et d'attirer l'attention sur l'urgence et l'ampleur des mesures à mettre en œuvre.

Le Conseil économique et social souhaite que le Gouvernement donne à la police et aux douanes les moyens de poursuivre et d'accentuer la lutte contre le trafic de drogue (2). Pour sa part, se concentrant sur les aspects éducatifs, sanitaires et sociaux de la lutte contre la toxicomanie, il a cherché à établir des constats concernant la consommation de drogues et ses conséquences, à évaluer les résultats obtenus dans la lutte contre la toxicomanie durant ces dix dernières années, et donc à examiner de manière critique les actions de prévention, les instruments législatifs, l'organisation du repérage et du contrôle des toxicomanes, et surtout le dispositif de soins. Après avoir entendu des spécialistes, en évitant de se laisser engager dans les querelles d'école et les vaines polémiques, le Conseil économique et social a cherché à dégager quelques idées-force qu'il souhaite voir se traduire dans les institutions et dans les faits avant l'Europe de 1993.

(1) L'ensemble du projet d'avis a été adopté par un vote au scrutin public par 109 voix, contre 6 et 50 abstentions (voir le résultat de ce scrutin en annexe : scrutin n° 1 sur l'ensemble).

(2) Un amendement déposé par le groupe de la C.G.T. a été rejeté par un vote au scrutin public par 127 voix contre 25 et 13 abstentions (voir résultat de ce scrutin en annexe : scrutin n° 2). Il tendait à rédiger comme suit la fin de l'alinéa :

« Alors que plus de la moitié de la drogue saisie en France l'est aux frontières intra-communautaires, il est indispensable de suspendre l'application des accords de Schengen prévoyant la suppression de tout contrôle douanier et de police sur ces frontières dès le 1^{er} janvier 1990 et d'engager une renégociation de leur contenu ».

I. — LE CONSTAT

A. — SPÉCIFICITÉS DE LA TOXICOMANIE

1° Pas un instant il ne faut oublier un aspect de la toxicomanie qui la singularise et la sépare d'autres abus de consommation comme le tabagisme, l'alcoolisme ou l'abus de médicaments : **la production, la transformation, le transport et la vente des produits visés sont entièrement entre les mains de criminels et les effarants bénéfices que procure ce commerce, vont intégralement aux criminels, auxquels ils donnent une puissance accrue.** La puissance de ces criminels est telle qu'ils disposent aujourd'hui de complicités dans le monde des affaires et au sein même des pouvoirs publics dans certains pays au point de pouvoir mettre en échec l'action des gouvernements de ces pays. Il n'y a pas de partie innocente émergée de cet iceberg. Aucune comparaison n'est possible avec la production et la vente du tabac, dûment contrôlées, qui emploient quantité d'honnêtes gens, la culture de la vigne, la fabrication et le commerce du vin, l'industrie pharmaceutique, la prescription et la vente des médicaments dont les fins sont la lutte contre les maladies et dont toutes les étapes, de la recherche à la consommation, sont placées sous le contrôle de dispositions réglementaires.

2° La toxicomanie est la **consommation sans but thérapeutique de drogues qui, toutes, sont à divers titres, nocives pour le système nerveux central.** A doses répétées, elles modifient la vie psychique, puis la personnalité même, entraînant indifférence, amoralité, impossibilité de se concentrer (héroïne); excitations suivies de dépression, sentiment de persécution (cocaïne); ivresses avec distorsions de la perception du réel, ralentissement idéomoteur et perte d'efficacité (cannabis), etc...

3° A des degrés divers, **elles créent un comportement de sujétion**, avec augmentation des quantités et tolérance de plus fortes doses, plus grande fréquence des prises, puis besoin impérieux, habitude tyrannique, idée fixe. La proportion des simples consommateurs occasionnels de drogue qui ne parviennent pas à s'arrêter et deviennent toxicomanes est, selon les produits, deux à dix fois supérieure à celle des consommateurs d'alcool qui deviennent alcooliques.

4° Le comportement toxicomane pousse souvent à combiner la prise de plusieurs produits illicites avec d'autres consommations abusives, d'alcool, de tabac, de médicaments psychotropes détournés de leur usage ainsi que de divers produits chimiques à action psychodysléptique (éther, trichloréthylène, colles, etc...).

5° Plusieurs de ces drogues, dans certaines circonstances, peuvent provoquer la mort (overdoses). Elles sont également responsables de nombreux suicides, et certainement d'accidents mortels de la route. Les injections répétées avec échange des seringues ont d'autre part multiplié parmi les toxicomanes, les septicémies et les hépatites B, et, surtout, répandu le virus H.I.V., responsable du S.I.D.A. Les études britanniques antérieures au S.I.D.A. montraient déjà chez les jeunes toxicomanes une mortalité 16 fois plus élevée que celle observée aux mêmes âges dans la population totale. Quelques suivis de cohortes de toxicomanes en France recoupent ces observations.

B. — AMPLEUR DU PHÉNOMÈNE ET POPULATIONS TOUCHÉES

Par définition, les pratiques illicites cherchent à échapper au regard de la société. Leur fréquence et les caractéristiques de leurs évolutions ne peuvent donc donner lieu à aucune estimation quantitative fiable et exhaustive.

1° Les statistiques des services de police et de gendarmerie **reflètent l'activité de ces services et non le nombre des toxicomanes** : en effet ceux-ci, même victimes, ne portent pas plainte et cherchent à échapper aux contrôles. Plus les services de police accentuent leur lutte contre la drogue, comme le leur a demandé le ministre de l'Intérieur, plus les indices de délinquance « usagers » et « usagers-revendeurs » augmentent.

On dispose de deux séries de statistiques policières. La première concerne les **faits constatés** : ceux-ci étaient au nombre de 7 000 en 1977 ; 20 000 en 1981 ; 40 760 en 1986 ; 41 086 en 1987. La 2^e série concerne les **interpellations d'usagers** déferés aux parquets : 4 318 en 1977 ; 13 019 en 1981 ; 26 167 en 1986 ; 26 987 en 1987 ; 26 969 en 1988. On constate une très vive augmentation suivie d'une stabilisation.

Ces chiffres appellent les commentaires suivants :

- a) Ils ne reflètent, de l'avis des policiers, qu'une faible partie du phénomène.
- b) Plus de 40 % des toxicomanes contrôlés ne font l'objet d'aucune poursuite, mais, non plus, d'aucune offre de soins.
- c) Les usagers contrôlés par la police, sont très jeunes : 37 % ont moins de 20 ans, 40 % de 20 à 25 ans. Ce sont des hommes dans la proportion de 88 %. Plus de la moitié sont sans activité professionnelle.
- d) Les régions comptabilisant le plus d'interpellations sont la région parisienne surtout, puis les régions marseillaise, lyonnaise, et les zones frontalières (Lille, Strasbourg, Montpellier).

2° Une **enquête épidémiologique** effectuée en 1986 par l'I.N.S.E.R.M., sous l'étude de la Mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie (M.I.L.T.) a concerné 94 centres de soins et 4 846 sujets. Elle constate un certain vieillissement des sujets traités (49 % seulement de moins de 25 ans), qui révèle la chronicisation. L'intoxication remonte à plus de 3 ans pour 92 %, à plus de 6 ans pour 46 %. Il s'agit surtout d'heroïnomanie (80 % des cas) et de polytoxicomanies. Au terme de ses différentes enquêtes, l'I.N.S.E.R.M. évalue le nombre des toxicomanes lourds entre 100 000 et 120 000 en France.

3° Enquêtes sociologiques auprès des jeunes scolarisés

Réalisées dans les établissements scolaires, plusieurs enquêtes par questionnaires préservant rigoureusement confidentialité et anonymat ont cherché à cerner l'importance de l'exposition au danger et la réponse des jeunes démarchés, puisque désormais la cible privilégiée des marchands de drogue sont les adolescents à l'âge incertain des expériences et des transgressions. Les plus récentes font apparaître qu'en Auvergne, un lycéen sur deux déclare connaître au moins un utilisateur de drogue ; un sur sept avoue avoir essayé ; 2 % déclarent en consommer régulièrement. La pénétration est bien plus importante à Paris, où un lycéen de 16 ans sur quatre déclare avoir pris au moins une fois de la drogue dans les six derniers mois, et plus de un sur trois (35,4 %) parmi ceux âgés de 18 ans et plus. Cette dernière enquête (I.N.R.P.) a permis de réunir les caractéristiques d'un petit groupe (3 % des lycéens) de polyconsommateurs : tabac, alcool et drogue (surtout cannabis). Il est surtout composé de garçons, peu contrôlés par leurs parents, ceux-ci étant très souvent séparés. La distance prise avec la famille est le facteur principal.

4° Éventail des milieux touchés

Ainsi que le constate le Conseil de l'Europe, la toxicomanie touche désormais toutes les couches de la population, depuis les artistes, journalistes, milieux du spectacle jusqu'aux jeunes chômeurs issus des H.L.M. de banlieue, des familles immigrées ou des milieux de grande pauvreté. Malgré les alarmes de leurs parents, des enfants de la bourgeoisie continuent d'être frappés, même s'ils ne prétendent plus, comme dans les années 70, créer une nouvelle mystique du bonheur par la drogue. Malgré la résistance de leurs familles à la drogue, des enfants des milieux défavorisés sont attirés par une consommation qui, au début, leur est offerte gratuitement ; puis dès qu'ils sont asservis par le besoin de renouveler les doses, leurs pourvoyeurs les leur vendent très cher. Les uns et les autres vont être alors contraints aux délinquances qui accompagnent la toxicomanie des jeunes rapidement sans ressources : la revente de drogue, le vol et la prostitution.

Un accroissement récent de la toxicomanie dans les milieux défavorisés a pu être constaté parallèlement à des difficultés d'insertion des jeunes dans les milieux de travail.

5° Profils psychologiques et âges

Si tous les milieux sociaux sont touchés, est-ce à dire qu'il existe des personnalités prédisposées à la toxicomanie ?

On ne peut certainement pas aller jusque-là. On peut peut-être distinguer certains traits qui pourraient apparaître comme des facteurs majorant le risque : suggestibles, impulsifs, naïfs même, dépourvus de sens prévisionnel, séduits par l'aventure, surtout si elle transgresse les normes qui leur sont proposées ; ces jeunes ne reconnaissent aucun frein moral, aucune règle sociale qui les empêcheraient de rechercher une expérience, et surtout un plaisir. Ils résistent peu au prosélytisme.

Mais comment ne pas remarquer que ce portrait schématique ressemble trait pour trait à la personnalité **acquise** rapidement par le toxicomane, celle que constate le thérapeute sans savoir si son patient ne l'avait pas à l'origine ? Il est troublant de constater que le comportement de tous les toxicomanes se ressemble au bout d'un certain temps de pratique, quel que soit leur niveau d'éducation et leur milieu d'origine, la consommation toxique efface tout, les intérêts intellectuels comme les investissements affectifs. Ils sont également très jeunes au moment de la première prise : l'âge de l'initiation est 17 ans en moyenne. N'est-ce pas l'âge de « l'état limite » perturbation narcissique profonde, culte du moi en attente de personnalité, qui aime s'étonner lui-même, surprendre les autres, passer à l'acte ? C'est à cet âge particulièrement vulnérable que des situations personnelles, familiales et sociales difficiles peuvent induire la fuite dans la drogue.

En outre, ces jeunes sont aujourd'hui plongés dans une culture de la drogue qui nous est imposée comme l'expression de la jeunesse alors qu'elle est au contraire une perpétuelle mise en condition gestuelle, visuelle, sensorielle, que les adolescents subissent.

II. — LES DISPOSITIFS DE LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE

L'extension de la toxicomanie à des milieux défavorisés, l'ampleur prise par la délinquance qui lui est liée, le désarroi d'un nombre grandissant de familles dont beaucoup ne sont pour rien dans la sujétion de leur enfant à la drogue, et le développement du S.I.D.A. — autant de facteurs nouveaux qui ont révélé les insuffisances et les défauts d'un système de lutte contre la toxicomanie qui a été mis en place dans les années 70.

A. — LE DISPOSITIF JURIDIQUE

1° Principes de la loi

Votée à l'unanimité, la loi du 31 décembre 1970 fut un compromis entre les laxistes et les répressifs du moment. Elle repose sur le principe excellent de « l'alternative médicale » : parce qu'elle offre aux usagers des soins gratuits dans l'anonymat, la société s'estime en droit d'interdire la consommation de toute substance nocive illicite. Le traitement est médicalisé sans que la consommation soit dépénalisée.

2° Publics visés par les articles du livre III du code de la santé publique :

- a) Les usagers interpellés par la police, déferés au parquet, se voient offrir, s'ils n'ont pas d'antécédents judiciaires, le choix de suivre un traitement jusqu'à son terme plutôt que d'aller en prison. S'ils acceptent, ils sont renvoyés devant l'autorité sanitaire (D.D.A.S.S.) et l'action judiciaire s'éteint.
- b) Les usagers signalés par les services médicaux et sociaux : ils se voient également offrir des soins, mais nulle sanction n'est prévue s'ils ne défèrent pas à cette incitation.
- c) Les usagers qui se présentent spontanément.

3° Conditions de succès de cette législation

- a) Son application exige une **collaboration pratique et constante de l'autorité policière, de l'autorité judiciaire et de l'autorité sanitaire.**
- b) Son efficacité dépend de l'existence d'un dispositif de soins et de traitements suffisant et bien adapté aux toxicomanes qui y ont recours ou qui y sont envoyés.

4° Évaluation de l'application de la loi de 1970 du point de vue des soins

- a) Près de la moitié des usagers de drogues contrôlés par la police sont relâchés sans injonction thérapeutique ni offre de soins.
- b) La plupart des usagers signalés par les services sociaux ne se font pas traiter et on ne peut les y contraindre.

c) Jusqu'en 1986, 1 sur 10 seulement des interpellés déferés au parquet recevait une injonction thérapeutique.

d) Le dispositif sanitaire se montre réticent à recevoir les usagers envoyés par les juges ou par les parquets.

e) Aucun suivi sérieux n'est effectué sur les traitements.

f) Jusqu'en 1986, les toxicomanes incarcérés ne pouvaient bénéficier de l'offre de soins spécifiques.

5° Trois améliorations dans le cadre de la justice

En 1986, la M.I.L.T. a organisé et doté en personnel dans plusieurs tribunaux des services d'injonction thérapeutique (S.I.T.) dont le bilan d'activité à ce jour est remarquable. Reçus sans délai et dans les mêmes locaux par un travailleur social et le procureur, puis éventuellement par un médecin de santé publique, les usagers, selon les cas, reçoivent un avertissement sans suite (introduit dans le fichier informatique) ou sont dirigés vers un centre de soins où ils sont pris en charge. En outre la M.I.L.T. a créé en 1987 des vacations de psychiatres et psychologues pour s'occuper des toxicomanes dans certains comités de probation et d'assistance aux libérés qui existent auprès des tribunaux : des obligations de soins peuvent être prononcées dans le cadre d'une libération conditionnelle. Enfin, 16 antennes-toxicomanie de soins en prison ont été créées en 1986-1987.

B. — DISPOSITIF SANITAIRE

1° Les principes qui ont présidé à sa mise en œuvre et leurs effets

a) La disposition de la loi de 1970 assurant l'anonymat et la gratuité des soins pour les toxicomanes a eu pour conséquence que l'État seul prend en charge l'ensemble du dispositif sanitaire spécifique, après agrément des Préfets (D.D.A.S.S.), et non la sécurité sociale. Le système de soins se trouve ainsi bridé dans un budget annuel qui ne pourra être augmenté que par une attribution de crédits justifiée par une évaluation.

b) Hypothèse de départ posée par certains thérapeutes comme un principe, la liberté pour le toxicomane de suivre une thérapie et de choisir son thérapeute a empêché de nombreux traitements, les médecins attendant une démarche volontaire du malade. Le système de soins financé par l'État a été organisé surtout pour les seuls candidats déclarés à la désintoxication.

c) Le principe de la démarche volontaire du toxicomane a conduit pendant des années les thérapeutes à ne pas recevoir ni aider les familles, ni les toxicomanes amenés par leur famille. Depuis quelques années, ce principe a été révisé, et certains centres écoutent les familles.

2° Les structures offertes

Elles sont variées et correspondent aux différentes phases de la cure.

a) L'accueil, l'établissement d'un contrat entre le médecin et le toxicomane se font soit dans des centres spécialisés (161 centres d'accueil en 1988), soit dans les unités hospitalières spécialisées (5), soit par des médecins de réseaux spécialisés reconnus (en Seine-Saint-Denis).

b) Le sevrage, ou privation des drogues, est le plus souvent conduit sans douleur grâce à une médication de soutien. Il se pratique soit en milieu hospitalier, soit en ambulatoire avec suivi dans les institutions de jour.

c) La post-cure, de loin la phase la plus délicate, doit aider un être affaibli à retrouver ses forces et à assurer son équilibre psychique dans l'abstinence : l'État finance 45 institutions dites « de temps complet » et 4 réseaux de familles d'accueil. Certains centres, dit « occupationnels » offrent des activités de formation ; d'autres, dits « relationnels » appliquent les théories de la relation de diverses façons. L'ensemble de ces institutions n'offre que 600 places (contre 3 000 dans les centres allemands). Les durées de séjour sont insuffisantes. Les familles sont tenues à distance. Les institutions sont souvent sous-médicalisées, ce qui posera de plus en plus de problèmes avec la fréquence du S.I.D.A. chez les toxicomanes. La variété offerte par le dispositif français de soins doit être appréciée, mais, d'une part, il n'existe pas de service d'orientation des malades qui

permette d'en tirer parti en accordant traités et traitements pas plus qu'il n'existe de suivis permettant d'aider à la réinsertion des toxicomanes ; d'autre part, aucune évaluation sérieuse n'a été faite des traitements pratiqués. Ceci interdit d'établir une relation coût/efficacité, alors que le prix de journée s'établissait en moyenne en 1987 à 788 F dans les centres relationnels, 532 F dans les centres occupationnels et 230 F dans les familles d'accueil. .

d) Depuis 1986, la M.I.L.T. a créé des *Antennes-Toxicomanie* dans seize prisons, placées sous l'autorité du praticien hospitalier du Service médico-psychologique régional et financées par l'État. Les personnels sont choisis pour leur compétence en matière de toxicomanie et ils prodiguent leurs soins à tout détenu « *qui en exprime le souhait* ». Bien que récentes, ces structures ont permis d'identifier et de tenter d'aider une population que l'on n'atteignait pas jusque-là, issue de milieux défavorisés, composée de polytoxicomanes, récidivistes, au passé psychiatrique et somatique lourd (47 % ont fait des tentatives de suicide). Ils se révèlent très demandeurs de soins. Mais les traitements ne sont pas aisés à administrer en milieu carcéral surpeuplé où les toxicomanes sont violemment rejetés par les autres et où les détenus sont constamment transférés. En dépit d'une grande attention épidémiologique, les praticiens des Antennes-Toxicomanie ne peuvent pas suivre leurs malades, la sortie de prison, surtout, instituant une coupure.

C. — LA STRUCTURE ADMINISTRATIVE DE LA LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE

La nécessité d'une structure administrative adaptée s'est fait sentir depuis longtemps. Réclamée en 1977 par le rapport de Mme Pelletier, la M.I.L.T. ne fut instituée qu'en 1982 et mise sous la tutelle du ministère de la Solidarité nationale. En février 1985, le Premier ministre la plaça sous son autorité directe pour signifier « *le très haut degré de priorité accordé à la lutte contre le fléau de la toxicomanie* », et créa les comités départementaux, correspondants locaux de la M.I.L.T. En septembre 1986, un nouveau gouvernement rattacha la M.I.L.T. au ministère de la Justice, doubla ses crédits et annonça un plan d'action qui rencontra une forte opposition. Dès le 27 mai 1988, le gouvernement à peine nommé donna la tutelle de la M.I.L.T. au ministère de la Santé, puis le 19 août la mit à nouveau sous l'autorité du Premier ministre. Cet organisme interministériel n'a qu'un budget modeste et a connu durant sa courte existence encore plus de présidents que de ministères de tutelle : ni le temps ni les moyens n'ont été donnés à aucun de concevoir et de mettre en œuvre une politique de lutte contre la toxicomanie à la hauteur des enjeux de ce redoutable fléau, même si d'importantes avancées ont été réalisées sous leur impulsion.

En conséquence, le Conseil économique et social fait les propositions suivantes.

III. — PROPOSITIONS

A. — ÉDUIQUER POUR PRÉVENIR

Comme il apparaît aléatoire, long et difficile de débarrasser un toxicomane de sa sujétion dangereuse, mieux vaut fortifier les défenses des enfants et des jeunes afin qu'ils refusent l'essai de drogue qui peut leur être proposé.

Différentes approches, parfois contradictoires, sont préconisées pour la prévention. Les ayant étudiées, le Conseil économique et social propose de les moduler selon l'âge et le milieu social des publics visés.

1° Il faut s'adresser aux enfants avant la pré-puberté, à l'école et au collège, dans le cadre d'une éducation à la santé considérée comme un bien-être, une valeur positive qu'il faut défendre de tous les abus : tabac, alcool, médicaments, drogue, comme il faut défendre la nature des polluants chimiques. Les enfants jeunes répondent avec enthousiasme à une mobilisation contre les polluants de la santé.

Une **éducation de la personnalité** complétera ces programmes, visant à fortifier chez chacun l'affirmation de ses valeurs propres, à savoir dire « *non* » à des sollicitations, à avoir des repères pour fonder ses décisions.

Les écoles et collèges devraient avoir la souplesse et l'initiative d'organisation de plages horaires pour ces thèmes éducatifs transversaux. Les enseignants, les personnels d'éducation, de surveillance et d'administration devraient recevoir la formation adéquate.

Le développement du sport pourrait être un moyen de prévention dès la pré-adolescence.

2° Les actions auprès des adolescents doivent combiner plusieurs approches. Au lycée, tous ont entendu parler de la drogue et **une information sérieuse sur les produits et sur les risques qu'ils entraînent apparaît tout à fait nécessaire** pour se substituer à celle, fantasmatique et souvent tentatrice, qui circule entre adolescents. Il faut encourager et soutenir la production de matériels imprimés et audiovisuels et de services télématiques (comme Toxitel) qui pourront servir de **support à des échanges et débats** afin de vérifier que les informations ont été bien comprises et de répondre sans détour aux questions. La difficulté est de **trouver les intervenants qui sauront conduire ces actions**. Plutôt que d'ajouter la prévention de la toxicomanie comme un sujet supplémentaire de programme scolaire, il faudrait l'intégrer dans le projet éducatif global de l'établissement, en y associant les enseignants, les personnels d'éducation, de surveillance et d'administration, bien sûr les services sociaux et de santé scolaire, mais également l'ensemble des personnes extérieures convaincues et motivées qui apparaîtront crédibles aux jeunes : professions médicales, associations de parents, associations familiales, associations particulièrement concernées, artistes volontaires de la lutte contre la toxicomanie, etc... Il appartient aux chefs d'établissement de rechercher ces « *personnes-ressources* » et de veiller à ce que les membres de l'équipe éducative reçoivent une formation adéquate. L'information doit souligner l'origine criminelle des drogues, la perte de liberté qu'elles entraînent pour les usagers, le mal qu'elles causent également à l'entourage des drogués et à d'innocentes victimes, ainsi que les motifs et les dispositions de la loi, qui sont ignorés même des enseignants. Cette information incluerait également une mise en garde contre l'abus et le détournement de l'usage des médicaments psychotropes.

Il est urgent de développer le service de santé (médecins, infirmières) et le service social de l'Éducation nationale. L'accroissement de leurs effectifs est indispensable pour assurer dans chaque établissement une permanence éducative, de prévention et de soins.

Par ailleurs, il convient de **faire travailler les jeunes eux-mêmes sur les thèmes et les termes à utiliser pour prévenir l'usage des drogues**, et les rendre capables d'aider eux-mêmes leurs camarades en danger. Il faut également exercer les jeunes à décrypter et critiquer la « *culture de la drogue* » qui cherche insidieusement à les conditionner.

3° Il convient d'organiser des **réunions de parents** afin de leur apprendre par quels signes ils peuvent être alertés dans le comportement de leur enfant, et de les persuader de l'importance de leur rôle éducatif dans la prévention de la drogue. On ne cherchera surtout pas à les culpabiliser, mais on leur donnera des exemples précis de questions à poser, de réactions à éviter, d'arguments à utiliser, d'aides à proposer. Il convient d'insister sur le rôle positif que peuvent jouer les familles dans la guérison de leurs enfants.

4° A cet égard, les missions locales d'insertion des jeunes et les comités de prévention, qui ont fait leurs preuves, doivent être impliqués dans ces actions.

5° Des **actions de préventions spécifiques** sont nécessaires auprès de **groupes sociaux particulièrement vulnérables**. Dans les milieux immigrés où certaines communautés, face à de graves problèmes d'adaptation éprouvent des difficultés particulières, malgré leurs efforts à se faire entendre de leurs enfants et à les comprendre, et dans les milieux de grande pauvreté où les parents essayent de maintenir l'intégrité familiale, mais le font dans l'isolement, la prévention doit se traduire par la présence constante d'acteurs sociaux dont le rôle doit être d'aider les familles à sortir de la précarité et les jeunes à construire des projets de vie autour de la formation et du travail. Ces permanents de la prévention, en tenant compte du milieu, devront nouer et renouveler les dialogues, tenter de donner vie à une vraie communauté où chacun puisse être acteur et donc valorisé, protégée par une police, suffisamment présente et formée, contre les entreprises des trafiquants. Ces animateurs de quartier informeront parents et jeunes des possibilités de traitements des toxicomanies, dont la plupart ignorent l'existence, ils soutiendront les efforts de ceux qui entreprennent de se désintoxiquer.

6° Dans les entreprises, il serait nécessaire d'intensifier les actions d'information auprès des personnels dans le cadre des comités d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail (C.H.S.C.T.).

7° La prévention dépend d'une prise de conscience collective et nécessite un élan de toute la Communauté. Toutefois, à de grandes campagnes nationales qui coûtent très cher et courent toujours le risque de voir leur efficacité ruinée par les critiques, le Conseil économique et social préférerait la multiplication de petites actions sur des publics bien ciblés : tous les intervenants devront être informés de la nature et des résultats des différentes actions menées. Indépendamment de ces actions ciblées, il faut assurer une continuité dans l'éducation préventive. C'est là que le rôle des associations spécialisées est tout à fait nécessaire et doit être encouragé.

8° Il appartient à la M.I.L.T. de soutenir et d'encourager les associations qui se consacrent à la prévention de la toxicomanie.

B. — INFORMER

C'est à tout le public qu'il convient de faire prendre conscience de ce qu'on a appelé fort justement « *la culture de la drogue* », ne serait-ce que pour arrêter à temps les rumeurs et les campagnes lancées par les trafiquants, la dernière étant celle qui laisse entendre que la légalisation des produits illicites arrêterait à la fois trafic et toxicomanies, alors qu'elle répandrait le mal dans des proportions irréparables. La M.I.L.T. doit apprendre au public que toute indulgence pour les produits est suspecte et ne participe en rien à la générosité envers les hommes.

L'article L. 630 du code de la santé publique interdit aux médias de « *présenter sous un jour favorable* » l'usage des drogues, même en reproduisant des écrits ou des images émanant de l'étranger, sous peine d'emprisonnement ou de fortes amendes.

Cet article de la loi de 1970 a été très peu appliqué. Il semble préférable que, dans les rares cas d'incitation à consommer des drogues, les parquets agissent dans la discrétion.

Mais pour l'information courante, si souvent complaisante, erronée ou maladroite s'agissant de la drogue, il serait souhaitable que les médias eux-mêmes suscitent en leur sein une instance d'auto-discipline qui veillerait au respect de la loi de 1970, à l'instar de ce qu'ils ont su faire pour prévenir la parution d'informations favorables aux thèses racistes.

C. — REPÉRER ET SOIGNER LES TOXICOMANES

1° Comme l'alcoolique invétéré ou l'individu sous l'empire de l'ivresse, le **toxicomane invétéré ou l'individu après une forte prise de drogue sont dangereux pour eux-mêmes et potentiellement dangereux pour les autres**, surtout s'ils conduisent un véhicule ou accomplissent une tâche comportant des risques. Alors que l'alcool est un produit licite, la société a pourtant jugé nécessaire de permettre la recherche de l'alcoolémie pour assurer la sécurité routière (loi n° 83-1045 du 8 décembre 1983 et loi n° 87-519 du 10 juillet 1987) et d'interdire à toute personne d'introduire ou de distribuer des boissons alcooliques sur les lieux de travail (art. L. 232-2 du code du travail). Dans ces deux circonstances, l'élargissement aux drogues des dispositions prévues pour l'alcool apparaît nécessaire.

a) *Sécurité routière* : la loi qui autorise de « *soumettre à des épreuves de dépistage l'auteur présumé* » ou « *le conducteur impliqué* » dans un accident de la circulation « *au moyen d'analyses et d'examen médicaux* » devrait s'étendre à la recherche de la présence de stupéfiants dans l'organisme, en particulier du T.H.C. (principe actif du cannabis) car les ivresses cannabiques sont fréquemment responsables d'accidents, mais l'opinion ne le sait pas et de nombreux jeunes courent ainsi et font courir à d'autres des dangers graves. Rappelons qu'il y a en France sans doute plus de 500 000 fumeurs occasionnels de haschich.

b) *Lieux de travail* : l'article L. 232-2 du code du travail réprime l'entrée et le séjour dans les lieux de travail de « *personnes en état d'ivresse* ». L'appréciation des états provoqués par les stupéfiants — ébriété, excitation, hallucinations, stupeur, selon les produits — et pouvant nuire à la sécurité et à l'hygiène du travail, pose des problèmes plus délicats. Seul un médecin, couvert par le secret médical, peut effectuer les examens nécessaires ou les faire effectuer par un laboratoire compétent.

Évidemment, l'entreprise est aussi concernée par les problèmes de la drogue. Il ne saurait pourtant être question de faire de l'entreprise un lieu privilégié de dépistage de la toxicomanie.

La spécificité de la drogue en matière de prévention, de dépistage nécessite une évolution de la réglementation de la médecine du travail, accompagnée d'une réflexion approfondie notamment au regard des libertés et garanties des salariés (1).

En ce qui concerne les poste à risques, il est indispensable que la législation évolue pour donner un cadre à une réglementation qui prendrait en compte la nécessaire sécurité du service et définirait aussi toutes les garanties en particulier en terme de recours pour les salariés concernés.

Le Conseil économique et social souhaite que le Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels se prononce sur ces différents points ; de même, il demande que les partenaires sociaux soient associés à la réflexion de la Commission de la M.I.L.T. sur « *les dépistages des toxicomanies en médecine du travail* ».

En tout état de cause une formation des personnels médicaux et sociaux du travail aux problèmes touchant à la prévention et aux traitements des toxicomanies apparaît indispensable.

2° La loi de 1970 dispose qu'un usager peut être signalé par les services médicaux et sociaux à l'autorité sanitaire, en l'occurrence la D.D.A.S.S. Celle-ci effectue une enquête sur la vie familiale et sociale de l'intéressé, un examen médical, et lui enjoint « *d'avoir à se présenter dans un établissement agréé par lui ou désigné d'office pour suivre une cure de désintoxication, et d'en apporter la preuve* ». Le Conseil économique et social apprécie cette voie toute médicale qui évite les incarcérations et les casiers judiciaires. Mais l'expérience montre que la plupart des usagers ne suivent pas les injonctions des D.D.A.S.S. Là encore, la loi du 15 avril 1954, qui permet d'imposer une cure de désintoxication aux alcooliques non délinquants que leurs excès rendent dangereux pour eux-mêmes et pour les autres, pourrait être étendue aux toxicomanes en danger ou dangereux. Son application interviendrait lorsque le service compétent de la D.D.A.S.S. jugerait une désintoxication tout à fait nécessaire.

3° Dans les cas (plus de 40 000 par an) où l'usager est emmené au poste de police, quelques mesures peuvent être proposées dont l'objectif commun est également : **soigner les usagers au lieu de punir.**

Il convient d'obtenir que les services d'injonction thérapeutique tels que ceux qui ont été mis en place dans certains tribunaux depuis 1986 soient soutenus dans leur action de coopération interadministrative, soient dotés en personnels qualifiés pour ce travail et en locaux juxtaposant les services judiciaire et sanitaire. D'autres tribunaux devraient en bénéficier. La poursuite de cette mise en place de services permettant le fonctionnement réel de la loi de 1970 nécessitera des formations spécialisées des intervenants, surtout des magistrats du parquet et des médecins des D.D.A.S.S.

4° Toutes ces mesures supposent qu'il existe, en nombre suffisant, des centres ou des services qui agissent comme de **vrais services d'aiguillage médical**, où l'usager, presque toujours récalcitrant ou fuyant, rencontre un médecin qui sache apprécier son état, la phase et la nature de sa toxicomanie, sa personnalité, son environnement, le type de cure qui pourra lui être favorable, ou le genre d'établissement, ouvert ou fermé, où il pourra être désintoxiqué ; ce médecin doit disposer en outre, sur ordinateur, de toutes les disponibilités en traitements, dans le département et au-delà.

(1) Un amendement déposé par le groupe de la C.G.T. a été rejeté par un vote à main levée. Il tendait :

— à rédiger ainsi cet alinéa : « La spécificité de la drogue en matière de prévention, de dépistage nécessite une pleine application de la réglementation de la médecine du travail et en particulier du statut et de l'indépendance du médecin du travail » ;

— à remplacer les deux alinéas suivants par : « Le Conseil économique et social souhaite que le Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels procède à une réflexion approfondie, notamment au regard des libertés et garanties des salariés ».

D. — AMÉLIORER LA CONNAISSANCE ET LES SOINS

1° De tels services d'aiguillage, qui permettraient de tirer parti de la variété des traitements, supposent **un inventaire détaillé de l'offre de soins** qui n'existe pas et devrait être établi à partir de critères choisis par un groupe pluridisciplinaire. Il devrait être informatisé et mis à la disposition de tous les centres sur tout le territoire.

2° La **connaissance épidémiologique** de la toxicomanie est encore très insuffisante; trop psychosociologique elle ne tient pas assez compte des symptômes, et surtout n'intègre pas les traitements. Une étude épidémiologique de ce type doit être lancée avant 1993.

3° Il n'y aura de bonne épidémiologie que s'il se fait partout et soigneusement une **constante et sérieuse évaluation**. Le Conseil économique et social insiste sur le fait que les évaluations doivent être établies à partir du suivi et du devenir des malades, des effets de chaque traitement et des réinsertions constatées.

4° En France, le médecin n'est pas tenu, comme en Grande-Bretagne, de déclarer les toxicomanes qu'il voit au ministère de l'Intérieur. Dans tous les cas, le secret médical lui permet d'assurer aux toxicomanes la **confidentialité absolue des informations recueillies**. L'obligation de confidentialité devrait s'étendre aux personnels sociaux et médicaux recevant des toxicomanes venus spontanément.

La loi de 1970 a voulu permettre en sus l'anonymat et la gratuité des soins aux toxicomanes. Il est important que la gratuité subsiste. Mais, l'anonymat, dont la traduction dans la pratique crée différentes difficultés, est-il absolument nécessaire, alors que, d'après certains, il empêche tout suivi sérieux, partant, toute évaluation des traitements? Cependant, la suppression de l'anonymat dans le but d'assurer un meilleur suivi et une évaluation des traitements, pourrait entraîner des dérives et mérite d'être amplement étudiée, avant toute mesure précise.

5° Le Conseil économique et social ne se sent pas autorisé à se prononcer sur la valeur comparée des traitements. Il rappelle que par « *traitement* » il entend l'aide apportée par les médecins, les psychologues et les éducateurs à un ensemble de soins, d'entretiens et d'activités qui permette aux toxicomanes de recouvrer leur équilibre psychique et leur personnalité propre dans l'abstinence, et de formuler un projet de vie. Il tient cependant à apprécier la rigueur et la discrétion qui président en France aux « *programmes méthadone* ».

La France est le seul pays qui ne donne pas d'agrément aux communautés thérapeutiques. Le Conseil économique et social souhaite une étude sereine et sérieuse à ce sujet.

6° Le Conseil économique et social tient tout particulièrement à ce que soient étudiés et mis en place les moyens d'assurer et de soutenir la **réinsertion sociale** (logement, travail) des désintoxiqués à l'issue des traitements.

7° **Un grand effort de recherche** doit être fait, particulièrement en pharmacologie où la France a été naguère brillante, et en neurophysiologie des toxicomanies.

8° En milieu carcéral, il importe de développer l'action des Antennes-Toxicomanie en augmentant leurs moyens en personnels qualifiés, et notamment de généraliser les interventions de médecins et psychologues spécialistes en toxicomanie auprès des comités de probation et d'assistance aux libérés. D'autre part, la population carcérale française à l'étranger est composée, bien souvent en majorité, de drogués. La présence dans les consulats de médecins Volontaires du Service National est certainement une bonne réponse à ce problème complexe. Visiter ces incarcérés, les aider lors de leur élargissement, les convaincre de se désintoxiquer et de rentrer en France est affaire de spécialistes. Le nombre des VSN capables de répondre à de telles attentes devrait être augmenté.

E. — LA SOCIÉTÉ DOIT SOIGNER — LE TOXICOMANE DOIT SE SOIGNER

Le Conseil économique et social ayant étudié les résultats très décourageants des tentatives de dépénalisation de l'usage de stupéfiants introduites dans certains pays européens voisins qui font face aujourd'hui à des situations dramatiques, estime que le système français — médicaliser sans dépénaliser — est certainement préférable. A condition que la médicalisation, offerte en lieu et place de la répression, soit possible pour tous ceux qui n'ont pas commis d'autres délits que l'usage ou l'usage-revente à petite échelle.

L'interpellation des drogués doit être l'occasion offerte pour soigner, aider les malades à ne pas rechuter et non pour les punir sans chercher à les guérir. La lutte contre la toxicomanie doit tendre vers un objectif : assurer aux toxicomanes le maximum de chances de s'en sortir, de s'en sortir le plus vite possible, et au moindre prix pour eux-mêmes et leurs proches.

Mais la majorité des toxicomanes, surtout dans la phase initiale de la « lune de miel », ne désirent pas se soumettre à des traitements ni, surtout, cesser leur consommation. Ou bien, ils le veulent durant quelques instants, puis changent d'avis. **Attendre leur consentement est vain : cela conduit soit à les emprisonner sans soins, soit à les renvoyer à la rue et à la leur manie auto-destructive.**

En effet, il est à peu près impossible de prévoir pour des toxicomanes, si on ne les soigne pas d'office, d'autres peines que la prison car ils ne remplissent pas les conditions permettant de leur infliger des peines de substitution comme les travaux d'intérêt général. On a songé, spécialement pour les délits légers, comme la consommation de cannabis, à prévoir des amendes : taxer des jeunes le plus souvent sans ressources régulières, est-ce raisonnable ? Non, la réponse sociale aux toxicomanes interpellés doit être la mise en œuvre rapide et intelligente d'un traitement approprié.

Affirmer d'emblée que tout sevrage et tout traitement non souhaités sont voués à l'échec est une manière particulièrement affligeante de désertier et d'inciter une société à capituler. Il n'y a pas d'alternative honorable à l'obligation de soins que contracte la société envers ceux qu'elle considère avant tout comme des malades. **Une société qui n'offre pas un processus thérapeutique à des malades, de surcroît dangereux pour eux-mêmes et pour les autres, est une société coupable de non assistance à personnes en danger.**

Une telle pétition de principes induit les conséquences suivantes :

1° Il faut à l'évidence **multiplier les établissements de cure en internat** permettant la suppression totale des produits illicites sous surveillance médicale, sans sorties jusqu'au moment où le désintoxiqué accepte de pratiquer des tests de dépistage au retour de ses sorties. Les durées de séjour dans ces établissements ne peuvent être limitées à l'avance et dépendront des résultats. Il convient de **médicaliser davantage les centres de cure** et d'envisager d'y suivre et d'y soigner les séropositifs H.I.V., comme les autres.

2° Dans les établissements en internat, dans les familles d'accueil, comme dans les antennes toxicomanie en prison, les activités physiques, manuelles, artistiques, les études et surtout la **formation professionnelle** sont de la plus haute importance et devraient bénéficier de conventions du secrétariat d'État à la formation professionnelle sur les fonds destinés aux publics particuliers.

3° C'est au **plan régional et départemental** que les dispositifs de lutte contre la toxicomanie doivent être arrêtés, selon les besoins en centres d'accueil et d'aiguillage, centres pour sevrage et cures, médecins et psychologues pour les suivis en ambulatoire, antennes toxicomanie en milieu carcéral, centres de formation et réinsertion, en ayant largement recours au secteur associatif.

4° Le financement unique par l'État du dispositif de soins empêche sans doute son extension et sa diversification. En effet, même si les toxicomanes reçus dans ce dispositif ont aujourd'hui droit à l'hébergement gratuit, il n'en va pas toujours de même pour la couverture des soins médicaux dont ils sont justiciables. Dans les centres de post-cure ces derniers relèvent d'une prise en charge par l'assurance maladie. Or, nombreux sont les toxicomanes qui ne sont plus affiliés à la sécurité sociale et, de ce fait, doivent avoir recours à l'aide médicale gratuite ou demander à leurs parents de cotiser pour eux à l'assurance volontaire. Une telle situation montre combien il serait nécessaire de généraliser enfin la sécurité sociale à tous.

De plus, une étude portant sur la diversification éventuelle des financements du dispositif spécifique de soins devrait permettre de vérifier si son développement n'en serait pas favorisé.

5° La mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie doit continuer d'être le lieu de coopération des administrations concernées : ministère chargé de la Santé, ministère de la Justice, ministère de l'Éducation nationale, ministère de l'Intérieur, ministère des Affaires européennes, ministère du Travail, etc... Mais, le **port d'attache spécifique de la M.I.L.T. devrait être le ministère de la Santé, afin d'ancrer la lutte contre la toxicomanie dans le champ de l'éducation à la santé et des traitements médicaux.** Actuellement, le Bureau qui s'occupe au ministère de la Santé de la toxicomanie (ainsi que de l'alcoolisme et du tabagisme) est rattaché à la sous-direction de la maternité, de l'enfance et des actions spécifiques de santé.

Est-il trop ambitieux d'imaginer une structure qui donne à cette Mission plus de continuité et d'autorité ? Ce serait le cas, par exemple, d'une **délégation interministérielle de lutte contre la toxicomanie** qui aurait à sa tête, non un président, mais un délégué — à l'instar de ce qui a été mis en place pour le R.M.I. — et qui serait, pour sa gestion, **directement rattachée au ministre de la Santé**. Une telle structure pourrait prévoir un plan d'action et s'attaquer immédiatement aux tâches les plus urgentes avant 1993 : l'évaluation du dispositif de soins, — sa rénovation, son extension, son financement, sa réglementation — et la recherche sur les traitements.

D'autre part, en raison de la gravité des conséquences de la toxicomanie, il est nécessaire que la Communauté européenne adopte rapidement des dispositions communes aux douze États membres, permettant de lutter contre ce fléau.

*
* *

Certains se plaisent à répéter que, de tout temps, les hommes ont goûté aux substances psychotropes, et qu'en conséquence, il ne faut pas dramatiser le problème de la drogue. Mais il n'y a aucune commune mesure, entre les approches des stupéfiants que furent « *les formes inférieures de la mystique* » qu'analysait, dans une thèse célèbre, Philippe de Félice, ou les « *paradis artificiels* » de Thomas de Quincey et de Baudelaire, et le phénomène auquel nos sociétés sont confrontées depuis vingt ans, infiltrées qu'elles sont, de plus en plus massivement, par une offre constante et polymorphe de produits stupéfiants venus d'ailleurs, et venus du monde du crime.

Le trafic de la drogue est une guerre conduite par les milieux de la grande criminalité contre nos sociétés, une guerre dont les victimes et les blessés sont, hélas ! des jeunes gens qui deviennent toxicomanes et dont les promoteurs doivent être traités comme de véritables criminels. Extrêmement lucratif, ce trafic suppose le recyclage de masses importantes de capitaux. Le Conseil économique et social souhaite en conséquence que les services publics chargés du contrôle demeurent en capacité de connaître l'origine et la destination de la circulation de ces capitaux et d'intervenir efficacement contre les opérations de « *blanchiment de l'argent sale* » qui se développent avec le concours des paradis fiscaux et financiers.

En première ligne sur le front de cette guerre, la police et les douanes cherchent à empêcher l'ennemi d'introduire et de répandre ces substances, véritable pollution chimique du cerveau. Mais, derrière elles, la communauté toute entière doit se mobiliser pour résister et savoir protéger ses enfants des égarements passagers des sens et de l'esprit qu'ils paieraient d'un malheur durable, ou de leur vie.

Se mobiliser, c'est maintenir la vigilance, refuser l'indifférence et surtout la banalisation. C'est pourquoi le Conseil économique et social a jugé important d'étudier sérieusement les différents problèmes posés par la toxicomanie du point de vue éducatif, sanitaire et social, sans entrer dans les polémiques politiciennes ni les arguties doctrinales de spécialistes. Il propose un système cohérent de défense, qui permettrait d'approfondir la connaissance scientifique des produits, de leurs effets et des traitements à leur opposer ; de soigner avec autorité mais aussi avec une persévérante solidarité les toxicomanes, qu'il considère d'abord comme des malades ; et de construire par l'éducation un barrage permanent contre « *la culture de la drogue* » afin de mettre nos enfants en garde, et de leur donner la force morale de sauvegarder leur liberté (1).

(1) Un amendement déposé par M. Delarue a été rejeté par un vote au scrutin public par 97 voix contre 60 et 6 abstentions (voir le résultat de ce scrutin en annexe : scrutin n° 3). Il tendait à ajouter *in fine* le texte suivant :

« Mais la mobilisation des Français contre la drogue ne peut être générale que si nos compatriotes ont la certitude absolue que le Gouvernement est prêt à déclencher une guerre totale contre la mafia de la drogue et tous ses complices, quel que soit leur rang.

C'est pourquoi le Conseil économique et sociale demande au Président de la République et au Premier ministre de déclarer « hors-la-loi » tous les gouvernements qui passeraient sous la coupe des trafiquants de drogue et de commencer par rompre les relations diplomatiques avec ces gouvernements.

ANNEXE A L'AVIS

SCRUTINS

SCRUTIN N° 1 SUR L'ENSEMBLE DU PROJET D'AVIS

Nombre de votants	165
Ont voté pour	109
Ont voté contre	6
Se sont abstenus	50

Le Conseil économique et social a adopté.

Ont voté pour : 109

Groupe de la C.F.E.C.G.C. — MM. Bordes-Pagès, Cros, Flattet, Mandinaud, Marchelli, de Santis, Vilbenoit.

Groupe de la C.F.T.C. — MM. Bornard, Gruat, Mme Lingelser, MM. Étienne Simon, Veyssière.

Groupe de l'U.N.A.F. — MM. Bichot, Bordereau, Burnel, de Crépy, Duffaure, Jacquet, Mme Marotte, M. Niol.

Groupe de l'agriculture. — MM. de Bretteville, Camo, Castaing, Cazals, Chatellier, Mme Chezalviel, MM. Collaudin, Compiègne, Cormorèche, Guézou, Guyau, Lapèze, Laur, Mangin, Munet, Perromat, Ragot, Rigaud, Steib.

Groupe des entreprises privées. — MM. Bernasconi, Bizard, Bocquet, Brana, Brunet, Chesnaud, Clément, Decker, Dermagne, Fabre, Gattaz, Gauthier, Lagane, Lanusse-Croussé, Lepatre, Netter, Parrotin, Pinet, Rebuffel, Salvanès.

Groupe des entreprises publiques. — MM. Aubert, Calandra, Descoutures, Rolant, Vélitchkovitch.

Groupe de l'artisanat. — MM. Bidaud, Cabut, Della-Chiesa, Duport, Letertre, Léon, Martel, Pierre Masson, Paquet.

Groupe des personnalités qualifiées. — MM. Andrieu, Arrighi de Casanova, Beauchamp, Bourbon, Bracque, Buard, Mme de Gaulle Anthonioz, MM. Girard, Langlade-Demoyen, Machizaud, Méraud, Poujade, Schmit, Steg, Mme Sullerot.

Groupe de la coopération. — MM. Chambaud, Chevalier, Duchalais, Espagne, Gaudinat, Hallot, Lacroix, Morel, Pétrequin, Régis.

Groupe des représentants des Français de l'étranger, de l'épargne et du logement. — MM. Courbey, Lair, Pétri-Guasco.

Groupe des associations. — Mme Chéroure, MM. Davezac, Guénée, Théry.

Groupe des professions libérales. — M. Beaupère.

Groupe de la mutualité. — MM. Optat, Salanne, Teulade, Vattier.

Ont voté contre : 6

Groupe des personnalités qualifiées. — Mme Delorme, MM. Doueb, Rosius, Schwartz, Mme Tillard.

Groupe des représentants des Français de l'étranger, de l'épargne et du logement. — M. Carasso.

Se sont abstenus : 50

Groupe de la C.F.D.T. — M. Autexier, Mme Beauville, M. Billon, Mme Brice, MM. Dezeure, Gauzelin, Hureau, Le Boterff, Jean-René Masson, Rabardel, Mlle Raïga, M. Rousselot, Mme Scavennec, MM. Trogrlic, Vergnolle.

Groupe de la C.G.T. — MM. Alezard, Bauduret, Calvetti, Caussé, Desmaison, Mme Dubois, MM. Le Duigou, Madiou, Magniadas, Obadia, Scat, Mmes Rey, Scipion, M. Stoquert.

Groupe de la C.G.T.F.O. — Mme Adenis, MM. Bolut, Bouchet, Doriat, Kerbriand-Postic, Lalonde, Lepresle, Lequoy, Mertz, Paris, Robert, Roulet.

Groupe de la F.E.N. — M. Baunay, Mme Laroche, M. Laxalt.

Groupe de l'agriculture. — M. Mineau.

Groupe des personnalités qualifiées. — MM. Delarue, Oudot, Mme Parent, M. Schapira.

Groupe des professions libérales. — M. Talandier.

SCRUTIN N° 2

sur un amendement visant à demander une suspension et une renégociation des accords entre la France, la R.F.A. et le Benelux relatifs à la suppression graduelle des contrôles aux frontières communes.

Nombre de votants	165
Ont voté pour	25
Ont voté contre	127
Se sont abstenus	13

Le Conseil économique et social n'a pas adopté.

Ont voté pour : 25

Groupe de la C.G.T. — MM. Alezard, Bauduret, Calvetti, Caussé, Desmaison, Mme Dubois, MM. Le Duigou, Madiou, Magniadas, Obadia, Scat, Mmes Rey, Scipion, M. Stoquert.

Groupe de la C.F.T.C. — MM. Bornard, Gruat, Mme Lingelser, MM. Étienne Simon, Veyssière.

Groupe de l'agriculture. — M. Mineau.

Groupe des personnalités qualifiées. — M. Delarue, Mme Delorme, M. Oudot, Mme Parent.

Groupe des professions libérales. — M. Talandier.

On voté contre : 127

Groupe de la C.F.D.T. — M. Autexier, Mme Beauville, M. Billon, Mme Brice, MM. Dezeure, Gauzelin, Hureau, Le Boterff, Jean-René Masson, Rabardel, Mlle Raïga, M. Rousselot, Mme Scavennec, MM. Trogrlic, Vergnolle.

Groupe de la C.G.T.F.O. — Mme Adenis, MM. Bolut, Bouchet, Doriat, Kerbriand-Postic, Lalonde, Lepresle, Lequoy, Mertz, Paris, Robert, Roulet.

Groupe de la C.F.E.C.G.C. — MM. Bordes-Pagès, Cros, Flattet, Mandinaud, Marchelli, de Santis, Vilbenoit.

Groupe de la F.E.N. — M. Baunay, Mme Laroche, M. Laxalt.

Groupe de l'U.N.A.F. — MM. Bichot, Bordereau, Burnel, de Crépy, Duffaure, Jacquet, Mme Marotte, M. Niol.

Groupe de l'agriculture. — MM. de Bretteville, Camo, Castaing, Cazals, Mme Chezalviel, MM. Collaudin, Compiègne, Cormorèche, Guézou, Guyau, Lapèze, Laur, Munet, Perromat, Rigaud, Steib.

Groupe des entreprises privées. — MM. Bernasconi, Bizard, Bocquet, Brana, Brunet, Chesnaud, Clément, Decker, Dermagne, Fabre, Gattaz, Gauthier, Lagane, Lanusse-Croussé, Lapatre, Netter, Parrotin, Pinet, Rebuffel, Salvanès.

Groupe des entreprises publiques. — MM. Aubert, Calandra, Descoutures, Vélitchkovitch.

Groupe de l'artisanat. — MM. Bidaud, Cabut, Della-Chiesa, Duport, Letertre, Léon, Martel, Pierre Masson, Paquet.

Groupe des personnalités qualifiées. — MM. Aicardi, Andrieu, Bracque, Buard, Delouvrier, Girard, Langlade-Demoyen, Rosius, Schapira, Schwartz, Mmes Sullerot, Tillard.

Groupe de la coopération. — MM. Chambaud, Chevalier, Duchalais, Espagne, Gaudinat, Hallot, Lacroix, Morel, Pètrequin, Régis.

Groupe des représentants des Français de l'étranger, de l'épargne et du logement. — MM. Carasso, Courbey, Lair, Pétri-Guasco.

Groupe des associations. — Mme Chéroutre, MM. Davezac, Guénée, Théry.

Groupe de la mutualité. — MM. Optat, Salanne, Teulade.

Se sont abstenus : 13

Groupe de l'agriculture. — MM. Chatellier, Ragot.

Groupe des personnalités qualifiées. — MM. Arrighi de Casanova, Beauchamp, Bourbon, Doueb, Mmes Franck, de Gaulle Anthonioz, MM. Machizaud, Méraud, Poujade.

Groupe des professions libérales. — M. Beaupère.

Groupe de la mutualité. — M. Vattier.

SCRUTIN N° 3

sur un amendement visant à la rupture des relations diplomatiques avec les pays dont les gouvernements passeraient sous la coupe des trafiquants de drogue.

Nombre de votants	163
Ont voté pour	60
Ont voté contre	97
Se sont abstenus	6

Le Conseil économique et social n'a pas adopté.

Ont voté pour : 60

Groupe de la C.G.T. — MM. Alezard, Bauduret, Calvetti, Causse, Desmaison, Mme Dubois, MM. Le Duigou, Madiou, Magniadas, Obadia, Scat, Mmes Rey, Scipion, M. Stoquert.

Groupe de la C.F.T.C. — MM. Bornard, Gruat, Mme Lingelser, MM. Simon Étienne, Veyssière.

Groupe de l'U.N.A.F. — MM. Bichot, Bordereau, Burnel, de Crépy, Duffaure, Jacquet, Mme Marotte, M. Niol.

Groupe de l'agriculture. — MM. Chatellier, Mineau.

Groupe des entreprises privées. — MM. Bernasconi, Bizard, Bocquet, Brana, Brunet, Chesnaud, Clément, Decker, Dermagne, Fabre, Gattaz, Gauthier, Lagane, Lanusse-Croussé, Lapatre, Netter, Parrotin, Pinet, Rebuffel, Salvanès.

Groupe de l'artisanat. — MM. Bidaud, Cabut, Della-Chiesa, Duport, Léon, Letertre, Martel, Pierre Masson, Paquet.

Groupe des personnalités qualifiées. — M. Delarue.

Groupe des professions libérales. — M. Beaupère.

Ont voté contre : 97

Groupe de la C.F.D.T. — M. Autexier, Mme Beauville, M. Billon, Mme Brice, MM. Dezeure, Gauzelin, Hureau, Le Boterff, Jean-René Masson, Rabardel, Mlle Raïga, M. Rousselot, Mme Scavennec, MM. Trogrlic, Vergnolle.

Groupe de la C.G.T.F.O. — Mme Adenis, MM. Bolut, Bouchet, Doriat, Kerbriand-Postic, Lalonde, Lepresle, Lequoy, Mertz, Paris, Robert, Roulet.

Groupe de la C.F.E.C.G.C. — MM. Bordes-Pagès, Cros, Flattet, Mandinaud, Marchelli, de Santis, Vilbenoit.

Groupe de la F.E.N. — M. Baunay, Mme Laroche, M. Laxalt.

Groupe de l'agriculture. — MM. de Bretteville, Camo, Castaing, Cazals, Mme Chezalviel, MM. Collaudin, Compiègne, Cormorèche, Guézou, Guyau, Lapèze, Laur, Munet, Perromat, Ragot, Rigaud, Steib.

Groupe des entreprises publiques. — MM. Aubert, Calandra, Descoutures, Rolant, Vélitchkovitch.

Groupe des personnalités qualifiées. — MM. Aicardi, Andrieu, Beauchamp, Bracque, Buard, Mme Delorme, MM. Delouvrier, Doueb, Mme de Gaulle Anthonioz, MM. Girard, Langlade-Demoyen, Mme Parent, MM. Rosius, Schwartz, Steg, Mmes Sullerot, Tillard.

Groupe de la coopération. — MM. Chambaud, Chevalier, Duchalais, Espagne, Gaudinat, Hallot, Lacroix, Morel, Pétrequin, Régis.

Groupe des représentants des Français de l'étranger, de l'épargne et du logement. — MM. Courbey, Lair, Pétri-Guasco.

Groupe des associations. — Mme Chéroutre, MM. Davezac, Guénée, Théry.

Groupe de la mutualité. — MM. Optat, Salanne, Teulade, Vattier.

Se sont abstenus : 6

Groupe des personnalités qualifiées. — MM. Arrighi de Casanova, Bourbon, Machizaud, Méraud, Oudot.

Groupe des professions libérales. — M. Talandier.

DÉCLARATIONS DES GROUPES

Groupe de l'agriculture

La toxicomanie est un problème sensible et difficile.

La rédaction d'un excellent rapport sur ce sujet présente l'immense intérêt de tenter de secouer l'indifférence de la population française. Il serait inconcevable que la drogue devienne un sujet banalisé. La société tout entière doit se mobiliser pour lutter contre ce phénomène.

C'est pourquoi nous appuyons le rapporteur dans ses propositions et plus particulièrement lorsqu'il suggère de mettre l'accent sur l'éducation des enfants et le dialogue avec les jeunes, leurs familles.

Il est essentiel que les jeunes soient particulièrement bien informés sur les produits toxiques à leur portée et sur les risques qu'ils encourent. Si de telles actions concernent l'ensemble des adolescents (plus vulnérables que d'autres), elles doivent être conduites avec une grande attention auprès de certaines populations sensibles (immigrés — milieux défavorisés).

Cette prise de conscience doit s'accompagner d'une intervention en faveur des drogués eux-mêmes.

L'objectif recherché doit rester de soigner et non de punir. Les centres d'accueil, comme le suggère le projet d'avis, doivent être mieux organisés. Le toxicomane doit être pris en charge et bénéficier de soins d'office. La mise en œuvre rapide d'un traitement approprié demeure nécessaire si l'on veut sauver des vies humaines.

C'est là le devoir de toute société de porter secours à son prochain.

Groupe de l'artisanat

Le problème abordé par le présent avis est certainement l'un des plus douloureux que connaissent les sociétés. La drogue meurtrit au plus profond d'eux-mêmes les êtres qui s'y adonnent. Et quand elle touche un jeune, elle laisse sa famille dans l'impuissance et le désarroi. Comment comprendre, en effet ?

Comment comprendre par exemple, qu'il existe des drogues socialement admises (alcool, tabac, médicaments) et d'autres qui ne le sont pas (stupéfiants) ? Comment se souvenir, à ce sujet, qu'une société est toujours un ensemble bâti sur des compromis ? Et comment être persuadé que beaucoup de ces compromis ne sont pas les fruits du hasard mais des choix basés sur la connaissance ?

C'est pourquoi la première proposition intitulée « éduquer pour prévenir » est essentielle. Elle est la démarche fondamentale qui permettra à un jeune, comme le dit l'avis : « d'avoir des repères pour fonder ses décisions ».

Et comme « ça n'arrive pas qu'aux autres », ce travail d'information, d'éducation et de prévention doit également concerner les parents. Il conviendra notamment de les déculpabiliser par avance pour qu'ils demeurent en situation de « bien agir » si leur enfant tombait dans le piège de la toxicomanie. Car si on s'est beaucoup interrogé sur les raisons qui poussent un jeune à consommer des stupéfiants, on n'a jamais véritablement répondu. Il n'y a d'ailleurs certainement pas de raison simple et précise à donner à des parents confrontés au problème. La drogue, c'est d'abord le résultat d'une rencontre, d'une sollicitation, ce qui, une fois encore, nous ramène à la première proposition.

La lutte contre la drogue est une guerre où les criminels qui en font commerce sont les ennemis et où les toxicomanes qui cherchent à satisfaire leur manque sont les victimes. C'est pourquoi les membres du groupe de l'artisanat partagent complètement le sens de l'avis qui donne la priorité aux soins à dispenser aux consommateurs de stupéfiants. C'est le devoir de toute société de porter secours à ceux qui sont tombés ; c'est le moyen d'assurer les parents d'un jeune drogué qu'ils ne sont pas seuls et que leur lutte n'est pas vaine.

Agir ainsi suppose, comme le préconise l'avis, de structurer davantage les centres d'accueil, de mieux préparer l'ensemble des intervenants au dialogue avec les drogués et de rendre possible les désintoxications d'office pour les toxicomanes en danger ou dangereux.

Enfin, comme tout combat ne mérite aucun relâchement et ne souffre aucune brèche sur son front, les membres du groupe de l'artisanat appuient totalement l'avertissement lancé par l'avis à l'encontre des idées pernicieuses. Ainsi en est-il de celle qui consiste, aujourd'hui, à faire croire à l'opinion publique que les drogues « dites douces » seraient inoffensives et devraient, en conséquence, bénéficier d'un libre commerce. A tout point de vue, il s'agit là d'un « ver dans le fruit » et il convient de le dénoncer fermement si nous ne voulons pas que cette très douloureuse réalité dont traite l'avis se généralise à l'ensemble des jeunes.

Les membres du groupe de l'artisanat remercient le rapporteur d'avoir instruit ce très difficile rapport. Ils ont, bien entendu, appuyé de leurs suffrages le présent avis qui en a été tiré.

Groupe des associations

Ce n'est pas en dédramatisant le problème de la drogue qu'on parviendra à le maîtriser, ni en adoptant une ligne de conduite incertaine à son égard. Aussi notre groupe approuve le dessein du rapporteur qui a consisté d'une part à mettre en lumière la gravité et l'extension de ce fléau et d'autre part à faire ressortir les insuffisances et les hésitations de la politique adoptée jusqu'ici pour y faire face. La plupart des propositions avancées a l'accord de notre groupe qui s'en tiendra à quelques remarques :

1° Il serait illusoire de vouloir maîtriser les problèmes de la drogue aussi longtemps que les investissements intellectuels qu'on lui consacre resteront au niveau où ils sont aujourd'hui.

2° La politique de prévention souffre au moins autant des hésitations voire des polémiques dont elle est l'objet que de l'insuffisance des moyens mis à sa disposition. Les objectifs qui lui sont assignés dans l'avis, tant à l'égard des jeunes, des familles que de l'opinion publique doivent tous être retenus. Mais il faudrait aussi insister sur l'importance, plus particulièrement à la période critique de l'entrée dans la vie, des occasions offertes aux individus de se dépasser et de s'extravertir, de polariser leurs pulsions et leur énergie sur une cause ou un idéal. Une politique de prévention, c'est aussi une politique de soutien aux actions qui offrent de telles possibilités.

3° C'est au niveau du dispositif de soins que se révèlent les problèmes les plus délicats et, en même temps, la nécessité d'y répondre d'une manière plus efficace. On ne peut, en effet, qu'être frappé par l'écart entre le nombre de toxicomanes dits « lourds » et de ceux pris en charge dans ce dispositif. Un individu assujéti à la drogue a en toute hypothèse besoin de soins, fut-il aussi un délinquant. Si dépénaliser l'usage des stupéfiants est une porte ouverte à tous les abus, ne pas chercher à dissocier le plus possible les soins de la répression est en revanche une voie sans issue. Il convient donc que la médicalisation puisse se substituer à la répression, chaque fois qu'il s'agit de délits mineurs et, dans le cas contraire, organiser les soins dans d'aussi bonnes conditions que possible, notamment grâce à des peines substitutives à l'emprisonnement et la suppression de la détention provisoire des mineurs. Mais faut-il pour autant considérer que les soins ne pourront être efficaces que si la demande du toxicomane est totalement libre et spontanée, que si aucune pression ne s'exerce sur sa volonté ? Bref faut-il considérer qu'en toute hypothèse, obligation et adhésion sont inconciliables ? Tel n'est pas le parti adopté par la loi, ni celui de l'avis, ni le nôtre. Mais encore faut-il, pour qu'il soit opérant, que soit pris tout un ensemble de dispositions, qui ont jusqu'ici fait défaut. La plupart de celles qui sont énoncées dans l'avis ont notre accord. Toutefois nous demeurons réservés à l'égard de traitements d'office qui ne seraient pas assortis de possibilités de recours.

4° Dans ce dispositif, les centres et les services de post-cure ont un rôle essentiel à jouer. Leur nombre et les moyens dont ils disposent sont nettement insuffisants. Il faut donc remédier rapidement à cette faiblesse, notamment leur permettre d'assurer un meilleur suivi de leurs ressortissants et de leur apporter un meilleur soutien pour se réinsérer dans la vie professionnelle et sociale.

Ces remarques allant, pour la plupart, dans le sens des propositions du rapporteur, le groupe a émis un vote favorable à l'avis.

Groupe des entreprises privées

Le groupe a apprécié la lucidité et le courage de cet avis, tout en regrettant vivement qu'il ait été volontairement limité aux aspects éducatifs, sociaux et sanitaires de la lutte contre la toxicomanie.

Le rapporteur a dressé un constat accablant et porté des accusations graves : ce sont des criminels, bénéficiant de nombreuses complicités et disposant d'une impressionnante puissance financière qui profitent du trafic de la drogue. Il n'est pas allé assez loin dans ce domaine : il aurait dû aller jusqu'au bout, où que ce soit, concernant qui que ce soit.

Le rapport rappelle les méthodes clairement utilisées par les pourvoyeurs auprès des jeunes, les liens entre la toxicomanie et la délinquance et les effets de la drogue sur le système nerveux. Il appelle une véritable mobilisation de toutes les énergies, nécessaire pour lutter contre ce fléau, qui n'épargne plus aucune couche sociale.

Pour ce qui est du dépistage de l'usage des stupéfiants sur les lieux de travail, le groupe approuve la proposition d'examen de dépistage de la toxicomanie à l'embauche, ou en cours d'emploi — tout en respectant la confidentialité traditionnelle de notre médecine — en rappelant que les chefs d'entreprises ont de lourdes responsabilités tant à l'égard de leur personnel que des usagers.

Pour ces raisons, le groupe, tout en regrettant son champ restreint, s'est prononcé à l'unanimité en faveur de cet avis.

Groupe des professions libérales

Le groupe des professions libérales est particulièrement attentif aux problèmes posés par la toxicomanie. C'est un sujet difficile et délicat qui met aux prises les libertés avec des modalités de répression et de contrainte. C'est un sujet douloureux car la toxicomanie massacre une partie de notre jeunesse.

Le groupe des professions libérales approuve certaines des propositions émises dans l'avis du Conseil économique et social mais il tient à faire certaines remarques.

Il faut dénoncer avec force l'aspect criminel de tous ceux qui fournissent la drogue. La véritable prévention consiste à démanteler les réseaux qui approvisionnent. Or, il n'existe pas toujours de la part de tous les gouvernements de notre planète une volonté farouche pour lutter contre ce fléau. Il est dommage que le texte de la saisine n'ait pas permis au rapporteur de traiter plus complètement ce thème.

Il faut lutter contre une certaine complaisance intellectuelle vis-à-vis de la drogue sous toutes ses formes car cela contribue à introduire dans l'opinion publique un laxisme des comportements et des idées.

La prévention et l'information contre la drogue en milieu scolaire sont importantes. Elles ne reposent pas uniquement sur les médecins scolaires mais ceux-ci devraient être plus qu'aujourd'hui les chefs d'équipe. La médecine scolaire doit être réexaminée dans ses missions et dans ses buts.

Le dépistage des drogués sur la route, dans les lieux de travail, est un sujet délicat qui met aux prises les libertés et les contraintes sociales. Il est indispensable de maintenir les protections nécessaires qui sont celles du secret professionnel, du secret médical et de la confidentialité de certaines informations.

En ce qui concerne les méthodes de soins, les expériences qui ont été faites et réussies dans certains départements, en particulier en Seine-Saint-Denis, permettent à des équipes de médecins ambulatoires de prendre en charge et de guérir des toxicomanes. Ce type d'expérience qui associe très étroitement la médecine publique et les médecins de ville dans le cadre d'un projet commun reposant sur le volontariat mais aussi sur l'organisation des soins, la formation et l'indemnisation, pourrait être étendu à d'autres domaines de la santé publique.

En milieu carcéral, une extrême vigilance s'impose car c'est un lieu où la drogue se développe et se propage. L'organisation de la lutte contre la toxicomanie doit donc tendre non seulement au traitement des toxicomanes mais aussi à la protection systématique des sujets sains.

Enfin, le groupe des professions libérales reconnaît la difficulté du débat qui sous-tend la lutte contre la toxicomanie. Il faut, en effet, tout faire pour considérer les toxicomanes comme des malades et baser toute l'action sur le volontariat mais à l'inverse il faut bien savoir qu'à défaut d'une certaine injonction thérapeutique voire d'une certaine répression, nous laissons se développer ce fléau et nous empêchons certaines personnes de guérir et de se réinsérer. Le groupe des professions libérales tout en rendant hommage au travail du rapporteur s'est partagé, lors du vote final, entre l'approbation et l'abstention.

Groupe de l'U.N.A.F.

La drogue touche principalement les jeunes. C'est la raison pour laquelle l'U.N.A.F. s'est toujours préoccupée de ce problème, apprécie que le Conseil économique et social s'en soit saisi et a voté favorablement l'avis.

Plusieurs points méritent d'être précisés au sujet de la prévention :

— Toute politique évitant les ruptures (sociale, culturelle, économique...) participe directement à la lutte contre la drogue. Ceci est vrai de la politique favorisant l'emploi, la réussite scolaire...

— Le rôle de la famille a été réaffirmé : il est primordial dans le cadre de la prévention, comme tout au long de l'itinéraire du toxicomane. La politique familiale est un des facteurs renforçant les capacités du tissu social à se protéger de ce fléau. Les familles n'ont pas à être culpabilisées, mais ont besoin d'être soutenues. S'il a été suggéré qu'une formation soit donnée aux parents dans le cadre de la prévention, peu a été dit sur les structures d'aides aux familles. Précisons qu'à l'U.N.A.F., les associations spécialisées dans la lutte contre la toxicomanie, l'Union nationale familiale de lutte contre les toxicomanies (U.N.A.F.A.L.T.), ont cet objectif de soutien.

— L'équipe éducative des lycées et collèges doit être vigilante. Des mesures simples devraient être mises en place : emploi du temps évitant des heures d'attente au café, mise en place de lieux d'étude et de détente à l'intérieur du lycée, renforcement des services de santé scolaire, généralisation des clubs « santé ».

— Les associations familiales peuvent beaucoup apporter dans les programmes d'information et de prévention, à l'intérieur comme à l'extérieur des établissements : leur connaissance du milieu, leur implantation proche des familles sont des facteurs de réussite. Il convient dans cette information de souligner que l'usage de médicaments est parfois détourné à des fins toxicomaniaques.

D'autre part, l'U.N.A.F. regrette que les mesures de réinsertion n'aient pas été suffisamment développées. Il aurait été intéressant de rechercher les modalités susceptibles de favoriser la réinsertion, en particulier dans les domaines du logement et de l'emploi.

Groupe de la C.F.D.T.

L'avis qui ressort des travaux du Conseil économique et social comporte par rapport au texte initial, de nombreuses améliorations, en particulier en abordant la question de l'anonymat de façon plus prudente, et en ne faisant pas de l'entreprise un lieu privilégié de dépistage de la toxicomanie, même si l'entreprise est aussi concernée par ces problèmes.

Il est également positif que soit demandée une réglementation qui garantisse au salarié occupant un poste à risques, un droit de recours en cas de mesure — tant à l'embauche que dans le cadre du service — mettant en cause son aptitude.

Il est important que le Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels soit amené à se prononcer sur ces différents points. De même, il est demandé que les partenaires sociaux soient associés à la réflexion de la M.I.L.T. sur le dépistage des toxicomanies en médecine du travail.

Néanmoins, nombre de points qui ont fait difficulté (l'anonymat, le dépistage, l'obligation de soin...) mériteraient des travaux plus approfondis, dans un climat serein, ce qui n'a pas été le cas, étant donné l'extrême précipitation dans laquelle le Conseil économique et social a opéré.

Notre organisation, prenant en compte à la fois l'intérêt des propositions en matière de prévention mais également l'insuffisance sur d'autres points, s'est abstenue et exprime le souhait que les questions restant en suspens soient étudiées de façon exhaustive ; sachant qu'un sujet comme la toxicomanie ne peut laisser personne indifférent.

Groupe de la C.F.E.-C.G.C.

La difficulté d'un tel sujet tient au fait que si tout le monde peut se mettre d'accord sur le diagnostic : la nécessité de mener contre la toxicomanie une campagne tous azimuts et sans concession, des divergences apparaissent quant aux moyens à mettre en œuvre.

Cette politique de lutte doit être axée autour de deux idées :

— **Prévenir**, cela implique :

- de moduler les approches selon que l'on s'adresse à des enfants, à des adolescents ou à des milieux défavorisés ;

- et donc de s'adresser aux enfants dans le cadre d'une éducation à la santé considérée comme un bien être, une valeur positive, s'accompagnant d'une éducation de la personnalité.

— **Soigner et guérir** :

- toute politique de soins des toxicomanes doit tenir compte de deux éléments : les toxicomanes d'aujourd'hui subissent une marginalité qu'ils n'ont pas choisie et qui les dépasse ;

- la distinction doit être faite entre les trafiquants de drogue qui doivent être traités comme des délinquants et des criminels, et les consommateurs qui doivent être considérés comme des personnes « en souffrance » qu'il faut soigner mais aussi réinsérer.

A cet égard, il importe que toute évolution dans la préservation de l'anonymat ne remette pas en cause cette possibilité de réinsertion.

La guérison du toxicomane n'est possible que si sa réinsertion dans la société est envisagée. Cela passe par la définition d'un projet d'insertion élaboré avec l'intéressé, qui soit un véritable projet d'avenir sur le modèle du Revenu minimum d'insertion.

Pour cette raison, nous ne pouvons accepter une exclusion des toxicomanes du monde du travail au travers de la mise en place d'un dépistage systématique dans les entreprises.

Notre volonté de lutter contre la toxicomanie ne peut se départir du respect scrupuleux des libertés individuelles.

En ce qui concerne les postes à risque, il est donc indispensable d'élaborer une réglementation à laquelle les partenaires sociaux doivent être nécessairement associés.

Notre groupe a émis un vote positif sur le projet d'avis.

Groupe de la C.F.T.C.

« La libre circulation des biens et des personnes dans l'Europe de 1993 risque d'encourager l'extension du fléau que représente l'abus des drogues ». Le groupe C.F.T.C. rappelle que le problème de la surveillance des frontières, lui, va se poser dès la fin de 1990, car les postes de douanes vont être supprimés à cette date, d'abord entre la France, le Benelux et l'Allemagne. C'est dire combien les régions frontalières seront exposées d'autant plus qu'elles connaissent des difficultés économiques et que l'on a constaté que ce sont dans les secteurs les plus touchés par la crise qu'apparaissent les foyers de toxicomanie.

Très souvent les jeunes commencent à se droguer, avec des produits qu'ils trouvent dans la pharmacie familiale, et il n'est pas rare qu'on amène à l'hôpital, dans le coma, des jeunes qui ont essayé des recettes de mélanges pharmaceutiques, susceptibles de les faire « planer ».

Ce sont surtout les adolescents et les jeunes entre 16 et 25 ans qui touchent à la « drogue » parce qu'ils veulent souvent faire comme les autres. De plus, ils sont dans la période où la personnalité se construit et sont plus vulnérables. Cette fragilité est renforcée parfois par les perturbations du milieu familial, par le rejet hors circuit économique parce que non-qualifiés ou par les difficultés d'intégration culturelle.

On constate actuellement une stabilisation du nombre des usagers, mais qu'on ne se trompe pas — il faudra compter avec l'apparition sur le marché de nouveaux produits, qui ne coûtent pas très cher.

Le groupe C.F.T.C. souhaite que l'information sur le problème de la toxicomanie soit faite par des spécialistes bien informés, et pense que le sport doit être intégré au traitement des toxicomanes pour restructurer leur image corporelle et les aider à réapprendre les rythmes. Le sport est d'ailleurs un moyen de prévention dès la pré-adolescence.

Le projet d'avis parle fort justement du trafic de drogue comme d'une guerre qui est conduite par les milieux de la grande criminalité ; le groupe C.F.T.C. a demandé que ces criminels soient traités comme tels.

Soigner un toxicomane, l'accueillir, l'accompagner, demande temps, patience, travail en profondeur pour comprendre ce qui s'est passé, ce qui se passe, ce qu'on peut espérer.

Ses principaux amendements déposés ayant été acceptés, le groupe de la C.F.T.C. vote le projet d'avis.

Groupe de la C.G.T.

La lutte contre la drogue, véritable fléau humain doit entraîner des mesures appropriées d'information, de prévention, de soins aux toxicomanes, de réinsertion sociale et une action renforcée pour réprimer les trafics et prendre des initiatives internationales.

C'est fondamentalement de la santé qu'il s'agit, et par conséquent de la nécessité de moyens matériels et humains pour le service public de santé et les structures de consultation et de soins adaptées. Alors que la médecine scolaire et la médecine du travail, notamment, pourraient jouer un rôle important dans la formulation des besoins eux-mêmes en matière de prise en charge médicale de la toxicomanie, leur insuffisance dramatique les en empêche. Une lutte efficace contre l'usage de drogue passe par des efforts en matière de prévention. Il faut développer la médecine scolaire, universitaire et du travail, et le volet insertion/réinsertion sociale. La dénonciation des organisations criminelles et la répression du trafic ne doivent subir aucune faiblesse.

Le taux de chômage croissant, l'échec scolaire, la sous-qualification, la précarité de nombreux jeunes, un environnement dégradé sont autant de causes à ne pas ignorer. Au dépistage systématique qui pourrait être envisagé nous répondons par le rôle du C.H.S.C.T., le rôle du médecin du travail. Encore aurait-il fallu stigmatiser et dénoncer les directives européennes en cours qui visent à la réduction importante du rôle voire à la disparition des C.H.S.C.T. Nous restons attachés à l'appréciation du médecin du travail et à la déontologie et son activité médicale, couverte.

A propos de l'Europe de 1993, il faut craindre que la libre circulation des biens et des personnes n'encourage l'extension du fléau. Pour les douaniers, alors que le nombre de postes devrait être augmenté pour une bonne et large application de toutes leurs missions (économiques, commerciales, fiscales, sécuritaires etc...) le gouvernement, dans la perspective européenne, veut supprimer 1 500 postes et justement tous ceux qui sont aux frontières intracommunautaires, dès 1990 en application des accords de Schengen. Ce sont ces frontières que l'on prétend ouvrir dès 1990 en supprimant tout contrôle physique des marchandises et des personnes ce qui aboutit à étendre de fait à toute l'Europe la légalisation de l'usage de certaines drogues dans certains pays comme en Espagne et aux Pays-Bas. La marche forcée vers une Europe intégrée pose donc la question de la disparition des contrôles douaniers qui ouvriraient les portes en grand pour les trafiquants de drogue.

Extrêmement lucratif, ce trafic suppose le recyclage de masses importantes de capitaux, qui risque de se trouver facilité par la suppression de tous les contrôles sur les flux financiers. Nous demandons en conséquence que les services publics chargés du contrôle, demeurent en capacité de connaître l'origine et la destination de la circulation des capitaux et d'intervenir efficacement contre les opérations de « blanchiment de l'argent sale » qui se développent avec le concours des paradis fiscaux et financiers.

De toute urgence le gouvernement doit donner à la police et aux douanes les moyens de poursuivre et accentuer la lutte contre le trafic de drogue.

Groupe de la C.G.T.-F.O.

Le groupe de la C.G.T.-F.O. s'est senti concerné, d'emblée, par le constat inquiétant du développement de la toxicomanie répandue, déjà, dans toutes les couches de la population. La main-mise de la criminalité nationale et internationale constitue le cœur du problème et conduit à préconiser la nécessité d'un coup d'arrêt.

Cependant, tout dispositif anti-drogue doit s'inscrire dans le respect de nos institutions et la préservation des droits civiques. Nous redoutons un excès de dramatisation ou une campagne orchestrée qui pourraient conduire à un renforcement abusif de mesures contraignantes.

Nous suivons le projet d'avis lorsqu'il préconise le développement prioritaire d'une information adaptée à un public jeune. Nous approuvons, de même, les observations concernant les lacunes de la post-cure. Nous déplorons, à ce sujet, l'insuffisance des travailleurs sociaux spécialisés pour lesquels la C.G.T.-F.O. demande également une formation approfondie. Par contre, nous abordons prudemment le problème de la contrainte curative vigoureusement soutenue par le rapporteur. Nous sommes aussi réservés à l'égard des pratiques de dépistage systématique dans certaines entreprises évoquées dans le texte.

Une telle mise en œuvre porte des risques importants de dénaturation des rapports sociaux et d'arbitraire. Si une contrainte devait être introduite, elle ne pourrait s'exercer, selon nous, que sous contrôle médical. Dans le même esprit, nous discernons mal la nécessité d'une suppression de l'anonymat que le projet d'avis semble justifier. Par ailleurs, s'agissant d'une cause nationale, il revient à l'État, et à lui seul, d'assumer la responsabilité de la lutte contre ce fléau sous tous ses aspects, qu'il s'agisse de la médicalisation, du financement des soins ou des moyens nécessaires à la Police nationale et aux douanes. En outre, le renforcement de la concertation internationale est indispensable pour mettre en échec des réseaux puissants qui ignorent les frontières.

Groupe de la F.E.N.

Le groupe de la F.E.N. partage la volonté déterminée de sensibilisation et de mobilisation contre le péril de la drogue. L'indifférence est inconscience et le silence serait complice.

Les problèmes posés par la toxicomanie sont une interpellation de la société tout entière.

L'école est certes un lieu privilégié d'éducation à la santé, à la personnalité, à la citoyenneté responsable. En son sein tous les personnels, enseignants, d'éducation, de surveillance et d'administration doivent recevoir une formation adéquate. Il est urgent de développer le service de santé (médecins, infirmières), le service social de l'Éducation nationale et d'en accroître les effectifs.

Mais les efforts d'éducation et de prévention — éduquer pour prévenir — à l'école seraient vains si un dispositif d'ensemble de prévention, d'éducation, de soins et de réinsertion n'était mis en œuvre.

Il est essentiel de faire le choix de soigner plutôt que de punir et le projet d'avis en décrit les voies et moyens souhaitables dans le cadre de l'interpellation des drogués.

Mais en amont de l'interpellation, avant toute procédure d'injonction thérapeutique il aurait fallu mieux explorer, outre les aspects éducatifs et sanitaires, les aspects sociaux qui sont partie intégrante des problèmes posés par la toxicomanie.

Au-delà d'une appréciation favorable à la globalité des propositions émises, c'est ce qui motive l'abstention du groupe de la F.E.N.

2° Rapport présenté au nom du Conseil économique et social

par Mme Éveline SULLEROT

Pour l'élaboration du rapport, la section des affaires sociales a entendu les personnalités suivantes :

— Le 16 décembre 1987

M. Fougier, Conseiller d'État, ancien Président de la Mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie.

— Le 3 février 1988

M. le Professeur Benhamou, Président de l'Association médicale nationale d'aide aux écoles contre la drogue (A.M.N.A.E.D.).

— Le 24 février 1988

M. le Docteur Le Corre, Médecin directeur du Centre municipal de santé du Blanc-Mesnil (93), accompagné du Docteur Afchain et de Mmes Tordjman et Branet.

— Le 5 octobre 1988

M. le Substitut Reygrobellet, Responsable du service des injonctions thérapeutiques du Tribunal de Grande Instance de Paris accompagné du Docteur Namias et de M. Caroff.

— Le 23 novembre 1988

M. le Docteur Curtet, Directeur médical de l'Association « Le Trait d'Union ».

INTRODUCTION

Le 31 décembre 1970, l'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté une loi relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses (loi n° 70-1320). Son titre VI s'intitule « *Lutte contre la toxicomanie* ». Il comporte des dispositions importantes et originales, car elles confient à « l'autorité sanitaire » et non à l'autorité judiciaire, la surveillance et le traitement des personnes usant des substances ou plantes classées comme stupéfiants qui lui sont signalées, et elles garantissent l'anonymat aux toxicomanes qui se présentent spontanément dans un hôpital ou dans un dispensaire pour se faire soigner.

Dix-huit années se sont écoulées depuis le vote de ce texte législatif particulier à la France. Innombrables ont été les articles, programmes de radio ou de télévision, livres, films consacrés à la toxicomanie, à ses causes, à ses effets, à son évolution, à ses modalités. Mais, à ce jour, il n'a jamais été fait de synthèse de l'ensemble des actions entreprises sous l'égide de cette loi pour prévenir, endiguer, mieux comprendre et mieux soigner la toxicomanie, particulièrement pour connaître, écouter, retenir, traiter, soutenir, guérir les toxicomanes et les aider à se réinsérer dans la société.

Le Conseil économique et social a estimé qu'il serait fort utile qu'avec le recul soit dressé un bilan de ces actions, portant surtout sur les huit dernières années. En effet, la toxicomanie des années 80 n'est plus la même que celle du début des années 70. Bien entendu, la description du phénomène et de ses avatars récents formera le premier chapitre de ce bilan qui essaiera, autant que faire se peut, d'être quantitatif, et cernera au plus près les évolutions démographiques, sociologiques et psychologiques de la population droguée en France. Ensuite, il s'attachera aux questions suivantes : application ou non application de la loi et des dispositions réglementaires touchant à l'usage des stupéfiants ; organisation administrative de la lutte contre la toxicomanie et évaluation critique de son bon fonctionnement ; financements consentis et utilisations qui en ont été faites ; création et fonctionnement de centres publics de soins *ad hoc* ; critères d'agrément et d'aide des associations luttant contre la toxicomanie par la prévention et des établissements privés recevant des toxicomanes ; évaluation des méthodes de sevrage ; évaluation des expériences diverses de post-cures ; détermination du degré de variété souhaitable des modes d'accueil et de traitement des toxicomanes ; problèmes liés au suivi des personnes traitées et critères d'échec ou de réussite ; incidence du S.I.D.A. sur les toxicomanes ; délinquances associées fréquemment à la toxicomanie ; collaboration entre les autorités sanitaires et les autorités judiciaires ; effets du régime pénitentiaire sur les usagers ; campagnes nationales anti-drogue : choix des thèmes, des publics cibles, résultats escomptés, feed back, effets à terme, etc.

Cette liste n'est pas limitative. Elle laisse percevoir le champ du sujet, lequel entre tout à fait dans la compétence de la section des affaires sociales du Conseil économique et social, appelée à traiter des problèmes éducatifs, sanitaires et sociaux. Il s'agit bien de dessiner les contours d'une politique de lutte contre la toxicomanie telle qu'elle a été mise en œuvre depuis huit ans et d'en évaluer les résultats à l'épreuve des faits, ainsi que de définir une politique de prévention. Puis, après une réflexion approfondie, de faire des propositions qui tiennent compte des aspects positifs et des aspects insuffisants ou négatifs qu'aura révélés le bilan, et qui permettent d'aller plus loin, plus efficacement, avec un maximum de cohérence dans les efforts de tous les acteurs de cette lutte.

Il ne sera pas question, en revanche, de la lutte conduite par le service des douanes et par les services de police et de gendarmerie contre ce qu'on a coutume d'appeler « *le trafic de la drogue* », c'est-à-dire la recherche des malfaiteurs qui introduisent frauduleusement en France et transportent des produits illicites, ou qui en produisent clandestinement à partir de matières premières interdites, puis écoulent leur marchandise sous le manteau par le truchement de

distributeurs (« *dealers* ») qui la revendent aux consommateurs. Cette traque contre le grand banditisme et ses stipendiés sort, en effet, du champ de compétence de notre assemblée, d'autant plus que, généralement, les grands trafiquants ne sont pas eux-mêmes des toxicomanes : ils répandent la drogue mais ne la consomment pas. Nous ne considérerons que les cas, intermédiaires dans tous les sens du terme, des consommateurs devenant sous-revendeurs pour pouvoir se procurer leur drogue, « *petit dealers* » et « *pushers* » manipulés par les « *dealers* » professionnels. Ceux-là sont à la fois, le plus souvent, de petits délinquants et des victimes de la grande délinquance.

Cependant, même si ce rapport n'en traite pas, il faut d'emblée proclamer que la lutte contre le trafic des stupéfiants est le premier front contre la toxicomanie. C'est le plus déterminant aussi, dans cette guerre devenue désormais permanente, qui ne semble pas pouvoir être définitivement gagnée. En première ligne, douane et police ne peuvent relâcher un instant leur combat, car l'ennemi s'engouffre instantanément là où la douane et la police ne l'attendent pas.

Il faut bien comprendre que les phénomènes de consommation de drogue que l'on observe dans les pays développés depuis les années 60 ne ressemblent en rien à ceux qu'historiens ou anthropologues ont pu signaler à d'autres époques et dans d'autres sociétés. Que le paysan andin ait mâché de la coca et le turc ou le syrien fumé du haschich, c'est là un peu la préhistoire de la drogue, en comparaison de ce qui se passe aujourd'hui. En effet, c'est l'offre, le volume et l'ubiquité de l'offre qui ont démesurément augmenté. C'est l'offre qui s'est organisée, qui s'est transformée, qui s'est imposée. A la faveur du développement des communications, des échanges, du transport des marchandises comme des voyages des personnes, le trafic de drogue est devenu l'affaire la plus fabuleusement rentable vers laquelle le grand banditisme pouvait se tourner. Les quantités de matières à transporter ne sont pas énormes et ces matières sont assez aisément dissimulables. Leur écoulement ne nécessite aucun budget de publicité coûteux, aucun investissement en lieux de vente attractif et dispendieux. Dans une proportion importante, les clients démarchés bien choisis deviennent des clients captifs sitôt qu'ils ont goûté à la marchandise, — des « *accros* » (accrochés) comme on dit de manière éloquente dans le monde de la drogue. Ils sont prêts à payer, encore et toujours, à une cadence proprement infernale pour certains, et à n'importe quel prix. (Le gramme d'héroïne a quadruplé à Paris en six ans).

Pour l'héroïne pure, par exemple, le bénéfice, entre le prix d'achat au producteur du Triangle d'or et la vente au toxicomane dans les rues de nos villes, atteint 50 000 % ! Comment les bandits des années 50, mafiosi et autres, qui, dit-on, n'aimaient guère le trafic de drogue, auraient-ils pu résister longtemps à l'attrait d'un pareil filon ? Il faut se rendre compte qu'il n'existe aucune activité, licite ou illicite, plus lucrative. Pour un investissement minime, elle permet des plus-values sans comparaison avec quelque commerce que ce soit, même le commerce clandestin des armes. Aussi s'est-elle vite répandue dans le monde du grand banditisme, qui a su vite trouver et corrompre les nécessaires intermédiaires. Depuis 30 ans, le trafic de drogue s'est, en quelque sorte, démultiplié et internationalisé. Il renaît sans cesse, comme les têtes d'une hydre de Lerne planétaire, et les polices ne peuvent relâcher leur chasse quotidienne. La situation en Europe de l'Ouest ou aux États-Unis n'a plus rien de commun avec celle qui prévalait du temps où Thomas de Quincey ou Baudelaire écrivaient sur les paradis officiels. Jamais, auparavant, des sociétés entières n'avaient été ainsi attaquées, infiltrées par une offre constante et polymorphe de produits illicites venant d'ailleurs. L'histoire n'a retenu qu'un exemple demeuré fameux d'une offensive extérieure de l'offre de drogue : la contrebande de l'opium dont les Anglais favorisaient l'entrée en Chine pour mieux dominer le pays, dans les années 1830. Elle aboutit, lorsque l'Empereur et Lin Tsö Siu en firent jeter 20 000 caisses à la mer, à la « *guerre de l'opium* » (1840-42) que perdit la Chine. La guerre de défense contre l'envahissement par la drogue, ce sont nos douaniers, nos policiers et nos gendarmes qui doivent la faire aux trafiquants pour protéger notre population jeune. Et malgré leurs efforts, la marijuana est au coin de la rue et l'héroïne ne se cache pas loin derrière, non seulement dans les quartiers chauds de Paris ou de Marseille, mais aussi autour des lycées d'Alsace ou de Touraine.

Pas un instant, il ne faut oublier cet aspect de la toxicomanie qui la singularise et la sépare d'autres abus de consommation comme le tabagisme, l'alcoolisme ou l'abus de médicaments : **la production, la transformation, le transport et la vente des produits visés sont entièrement entre les mains de criminels, du moins sur notre territoire, et les effarants bénéfices que procure ce commerce totalement illégal vont intégralement aux criminels, auxquels ils donnent une puissance accrue.** La puissance de ces criminels est telle qu'ils disposent aujourd'hui de complicités dans le monde des affaires et au sein même des pouvoirs publics dans certains pays au point de pouvoir mettre en échec l'action des gouvernements de ces pays. Il n'y a pas de partie innocente émergée de cet iceberg. Aucune comparaison n'est possible avec la production du tabac et la fabrication des cigarettes, qui sont licites et dûment contrôlées, et emploient quantité d'honnêtes gens ; avec la

culture de la vigne, la fabrication et le commerce du vin et de l'alcool, part importante de notre économie ; avec l'industrie pharmaceutique, la prescription et la vente des médicaments, dont les fins sont la lutte contre les maladies et dont toutes les étapes, de la recherche à la consommation, sont placées sous le contrôle de dispositions législatives ou réglementaires. Même si l'on ne considère pas le toxicomane comme un délinquant mais bien plutôt comme un malade, voire comme une victime — il n'en nourrit pas moins ses bourreaux, il n'en enrichit pas moins le grand banditisme chaque fois qu'il achète, dans la clandestinité, sa dose.

D'autres traits, du reste, contribuent à faire de la toxicomanie un fléau à part. De la fin des années 60 jusqu'en 1978, ainsi que nous le verrons plus avant, le danger de sa contagiosité venait plutôt de ce que certains en faisaient une sorte de contre-culture pour marginaux issus de la classe moyenne et revendiquant leur marginalité. Depuis une dizaine d'années, le danger vient plutôt, avec la prolétarianisation progressive des toxicomanes, de la résignation de l'opinion qui a tendance à confrondre dans une même réprobation, sinon indulgente du moins dépassée, toutes les consommations d'excitants, d'euphorisants ou de calmants : des simples fumeurs de tabac aux « défoncés » qui se font des « fix » avec des seringues douteuses, ce serait une continuité croissante en nocivité, qui passerait par la consommation d'alcool et la prise de tranquillisants, sans solution de continuité. Il est vrai que l'abus de tabac, d'alcool ou de médicaments psychotropes entraîne également des effets dramatiques pour le sujet consommateur et peut avoir des conséquences tragiques pour autrui ; il est vrai également que les toxicomanes sont très souvent eux-mêmes des polyconsommateurs qui associent tabac, alcool et médicaments à la drogue. Mais il convient malgré tout d'éviter cet amalgame qui aurait pour effet de banaliser la drogue — ce que d'aucuns ont essayé sciemment de faire.

La toxicomanie ne se singularise pas seulement par le fait qu'elle surgit du monde du crime et profite au seul monde du crime. Elle a d'autres caractéristiques, hélas ! par rapport aux autres abus. D'abord, comme nous le verrons, de s'attaquer aux jeunes et aux très jeunes. Ensuite, d'entraîner une « assuétude » ou dépendance très rapide (surtout pour les drogues dures) qui fait du jeune consommateur, en quelques jours, un intoxiqué, et bientôt un esclave obligé de prendre sa drogue à intervalles répétés non plus pour en jouir mais pour ne plus souffrir (état de « manque »). D'agir sur le cerveau (aussi bien le cannabis que l'héroïne) et donc d'exercer une prégnance sur la vie psychique telle que la personnalité est profondément perturbée, la vie intellectuelle délabrée, le sens moral et civique annihilés. D'être, dans les pires des cas, de plus en plus fréquents, cause de morts directe (overdose) ou indirecte (S.I.D.A.) de jeunes êtres qui, sans cette consommation, eussent été en bonne santé.

Alors qu'il est banal de voir autour de soi des milliers de personnes qui font un usage innocent et modéré de vin ou de tabac sans jamais devenir des intoxiqués dangereux pour eux-mêmes et pour les autres, alors que les médecins soulagent chaque jour des malades avec des doses soigneusement limitées de médicaments psychotropes — les drogues responsables de la toxicomanie ne sont ni préparées ni conditionnées pour des usages thérapeutiques, et ne sont que très rarement utilisées de manière parcimonieuse par des personnes maîtresses d'elles-mêmes qui savent mesurer leur consommation. C'est pourquoi, même si elle se répand, la toxicomanie ne doit jamais être considérée comme banale. Par respect pour les individus et pour la société, on doit constamment chercher à mettre hors d'état de nuire ceux qui fabriquent et distribuent ces drogues.

Toutefois, si la lutte contre le trafic est une nécessité claire et sans ambiguïté, comment, avec quels moyens, quels arguments, quel style, quels acteurs, quels mots peut-on lutter sur les autres fronts ? Comment prévenir cette maladie parfaitement évitable ? Comment prémunir les jeunes afin qu'ils ne succombent pas à la curiosité ou à un réflexe de fuite devant la société au moment où ils doivent justement s'y intégrer ? Comment parvenir à nouer des dialogues au bon moment avec ceux qui ne les recherchent pas ? Comment surveiller, aider, assister si nécessaire, les groupes à risques et les personnalités fragiles ? Comment organiser les consultations ? Les sevrages ? Les post-cures et les longs suivis accompagnant pas à pas les désintoxiqués désorientés ? Comment parvenir à les réinsérer dans les études, le travail, la vie sociale ? Comment aider les familles concernées ? Comment considérer le malade qu'est le toxicomane, et le délinquant que souvent il devient ? Comment éviter les rigidités moralisatrices qui engendrent des provocations en réplique ? Et comment éviter les indulgences complices qui enfoncez des malades et des malheureux (« *Il n'y a pas de drogué heureux* », proclamait fort justement le titre de l'ouvrage célèbre du Dr Olievenstein) dans « *la maladie et le malheur* », dans la « *stupeur* » idiote qui suit les prises, puis l'agitation frénétique et dangereuse pour se procurer les suivantes — « *la galère* », comme disent ceux qui y sont passés ? Il y a de certaines indifférences aussi qu'il faut bousculer, de soi-disant libéralismes qui ne sont que lâches fuites devant le réel et la souffrance d'autrui : quel discours leur opposer ? Qu'a-t-on fait jusqu'ici ?

C'est cet ensemble d'efforts déployés par notre société depuis sept ou huit ans que nous désirons décrire, critiquer et évaluer, non dans l'intention de blâmer à bon compte (seuls ceux qui travaillent dans ce domaine sont à même de mesurer la somme d'intelligence, d'amour, d'abnégation et de persévérance qu'il leur a fallu dépenser), mais pour tenter de définir les fins, les structures, les moyens et le style d'une politique qui optimiserait les efforts de chacun dans ce combat de longue haleine.

Ainsi, ce sont les modalités les meilleures de la lutte contre la toxicomanie que nous désirons tenter de dégager de tant d'expériences diverses, le « **quoi faire ?** » et le « **comment le faire ?** » Nous ne pensons pas nous attarder à la recherche de théories sur les causes du phénomène, qui ont occupé des milliers d'heures de colloques et des milliers de pages d'hypothèses péremptoires. Pourquoi la drogue a-t-elle soudain touché électivement et massivement les jeunes alors qu'avant les années 60, seuls de rares adultes atypiques s'y adonnaient ? On a successivement trouvé des explications contradictoires. Dans un premier temps, on a prétendu qu'il s'agissait d'une révolte des jeunes contre les adultes, contre le « **système** » comme on disait alors, ce qui mélangeait l'argent, le pouvoir et l'organisation sociale ; par l'échappée dans la drogue, les jeunes signifiaient qu'ils refusaient de s'intégrer au monde des adultes tel qu'il était, c'était une rébellion pleine d'énergie, les coupables étant les vieux installés dans la compromission. Puis les lendemains ont déchanté et les jeunes se sont désengagés, dépolitisés — et comme la toxicomanie continuait ses ravages, c'est à leur indifférence et à leur inappétence à vivre qu'on a attribué le fléau. Comme la toxicomanie touchait surtout les pays riches et les enfants des classes aisées, on a vu dans les excès de la société de consommation le facteur causal primordial. Par la suite, la drogue a touché les pauvres des pays riches — et l'injustice des conditions a été invoquée comme source du désespoir des déshérités. Enfin, la drogue a envahi les pays pauvres du tiers monde, quel qu'en fût le régime politique, que les « *valeurs traditionnelles* » y soient âprement imposées ou visiblement bafouées.... Comme le déclare Giuseppe Di Gennaro, directeur exécutif du Fonds des Nations-Unies pour la lutte contre l'abus des drogues (F.N.U.L.A.D.) : « *Les théories factorielles continuent de voir le jour, avec des affirmations qui, par leur caractère d'extrême généralité, se révèlent irréfutables dans la mesure où elles échappent à toute vérification empirique* ».

Si vérifications il y a, elles viendraient plutôt ruiner les unes après les autres les hypothèses formulées à partir des corrélations observées : drogue et rupture des liens familiaux ; drogue et chômage. Elles semblent évidentes jusqu'à ce qu'apparaissent des drogués dans des milieux familiaux très stables et parmi les jeunes bien insérés, professionnellement ! Cela ne veut pas dire que les corrélations observées n'étaient pas significatives, et qu'il ne faut pas en tirer des leçons, même si les pratiques débordent ces « *causes* ». Mais cela a contribué à désorienter les stratégies et décourager les volontés, particulièrement dans le domaine clé de la prévention : l'éducation — en famille et à l'école.

Or, il ne faut pas que ces volontés désarment, car la famille et l'école, dispensatrices d'éducation, sont les seuls lieux capables avec l'insertion par la formation d'édifier un système de défense contre les seuls vrais responsables : à savoir les maîtres de la drogue et ceux qui manipulent pour leur profit les faiblesses passagères des adolescents.

CHAPITRE I

DESCRIPTION DU PHÉNOMÈNE TOXICOMANIE

I. — DÉFINITIONS

Dans les pays où elles poussaient, les plantes à l'origine des drogues ont été utilisées de très longue date : on est à peu près certain que le latex des capsules du pavot (opium) était en usage chez les Sumériens, le peyotl (mescaline) chez les Mexicains, le chanvre indien (cannabis) au Moyen-Orient et en Afrique. Des règles de caste ou de religion en limitaient l'usage, qui prenait des formes rituelles. Cependant, les cycles narratifs du temps du Sultan Mamelouk Baïbars racontent la lutte contre les fumeurs de haschich des bas-fonds du Caire ou de Damas, voleurs et proxénètes. C'est la trace la plus ancienne qu'on ait d'une consommation voluptuaire illicite et liée au monde du crime.

C'est comme médicament que l'opium s'introduit en Angleterre et en France au XVIII^e siècle, et Julie de Lespinasse fait allusion plusieurs fois dans sa correspondance à l'obligation où elle est de prendre ses boulettes d'opium. Au XIX^e siècle, on apprend à tirer de ces plantes d'abord des extraits, puis des alcaloïdes. On les utilise dans des sirops (laudanum) que l'on administre aux enfants excités et aux ouvriers exténués. L'invention de la seringue va changer l'utilisation et les effets des opiacés : dès le milieu du siècle, on injecte de la morphine aux blessés qu'on ampute sur les champs de bataille. Il est arrivé également en 1870 qu'on donnât aux troupes de la cocaïne pour les « doper ». Au cours des XIX^e et XX^e siècles apparaissent des usages individuels de ces drogues dans un but non médicamenteux, mais liés à la recherche d'une ivresse : il s'agit-toujours d'adultes, appartenant à des milieux très dissemblables, des « artistes » ou intellectuels en nombre très restreint ; quelques personnes des professions de santé (médecins, pharmaciens, dentistes) qui se délivrent à elles-mêmes des ordonnances ; d'anciens « coloniaux » qui avaient été initiés outre-mer ; enfin des malfrats appartenant au milieu de la prostitution et du jeu. On n'a jamais observé, au cours de quelque quatre vingts années (1885-1965), d'adolescents ou de jeunes parmi ces intoxiqués dont le nombre demeurerait réduit. L'usage non régulé qu'ils faisaient des drogues, et les effets observés sur leur santé et leur psychisme ont conduit la Communauté internationale et nationale à édicter des interdictions juridiques doublées de sanctions. Ce phénomène, bien contenu, est demeuré très marginal jusqu'à la Deuxième Guerre mondiale, qui signera sa disparition quasi complète.

On croyait donc la toxicomanie rangée dans le bric-à-brac poussiéreux des douteuses extravagances d'un passé révolu avec la casquette de Sherlock Holmes, d'autant que la preuve avait été faite, dans l'entre-deux guerres, qu'elle ne parvenait pas à donner le moindre talent, même « surréel », à ceux qui n'en avait pas à jeun, lorsqu'en 1966-1967 on commença de voir, aux États-Unis puis en Europe, la toxicomanie se répandre chez les jeunes. Très vite, il apparut qu'il s'agissait d'un phénomène nouveau, devant lequel nos sociétés se trouvèrent totalement désorientées. Vingt ans plus tard, non seulement le fléau n'est pas jugulé, mais il s'est répandu.

Différents spécialistes qui l'ont suivi de près durant ces vingt dernières années et qui sont en désaccord sur bien des points en donnant cependant des définitions très semblables, qui reprennent l'« *appétance morbide et prolongée, dégénérant bientôt en habitude tyrannique* » mentionnée par nos dictionnaires. Le Professeur Loo parle de « *consommation répétée de substances psychotropes sans*

but thérapeutique, sous-tendue par les notions, de dépendance psychique, parfois physique qui met en exergue la force d'un besoin impérieux, pregnant, irrépressible ». Frappé par la multiplicité des produits consommés par les jeunes drogués, le Docteur Olievenstein y ajoutait, dès 1970, les polyintoxications et considérait comme toxicomane « *quiconque, à partir d'un produit de base, passe à un autre produit et en use quotidiennement ou quasi quotidiennement* ». On notera combien ces définitions demeurent descriptives et non explicatives. Elles se réfèrent à un comportement, bien plus qu'à une intoxication médicamenteuse. Elles soulignent une forte dominante psychique, mais ne font pas place à l'étiologie, reflétant par là même la modestie du savoir quant aux causes.

D'autres définitions, comme celle de Guy Thuillier et Yves Pélicier (1), introduisent l'intention, le but recherché par cette « *consommation non thérapeutique* », et l'appellent « *recherche d'un plaisir, d'une satisfaction ou d'une réduction de tension* » — ou recherche voluptuaire. Ils signalent également que les substances utilisées dans ce but sont « *toxiques pour le système nerveux central* ». La toxicomanie se trouve alors partiellement définie par ces trois termes : **plaisir, contrainte, toxicité**. « *Elle est absurde au regard des intérêts vitaux de l'individu et témoigne souvent de l'ignorance du risque* ». Nous pensons également qu'une définition de la toxicomanie ne peut se contenter d'être « *comportementale* » et qu'elle doit évoquer l'appât premier, l'« *accroche* » au sens publicitaire qui va être la promesse d'une sensation totalement nouvelle, d'une satisfaction paroxystique qui va apporter une rupture avec le présent — avant d'induire un esclavage pharmacologique épuisant, une affreuse quotidienneté que, cette fois, le toxicomane ne sait plus rompre....

Toutes les définitions de la toxicomanie excluent totalement les expériences occasionnelles, quelque fréquentes que celles-ci aient pu apparaître chez les jeunes durant ces derniers vingt ans. Un épisode sans lendemain, fût-ce la pire des « *défonces* », ne peut être considéré comme toxicomanie, pas plus qu'une saoulerie non répétée ne fait un alcoolisme. La toxicomanie apparaît à tous ses observateurs comme **un comportement de sujétion réitérée à des substances toxiques**, comportement qui ne peut, à terme, qu'être préjudiciable à celui qui l'adopte. Alors pourquoi s'y soumet-il ? Pourquoi celui-ci ne recommencera jamais une première tentative, tandis que cet autre la reproduira une fois, deux fois, et se trouvera incapable de s'arrêter ? Souvent par ignorance des suites, et c'est là la justification de l'information donnée à titre de prévention. Souvent (tous les récits d'anciens toxicomanes, sans exception, le mentionnent) parce qu'il croit qu'il sera plus fort que la drogue, qu'il pourra, lui, décrocher quand il voudra, en somme par surestimation de sa propre volonté et sous-estimation du produit et de ses effets.

Mais pourquoi ces premières tentatives dont il pense qu'elles seront sans risques et sans lendemain ? Pourquoi pour lui un lendemain et un surlendemain ? Toute une école d'observateurs et de thérapeutes répondent à ces questions que la toxicomanie naît de la rencontre de trois éléments : **un produit, une personnalité, un moment socio-culturel**. Tragédie à trois acteurs : la substance — celle-là et pas une autre ; le sujet — son histoire, son patrimoine génétique, la structure de sa personnalité psychique ; l'environnement affectif, culturel et social du moment où s'instaure la dépendance, qui ne va pas jouer contre son expérience, ou qui va la favoriser tout au moins à ses débuts. Cette trilogie permet-elle une explication ou n'est-elle finalement qu'une photographie dont on ne peut extraire de principes thérapeutiques ? Nous allons avoir à décrire de manière plus détaillée chacun de ces trois éléments qui se conjuguent pour produire des toxicomanes, et nous allons nous apercevoir que « *le produit* » est multiple, souvent composite, que sa présence dans la rue et son degré de nocivité et d'impureté sont imprévisibles ; que la personnalité du toxicomane peut être psychopathe immature et naïve, psychotique paranoïaque à tendance délirante, névrotique angoissée, ou inhibée, ou même normale quand il n'est pas sous l'effet de la drogue ; enfin que les descriptions des milieux familiaux, niveaux culturels, moyens économiques, cadres de vie peuvent nourrir d'épais volumes remplis de tableaux statistiques et d'analyses qualitatives sans qu'il en ressorte une désignation claire des responsabilités de l'environnement. L'explication par la trilogie « *un produit — une personnalité — un environnement* » devient alors plus difficile à faire fonctionner dans un but préventif ou thérapeutique qu'une équation à trois inconnues dont les facteurs seraient tellement multiples qu'on ne finit pas d'en rechercher les combinaisons possibles. Pendant ce temps-là, le mal continue et gagne d'autres adeptes.

Pourtant, faute de révélation fulgurante, il faut bien, modestement, pour connaître sinon pour comprendre, commencer par décrire ces trois protagonistes protéiformes du drame : l'agent, le vecteur, le terrain, disait-on des maladies infectieuses. Intéressons-nous d'abord à l'agent actif — la drogue, ou plutôt les drogues aujourd'hui si largement et si lâchement offertes à la consommation clandestine des jeunes.

(1) Guy Thuillier et Yves Pélicier — « La drogue » — que sais-je ? P.U.F. 1976.

II. — LES DROGUES UTILISÉES PAR LES TOXICOMANES

A. — LES PSYCHOSÉDATIFS

A cette catégorie se rattachent les **opiacées**, les plus fréquemment utilisés, les **barbituriques**, plus rares mais dont l'usage toxicomane peut être très grave, et les **tranquillisants** utilisés comme adjuvants.

1° Les **opiacées** : l'opium et ses dérivés sont extraits du suc (en grec suc = opos) ou « larmes » du pavot, c'est-à-dire du latex qui s'écoule de la capsule, fruit du pavot, quand on l'incise. Desséché, ce latex peut se présenter sous forme de pain d'opium. L'opium est fumé, bu ou mangé. Le plus souvent l'opium est fumé et nécessite un matériel compliqué. La consommation variant de 10 à 200 pipes par jour entraîne, outre une ivresse euphorique, des effets neurologiques avec paralysies, un affaiblissement psychique et une cachexie à l'aspect étrange (« *squelette idiot* »). Il est parfois mélangé à la marijuana à l'insu des jeunes fumeurs de hasch pour les « *accrocher* ». De l'opium, on extrait de nombreux alcaloïdes comme la morphine, la méthyl-morphine codéïne, la diacétylmorphine ou héroïne, la papavérine, etc... L'héroïne, qui se présente sous forme de poudre, est aspirée (« *sniffée* ») ou, le plus souvent, injectée. Quelquefois, les opiacés provoquent des nausées lors des premières prises. Sinon, les effets de l'héroïne, variables bien entendu selon les doses, les individus et la composition du produit (car les trafiquants y mélangent volontiers codéïne, barbituriques, etc... et les toxicomanes, qui croient tous s'y connaître sont en réalité très ignorants de ce qu'on leur vend) — ces effets comportent classiquement quatre phases : un plaisir orgasmique (le « *flash* ») suivi d'une euphorie qui est « *le goût délicieux du poison* » (Dupré et Logre), donnant un alanguissement voluptueux, la sensation de ne plus peser, de planer (« *flipper* »), d'être bon, généreux, infini (Baudelaire écrivait : « *allonge l'illimité — approfondit le temps* ») ; ensuite vient la tolérance au toxique qui pousse à augmenter les doses jusqu'à des quantités qui tueraient un homme sain ; puis, l'assuétude, ou besoin exigeant, obsédant ; enfin, au bout de cet engrenage, le piège étant refermé, le sevrage entraîne une intolérable douleur physique et mentale. Cette double dépendance à la drogue rend l'intoxiqué extrêmement fragile, sensible à toute rupture d'approvisionnement et à tout changement de fournisseur s'il entraîne une modification de la teneur du produit : sur le marché clandestin, les produits contiennent de 0 à 40 % d'héroïne. Du fait de la perte de tolérance, quand il y a eu rupture d'approvisionnement ou un changement brutal de composition du produit, il peut y avoir mort par « *overdose* » (ou surdose) à la suite d'une injection, la dépression respiratoire étant l'élément fondamental de l'intoxication qui conduit à un état comateux et à la mort par œdème aigu du poumon. En l'absence d'épisodes aigus dramatiques, l'héroïnomanie, outre sa dépendance tyrannique, va présenter des troubles divers (endocriniens, digestifs, respiratoires, neurologiques, des sueurs, des démangeaisons, des insomnies) et bientôt, une cachexie caractéristique comme le signe des pupilles rétractées. Mais les troubles psychiques sont constants : indifférence affective, amoralité complète, ralentissement idéomoteur, impossibilité de se concentrer. L'héroïnomanie néglige l'hygiène la plus rudimentaire, en vient même à se piquer n'importe comment — d'où la forte proportion d'hépatites infectieuses et de S.I.D.A. (près de 70 % sont séropositifs) parmi les drogués à l'héroïne injectable. Ils ne s'intéressent plus qu'à leur drogue, à l'argent nécessaire pour se la procurer, aux « *dealers* ». Cette idée fixe envahit totalement la conscience des imbéciles et des surdoués pareillement. Ils ne se plaisent qu'avec d'autres drogués et ne parlent que de drogue, généralement dans un langage argotique codé qui est comme l'expression de leur enfermement « *toxicocentriste* » et de leur dérive hors de la vie culturelle et sociale normale. Autant dire que la drogue induit un environnement nouveau qui lui soit favorable, qui n'est pas cause mais conséquence de la toxicomanie, et qu'il faudra casser si l'on veut que le sujet « *s'en sorte* ».

En période de manque, les héroïnomanes s'intoxiquent parfois avec des antalgiques de synthèse (Dolosal, Palfum) moins agressifs sur le plan somatique mais créant également une assuétude.

2° Les **barbituriques** sont plus rarement utilisés, mais, associés à l'alcool qui en potentialise l'effet, ils peuvent avoir des effets graves si les doses sont fortes : sommeil profond, dépression cardio-respiratoire, asphyxie, ou encore ivresses agressives, chutes, confusion, raptus suicidaire.

Employés à doses toxicomaniaques de manière chronique, les barbituriques provoquent des névrites, la cachexie et un ralentissement des fonctions intellectuelles allant jusqu'à l'hébétude. Ils induisent rapidement une dépendance et un arrêt soudain sans thérapeutique peut provoquer des états épileptiques mortels. Les toxicomanies barbituriques pures sont rares, mais les barbituriques servent parfois de relais en cas de manque d'héroïne, et, surtout, « la poudre » que se procure l'héroïnomanie contient souvent un barbiturique.

3° Les tranquillisants ne sont pas utilisés dans un but toxicomane, mais parfois pour potentialiser les effets des psychosédatifs, ou bien pour ralentir les grandes anxiétés dues aux psychostimulants (voir plus loin) et traiter les hallucinations.

B. — LES PSYCHOSTIMULANTS

En France, jusqu'ici, les psychostimulants ont donné lieu à peu de toxicomanies véritables ; leur utilisation restant souvent occasionnelle, mais l'augmentation des quantités saisies dernièrement et l'apparition sur le marché américain de nouvelles « spécialités » induisant une assuétude rapide doivent rendre très vigilants : un nouveau danger va peut-être venir ravager notre pays d'ici peu.

Au premier rang, la cocaïne est un extrait alcaloïde des feuilles d'un arbuste des Andes. Les Indiens ont, depuis l'antiquité, mâché des feuilles de coca et continuent d'en mâcher pour tromper la faim et se donner plus de force. En toxicomanie, elle est utilisée sous forme de poudre (la « coco », la « coke ») inhalée en « prises », parfois associée en intraveineuse à l'héroïne, parfois fumée sous la forme très dangereuse de « pâte de coca ». Elle procure une excitation joyeuse, l'impression d'une facilitation intellectuelle, une stimulation sexuelle, une lucidité accrue. La fatigue semble supprimée, cependant que le sujet mange peu et dort peu. Peu à peu interviennent l'amaigrissement, voire la cachexie, et des désordres psychiques dont surtout un sentiment de persécution, des colères incontrôlables, l'« effet parano » comme disent les cocaïnomanes qui savent que l'arrêt des prises le stoppera. Certaines ivresses cocaïniques déterminent avec beaucoup d'agitation des phénomènes hallucinatoires, surtout l'impression de parasites sous la peau, d'insectes grouillants, avec grattages incontrôlables. Des convulsions peuvent se produire. Au bout d'un certain temps, apparaît tout un syndrome d'épuisement à connotation très dépressive. Le danger d'accoutumance vient surtout des « descentes » dépressives qui suivent l'excitation euphorique, et qui poussent à reprendre de la cocaïne.

On a mis au tableau B la plupart des dérivés amphétaminiques qui, utilisés de manière itérative, provoquaient de très sévères toxicomanies dans les années 70. Cette mesure semble avoir été efficace, les amphétamines sont éclipsées.

Cependant, voici qu'apparaissent aux États-Unis deux produits de synthèse qui sont offerts clandestinement pour des sommes modiques afin d'appâter les néoconsommateurs : il s'agit de l'Ecstasy, intermédiaire entre la cocaïne et les psychodysléptiques, et le Crack, cocaïne synthétique associée à des solvants (éther ou acétone) et à du kérosène : on s'en voit offrir à Times Square pour l'équivalent de 50 F. Une première prise, procurant un « flash » mémorable, conduit à recommencer l'expérience.

Les perspectives épidémiologiques de la cocaïnomanie et de ses dérivés sont préoccupantes car les quantités saisies en France ont brusquement augmenté (de 95 960 grammes en 1985 à 257 509 grammes en 1986) et les usagers interpellés ont augmenté, la même année de 32 %. En outre, l'opinion tend à être conditionnée à l'indulgence pour cette toxicomanie des « artistes ».

C. — LES PSYCHODYSLÉPTIQUES

Il s'agit de drogues entraînant une distorsion des perceptions et du psychisme avec hallucinations. Leurs usagers les utilisent moins souvent en continu, sauf le cannabis.

Les hallucinogènes types mescaline (dérivé du peyotl) L.S.D. 25 (appelé aussi le « D » ou « l'acide ») ou S.T.P. (initiales qui signifient : Sérénité Tranquillité Paix ! et désignent une amphétaminique délirigène) se consomment à petites doses ingérées sur un sucre, un bonbon, ou par voie intraveineuse (la mescaline). Les effets surviennent au bout d'une heure environ et peuvent

durer dix à douze heures. L'ivresse ainsi provoquée donne des illusions sensorielles, avec visions très colorées en mouvement constant, mais fréquemment des raptus anxieux avec vellétés suicidaires, et des délires de type paranoïdes. En France, ils sont rarement utilisés dans des intoxications chroniques, mais plutôt de manière occasionnelle. Dans les années 66-67-68, le L.S.D. était la drogue de la « révolution psychédélique ».

Le cannabis, lui, est d'utilisation très courante en France de manière itérative. Il est tiré d'une plante, le chanvre indien, acclimatée en Europe, dont les fibres contiennent des substances enivrantes. Lamark, en 1783, écrivait déjà que cette plante « porte à la tête, dérange le cerveau, procure une espèce d'ivresse qui fait oublier le chagrin et donne une sorte de gaieté ». Il faut distinguer les produits fumés (feuilles, fleurs) et les produits ingérés (résine). La plupart du temps, le cannabis est présenté sous forme d'un conglomérat de feuilles et de résine en plaquettes pour être fumé. La teneur en produit actif est très variable selon la provenance et la préparation. L'inhalation de la marijuana donne souvent des effets modérés, décontraction, bonheur indéfinissable, rêverie imaginative. L'ivresse cannabique altère le fonctionnement mental de manière plus marquée avec hallucinations et distorsions des perceptions du réel.

Le risque pour le consommateur dépend de la teneur en T.H.C. (tétra-hydrocannabinol) indépendamment du risque cancérogène qui semble évident. Le T.H.C. n'est pas soluble dans l'eau, comme l'alcool par exemple, mais dans les hydrocarbures, ce qui explique qu'il s'accumule dans les cellules grasses, cerveau et gonades. L'étude des effets du T.H.C. chez les animaux a démontré qu'il bloquait les réflexes conditionnés, les singes inhalant constamment du cannabis cessent de s'alimenter, les rats s'entredévorent, etc. Les discussions sur l'innocuité de la marijuana sont donc oiseuses, car elles ne précisent pas que, selon les produits proposés sous ce nom, la teneur en T.H.C. peut être très variée. Chez les jeunes, le haschichisme chronique entraîne en tout cas un ralentissement idéomoteur, une perte de l'efficacité scolaire, et certaines réactions paranoïdes prolongées (qui apparaissent même dans des cas de consommation modérée, sans doute du fait de prédispositions de certains sujets). Mais surtout, le cannabis est le toxique d'appoint par excellence, pour les héroïnomanes, et la voie vers la toxicomanie dure. L'appellation de « drogue douce » et surtout la décriminalisation du cannabis dans certains États des États-Unis et d'Europe a entraîné un usage extensif et immodéré du chanvre indien. On estime aujourd'hui qu'un pourcentage très important des accidents de la route sont provoqués par l'ivresse cannabique, mais aucune pénalité n'est encourue par le haschichique, alors qu'il est très facile de pratiquer des tests détectants dans l'urine des métabolites du cannabis qui mettent plusieurs jours avant d'être éliminés.

Les solvants organiques, éther, trichloréthylène, colles, dérivés à base de toluène se situent entre les psycholeptiques et les psychodysleptiques. Ils sont inhalés (« sniffés ») désormais par de très jeunes sujets, de manière occasionnelle, mais souvent répétée. Ils entraînent une facilitation passagère, la rêverie, puis des distorsions perceptives, des incoordinations comme dans l'ivresse psychédélique. Leur inhalation chronique entraîne une altération majeure de l'état général, l'indifférence, et, s'il y a eu comas ou confusions, une détérioration intellectuelle permanente.

CHAPITRE II

AMPLEUR ET CARACTÉRISTIQUES DE LA TOXICOMANIE EN FRANCE

Par définition, les pratiques illicites cherchent à échapper au regard de la société. Leur fréquence et les caractéristiques de leurs évolutions ne peuvent donc donner lieu à aucune estimation quantitative fiable et exhaustive.

Il est pourtant capital d'acquérir une connaissance statistique du phénomène et d'en suivre les évolutions, ne serait-ce que pour adapter les instruments de prévention, de contention, de soin et de réinsertion que la société doit fournir aux populations menacées ou touchées. C'est en multipliant les angles d'observation et les sources qu'on a la meilleure chance (ou la moins mauvaise) de saisir l'importance de la toxicomanie et les caractères qu'elle revêt. A cet effet, on recherchera, pour les mêmes années, les statistiques publiées par la police, celles émanant des directions régionales des affaires sanitaires et sociales, des centres de soins spécialisés, des hôpitaux, des médecins libéraux et des médecins des centres de santé, ainsi que les quelques études sociologiques qui donnent un coup de projecteur sur une population particulière comptant en son sein des drogués.

Aucune de ces sources n'appréhende la toxicomanie dans sa totalité. Toutes les approches comportent des marges d'erreur spécifiques, attachées au mode d'observation du phénomène. Elles seront ici exposées avant de citer des chiffres. Il conviendra de garder présentes à l'esprit ces limites et par conséquent de demeurer prudents au moment de conclure... et très sceptiques à l'égard des chiffres précis que les médias annoncent avec fracas de temps à autre.

I. — STATISTIQUES DES SERVICES DE POLICE ET DE GENDARMERIE

Trois remarques importantes doivent être faites avant toute citation des statistiques publiées par les services de police :

A. — LA PREMIÈRE OBSERVATION EST RELATIVE A LA CHOSE MESURÉE ET A L'INSTRUMENT DE MESURE

La délinquance est une réalité sociale variable que la société elle-même va regarder différemment selon les périodes. Selon qu'elle va juger déviante ou non telle ou telle conduite, la société va modifier les types d'infractions — et donc les nomenclatures des délits. Or, ces nomenclatures sont l'instrument de mesure utilisé par les services de police pour appréhender le réel social que constitue la délinquance. Il est peu de domaines où la mesure du réel soit à ce point dépendante de l'instrument de mesure utilisé.

La délinquance se modifiant, les lunettes avec lesquelles la considère la société ayant changé, l'informatique permettant de nouveaux modes de saisie des données et de croisements des données, la nomenclature des infractions, qui datait de 1971, a été renouvelée le 1^{er} janvier 1988, après une longue concertation avec tous les services de police et de gendarmerie concernés. La nouvelle nomenclature cherche toujours à tenir compte de la qualification des faits qui sortiront des constats

policiers pour aller au Parquet, mais elle cherche aussi à orienter le travail des policiers et des gendarmes, et à créer un langage commun d'« *indicateurs de délits* » entre l'opinion publique et les services chargés du maintien de l'ordre. La nouvelle nomenclature restreint ou regroupe des délits qui ont disparu car ils ne sont plus sanctionnés ou qu'ils se sont raréfiés, et elle devient plus détaillée dans plusieurs domaines de la délinquance qui se sont élargis et complexifiés depuis 1971. C'est le cas pour la délinquance liée aux stupéfiants. Jusqu'au 1^{er} janvier 1988, deux index seulement existaient, ce qui obligeait les policiers à comptabiliser soit en « *trafic de stupéfiants* », soit en « *consommation de stupéfiants* » de très nombreux cas de « *dealers* » qui sont eux-mêmes toxicomanes mais également revendent de la drogue. La nouvelle nomenclature 1988 introduit un index intermédiaire : « *usage-revente de stupéfiants* », qui évitera bien des dilemmes à ceux qui rédigent les rapports de police — mais qui va modifier profondément la série statistique. De plus, un nouvel index « *autres infractions à la législation sur les stupéfiants* » va permettre de les distinguer des « *autres délits relatifs à la santé publique* », et donc d'isoler toute la délinquance relative aux stupéfiants. La nouvelle nomenclature comprend donc quatre index au lieu de deux : trafic : 55, usage-revente : 56, consommation : 57, autres infractions à la législation relative aux stupéfiants : 58.

B. — LA DEUXIÈME OBSERVATION A TRAIT AUX STATISTIQUES DIFFÉRENTES PUBLIÉES PAR DES SERVICES DIFFÉRENTS

Ainsi, les statistiques de l'Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (O.C.R.T.I.S.) visent à dresser un état du phénomène toxicomane et des trafics qui lui sont liés au vu de l'activité judiciaire des services répressifs. Elles sont établies à partir des données fournies (par télex) par l'ensemble des services de Police nationale, de Gendarmerie nationale et des Douanes qui toutes se rapportent aux infractions à la législation. **L'O.C.R.T.I.S. ne reçoit pas de façon systématique l'ensemble des informations concernant les faits les moins graves d'usage de stupéfiants non déferés aux tribunaux.**

On trouve une autre estimation quantitative dans les études de la Direction centrale de la police judiciaire « *Aspects de la criminalité et de la délinquance constatées en France* », publiées par la Documentation française : cette statistique est établie non plus à partir des personnes interpellées et des drogues saisies mais à partir des faits constatés, et elle comptabilise donc également des constats de toxicomanie qui n'ont pas donné lieu à interpellation. Comme nous l'avons appris par l'audition du substitut Reygrobellet, dans nombre de cas, des individus sont appréhendés pour usage de stupéfiants et au commissariat où ils sont conduits l'inspecteur de permanence rédige la « *main courante* ». Puis, ou bien on conduit l'intoxiqué à l'hôpital, ou on le remet en liberté. En effet, des circulaires contradictoires avaient prescrit aux policiers des approches strictes ou indulgentes de ces infractions au cours des années 70 et les pratiques sont hétérogènes dans les commissariats.

C. — LA TROISIÈME OBSERVATION EST ENCORE PLUS IMPORTANTE : LES DONNÉES PUBLIÉES REFLÈTENT L'ACTIVITÉ DES SERVICES DE POLICE MAIS NE PRÉTENDENT PAS REFLÉTER LE PHÉNOMÈNE TOXICOMANIE DANS SA GLOBALITÉ

D'abord, parce que la victime du délit ne porte pas plainte. Généralement, les policiers sont alertés par les victimes des infractions commises (par les personnes cambriolées par exemple) ou par des témoins. Mais le toxicomane est une victime consentante et une victime qui se sait délinquante. Donc, il se tait. Les dépôts de plaintes et les dénonciations sont très rares en matière de toxicomanie, à cause de la peur du milieu de la drogue. Ce qui est comptabilisé, c'est le résultat de l'activité plus ou moins importante déployée par les 400 circonscriptions de police urbaine. On ne peut donc, à partir du compte-rendu chiffré des résultats de cette activité, inférer du nombre des toxicomanes en France. Ainsi, la grande opération faite sur « *l'îlot Chalon* » à Paris a gonflé les statistiques parisiennes en 1985, comme la vigilance particulière déployée en Seine-Saint-Denis par les équipes de police spécialisées et par le service départemental de la Protection des mineurs de ce département. A l'inverse, les effectifs modestes de tel secteur de province et l'activité réduite en direction du trafic-usage de stupéfiants peuvent donner l'impression illusoire que ce secteur est exempt de toxicomanie. Un exemple de ce lien entre activité policière

et statistiques a été donné début juin 1988 par le ministre de l'Intérieur, M. Pierre Joxe : encourageant les services de police à accentuer leur lutte contre la drogue, particulièrement dans le métro parisien où sévissent des « *dealers* », il a déclaré qu'il savait bien qu'ainsi il risquait fort de provoquer une hausse de l'indice annuel de délinquance, mais qu'il assumait les éventuelles conséquences politiques du gonflement des chiffres qui résulterait de ce redoublement de vigilance et d'efforts des services de répression.

Les statistiques de police doivent être appréciées à partir de ces considérations : il y a tout lieu de penser qu'elles ne reflètent que **très partiellement** un phénomène bien plus considérable. En outre, si elles sont très détaillées s'agissant des drogues saisies, elles ne donnent que peu de renseignements sur les personnes toxicomaniaques : âge, sexe, nationalité, profession s'il y en a une, récidive ou non, et infractions annexes.

Telles qu'elles sont, insuffisantes et sous-estimant le phénomène, elles offrent un intérêt par leur continuité : elles permettent des comparaisons d'une année sur l'autre. Toutes causes d'erreur demeurant, on peut tout de même dégager des tendances et des évolutions.

D. — QUELLES TENDANCES ?

Une augmentation de l'ampleur du phénomène ; son passage aux milieux socio-culturels plus défavorisés que lors des années 70 ; la prépondérance de l'héroïne et la discrétion de la cocaïne (si courante aux États-Unis) ; la concentration dans certaines zones géographiques bien définies, mais avec une récente diffusion en province ; l'importance énorme, malgré une tendance à la baisse, des toxicomanes « *sans professions* » désocialisés ; enfin la fréquence des délinquances associées à la toxicomanie.

1° Nombre d'interpellations d'usagers 1976-1988

STATISTIQUES : O.C.R.T.I.S.	
1976 : 3 839	1983 : 23 615
1977 : 4 318	1984 : 25 519
1978 : 7 293	1985 : 25 704
1979 : 9 620	1986 : 26 167
1980 : 10 187	1987 : 26 987
1981 : 13 019	1988 : 26 969
1982 : 21 145	

2° Infractions constatées par les services de police (statistiques P.J.)

Les chiffres sont alors d'un tout autre ordre et révèlent qu'une très forte proportion des infractions constatées ne sont pas suivies d'interpellations et ne sont pas déférées au tribunal. Il faut noter qu'il se peut que certains individus figurent deux fois pour la même année dans ces statistiques d'infractions pour usage de drogue. Cependant le trait le plus net est l'augmentation très vive depuis 10 ans et la stabilisation entre 1986 et 1987.

Les faits constatés étaient au nombre de 7 000 en 1977, de 20 000 en 1981, de 40 760 en 1986.

De 1976 à 1986, leur nombre a augmenté de 961,7 %. Entre 1985 et 1986, l'accroissement était encore de 58,5 % tandis que de 1986 à 1987, il n'était que de 0,8 %. En 1987, 41 086 cas d'usage de drogues ont été constatés par les services de police et gendarmerie.

a) Analyse des statistiques (O.C.R.T.I.S.) des toxicomanes interpellés

On constate :

- une augmentation de l'usage du cannabis après un certain fléchissement intervenu en 1984 et 1985. Le cannabis reste la drogue la plus utilisée : 61 % des interpellations en 1986 et en 1987 ;
- une offre et une demande toujours importante d'héroïne après une légère baisse : 41,6 % en 1985, 34,8 % en 1986, 32 % en 1987, 37 % en 1988 ;

— les autres drogues interviennent peu : 1,94 à 2 % pour la cocaïne ; 1,49 % pour les substances psychotropes (en diminution de près de la moitié sur 1984) et quelques cas d'usager de L.S.D. (68) et d'opium (69). L'usage des solvants pose un problème à la police, car il ne constitue pas une infraction (les solvants n'étant pas sur la liste des drogues illicites) et donc on relâche purement et simplement les intoxiqués aux solvants interpellés. Cependant les policiers sont préoccupés par ce recours aux solvants qui apparaît le fait de « *jeunes aux ressources financières limitées qui n'ont pas les moyens de se procurer autre chose et sont mal informés des filières et revente des drogues traditionnelles* ». Cet usage, en augmentation, semble très pernicieux par ses effets propres et parce qu'il prédispose à l'usage des stupéfiants dits classiques.

Le recul, entre 1985 et 1986, du nombre d'usagers d'héroïne interpellés correspond à une notable diminution des quantités d'héroïne saisies par la lutte contre le trafic de drogue, et aussi, semble-t-il, à des observations non chiffrées émanant des médecins (cela est moins sûr). La tendance semble toutefois s'être inversée en 1988.

Les usagers interpellés sont principalement des jeunes :

moins de 20 ans :	9 670	(36,96 %)	77,40 %
21 à 25 ans :	10 583	(40,44 %)	
26 à 30 ans :	4 085	(15,61 %)	
31 à 35 ans :	1 240	(4,74 %)	7,00 %
36 à 40 ans :	394	(1,51 %)	
plus de 40 ans :	195	(0,75 %)	

S'il y a « *vieillesse* », comme ont écrit, à la suite des policiers, les journaux commentant ces statistiques, il demeure extrêmement relatif : on passe de 40,53 % des 21-25 ans en 1985 à 40,44 % alors que les 31 à 35 ans augmentent entre les 2 mêmes années de 4,44 à 4,74 %. L'observation principale demeure l'énorme prépondérance des moins de 25 ans : 77,40 % des interpellations.

Dans 87,16 % des cas il s'agit de jeunes hommes, proportion écrasante et à peu près stable depuis 5 ans. La proportion de femmes atteignait 20 % vers 1973. Elle a chuté à 12,8 %. La proportion d'étrangers est de 20 % et une forte proportion de français ont des parents étrangers (maghrébins surtout).

Plus de la moitié des interpellés de 1986 (13 908) étaient « *sans activité professionnelle* », encore qu'on puisse noter une régression de leur proportion, qui passait de 56,6 % en 1985 à 53,1 % en 1986.

Loin derrière eux venaient les employés (4 443) et les ouvriers (3 186) suivis par les étudiants et lycéens (2 178) et les militaires (1 487).

C'est à Paris que l'on comptabilisait le plus grand nombre d'interpellations : 5 543 en 1986 soit 21,18 % du total, en recul sur les années précédentes (en 1983, par exemple, les interpellations à Paris formaient 41 % du total). En y ajoutant les départements de la petite couronne (92-93-94) on atteignait 8 402 interpellations en 1986. Venaient ensuite les services de police de Lille (2 446), Versailles (2 248), Marseille (2 149), Lyon (1 480), Montpellier (1 224) et Strasbourg (1 109).

On voit progresser notablement les régions frontalières de la Belgique (Lille) et de l'Espagne (Montpellier).

Le nombre d'interpellations y a plus que doublé en trois ans. Ont augmentées dans de bien moindres proportions les interpellations dans les régions de Bordeaux, Limoges, Nancy, Rennes, Orléans et Reims. La drogue touche de plus en plus la province.

La délinquance liée à la toxicomanie est en augmentation, bien que les attaques de pharmacies aient régressé depuis 1983. Ce sont les attaques à main armée pour se procurer l'argent nécessaire à la drogue qui sont devenues plus fréquentes, ainsi que les agressions de vieillards sur la voie publique ou à leur domicile, les attaques de banques, de supermarchés, de Caisses d'Épargne, etc... Ces agressions sont-elles de plus en plus souvent imputables à la toxicomanie ou bien ceux qui les commettent sont-ils des délinquants qui deviennent, de surcroît, toxicomanes ? Les deux hypothèses ont été avancées. Les policiers déclarent arrêter de plus en plus de jeunes qui volent pour pouvoir continuer à se droguer, qui ont été conduits à la délinquance par la toxicomanie.

Mais, selon d'autres sources, de plus en plus de jeunes délinquants se mettent à la drogue après leurs premiers méfaits : 23,8 % des toxicomanes interrogés en prison par le docteur Francis Curtet en 1987 ont déclaré qu'ils étaient délinquants *avant* d'être toxicomanes. Il est vrai qu'on ne peut comparer cette proportion à aucune enquête antérieure. De toute façon, le lien toxicomanie-délinquance, sur lequel nous reviendrons, est hélas ! évident quel que soit le premier facteur.

b) Nouvelle approche des toxicomanes interpellés

Comme à Bordeaux, Grenoble et Créteil en octobre 1986, depuis le 27 avril 1987, un nouveau service a été mis en place auprès du Tribunal de Grande Instance de Paris afin d'améliorer le système de l'injonction thérapeutique prévu par la loi. Ce service a permis aux diverses administrations intervenant auprès des toxicomanes de se regrouper ainsi que nous le verrons dans un chapitre ultérieur. Il en est résulté une pratique différente des services de police, qui ont communiqué au Tribunal davantage de délits toxicomaniaques constatés que par le passé. Les statistiques établies dans ce service en 1987-1988 donnent des indications assez nouvelles, dont on peut penser qu'elles approchent davantage le « *tout venant* » toxicomane.

Entre le 28 avril 1987 et le 21 septembre 1988, les services de police de Paris ont déféré à ce nouveau service judiciaire 5 979 personnes arrêtées pour le seul « *usage de stupéfiants* ». Il s'agit d'une population plus nombreuse que celle auparavant interpellée par les services de police de Paris, et différente. 5 527 n'avaient aucun antécédent judiciaire.

Si la proportion d'hommes est parmi eux la même que dans la population interpellée comptabilisée en 1986 par l'O.C.R.T.I.S., à savoir 89,7 %, en revanche les étrangers sont moins représentés : 15 % au lieu de 20 % chez les toxicomanes interpellés en 1986.

D'autres caractéristiques présentent d'intéressantes différences dans leur répartition, surtout si l'on ne considère que les 5 527 personnes sans antécédent judiciaire.

On se rappelle que l'O.C.R.T.I.S. signalait 53 % de personnes sans profession. Sur les 5 527 usagers sans antécédent judiciaire, passés par le service des injonctions thérapeutiques durant près de 16 mois, 1 936 soit 35 % seulement sont sans profession. Et si l'on additionne les employés (850), les professions diverses (838), les ouvriers (696) avec les artisans et commerçants (498) et les cadres supérieurs (181), on obtient justement 53,4 % du total. Les proportions de « *sans profession* » ou de « *ayant un métier* » apparaissent inversées dans ces 2 statistiques. Sans doute peut-on en conclure que la pratique policière, à Paris jusqu'à 1987, après constats de toxicomanie, était de ne retenir surtout que des récidivistes et des usagers délinquants, renvoyant les autres « *sans autre forme de procès* », comme le dit si bien le langage courant. Du moment où un service judiciaire fonctionne de manière plus proche de l'application de la loi, c'est-à-dire renvoie principalement à l'autorité sanitaire les usagers simples, les services de police lui défèrent une population toxicomaniaque « *constatée* », plus proche par sa composition de la population normale.

Ces usagers simples de 1987-1988 sont également moins jeunes : 67,8 % ont moins de 25 ans contre 77,4 % dans les statistiques de l'O.C.R.T.I.S. et 13,4 % ont plus de 30 ans contre 7 % dans les statistiques de l'O.C.R.T.I.S.

Mais ils consomment plus souvent la plus dure des drogues, l'héroïne : 54,7 % des cas (contre 34,8 % O.C.R.T.I.S.) alors que, dans les deux populations, 61 % usent du cannabis. Il est à noter que les femmes arrêtées, dix fois moins nombreuses que les hommes, s'adonnent relativement plus souvent à l'héroïne (67 %).

La population de drogués incarcérés était en 1986 de 8 000 environ, principalement des hommes. Nous reviendrons sur leurs cas.

c) Les morts par overdoses

Les statistiques de police relèvent, en 1985, 172 décès, en 1986, 185 décès et en 1988, 236 décès par overdose constatée. Il faut y ajouter les décès survenus dans les hôpitaux suite à l'usage prolongé de drogues, lesquels ne sont pas répertoriés par la police. En 1986, 80 % des décès par overdose constatés par la police résultaient d'abus d'héroïne. La part prise par les solvants détournés de leur usage est passée de 1,74 % des décès en 1985 à 5,41 % en 1986. Les morts dues à une absorption à but toxicomaniaque de produits pharmaceutiques ont été en légère diminution, passant de 15 % en 1985 à 10,8 % en 1986. En 1987, le chiffre des morts par overdose est passé à 230, retrouvant le niveau de 1984. L'héroïne joue toujours un rôle principal dans ces décès subits.

II. — STATISTIQUES D'ORIGINE MÉDICALE

Ces statistiques variées émanent tantôt des départements (D.D.A.S.S.), tantôt des établissements de soins, hopitaux ou centres ouverts recevant des toxicomanes. Elles n'offrent bien entendu aucun caractère exhaustif. En effet, elles ne concernent que **les personnes médicalement suivies**, qu'elles soient soignées après hospitalisation ou qu'elles viennent volontairement voir un médecin en milieu ouvert ; qu'elles viennent de leur propre chef ou poussées par la famille ou des amis ou qu'elles obéissent à l'injonction thérapeutique.

Cela signifie que ces statistiques ne tiennent aucun compte des toxicomanes qui ont échappé à l'injonction thérapeutique et qui n'ont pas eu recours à un médecin pour soigner leur toxicomanie (car ils peuvent consulter sans dévoiler leur toxicomanie). C'est dire que les chiffres que nous allons citer n'ont aucun caractère de statistique générale.

On le sait, des chiffres très contrastés sont souvent donnés. On a parlé de 800 000 toxicomanes, au Sénat, lors d'un colloque de juristes et de médecins organisé le 5 février 1987. Ce chiffre a, du reste, été repris par la presse à grands fracas.

D'autres médecins et les épidémiologistes de l'I.N.S.E.R.M. font des estimations beaucoup plus modestes, de l'ordre de 100 000 de l'avis de certains psychiatres à 180 000. L'unité 302 de l'I.N.S.E.R.M. se fonde sur une étude épidémiologique de 1986.

Comment ne pas être sceptiques devant de tels contrastes dans les estimations ? Sans doute faudrait-il s'entendre au préalable sur le sens donné au terme « *toxicomane* ». L'I.N.S.E.R.M. envisage les personnes qui prennent régulièrement au moins un produit illicite, dont 60 % seraient héroïnomanes. Tandis que les 800 000 drogués annoncés au colloque du Sénat doivent comprendre tous les individus qui, épisodiquement, touchent à une drogue, fument incidemment de la marijuana.

A. — ENQUÊTE I.N.S.E.R.M. 1986

C'est d'ailleurs le désir de sortir de ce flou et d'obtenir des statistiques relativement fiables qui ont motivé plusieurs organismes de santé publique à demander à l'I.N.S.E.R.M. de mener une recherche épidémiologique méthodique à partir d'une enquête auprès de centres de soins. Cette enquête s'est déroulée d'octobre à décembre 1986, sous l'égide de la Mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie (M.I.L.T.) et avec le soutien de la Direction générale de la santé. Elle a été rendue possible par une coopération étroite entre les chercheurs de l'I.N.S.E.R.M. et les thérapeutes, tant au moment du recueil des données que, par la suite, pour l'interprétation des résultats. Elle a concerné 94 centres de soins (sur 160) et 4 846 sujets représentant 17 régions.

C'est une bonne base de données, mais qui ne permet cependant pas une parfaite garantie de représentativité. Les centres qui ont participé à l'enquête n'accueillent qu'une partie des toxicomanes et leur mode de fonctionnement peut être à l'origine de certaines sélections. Ainsi, on est surpris de ne trouver dans cet échantillon que 74 % d'hommes (alors que les infractions relevées par la police concernent jusqu'à 89 % d'hommes). D'après les réponses données par les 26 % de femmes à cette enquête, on constate que leur intoxication date de moins longtemps que celle des hommes, et qu'elles sont plus souvent venues d'elles-mêmes se soigner : **ce recours plus rapide et plus volontaire à la désintoxication explique que les femmes soient plus nombreuses proportionnellement dans les statistiques d'origine médicale que dans les statistiques d'origine policière**. Par ailleurs, elles doivent moins souvent que les hommes se droguer dans la rue ou dans les lieux publics où intervient la police (prostituées exceptées).

L'enquête I.N.S.E.R.M. de 1986 insiste sur le « *vieillessement* » relatif des drogués : 49 % des consultants ont moins de 25 ans, alors que dans l'enquête I.N.S.E.R.M. de 1972, on trouvait 80 % de moins de 25 ans dans les centres de soins. Pourquoi trouve-t-on davantage de plus de 25 ans et même de plus de 30 ans dans les structures de soins que dans la population appréhendée par la police ? Parce que beaucoup des « *soignés* » sont des récidivistes qui « *galèrent* » depuis des années : 92 % d'entre eux ont fait leur première « *défonce* » il y a plus de 3 ans : 46 % des toxicomanes ont plus de 6 années d'intoxication derrière eux, et 17 % plus de 10 années de drogue !

Généralement ils ont commencé de se droguer vers 16-17 ans, le plus souvent avec du cannabis, mais 21 % directement à l'héroïne ce qui était beaucoup plus rare lors de l'enquête de 1972. Or, les sujets qui commencent à l'héroïne continuent à l'héroïne. Du reste 8 sur 10 des sujets qui ont répondu à l'enquête de l'I.N.S.E.R.M. se droguaient à l'héroïne avant leur entrée en cure, et 7 sur 10 mélangeaient plusieurs produits (surtout héroïne et médicaments). Près de la moitié des consultants interrogés ont déjà eu des contacts avec des institutions spécialisées dans la lutte contre la toxicomanie et 42 % des hommes ont déjà connu un sevrage : ceux-là semblent exposés à de forts risques de chronicisation de leur dépendance. Et 41 % des hommes sont déjà allés en prison : ils sont plus âgés que les autres, d'un niveau éducatif plus bas, 27 % ont fait des tentatives de suicide, 25 % étaient séparés de leur père, 19 % avaient un père décédé ; ils n'ont pas fait d'eux-mêmes la démarche de se soigner ; ils semblent cumuler les difficultés psychologiques et sociales avec les risques d'une toxicomanie lourde.

L'enquête montre une forte diminution de l'activité professionnelle des hommes par rapport à ce qui avait été relevé en 1972. Seulement 61 % de l'ensemble des sujets ont indiqué une catégorie socio-professionnelle : employés et ouvriers surtout. Mais il est vrai que des facteurs conjoncturels contribuent certainement aussi à cette diminution.

Les familles des consultants sont très souvent dissociées : alors que le taux de séparation parentale est de 19 % pour la population d'âge comparable, elle atteint ou dépasse 50 % pour les toxicomanes (51 % pour les jeunes filles). Il convient d'y ajouter une fréquence élevée de parents décédés, surtout les pères : 17 % des consultants ont perdu leur père alors que pour les âges correspondants la proportion de parents décédés n'excède pas 8 % dans une population de référence.

Bien que nettement plus souvent célibataires que les jeunes gens de leur âge, les toxicomanes vivent davantage en couple que lors des précédentes enquêtes.

Les niveaux scolaires sont plus bas que la moyenne : on compte une forte prépondérance de niveaux d'études primaires ou arrêtées après le 1^{er} cycle du secondaire.

Les difficultés psychologiques sont lourdes : 25 % des sujets ont fait une tentative de suicide (davantage les femmes que les hommes) alors qu'à leurs âges les tentatives de suicide concernent 2 % des hommes et 4 % des femmes de la population générale.

B. — DONNÉES ÉMANANT DE STRUCTURES SANITAIRES DE PARIS

1° L'Assistance publique a reçu en 1986, dans 9 hôpitaux (principalement Fernand Widal, et l'Hôtel Dieu) 6 316 cas de toxicomanie en urgences externes et 4 883 cas directement dans les services, soit 11 199 patients, chiffre qui représente une stabilisation par rapport à l'année précédente (après plusieurs années de forte augmentation). Comme dans toutes les statistiques sanitaires, les femmes sont en plus forte minorité que dans les chiffres d'origine policière, représentant plus d'un tiers des admissions. En outre, leur proportion aux urgences a fait en 1986 un bond de + 7 %, et a atteint 40 %. Est-ce là un signe d'une évolution de la toxicomanie vers les femmes jeunes ? Les entrées de toxicomanes dans les hôpitaux concernent toujours des jeunes, mais de 20 à 29 ans désormais, un léger « vieillissement » étant constaté. Les données concernant la nationalité sont très floues : 55 % de français, 17 % d'étrangers et 28 % de « nationalité indéterminée ». En tête des substances consommées ayant provoqué l'entrée à l'hôpital, toujours l'héroïne (64 %) souvent en association avec d'autres produits médicamenteux.

Il faut ajouter à ces données celles émanant des hôpitaux psychiatriques. Celles-ci avaient quadruplé entre 1972 et 1982 pour les adultes hospitalisés à temps plein. Depuis 1984, les hospitalisations sont moins fréquentes. Le centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (C.P.O.A.) qui reçoit beaucoup de toxicomanes envoyait plus de la moitié en hospitalisation en 1984, et seulement 38 % en 1986, non parce que leurs cas sont plus légers mais parce que le C.P.O.A. cherche à passer d'abord par des centres de santé en ambulatoire.

2° Il existe en outre quatorze centres spécialisés dans Paris.

a) Le centre Marmottan a effectué en 1987, 12 537 consultations et a reçu 1 549 nouveaux cas (en 1986, il en avait reçu 1 878). Depuis 1978, le centre Marmottan a reçu 28 278 toxicomanes (au 31 décembre 1987).

Le relatif fléchissement du nombre des nouveaux cas ne signifie pas pour le docteur Olievenstein le commencement de la fin de la drogue, mais signe plutôt un « vieillissement » des drogués : la moyenne d'âge à Marmottan est désormais à 25 ans, qui deviennent de plus en plus des cas sociaux et médicaux « lourds ». Ils viennent de plus en plus souvent de milieux défavorisés, souvent de Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne et Essonne. Certains « clochardisent » sans domicile fixe entre le Forum des Halles et Beaubourg. De plus en plus de consultants ont des antécédents judiciaires, des maladies multiples (hépatites, etc.) et sont séropositifs (sur 112 prélèvements effectués sur le « tout venant » de la consultation hommes, 32 se sont révélés séropositifs ; la proportion est beaucoup plus élevée sur ceux qui demandent le test : près de 70 % sont positifs).

b) Le *Trait d'union* n'est pas situé à Paris mais à Boulogne en banlieue proche. Il a reçu en 1987, 1 665 toxicomanes en consultation (et plus de 1 000 consultations de parents et amis des drogués) soit 1 226 garçons et 439 filles.

Il a effectué 1 317 visites de toxicomanes en prison (Fleury-Mérogis 49 %, Fresnes, La Santé, Bois-d'Arcy et Versailles).

Comme à Marmottan le *Trait d'union* constate une augmentation du nombre de ses consultations et une diminution du nombre des cas nouveaux tant en milieu ouvert qu'en prison. En prison pourtant le pourcentage des toxicomanes est en augmentation : la désaffection pour les institutions spécialisées s'accroît-elle ?

Dans les pavillons thérapeutiques, l'allongement de la durée de séjour des résidents accueillis annuellement entraîne de meilleurs résultats mais une diminution des sujets accueillis.

En 1987, le *Trait d'union* s'est occupé de 77,5 % de garçons et 22,5 % de filles. La moitié des patients ont de 21 à 25 ans. Le « vieillissement » relatif, par rapport à la population des consultants du début des années 80, s'explique par le décalage entre l'âge auquel ils touchent à la drogue et celui auquel ils se décident à demander de l'aide (en moyenne 23 ans). Ces établissements voient de plus en plus de toxicomanes qui ont cinq années de « galère » derrière eux. Un tiers a commencé avant 18 ans, 12 % à moins de 16 ans : chiffres qui demeurent stables depuis des années. C'est le recours aux soins qui est plus tardif. Encore faut-il distinguer entre l'âge auquel ils ont touché pour la première fois à une drogue : pour 70 % c'est entre 13 et 17 ans, et l'âge où ils sont passés aux drogues dures : 18 ans en moyenne. La drogue de début est le cannabis surtout. Mais la proportion de ceux qui débutent d'emblée à l'héroïne s'accroît : 17 %.

Les consultants sont pour 87 % français (dont 13 % de maghrébins de la 2^e génération). Parmi les 13 % d'étrangers, plus de la moitié sont maghrébins, les autres se répartissent entre 14 nationalités. Les maghrébins sont en diminution par rapport à 1986.

La moitié des consultants vivent dans leur famille, 16,7 % n'ont pas de domicile fixe, 7,6 % sont « chez des amis ».

La proportion des actifs déclarés est très élevée : 83,5 % (seulement 6 % de chômeurs et 2,8 % de T.U.C. ou stagiaires divers). Cependant presque un consultant sur quatre a interrompu son activité au cours des 6 derniers mois, et 45 % ne l'exercent que de façon intermittente. En résumé, seulement 18,3 % sont actifs dans un emploi stable.

Les consultants du *Trait d'union* sont presque tous des héroïnomanes (97,7 %). Nombre d'entre eux combinent à l'héroïne des médicaments divers (54 %) du cannabis (42 %) ou de la cocaïne (33 %).

Le fait le plus nouveau en 1987 est l'utilisation déviée des médicaments, surtout des barbituriques (20 %). La barbituromanie est extrêmement difficile à soigner et a des conséquences dramatiques. Elle touche surtout les garçons les plus jeunes dans la capitale.

Les consultants disent avoir avec leur mère des rapports plutôt bons. Mais dans presque 40 % des cas le père est absent (décédé, parti, séparé de la mère). Lorsqu'il est présent, il est en conflit surtout avec les filles (32 %).

c) Centre Monceau de thérapie familiale

En 1987, ce centre a donné davantage de consultations (2 005) mais moins en rapport direct avec la toxicomanie. Les consultants les plus âgés (40 ans et plus) viennent pour des problèmes d'alcoolisme, ceux de 30 ans et plus pour des problèmes de dépendance à l'héroïne. Les plus jeunes viennent avec leurs familles au début de l'intoxication. Une très forte proportion des familles sont perturbées ou éclatées (seulement 55 % de couples mariés en 1987). L'héroïne tient les premiers rôles (72 %) en augmentation sur 1986 mais là aussi les polytoxicomanies sont très préoccupantes.

C. — UNE INVESTIGATION STATISTIQUE EN AQUITAINE

La D.R.A.S.S. d'Aquitaine a effectué une enquête sur les toxicomanes qui ont eu recours au système de soins de la région au cours des derniers trimestres de 1982, 1983, 1984 et 1985. On constate un accroissement du nombre des toxicomanes reçus important : 397 en 1983 ; 927 en 1985. Les hommes figurent pour 66 % (les femmes sont en augmentation régulière). La moyenne d'âge s'établit à 23 ans mais la part des moins de 18 ans est en augmentation (15 %). Les 3/4 de la population toxicomane sont inactifs avec une forte proportion de chômeurs. Toutes les drogues apparaissent avec une prépondérance pour l'héroïne, en augmentation, puis le cannabis. Les tranquillisants et l'alcool sont souvent associés (l'alcool en diminution de 13 à 9 %).

D. — LES HÉROÏNOMANES

Comme toutes les enquêtes et évaluations statistiques le prouvent, la drogue qui apparaît de loin comme la plus fréquemment utilisée par les consultants des centres de soins est l'héroïne. Une étude sur l'impact social et économique de l'héroïnomanie, conduite par l'I.N.S.E.R.M., a paru en 1987. Elle fait apparaître une augmentation globale des effectifs des héroïnomanes dans les établissements (plus nombreux également) dépendant du ministère de la Santé. Celui-ci estimait à 80 000 le nombre des toxicomanes « *en majorité* » héroïnomanes : c'est-à-dire à 90 % dans les 116 centres spécialisés et dans les 16 centres en milieu carcéral, mais à 60 % seulement dans les autres structures : hôpitaux généraux, hôpitaux psychiatriques et psychiatrie extra-hospitalière.

Il s'agit d'une population aux 3/4 masculine, de célibataires ayant de faibles niveaux de scolarité où les inactifs sont surreprésentés (57 %).

— En milieu carcéral la proportion d'hommes est encore plus forte (87 %) comme celle des étrangers (30 %) et des bas niveaux scolaires (60 % ont au plus un C.A.P.).

Les héroïnomanes sont jeunes mais leurs taux de morbidité est beaucoup plus important que celui de leur tranche d'âge 20-29 ans. Les complications sont psychiatriques : anxiété, délires, tentatives de suicide (30 %) et somatiques : outre les hépatites, il faut signaler la fréquence très élevée des séropositivités H.I.V. et du S.I.D.A. (50 à 60 % des héroïnomanes utilisant des seringues).

En dehors des décès par overdoses, de nombreux décès violents : accidents, suicides, homicides sont imputables à l'héroïne. L'association à l'alcool et aux benzodiazépines accroît les facteurs de risque mortels. Les études américaines donnent pour les héroïnomanes un taux de mortalité 30 fois supérieur à celui de la population du même âge.

III. — ENQUÊTES SOCIOLOGIQUES RÉALISÉES AUPRÈS DES JEUNES SCOLARISÉS

Le phénomène « *drogue* » a revêtu au tournant des années 60-70, deux aspects nouveaux : premièrement l'énorme augmentation du volume de « *l'offre* » et son ubiquité, résultant d'une offensive du monde du crime qui a découvert là son activité la plus lucrative ; deuxièmement la cible choisie : la jeunesse, en ses années les plus fragiles de l'adolescence. Les statistiques d'origine médicale que nous venons de citer le confirment : l'âge du début de la toxicomanie se situe le plus souvent vers 17 ans.

D'où l'intérêt d'interroger les jeunes de ces âges pour tenter de savoir, d'une part, s'ils ont été approchés par ceux qui diffusent les drogues illicites, s'ils ont été directement objets d'une offre de consommer ? d'autre part, s'ils ont refusé ou essayé, et pourquoi ? D'où l'intérêt d'accompagner ces questions de nombreuses autres, afin de mieux cerner la population de jeunes qui repoussent l'offre et la population de jeunes qui se laissent tenter, ce qui permettra non seulement de mieux comprendre l'étiologie sociale et psychologique du phénomène toxicomaniaque, mais aussi de mieux construire la ligne défensive à opposer aux trafiquants chez les jeunes eux-mêmes, c'est-à-dire de mieux préciser ce que peut et doit être une politique d'information et de prévention efficace.

L'approche choisie par les études que nous allons citer est très différente de celle des policiers et gendarmes appelés à constater des infractions lors de leur service sur la voie publique ou dans des lieux publics ; très différente également de celle des médecins et directeurs de centres spécialisés, chargés d'accueillir et de soigner des toxicomanes avérés qui leur sont envoyés, ou qui viennent d'eux-mêmes en tant que malades.

Les études sociologiques auprès des adolescents en classe vont permettre, elles, de cerner l'exposition au danger et la réponse de ceux qui y ont été ou y sont exposés, puis de mieux connaître les caractéristiques sociologiques, comportementales et psychologiques des jeunes qui disent consommer de la drogue. Ces études cherchent à déterminer les contours des groupes à risque, aussi les données enregistrées sont-elles presque toujours traitées par l'analyse factorielle pour parvenir à mettre en évidence des constellations de facteurs (cluster analysis), et à déterminer des groupes types. Dans ce chapitre-ci, nous retiendrons de ces études ce qui peut servir à une évaluation quantitative du phénomène toxicomanie avec ses grandes caractéristiques sociologiques, et nous réserverons pour le chapitre suivant les aspects psychologiques des typologies d'adolescents s'adonnant à la drogue, de leur propre aveu.

En effet, les données recueillies sont établies à partir de ce que des jeunes scolarisés eux-mêmes rapportent, dans les réponses qu'ils font à des questionnaires. Les questionnaires ont, sur les enquêtes par interviews, le très grand avantage de garantir absolument l'anonymat. Les élèves ne sont pas interrogés par quelqu'un qui pourrait leur inspirer crainte ou méfiance. Ils remplissent, hors de la vue de leurs enseignants, des questionnaires dont les très nombreuses questions sont relatives à leur conception de la vie, de leur vie, ainsi qu'à leurs attitudes et comportements en famille, en classe, dans leurs loisirs, etc... en sorte qu'ils ne perçoivent pas la finalité de la recherche sur la toxicomanie. Du reste, plusieurs de ces études avaient également pour but de mieux mesurer et comprendre les consommations d'alcool, de tabac et de médicaments.

Nous présenterons ici quelques résultats de trois enquêtes, toutes trois effectuées auprès d'élèves du deuxième cycle des études secondaires (classique, moderne, technique et professionnel) de l'enseignement public, par questionnaires anonymes. Nous commencerons par la plus ancienne.

A. — ENQUÊTE I.N.S.E.R.M. 1978-1979 (1)

Il s'agit d'une étude qui cherche à déterminer quel regard les jeunes usagers de produits psychotropes portent sur eux-mêmes et sur leur environnement. Elle a été effectuée en 1978-1979 auprès de 2 088 jeunes de 14 à 20 ans (représentatifs de l'ensemble des lycéens) en Région parisienne, en Bretagne et dans les Bouches-du-Rhône. Elle a donné lieu à plusieurs publications, dont nous extraieront quelques données :

1° L'offre était alors (il y a dix ans) beaucoup plus répandue à Paris que dans les Bouches-du-Rhône ou en Bretagne. Si, en moyenne, 1 élève sur 3 a répondu qu'il avait « déjà eu l'occasion d'essayer une drogue illicite », cette proportion était bien plus importante pour les lycéens parisiens : 51 % pour les filles de 18 ans et plus ; 63 % pour les garçons de 18 ans et plus. Les plus exposés étaient alors ceux qui fréquentaient les lycées classiques et modernes.

2° Quant à la consommation, elle avait apporté des réponses croissant avec l'âge : 2 % des moins de 16 ans et 13 % des plus de 18 ans déclaraient « avoir consommé une drogue illicite » (sans précision de la fréquence de l'usage ni de la nature de la drogue) mais dans la région parisienne, parmi les lycéens de 18 ans et plus, 1 garçon sur 3 et 1 fille sur 4 déclaraient avoir effectivement consommé de la drogue.

3° L'information : 24 % des jeunes parisiens jugeaient inoffensive et sans danger la prise occasionnelle de cannabis. Presque un sur dix de l'ensemble des lycéens interrogés estimait « moins grave » la consommation de drogue que l'abus d'alcool ou de médicaments.

4° Origines sociales : c'était alors, et de loin, les fils des cadres supérieurs — professions libérales et ceux des cadres moyens qui étaient proportionnellement les plus nombreux à avoir consommé de la drogue.

Une analyse typologique effectuée ultérieurement (2) dégage quatre types de comportements :

a) Les non-consommateurs, soit la moitié de l'échantillon : 91 % n'éprouvent aucune envie de drogue, 81 % n'y ont jamais été confrontés ; ils ne fument pas et boivent modérément, 76 % n'ont jamais été ivres.

(1) Dirigée par le docteur F. Davidson.

(2) In Psychiatrie de l'enfant 2, 1986, par F. Facy, M. Choquet et Henri Ralambondrainy.

b) *Les consommateurs modérés irréguliers* sont surtout buveurs occasionnels ; ils représentent un quart de l'échantillon, 74 % n'ont jamais été confrontés à la drogue.

c) *Les consommateurs modérés réguliers* : (16 % de l'échantillon) fument depuis l'âge de 13 ou 14 ans, un sur trois boit modérément, un sur deux a été confronté à la drogue mais l'a refusée.

d) *Les consommateurs excessifs* représentent 8 % de l'échantillon : 59 % ont déjà essayé de la drogue, 37 % en ont « souvent envie », ils fument tous en quantité importante depuis longtemps, 61 % ont eu plus de trois ivresses et 38 % boivent beaucoup d'alcool.

Nous verrons au chapitre suivant le portrait que ces derniers font d'eux-mêmes et de leur environnement.

B. — ENQUÊTE D.R.A.S.S. 1982

Une enquête plus spécialement orientée vers la consommation de drogues illicites a été conduite en 1982 auprès de 802 lycéens de la région Auvergne, une région peu touchée par la toxicomanie (par Y. Glanddier, P. Proffit et D. Pays pour la D.R.A.S.S.).

Elle fait apparaître que :

- 50 % des élèves ne connaissent pas d'utilisateurs de drogues, 50 % en connaissent ;
- dont 14 % déclarent en connaître « plus de 10 » ;
- ils estiment que celui ou celle qui utilise de la drogue n'est pas « une personne exceptionnelle », il s'agit à leur avis soit de « quelqu'un de très ordinaire » ; soit surtout de « quelqu'un qui a des problèmes », car la drogue « permet d'oublier le monde quotidien » (43 %) et de « diminuer l'anxiété » ;
- 14,2 %, soit 1 élève sur 7, (115 sur 806) avouent avoir essayé de la drogue et 2 % disent en consommer régulièrement ;
- à la question : « qui vous procure de la drogue ? », les 3/4 des consommateurs disent : « des camarades », 1 % seulement parlant du « trafic ».

L'analyse factorielle permet de mettre en évidence : l'âge (les 17-18 ans surtout), les mauvaises relations avec les parents ; les consommations d'alcool et de tabac ; les sorties le soir dans les cafés et les maisons de jeunes ; le malaise au lycée. La catégorie socio-professionnelle n'intervient pas. Dans un lycée, les proportions de fumeurs, buveurs, consommateurs de drogue étaient beaucoup moins importantes que dans les autres : à St-Pourçain-sur-Sioule où fonctionne un Club-Santé.

C. — RECHERCHE I.N.R.P. 1983-1984

Citons enfin la recherche effectuée par l'Institut national de recherche pédagogique (sous la direction de N. Leselbaum) pour le compte du Haut Comité d'études et d'information sur l'alcoolisme. Elle a concerné 968 adolescents de 16 à 18 ans tirés au sort dans 26 établissements secondaires de Paris et s'est déroulée en 1983-1984, donc cinq ans plus tard que l'étude I.N.S.E.R.M. Si elle recherchait les comportements face à l'alcool, cette étude envisageait également la consommation de drogues. Les analyses factorielles ont permis, là encore, de tracer les contours de sous-groupes.

Les résultats les plus frappants sont les suivants :

- 24,6 % des lycéens ont déclaré avoir pris au moins une fois de la drogue, dont 103 (11,2 %) deux fois ou plus dans les 6 derniers mois. Dans 9 cas sur 10 il s'agit de cannabis, dans 1 cas sur 10 d'héroïne ou autres (cocaïne, L.S.D., trichlo, colle, etc.) associées souvent au haschich ;
- l'expérience est plus fréquente pour les plus âgés et parmi les plus de 18 ans, 35,4 % ont consommé de la drogue, dont 14,3 % deux fois ou plus dans les 6 derniers mois.

Les refus d'essayer n'ont pas été recherchés. On voit donc que, en 1983-1984, l'exposition des lycéens parisiens à l'offre de drogue avait beaucoup augmenté, et leur consommation avouée également. Contrairement à ce qu'avait trouvé l'enquête I.N.S.E.R.M. 1978-1979, ce n'était plus, en 1983-1984, dans des lycées classiques et modernes que la consommation était la plus fréquente, mais dans les collèges d'enseignement technique et dans les L.E.P. Il est vrai que ces établissements comptent surtout des garçons mais on peut aussi voir dans ces résultats les signes avant-coureurs de ce que signalent tous les centres pour toxicomanes en 1987-1988, à savoir que la toxicomanie tend à gagner les milieux populaires.

Toutefois l'enquête de l'I.N.R.P. montrait encore que les enfants des cadres supérieurs-professions libérales étaient les plus exposés : 30 % avaient essayé de la drogue, contre 21 % des enfants d'ouvriers et 19 % des enfants d'employés ou artisans-commerçants.

Trois groupes ont été dégagés à partir des réponses concernant la conception de la vie, les comportements, les relations des jeunes avec leurs parents et leur lycée.

Un premier groupe, qui comprend surtout des filles et les plus jeunes des garçons, est surveillé de manière assez stricte par les parents, s'entend bien avec eux, ne fume pas, ne boit qu'occasionnellement, ne se drogue pas, n'a pas de relations sexuelles ou rarement, ne sèche pas les cours.

Un deuxième groupe, où les garçons prédominent, est surtout caractérisé par le fait que ses sorties ne sont pas contrôlées par les parents, ceux-ci étant du reste souvent séparés. Ces jeunes-là sèchent les cours, ont des relations sexuelles depuis l'âge de 13-14 ans, boivent de l'alcool de façon habituelle, fument plus de 10 cigarettes par jour, et ont pris de la drogue deux fois ou plus dans les six derniers mois.

Le troisième groupe, le moins important en effectif, compte plus de filles que de garçons et a beaucoup de problèmes avec les parents, se sentant trop surveillé, mal chez soi, se disputant en famille. Ce groupe a pris des tranquillisants une ou deux fois dans les six derniers mois, et quelques rares sujets prennent de la drogue.

L'analyse factorielle met en évidence la liaison la plus forte avec la consommation de drogue, qui est la **distance prise par rapport à la famille**. Ceux qui ont des difficultés avec leurs parents prennent plutôt des médicaments, et diverses drogues à l'occasion. Ceux qui ne sont pas surveillés et ne rendent plus compte à leurs parents de leurs allées et venues, sèchent les cours et ont très souvent (76 %) des relations sexuelles, sont des « *polyconsommateurs* » excessifs de tabac, d'alcool et de drogue (surtout cannabis).

En conclusion, N. Leselbaum souligne l'ampleur prise par les consommations de produits psychotropes par les lycéens parisiens, puisque les **consommations régulières** concernent 334 jeunes sur 968, alors que 91 seulement sur 968 n'ont jamais rien consommé, ni tabac, ni alcool, ni médicaments tranquillisants, ni drogue. La drogue touche un quart de la population de l'enquête. Elle est le fait des garçons plus que des filles, des 18 ans plus que des 16 ans, et est fortement corrélée à des situations familiales particulières : excès de liberté surtout, parfois conflits avec les parents.

*
* *

Au terme de ce chapitre, il est évident qu'on ne peut chiffrer le nombre des toxicomanes. Mais les différentes approches par les services de police, les services médicaux spécialisés et par les sociologues étudiant des populations d'adolescents scolarisés, permettent néanmoins de prendre la mesure de l'ampleur du phénomène : le noyau dur en serait constitué par les toxicomanes « *lourds* », surtout héroïnomanes, très majoritairement des hommes, qui, n'arrivant pas à s'en sortir, avancent en âge par rapport à ce qu'on observait vers 1978-1979, et ont aujourd'hui en moyenne, 24-25 ans. Ces toxicomanes pourraient être 80 000 à 100 000 selon certaines extrapolations, les unes partant de la population qui fréquente les centres, les autres de la quantité de drogue qui circule par rapport à celle saisie.

Autour de ce noyau lourd, se dessine un halo fort important de drogués occasionnels, surtout au cannabis, plus jeunes, et potentiellement en danger de fournir ultérieurement des troupes pour les toxicomanes invétérés. Les services de police les rencontrent (particulièrement les garçons) et les services de santé ne les voient pas toujours.

Enfin, autour encore de ce halo de drogués occasionnels, il faut bien prendre la mesure des candidats possibles, lorsque l'offre s'accroît et s'insinue dans tous les milieux et toutes les régions : il s'agit, alors, d'une proportion de nos lycéens allant de 1 sur 4 à 16 ans à 1 sur 3 à 18 ans, qui déclarent eux-mêmes n'avoir pas repoussé l'offre et avoir tâté de la drogue.

CHAPITRE III

QUI SONT LES TOXICOMANES ? POURQUOI SE DROGUENT-ILS ?

I. — CONSTANCE ET AMPLEUR DU PHÉNOMÈNE

Ainsi, même en combinant les résultats de toutes les enquêtes policières, médicales ou sociologiques existantes, on ne peut évaluer quantitativement, avec une précision statistique satisfaisante, le nombre des candidats tentés, le nombre des drogués occasionnels ni même le nombre des toxicodépendants lourds.

On peut seulement constater que ces différentes approches ont enregistré pendant plusieurs années de très vives augmentations des effectifs appréhendés, soignés ou observés ; puis un ralentissement de l'accroissement est apparu vers 1985, un tassement vers 1987-1988. Présage-t-il un reflux du phénomène ? Il serait hélas ! imprudent de céder à l'optimisme de courbes aussi approximatives, d'autant que la toxicomanie est en période de forte croissance dans des pays voisins du nôtre comme l'Espagne et l'Italie, continue de sévir fortement aux Pays-Bas, tandis que de nouveaux produits ravagent les États-Unis et commencent leur carrière en Grande-Bretagne. Et il ne faut pas se cacher que l'apparition du S.I.D.A. modifie tragiquement le pronostic pour une majorité d'héroïnomanes et même, hélas ! d'anciens héroïnomanes qui ont décroché (ou de cocaïnomanes usant de seringues).

Ces différents éléments conduisent à penser qu'il va falloir poursuivre la guerre de positions qui semble avoir permis, non pas de juguler, mais peut-être de contenir l'invasion. Cela exige de bien connaître les populations à risque, les moments dangereux, les lieux les plus exposés, pour fortifier les défenses de ceux qui seront approchés et offrir à ceux qui ont seulement commencé une consommation dangereuse les raisons et les moyens d'arrêter. Cela exige également de savoir intégrer dans les discours préventifs et les approches curatives la nouvelle menace de mort que représente le S.I.D.A., mort injectée en soi ou transmise à autrui, information dramatique qui exige une profonde connaissance de ceux à qui il faut la faire entendre et de leurs possibles réactions. En outre, il va falloir demeurer en alerte pour déceler et endiguer les très probables offensives de produits nouveaux qui vont chercher avec des arguments et des artifices nouveaux à se créer de nouvelles clientèles.

Un tel indispensable programme justifie qu'on cherche à mieux cerner la typologie des toxicomanes évoquée à grands traits dans les enquêtes rapportées au chapitre précédent et à mieux comprendre les raisons qui peuvent les avoir poussés à ne pas repousser l'offre, à essayer, et surtout pour certains à recommencer.

Ce faisant nous ne chercherons pas à élaborer des hypothèses globales sur les causes du phénomène. Aucune, jusqu'ici, n'a tenu la route. Les vieilles théories psychiatriques de la « *prédisposition* » de certaines personnalités (on a parlé jadis de « *morphinomanes nés* » comme Lombroso parlait de « *criminels nés* ») n'ont pas résisté à l'invasion de la fin des années 60 et n'ont pu rendre compte des centaines de milliers de cas épisodiques ou durables, bénins ou graves, observés depuis vingt ans. Les diverses théories sociologiques apparaissent aussi réductrices et vaines ; pour les uns, notre société est trop consommatrice, indifférente, permissive, les valeurs s'y diluent, les contrôles sont affaiblis ; pour les autres elle est trop organisée, trop rationnelle, trop exigeante et secrète ainsi des « *anomalies* » (Baudrillard) qu'elle ne sait pas gérer. Que l'on accepte l'une ou l'autre version, toujours dénonciatrice, on n'en serait pas plus avancé : fustiger une société permet d'excuser ses marginaux mais pas de changer ses conditions au point de faire disparaître le phénomène perturbateur, sans quoi on n'aurait pas de drogués dans l'armée soviétique en Afghanistan comme naguère dans l'armée américaine au Vietnam, on n'aurait pas de drogués dans l'opulente Californie reaganienne comme dans la pauvre et populeuse Shanghai collectiviste.

Plutôt que d'énoncer les théories explicatives globalisantes des psychologues ou des sociologues, il paraît utile de rechercher les différents éléments d'observation à partir desquels elles ont été construites. Ces observations pourront ensuite être comparées, juxtaposées, afin de tenter de dégager, d'une part, les traits permanents, d'autre part, les évolutions constatées avec les années. Nous ne ferons pas ainsi les « *séries de variations régulièrement constituées* » que réclamait la méthode durkheimienne, ne serait-ce que parce que les éléments d'observation regroupés sont le résultat d'approches différentes : selon que l'on est éducateur, psychologue, médecin, psychiatre, magistrat ou policier, on ne retient pas les mêmes informations, on ne formule pas les mêmes jugements, on n'utilise pas le même vocabulaire ni les mêmes concepts. Mais, quels que soient son point de vue et sa spécialité, quelles que soient ses positions idéologiques face à la toxicomanie, toute personne professionnellement engagée auprès des drogués distingue des constantes et des évolutions dans le temps. Les traits permanents observés depuis une quinzaine d'années constituent une base précieuse pour l'élaboration d'une politique de prévention. Les changements observés, tant en ce qui concerne la personnalité sociopsychologique des toxicomanes que les raisons qu'ils donnent ou qu'on leur prête de se droguer, sont très instructifs. Les analyser doit permettre : d'éviter d'utiliser pour des campagnes de prévention des concepts et des expressions démodés qui ne porteraient pas ; de tenter de comprendre la progression du phénomène parmi les jeunes et ses avatars, donc d'anticiper ses développements futurs et de déterminer les groupes à risque non seulement d'aujourd'hui mais aussi de demain.

En somme, notre raisonnement doit être le suivant : les criminels qui tirent d'énormes profits du commerce illicite de la drogue ont intérêt à faire ce qu'on pourrait appeler du « *marketing* ». Ils doivent chercher les types de clients à « *fidéliser* », les gisements de clientèles potentielles à prospecter ; ils doivent mettre au point des modalités d'approche ; ils doivent rechercher les manières d'influencer les esprits, les arguments qui font passer à l'acte, le style de communication qui les favorise, et même le climat idéologique qui semble le plus propice à leurs entreprises. Nous avons, somme toute, les mêmes éléments d'information qu'eux : sachons les utiliser pour essayer d'imaginer leur stratégie et les formes tactiques qu'ils choisiront d'adopter. Alors, et alors seulement, nous pourrions dresser un vrai plan de lutte à leur opposer, nous utiliserons à bon escient nos armes défensives.

Nous étudierons d'abord tous les changements qui ont été signalés par les différents observateurs, qu'il s'agisse des toxicomanes avérés ou des occasionnels, depuis une dizaine d'années et nous tirerons les enseignements de ces évolutions. Puis nous verrons quelles constantes demeurent au travers de ces changements, constantes qu'il faut garder à l'esprit pour tout choix d'une politique et d'un dispositif anti-drogue.

II. — LES CHANGEMENTS

Jusqu'en 1978 environ, qui a vu la naissance du mouvement « *punk* », la plupart des toxicomanes étaient issus des classes moyennes, voire de la haute bourgeoisie. En rupture avec leur milieu d'origine, avec leurs parents, ils prétendaient créer une sorte de « *contre-culture* ». La drogue faisait office de frontière infranchissable entre leur monde à eux et celui des adultes, parents, professeurs, éducateurs, médecins, etc., tous considérés comme représentant le « *système* », à fuir. Le dialogue était d'autant plus difficile à établir que la prise de drogue était censée signifier un départ, un adieu. Certains du reste partaient vraiment, et prenaient « *la route* » (qui s'opposait à la maison). Cette route les conduisait à Katmandou ou à Goa (avec retour-rapatriement, payé par l'ambassade de France, de pauvres déchets dont le Népal ou l'Inde voulaient se débarrasser à tout prix). Ou bien ils partaient dans quelque coin perdu d'Aveyron ou d'Ardèche « *vivre autrement* » ; avec ou sans chèvres, en communautés souvent. Ou bien ils restaient à la maison, mais exprimaient leur refus et leur volonté de rupture en se vêtant de hardes crasseuses, en refusant les horaires et les règles élémentaires de la vie en société, en disparaissant des jours et des nuits entières. Ils désiraient explicitement rompre avec la société de consommation : ainsi certains toxicomanes des années 70 qui débarquaient en Tunisie ou au Maroc déclaraient ces pays « *faussement sous-développés* », « *pas assez pauvres* », et repartaient vers l'Orient en quête de paradis plus exotiquement misérables. S'ils organisaient ces départs et créaient ces frontières, c'est qu'ils se voulaient marginaux.

Il en va tout autrement aujourd'hui. La population toxicomane s'est largement prolétarisée : les cités H.L.M., les banlieues des grandes villes, les quartiers populaires des agglomérations aux frontières fournissent les nouveaux contingents de drogués. La rue Saint-Denis, la République, Pigalle, Belleville à Paris ; l'Opéra ou le quartier de la Préfecture à Marseille sont devenus des

marchés organisés qui ont remplacé les grands concerts pop', les écoles privées et les étapes des routards en rupture de bourgeoisie. Les jeunes nouveaux toxicomanes n'ont pas de griefs particuliers contre la société de consommation : au contraire, ils aimeraient pouvoir en être membres participants à part entière. Ils ne recherchent pas une marginalité qui était déjà pour beaucoup d'entre eux une donnée de fait, subie, mal vécue. S'ils cherchent à fuir quelque chose, c'est souvent, pour nombre d'entre eux, le sentiment d'être déjà des exclus, ou, à tout le moins, des marginaux. Ce n'est que depuis 1982-1983 que les milieux les plus pauvres, les familles déshéritées ont été touchées par la toxicomanie : les jeunes sont approchés et attirés par une consommation qui leur procure à la fois plaisir et oubli, illusion voluptueuse d'être à mille lieues au-dessus de leurs misères quotidiennes. Rapidement, ils sont asservis par le besoin de renouveler les doses, donc de trouver de l'argent, donc de faire ce que leur suggère l'être qui est déjà devenu pour eux le seul qui compte : le fournisseur, le « dealer ». A leur tour, les voilà devenus « dealers », ou « pushers » (c'est-à-dire démarcheurs essayant d'inciter des gens à prendre de la drogue et d'en faire des clients). Les voilà piégés non seulement dans l'usage-revente, avec des hauts et des bas, des périodes où « plein d'argent leur passe entre les mains » (tous, sans exception, se vantent par la suite des sommes qu'ils ont manipulées, maniées) et des périodes noires, mais aussi dans les délinquances d'accompagnement de la drogue : prostitution et vols principalement.

« Je me suis drogué parce que je n'avais pas envie de la petite vie qui se profilait. Je me disais ce que beaucoup d'entre nous se disent : plutôt toxico que prolo » (1). C'est le cas également de nombreux jeunes immigrés : antillais pour le haschich, maghrébins, nigériens, sénégalais, pour le haschich et l'héroïne. Se droguer pour eux ne leur donne pas « le sentiment de faire partie d'une élite partageant un vague mysticisme ». C'est plutôt une initiation (organisée) dont on leur a promis qu'elle les ferait participer, avec les autres, comme les autres. Ils ne partent pas vers des pays pauvres exotiques. Ils reculent devant l'immense effort nécessaire pour s'insérer dans la société française via l'école, la formation, le travail, en luttant contre les préjugés qui rendent chaque étape un peu plus difficile pour eux, et ils vont vers « la fête », vers « ceux qui se défonce et méprisent tous les autres ». Et puis aussi vers « la pompe à fric » la plus extraordinaire, d'où l'argent dégouline davantage que des machines à sous. « Consommer » a pour eux une autre consonance, au début de leur toxicomanie, que ce même verbe pour un jeune toxico des années 70. Puis, peu à peu, l'assuétude venant, il leur faut, comme ils disent maintenant, « se chercher la vie » chaque jour, c'est-à-dire se procurer de la drogue, de l'argent, et « des magouilles » pour pouvoir continuer. En somme, après ce qu'ils appellent « la lune de miel », faite de plaisir et de dépenses viennent l'habitude, la nécessité, la douleur, l'idée fixe, les sordides combines, les risques, l'esclavage : ils disent « la galère ».

Pour avoir leur dose, ils et elles sont prêts à faire « n'importe quoi ». En sorte que les drogués de la fin des années 80 sont beaucoup plus souvent des délinquants que ne l'étaient ceux de la fin des années 70 qui se contentaient de voler leurs parents. On ne peut guère compter sur les psychiatres, en charge des centres spécialisés pour faire cette constatation. Il leur paraît toujours que la loi de 1970 leur a confié le monopole de la lutte contre la toxicomanie parce que la toxicomanie est une pathologie de la personnalité, donc l'aspect pénal des transgressions sociales auxquelles est conduit leur patient ne les concerne pas. Ils l'ignorent, et tiennent à ce qu'on sache qu'ils l'ignorent. Nul ne nie que les toxicomanes soient des malades qui relèvent d'un traitement. Mais les formes que prend leur recherche éperdue de la drogue (ce qu'ils appellent « se chercher la vie » ou « chercher sa vie ») ont changé et il faudrait en tenir compte. Depuis quelques années déjà, cambriolages, vol à la tire et prostitution sont les moyens ordinaires de « vie » du toxicomane très accroché. La police le sait, et estime qu'à Paris la petite et moyenne délinquance est liée à la toxicomanie dans 60 % des cas (2). Mais, pas plus que les psychiatres et pour de tout autres raisons, les policiers ne tiennent à signaler ces évolutions. On estime souvent, dans la police, nécessaire de « contrôler » les drogués ; donc de les laisser se retrouver dans certains squatts, certaines « boîtes », « vaquer à leurs petites affaires ». On n'est guère enthousiaste à l'idée de chasser le « junkie » donc de disperser la fourmilière et d'empêcher ainsi la constitution de réseaux « bien connus de la police ». Ces réseaux qui, d'après la vieille doctrine de la Brigade des stupéfiants et du proxénétisme (B.S.P.), permettent de « remonter les filières » jusqu'aux « gros bonnets » — les seuls qui intéressent vraiment la B.S.P.

C'est pourquoi il n'a pas été facile au Parquet d'obtenir que soit investi « l'Îlot Chalon » à Paris près de la gare de Lyon, où cependant les 3/4 des drogués de la capitale venaient s'approvisionner dans une promiscuité de cour des miracles — énorme abcès de fixation peut-être, mais également foyer d'infection permanente (et lieu de recel presque à ciel ouvert d'objets volés).

(1) Rachel et J. Pierre Cartier « Ces drogués qui ont vaincu la drogue », (p. 31). Plon 1988.

(2) L. Davenas « Profession : répression », p. 74, Acropole, 1988.

Il semble que la B.S.P. ne se soit pas tout à fait rendu compte que la drogue n'est plus contrôlée seulement par les trafiquants professionnels et leurs intermédiaires attirés. Elle infiltre la ville. Il ne suffit plus de surveiller quelques « *viviers* ». Aujourd'hui, de plus en plus souvent, le « *junkie* » même adolescent est devenu un délinquant manipulé, dès qu'il est « *accroché* », par les intermédiaires des trafiquants, certes, mais aussi par d'autres milieux à d'autres fins : par les proxénètes ; par les spécialistes de l'immigration clandestine ; par les trafiquants de faux papiers ; par les receleurs travaillant pour d'honorables antiquaires, etc... Les toxicomanes de la fin des années 80 sont souvent les instruments manipulés de plusieurs délinquances.

Or, si les médecins soignent le toxicomane et se désintéressent du braqueur qu'il est peut-être, les policiers, eux, arrêtent le braqueur et se désintéressent du toxicomane qu'il est peut-être. La loi est ainsi faite que s'il ne le réclame pas lui-même du fond de sa prison, le jeune toxicomane arrêté pour vol ne sera pas examiné par un médecin, alors que le toxicomane arrêté pour usage seul sera déféré à l'autorité sanitaire. Il a fallu la création à l'Hôtel Dieu d'un service d'urgence médico-judiciaire pour révéler combien souvent le cambrioleur était également toxicomane et donc justiciable d'un traitement approprié.

Ce n'est là qu'un exemple, pris pour illustrer les changements observés dans la population des toxicomanes. Mais, il permet de déceler certains effets tout à fait imprévus de la loi de 1970, et même de ses dispositions les plus généreuses et les plus remarquables : celles-là même qui réservent anonymat et gratuité des soins à qui cherche de sa propre volonté à se faire soigner. Les « *sous-prolétaires* » parmi les toxicomanes, les sans famille, sans domicile fixe, « *employés* » par des proxénètes ou des receleurs à se prostituer ou à voler n'auront pas droit à une visite médicale, à un entretien avec un spécialiste, à une désintoxication suivie, sauf s'ils en font eux-mêmes la demande ! Or, ceux-là, il suffit d'entendre leurs témoignages, ne savent même pas qu'ils y ont droit. Ou font tout pour l'éviter. Ou l'envie de s'en sortir leur traverse l'esprit, puis les abandonne. « *Un toxico, quand il a un coup de ras le bol, il faudrait le prendre sur le vif* ». « *En prison, ça n'intéresse personne un toxico* » (émission de télévision du 4 décembre 1988 sur M 6), ni après la prison.

Lorsqu'elle a cru qu'on allait considérer le toxicomane comme un délinquant plus que comme un malade, l'opinion s'est très sagement émue. Mais elle ne s'est pas rendu compte que du moment où il est, par ailleurs, délinquant (voleur le plus souvent) le toxicomane est encore un malade. Or, c'est lui qui bénéficiera le moins souvent non seulement des soins mais également des alternatives à l'incarcération que sont les placements sous contrôle judiciaire avec cure de désintoxication, prise en charge par une association, stage de formation, etc... « *Pour échapper à une peine de prison, pour qu'une association vous prenne en charge, il est préférable d'être un homme, d'avoir moins de 25 ans, d'être français et de n'être pas toxicomane. (...) Ainsi le travail d'intérêt général est-il réservé à ceux qui ne sont pas toxicomanes, mais comme 60 % des personnes déférées à la huitième section font usage de drogues plus ou moins douces, cette peine de substitution est rarement appliquée* » (1).

Ce que chacun s'accorde à appeler la « *prolétarianisation* » de la toxicomanie découvre bien les lacunes de dispositions qui ont été prises à une époque où les jeunes drogués étaient des enfants de la bourgeoisie dont il fallait tout faire pour sauver l'avenir sans contraindre ni réprimer trop durement. Les petites maghrébines prostituées revendeuses de drogue ou ceux que les médecins chargés de la lutte contre la toxicomanie appellent « *les loulous de banlieue* » pour les distinguer des toxicomanes de bonne famille, celles-ci et ceux-là semblent bien inopportuns de venir troubler le tableau du « *mal du siècle* » dont on était presque parvenu à s'accommoder. C'est pourtant vers eux qu'il faut diriger les efforts, et sans attendre de chacun d'eux qu'ils fassent eux-mêmes la démarche volontaire de vouloir « *décrocher* ».

Ne serait-ce qu'à cause du S.I.D.A., dont l'apparition et le développement, parmi les toxicomanes habitués des injections, ont totalement modifié et la situation, et la manière de l'aborder. On pourrait même dire que l'éthique, sinon permissive du moins libérale, qui sous-tendait l'approche des problèmes posés par la toxicomanie jusqu'à l'invasion du S.I.D.A., cette éthique profondément généreuse dans son principe, qui poussait à respecter jusqu'à un certain point les conduites auto-destructrices des jeunes toxicomanes car tel était leur choix, telle était leur volonté, pour plutôt offrir son aide et attendre les demandes, instaurer un dialogue et le poursuivre à travers fuites, mensonges et rechutes, avec patience, cette éthique apparaît dérisoire. Le respect de la liberté de l'autre vaut-il qu'on fasse litière du respect de sa vie, et de la vie de celles et ceux qu'il peut contaminer ? Cette question est d'une urgence absolue. Il faut savoir y répondre et agir vite.

(1) L. Davenas, *op. cit.*

On n'a plus besoin de débattre à l'infini de savoir si se droguer c'est chercher à se détruire ou chercher le plaisir.

La pénétration de la toxicomanie depuis quelques années parmi les jeunes des milieux défavorisés ou populaires est un des changements le plus souvent signalé par les observateurs de toutes obédiences. Mais il n'est pas le seul.

On mentionne de plus en plus un certain vieillissement de la population des centres de soins et des post-cures. Il faut entendre par là que, de plus en plus fréquemment, ces établissements voient venir ou revenir des hommes et des femmes de plus de 23-24 ans, qui ont derrière eux un passé déjà long de consommations illicites diverses, entrecoupé de cures de sevrage, de périodes d'abstinence, puis de rechutes graves. Il s'agit là d'une clientèle très différente de celle des primo-toxicos adolescents. Même si, quand ils ont commencé à fumer et à sniffer vers 16 ans, ceux-là ont pu croire que c'était par « *idéologie* », lorsque, on les retrouve à 25 ans, « *décrochés-raccrochés* », ils sont différents et posent des problèmes différents. Ils n'ont plus aucune illusion sur la drogue. Ils ont vu mourir certains de leurs camarades et, parfois, eux-mêmes ont frôlé la mort. Ils n'ont plus confiance en aucune thérapeutique, ni en aucun thérapeute. Ils n'ont plus aucune confiance en eux-mêmes. En outre, ceux-là, relâchés dans leur milieu habituel de vie, sont les proies désignées des « *dealers* » de leur quartier, de leur ville, qui les poursuivent, les traquent, les font retomber dans ce qu'ils savent pourtant être un cycle infernal. Il faut prévoir, c'est sûr, une augmentation régulière de cette clientèle, « *lourde* » et difficile dans les années à venir. Leur santé est toujours délabrée. Leurs situations familiales toujours dramatiques car, après huit ou dix ans de drames répétés, leurs parents sont épuisés, ruinés, excédés ; en outre, elles ou ils ont généralement un conjoint toxicomane, et assez souvent un enfant. Mais, surtout, c'est leur état psychique qui pose les plus gros problèmes. En appeler à leur responsabilité, à leur volonté est peine perdue. Est-ce le fait d'un tempérament et d'une histoire personnelle ? Est-ce la conséquence de la prise de drogues puissantes pendant des années ? Chez eux, la capacité de récompense, de plaisir, de bonheur se trouve annihilée (on appelle cet état l'anhédonie) et même la capacité d'espoir. Ce sont de grands dépendants, sujets aux rechutes, qui ne peuvent être laissés à eux-mêmes en milieu ouvert. Il faut sans doute les changer de région pour les couper de leurs sources habituelles d'approvisionnement. Il faut prévoir des structures qui les acceptent, les gardent, les aident. Mais qui ? Sans doute est-ce pour eux que la question de la prise en charge de leur désintoxication par d'anciens toxicomanes guéris se pose le plus nettement et se posera de plus en plus souvent. Nous verrons, qu'après avoir été le monopole des psychiatres, le traitement des toxicomanes est passé également aux mains des psychologues et des éducateurs. Faut-il envisager des intervenants plus concernés et plus crédibles aux yeux des « *vieux* » intoxiqués ? Faut-il espérer trouver des solutions opérationnelles en laissant d'anciens toxicomanes aider ces « *chevaux de retour* » dont ils connaissent à la fois tous les mensonges, toutes les esquives mais aussi tous les désespoirs ? Mais à quelles conditions ?

Tout à fait différents, et surprenants pour les spécialistes, se présentent depuis deux ou trois ans des cas nouveaux : il s'agit d'adultes jeunes encore autour de la trentaine, qui ont une vie professionnelle stable et souvent même un travail qualifié. Tardivement, ils commencent une toxicomanie, à la cocaïne dans certains milieux professionnels (show business, publicité, journalisme) ou directement à l'héroïne. Ceux-là ont peur d'échouer, sont sous tension permanente, cherchent à échapper à ce stress ou voudraient oublier un échec. On s'aperçoit, à cause de leurs cas, que les « *pushers* » se sont infiltrés dans les entreprises et démarchent dans les milieux de travail. Ces toxicomanies sont graves, car généralement les doses de départ sont fortes et fréquentes, et elles entraînent rapidement des incapacités de remplir convenablement ses tâches professionnelles pour l'intéressé, par moments : hébétude, pertes de mémoire, mauvaise coordination des mouvements, vertiges, etc... Ces toxicomanies au travail vont certainement poser de nouveaux et graves problèmes éthiques et sociaux : étant donné les conséquences qu'elles peuvent entraîner, doit-on les dépister ? qui ? quand ? Avec quelles garanties d'anonymat et de discrétion pour le travailleur ? Quelles garanties de sécurité pour l'employeur ? Il nous faudra envisager sérieusement ces questions car il apparaît que, après les collèges et les lycées, les bureaux et les ateliers deviennent des terrains de chasse pour les tentateurs — et ils le seront plus encore si la cocaïne et les produits à base de cocaïne ou d'amphétamines, crack, ecstasy, etc...) courants en Amérique franchissent l'Atlantique.

Restent les enfants : il est indéniable que des tentatives ont été entreprises sur des enfants encore à l'école primaire ou dans les premières années, pré-adolescentes, du collège. Il s'est agi de haschich et de solvants organiques surtout : trichloréthylène, colles, dérivés du toluène, acétone, produits inhalés qui provoquent chez l'enfant une rêverie avec des distorsions perceptives, des ivresses, parfois des comas. Il est évident que les enfants cherchent une transgression, qui apporte en même temps une expérience grisante dont ils peuvent ensuite se vanter à d'autres enfants des mêmes âges. C'est une sorte d'initiation qu'ils se lancent les uns aux autres, le défi d'oser.

L'inhalation de colles semble avoir été une mode qui a touché de nombreux établissements scolaires au début des années 80. En dépit des sérieux dommages qu'elle a causés, elle ne semble pas avoir pris des proportions catastrophiques. Elle pose cependant très nettement l'indication des âges auxquels il convient de commencer éducation à la santé et information préventive : avant dix ans. Elle incite également à regarder en face un problème nouveau que les Américains ont déjà découvert : celui des enfants de toxicomanes, qui, très jeunes, cherchent à fumer du hasch, essaient des produits divers, quand ils ne dérobent pas à leurs parents les substances dont ceux-ci usent en se cachant (croient-ils). Ces constats doivent conduire à confier à l'école une réelle éducation des enfants à la résistance aux divers dangers qui menacent la santé physique et mentale. Cette éducation doit être dispensée avant la fragile et dangereuse période adolescente. Elle doit servir de protection naturelle de l'enfant contre la curiosité pour les expériences dangereuses et contre certains comportements familiaux malsains (alcoolisme, prises inconsidérées de médicaments, tabagisme, toxicomanie).

Bien entendu, dans l'immense majorité des cas les familles des toxicomanes ne sont pas elles-mêmes consommatrices d'excitants ou de calmants et ne peuvent être tenues pour « responsables » de la fuite en avant de leur enfant. Cependant, pendant des années, elles ont été tenues à l'écart par les spécialistes traitant leurs enfants. On peut même dire qu'elles ont été culpabilisées en même temps qu'abandonnées à leur malheur, sans soutien ni conseils. Depuis quelques années, un retournement s'est heureusement produit, et on a commencé à écouter les parents et à tenter de les aider, allant même jusqu'à pratiquer des thérapies familiales. C'est là un changement majeur.

Non seulement il permettra de mieux comprendre l'étiologie de certaines toxicomanies, mais encore il impliquera les parents dans le traitement de leur enfant. Ils auront l'impression de jouer un rôle dans sa guérison, au lieu d'être relégués dans une irresponsabilité pesante, considérés comme se mêlant de ce qui ne les regarde pas, s'ils désirent faire quelque chose, toujours mal jugés, qu'ils agissent ou laissent aller les choses, qu'ils grondent ou excusent. « *Nous n'avons rien compris aux familles, nous avons été très injustes avec elles jusque vers 1980 au moins* », avouent maintenant des spécialistes des toxicomanes. On peut être sûr que dorénavant, les familles seront mieux écoutées. Hélas ! Ces bonnes dispositions se précisent alors même que les carences familiales, surtout paternelles, apparaissent de plus en plus fréquentes dans les cas des jeunes toxicomanes. Le fameux dialogue saura-t-il se nouer ? Non seulement celui du toxico avec ses parents, mais même celui des soignants (de quelque bord qu'ils soient) avec les familles. Il y a beaucoup à faire dans cette voie, et pas seulement par les psychiatres.

On s'aperçoit, à l'issue de cette rapide revue que les changements intervenus depuis ces dernières années n'intéressent pas seulement les toxicomanes, leurs origines sociales, leurs âges, leurs raisons de se droguer ; ils ont également affecté ceux qui se sont occupés de la toxicomanie : ou bien ce ne sont plus les mêmes, ils n'ont pas reçu les mêmes formations et n'appartiennent pas aux mêmes écoles ; analyses, approches, méthodes diffèrent ; même l'origine professionnelle des intervenants a changé. Ou bien les spécialistes des débuts ont eux-mêmes évolué : l'expérience accumulée a modifié leur regard sur les toxicomanes et le temps écoulé a changé leur conception de la société et de la signification de la toxicomanie dans notre société. Ces cheminements personnels et les renouvellements des intervenants confèrent au monde des spécialistes une très grande variété, pour ne pas dire hétérogénéité. C'est une richesse. C'est également une déperdition d'énergie dans des rivalités et des querelles qui ne semblent pas sur le point de s'apaiser.

III. — LES PERMANENCES

En dépit des changements que nous avons relevés, certains traits caractérisent aussi bien les toxicomanes de 1989 que ceux de 1979 ou ceux de 1969.

Il s'agit principalement de l'importance de la crise adolescente dans l'apparition des habitudes toxicomaniaques d'une part, et de la permanence de certains traits de personnalité chez les toxicomanes.

Est-ce à dire qu'il existe une personnalité prédisposée à la toxicomanie ? On ne peut certainement pas aller jusque-là. Cependant, si l'on considère que des milliers de jeunes ont tâté des drogues illicites, il faut bien reconnaître que des milliers n'ont pas recommencé, alors que ceux qui y sont revenus présentent souvent certains traits qui pourraient apparaître comme des facteurs majorant le risque, plutôt que comme des facteurs prédisposants. Il s'agit souvent de psychopathes suggestibles, qui vivent dans l'instant, impulsifs, naïfs même, qui n'ont pas de sens prévisionnel. Ils sont séduits par l'aventure, surtout si elle transgresse les normes qui leur sont proposées. Ils n'ont pas de sens éthique, ne reconnaissent aucun frein moral, aucune règle sociale qui les empêcheraient de rechercher une expérience et surtout un plaisir. Ils résistent peu au prosélytisme.

Cette description schématique ressemble trait pour trait à la personnalité **acquise** rapidement par le toxicomane, même s'il ne l'avait pas à l'origine. Aussi est-il difficile de parler de susceptibilité particulière : qu'est-ce qui est primaire, qu'est-ce qui est secondaire, une fois la toxicomanie installée ?

Une chose est sûre, c'est qu'elle se traduit par un comportement qui est toujours le même. Les toxicomanes se ressemblent tous au bout d'un certain temps de pratique, et même on peut dire que les adolescents d'aujourd'hui ressemblent aux opiomanes adultes d'autrefois : ils se reconnaissent à leur propension à privilégier exclusivement dans leur vie le plaisir de la consommation toxique qui efface tout le reste et supprime tous les intérêts intellectuels et tous les investissements affectifs. L'ancien élève de Normale Supérieure (1) adopte la même vie, les mêmes habitudes, les mêmes idées fixes et le même vocabulaire que le jeune immigré africain illettré : l'un comme l'autre ne parlent que de « *la blanche* », de « *la poudre* », avec les mêmes mots d'initiés éperdus, prétendant être fins connaisseurs même quand ce n'est pas vrai. Celui ou celle qui vit en couple et croit aimer mobilise en fait tout son potentiel affectif vers la seule « *dope* » qui est son envoûtement amoureux, sa seule passion. « *La trajectoire de la vie semble se polariser sur la recherche du toxique et de l'élation induite* » (Prof. H. Loo).

Certains schizoïdes peuvent rencontrer la drogue alors qu'ils recherchaient « *l'obscur et l'incertain* » : ils croient trouver un système alors qu'ils avaient coupé les amarres avec le réel dès avant leur toxicomanie, laquelle aggrave les traits morbides de leur personnalité, surtout la cassure d'avec le réel.

Certains émotifs inhibés peuvent chercher dans la drogue un effet libérateur de leurs blocages. Mais les psychotiques vrais abandonnent d'eux-mêmes, comme du reste les grands névrotiques.

En fait, l'être le plus exposé est celui qui est dans ce qu'on appelle « *état limite* » ou « *border-line* », perturbation narcissique profonde, culte du moi « *en attente de personnalité* » c'est-à-dire l'adolescent en pleine crise d'originalité juvénile. Il veut faire ce qui lui plaît, s'étonner lui-même, surprendre les autres, « *passer à l'acte* » sans réfléchir, qu'il s'agisse de se saouler, de se battre, de se piquer ou de se suicider.

Cette difficulté individuelle et cette affirmation individualiste vont souvent de pair, paradoxalement, avec une aspiration d'appartenance à un groupe, à une communauté, surtout chez les garçons : on se croit original en s'opposant aux adultes avec les copains. « *Les jeunes fument, c'est normal : les copains passent devant les parents* », expliquait sobrement un ancien toxico à la télévision le 4 décembre 1988. La crise adolescente sera d'autant plus fragilisante que le jeune a des liens plus lâches avec ses parents, que ceux-ci sont désunis, que son père n'est pas là ou ne lui donne ni interdits, ni règles, ne semble pas se soucier de lui, que sa mère assume tout mais ne lui apparaît ni femme ni homme, ni tout à fait mère, ni remplaçant le père. Cette crise sera d'autant plus dangereuse que lors de cette poussée narcissique désordonnée la société n'offre pas d'autres perspectives à sa mégalomanie brouillonne que des années d'attente, sans rôle ni responsabilité. La rupture est remarquable entre la rapidité des évolutions du monde moderne, l'accélération permanente, ce que le docteur Olievenstein appelle « *la cinétique* » et les années d'attente infligées à l'adolescent avant de « *s'insérer* » dans la vie. La drogue apparaît à certains un moyen d'exploration de cette accélération à laquelle ils voudraient s'identifier.

Il ne faudrait pas oublier, dans les causes assez stupides de la toxicomanie, la curiosité doublée toujours, sans exception, de la certitude que l'on saura s'arrêter. Pas un toxicomane qui n'ait été sûr que lui arrêterait quand il le voudrait. Pas un seul qui ne croie que le malheur n'arrive qu'aux autres, que « *tant que c'est bon... ça ne peut pas être mauvais, et si ça devient mauvais, j'arrêterais.* » Il faut y ajouter la recherche « *psychédélique* » contenue déjà dans les musiques qui sont offertes aux jeunes. Plusieurs drogues, dont le haschich, aiguïssent les sensations auditives. Il en va du rythme des musiques aujourd'hui « *consommées* » par les jeunes comme du vocabulaire d'initié limité et obsessionnel des toxicomanes : c'est toujours la même chose, accéléré toujours, paroxystique, « *défonçant* », cherchant à créer une certaine extase et pourtant c'est toujours le même rythme, la même monotonie culminante — à l'image des drogues — recherche de plaisir à la fois solitaire et collectif sans signification particulière, sans avenir. Il est étrange que la société s'indigne de la toxicomanie et demeure indifférente à une véritable culture de drogués qui se répand partout et va des effets lumineux aux rythmes hystériques en passant par les paroles indéfiniment répétées par des « *idoles* » elles-mêmes droguées...

(1) Michel Rodier et Éric Musard, « Dans la rue, l'héroïne », Éd. Autrement, 1983.

CHAPITRE IV

LA LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE : DISPOSITIF LÉGISLATIF ET RECHERCHE D'UNE POLITIQUE

I. — UN CLIMAT PEU PROPICE A UNE ACTION RÉSOLUE

C'est vers la fin des années 60 que la grande criminalité s'est lancée, à l'échelle internationale, dans le commerce des drogues illicites et que les adolescents et les jeunes, cibles choisies, ont commencé à être soumis à une offre clandestine très soutenue. Ceux qui ont investi dans ce commerce infiniment lucratif ont profité de la conjonction d'un climat idéologique libertaire et de certaines tensions sociales. En outre, ils n'ont guère cessé d'exercer un continu conditionnement de l'opinion afin de démobiliser les défenses de la société. Il s'agit bel et bien d'une véritable guerre psychologique dont les agents, fréquemment, ne sont nullement les trafiquants bénéficiaires, mais des personnes innocentes qui répètent des rumeurs ou expriment des inquiétudes sincères, voire des « spécialistes » de la toxicomanie qui veulent à tout prix avoir raison contre l'administration ou contre d'autres spécialistes. Cette guerre psychologique se développe sur plusieurs fronts, et cherche à **mettre en cause les moyens de défense de la société contre la drogue**. Cette guerre psychologique utilise différents thèmes, parfois contradictoires apparemment l'un de l'autre, mais visant tous au **découragement de l'action contre la toxicomanie**.

A. — LES ARGUMENTS UTILISÉS

On reconnaît assez aisément avec un peu d'habitude ces thèmes suggérés, innocemment répétés et vulgarisés, à leur vocabulaire stéréotypé. Les arguments développés sont toujours les mêmes, et les personnes qui les avancent emploient toutes les mêmes mots, non seulement en France, mais également aux États-Unis, en Allemagne, aux Pays-Bas, en Italie, en Espagne, en Grande-Bretagne. Ainsi, il nous a été donné d'entendre répéter ou de lire, dans ces différents pays, exactement la même phrase pour parler de l'« Ecstasy », drogue hallucinogène qui se répand actuellement aux États-Unis et a déjà débarqué en 1988 en Angleterre : « *Il s'agit d'une drogue sans danger qui ne crée pas d'accoutumance* ». Depuis des mois, cette affirmation (qui a été reprise dans un journal télévisé d'Antenne 2 et dans l'Événement du Jeudi du 8-14 décembre 1988) court en anglais, en italien, en espagnol, utilisant les mêmes mots. Cette répétition n'est pas le fait du hasard. Elle prouve que la formule lancée a été voulue « *mémorisable* », comme le cherchent toutes les publicités. Souvent, les personnes qui répètent cette affirmation ajoutent : « *C'est un médecin qui l'a dit* ». Personne n'a jamais pu nous donner ni le moindre renseignement sur la composition chimique de cette drogue, ni le nom, bien sûr, du médecin qui lui aurait conféré ce label d'innocuité.

Un autre exemple récent et tout à fait intéressant est l'extraordinaire faveur dont jouit depuis quelques mois, encore une fois en France et hors de France pareillement, l'argument : « *Il faut libéraliser la drogue pour casser le trafic*. » Le terme *libéraliser* est toujours employé, dans les conversations privées, dans les émissions de radio ou de télévision, dans les articles (voir Le Point du 19 décembre 1988) et il tend à rendre impopulaire la résistance de nos sociétés à la drogue, laissant entendre que les mesures répressives servent les buts des trafiquants alors que la meilleure

façon de les neutraliser serait de suspendre la lutte. Le plus étrange est que toutes les différentes personnes qui véhiculent cette rumeur emploient le verbe « *libéraliser* » comme un leitmotiv, mais ne comprennent pas ce terme de la même façon. En fait, elles répètent le mot « *libéraliser* » alors qu'elles devraient en utiliser un autre : certaines, en effet, croient que cela signifie que la drogue devrait être vendue à bas prix chez les pharmaciens ou chez les buralistes pour empêcher les gros trafiquants de faire de gros bénéfices : mais alors, elles devraient demander le « *contrôle* » du commerce de la drogue avec prix imposé, et non sa « *libéralisation* ». D'autres entendent, par « *libéraliser* » la drogue, en fait une « *dépénalisation* » de l'usage de drogue, qui deviendrait « *licite* » et non « *libéral* ». Aucune n'avance que les trafiquants et revendeurs devraient pouvoir librement offrir leur marchandise sans risque de poursuites, comme dans une économie « *libérale* », sans avoir non plus à payer patente. C'est pourtant le but poursuivi par l'offensive conduite des deux côtés de l'Atlantique : démanteler les systèmes de répression, sous le fallacieux prétexte que la libre vente des produits fera disparaître la toxicomanie !

B. — LES THÈMES DÉMOBILISATEURS, UTILISATION PERVERSE DE VRAIS PROBLÈMES

On trouvera, au chapitre IX, une série de citations, extraites de la presse parlée ou écrite, qui colportent toutes des « *informations* » ou des idées visant à jeter le discrédit sur les systèmes de lutte contre la drogue, d'une manière ou d'une autre. Les thèmes les plus souvent lancés et repris par des commentateurs naïfs — ou complices — sont :

1° Le thème de l'inefficacité de toute lutte

La répression ne sert à rien ; elle est inutile, vouée à l'échec ; on ne prend jamais les gros, donc ça recommencera toujours ; on n'a aucun intérêt à les mettre en prison, car le trafic continue, etc... donc, plus de lutte antidrogue qui coûte cher et n'a pas de sens.

2° Le thème « droits de l'homme »

Chacun est libre de faire ce qu'il veut de son corps et de sa vie, sa santé c'est son affaire, on n'a pas le droit de légiférer dans ce domaine, ni surtout de réprimer. La tolérance doit être totale, donc pas de drogues « *illicites* » et pas de « *délits* » pour ceux qui les consomment ou les distribuent, pas de « *prohibition* ».

3° Le thème déculpabilisant

La drogue n'est pas si grave que ça, on exagère les risques. Tout le monde y goûte chez les vedettes. Il faut bien que jeunesse se passe. Il y a des drogues « *douces* », « *inoffensives* ». La drogue c'est bénin, comparé à l'alcool qui, lui, est licite et tue : or, on ne fait rien contre l'alcoolisme tandis qu'on punit la toxicomanie « *dont on ne meurt pas* » (arguments défendus avec une extrême mauvaise foi par des personnes qui n'évoquent jamais le S.I.D.A. ni les hépatites B) (1).

4° Le thème de la société qui secrète ses intoxications

C'est au sein de notre société déséquilibrée qu'il faut chercher les causes de la toxicomanie : elle produit ses poisons et son goût pour les poisons ; sauf à changer totalement la société, elle ne peut produire les instruments de sa guérison. La lutte qu'elle conduit est elle-même pourrie. Donc, il faut l'arrêter.

5° Le thème de la mode qui va passer

C'est venu, cela disparaîtra de soi-même. Si l'on prend des mesures répressives, cela durera. Si on laisse faire, un beau jour cela s'arrêtera : thème introduit par le mot piège « *libéraliser* », sur lequel brodent les discussions actuellement en cours en Italie, aux Pays-Bas. Un « *optimisme* » inexplicable qui revient comme un mythe consolateur... et démobilisateur.

(1) Cf. le long article du Point du 19 décembre 1988 écrit de cette encre.

II. — BREF HISTORIQUE DE LA LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE 1970-1989

Il convient de se rappeler que c'est dans un climat d'équivoques et d'ambiguïtés entretenu par ce type de propagande qu'il a fallu délibérer, choisir une législation, installer un dispositif défensif contre la toxicomanie. *« Au système que mettent en place les trafiquants et leurs alliés conscients ou naïfs doit répondre un anti-système efficace, adapté et souple »* (Guy Thuillier, op. cit.). Le système mis en place en France est certainement souple et mérite la considération que lui portent différents pays étrangers qui se sont moins préoccupés de ce problème et se trouvent aujourd'hui débordés. Est-il adapté ? Est-il efficace ? Nous verrons qu'on peut, poser ces deux questions pour réveiller les énergies.

Car il convient d'en retracer brièvement l'histoire, afin de mettre en évidence cette vérité : la meilleure des législations, le plus varié et le plus complet des systèmes perdent leur efficacité s'ils ne sont pas **appliqués et animés par une volonté soutenue et une conviction forte**, en somme dès que la vigilance se relâche, dès que la collaboration entre les administrations chargées de cette lutte s'affaiblit dans des rivalités et des particularismes.

A. — ÉTAPES DE L'ÉLABORATION D'UNE LÉGISLATION

Une commission interministérielle *« des stupéfiants »* a fonctionné depuis 1930, placée après 1945 sous la tutelle du ministre de la population chargé de la protection sanitaire et sociale. Cette commission a joué un rôle essentiel dans l'interdiction ou la très stricte limitation de la production et de la transformation des substances *« inscrites au tableau B »*, et elle a été également un carrefour d'information et de réflexion sur le problème, alors très marginal, de l'abus de drogues. Cependant, l'apparition de stupéfiants synthétiques, puis l'explosion des toxicomanies des jeunes à partir de 1968 ont modifié la situation. Les sanctions pénales prévues pour les producteurs et trafiquants de drogue durent être actualisées et aggravées, et la commission parlementaire chargée de préparer ce projet le compléta par de nouvelles dispositions concernant les usagers, prévoyant leur traitement médical et faisant échapper aux sanctions ceux qui le suivraient. C'est ainsi que fut élaborée la loi du 31 décembre 1970 qui traite d'une part du trafic et des pénalités à lui appliquer, d'autre part des mesures sanitaires de lutte contre l'usage des stupéfiants. Cette loi, préparée par un important travail d'information, apparut comme novatrice et libérale et fut votée à l'unanimité.

Elle innovait moins qu'on ne l'a prétendu : la loi du 24 décembre 1953 **permettait déjà au juge d'instruction d'astreindre un usager à subir une cure**, et la loi du 15 avril 1954 sur les alcooliques dangereux était inspirée du même principe en **imposant une cure de désintoxication aux alcooliques non délinquants** que leurs excès rendaient dangereux pour les autres et pour la société.

La loi de 1954 contre les alcooliques dangereux montre déjà la voie que suivra la loi du 31 décembre 1970 contre la toxicomanie : la société se reconnaît le droit d'intervenir quand un abus de consommation (ici d'un produit licite, l'alcool) retentit sur la santé des individus et les rend dangereux pour eux-mêmes et pour autrui. Elle oblige à se désintoxiquer même l'alcoolique qui n'a commis aucun acte délictueux. Contrairement à ce que beaucoup répètent, la société n'est pas *« sévère pour la drogue et indulgente pour l'alcool »*. Ainsi, l'alcoolémie est mesurée chez les conducteurs de véhicules après accident alors qu'il n'est pas procédé à la recherche de T.H.C. (1) dans les urines du conducteur qui était peut-être en état d'ivresse cannabique. Ainsi, l'état d'ébriété n'est pas considéré comme une excuse lors d'un délit, mais comme une *« circonstance aggravante »*.

B. — LES PRINCIPES DE LA LOI

Même si elle n'a pas autant innové qu'on l'a dit, la loi de 1970 de lutte contre la toxicomanie fut une étape importante. Elle s'ordonne autour de quatre principes qui sont le fruit de compromis entre *« les médecins »* d'un côté et *« les magistrats »* de l'autre.

(1) Tetrahydrocannabinol.

1° **L'usage de drogues illicites doit être réprimé**

La société reconnaît aux individus un droit aux soins et y participe à travers la sécurité sociale et l'aide sociale : il est normal qu'en contrepartie elle impose des limites à « *l'utilisation que chacun peut faire de son propre corps, surtout s'il s'agit de substances dont les spécialistes dénoncent unanimement l'extrême nocivité* ».

2° **L'usage de tous les stupéfiants est interdit** : la loi n'entre pas dans les distinctions spécieuses entre celles que certains appellent drogues « *douces* » (le choix de l'adjectif devrait le rendre suspect) et les autres substances, malgré des discussions très intenses sur ces sujets. Le principe retenu, plutôt que de distinguer entre des drogues qui chacune se présentent sous des formes très variables, a été de considérer la gravité (quantité) ou la persistance de l'usage, et de ne pas réprimer la première infraction. C'est la réitération qui fait la toxicomanie, et non le produit seul.

3° **Priorité à l'action médico-sociale** : c'est « *l'alternative médicale* » offerte aux usagers. L'autorité judiciaire suspend les poursuites en cas de traitement volontaire ou accepté. La répression s'efface devant « *l'autorité sanitaire* » qui prend le relais. Les deux administrations, judiciaire et sanitaire, doivent collaborer étroitement. Le toxicomane est un malade avant d'être un délinquant. Suite de l'amendement Delon, ce principe est devenu « *l'injonction thérapeutique* » que certains médecins comme certains magistrats ont jugé un produit bâtarde de compromis difficile à mettre en œuvre.

4° **Anonymat et gratuité des soins** garantis à tout usager qui se présente spontanément à l'autorité sanitaire. Cette disposition très généreuse était destinée surtout aux mineurs, affiliés à la sécurité sociale du fait de leurs parents, pour leur permettre de se faire soigner sans débours financiers et à l'insu de tous, même éventuellement de leurs parents.

Si l'on ajoute à ces principes d'autres dispositions, comme la possibilité pour **les juges d'instruction** d'astreindre par ordonnance un inculpé à suivre une cure dans un établissement agréé ou dans une famille d'accueil sous surveillance médicale ; de recourir au **contrôle judiciaire** avec recommandation de traitement médical ; la possibilité pour **les juges des enfants** d'ordonner une cure de sevrage et de préconiser un traitement en milieu ouvert, etc... on comprend à quel point l'efficacité de la loi dépend de la collaboration étroite entre les administrations judiciaires et sanitaires.

C. — LA CIRCULAIRE DE 1972

Le législateur a voulu, de manière très claire, **médicaliser** l'usage de stupéfiants **sans le dépénaliser**. La balle a été lancée dans le camp des médecins, et même plus particulièrement **des psychiatres**. La circulaire du 29 mars 1972 émanant du ministère de la santé et portant « *organisation sanitaire dans le domaine de la toxicomanie* » est claire sur ce point. Bien qu'elle souligne la « *pluralité des modes d'approche* », elle désigne : « *les dispensaires d'hygiène mentale* » comme unités d'accueil, et appelle au développement de centres spécialisés qui doivent collaborer avec les « *équipes psychiatriques de secteur* » ; les « *unités psychiatriques* » pour les cures de sevrage le plus fréquemment ; des centres de post-cures « *traitant pendant quelques mois en cure psychothérapique les toxicomanes* » après le sevrage. Le personnel de ces centres « *devra avoir surtout une formation psychiatrique ou psychologique* » dans les centres pour personnalités fragiles.

La psychiatrisation de la lutte contre la toxicomanie à ses débuts a donné lieu à des affrontements doctrinaux : à vrai dire, personne ne savait exactement que faire, et ce fut l'ère des expériences les plus variées passionnément défendues, des affrontements théoriques, des discussions d'école.

D. — LA MISSION PELLETIER

Cependant, l'action des administrations policière, judiciaire et sanitaire se relâchait quelque peu, et à partir de 1975 la toxicomanie augmenta en flèche, alors même qu'on croyait l'avoir jugulée. Différents rapports l'attestèrent. Le plus important fut celui de la Mission confiée par le Président de la République à madame Monique Pelletier en 1977-1978. Cet important rapport, encore très imprégné du psychologisme des années 1970 face à la toxicomanie, rendait un diagnostic assez pessimiste et avançait de nombreuses propositions d'action dont la plupart, plus de dix ans après, demeurent d'actualité, d'autant plus qu'elles n'ont pas été mises en œuvre par les administrations concernées, ou insuffisamment.

Madame Pelletier soulignait la nécessité de « *disposer d'une structure administrative adaptée* », par exemple une délégation permanente auprès du Premier ministre chargée des problèmes de toxicomanie, formule qui, écrivait-elle, aurait l'avantage de « *mieux faire apparaître que la toxicomanie constitue réellement un problème interministériel et de créer un pôle permanent où le souci de relancer l'action se manifeste utilement* ».

Son souhait ne fut pas réalisé, l'action se relâcha et la toxicomanie s'étendit à d'autres milieux sociaux, tandis que les éducateurs remplaçaient les psychologues dans les centres spécialisés. La doctrine du gouvernement était toujours la diversité des structures et des expériences, comme en témoigne la circulaire du 3 juillet 1979 relative à l'organisation des post-cures. Néanmoins, cette circulaire laisse apparaître l'influence prépondérante des « *spécialistes* », psychiatres pour la plupart, et met en garde contre la place que pourraient prendre d'anciens toxicos guéris dans le personnel d'encadrement des centres (visant ainsi déjà l'association le Patriarche).

E. — ENFIN UNE STRUCTURE ADMINISTRATIVE

Le 8 janvier 1982 est enfin instituée une « *mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie* » (M.I.L.T.) pour préparer les délibérations du Comité interministériel et veiller à l'exécution des décisions prises, en matière de prévention, de formation des personnels intervenant dans la lutte contre la toxicomanie, d'accueil, de soins et de réinsertion des toxicomanes. La M.I.L.T. est mise sous la tutelle du ministère de la solidarité nationale. Mais elle ne dispose malheureusement ni de services, ni d'un budget convenables. La situation continue de se détériorer, comme le prouvent les statistiques du chapitre II. En 1983, le Président de la République déclare même : « *il faut se fâcher* », résumant par là la nécessité d'une mobilisation des énergies. Malgré des efforts méritoires des institutions de prise en charge des toxicomanes et des réseaux de familles d'accueil, on sent les services administratifs en retard sur les évolutions, ne parvenant pas à les maîtriser, les uns par indifférence voire tolérance résignée au phénomène toxicomane, les autres par manque de moyens (on est en période d'austérité budgétaire) mais surtout par manque de coordination et de collaboration et par manque de confiance dans les modalités proposées. Aucun « *traitement* », aucune méthode n'a prouvé son efficacité. L'influence des médecins s'affaiblit quelque peu, mais cependant l'administration n'a pas d'autre doctrine et refuse de soutenir des centres de soins « *alternatifs* » comme ceux de l'association du Patriarche qui commencent à se multiplier.

F. — DÉCENTRALISATION DE LA LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE

En février 1985, le Premier ministre place sous son autorité directe la M.I.L.T. afin de signifier « *le très haut degré de priorité que le gouvernement accorde à la lutte contre le fléau social et individuel que représente la toxicomanie* » et il crée les comités départementaux de lutte contre la toxicomanie, correspondants locaux de la M.I.L.T., coordinateurs des actions relevant de la compétence des autorités qu'ils regroupent. Ces comités doivent se réunir au moins une fois par semestre et un programme précis de travail leur est imparti. Ils sont le prolongement de la décentralisation. Ils doivent permettre la collaboration des différentes administrations au plan local, c'est-à-dire les représentants de la police, de la gendarmerie, des douanes, des D.D.A.S.S., de l'administration pénitentiaire, de l'Éducation nationale, de la formation professionnelle, de la jeunesse et des sports, etc., ainsi que les procureurs de la République des tribunaux de grande instance des départements et un ou des magistrats du siège.

C'est que la situation est alarmante : les produits toxiques sont, en 1985, en surabondance. Il semble même que de nouveaux réseaux de trafiquants s'implantent et pour se faire une clientèle font du « *dumping* » et proposent le gramme d'héroïne à 250 F alors qu'il est vendu 2 000 F dans la rue voisine. Les toxicomanes sont visibles partout (c'est l'année de l'îlot Chalon) et de plus en plus souvent délinquants. Les prisons s'emplissent de toxicomanes qui ne bénéficient pas de suivi médical spécifique, d'où des décès fréquents par overdoses à la sortie de prison. Une enquête à Fleury-Mérogis en 1985 révèle que deux toxicomanes incarcérés sur trois ne connaissent pas l'existence du dispositif de soins anti-toxicomanie et n'y ont jamais eu recours. D'autre part certaines régions comme le Nord-Pas-de-Calais sont sous-équipées alors que la drogue s'y répand.

Il faut s'occuper des familles qui jusqu'alors avaient été trop souvent tenues à l'écart. D'autant que l'inquiétude monte car le lien toxicomanie-S.I.D.A. est alors établi. Même si l'activité des centres spécialisés croît régulièrement (+ 11 % de 1984 à 1985) les taux d'occupation de ces centres sont nettement insuffisants, et ils n'accueillent qu'une proportion trop faible des toxicomanes. On comptait en 1985 seulement 45 institutions de temps complet (représentant 508 lits autorisés par les D.D.A.S.S.) et 4 réseaux de familles d'accueil ! La même année, la seule association le Patriarche a 28 centres d'accueil à temps complet, dont 25 non reconnus par les D.D.A.S.S., plutôt trop pleins que pas assez.

Certes le dispositif sanitaire reconnu et subventionné est varié et souple, mais est-il suffisant ? Est-il adapté ? Pourquoi les familles d'adressent-elles ailleurs en si grand nombre ? A-t-on trouvé une formule efficace ? Chaque école médicale campe sur ses positions sans cependant établir de bilans positifs ; les succès sont « *estimés* » entre 10 % et 30 %. Un suivi de 250 familles qui se sont adressées à l'U.N.A.F.A.L.T. (1) fait état de 60 % « *d'améliorations* » mais de seulement 10 % de guérisons, pour 10 % d'aggravations, et 10 % de morts...

Au moment de conclure un rapport d'évaluation du dispositif de la lutte contre la toxicomanie 1985-1986, le ministère des Affaires sociales estime que le suivi est « *difficile à faire* » et encore plus l'évaluation, et il se réfugie derrière le phénomène de « *l'arrêt spontané* » par les usagers de leur pratique toxicomaniaque « *après un certain temps* » (« *maturing out* ») observation bien peu mobilisatrice ! (in Conclusions, page 17 du rapport).

G. — RENFORCEMENT DE LA M.I.L.T. ET PROJETS CONTESTÉS

C'est alors qu'éclate une vraie tempête : un nouveau gouvernement rattache la M.I.L.T. au ministère de la Justice. Le 23 septembre 1986, les crédits budgétaires qui lui sont alloués pour 1987 sont presque doublés et un plan est annoncé comportant une augmentation forte du nombre des places dans les établissements de soins et de post-cures, un renforcement de la recherche scientifique et de la formation des personnels spécialisés, mais également un projet de création de centres pénitentiaires spécialisés pour détenus toxicomanes, et certaines mesures législatives visant à renforcer le contrôle de l'autorité judiciaire sur la réalité des traitements médicaux suivis par les usagers, ou à permettre aux familles de demander aux juges civils le placement de leur parent toxicomane dans un centre de soins.

Nous avons dit que la loi de 1970 était le résultat d'un compromis entre « *les médecins* » et « *les magistrats* ». Depuis, « *les médecins* » avaient largement dominé la mise en œuvre de cette loi. La prise sous tutelle par le Garde des Sceaux de la M.I.L.T. et le projet de plan de septembre 1986 apparurent en quelque sorte comme la revanche des « *magistrats* » et même comme une tentative de main mise sur la lutte contre la toxicomanie par le pouvoir judiciaire. C'est peu de dire que ces projets provoquèrent un tollé dans les milieux de la santé publique, le ministre de la Santé elle-même n'étant guère favorable — et le faisant savoir — aux centres pénitentiaires spécialisés. Certains médecins spécialisés en psychiatrie des toxicomanes dans le système public allèrent jusqu'à déclarer aux journalistes que ces projets étaient « *de la folie* ». Jamais la lutte contre la toxicomanie ne fut à ce point politisée, les procès en « *laxisme* » et en « *répressionnisme* » se succédant dans des empoignades parfois confuses. Assez rapidement pourtant, presque tout le monde au Parlement est tombé d'accord sur un texte : la loi de 1970, rien que la loi de 1970, mais toute la loi de 1970, que les uns et les autres s'accusèrent réciproquement de n'avoir pas appliquée. Ceci nul ne pouvait le nier. La loi de 1970 sortit renforcée de ces affrontements. La M.I.L.T. conserva des ressources largement augmentées. Comme son président d'alors, M. Fougier, l'a exposé à la section des Affaires sociales, ces ressources furent consacrées à des actions qui, elles, avaient fait l'objet d'un assentiment général. La prévention, la formation et l'information ; la recherche biologique, neurologique, chimique et épidémiologique ; la répression contre le trafic par un renforcement des services spécialisés de la douane et de la police ; l'injonction thérapeutique par une aide apportée à certains parquets et certaines D.D.A.S.S. pour monter des services conjoints capables de recevoir, écouter et suivre des usagers interpellés qui ne sont pas envoyés en prison ; enfin ; les traitements, avec l'accroissement des réseaux de familles d'accueil. Cependant la création, pourtant nécessaire, de nouveaux centres d'hébergements et de réinsertion s'est heurtée à de nombreuses difficultés, et même à des réticences, qui ne sont toujours pas levées.

(1) Union nationale familiale de lutte contre les toxicomanies.

Il ne fut plus question des quartiers pour toxicomanes en prison, non plus que de la modification législative qui permettrait aux familles de demander le placement d'office d'un toxicomane dans un centre de sevrage et post-cure. Ceux-là mêmes qui en acceptaient le principe avancèrent que sa mise en œuvre se heurterait à d'innombrables difficultés. Une telle disposition existe pourtant pour les alcooliques : nombre des cures de désintoxication conduites dans les hôpitaux et cliniques psychiatriques conventionnées le sont en vertu de la loi de 1954, à la demande des familles.

H. — LA M.I.L.T. DOIT DÉFINIR UNE POLITIQUE D'ENSEMBLE

En 1988, dès le changement de gouvernement, la tutelle de la M.I.L.T. fut retirée à la Justice et, par décret du 27 mai 1988, rendue au ministère des Affaires sociales, à la satisfaction du corps médical et des éducateurs et psychologues spécialisés. Mais, dès le 19 août 1988, elle fut placée à nouveau sous l'autorité directe du Premier ministre. Celui-ci nomma un nouveau président, Mme Catherine Trautmann, et lui demanda d'animer une politique qui doit *« se développer selon quatre axes à coordonner à l'échelon interministériel : la répression des trafics, la prévention, les soins, la réinsertion »*. Mission lui est donnée d'adapter le réseau de soins au développement du S.I.D.A. ainsi qu'aux *« habitudes de vie des toxicomanes qui intègrent de plus en plus fréquemment les médicaments et l'alcool »*. D'autre part, pour bien marquer le virage du judiciaire vers le sanitaire, elle est chargée *« de rechercher de nouvelles solutions de prises en charge alternatives à l'emprisonnement »* et de *« renforcer la politique sanitaire dans les établissements pénitentiaires »*.

Comme nous l'a déclaré la nouvelle présidente peu après sa prise de fonctions, la M.I.L.T. n'a, jusqu'ici, pas réellement défini une politique de lutte contre la toxicomanie, et n'a pas eu les moyens et l'autorité nécessaire pour l'imposer aux administrations. Afin de définir cette politique, la M.I.L.T. a l'intention de commencer par mettre au point un système d'évaluation continue en recherchant des critères précis d'appréciation du fonctionnement des structures existantes. Elle consacrera donc ses efforts d'abord à l'évaluation des méthodes et à la coordination des services. Elle cherchera également une définition de l'éthique des intervenants, médecins et éducateurs : ceux-ci doivent soustraire les toxicomanes à un asservissement, mais éviter de les soumettre à d'autres servitudes. (Notons au passage qu'il ne sera plus possible à la M.I.L.T. d'éviter le problème que posent les centres non agréés de l'association le Patriarché, de plus en plus nombreux, qui reçoivent de plus en plus de toxicomanes lourds séropositifs.) Cependant, une réflexion s'impose à la présidente de la M.I.L.T. d'une évaluation critique de l'influence prépondérante prise par la psychiatrie dans l'approche de la toxicomanie. *« Ce n'est pas la seule approche possible »*. En outre, une politique de l'information devra être précisée, *« les discours sur la drogue étant trop souvent pernicioeux, voire incitatifs »*. Une politique complète étant mieux définie, la M.I.L.T. se consacrera au pilotage des actions et compte tenter des expériences nouvelles. Dans l'immédiat, elle devra également intégrer la dimension européenne et internationale qui va acquérir de plus en plus d'ampleur et de cohérence, ce qui conduira peut-être à des modifications, prudentes, de notre législation.

III. — LA LOI DU 31 DÉCEMBRE 1970 ET SON APPLICATION

Adoptée, lors de son vote, à l'unanimité, cette loi a été considérée comme en avance sur son temps. Elle a, par la suite, inspiré des réformes législatives, rendues nécessaires par l'extension de la toxicomanie, dans plusieurs pays voisins (Allemagne, Belgique, Italie). Elle comporte deux parties distinctes : l'une classique, a trait à la répression du trafic ; l'autre, novatrice, concerne l'usage illicite de substances vénéneuses.

Le 10 octobre 1987, la première partie, relative à la répression du trafic a été modifiée par divers articles renforçant les modalités de poursuites des trafiquants et les peines qu'ils encourent.

La seconde partie, relative aux usagers toxicomanes, la seule qui nous intéresse ici, **n'a pas été modifiée depuis près de 20 ans**, fait d'autant plus remarquable que les évolutions du phénomène toxicomane ont été très importantes durant cette période. On peut même dire que les projets de modifications qui ont été évoqués en 1986 et abandonnés en 1987 ont été l'occasion de constater un attachement des parlementaires de tous horizons à cette loi, pourtant très mal connue. Cette unanimité, ou presque, dans la défense de la loi de 1970 s'est accompagnée de regrets qu'elle ait été si peu appliquée et d'accusations réciproques de ne l'avoir pas mise en œuvre. Que dit cette loi ?

A. — LES PRINCIPALES DISPOSITIONS DE LA LOI DU 31 DÉCEMBRE 1970

La volonté de « *médicaliser* » la toxicomanie a conduit à ranger les mesures sanitaires prévues pour les usagers à côté des dispositions du code de la santé publique concernant la « *lutte contre les fléaux sociaux* ». L'article 1^{er} de la loi de 1970 est donc rédigé comme suit : « *Le livre III du code de la santé publique est complété ainsi qu'il suit : Titre VI, Lutte contre la toxicomanie. Article L. 355-14 : toute personne usant de façon illicite de substances ou plantes classées comme stupéfiants est placée sous le contrôle de l'autorité sanitaire* ». Suivent les trois cas possibles :

- Les usagers signalés par le procureur de la République,
- Les usagers signalés par les services médicaux et sociaux,
- Les usagers se présentant spontanément aux services de prévention et de cure.

Dans le premier cas, l'utilisateur en infraction est interpellé par la police et déféré au procureur qui lui enjoint de subir une cure de désintoxication ou de se placer sous surveillance médicale.

Dans les deux autres cas, qui demeurent dans le seul domaine sanitaire, **la loi garantit explicitement au toxicomane**, s'il se présente spontanément dans un dispensaire ou un établissement hospitalier, **le bénéfice de l'anonymat, et la gratuité des soins liée à l'anonymat**.

Il s'agit donc d'une loi d'un type nouveau, comme le disait clairement son rapporteur au Sénat :

« Nous nous trouvons devant une des formes nouvelles que peut revêtir la législation : la forme incitative (...) les articles L. 355-19 et L. 355-20 (...) reposent sur l'espérance que le malade ayant commencé son traitement le continuera spontanément, et que, s'il est nécessaire, le médecin et les autres personnes qualifiées sauront le convaincre à temps de l'opportunité de cette continuation. »

B. — CONDITIONS DU SUCCÈS DE LA LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE

Toutefois, on comprend aisément que cette loi tout à fait remarquable, qui soumet le judiciaire au médical, exige, pour être efficace, l'existence de services administratifs nombreux et bien coordonnés :

1° Son application exige une collaboration pratique et constante de l'autorité policière, de l'autorité judiciaire et de l'autorité sanitaire.

2° Son efficacité dépend de l'existence d'un dispositif de soins et de traitements suffisant et bien adapté aux toxicomanes qui y ont recours ou qui y sont envoyés.

3° En dernier ressort, sa justification même repose sur le postulat que la toxicomanie est une maladie que l'on doit traiter et que l'on sait traiter, que les « *traitements* » dont parle la loi vont, à terme, débarrasser le toxicomane de sa toxicomanie.

Or les médecins, psychiatres principalement, spécialisés en toxicomanie ont jusqu'ici affirmé que le traitement ne peut être couronné de succès que s'il est librement et spontanément recherché par le malade.

Que faire alors pour les toxicomanes qui ne recourent pas volontairement à des cures ? Comment la loi peut-elle « *inciter* » ? Comment peut-elle permettre à des usagers d'être sevrés et soignés ?

C. — L'INJONCTION THÉRAPEUTIQUE : SON MÉCANISME, SON APPLICATION

Il faut bien comprendre le mécanisme qui a été prévu par la loi pour se rendre compte des difficultés de sa mise en pratique.

Un usager de produits illicites est interpellé par la police. Celle-ci le défère au Parquet. Le procureur ou son substitut doit vérifier les antécédents judiciaires de l'intéressé. S'il n'en a pas, le magistrat doit lui offrir un choix : « *Acceptez-vous de suivre un traitement et de mener ce traitement jusqu'à son terme ?* », ainsi en dispose le texte de la loi. Si le toxicomane accepte, le magistrat doit lui signifier qu'il doit se présenter à l'autorité sanitaire, c'est-à-dire au médecin inspecteur de la santé de la D.D.A.S.S. Le toxicomane doit alors aller à la D.D.A.S.S., où il doit être reçu, écouté, examiné et dirigé vers un centre de soins spécialisé ou un service hospitalier spécialisé. Ce service ou ce centre doit rendre compte à la D.D.A.S.S. de la continuité des soins, et la D.D.A.S.S. informer la justice.

Comment, pratiquement, les choses se passent-elles, en l'état actuel des services des différentes administrations impliquées dans l'application de la loi du 31 décembre 1970 ? Comment l'incitation à se soigner, la fameuse « *injonction thérapeutique* » est-elle délivrée et comment est-elle reçue ?

Il faut partir d'un chiffre : la police et la gendarmerie contrôlent plus de 40 000 usagers simples par an. Un peu plus de la moitié seulement, soit 24 000 environ, seront déférés au Parquet. Les autres seront purement et simplement relâchés, après rapport dans la « *main courante* » du commissariat, et ils ne bénéficieront donc pas de l'injonction thérapeutique.

Pour les 24 000 et quelques autres, la police envoie, par courrier, la procédure au magistrat. Délai. La procédure est reçue au Palais et attend dans la « *corbeille* » du substitut. Délai. Le magistrat la lit et envoie au toxicomane un courrier (quand il a une adresse) pour le convoquer. Délai. S'il ne se présente pas, le magistrat juge par défaut. Des quantités de jugements par défauts ne sont jamais menés à exécution et les toxicomanes inculpés jamais incités à se soigner. Si le toxicomane se présente devant le substitut, celui-ci lui demande s'il choisit de se soigner, et, si sa réponse est affirmative, lui enjoint de prendre attache avec le centre de soins et de le tenir informé. Délai. Au moins un mois après sa comparution devant le substitut, le toxicomane est convoqué par l'autorité sanitaire au « *service de l'application de la loi du 31 décembre 1970* ». A Paris, par exemple, jusqu'en avril 1987, ce service disposait d'un seul médecin et de deux agents administratifs dans deux bureaux au troisième étage d'un immeuble rue de Turbigo. Un tiers des convoqués se présentait au service d'application de la loi, d'après le rapport du docteur Ingold sur « *la prise en charge médicale des toxicomanes et le réseau sanitaire spécialisé* » (décembre 1986) encore que le rapporteur n'ait pu obtenir que des pourcentages approximatifs, car les données statistiques relatives aux injonctions thérapeutiques n'étaient pas disponibles en chiffres absolus sauf pour l'année 1981, où on n'en avait dénombré que 2 478 pour toute la France.

Le rapporteur du ministère de la Santé conclut (p. 32) : « *Cet état de fait est sans doute significatif de l'intérêt qui est porté à l'injonction thérapeutique. Dans ces conditions, elle a peu de chances d'être suivie de succès. Outre que le corps médical soit relativement peu coopérant, cette injonction se traduit en fait par des mesures essentiellement administratives d'une lenteur invraisemblable alors même que les toxicomanes le plus souvent sont en état de détresse ou de crise, état qui correspond à leur interpellation. (...) Ainsi faut-il bien dire que si l'injonction thérapeutique n'a pas donné entière satisfaction, c'est bien certainement, entre autres raisons, parce qu'aucune chance de succès ne lui a été accordée et que, dans ce cas précis, l'application de la loi n'a pas été étudiée* ».

D. — LES SERVICES D'INJONCTION THÉRAPEUTIQUE, UNE INNOVATION

Ce n'est qu'en octobre 1986 que la M.I.L.T. a décidé de dégager des moyens afin de permettre dans certains tribunaux (Bordeaux, Créteil, Grenoble puis Paris au printemps 1987) la mise sur pied et le fonctionnement, à titre expérimental, de « *services d'injonctions thérapeutiques* », soit dix sept ans après le vote de la loi ! Ce qui a manqué le plus cruellement en ce domaine, ce ne sont pas les textes législatifs et les décrets d'application, ce sont les **moyens en personnel, en structures, en locaux nécessaires pour appliquer la loi, et surtout la volonté de la voir mise en pratique.**

Un tel « service des injonctions thérapeutiques » (S.I.T.) a commencé son activité le 28 avril 1987 au Tribunal de Grande Instance de Paris. La section des affaires sociales du Conseil économique et social a entendu en audition le 5 octobre 1988 le substitut Reygrobellet qui en est le responsable, le docteur Namias, médecin inspecteur de la D.A.S.S., qui dirige la nouvelle antenne sanitaire au Palais de justice de Paris à proximité du bureau du substitut, et M. Caroff, éducateur spécialisé responsable du service d'enquêtes sociales du Palais de justice de Paris, qui appartient à l'Association de politique criminelle appliquée et de réinsertion sociale (A.P.C.A.R.S.). Cette triple audition a permis de se rendre compte de ce que pouvait produire une vraie tentative de mise en application de la loi de 1970.

E. — PRINCIPE DE FONCTIONNEMENT DES S.I.T.

Pour son fonctionnement, ce nouveau service s'est inspiré de deux idées force :

1° **Rassembler dans un temps le plus immédiat par rapport à la constatation du délit** toutes les informations souhaitables sur la personne qui fait l'objet de la procédure.

2° **Réunir dans un même lieu**, dans des bureaux très proches, tous ceux qui auront à se prononcer sur le cas : policiers, éducateurs, magistrats, médecins.

En effet, le service dit « capteur », la police, ne recueille que des renseignements succincts sur le toxicomane et ne fait pas d'enquête de personnalité. C'est pourquoi il est important que, sans délai, les travailleurs sociaux de l'A.P.C.A.R.S. viennent apporter une information plus sociale et plus personnalisée sur l'histoire du sujet. Au S.I.T. de Paris, les travailleurs sociaux reçoivent le toxicomane en entretien, entretien d'autant plus confiant qu'il est bien signifié qu'il n'est pas obligatoire et n'a rien d'un interrogatoire. Ils font également une très discrète et rapide enquête sociale et prennent contact, si cela semble bon, avec la famille de l'intéressé, si celui-ci le permet ou le demande.

A cette information psychosociale vient s'ajouter, très rapidement, l'information sur les antécédents judiciaires éventuels du sujet, après consultation des fichiers.

Depuis l'ouverture de ce service des injonctions thérapeutiques, le 28 avril 1987, les individus arrêtés par les gardiens de la paix sont placés en garde à vue (48 h maximum) et avis est immédiatement transmis au magistrat.

Celui-ci, selon les cas, « classe sans suite » et le toxicomane est relâché, ou bien demande qu'on lui défère le délinquant, lequel est alors immédiatement reçu par les éducateurs, au Palais de justice. Puis, en possession des indications plus personnalisées de l'éducateur qui a vu le délinquant et cherché à déterminer à quel moment de sa trajectoire toxicomaniaque il se trouve (encore dans la « lune de miel » ou dans la période difficile qui suit, etc...), quelle est sa situation familiale et sociale, le magistrat reçoit l'intéressé. L'entretien s'apparente un peu à celui que peut avoir un juge des enfants avec des mineurs en difficulté. Le magistrat a un atout, il peut provoquer un choc : « *Les circonstances font que notre parole peut porter, aussi essayons-nous de provoquer un déclic, de casser le noyau dur de la toxicomanie* ». D'autant que nombreux sont ceux qui, très las de « galérer », sont presque soulagés que, d'une manière ou d'une autre, quelqu'un les prenne en charge. Au cours de cet entretien, le substitut du procureur propose au toxicomane de rencontrer un médecin. S'il l'accepte, il est conduit, toujours sans menottes, dans le bureau du médecin de la D.A.S.S. qui est désormais situé dans le Palais de justice même. Les effectifs des médecins affectés à ce service ont été notablement augmentés, puisque le docteur Namias y est assisté par quatre médecins, ce qui permet au service de fonctionner à temps plein, même le samedi. C'est le médecin qui prend la décision que le magistrat respectera. L'individu qui ne suivrait pas sa cure, se verra l'objet de rappels émanant de l'autorité sanitaire et parfois de l'autorité judiciaire qui tente alors de réamorcer le processus médical.

F. — UN BILAN D'ACTIVITÉ INTÉRESSANT

Jusqu'à cette réorganisation récente, les différents services parisiens qui devaient appliquer la loi de 1970 — police, magistrature, éducateurs et médecins — travaillaient, certes, mais avec de tels délais et de telles déperditions que les résultats étaient rien moins que piètres. Ceux obtenus en une année d'activité du S.I.T. regroupé et étoffé sont au contraire très intéressants.

En 16 mois d'activité, le S.I.T. a traité **5 979 procédures concernant des usagers de stupéfiants n'ayant commis aucune infraction**, arrêtés entre le 28 avril 1987 et le 21 septembre 1988. Le plus important est de noter que **5 527 de ces procédures, soit 92,4 %, concernaient des personnes non encore connues de la justice, dont 2 448 domiciliées à Paris**, 1 417 dans la petite Couronne, 895 dans la grande Couronne, 375 relevant d'autres tribunaux de province et **392 sans domicile fixe (S.D.F.)** (1). La proportion des personnes arrêtées sans antécédent judiciaire et ayant une profession est de 65 %, bien supérieure à ce qu'on observait jusque-là chez les personnes déferées au tribunal par la police. La consommation constatée est l'héroïne dans 2 303 cas. De très nombreux « avertissements » sans suite immédiate ont été prononcés, les noms des intéressés étant introduits dans le fichier sur ordinateur du S.I.T., et ces avertissements constitueront des antécédents si l'usager est arrêté une deuxième fois pour usage. En ce qui concerne les injonctions thérapeutiques, 1 370 ont été faites dans les règles pour Paris. Sur le fichier informatisé du tribunal, elles apparaissent de la manière la plus respectueuse possible du secret médical, à partir des données communiquées par l'unité médicale de la D.A.S.S. qui collabore au S.I.T. Les rubriques sont les suivantes : Ne relève pas de mesures thérapeutiques - Refuse les soins - Hospitalisation - Soins en cours - Fin de soins - Soins non exécutés ou interrompus - Reprise des soins.

Les médecins de ce nouveau service expérimental reçoivent donc la totalité des personnes en injonction thérapeutique, alors que dans le système précédent presque les 2/3 s'évaporaient entre le tribunal où l'injonction thérapeutique leur était signifiée et les bureaux de la D.A.S.S. où elles ne venaient jamais.

Au moment où ils franchissent la porte des services sanitaires du S.I.T., alors même qu'ils sont dans l'enceinte du Palais de justice, les délinquants cessent d'être des délinquants et deviennent des patients. Ils sont reçus en entretien, chacun entre 1/2 heure et 1 heure par un des médecins de permanence. Dans ce laps de temps, le médecin doit parvenir à créer un dialogue, un échange (alors même que nombre d'entre les toxicomanes s'enferment dans une incommunicabilité sévère ou sont dans un grand état de confusion) et à proposer un projet de soins, et une thérapeutique appropriée à la personnalité et au cas du patient. Sur l'année expérimentale 87-88, les médecins du S.I.T. considèrent qu'ils ont obtenu 30 % de bons résultats, 20 % d'échecs flagrants (fausses adresses, sans domicile fixe, etc...) et 40 % de résultats flous, qu'il faut reprendre (du type : « j'y ai été, voir ces gens, mais ils ne m'ont pas compris, ils ne me plaisent pas » ou tous autres modes d'excuse et de dérobade qui nécessitent qu'on tente de revoir le patient et de le diriger ailleurs). Il serait plus exact de dire que cette expérimentation de la toxicomanie de la rue que reçoivent ces médecins les a conduits à quatre types de suivi : 1) Les toxicomanes non accessibles à l'injonction thérapeutique : schizophrènes en plein délire, etc... qu'on envoie dans un service psychiatrique : 12 cas sur 1 000 la première année du S.I.T. 2) Les toxicomanes qui ont en même temps une maladie somatique grave : hépatite, salpingite, abcès multiples etc... et qu'on envoie à l'hôpital : 52 cas sur 1 000. 3) Les toxicomanes susceptibles de suivre une désintoxication en ambulatoire, cas le plus général : 935 sur 1 000, qui sont dirigés sur un centre de soins spécialisés ou sur un centre de santé de secteur, mieux préparés à les recevoir que les services psychiatriques classiques. 4) Enfin 3 cas sur 1 000 de refus de soins, qui ont demandé à retourner voir le magistrat ; seulement 3 refus sur les 1 000 premiers cas analysés.

Les médecins du S.I.T. font lire à haute voix au patient un résumé de la loi de 1970, ou, s'il ne sait pas lire, on la lui lit et la lui explique de manière à ce qu'il comprenne ses droits, son intérêt, sa situation s'il accepte de se soigner.

Ainsi, pendant dix sept ans, on a répété que seuls les toxicomanes décidés à se débarrasser de leur toxicomanie étaient accessibles aux traitements, on a délibérément négligé les autres, et on n'a pas vraiment tenté de mettre en œuvre la disposition la plus originale de la loi de 1970, l'injonction thérapeutique. Celle-ci implique **une pluridisciplinarité à laquelle il fallait concrètement donner ses chances**, donc : une structure, des locaux rassemblés, des personnels qualifiés, acceptant de travailler ensemble et non séparément, en nombre suffisant, un système informatique. A ce prix, ceux qui arrivent délinquants dans cette structure en ressortent patients, évitent la prison, et ont ni plus ni moins de chances de guérir que ceux qui fréquentent volontairement les centres.

(1) Seules les procédures Paris et S.D.F. seront traitées au S.I.T. de Paris.

G. — UNE DISPOSITION DE LA LOI DE 1970 JAMAIS APPLIQUÉE

Si finalement, on a fait des tentatives résolues d'application de l'injonction thérapeutique, même si ce n'est qu'à titre expérimental, il est une autre disposition de la loi de 1970 qui n'a jamais été prise en considération et jamais appliquée : l'article L. 630. Celui-ci prévoit des peines d'emprisonnement et d'amende (allant jusqu'à 500 000 F en 1970 !) pour ceux qui « *par un moyen quelconque, auront provoqué à l'un des délits prévus et réprimés par les articles L. 627 et L. 628 (ce dernier visant les usagers simples) alors même que cette provocation n'aurait pas été suivie d'effet, ou qui les auront présentés sous un jour favorable. (...) En cas de provocation au moyen de l'écrit, même introduit de l'étranger, de la parole ou de l'image, même si celles-ci ont été émises de l'étranger pourvu qu'elles aient été perçues en France* » les directeurs de publications, les responsables d'émissions ou les directeurs ou gérants des entreprises ayant procédé à la diffusion ou en ayant tiré profit seront poursuivis et punis.

C'est peu de dire que cette disposition n'a pas été appliquée et ne l'est toujours pas. Les directeurs de publication ou les responsables d'émission semblent même ignorer qu'elle existe à considérer ce qu'ils laissent écrire, dire, chanter et représenter. Le *Nouvel observateur* du 29 décembre 1988 a présenté des extraits de l'hebdomadaire madrilène à grand tirage « *Panorama* » qui annonçait, non sans fierté, sur la couverture de son numéro de fin d'année que l'Espagne allait consommer deux tonnes de cocaïne pendant les fêtes. Reportage photo chic et choc à l'appui, « *Panorama* » expliquait que ce sont « *les gens bien, intelligents, leaders d'opinion* » qui sniffent, dans une permissivité générale — précisons que le gramme de cocaïne à Madrid coûte entre 12 000 et 20 000 pesetas soit de 500 à 800 F.

L'interdiction de défendre des thèses racistes ou d'exprimer des sentiments racistes dans les médias est autrement plus efficacement respectée, heureusement. Mais c'est qu'il existe une vigilance réelle à ce sujet, et un groupe de pression qui fait respecter la loi autant que faire se peut. Il n'en va pas du tout de même pour la lutte contre la toxicomanie. Nous avons accepté que nos enfants admirent des idoles droguées qui chantaient la drogue et ses effets. Nous avons accepté une culture favorable à la toxicomanie. Nous avons laissé les journalistes nous donner des reportages soi-disant « *objectifs* » qui comportaient des incitations nombreuses ne serait-ce que par l'insistance à parler des plaisirs, du bien-être, voire du bonheur éprouvés par les adeptes de tel ou tel produit, quand on ne vante pas leurs prétendues vertus facilitant la sociabilité ou la créativité. En un an, à simplement relever les propos et les images de quelques émissions de télévision, les articles de quotidiens et de magazines qui nous tombaient sous la main, sans aucune recherche systématique, nous avons fait une récolte édifiante. Il semble qu'il ait été jusqu'ici quasiment impossible de réagir et d'appliquer la loi. La présidente de la M.I.L.T. a l'intention louable et ferme de s'attaquer aux informations et discours « *souvent pernicieux et incitatifs* ». Elle a la loi pour elle. Il lui faudra former un groupe de pression qui l'aidera dans cette difficile mais très nécessaire tâche, car elle aura affaire à de rudes adversaires et à une opinion passive et déroutée par des années de désinformation à connotation prétendument libérale.

CHAPITRE V

LA LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE : LE DISPOSITIF SANITAIRE SPÉCIALISÉ ET SON ÉVALUATION

I. — LE DISPOSITIF DE SOINS

Ainsi donc, le dispositif juridique est net et clair : connus de la police ou inconnus d'elle, les consommateurs de drogues illicites sont des délinquants, qui cessent de l'être du moment où ils se soignent. Mieux encore : l'anonymat et la gratuité des soins sont assurés à ceux qui s'adressent spontanément à un médecin ou à un représentant de l'autorité sanitaire.

On ne peut mieux affirmer la primauté donnée à l'action sanitaire sur l'action répressive : la lutte contre la toxicomanie, c'est d'abord soigner, c'est soigner plutôt que réprimer. Une société qui énonce et ratifie une telle législation a le devoir de mettre en place un **dispositif de soins** digne de la première ligne où le voilà placé. Faute d'un bon système de soins pour la relayer, une telle législation, si généreuse qu'elle paraisse, ne serait qu'hypocrisie.

C'est ce qu'ont bien compris les différents gouvernements qui se sont trouvés confrontés, au début des années 1970, à l'apparition du phénomène de toxicomanie juvénile. Les textes d'application de la loi du 30 décembre 1970 ont fixé :

- les conditions dans lesquelles l'astreinte de soins peut être réalisée (décret 71-690 du 19 août 1971) ;
- l'organisation sanitaire de la lutte contre la toxicomanie (circulaire du 29 mars 1972) ;
- les modalités de placement des toxicomanes dans les familles d'accueil (arrêté du 20 décembre 1977, et circulaire du 4 décembre 1987) ;
- les objectifs que doivent se fixer les post-cures et les écueils à éviter (circulaire du 3 juillet 1979).

La volonté de mettre en place un dispositif de soins n'a pas manqué. Mais à partir de quels principes l'a-t-on construit ? Ces principes ont-ils tenu la route ? S'il a fallu en rabattre ou les changer, le système mis en place s'est-il montré assez souple ? A-t-il évolué au fur et à mesure de l'évolution du phénomène toxicomanie ou a-t-il connu une évolution propre, inadéquate au phénomène ? Quels sont ses résultats ? Les connaît-on ? Peut-on seulement les connaître ? A-t-on jamais évalué, et sur quelles bases, le bien-fondé des principes initiaux ? Le bon fonctionnement du dispositif ? Son rapport coût/efficacité ? Ses perspectives ?

Nous allons nous poser ces questions et tenter d'y répondre au fur et à mesure de la description du système de soins actuellement en place. Pour cette description, nous suivrons les étapes du parcours du toxicomane dans le **dispositif spécialisé financé par le budget de l'État**. Maintes et maintes fois, les spécialistes ont décrit les étapes de ce parcours : premier contact ; cure de sevrage ; post-cure ; prise en charge ; réinsertion. A chacune, correspondent une ou des institutions appropriées. **Généralement, elles ne sont pas organisées en chaîne**, la plupart des institutions n'assurent qu'une phase du parcours seulement, puis envoient le toxicomane dans une autre structure pour la phase suivante : on estime, au ministère de la Santé, que c'est là « *une garantie pour la liberté de l'individu et un signe d'adaptation à la réalité de la demande du toxicomane : très « boulimique » de soins, il peut bénéficier simultanément de l'apport de plusieurs structures ; très fragile, il peut refaire plusieurs fois le même parcours* » (1). Cependant, certains centres d'accueil peuvent assurer accueil, sevrages ambulatoires et suivi psychothérapique ou médico-social à long terme, car ils pensent « *qu'il faut éviter le morcellement des lieux de prise en charge qui disqualifie les uns comme les autres* » (2).

(1) Évaluation du dispositif de lutte contre la toxicomanie 1985-1986, page 7. Ministère des affaires sociales et de l'emploi, D.G.S.

(2) Toxicomanies, pratiques de soins, déc. 1985, D.G.S., page 209, Intersecteur d'Asnières.

A. — PREMIÈRE PHASE : LE PREMIER CONTACT ET LA PRÉCURE

Les spécialistes l'appellent « *la première demande de soins* » et estiment capital ce moment qui intervient généralement entre un an et trois ans après la première prise de drogue. Le toxicomane n'en peut plus. Il veut rompre avec cet assujettissement. Il cherche la « *décroche* ». Pour ce « *passage à l'acte* » si important, quelles institutions existe-t-il, prêtes à le recevoir ? **Dans les centres spécialisés, il sera accueilli et écouté anonymement et soigné gratuitement.** La coutume veut qu'il donne un pseudonyme, dont nul n'est dupe parfois, pour constituer son dossier. Cette coutume est devenue, dans certains centres spécialisés, un rite initiatique un peu folklorique, qui fait partie du « *monde à part* » de la « *culture toxico* » des années 1970, que les premiers soignants avaient en quelque sorte intégrée. Ce serait sans importance si cet anonymat et la gratuité qui en découle, n'entraînaient certaines conséquences qui peuvent, à terme, se révéler préjudiciables au déploiement du dispositif spécifique de soins ainsi qu'à la réputation scientifique des traitements.

1° Les modalités : anonymat et gratuité

Anonymat et gratuité sont ici indissolublement liés, cas unique en son genre : en effet, on soigne volontiers en France un anonyme qui ne décline aucune identité ou donne un pseudonyme, mais la sécurité sociale alors ne le rembourse pas. C'est pour préserver le secret des jeunes toxicomanes mineurs, encore ayants droit de leurs parents vis-à-vis de la sécurité sociale, qu'on a introduit cette disposition : ainsi, ils peuvent se soigner sans avoir à informer leurs parents de leur traitement, et sans avoir à payer. Mais alors, qui paie ? **Uniquement l'État** jusqu'ici, qui prend en charge, après des procédures d'agrément des préfets et des D.D.A.S.S., **l'ensemble du dispositif sanitaire spécifique de lutte contre la toxicomanie.** Nous verrons que, depuis 1984, certains conseils généraux se sont intéressés à ce qui pouvait être fait dans leur département. Mais ni la sécurité sociale ni l'aide médicale ne participent.

Le système de soins se trouve ainsi bridé dans un budget annuel donné qui ne pourra être augmenté que par une attribution de crédits, justifiée par une évaluation quantitative et qualitative.

A l'évidence, arracher l'anonymat et la gratuité des soins dans la loi de 1970 fut une victoire « *des médecins* » sur « *les magistrats* » pour reprendre les désignations (que nous avons empruntées au docteur Olievenstein) des opinions qui s'affrontaient lors des débats auxquels l'élaboration et le vote de la loi ont donné lieu. Pourtant, la loi disposait déjà que, lorsqu'il se soigne, le toxicomane échappe aux poursuites (article 628-1, al. 3), n'étant plus alors considéré que comme un malade qui suit un traitement. Décliner son identité dans un hôpital, un centre de soins ou chez un médecin ne peut, en tout état de cause, entraîner pour lui un préjudice.

En outre, on ne peut faire d'évaluation des traitements que si l'on peut suivre les malades. Or selon certains l'anonymat, même avec utilisation de pseudonymes, interdit tout suivi sérieux.

Pourquoi « *les médecins* » ont-ils introduit cette disposition qui, en quelque sorte, se retourne contre eux en les privant des moyens d'asseoir leur crédibilité thérapeutique ? Encore une fois à cause d'un **principe**, qui n'est pas explicitement formulé dans la loi, mais qui a été l'hypothèse de départ, le postulat des médecins psychiatres qui ont joué un très grand rôle dans l'élaboration et le vote de la loi, dans l'élaboration de ses décrets d'application, de la politique sanitaire de la lutte contre la toxicomanie depuis vingt ans ou presque, et dans la pratique de cette politique. Ce principe est celui de « *la liberté pour le toxicomane de suivre une thérapie et de choisir son thérapeute* ». Leur postulat, maintes fois affirmé et réaffirmé, est qu'aucune désintoxication n'est possible et ne réussira si elle est imposée, si peu que ce soit, par la famille ou par le juge, **si elle ne procède pas d'une démarche volontaire du toxicomane** : « *Je viens pour décrocher* ». « *Je viens dans ce centre pour suivre le traitement que vous préconisez* ». En effet, les psychiatres ne conçoivent le traitement que comme :

— d'abord l'établissement d'une relation,

— qui permet **ultérieurement de déterminer un contrat** entre le toxicomane et son thérapeute sur la manière de « *décrocher* ».

Dans cette conception, l'annonce de l'anonymat et de la gratuité est là pour rassurer les éventuels volontaires de « *la décroche* », ou de l'aide.

Pour la première phase du parcours, que nous avons appelé « *premier contact* », le système de soins mis en place et financé totalement par l'État est donc organisé pour recevoir **uniquement les « demandes volontaires »**. La première critique qu'on peut lui faire est qu'il n'est encore pas adapté,

ou mal adapté aux autres cas : toxicomanes amenés par leur famille sans être volontaires, ou toxicomanes envoyés par l'injonction thérapeutique et soupçonnés de n'être pas volontaires. Or les développements de la toxicomanie de ces dernières années et la connaissance qu'on peut avoir de l'ensemble du problème laissent craindre que ceux qui ne sont pas volontaires soient les plus nombreux, les plus atteints et les plus exposés (cas de ceux qui sont incarcérés).

La circulaire du 29 mars 1972 prévoyait l'organisation d'un accueil et d'une écoute des familles concernées par la toxicomanie, mais cette orientation a été très peu suivie en raison des positions de principes sur l'origine psychopathologique de la toxicomanie ; elles entraînaient de la part des thérapeutes une méfiance envers les familles, qu'ils désiraient tenir à l'écart. Depuis quatre ou cinq ans, une forte évolution s'est faite : aujourd'hui l'importance de la prise en charge du milieu familial est largement reconnue. On peut même dire que cette approche a constitué l'essentiel de l'effort de ces trois dernières années. Cependant l'on rencontre encore beaucoup de parents qui n'ont pas été écoutés et encore moins entendus.

Les réticences à l'endroit des « *injonctions thérapeutiques* », elles, demeurent aussi vives, aussi fortes, presque passionnelles. Les discours de certains responsables de centres d'accueil et de services spécialisés sont à cet égard très révélateurs de leur scepticisme, voire de leurs préjugés quant au possible succès d'une quelconque thérapie sur ces « *envoyés par le procureur* » qui, estiment-ils, ne « *choisissent* » ni le traitement, ni le thérapeute et n'aspirent pas à guérir. Il faut espérer qu'ils ne sont pas tous dans ces dispositions bien peu favorables aux toxicomanes ramassés sur la voie publique.

2° Les structures

Le dispositif d'accueil financé par l'État comprend :

a) Les centres d'accueil

Les centres d'accueil et de prise en charge ambulatoire se situent pour les deux tiers en milieu associatif. On les appelle aussi « *institutions sans lits* » ou « *institutions de jour* ». Les premiers créés furent Marmottan, l'Abbaye, le C.E.I.D. de Bordeaux, D.I.D.R.O., etc... Il en existe actuellement dans chaque région, mais très inégalement répartis. Ainsi d'après le ministère de la Santé un seul est financé dans le Nord-Pas-de-Calais (A.I.D.E.) lequel a reçu 93 toxicomanes en 1987, alors que, la même année, le S.R.P.J. de Lille avait interpellé 2 446 toxicomanes...

Pour la France métropolitaine, la direction générale de la santé dénombrait 97 institutions de jour en 1986 représentant 106 points de travail (1). Leur coût, qui incombe en totalité à l'État sans participation de la sécurité sociale ni de l'aide médicale, était de 120 MF. Ces centres emploient peu de médecins : 70 seulement en 1985. 31 institutions, cette année là, ne disposaient non seulement d'aucun médecin à temps plein, mais d'**aucun temps médical**. Le personnel est surtout composé d'éducateurs et d'assistantes sociales, aidés de psychologues. Au ministère de la Santé, on estimait « *compréhensible* » cette sous-médicalisation « *à une époque où l'approche sociale et socio-éducative du phénomène était privilégiée* ». On voit que l'alternative « *malade plutôt que délinquant* » a comporté une interprétation assez large du mot « *malade* ». Aujourd'hui la sous-médicalisation des centres spécialisés inquiète car il apparaît que plus de 50 % des héroïnomanes sont séropositifs ou malades du S.I.D.A., sans parler des hépatites B si fréquentes parmi eux : la médicalisation des centres spécialisés devient un impératif.

L'ensemble des institutions de jour avaient en 1985, reçu 30 232 toxicomanes et 7 209 familles en consultations.

Certaines de ces institutions n'assurent que l'accueil et l'écoute ; d'autres assurent également des sevrages ambulatoires, des suivis psychothérapiques à long terme, des activités de rue et de quartier (information, prévention) et, quand elles reçoivent les familles, parfois des thérapies familiales.

L'activité auprès des familles et de l'entourage est prépondérante en Alsace, Pays-de-Loire et Nord-Pas-de-Calais. Les thérapies familiales proprement dites ne se sont développées qu'en Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Midi-Pyrénées. Pour l'ensemble de la France, l'activité « *famille* » a augmenté de + 45 % entre 1984 et 1985, marquant ainsi le tournant des milieux spécialisés dans leur attitude vis-à-vis des familles. Cela dénote une certaine souplesse d'adaptation de ces structures.

(1) En 1987, on serait monté à 161 centres d'accueil (renseignements D.G.S. de décembre 1988).

b) Les unités hospitalières spécialisées

Il en existe 5 qui sont, soit géographiquement regroupées (Marmottan et Jury-lès-Metz), soit dispersées (intersecteurs de Marseille, de Nice, de Rennes).

Elles sont encore représentatives du questionnement éthique qui a présidé à l'élaboration du système de soins aux toxicomanes dans les années 70, non seulement par leur pratique de l'anonymat/gratuité, mais encore par leur approche thérapeutique.

Par exemple, la pratique du « contrat » (à l'imitation des « *Free clinics* » américaines) passé entre le thérapeute et le patient, aux termes duquel le toxicomane s'engage à « être régulier ».

Pendant son traitement : pas de consommation de drogues, pas de violence sur soi-même ni sur autrui, respect du Centre, etc... S'il contrevient à ces engagements, il est « *tricar* » et interdit dans l'institution pendant quelque temps. Le « contrat » s'est modifié au fur et à mesure de la pratique, mais il semble toujours un bon outil thérapeutique à ceux qui le pratiquent, car il évite la succession classique : captation/conflit/rejet, et il introduit l'éventualité d'une rupture du traitement, de plusieurs même, ce qui, disent les psychiatres, ressemble davantage au parcours en zigzag des toxicomanes qu'une séquence très rationnelle. Toutefois, comment ne pas remarquer à quel point le « contrat » limite l'accès aux soins ? Il faut vouloir guérir pour être admis au traitement : on pourrait presque dire, en caricaturant à peine, que les centres ne soignent que les toxicomanes guéris « *dans leur tête* » puisque s'engageant à ne plus consommer... s'il n'y avait, même dans les conditions optimales de la demande volontaire et du « contrat », tant de rechutes.

Les centres hospitaliers spécifiques sont financés par les intersecteurs. Leur coût financier a été de 39,6 MF en 1986.

c) Un réseau original départemental

En Seine-Saint-Denis existe un réseau original départemental de centres d'accueil gérés en régie directe par la D.D.A.S.S. et de médecins généralistes formés spécialement à l'accueil et au traitement des toxicomanes en ambulatoire. Cette expérience a commencé en 1979 et s'est poursuivie avec succès depuis dix ans. Les généralistes qui travaillent dans le système départemental propre à la Seine-Saint-Denis exercent soit en cabinet privé, soit en centres de santé. En 1987, 120 omnipraticiens du département (sur 1 200 soit 10 %) ont bénéficié d'une formation spécifique les habilitant à traiter les toxicomanes et à être rémunérés directement par la D.D.A.S.S. pour leurs actes. Le réseau de ces généralistes a été agréé par une convention signée le 17 février 1987 entre l'État, représenté par le préfet, commissaire de la République, et le syndicat des médecins libéraux « *Union 93* », le syndicat des médecins des centres de santé et le Conseil de l'Ordre des médecins pour avis sur le plan éthique et déontologique. Une commission d'application de cette convention examine les candidatures, lesquelles doivent être acceptées à l'unanimité des membres signataires représentés.

Les généralistes du réseau de Seine-Saint-Denis reçoivent, en principe, les toxicomanes en injonction thérapeutique qui leur sont envoyés par les services judiciaires. Ils assurent accueil et sevrages en ambulatoire, en rapports étroits avec les éducateurs et psychologues des centres d'accueil du département. Si l'on juge que cette expérience a fait ses preuves, il conviendrait, qu'après dix années, elle cesse d'être un prototype et soit imitée ailleurs. La section des affaires sociales a entendu les médecins et représentants des équipes d'éducateurs et psychologues de la ville du Blanc-Mesnil (93) et a été très intéressée par ce dispositif, tout en s'interrogeant sur la position très arrêtée en faveur du traitement ambulatoire « *laissant le toxicomane dans son milieu* ». « *Du moment où le toxicomane fait le choix d'une démarche ambulatoire, c'est un élément prédictif fondamental pour l'avenir. Ce n'est pas le contact du risque de la drogue qui est dangereux pour le toxicomane mais le désir de prendre de la drogue. Donc les barrières, ce ne sont pas les autres qui doivent les mettre, c'est bien le toxicomane qui doit les mettre dans sa tête* » (Dr Afchain). Une fois de plus, on retrouve la démarche fondée sur la volonté du toxicomane et on peut s'interroger sur la manière dont elle fonctionne pour les clients D.D.A.S.S. en injonction thérapeutique, et surtout pour ceux d'entre eux dont l'entourage quotidien est drogué ou cherche à les droguer : prostituées dont le souteneur est en même temps le pourvoyeur de drogue, jeunes en rupture de famille vivant avec un ou des compagnons toxicomanes, jeunes repérés et pistés par les dealers du quartier qui les relancent sans cesse.

Le réseau du Blanc-Mesnil déclare ne traiter que fort peu d'injonctions thérapeutiques : « C'est quelque chose d'infime dans notre pratique ». Cependant que les services judiciaires du département continuent d'en prononcer : en 1987, 270 usagers simples de Seine-Saint-Denis ont été interpellés à Paris et dirigés sur le Parquet de Bobigny — 115 ont fait l'objet de dispense de peine à la condition d'un traitement médical (rapport 1988 sur la toxicomanie en Seine-Saint-Denis). En outre 563 affaires de toxicomanie ont été signalées à la D.D.A.S.S. en Seine-Saint-Denis, et 338 injonctions thérapeutiques ont été prononcées et 244 ont répondu positivement à l'injonction... mais 23 seulement ont été dirigés vers le réseau spécialisé des généralistes (1).

d) Les antennes en milieu pénitentiaire

De plus en plus de toxicomanes sont incarcérés pour des délits de droit commun, commis au cours de leur toxicomanie, délits qui manifestent leur glissement vers l'inadaptation sociale.

Il est difficile de donner un chiffre exact du nombre des détenus toxicomanes, car ils n'ont pas tous, loin s'en faut, été incarcérés pour détention de stupéfiants. On peut avancer un chiffre allant de 8 000 à 12 000, si l'on observe que leur proportion parmi les détenus varie beaucoup d'une prison à l'autre : 10 % seulement à Dijon, selon l'étude menée en 1987 par les docteurs Badet et Verpeaux avec M. Fustier (2) ; 40 % à Fleury-Mérogis, selon l'étude du Dr Ingold et de ses collaborateurs (École des hautes études en sciences sociales, 1986).

Cette dernière étude a mis en évidence le temps écoulé entre la première prise d'héroïne et la première incarcération : ce temps est, dans 71 % des cas, inférieur à 3 ans. C'est-à-dire un temps de « défoncé » égal à celui des toxicomanes qui s'adressent, en milieu libre, aux centres spécialisés pour « décrocher ». « Nous pouvons en conclure que la première incarcération de ces sujets n'est pas un événement qui s'est produit de façon aléatoire par rapport au développement de la dépendance. (...) Dans le contexte d'une absence très fréquente de tout recours à l'institution sanitaire, cette incarcération s'est sans doute produite à un moment où les sujets ne parvenaient plus à maîtriser leur consommation de drogues et elle correspond à une gestion de la dépendance mise en échec. » (3).

On pourrait donc comparer la « demande de soins » du toxicomane qui se présente dans un centre en disant : « Je veux décrocher », et l'incarcération de celui qui n'a pas fait cette demande mais ne parvient plus à maîtriser sa dépendance et se fait « prendre ». Cette comparaison pourrait être poussée plus loin : en effet les récidivistes, parfois multirécidivistes, ne sont restés en liberté que pendant des durées courtes (inférieures à 1 an dans la plupart des cas) avant de se faire « reprendre » ; comme les toxicomanes clients des centres de désintoxication et de prise en charge interrompent tout traitement, puis reviennent au bout de quelques mois, et ainsi de suite.

Un tel parallèle conduirait à penser que les toxicomanes incarcérés se trouvent à un moment critique de leur dépendance qui favoriserait le succès d'une offre de soins bien faite. Seulement un tiers des toxicomanes incarcérés connaissent l'existence d'une institution spécialisée et y ont déjà eu recours. Pour les 2/3 restants, ou ils ont connaissance d'au moins une institution, mais n'y ont jamais eu recours (45 %) ; ou ils n'ont jamais entendu parler de ces institutions ni de leur fonctionnement (22 %).

Cette ignorance du dispositif spécifique de soins et de ses modalités (dont le fameux couple « anonymat-gratuité ») montre qu'il y a encore beaucoup à faire dans le domaine de l'information ; d'autant plus que 37 % des héroïnomanes incarcérés qui avaient déjà pratiqué un sevrage l'avaient fait en dehors de tout contrôle médical ; 29 % s'étaient adressés à des médecins généralistes non formés à ces traitements et non reconnus par la D.D.A.S.S. ; 13 % à des hôpitaux généraux ; 11 % à des hôpitaux psychiatriques ; et seulement 17 % à des institutions sanitaires spécialisées. Pour la majorité des incarcérés, il y avait donc déjà eu demande de soins, mais pas vers le dispositif spécialisé.

Dans la population de toxicomanes incarcérés étudiée par le Dr Ingold, 44 % n'avaient jamais vu un médecin pour une difficulté liée à leur toxicomanie. Pourtant, leurs antécédents psychiatriques sont lourds : dans l'enquête Badet et collaborateurs effectuée dans la prison de Dijon, 83 % des héroïnomanes incarcérés avaient des antécédents psychiatriques, dont dépressions et tentatives de suicide.

(1) Conseil départemental de prévention de la délinquance et Conseil départemental de lutte contre la toxicomanie, préfecture de Seine-Saint-Denis, rapport août 1988 de M. Kurz, auditeur de justice, Hazolai, commissaire de police, et Vésinet, médecin de santé publique p. 9 et 11.

(2) « La toxicomanie en milieu carcéral », approche statistique, in « L'Économie du Centre-Est », 1988, n° 1.

(3) Dr F. R. Ingold, in « La prise en charge médicale des toxicomanes et le réseau sanitaire spécialisé : essai d'évaluation », 1986, page 24.

Toutes ces données militent en faveur d'une offre systématique de soins aux toxicomanes détenus. S'y ajoute le danger du S.I.D.A. parmi eux, car il faut, dans toute la mesure du possible, qu'ils ne le transmettent pas s'ils en sont atteints. Or, il n'existe encore que 16 antennes spécialisées en milieu pénitentiaire, dont 12 de création très récente. Les quatre premières ont été mises en place en 1986 à Fresnes, Bois d'Arcy, Lyon et Grenoble. Elles ont été confiées aux services médico-psychologiques régionaux (S.M.P.R.) qui sont rattachés à des centres hospitaliers psychiatriques. Cependant la mission du secteur de psychologie pénitentiaire **n'est pas médicale** : les équipes s'occupent de la prise en charge psychologique des toxicomanes en prison et elles sont relayées par d'autres équipes à la sortie des détenus. On peut déplorer cette rupture, alors qu'une continuité eût sans doute été préférable en ces moments, entre tous délicats, du retour de l'ancien toxicomane dans le monde extérieur où l'attendent ses anciens pourvoyeurs. On peut déplorer également la répugnance affichée de certains médecins spécialistes de la toxicomanie à aller dans les prisons, car, estiment-ils, « aucune thérapie ne peut être conduite dans un lieu de contraintes ». Si une très grosse carence a été comblée par la création des antennes-toxicomanie en prison, elle ne l'a été que très partiellement. Pourtant, il est de notoriété publique que la drogue circule dans les prisons.

De même, il convient de signaler ici le nombre important de toxicomanes français détenus dans des prisons étrangères. Le rôle joué auprès d'eux par les médecins volontaires du service national affectés auprès de certains consulats est particulièrement important et ce service d'assistance devrait être développé.

B. — DEUXIÈME PHASE : LE SEVRAGE

1° Les différentes méthodes

Le rapport une fois institué entre le toxicomane et le thérapeute, un programme de soins est arrêté à deux. La cure proprement dite commence, avec la privation des drogues consommées jusque-là, ou sevrage.

Bien souvent, l'intoxiqué a déjà fait une ou plusieurs tentatives d'auto-sevrage, et il est sans illusion, mais les circonstances (manque d'argent, rupture de fournisseurs, procédures policières au-dessus de sa tête, etc...) le poussent à recommencer avec l'aide de soignants. Il faut profiter de ce moment pour obtenir de lui un « *contrat* » excluant tout marchandage pour se procurer des produits de substitution. Dans quatre des centres spécialisés seulement (Paris, Marseille, Rennes et Metz = 51 lits), on peut assurer les sevrages de ceux qui désirent « décrocher » en internat, car les centres disposent de lits et de personnel adéquat. Dans les autres centres, le sevrage se fait en ambulatoire, le drogué en sevrage venant chaque jour voir le médecin et souvent les psychologues.

On distingue deux méthodes très contrastées de sevrage, dont le vécu et les effets diffèrent. D'une part, le sevrage complet, sans recours à aucune médication de soulagement ou de substitution, « véritable travail de purgatoire qui revêt une importance primordiale dans la prise en charge des intoxiqués » (professeur Deniker). Il exige qu'en même temps, le malade soit entouré sans cesse de soins et d'affection, ne soit jamais quitté, afin que des liens profonds se tissent entre celui qui traverse cette période douloureuse et ceux qui l'assistent. Cette méthode n'est le plus souvent nullement dangereuse pour la santé du toxicomane, elle lui permet de mesurer l'intoxication à laquelle il s'était soumis et, de ce fait, elle revêt une forte valeur dissuasive à l'égard des drogues qui avaient provoqué cet empoisonnement. Mais elle est douloureuse et nécessite un accompagnement de tous les instants par des témoins et alliés qui doivent savoir donner au malade toute l'assistance possible sans jamais céder à ses demandes de produits et sans jamais l'abandonner un moment. Cette méthode de sevrage ne peut être utilisée dans les toxicomanies aux barbituriques et aux benzodiazépines, car on risquerait des crises comitiales ou des états confusionnels : ces toxicomanes-là ne peuvent supporter que des sevrages progressifs. En revanche, la suppression de l'héroïne ou des stupéfiants en général peut se faire brutalement, elle ne met pas la vie de l'intoxiqué en danger. Dans les centres du Patriarche (dont trois sont reconnus par la D.D.A.S.S.), on ne donne à l'intoxiqué pendant son sevrage que des tisanes, et deux personnes en permanence le font se promener pendant ses insomnies agitées, le massent pour atténuer ses contractions musculaires, lui parlent, et tentent de lui faire accepter aussi vite que possible l'emploi du temps et les occupations communs à la collectivité.

D'autres méthodes rendent le sevrage presque indolore grâce à l'administration de médicaments qui seront donnés chaque jour par le médecin de la main à la main à chaque visite, puis de manière plus espacée dès que possible : il s'agit le plus souvent d'alpha-2 sympatho mimétiques, puissants freineurs de la noradrénaline qui enrayent les souffrances du sevrage. Vomissements diarrhées, sueurs, myalgies disparaissent et l'angoisse elle-même s'apaise en quelques jours. « *Le vrai progrès réside en ce que les nouveaux agents type clonidine n'ont, par eux-mêmes, aucune tendance à induire la moindre dépendance ultérieure. Ils ne sont pas toxicomanogènes* » (Pr Deniker). Toutefois, dans ces cas de sevrage doux, l'expérience de l'empoisonnement surmonté est absente, et avec elle la valeur dissuasive dont elle est chargée. La post-cure sera plus délicate encore après un sevrage médicamenteux indolore qu'après un sevrage brutal douloureux.

Enfin, pour les toxicomanes invétérés qui ont déjà connu des successions de sevrages et de rechutes, on utilise parfois la méthadone, morphinique de synthèse d'activité modérée, très répandue aux États-Unis pour traiter les abus prolongés d'héroïne. Cependant, les « *programmes méthadone* » qui ont concerné des milliers d'individus en Amérique ont eu des résultats très inégaux, par suite de négligences inconsidérées : on a même vu des toxicomanes faire le trafic de la méthadone qu'on leur envoyait... par la poste ! En France, une commission de l'I.N.S.E.R.M. a été chargée d'étudier son usage et en a proposé un protocole très restrictif. Trois centres à Paris ont eu l'exclusivité de ces essais. Il semble, après expérimentation, que la méthadone doive être plutôt utilisée comme « *cure d'entretien* » ou « *de maintenance* » après le sevrage que comme méthode de sevrage. Elle paraît assurer à des héroïnomanes invétérés un substitut qui leur permet de calmer leur angoisse et de reprendre une vie sociale, à condition toutefois qu'ils viennent à heure fixe la chercher, et acceptent des analyses d'urines préalables à la délivrance du remède pour établir qu'ils n'ont pris aucun toxique depuis la veille. On diminue doucement les doses. Le malade reste calme et ne commet plus de vols ni de « *casses* », ce qui est déjà un pas vers la socialisation. Cependant les sevrages méthadone peuvent durer des mois, au lieu des 8 à 10 jours classiques du sevrage et ils doivent être soumis à des protocoles et à une surveillance stricts. La méthadone étant, elle, toxicomanogène, devra être réservée aux « *junkies* » en état désespérant. Elle ne peut devenir une panacée, ni un recours systématique pour tout sevrage et on ne peut que regretter la manière simpliste dont le journal télévisé d'Antenne 2 l'a présentée le 14 février 1989, laissant entendre que seule une mentalité archaïque empêchait les drogués français d'en bénéficier plus largement.

2° Absence de structures d'urgence pour les états critiques et recours aux hôpitaux pour les sevrages

Tant aux États-Unis qu'en Grande-Bretagne, il existe des **centres de crise** vers lesquels peuvent se diriger les toxicomanes qui vont très mal. En France, seuls trois centres parisiens sont équipés pour recevoir et traiter quelques toxicomanes en urgence psychosociale. **Les urgences toxicomaniaques vont vers les structures hospitalières non spécialisées.** Le recours à l'hôpital par les toxicomanes en urgence ou se sentant en urgence, est important dans les grandes villes. La seule assistance publique (Paris) a ainsi reçu en 1986 en urgence externe 6 316 toxicomanes (surtout Fernand Vidal et Hôtel-Dieu) tandis que 4 883 étaient admis d'autre part dans les services, surtout médecine, en urgence également.

Beaucoup de sevrages sont effectués dans les services hospitaliers. Généralement, les hôpitaux préfèrent isoler le toxicomane, et n'en acceptent qu'un par unité de soins, l'expérience montrant que dès qu'ils sont plusieurs, les drogués se regroupent et parlent drogue. Le malade est fouillé avant la cure de sevrage, on ne l'autorise à conserver ni transistor ni bagage (qui servent de cachettes), ni à recevoir de visites ou d'appels téléphoniques. Cet isolement dure 8 à 15 jours et peut être prolongé si le patient manifeste des états régressifs ou dépressifs ou des conflits qui ne permettent pas de le rendre à la vie courante sans danger. L'isolement vise à marquer la rupture avec son milieu habituel et permet aussi de favoriser la relation entre le sujet et l'équipe soignante, qui cherche à être très chaleureuse et à donner de nouveaux repères d'emploi du temps, de choses à faire, de préoccupations.

Divers auteurs observent que la même thérapeutique ne donne pas les mêmes résultats selon que le sevrage est réalisé en milieu ambulatoire ou en milieu hospitalier. « *Seule l'hospitalisation fournit les conditions adaptées pour la réalisation correcte d'un sevrage aux opiacés, mais diverses circonstances peuvent rendre cette hospitalisation difficile, voire impossible, à commencer par le refus du toxicomane à être admis dans un service* » (Dr Olie et Buttin-Meyniard, in Journées Sainte-Anne, 1987).

Toutefois, le contraire existe et embarrasse plus d'un service hospitalier : c'est le cas des toxicomanes qui se présentent en urgence à l'hôpital général pour être pris en charge, mais refusent l'hôpital psychiatrique (« *Je ne veux pas aller chez les fous* ») et refusent les centres spécialisés (« *Il n'y a rien que des drogués, je ne veux pas aller chez les drogués, je veux m'en sortir, ne me renvoyez pas chez les drogués* »). « *Ce type de demande exprime un besoin de diversification du mode de prise en charge permettant d'échapper à la stricte alternative : milieu psychiatrique/centre spécialisé pour drogués* » (Pr Detilleux, Cochin, in « Urgences médicales et toxicomanies », Journées Sainte-Anne, 1987). Si cette recherche de diversification aboutit au service des urgences générales, cela crée des problèmes à certains hôpitaux : il est difficile d'isoler complètement un malade en service d'urgences où les allées et venues sont incessantes, et il apparaît facile à l'entourage du patient de le retrouver, de le voir et de le fournir en produits illicites. D'autre part, ces malades exercent eux-mêmes de fortes pressions, voire des chantages sur le personnel ou sur ses maillons les plus faibles, par exemple pour obtenir davantage d'anxiolytiques ou pour laisser entrer les visites. Un toxicomane en sevrage perturbe profondément un service d'urgences d'hôpital général ; en accueillir deux pose des problèmes encore bien plus considérables, car ils se reconnaissent immédiatement et agissent de concert pour désorganiser le service.

En résumé, on ne peut savoir, même très approximativement, combien de sevrage sont réalisés chaque année en France, et encore moins dans quelles proportions ils se déroulent dans les centres spécialisés, dans les services hospitaliers (psychiatrie ou médecine), en ambulatoire avec des médecins du secteur privé, dans des institutions non reconnues par les D.D.A.S.S. (tels les 23 centres du Patriarche), dans les prisons, ou au domicile du toxicomane (auto-sevrage). On comprendra dans ces conditions qu'il soit impossible de chercher à évaluer les succès et les échecs des sevrages.

D'autant qu'après le sevrage, presque toujours, intervient une rupture : le patient rentre chez lui ou va en post-cure, et le suivi est interrompu. Depuis 20 ans, aucun travail d'ensemble n'a été conduit sur les méthodes de sevrage, leurs suites, leur pronostic. Les spécialistes, médecins et non médecins, continuent de s'affronter sur les méthodes à utiliser et leurs résultats. Cependant, ils se retrouvent tous unanimes pour affirmer que, si essentielle qu'elle soit pour la désintoxication, la phase du sevrage n'est pas la plus difficile à maîtriser. C'est après le sevrage que tout commence ou recommence.

C. — TROISIÈME PHASE : LA POST-CURE

Après le sevrage, l'ancien drogué n'est pas guéri même s'il est physiologiquement désintoxiqué. Il sort du sevrage légèrement affaibli, sans tonus, indifférent ou triste. Mais surtout, alors même que son corps est purgé du poison, sa mémoire conserve intact le souvenir de la fallacieuse sensation du plaisir et d'exaltation que lui procurait la drogue pendant sa « *lune de miel* ». Les prédispositions psychiques interviennent sans doute peu dans ce phénomène, puisque les rats de laboratoires auxquels on a donné de la drogue à consommer pendant un certain temps présentent les mêmes symptômes : un violent état de manque lorsqu'on leur supprime la drogue, suivi d'une apparente guérison tant qu'on n'introduit pas de drogue dans leur cage ; mais, en ce cas, ils se jettent immédiatement sur le toxique dont ils semblent avoir conservé l'appétit en mémoire, même après une année sans en consommer. (Expériences de Janssen, Niemegeens et Colpaert). Cette technique avec les rats est du reste utilisée pour prédire si un médicament risque ou non d'engendrer la dépendance. Les rats discriminent ainsi les opiacés, la cocaïne, les dérivés du cannabis, les barbituriques, les benzodiazépines.

Le toxicomane sevré est donc particulièrement fragile. Le temps sera la grande affaire : chaque semaine d'abstinence préservée va compter, s'additionner, créer à son tour une bonne mémoire de désintoxiqué. Il faut donc l'aider à s'obstiner dans l'abstinence, d'autant plus longtemps qu'il s'était drogué longtemps. C'est le rôle des soignants en charge de la post-cure, étape la plus importante du traitement. Il faut tenir le malade à l'abri de tout toxique donc de toute personne susceptible de lui en fournir. Il faut parvenir à redonner au convalescent le goût de certaines activités physiques et intellectuelles qui pourront l'aider à se réinsérer dans la vie sociale.

La post-cure comprend deux phases de durée très variable : pendant la première, il faut aider un être affaibli, « *à plat* », même s'il manifeste une certaine joie fébrile de s'en être sorti, qui a besoin d'un traitement médical pour lui redonner appétit et énergie. Ensuite, il faut trouver l'environnement et les activités qui lui conviendront assez pour assurer son équilibre dans l'abstinence, et l'aider par une psychothérapie à préparer sa réinsertion.

Quel environnement ? Quelles activités ? Quelles psychotérapies ? Les réponses sont multiples.

1° Une grande variété

Le dispositif de soins pris en charge par l'État compte 45 institutions dites « *de nuit* » ou « *de temps complet* », comprenant 508 lits réglementairement autorisés. A ces 508 places en institutions, il faut ajouter 4 réseaux autonomes de familles d'accueil et 19 petits réseaux locaux rattachés à une autre institution.

Si l'on met à part les trois foyers d'urgence parisiens et les quatre centres de cure mentionnés au paragraphe « *sevrage* » (Paris, Marseille, Rennes et Metz) les autres institutions se répartissent ainsi :

a) 30 assurent des post-cures en internat dont 16 plutôt axées sur les techniques relationnelles et 14 plutôt sur les techniques occupationnelles avec formation professionnelle. La durée moyenne des séjours est de 2 à 3 mois dans la catégorie relationnelle et 4 à 12 mois dans la catégorie occupationnelle. La médicalisation est discrète : 4 % des équivalents temps plein en milieu relationnel, 2 % en milieu occupationnel. Il faut plutôt parler de surveillance médicale que de traitements.

b) 3 centres assurent un mode de vie semi-autonome. Ce sont des appartements dits thérapeutiques pour toxicomanes travaillant dans la journée. Il semble qu'on ne soit pas parvenu, dans le secteur réglementaire, à bien faire fonctionner cette formule qui représente pourtant une réponse intéressante à une phase très critique de la prise en charge avant réinsertion.

c) Un centre pour mineurs, en internat.

d) Quatre grands réseaux de familles d'accueil regroupent 125 familles d'accueil.

e) 19 petits réseaux de familles rattachés à tel ou tel centre.

En 1985-1986, ces 45 institutions employaient 466 personnes à temps plein, principalement du personnel social. Si les 4 structures de sevrage sont bien médicalisées, les autres institutions ne le sont pas ou guère. Le prix de revient journalier en institution est de 608 F, du même ordre que celui observé dans les hôpitaux psychiatriques de jour. Il varie en moyenne de 788 F par jour dans les centres relationnels à 532 F par jour dans les centres occupationnels.

Les centres dits « *occupationnels* » offrent aux anciens toxicomanes différentes activités de type formation professionnelle, à la fois pour les occuper, les intéresser à autre chose qu'à eux-mêmes, leur redonner confiance dans leurs capacités à faire, et les préparer à une réinsertion professionnelle. Il s'agit surtout d'occupations manuelles qui ont un aspect attachant comme la réfection de meubles ou d'immeubles anciens, des travaux d'artisanat d'art, d'horticulture. Les centres dits « *relationnels* » appliquent différentes théories de la relation dans les groupes. D'après J. C. Sagne, on peut les classer ainsi : 1° Type « *fusionnel* » où les thérapeutes et les toxiques sont mêlés sans différence. 2° Type « *appui protecteur* », où il y a prise en charge par le thérapeute et docilité du toxicomane. 3° Type « *objectal* », où il y a à la fois égalité et différence entre thérapeutes et toxicomanes, dont on attend une conduite rationnelle. 4° Type « *communautaire* », où la pression du groupe joue, avec ses valeurs, ses exigences pratiques, ses contraintes.

En comparaison des 3 000 lits offerts par la R.F.A. (également ouverts aux alcooliques il est vrai) et même des 750 lits pour toxicomanes offerts par la Grande-Bretagne, notre système de traitement avec hébergement apparaît maigre avec ses 600 lits.

En outre, ces 600 lits ne sont même pas toujours occupés. Les appartements pour vie semi-autonome ne connaissent même pas 57 % de taux d'occupation, et les post-cures tournent à 75,8 % de leurs capacités.

Est-ce à dire qu'il n'y a que peu de candidats à la post-cure en institution ? Avant de l'affirmer il faut se rappeler que les centres de l'association le « *Patriarche* », non reconnus par les D.D.A.S.S., et donc payants pour les familles, accueillent entre 1 500 et 2 000 Français en post-cures. Pourquoi ? Pourquoi ce relatif isolement et cette relative désaffection pour les centres spécialisés réglementaires ?

L'évaluation thérapeutique ne suffirait pas à l'expliquer. Elle pourrait se révéler extrêmement favorable aux centres institutionnels, du triple point de vue de l'arrêt des consommations illicites, de la réinsertion sociale et de l'évolution psychiatrique — cela ne suffirait pas à les rendre attractifs pour les toxicomanes et pour les familles de toxicomanes. Il faut chercher ailleurs les causes de ce qu'il faut bien appeler un semi-échec.

2° Les difficultés

a) Les centres de post-cure sont restés très marqués par la manière « *année 70* » d'aborder la toxicomanie, les illusions du retour à la nature, etc. et la clientèle d'alors. Ils ont du mal à s'adapter aux clients des années 85-90, qui sont souvent de « *vieux* » chevaux de retour qui ont connu bien des aléas. Alors ils sélectionnent selon leurs propres critères internes la population qu'ils accueillent, sans trop tenir compte « *des besoins de l'extérieur* » (Dr Ingold, Essai d'évaluation de la prise en charge médicale des toxicomanes et du réseau spécialisé).

b) Il n'y a jamais eu une excellente communication entre ces institutions spécialisées et l'ensemble des équipes sanitaires et socio-éducatives qui travaillent auprès des jeunes. Cela est patent pour les équipes travaillant en milieu carcéral qui ne connaissent guère le réseau spécialisé des centres ; comme d'ailleurs les intervenants en toxicomanie ignorent leurs collègues qui travaillent derrière les barreaux. D'où un clivage de plus en plus net entre deux populations de toxicomanes, dont la plus touchée ne fréquentera pas les centres spécialisés. Dans le dispositif spécifique, on a même tendance à se vanter de ne pas recevoir en séjour de toxicomanes en astreinte de soins ou d'anciens détenus.

c) L'opinion que les toxicomanes ont des centres de cure est en général critique et négative. Critique sur le personnel pas assez actif, sur la distribution des cachets, sur l'absence de communication ici, l'excessive pression psychologique là. (Ingold). Mais, surtout : « Ils sont incapables de nous faire arrêter », « ça ne marche pas », déclarent les incarcérés interrogés par exemple.

d) Les familles des intoxiqués se sentent tenues à distance, même si elles sont très demandeuses de traitements pour leurs enfants. « On me disait à moi, la mère, si votre fille ne prend pas sa décision elle-même, nous ne pouvons rien faire pour elle. » L'angoisse des parents est telle qu'elle explique peut être « l'attitude générale, et, en tout cas, historique des centres de soins vis-à-vis du groupe familial, attitude de rejet pur et simple. »

On ajouterait volontiers une certaine autosatisfaction : « en France, nous avons un système varié, souple, nous ne sommes ni répressifs ni trop laxistes, nous offrons une grande gamme de réponses, etc. ». Voilà le genre de propos qu'on entend d'emblée lorsqu'on désire traiter de ce sujet et que l'on s'enquiert auprès des autorités et des spécialistes.

Certes, la variété existe : certains établissements pratiquent une psychologie de groupe de type fusionnel ; d'autres jouent sur la discipline la plus stricte ; ici, on discute beaucoup ; là, on travaille le bois ou le fer ; ici, on donne « des cachets » ; là, c'est le régime de l'eau pure, etc. Mais la variété n'a guère de vertu quand elle est dispersion et qu'elle ne permet pas de choix. Y a-t-il orientation du jeune récemment sevré vers tel ou tel centre selon sa personnalité et son histoire ? Non. Simplement tel ou tel centre d'accueil ou tel ou tel médecin contacte les organismes qui lui sont connus et familiers (appartenant à la même école de pensée psychologique ou thérapeutique, par relations). Ou bien, le toxicomane est envoyé là où il y a de la place ; or les phases successives du traitement exigent des compétences et des disponibilités précises, et demandent à être articulées entre elles. Au lieu de cela, on voit tourner en rond certains habitués qui recommencent plusieurs fois le même circuit tandis qu'un très grand nombre, soit ne sont jamais intégrés dans le système de soins, soit en sortent sans suivi et sans « parachute » au tiers du parcours, lâchés dans la nature.

Le système devrait être cohérent, et offrir des filières complètes de soins et d'assistances au lieu de ce désordre où s'activent des spécialistes débordés, des autodidactes persuadés de leur importance, des idéologues en mal d'influence et des âmes profondément charitables. Il devrait également être mieux organisé au plan géographique.

Cela est possible : le département de la Moselle en est la preuve, où toutes les structures existent, assument chacune une fonction bien définie et se concertent sans cesse pour coordonner l'ensemble : du service d'urgence à l'aide à la réinsertion, en passant par les sevrages, les hébergements éclatés, les post-cures, les interventions en milieu pénitentiaire, tout fonctionne en corrélation et non en concurrence, aucun toxicomane n'est abandonné en cours de cure sous de faux prétextes d'anonymat et de liberté à préserver, et, malgré les difficultés économiques de la région, on parvient à accompagner et réinsérer professionnellement bon nombre de malades.

Il apparaît d'autre part que les séjours sont courts dans la plupart des institutions. Plus la toxicomanie a duré, plus il faudra compter de temps, d'abord pour récupérer ses forces, la maîtrise de ses gestes, le sommeil ; ensuite pour se réadapter à l'activité, intellectuelle ou physique, suivre un apprentissage, reprendre des études « car la drogue n'avait pas seulement aboli la volonté et les motivations, elle avait suspendu le temps à l'âge des acquisitions débouchant sur le rôle social ». Ce n'est pas en deux ou trois mois qu'une telle renaissance et reconstruction peut s'opérer alors qu'il y avait eu destruction de la personnalité, dissolution des intérêts et des motivations.

3° Les familles d'accueil

Une circulaire D.G.S./1555/2 D du 4 décembre 1987 a organisé, après une année d'expérimentation, la prise en charge des toxicomanes en post-cure dans des familles d'accueil. Un effort a été fait depuis pour augmenter encore cette modalité intéressante. Les familles qui reçoivent le drogué après son sevrage (chacune ne peut en recevoir qu'un seul à la fois) sont bénévoles. « La relation très particulière et conflictuelle que le toxicomane entretient avec l'argent implique qu'il vive cette

relation avec les familles sans qu'il y ait pour elles de notion de gains, de bénéfice ou de salaire » dit la circulaire. On rembourse seulement aux familles d'accueil les dépenses de nourriture et de blanchissage du pensionnaire (45 F par jour en 1985). Cependant, la même circulaire affirme que le placement dans une famille « n'est pas une forme particulière d'hébergement » mais « un choix thérapeutique », une « possibilité de traitement ». Il y a là une ambiguïté : certains sont rémunérés pour leur thérapeutique, d'autre pas. Celui qui a sélectionné la famille le sera, la famille qui veille constamment sur le malade ne le sera pas. D'elle on réclame « une démarche fondée sur la sincérité et l'authenticité de la relation humaine dans sa dimension d'aide », sans aspects professionnels. Il est rare de voir la charité reconnue par un texte administratif pour sa vertu thérapeutique intrinsèque... Une formation des familles volontaires est dispensée par la D.D.A.S.S, mais « il ne s'agit pas de les initier à des techniques et des méthodes ou de leur dispenser des contenus théoriques sur l'accueil et la relation », car on ne doit pas « glisser vers une pseudo professionnalisation ». Ce sont plutôt des séances d'information sur l'engagement qu'on leur demande et les risques qu'elles encourent. Il faut saluer ici les 125 familles qui, en 1987, ont accepté de recevoir dans leur intimité, pendant des semaines et des mois, dans ces conditions, chacune un toxicomane. Le coût global des réseaux de familles d'accueil, infrastructure comprise, n'a été que de 10,5 MF pour 1987, soit en moyenne 230 F par jour au lieu de 532 F dans les centres occupationnels et 788 F dans les centres relationnels.

4° Le S.I.D.A. et la séropositivité H.I.V.

Il est spécifié dans la circulaire sur les placements familiaux que « le développement de la séropositivité chez les toxicomanes n'est pas de nature à remettre en question ce mode de prise en charge ». « Il ne saurait être question d'instaurer un dépistage systématique avant l'envoi dans une famille d'accueil, pas plus qu'avant n'importe quelle prise en charge en cure ou en post-cure, un tel dépistage ne peut être exigé préalablement et doit être entièrement laissé à la libre décision du toxicomane. »

La « libre décision du toxicomane » n'est pas la seule clé de ce grave problème. Il ne sert de rien de laisser croire que l'apparition du S.I.D.A. dans le monde de la toxicomanie ne modifiera rien aux pratiques des soins et que tout continuera comme par le passé chez les toxicos et ceux qui les soignent et vivent avec eux. Nous voici devant un problème de taille qui va obliger peut-être à reposer les définitions et modalités des centres et institutions de prises en charge des toxicomanes, ne serait-ce que pour en renforcer la médicalisation.

Pour lors, le problème est d'autant plus insoluble qu'aucun de ses termes n'est bien connu ni bien posé.

Il semblerait désormais bien établi que les toxicomanes « à seringue » (surtout héroïnomanes) forment un groupe à haut risque de S.I.D.A. Mais déjà de graves querelles séparent ceux qui estiment que les pourcentages de toxicomanes et anciens toxicomanes séropositifs sont fort élevés, supérieurs à 60 %, et ceux qui estiment ces proportions « très exagérées ». La querelle est idéologique. Elle ne repose pas sur des données statistiques établies de part et d'autre de la même manière, et qui seraient comparables. Les uns ne comptent que de « vieux » toxicomanes en traitement après des années de « défonce » ; les autres décomptent tous les visiteurs à une consultation, fumeurs de cannabis occasionnels compris. On peut tout faire dire à des chiffres, mais on peut aussi brouiller la récolte des chiffres. Comment n'être pas stupéfait de constater l'acharnement déployé par certains pour étayer leur point de vue et défendre un 30 % contre un 60 % ? Quoi qu'il en soit, les toxicomanes forment un groupe à risque. L'important n'est pas d'établir l'échelle exacte de leur proportion de séropositifs ou de malades, mais de faire en sorte que ceux qui sont porteurs du virus ne contaminent personne, et de tenter d'arrêter les causes de contamination propres aux toxicomanes. Mais là encore des querelles se sont déjà installées qui empêchent de poser sereinement les termes de la dissémination de la maladie et ceux de la prévention, s'agissant des toxicomanes et anciens toxicomanes. N'a-t-on pas entendu un ancien soixante-huitard fort libéral aller jusqu'à imputer la proportion de S.I.D.A. dans certains centres de post-cure au « laxisme des mœurs » qui y régnerait ?

Les mêmes qui prétendent le S.I.D.A. peu répandu chez les toxicomanes ne veulent pas entendre parler de dépistage avant traitement : c'est, du reste, la doctrine officielle ainsi que nous venons de le voir par la circulaire du 4 décembre 1987.

Pourra-t-on continuer sur ces bases ? Les soignants, les éducateurs, les thérapeutes, les familles d'accueil n'ont-ils pas le droit de savoir que certains de leurs malades sont contagieux et de recevoir la formation nécessaire pour savoir éviter cette contagion aux modalités somme toute réduites et très particulières ?

Laissera-t-on des séropositifs partager en communauté la vie quotidienne d'anciens toxicomanes non atteints au risque de leur transmettre le virus ? Réglementera-t-on leurs rapports ? Ou les séparera-t-on, ce qui signifie qu'on regrouperait les séropositifs ?

Il sera strictement impossible d'éluder toujours les réponses à ces questions comme on l'a fait jusqu'ici.

II. — ÉVALUATION MÉDICALE

Indépendamment du S.I.D.A., les traitements pratiqués dans le dispositif spécialisé guérissent-ils les toxicomanes de la toxicomanie ? Autrement dit, quelles sont les conclusions de l'évaluation proprement médicale de ces traitements ? En dépit du désir de l'administration sanitaire de parvenir à mieux apprécier l'efficacité comparée de diverses approches thérapeutiques, rien de concluant n'a jamais pu être établi. En décembre 1985, un grand congrès fut consacré aux « *Confrontations des pratiques de soins* ». Malgré le souhait de nombreux médecins de parvenir à réaliser une évaluation, ne serait-ce que pour faire éclater la différence entre des thérapeutiques médicalement justifiées et celles « *obscurantistes et simplistes : tisanes et coups de pied au derrière* » utilisées par des non-médecins agissant dans l'orbite toxicomanie (on a reconnu l'association Le Patriarche, dénoncée ici par le Dr Charles Nicolas, du Centre Pierre Nicole de Paris), malgré ce désir, l'ensemble de ces thérapeutes n'est pas parvenu à accepter les limites pratiques et théoriques contraignantes qui encadrent les évaluations. Les critères leur semblent vains : arrêt ou continuation de la drogue ? « *Mais certains qui ont arrêté en sont malades et vont jusqu'au suicide : sont-ils guéris ?* ». Travail ou délinquance ? Mais qu'était la situation initiale, avant la toxicomanie ? Pourquoi axer l'évaluation sur un état final — qui n'est peut être que transitoire ? Alors que la seule chose à prendre en compte devrait être l'évolution de la personnalité du toxicomane, sans s'accrocher à ce terme vain de « *guérison* ». On a même rappelé que la question « *Qu'appelle-t-on guérison en matière de toxicomanie ?* » avait été en 1977 relativisée par Moutin et Briole (Val-de-Grâce et Percy) en ces termes : « *A quoi bon viser la guérison du toxicomane* », finalité floue, irréalisable, idéologiquement « *entachée d'un soupçon de normalisation de marginaux* ». Depuis, la question de la guérison a été reléguée à l'ombre, au profit du « *nombre de toxicomanes vus* ». La réponse à la question « *Combien guérit-on de toxicomanes ?* » posée inlassablement par le public, ne peut être à leur sens que : « *Cela dépend. Cela dépend de nombreux facteurs, de la période de temps, de ce que l'on peut appeler guéri* » (Karsenty). La réponse aux confrères médecins est plus évasive encore : les uns récuse toutes comparaisons entre deux institutions et deux pratiques ; d'autres en limitent beaucoup la portée ; la plupart ne sont d'accord que sur des principes idéologiques et politiques simples — à savoir, que le toxicomane doit être libre de choisir sa thérapie ; que la prison n'est pas un lieu où un médecin peut conduire une thérapie ; qu'un traitement ne doit pas consister en la substitution d'une dépendance nouvelle à une dépendance ancienne.

Il est évident que cette limitation (ou ouverture ?) de l'évaluation à la seule évolution de la personnalité du toxicomane est le fait des psychiatres et psychologues, pour lesquels l'état psychologique antérieur à la prise de drogue est capital, explicatif, cause première. C'est par eux que sont animés les traitements conduits dans le dispositif spécifique de soins que nous venons de décrire. Toute autre sera l'évaluation vue par un toxicologue qui voit dans les dégâts mentaux constatés chez son malade les effets des poisons que celui-ci a pris : pour lui, c'est l'arrêt de la prise de drogue qui sera le critère cardinal de réussite d'un traitement.

On sait que les médecins se divisent ainsi en « *ceux qui sont contre la drogue* » et « *ceux qui sont pour les drogués* ». « *Les premiers jugent que rien ne peut être fait tant que les sujets restent dépendants. Les seconds que tout sevrage est inutile si l'on doit se retrouver dans la situation causale* » (Deniker).

CHAPITRE VI

TOXICOMANES EN PRISON : LE DISPOSITIF SANITAIRE SPÉCIALISÉ EN MILIEU CARCÉRAL

Ainsi, pendant 15 ans, le dispositif sanitaire spécifique de lutte contre la toxicomanie n'a reçu et soigné que des « volontaires » qui manifestaient explicitement le désir de « décrocher ». L'influence de certains psychiatres qui pensaient ne pouvoir aider que ceux qui voulaient se détacher de la drogue a été prépondérante dans l'élaboration et le fonctionnement du système de soins. Ainsi, les plus profondément enfoncés dans la drogue n'avaient-ils guère de chances d'être considérés comme des malades plutôt que comme des délinquants, et, un jour ou l'autre, ils échouaient en prison, arrêtés pour I.L.S. (infraction à la législation sur les stupéfiants) ou plus souvent encore pour diverses délinquances, vols surtout, associées à leur toxicomanie. Ceux-là, originaires de milieux plus défavorisés que les premières vagues de toxicomanes, ne connaissaient souvent ni les dispositions de la loi de 1970 ni l'existence de structures spécialisées.

Ils rejoignaient en prison les autres détenus et avaient affaire aux mêmes médecins que les autres détenus — médecins généralistes ou psychiatres — attachés à la médecine pénitentiaire. Cependant, un débat s'est élevé, non seulement en France, mais dans toute l'Europe, à propos de l'incarcération des toxicomanes : les uns affirmaient que la prison ne servait à rien car la drogue y circule et non seulement les drogués ne s'y guérissent pas mais encore ils initient d'autres détenus à la toxicomanie ; d'autres que les toxicomanes supportaient très mal l'enfermement. Les uns voulaient les isoler dans des quartiers réservés ; les autres les sortir de prison où trop souvent ils se suicidaient ou bien étaient abrutis de médicaments par les services médicaux pénitentiaires jusqu'à leur créer une nouvelle dépendance.

I. — MÉDECINS DE PRISONS ET TOXICOMANES EN 1982

Qu'en était-il exactement ? Aucune étude épidémiologique n'avait été faite sur les toxicomanes incarcérés jusqu'à celle du docteur Ingold en 1986. Cependant, Mme Troisier, professeur de médecine pénitentiaire, a effectué en 1982 une enquête auprès de 158 directeurs de prison et de 237 médecins pénitentiaires (132 généralistes et 105 psychiatres). Les résultats de cette enquête traduisaient la perception du problème par ceux qui avaient la charge des prisons et des soins en prisons. Par la suite, Mme Troisier a fait circuler les deux mêmes questionnaires (pour les directeurs d'établissements pénitentiaires, d'une part, pour les médecins intervenant en prison, de l'autre) dans tous les pays du Conseil de l'Europe. Les comparaisons que permettent les réponses sont très intéressantes.

S'agissant de la France, on apprend qu'une forte majorité des administratifs et surtout des médecins (67 % des généralistes) affirment que la drogue n'entre pas dans les prisons. Une majorité encore plus forte des médecins (70 % des généralistes et 79 % des psychiatres) estime que pendant son séjour en prison le détenu toxicomane est délivré de sa dépendance physique. Les directeurs de prison n'étaient pas favorables à la création de quartiers réservés aux toxicomanes (79 % contre) mais demandaient à leur personnel d'exercer sur eux une « surveillance redoublée » (85 %). Les médecins disaient prescrire des traitements médicamenteux **non substitutifs** (87 %) et des psychothérapies. Mais alors que les généralistes s'accordent pour considérer que les thérapeutiques médicamenteuses sont aussi bien administrées en prison qu'à l'extérieur (46 %), voire même « mieux »

(47 %), les psychiatres sont moins enthousiastes, et 60 % d'entre eux estiment que les psychothérapies ne sont pas aussi bien conduites qu'à l'extérieur. Quant à l'influence de la prison sur les toxicomanes, 70 % du total des médecins déplorent qu'elle introduise le drogué dans un milieu de délinquants confirmés mais 71 % estiment qu'elle l'extrait de son milieu toxicogène. Ce qui explique que 55 % des psychiatres et 56 % des généralistes trouvent que la prison a une action « *plutôt favorable* » sur les toxicomanes, et que seulement 29 % soient d'un avis contraire. Mais 55 % se sentent « *mal armés* » pour soigner un toxicomane (surtout les généralistes : 67 %), d'autant qu'ils voient parfois apparaître chez lui une dépendance médicamenteuse, même lorsqu'ils n'ordonnent pas de médications de substitution, ou d'autres formes de toxicomanie à base de crèmes à raser, colle des ateliers, ou, plus simplement tabac. Une des réponses les plus surprenantes est l'ignorance où se trouvaient en 1982 beaucoup de médecins des prisons des dispositions de la loi de 1970 sur la lutte contre la toxicomanie !

La plupart des toxicomanes détenus n'étaient généralement pas considérés d'abord comme des malades, mais plutôt comme des détenus particulièrement difficiles « *à surveiller étroitement* ». Seuls quelques individus mieux renseignés, ou qui avaient déjà eu affaire aux centres de soins avant leur incarcération, parvenaient à manifester leur désir d'une cure avec un spécialiste des toxicomanies.

II. — CRÉATION DES ANTENNES TOXICOMANIES PAR LA M.I.L.T.

C'est pour corriger cette curieuse injustice qui excluait des soins les toxicomanes les plus exclus de la société — les incarcérés — que la M.I.L.T. a créé en 1986 les « *Antennes Toxicomanies* » dans les prisons. Ce fut d'abord, en 1986, dans les maisons d'arrêt de Bois-d'Arcy (Yvelines), Fresnes (Val-de-Marne), Grenoble-Varces, et Lyon. Puis, en 1987, à Bordeaux, Draguignan, Fleury-Mérogis (Essonne), Loos-lès-Lille (Nord), la Santé (Paris), Marseille, Nantes, Poitiers, Rouen, Strasbourg et Toulouse.

Les antennes toxicomanies sont installées dans les établissements pénitentiaires et placées sous l'autorité médicale du praticien hospitalier du Service médico-psychologique régional (S.M.P.R.), et sous l'autorité administrative du directeur du Centre hospitalier de rattachement. Leur budget, fixé annuellement par le commissaire de la République, est versé à l'établissement hospitalier sur un chapitre particulier du budget de l'État. Les personnels **sont choisis pour leur compétence en matière de toxicomanie** et comptent, outre les médecins (psychiatres et épidémiologistes) des psychologues, éducateurs spécialisés, assistants de service social et infirmiers.

III. — TÂCHES DÉVOLUES A CES ANTENNES

La mission de l'Antenne Toxicomanie est de coordonner toutes les actions en faveur de tous les détenus toxicomanes (hommes, femmes, mineurs, jeunes, adultes). C'est ainsi qu'elle assure :

- l'accueil de tous les entrants en vue du dépistage ;
- l'orientation des toxicomanes vers la structure appropriée pour le sevrage et le suivi de ce sevrage ;
- les entretiens et les traitements psychothérapiques ;
- les entretiens individuels et collectifs pour informer les détenus du dispositif de soins et des structures publiques ou privées et les inciter à prendre contact avec elles ;
- la prise en charge socio-éducative du détenu en collaboration avec l'équipe socio-éducative de la prison ;
- les interventions en direction des familles des détenus toxicomanes ;
- la recherche d'un hébergement, d'une post-cure, d'une insertion sociale et professionnelle en liaison avec le comité de probation et d'aide aux libérés compétent ;
- la formation des personnels de l'administration pénitentiaire sur les problèmes posés par la toxicomanie ;
- la coordination avec les services judiciaires qui suivent certains libérés.

Les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire comportent des S.M.P.R. aménagés dans les établissements pénitentiaires, qui peuvent assurer une mission de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

Une des dispositions des décrets instaurant les S.M.P.R. (décret du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique ; arrêté du 14 décembre 1986 relatif au règlement fixant l'organisation des S.M.P.R. en milieu pénitentiaire, circulaire D.G.S. relative à l'organisation de la psychiatrie en milieu pénitentiaire) précise que « *les soins ne peuvent être imposés au détenu, compte tenu des dispositions du code de déontologie médicale et de l'article 63 du code pénal* ».

Les traitements sont prodigués à tout détenu « *qui en exprime le souhait* » ou « *quand ces traitements sont nécessaires* ».

Voici, du moins, les textes administratifs dans leur sécheresse et leur ambiguïté. Dans la réalité carcérale, comment se traduisent ces dispositions ? Quelles difficultés particulières rencontrent soignants et éducateurs qui suivent les toxicomanes détenus ? Quels résultats peuvent-ils obtenir dans ces conditions ? Peut-on déjà tenter une évaluation d'actions si récentes ?

IV. — UN EXEMPLE : L'ANTENNE TOXICOMANIE DES PRISONS DE LYON

L'exemple de l'Antenne Toxicomanie de Lyon dirigée par le Docteur Lamothe permettra de mieux comprendre la complexité du travail accompli par une équipe, --- composée à Lyon de deux médecins psychiatres, deux psychologues à mi-temps, deux travailleurs sociaux à temps plein (un éducateur et une assistante sociale) — qui intervient auprès d'un public en détresse, mais souvent très difficile. Il faut rappeler que la région lyonnaise n'est pas une région particulièrement touchée par la toxicomanie.

La première tâche qui incombe à l'Antenne est le repérage de tous les toxicomanes parmi la totalité des « *entrants* » des trois prisons de Lyon-Montluc, Saint-Joseph et Saint-Paul. Un membre de l'équipe est donc présent *chaque matin* et rencontre *individuellement* toutes les personnes incarcérées pour présenter la structure de soins. Deux questions sont posées aux entrants : « *Êtes-vous consommateur d'une drogue ? Cette consommation de drogue a-t-elle entraîné des changements ou des conflits dans votre vie ?* ».

En 1987, sur 3 539 entrants, 27,4 % ont déclaré avoir consommé de la drogue au moins une fois. A ceux-là, on pose alors la question : « *Vous considérez-vous comme toxicomane ?* » Environ la moitié répondent affirmativement et, à ceux-là, un traitement est proposé.

Depuis janvier 1988, le questionnaire utilisé pour les entrants est celui qui a été mis au point, après consultation de toutes les Antennes par l'I.N.S.E.R.M. et la D.G.S.

Les réponses à ce questionnaire sont bien entendu confidentielles. Elles seront utilisées à deux fins : d'une part, pour l'épidémiologie ; d'autre part, pour l'offre de soins à ceux qui se déclarent toxicomanes dépendants. Il est à noter que les Antennes Toxicomanie ne prennent pas en charge les usagers de haschich.

Cette constatation mérite qu'on s'y arrête. D'assez nombreux psychiatres spécialisés dans la lutte contre la toxicomanie refusent de considérer le haschich comme une drogue, et ceux qui le consomment comme des toxicomanes, bien qu'ils n'ignorent pas qu'il s'agisse d'un produit illicite. Les chiffres publiés par les Antennes Toxicomanie en prison sur les populations toxicomanes par elles traitées (telle celle décrite au paragraphe V) ne comprennent généralement pas les fumeurs de haschich seul. Il est tout à fait exact qu'il existe des différences très importantes entre, d'une part, les détenus qui n'ont que fumé du haschich, et d'autre part ceux qui ont pratiqué des drogues dures, ou associé haschich et autres produits illicites. On constate très bien ce contraste dans l'étude effectuée en 1986 à la prison de Dijon par les Docteurs Badet et Verpeaux et le statisticien Fustier. Ils ont inclus les consommateurs de cannabis et dérivés dans leur enquête mais en ont dressé le portrait socio-médical à part : il s'agit à 88 % de délinquants primaires dont c'est le premier séjour en prison, issus le plus souvent (68 %) de familles unies au moins durant leur enfance, dont 84 % n'ont eu aucun contact jusqu'à leur incarcération avec le milieu psychiatrique et la plupart avaient une activité régulière.

Tout à l'opposé, dans la même prison, les polyintoxiqués, surtout héroïnomanes, sont à 76 % issus de foyers dissociés, à 83 % des récidivistes, et 83 % d'entre eux ont des antécédents psychiatriques.

D'un point de vue épidémiologique, on peut en effet s'interroger sur la légitimité scientifique d'un mélange de deux populations si distinctes aux conduites si différentes. D'un point de vue sanitaire et social, on peut s'inquiéter des dangers que représente, pour les fumeurs de haschich seul, la prison. La promiscuité où ils vont vivre aux côtés de toxicomanes invétérés peut les conduire à l'escalade dès leur sortie. Cette éventualité seule conduit à réclamer pour eux, s'ils n'ont pas commis de délits très graves, d'autres sanctions que la prison. Celle-ci risque de leur être funeste. Cependant, il faudrait que les Antennes Toxicomanie soignent ceux qui sont incarcérés ne serait-ce que pour les préserver de la contagion des plus gravement atteints. Il est vrai que pour cela, il conviendrait qu'ils se signalent à l'équipe de l'Antenne.

En fait, lors de l'entretien d'entrée en prison, nombreux sont ceux qui n'avouent pas leur toxicomanie, soit parce qu'ils ne veulent pas que les autres détenus l'apprennent, soit qu'ils craignent l'étiquette « toxico » car, n'ayant pas été arrêtés pour infraction à la législation sur les stupéfiants (I.L.S.), il ne veulent pas révéler qu'ils sont drogués de peur que cela ne leur soit imputé en sus des infractions qu'ils ont commises. Puis, constatant que l'Antenne Toxicomanie n'est pas un service de délation, mais au contraire peut les aider, ils y viennent plus tard. C'est ainsi qu'à Lyon en 1988, si seulement 185 détenus sur 3 090 « entrants » ont déclaré dès le premier entretien être « toxicomanes » dépendants, ce sont 373 détenus que l'Antenne Toxicomanie a soignés cette année-là.

V. — UNE POPULATION DÉFAVORISÉE ET MALADE DE RÉCIDIVISTES

Du point de vue épidémiologique, une des révélations des Antennes Toxicomanie est la relativement faible proportion des toxicomanes incarcérés qui ont été arrêtés pour I.L.S. (infraction à la législation sur les stupéfiants) c'est-à-dire pour détention et/ou revente de drogues : en 1988, à Lyon, sur les 373 toxicomanes soignés par l'équipe de l'Antenne seulement 36 % étaient en prison pour I.L.S. Les autres avaient été arrêtés pour vols ou escroqueries. Or, jusqu'ici, c'est sur la base du délit d'I.L.S. qu'on établissait les statistiques de toxicomanes incarcérés ! On voit combien ce critère était peu pertinent et à quelles approximations statistiques il pouvait donner lieu. Dans les prisons de Lyon en 1988, on comptait 193 détenus incarcérés pour I.L.S. qui n'étaient nullement toxicomanes, mais trafiquants ou revendeurs. D'autre part, la majorité des 373 toxicomanes qui se sont déclarés tels et ont demandé à être traités par l'Antenne n'eussent pas été connus ni comptabilisés, sans cette offre de soins.

Toujours d'un point de vue épidémiologique, l'Antenne parvient à établir les produits que consommaient avant leur arrestation ceux qui se déclarent à elle « toxicomanes » : dans 61 % des cas, il s'agissait de polytoxicomanies. Les produits associés étaient surtout l'héroïne (83 % des cas) en combinaison avec le haschich (50 %), la cocaïne (22 %), l'alcool (8 %). Quelques cas de crack ont été rencontrés en 1988, pas avant ; aucun cas d'amphétamines. Pour la majorité des héroïnomanes, ils utilisent la voie veineuse ; seulement 18 % des cocaïnomanes et des opiomanes le font. Il s'agit d'une population très différente de celle des centres de soins ou des post-cures en milieu ouvert. Jeune, certes, mais un peu moins : moyenne autour de 25 ans. Mais, surtout, récidiviste : pour plus de 70 % des détenus toxicomanes suivis par l'Antenne, il ne s'agit pas de leur premier séjour en prison, mais du second ou troisième ou davantage encore. En moyenne, leur première incarcération est intervenue vers 19 ans. En outre, 50 % d'entre eux ont eu affaire au tribunal pour enfants. La proportion des étrangers est élevée : 32 %, dont les trois-quarts originaires du Maghreb, et la moitié des Français sont eux-mêmes nés de parents maghrébins (rappelons que ces détenus sont originaires de la banlieue lyonnaise à forte concentration immigrée). Les détenus toxicomanes appartiennent à des familles nombreuses très défavorisées ils ont en moyenne 5,2 frères et sœurs ! La plupart disent vivre chez leurs parents ; 22 % en couple ; 15 % en foyer ; 15 % seuls. Seulement 23 % ont eux-mêmes des enfants. Une majorité n'a ni diplôme ni qualification professionnelle. Leur entourage semble lui-même souvent intoxiqué. Ainsi, lors d'une étude plus fine faite en 1986, toujours dans les prisons de Lyon, 1 sur 6 des toxicomanes incarcérés déclarait avoir un frère ou une sœur toxicomane avant que lui-même le devienne. En 1988, plus d'un sur cinq a déclaré que son partenaire sexuel était également drogué et un sur cinq qu'il avait un ou plusieurs frères ou sœurs toxicomanes.

Du point de vue médical, leur passé psychiatrique et somatique est chargé. En 1988, exactement comme en 1987, on note 47 % de tentatives de suicide dans les antécédents ; 46 % de consultations psychiatriques ; 20 % d'hospitalisations psychiatriques. Un sur cinq déclare avoir eu déjà une overdose ; un sur cinq une hépatite virale. En revanche seulement 15 % ont un H.I.V. positif. On a observé 10 S.I.D.A. déclarés dans les prisons de Lyon.

VI. — LA THÉRAPEUTIQUE EN PRISON

Lorsque les détenus arrivent en prison, ils ont généralement déjà fait un sevrage, dans 7 cas sur 10 tout seuls. Quelques cas arrivent en état de manque. Contrairement à ce qu'on pourrait penser, mais comme le laissait deviner l'enquête de Mme Troisier, tous les praticiens travaillant en milieu carcéral observent que le sevrage est moins difficile et moins bruyant en prison qu'en milieu ouvert. Le cadre rigide, coercitif de la prison semble se substituer à l'enfermement qu'était la sujétion à la drogue. « *La plainte s'atténue et le symptôme s'occulte* », toute négociation étant impossible. Aussi n'a-t-on besoin généralement que d'interventions médicamenteuses très discrètes. « *Le toxicomane dans un environnement carcéral s'intègre relativement bien à la détention. (...) Il substitue à la dépendance aux produits la dépendance à l'environnement contenant* » (Docteur Lamothe). Mais il faut savoir qu'il sera, à sa sortie, extrêmement vulnérable à la rechute. La prison ne guérit pas le toxicomane, même s'il peut souvent en donner l'illusion et s'en donner à lui-même l'illusion. En prison, il proclame « *qu'il a compris, qu'il ne recommencera plus, etc...* ». Il faut même si c'est très difficile, que le thérapeute résiste à ce discours, et tente de comprendre ce que représentait le toxique dans le parcours du détenu avant la prison, avant qu'il en soit sevré et privé. Il faut donc d'abord que celui-ci puisse s'exprimer. Il le fait très volontiers et on n'a nul besoin de le contraindre, au contraire. Le toxicomane est « *avide d'entretiens pendant sa détention* » (Docteur Lamothe). Mais la rencontre soignante ne peut être que l'ébauche d'un traitement, un « *soin de transition* » car le détenu va être transféré, ou sortir : le temps de séjour moyen est de 3 mois 10 jours, il convient donc, à l'occasion de ces entretiens en prison, de lui faire comprendre qu'un soin durable peut être possible, qu'il devra y avoir recours lorsqu'il sortira, et lui donner des adresses et surtout l'appétit d'un soin continu qui lui permettrait de se trouver lui-même. Les troubles profonds de l'identité chez les détenus toxicomanes ne peuvent réellement être comblés en un temps le plus souvent court et dans un cadre fort peu thérapeutique, même s'il semble « *soutenir* » le toxicomane comme un carcan soutient un être inerte. Lui rendre son autonomie, lui permettre de trouver son identité réelle va être le but poursuivi par l'équipe soignante. Cette identité a été gommée, brouillée par la drogue qui est devenue un peu sa définition, et par sa délinquance qui a achevé de s'imposer comme une identité fallacieuse. Le toxicomane est à côté de lui-même, et, de plus, il est mal perçu par les autres détenus, marginalisé par eux, parfois tout à fait et brutalement rejeté, surtout depuis le S.I.D.A. Cet être en pointillés, bien sevré mais toujours mal dans sa peau, sans respect pour son corps qu'il a piqué, tailladé (les auto-mutilations sont fréquentes) et qui lui semble toujours une prison dans la prison, il faut essayer de le réconcilier sinon avec le tréfonds de lui-même, du moins avec ce corps qu'il n'aime pas, ne respecte pas et que les autres repoussent. C'est pourquoi, à Lyon, une partie de la thérapie pratiquée en prison s'inspirera de la nécessité de dédramatiser le corps et on proposera au toxicomane du yoga, ou de la relaxation, ou des activités sportives — selon son état physique et selon l'usage qu'il faisait de la drogue, le substitut qu'elle représentait, le « *manque* » qu'elle venait combler.

La spécificité d'une thérapie du toxicomane en prison ne peut être que le résultat d'un long travail de réflexion de la part de personnes qui connaissent bien les toxicomanes d'une part, et l'univers carcéral de l'autre. Le toxicomane a tendance à se laisser contraindre par la prison et à expérimenter une exclusion de plus, celle signifiée par les autres détenus qui se méfient de lui, ne veulent pas le toucher, etc... Le souci des thérapeutes doit donc être de permettre au toxicomane de se prendre en charge, de se responsabiliser, de penser à son devenir et de le préparer, donc de se soigner lui-même, de s'intéresser à son propre avenir, de transformer sa plainte en conscience de soi et en contrat de soins.

Le rôle du médecin est très difficile. Il va être assailli de demandes immédiates : de cachets pour dormir, de pilules contre l'angoisse, d'entretiens, de désirs d'être séparé d'un voisin de cellule exécuté, et, bien sur, d'interventions pour accélérer les procédures judiciaires, etc... Il est très difficile au psychiatre de résister à ces pressions mais il doit n'agir que dans l'intérêt du malade, en tenant compte des réalités de la prison. Ainsi il doit savoir selon quelles modalités sont distribuées les

médicaments en prison : souvent dilués dans l'eau ou dans divers solvants (« la fiole ») pour éviter l'accumulation par le détenu, avec absorption devant le surveillant, à des heures qui souvent n'ont aucun rapport avec la finalité du produit prescrit (par exemple, les somnifères sont donnés à 18 h 30 à l'appel du soir, avec des effets néfastes de désynchronisation du sommeil et des demandes d'augmentation des doses). De même, le thérapeute doit savoir qu'après un entretien dont il a soigneusement choisi les termes, le toxicomane sera reconduit à sa cellule par un gardien qui peut en quelques phrases détruire tout l'effet obtenu, comme également l'accueil fait au toxicomane par ses compagnons de cellule anéantira peut-être le progrès ébauché.

Le problème du thérapeute est plutôt celui de résister à des demandes excessives de soins que celui de décider un toxicomane réticent à vouloir se soigner. En fin de compte, la question de savoir si le toxicomane est ou non volontaire ne se pose pas. Il réclame des soins, bien entendu d'abord des produits, mais aussi des entretiens. Une des formes de la thérapeutique est du reste de tenter de se servir de ces demandes pour nouer une relation, et de cette relation pour demander au détenu de collaborer activement en apprenant à gérer son sommeil, ses journées, à maîtriser ses besoins, à préparer son avenir. Le médecin obtiendrait un effet désastreux s'il jouait à l'allié du détenu « contre la prison » ou s'il s'investissait trop dans un intérêt personnel intempestif pour tel malade : l'excitation qui en résulterait « a des effets désastreux en prison » (Docteur Lamothe) et elle provoque parfois des passages à l'acte graves. Il est préférable de s'en tenir à des thérapies de « mentalisation » sans interprétation du transfert en laissant aux services sociaux, aux aumôniers et aux associations de visiteurs bénévoles le rôle de soutien. Les groupes de paroles entre détenus sont difficiles à gérer, et il faut leur préférer des groupes d'activités (peinture, collages, confection de masques, musicothérapie, etc.). Le problème le plus difficile est de ne pas réserver ces différentes thérapies — entretiens, ateliers de yoga ou relaxation, ateliers d'activités artistiques, médications — aux détenus « riches » c'est-à-dire à ceux qui parlent bien, sont intelligents, séduisants, racontent leur toxicomanie dans les termes idéologues des années 70. Ceux qui ont le plus besoin de soins en prison sont les immatures fermés et agressifs qui n'ont jamais suivi de traitement au dehors et n'ont guère de chances d'en suivre un à l'avenir, si on ne saisit pas l'occasion de ce séjour pour les sensibiliser à la possibilité de « s'en sortir » sortir à la fois de la prison et de la drogue.

VII. — AUTRES ACTIVITÉS DES ANTENNES TOXICOMANIES ET COMITÉS DE PROBATION

L'équipe de l'Antenne suit également, à l'extérieur, dans un dispensaire, soit les **personnes adressées par un juge d'instruction** en dehors de toute incarcération, soit les **personnes sous obligation de soins** après la prison.

Elle intervient également auprès des **visiteurs de prison** qui désirent mieux s'informer de la toxicomanie et réfléchir à leur rôle.

Enfin, elle assure une **formation du personnel pénitentiaire** dans le cadre de leur formation permanente (gardiens de prison principalement).

Un « groupe de pilotage » a été constitué en juillet 1987 à la Direction de l'administration Pénitentiaire, qui a pour mission de « *contribuer à remplacer progressivement les interventions au coup par coup par une dynamique soucieuse d'actions plus globales* ». Il a lui-même chargé un groupe technique composé d'un médecin chercheur épidémiologiste, d'un sociologue et d'une psychologue de soutenir les équipes des Antennes régionales et locales dans leurs actions de formation des personnels pénitentiaires sur la toxicomanie.

Depuis l'installation des Antennes toxicomanie on ne peut pas dire que la collaboration avec les différentes associations bénévoles s'occupant des toxicomanes ait été excellente. Les rencontres entre les intervenants de ces associations qui déjà visitaient les toxicomanes en prison et les « professionnels » des Antennes ont été rares et plutôt marquées par une incompréhension réciproque. Les visiteurs des Associations n'ont jamais bien compris pourquoi les Antennes ne s'occupaient pas des fumeurs de haschich, et comme la volonté de ne pas considérer les fumeurs de cannabis comme des toxicomanes est un des articles de foi des psychiatres et psychologues des Antennes, le moins qu'on puisse dire est que la communication n'est pas passée. Le résultat de cette absence de collaboration est parfois ridicule : ainsi certains toxicomanes incarcérés sont suivis par l'équipe de l'Antenne et par une équipe d'Association sans que jamais les « soignants » du même patient ne se rencontrent... On imagine les surenchères qui peuvent naître de ces concurrences.

En revanche, les équipes des Antennes seront de plus en plus dans l'obligation d'agir de concert avec les « *agents de probation* », issus des corps d'assistants sociaux et d'éducateurs et attachés aux Comités de probation et d'assistance aux libérés, qui existent désormais auprès de chaque tribunal. Ces « *agents de probation* » interviennent (par des enquêtes sociales) avant jugement, mais aussi après jugement en assurant la prise en charge et le suivi des libérés conditionnels, ainsi que des condamnés avec sursis avec mise à l'épreuve (M.E.) et des condamnés à un travail d'intérêt général (T.I.G.). Des obligations de soins peuvent être prononcées dans le cadre d'une libération conditionnelle, d'une probation, ou d'un T.I.G. Or jusqu'ici les toxicomanes en conditionnelle ne sont pas acceptés dans les post-cures (seulement 2 % du total des toxicomanes ayant quitté les prisons de Lyon en 1987 ont été acceptés dans une post-cure !). En outre, les toxicomanes étaient jusqu'ici le plus souvent exclus des T.I.G., peine qui permet d'éviter la prison, car les tribunaux pensaient qu'ils ne pouvaient demeurer en milieu ouvert et remplir les exigences des T.I.G. : un travail régulier, des visites au juge de l'application des peines, etc...

C'est que la sortie de prison est un moment particulièrement difficile pour l'ex-toxicomane qui se retrouve vite confronté à ses anciens pourvoyeurs, pisté, recherché par eux. L'expérience montre que quand il récidive, le toxicomane récidive dès sa sortie de prison. Il est donc indispensable, si l'on veut que les améliorations apportées par la thérapie suivie à l'Antenne en prison ne soient pas anéanties en quelques jours, qu'un service prenne en charge les toxicomanes en milieu ouvert, dès leur jugement ou dès leur libération. C'est le service socio-éducatif qui est maître d'œuvre des projets de réinsertion des libérés, et les Antennes doivent les alerter à propos des « *sortants* ». La collaboration n'est pas toujours parfaite entre les deux services. Surtout, le service socio-éducatif n'est pas médicalisé. C'est pourquoi la M.I.L.T. a créé en 1987 des vacations de psychiatres et de psychologues pour s'occuper des toxicomanes dans un certain nombre de comités de probation. L'expérience a été positive et le budget pour les vacations a été reconduit en 1988 et 1989 et sera augmenté pour 1990. Ces interventions médicales aideront les travailleurs sociaux chargés de la réinsertion des toxicomanes, ne serait-ce qu'en leur apprenant à mieux connaître les méthodes de communication avec eux. En même temps, l'obligation de soins sera mieux respectée.

VIII. — ÉPIDÉMIOLOGIE ET S.I.D.A. EN PRISON

La présence de séropositifs et de sidéens en prison pose un problème très grave par ses répercussions dans ce milieu totalement clos et surpeuplé où les promiscuités forcées risquent de propager l'épidémie, et engendrent par là-même rejets, exclusions, violences de toutes sortes. Ne trouve-t-on pas en prison un sur quatre des cas recensés de S.I.D.A. ?

Les toxicomanes sont un groupe à haut risque de S.I.D.A., du moins ceux qui se piquent et surtout ceux qui pratiquent « *le partage des seringues* » et, par là-même, peuvent contracter la maladie ou contribuer à sa diffusion. De plus, si certains autres groupes à risque, comme les homosexuels, semblent avoir bien réagi à l'information et aux conseils de prévention diffusés depuis l'extension de l'épidémie, il n'en va pas de même pour les toxicomanes. Souvent « *retranchés* » dans une marginalité complète, ils demeurent indifférents à l'information et même rétifs à la prévention, par une sorte de défi systématique, habitude de la transgression dont la drogue est l'expression, mépris absolu de l'hygiène, mépris de leur propre corps, de leur santé, et absence presque totale de solidarité.

En effet, le mot « *échange* » employé dans l'expression « *échange des seringues* » ne doit pas laisser croire à une solidarité du groupe. S'il y a complicité dans le geste, elle n'est pas chaleureuse ni amicale. Ces caractéristiques font des toxicomanes un groupe préoccupant dans l'épidémiologie du S.I.D.A.

C'est pourquoi certains chercheurs ont interrogé des toxicomanes pendant leur séjour en prison pour mieux cerner leurs habitudes et pratiques. Cinq médecins ont ainsi procédé fin 1986 à une enquête par questionnaire anonyme sur 75 toxicomanes masculins incarcérés à la prison de Fresnes (in *Retrovirus*, la revue du S.I.D.A., Déc. 1988). Ils ressemblent beaucoup à ceux des prisons de Lyon dont nous avons parlé plus haut : très forte proportion d'étrangers ; 75 % de récidivistes ; 74 % usagers d'héroïne uniquement, 26 % d'héroïne et/ou cocaïne (« *speed ball* »). La durée de la toxicomanie était inférieure à 1 an dans 16 % des cas, supérieure à 5 ans dans 38 %, entre 1 et 5 ans dans 46 %. Il faut conserver en mémoire ces durées, pour se représenter la fréquence des injections : en effet 24 % ont déclaré se piquer entre 1 et 2 fois par jour ; 46 % entre 2 et 4 fois

par jour ; 18 % entre 5 à 6 fois par jour et 12 % plus de 6 fois par jour ! D'après leurs réponses, la durée moyenne d'utilisation d'une seringue était de 8 jours. Et, surtout, **78,7 % d'entre eux pratiquaient l'emprunt ou le prêt de seringue**, soit avec un toxicomane de leur entourage, cas le plus fréquent (78,5 %), soit en groupe (46,5 %) soit avec leur partenaire sexuel (37,2 %) soit avec un toxicomane rencontré dans la rue, inconnu d'eux (25,3 %). Seulement 21,3 % ont déclaré avoir une seringue strictement personnelle.

Aux risques de contamination entraînés par l'échange des seringues, multipliés par une fréquence quotidienne élevée des injections, il faut ajouter les possibilités de dissémination de la maladie par les comportements sexuels qu'ont indiqués les interviewés dans cette enquête, dangereux pour leurs partenaires dans un nombre important de cas. Un usage « *irrégulier* » du préservatif était noté dans 20 % des cas, seuls 4 des interviewés l'utilisaient régulièrement.

La situation sanitaire par rapport au S.I.D.A. de cet échantillon a été impossible à déterminer de manière satisfaisante : un quart d'entre eux avaient déjà pratiqué un test de dépistage avant leur incarcération et un sur trois avait appris qu'il était séropositif, tandis que d'autres n'avaient pas été chercher le résultat, et que les tests négatifs de certains dataient de plus d'un an. A Fresnes, durant cette enquête, un test a été proposé à 56 des interviewés : 3 ont refusé, 30 se sont révélés séropositifs et 19 ont été libérés ou transférés avant d'avoir pu réaliser le test. En fin de compte, sur les 75 toxicomanes interrogés, 35 étaient sûrement positifs ; pour 22 d'entre eux le test n'a pu être fait ; enfin une incertitude demeure pour quelques-uns des 18 restants déclarés négatifs à une date assez éloignée. On conçoit le danger épidémiologique que représente, par la combinaison de plusieurs facteurs, la population toxicomane ici décrite.

D'autant qu'elle apparaît en partie rebelle aux conseils de prophylaxie qui lui sont prodigués, par exemple par la diffusion de vidéos dans les prisons. Pour les Antennes Toxicomanie, l'apparition du S.I.D.A. a dramatiquement compliqué leur tâche : elle a marginalisé les détenus « *qui se piquaient* », tenus en suspicion par les autres détenus ; elle contraint les soignants à apprendre à certains qu'ils sont séropositifs et à tenir le choc ainsi provoqué.

Le docteur Lamothe à l'Antenne de Lyon note la résignation paradoxale de certains, qui se disent soulagés d'être « *fixés* », la délectation morose d'autres, et aussi la révolte dangereuse de celui qui proclame que, n'ayant donc plus rien à perdre, une fois libéré, « *il ne se gênera plus* » pour grimper dans l'échelle de la délinquance, ou de celui qui se plaint à se taillader les poignets et à barbouiller de son sang contaminé les surveillants qui viennent le secourir. On imagine combien éprouvante peut être la tâche quotidienne des personnels soignants des Antennes, qui se trouvent ainsi confrontés aux drames qui naissent de la confluence de la toxicomanie, de l'enfermement, d'une maladie qu'on ne sait pas guérir et d'états psychiatriques détériorés chez des êtres socialement défavorisés.

Il ne faudrait pas clore ce chapitre consacré aux Antennes Toxicomanie en prison sur une impression tragique d'impuissance. Leur mission est infiniment utile, autant que difficile. Non seulement ces équipes peuvent aider à supporter les fatalités les plus dramatiques, mais elles peuvent également informer et éduquer ceux qui ne sont pas atteints, conduire un certain nombre de toxicomanes vers un traitement ultérieur dont ils n'auraient sans elles jamais entendu parler, éveiller l'appétit de la guérison, donner les armes de la guérison à d'autres dont un suivi bien fait pourra peut-être un jour évaluer le nombre.

CHAPITRE VII

DROIT DU TRAVAIL ET DÉPISTAGE DES TOXICOMANIES

I. — EFFETS DES TOXICOMANIES SUR LES FACULTÉS ET LE COMPORTEMENT AU TRAVAIL

La toxicomanie, ainsi l'avons-nous définie d'après les auteurs les plus autorisés, est « *la consommation répétée de substances psychotropes sans but thérapeutique* » (Pr Loo). Les substances en question sont toutes **toxiques pour le système nerveux central**. Cette toxicité entraîne divers effets sur le comportement et les facultés, qui varient selon les produits et les quantités consommées.

Les hallucinogènes (cannabis, L.S.D., etc...) provoquent des ivresses souvent euphoriques avec altération de la vigilance, modification de la sensibilité, de la vue, de l'ouïe, (surtout le cannabis), illusions des sens, hallucinations visuelles, auditives et corporelles (illusion de légèreté, essais de voler : le L.S.D.). Les opiacés (héroïne, morphine, opium, etc...) ont une activité sédatrice qui comporte un effet somnifère, un ralentissement idéomoteur, une impossibilité de se concentrer, sans compter l'amoralité complète qui accompagne vite l'indifférence affective qu'ils entraînent. Le syndrome de manque des opiacés va, lui, provoquer nervosité, anxiété, impatiences, douleurs musculaires et viscérales, larmoiement, diarrhée, vomissements. Les cocaïniques (cocaïne, crack) sont psychostimulants mais avec des conséquences graves (vasculaires, cérébrales et cardiaques) en cas d'abus et des « *descentes* » dépressives rapides, avec asthénie profonde après l'euphorie des prises. Les barbituriques rapides et les benzodiazépines consommés en continu provoquent des troubles de la mémoire et, associés à l'alcool, des comportements « *automatiques* » avec parfois amnésie. Les solvants (toluène, trichloréthylène, etc...) entraînent des ivresses avec confusion mentale, vertiges, hallucinations visuelles, et parfois des complications cérébrales.

Ce rappel schématique suffit à faire comprendre à quel point l'usage de drogues illicites et l'usage non contrôlé de médicaments psychotropes peuvent perturber l'accomplissement d'une tâche manuelle, intellectuelle ou relationnelle. Comment la collectivité de travail que représente un service, un atelier, une entreprise ne serait-elle pas affectée tant dans son fonctionnement humain que dans sa productivité par la présence d'un ou de plusieurs toxicomanes ? Comment la sécurité peut-elle être assurée sur un lieu de travail ou sur les routes si un toxicomane ne maîtrise plus ses gestes, son équilibre, les commandes de sa machine ou de son véhicule ?

Au fil de ses auditions et investigations, la section des affaires sociales a été à plusieurs reprises alertée par des constatations de cet ordre : ainsi le substitut Reygrobellet nous a cité le cas de ce charpentier héroïnomanie qui tombait sans cesse et dont le patron lui déclarait : « *sa productivité est nulle, mais si je le licencie, que va-t-il devenir ? Je le mets sur les échafaudages dans les pentes, il ne tombe pas de trop haut, il y a du gazon ; pour l'instant, il n'est pas mort.* » Or, depuis, justement il est mort, des suites d'une chute. Ou cette enquête de la police fédérale américaine concluant, à la suite du crash d'un avion qui avait fait 9 victimes en janvier 1988 dans le Colorado, à « *la dégradation des capacités* » du pilote, dans le sang et les urines duquel on avait trouvé de la cocaïne.

Les employeurs ne sont-ils pas responsables de la sécurité des salariés qui travaillent dans leurs entreprises et qui peuvent être, s'ils sont toxicomanes, un danger pour eux-mêmes et pour les autres ? Ne serait-ce que du point de vue de la sécurité et de l'hygiène, les entreprises sont concernées par la toxicomanie, sans même mentionner les différentes incapacités affectant le travailleur sous influence de la drogue, qui peuvent rendre son travail défectueux. Même après sevrage, les jeunes qui arrivent dans le centre de post-cure et formation professionnelle de l'Association Bethel que nous avons visitée, ne parviennent pas pendant plusieurs jours, voire des semaines à avoir des gestes assez contrôlés et précis pour tracer des lignes avec une règle, ou pour découper du bois à la scie.

II. — LACUNES DANS LE DROIT DU TRAVAIL ET PROBLÉMATIQUE DU DÉPISTAGE

Évidemment, l'entreprise est aussi concernée par les problèmes de la drogue. Il ne saurait pourtant être question de faire de l'entreprise un lieu privilégié de dépistage de la toxicomanie.

L'incidence de la toxicomanie sur les lieux de travail pose deux séries de problèmes distincts et également délicats.

A. — LE DROIT DU TRAVAIL

La première a trait au **droit du travail** : obligations du chef d'entreprise en matière d'hygiène et de sécurité, droit disciplinaire, licenciements, conditions et limites des interventions de la médecine du travail, etc... Si rien n'a été jusqu'ici prévu pour les cas de toxicomanie, des dispositions existent concernant l'alcool, l'alcoolisme et les états d'ivresse, dont on pourrait s'inspirer.

B. — LE DÉPISTAGE

Une seconde série de problèmes a trait au dépistage, a-t-on le droit d'obliger un individu à subir un examen médical pour savoir s'il se drogue ? Dans quels cas ? Dans quelles circonstances ? Au su ou à l'insu de l'intéressé ? Par quels procédés ? Avec quelles conséquences ?

Ce débat intervient à un moment qui le rend très délicat et même passionnel, car l'opinion s'interroge présentement avec anxiété sur la légitimité et l'opportunité du dépistage systématique du S.I.D.A. et les plus hautes autorités morales et politiques ont, jusqu'ici, répondu par la négative. En réalité, il serait plus rationnel de séparer tout à fait la question du diagnostic de toxicomanie de celle du diagnostic du S.I.D.A., car les enjeux ne sont pas comparables en matière de santé publique (le S.I.D.A. étant une maladie virale contagieuse et mortelle et la toxicomanie une conduite volontaire d'intoxication personnelle) et les bases juridiques diffèrent totalement, la toxicomanie étant un délit, si elle n'est pas soignée. Là encore, on devrait plutôt rapprocher le problème du dépistage de la toxicomanie de celui de l'alcoolisme et même de l'alcoolisme momentané et des circonstances dans lesquelles la société a jugé nécessaire de permettre la recherche de l'alcoolémie, alors même que l'alcool n'est pas lui-même un produit illicite.

Se servir du précédent que représente la législation sur la consommation abusive d'alcool aurait également l'avantage de permettre, au-delà du droit du travail, d'évoquer la **sécurité routière** et la dangerosité potentielle de l'intoxication de conducteurs de véhicules.

III. — L'ANNONCE D'UN APPAREIL DE DÉTECTION PROVOQUE UNE VIVE ÉMOTION

Il est temps, en tout cas, de combler un vide juridique et de se prononcer, car l'opinion a été brusquement éveillée à ce sujet, les bruits les plus contradictoires ayant couru, au début de 1989. Une sorte de campagne a agité les médias. Les médecins du travail rattachés à la C.S.M.F. se sont inquiétés. On a même entendu sur toutes les ondes un spécialiste dénoncer « *une paranoïa qui fera régner la terreur* » « *une entreprise gigantesque contre la dignité humaine* » et « *une machine infernale contre les droits de l'homme* ». En 1989, année du bicentenaire de la Déclaration des droits de l'Homme, moins que jamais, il ne faudrait porter atteinte aux droits de l'Homme ; cependant, on peut se demander si faire usage de drogues illicites et donc enfreindre la loi est un droit imprescriptible de l'homme.

Il était nécessaire de calmer les esprits et le ministre de la Santé et la M.I.L.T. ont sagement agi en demandant à un groupe d'étude intitulé « **Dépistage des toxicomanies en médecine du travail** » d'étudier sereinement et sérieusement tous les aspects du problème en cherchant « *à concilier les nécessités de sécurité, délimitées rigoureusement, avec le respect des libertés individuelles et des principes éthiques* ». Ce groupe est composé de dix personnalités dont un membre du Conseil de l'Ordre des médecins, quatre médecins du travail, un pharmacologue, un membre du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, un membre de la Commission nationale informatique et liberté, un représentant de la Caisse nationale d'assurance maladie et un juriste. Ce groupe de travail doit présenter des propositions à la date où le présent rapport sera déjà terminé.

Dans l'attente des propositions que fera ce groupe d'études, il n'est pas inutile de retracer l'historique, assez surprenant, des faits ayant abouti à cette explosion d'indignation et d'appréhension et de présenter l'état actuel de la question.

Début 1989, les médias spécialisés dans les problèmes de santé annoncent la mise sur le marché français d'un appareil appelé A.D.X. par les laboratoires Abbott : il s'agit d'une valise qui permet la détection et le dosage de divers médicaments et drogues, seuls ou en association, à partir du sang ou des urines. En 30 à 120 minutes selon la ou les substances recherchées et les tests mis en place, l'A.D.X. détecte et dose le cannabis, les opiacées, la cocaïne, l'alcool, les benzodiazépines, les barbituriques, les amphétamines, le paracétamol et les tricycliques. Il est destiné particulièrement aux services recevant des urgences : suicides, empoisonnements, overdoses, etc... afin d'acquiescer une connaissance rapide de la nature et de la quantité des substances absorbées par les patients. En même temps, l'appareil a été présenté comme permettant le dépistage du dopage des sportifs et le dépistage de la toxicomanie de certains personnels navigant ou roulant des compagnies aériennes ou ferroviaires.

Dans la semaine qui suivit cette présentation aux médecins et à la presse spécialisée, une « *légitime indignation* » emplit les médias et on entendit à la radio comme à la télévision parler de cette « *french detection* » qui allait « *aggraver l'état des toxicomanes qui se sentiront exclus* ». « *Des voix se font entendre pour condamner sans appel une méthode qui porte atteinte aux droits de l'homme* » (L'express du 10 février 1989).

Comment ne pas noter qu'aucune indignation n'a été manifestée par les médecins du sport à l'idée que l'A.D.X. pouvait détecter le dopage médicamenteux des sportifs ? Est-ce à dire que le dopage est considéré comme à ce point condamnable que son dépistage systématique semble légitime, alors que la toxicomanie serait une liberté personnelle, — un « *droit de l'homme* » à ménager ? On peut penser que l'émotion qu'a causée chez les médecins du travail l'éventualité d'un dépistage de la toxicomanie a d'autres motifs. Elle s'inspire de craintes variées et d'inquiétudes légitimes : quelle serait l'indépendance ou la responsabilité du médecin devant ces tests de dépistage ? Les tests en question sont-ils fiables ? Ne va-t-on pas étiqueter « *toxicomane* » un fumeur occasionnel de haschich ? Quelles sanctions seraient appliquées en cas de test positif ? Embauche refusée ? Renvoi ?

IV. — LES PRÉCÉDENTS : EXEMPLE DE LA R.A.T.P.

Il apparaît que les entreprises n'ont pas attendu 1989 et le détecteur Abbott pour chercher à connaître les toxicomanes dans le monde du travail : depuis 1982 au moins, des tests (Syva bio-Mérieux les fabrique en France) ont été pratiqués par la R.A.T.P., depuis 1983 par Air France, Air Inter, U.T.A. et la S.N.C.F., à la fois pour l'embauche de certains personnels, pour des mutations, titularisations et à titre de contrôle. Il est inexact de dire que ces dépistages se faisaient « *sous le manteau* » ou « *clandestinement* ». On n'en donnera pour preuve que les informations largement publiées dès 1982 par le *Quotidien du médecin* à ce sujet (n° 3399). Cette année-là, la R.A.T.P. a embauché 5 000 recrues ; il est apparu à l'entreprise nécessaire de créer une « *cellule d'aide aux toxicomanes* » (C.A.T.) animée par un médecin généraliste de la R.A.T.P., une assistante sociale et deux infirmières. Cette cellule s'est employée à détecter les drogués, à instaurer un dialogue avec eux et à tenter de leur faire suivre des cures de désintoxication. En cas d'échec, ces stagiaires n'ont pas été titularisés. Nouvel article, plus tard, en 1986 : le chef du service médico-social de la R.A.T.P. déclarait au *Quotidien du médecin* (n° 3717) que quelques dizaines de sujets avaient été repérés en quatre ans. Un certain nombre de candidatures extérieures ont été refusées, après des tests d'urine positifs proposés par les médecins du travail lorsqu'ils avaient un doute sur un candidat à l'embauche. Le service médico-social déclarait qu'en 1985, à la suite d'analyses d'urine, 16 refus de mutation à des postes de sécurité ont été notifiés à des agents en place. Il invoquait l'article R. 241-48 du code du travail qui stipule que tout salarié subit un examen de santé d'embauche afin de déterminer s'il n'a pas d'« *affection dangereuse pour les autres* » et s'il est « *médicalement apte au poste de travail auquel le chef d'établissement envisage de l'affecter* ». Enfin, si un employé titulaire de la R.A.T.P. est convaincu de toxicomanie, il est prévu qu'on lui offrira une aide pour se soigner une fois, deux fois, mais pas trois. Parallèlement, la commission d'étude des problèmes médicaux de la régie a appelé ses 120 médecins, 120 infirmiers et 20 assistantes sociales à suivre des stages sur la toxicomanie.

V. — LE CODE DU TRAVAIL, L'ALCOOL ET L'IVRESSE

Cependant ces pratiques n'étaient pas encadrées par une réglementation spécifique de la lutte contre la toxicomanie dans l'entreprise, puisque de telles dispositions n'existent pas encore. En attendant des décisions du ministère du Travail qui ne sauraient sûrement tarder, il semble intéressant de chercher ce qui, dans la réglementation touchant à l'alcoolisme, pourrait inspirer des dispositions adaptées à la toxicomanie.

L'article L. 232-2 du code du travail réprime l'entrée et le séjour dans les lieux de travail de « *personnes en état d'ivresse* ». L'appréciation des états provoqués par les stupéfiants — ébriété, excitation, hallucinations, stupeur, selon les produits — et pouvant nuire à la sécurité et à l'hygiène du travail, pose des problèmes plus délicats. Seul un médecin, couvert par le secret médical, peut effectuer les examens nécessaires ou les faire effectuer par un laboratoire compétent.

Le deuxième paragraphe de l'article L. 232-2 du code du travail interdit à tout chef d'établissement (...) à toute personne ayant autorité sur les ouvriers et employés de **laisser entrer ou séjourner** dans les mêmes établissements **des personnes en état d'ivresse**.

La loi laisse au règlement intérieur de l'entreprise le soin de déterminer les modalités d'application de cet article. Toutefois, l'arrêt du Conseil d'État (peintures Corona) en date du 1^{er} février 1980 a censuré l'obligation d'imposer à tous les salariés l'alcootest de dépistage, arguant de la « *proportionnalité au but recherché* » des moyens mis en œuvre, certaines pratiques généralisées pouvant être regardées comme portant atteinte aux droits des personnes et aux libertés individuelles. **L'alcootest peut être prévu au règlement intérieur lorsqu'il s'agit de salariés dont le poste de travail présente des risques** : maniements de produits dangereux, conduites de machine, de véhicule, notamment quand ce véhicule transporte des personnes.

En revanche, le salarié empêché d'entrer sous prétexte d'ivresse peut réclamer le renversement de la charge de la preuve et demander un alcootest pour faire la preuve qu'il n'est pas ivre.

VI. — LES CONDITIONS D'UNE TRANSPOSITION

La transposition de cette législation à la toxicomanie ferait écarter la possibilité de l'inscription au Règlement intérieur d'un contrôle systématique par test sur les urines de l'ensemble du personnel pour recherche de traces de toxiques. En revanche, il devrait être possible de dresser une liste des postes à risques, de la tenir à la disposition des salariés, et d'avertir ceux-ci qu'à l'embauche et en cours d'activité, le dépistage d'une éventuelle toxicomanie pourra être fait sur les personnes destinées à remplir ces postes. Le médecin du travail devrait **donner son accord** sur les modalités du dépistage, après une information complète sur les différentes méthodes. Les drogues étant des substances illicites, le **secret médical** devrait couvrir de manière stricte toute découverte de traces de drogue lors d'un contrôle. En cas de test positif, le médecin devrait faire procéder à un deuxième test dans un laboratoire externe, utilisant un procédé différent de celui qu'il a pratiqué lors du dépistage afin de mieux assurer son diagnostic : par exemple par une méthode de « *screening* » une première fois, et, si le résultat est positif, par une analyse utilisant la chromatographie dans un deuxième temps. Puis, lors d'un **entretien confidentiel**, il rendrait compte au salarié soupçonné de toxicomanie et recommencerait une nouvelle série d'exams si celui-ci dénie consommer de la drogue, lui offrant ainsi la possibilité de réversion de la preuve.

La circulaire D.R.T. n° 5-83 du 15 mars 1983 en application de la loi du 4 août 1982 sur les libertés des travailleurs dans l'entreprise estime (paragraphe 12) que la « *notion d'hygiène et de sécurité doit être entendue au sens large et englober notamment le domaine de la médecine du travail. (...) le Règlement intérieur peut prévoir des sanctions disciplinaires à l'égard des salariés qui enfreindraient les règles d'hygiène ou de sécurité, ou certaines d'entre elles considérées comme essentielles* ». Parmi ces dispositions, la circulaire mentionne les conditions d'introduction, de distribution et de consommation des boissons alcoolisées.

D'autre part, l'article R. 241-48 du code du travail fixe notamment des dispositions relatives à l'examen d'embauche, dans le but de s'assurer que le salarié n'a pas « *d'affection dangereuse pour les autres travailleurs* » et est médicalement « *apte au poste de travail auquel le chef d'établissement envisage de l'affecter* ». C'est l'article qu'invoque le service médico-social de la R.A.T.P. Il pourrait être utilisé pour inscrire au Règlement intérieur que la toxicomanie apparaît incompatible avec tels et tels postes et que des examens médicaux seront pratiqués dans ce but à l'embauche de ces postes. La circulaire D.R.T. n° 5-83 ci-dessus mentionnée dispose que « *l'employeur peut préciser dans le Règlement intérieur l'obligation pour les salariés de se présenter aux visites médicales et examens complémentaires prévus par la réglementation en vigueur* » (à savoir l'article R. 241-48 et suivants).

Cet article R. 241-48 ainsi que R. 241-52 et R. 241-50 impliquent la responsabilité du chef d'entreprise si l'un de ses salariés toxicomanes provoque dans ses fonctions un accident lié à son état. Le chef d'entreprise peut à son tour mettre en cause la responsabilité du médecin du travail qui a déclaré le salarié apte à tel poste comportant des risques.

En sorte que le médecin du travail peut être partagé entre l'exercice de son indépendance professionnelle qui peut le conduire à refuser de pratiquer un test de détection de toxicomanie (l'employeur n'a aucun moyen de lui imposer quelque pratique médicale que ce soit) et la responsabilité qui lui incombe d'assurer la sécurité des personnes dans l'entreprise en question. Mais il va sans dire qu'il n'est, en aucune façon, tenu de faire savoir à l'employeur la nature (toxicomanie) de l'inaptitude qu'il signale, et le secret médical lui interdit de rendre compte à la police des faits qu'il a pu constater.

En revanche, amené comme il l'est le plus souvent aux actions de prévention, ainsi parfois qu'aux recherches et enquêtes lancées par le médecin inspecteur régional du travail sur l'hygiène et la sécurité, il devra se tenir au courant des actions de lutte contre la toxicomanie et aider dans toute la mesure de ses moyens le toxicomane à engager et poursuivre un traitement. A cet égard, il faut souligner le rôle moteur que peuvent avoir les comités d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail (C.H.S.C.T.) sur la prévention de la toxicomanie sur les lieux de travail.

Ainsi, il ne semble pas difficile de s'inspirer des dispositions prévues par le code du travail contre l'alcool et l'alcoolisme sur les lieux de travail pour prévoir le dépistage des toxicomanies. Cependant, certaines toxicomanies entraînent des conséquences particulières qui pourraient faire l'objet de réflexions : les intoxiqués très « *accrochés* » ont des besoins d'argent démesurés et chacun sait que beaucoup d'entre eux volent pour se procurer de quoi s'acheter leur drogue. Engager un toxicomane comme caissier n'est sans doute pas sans risque pour l'entreprise, toutes les observations médicales concluant à l'amoralité complète par exemple des héroïnomanes dépendants. Peut-on engager un toxicomane avéré pour enseigner à des enfants ? Pour rendre la justice ? Autant de questions qu'il convient de se poser sérieusement, sans faux-fuyants. En revanche, il convient, en réglementant, de ne pas confondre la consommation occasionnelle, épisodique, d'une drogue illicite avec la toxicomanie, qui implique le besoin irrépressible de consommer de manière habituelle un ou plusieurs produits, et donc la dépendance. Il serait souhaitable que les partenaires sociaux soient associés à la commission de la M.I.L.T. sur le dépistage des toxicomanies en médecine du travail afin qu'ils puissent se prononcer sur une réglementation qui prendrait en compte la nécessaire sécurité du service d'une part, et d'autre part la légitime inquiétude des travailleurs afin que ces dépistages ne se transforment pas en contrôles disproportionnés par rapport au danger, et qu'ils conduisent à des soins mais pas à des dénonciations aux autorités judiciaires.

En outre, le Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels devrait se prononcer sur ces différents points. En tout état de cause, il conviendrait de dispenser aux personnels médicaux et sociaux du travail une formation relative à la prévention et aux traitements des toxicomanies.

VII. — TOXICOMANIE ET SÉCURITÉ ROUTIÈRE

Reste l'irritante question de la sécurité routière : pourquoi la société accepte-t-elle, pour combattre la terrible hécatombe des accidents de la route, de rechercher l'alcoolémie des conducteurs ayant eu un accident et refuse-t-elle la recherche du tétrahydrocannabinol (T.H.C.) dans les urines pour les mêmes ? Dans les États des États-Unis qui permettent cette recherche, on a mis en évidence la proportion non négligeable des accidents qui avaient été provoqués par un conducteur en état d'ivresse cannabique : 10 à 15 %. Qui s'oppose à la recherche du T.H.C. dans les urines des fauteurs d'accident et pourquoi ?

Il serait d'autant plus intéressant de le savoir que cet étrange tabou s'étend à la prévention routière : jamais on n'a fait de campagne pour rappeler aux jeunes qu'il est extrêmement dangereux pour soi et pour les autres de conduire une voiture ou une moto après avoir fumé du haschich — et d'autant plus dangereux qu'on se sent euphorique et sûr de soi. Rien, absolument rien, n'explique le silence sur cette possible conséquence qui peut être gravissime **des intoxications même épisodiques** à base de produits mensongèrement qualifiés de « *drogues douces* ». « *Trois joints...bonjour les dégâts!* » n'a jamais été une mise en garde officielle. On ne voit pas en quoi la dignité humaine de l'auteur d'accident de la route serait plus offensée par la recherche du T.H.C. dans ses urines que par la recherche de l'alcool dans son haleine. De toute façon, il est reconnu coupable. Il serait juste que le fait d'avoir consommé de la drogue aggrave sa culpabilité comme c'est le cas pour celui qui a conduit en état d'ivresse. L'ivresse sur les routes n'est sûrement pas encore suffisamment réprimée, encore que l'action conduite en ce sens ait permis de sauver des milliers de vie depuis que cette législation est appliquée. Mais qui protège l'ivresse toxicomaniacque ? Quel lobby, plus puissant que le lobby de l'alcool, a jusqu'à présent exclu la recherche systématique de drogue en cas d'accident ? Il va sans dire que le cas de la conduite en état de « *stupeur* » après des prises d'opiacés est tout aussi dangereuse et tout aussi condamnable.

Faut-il rappeler les taux de mortalité des jeunes par accidents de la route, si alarmants en France ? Alors que le taux de mortalité par accidents de la route était en 1986 de 19,66 tués pour 100 000 habitants, il atteignait cette même année, 41,48‰ pour les 18-19 ans et 47,17‰ pour les 20-24 ans, avec des valeurs encore plus fortes si l'on ne considère que les jeunes hommes : 60,23‰ pour les 18-19 ans et 75,06‰ pour les 20-24 ans.

Les courbes des blessés graves de la route suivent les mêmes tendances : un pic extrêmement accusé vers 20-24 ans, et une surreprésentation masculine.

C'est tout particulièrement le cas pour les motocyclistes tués, qui sont à 90 % des garçons. En 1986, sur un total tous âges de 790 morts en motocyclettes, les 16-24 ans entraînent pour 456, dont 329 pour les seuls 20-24 ans. Ces accidents sont souvent des accidents sans tiers en cause : le jeune lui-même a provoqué l'accident en perdant le contrôle de son véhicule. Ces accidents, de manière significative, se produisent le samedi soir ou durant les nuits de fin de semaine. Ces jeunes sont souvent alcoolisés. Mais qui ne sait que c'est la nuit, et particulièrement durant les nuits de fin de semaine que se fument les « joints » dans les discothèques, dans les bandes qui se retrouvent pour danser avant de rouler la nuit ? Une étude récente du Haut Conseil de la population et de la famille : « **mortalité et morbidité violente dans la population des jeunes de 15 à 24 ans** » (la documentation française, 1989) constate (p. 56) que « *les accidents de la route chez les jeunes constituent un extraordinaire révélateur des insuffisances, des défauts et des erreurs de la société française* ». On pourrait ajouter aux incapacités de notre société signalées après ce jugement, celle qui conduit à refuser de même rechercher l'incidence possible des consommations, cette fois même occasionnelles, de drogues (particulièrement le cannabis) dans les accidents de la route dont les jeunes sont victimes.

Rappelons que la loi n° 83-1045 du 8 décembre 1983, modifiée par la loi n° 87-519 du 10 juillet 1987, article 1^{er} stipule : « *Toute personne qui aura conduit un véhicule alors qu'elle se trouvait, même en l'absence de tout signe d'ivresse manifeste, sous l'empire d'un état alcoolique caractérisé par la présence dans le sang d'un taux d'alcool pur égal ou supérieur à 0,80 gramme pour mille (...) sera punie d'un emprisonnement de deux mois à deux ans et d'une amende de 2 000 à 30 000 F* ». « *Les officiers ou agents de la police administrative ou judiciaire soumettront à des épreuves de dépistage (...) l'auteur présumé (...) ou le conducteur impliqué dans un accident de la circulation ayant occasionné un dommage corporel (...), tout conducteur qui sera impliqué dans un accident quelconque de la circulation (...). Ces vérifications seront faites soit au moyen d'analyses et examens médicaux, soit au moyen d'un appareil* », etc...

Article L. 3 : « *Toute personne qui conduit un véhicule pourra être soumise à des épreuves de dépistage de l'imprégnation alcoolique par l'air expiré en l'absence d'infraction préalable ou d'accident, dans le cadre de contrôles ordonnés par le procureur de la République* ».

A-t-on besoin de chercher plus loin une législation qui permette d'impliquer les toxicomanies dans les infractions de la route et la sécurité routière ? Qui l'empêche de voir le jour et pourquoi ?

CHAPITRE VIII

APPRÉCIATION D'ENSEMBLE SUR LE DISPOSITIF SANITAIRE SPÉCIALISÉ

Il n'est pas aisé d'émettre un jugement d'ensemble sur le dispositif spécialisé de soins dépendant de la M.I.L.T. et financé par l'État que nous venons de décrire. Il ne s'agit pas d'un ensemble très cohérent : certains de ces services, comme les Centres de soins Marmottan ou D.I.D.R.O., fonctionnent depuis près de vingt ans ; d'autres, comme les Antennes toxicomanie en prison, viennent d'être mis en place et leur installation n'est pas même encore complète. L'ensemble est-il suffisant ? Est-il disparate ou, comme on l'entend dire souvent, offre-t-il une appréciable variété qu'il faut à tout prix préserver ?

On ne peut répondre à ces questions qu'en gardant présentes à l'esprit les nouvelles caractéristiques du phénomène toxicomanie en France : le vieillissement sans guérison d'une partie des toxicomanes des premières générations post-1970 ; l'apparition du S.I.D.A. ; la profonde modification sociologique des nouvelles générations de toxicomanes, issues des milieux défavorisés, rapidement délinquantes, manipulées souvent par des criminels ; la probabilité de la diffusion prochaine en France de nouveaux produits illicites dont certains, comme le crack, bon marché, au moins au début, ont des effets dévastateurs ; enfin la perspective de l'Europe de 1992 qui va ouvrir les frontières aussi des pays limitrophes où la toxicomanie a pris une ampleur considérable. Compte tenu de ces données, le dispositif de soins spécialisés paraît insuffisant en volume, sous-médicalisé, assez mal ciblé, trop peu coordonné — même s'il faut apprécier à leur juste valeur ses qualités, dont la variété, et les efforts et dévouements remarquables de ceux qui y travaillent.

I. — INSUFFISANCE QUANTITATIVE ET SOUS-MÉDICALISATION

Ce dispositif n'offre pas suffisamment de lieux de soins et surtout de places en post-cures. Que l'on compare avec ce qui est fait ailleurs : la Suède compte 1 000 places dans ses « homes » de traitement pour adultes et 260 places pour jeunes mineurs pour une population toxicomane évaluée entre 10 000 et 14 000 personnes ; nous offrons 600 places en tout pour une population de toxicomanes dépendants d'environ 100 000 personnes ! Même si ces comparaisons étaient récusées, on ne peut pas faire semblant d'ignorer qu'en France des centres de post-cure non reconnus et non intégrés dans le dispositif national reçoivent en internat deux à trois fois plus de jeunes toxicomanes que tous les établissements agréés ensemble. De quelque façon qu'on la reçoive et qu'on l'interprète, une telle constatation ne laisse pas d'être préoccupante.

Même si cela se sait moins, la sous-médicalisation d'une grande part du dispositif de lutte contre la toxicomanie doit être relevée. Dans la mesure où, utilisant la législation, on préfère considérer les toxicomanes comme des malades plutôt que comme des délinquants, il serait convenable de les traiter en malades, suivis par des médecins. En outre, le développement très fréquent d'affections somatiques associées à la toxicomanie (hépatites, abcès, septicémies, affections digestives et respiratoires, et maintenant, le S.I.D.A.) et d'incidences psychiatriques graves (dépressions, tentatives de suicide, agitation, etc..) nécessite une surveillance médicale continue : on en est bien loin dans certains centres reposant entièrement sur quelques éducateurs, où on ne voit de praticien que quelques heures par mois.

Dans une évaluation globale publiée par le ministère des Affaires sociales à propos du fonctionnement du dispositif de lutte contre la toxicomanie 1986 (p. 21), on fait état avec satisfaction du fait que le système offert « *est efficace du point de vue de l'ordre public : les toxicomanes délinquants y ont peu recours* ». Voilà qui devrait plutôt constituer un sujet de préoccupation et non une preuve d'adéquation à la population qui a besoin de soins. Il y a de plus en plus de délinquants du fait de leur toxicomanie et eux aussi doivent être considérés comme des malades et soignés comme tels, même s'ils doivent purger une peine pour les actes répréhensibles qu'ils ont commis. La double sujétion de la drogue et de la délinquance répétée les coupe du monde et anéantit leur personnalité : plus que quiconque, ils ont besoin de se voir proposer un accueil, des entretiens, des soins, un projet de guérison possible, un lieu où revenir après chaque échec pour recommencer le chemin par lequel on « *s'en sort* ». Les centres et les post-cures devraient les accueillir beaucoup plus volontiers. Les Antennes Toxicomanie dans les prisons, dont il faut se féliciter qu'elles aient été enfin créées, doivent recevoir des dotations en personnel car elles sont débordées, et devraient pouvoir mieux faire connaître les expériences qu'elles conduisent. En outre, elles devraient être étendues à d'autres maisons d'arrêt. Il faut se féliciter que les comités de probation et les juges aient enfin à leur disposition des vacations de psychiatres et de psychologues pour les délinquants toxicomanes avant ou après les jugements, mais, malgré ces progrès récents, beaucoup reste à faire. Le système actuel ne permet pas un suivi médical et psychologique des toxicomanes délinquants : ruptures, départs, périodes sans soins aucuns, changement de traitement. La discontinuité est la règle alors qu'il faudrait donner au délinquant la possibilité d'entrevoir un chemin, des étapes, un fil conducteur, une lueur au bout du tunnel.

A sa sortie de prison, le libéré conditionnel doit dire adieu à l'équipe de soins et au traitement commencé à l'Antenne : il ne bénéficie pas d'une post-cure ; il ne lui reste qu'à espérer qu'un agent de probation l'attendra à sa sortie, saura lui trouver un médecin, un centre de soins ambulatoire qui voudra bien de lui et que lui voudra bien accepter, la coordination des différentes administrations n'est nulle part plus nécessaire que pour assurer une continuité de soins aux délinquants afin qu'ils ne se retrouvent pas dans l'enchaînement infernal de la drogue et des « *coups* » pour se procurer l'argent de la drogue.

La coordination des administrations concernées est absolument vitale pour le dispositif de soins : qu'il s'agisse d'une structure associative ou d'un service hospitalier, les centres de traitement ne fonctionneront de manière efficace que si, au niveau local et départemental, les différentes administrations qui doivent les soutenir et les encadrer savent coopérer : c'est-à-dire, autour de la D.D.A.S.S., la police, la gendarmerie, les magistrats du parquet et du siège, l'administration pénitentiaire, l'éducation nationale, la formation professionnelle.

II. — VARIÉTÉ DES ACTEURS ET DES TRAITEMENTS

La grande qualité reconnue au dispositif français de lutte contre la toxicomanie est la variété. Variété des acteurs : médecins aux théories et aux pratiques différentes, psychologues aux convictions diverses, éducateurs, assistants sociaux, permanents d'associations confessionnelles ou laïques, familles d'accueil bénévoles, etc... En France, généralement, les initiatives privées et les bonnes volontés sont trop souvent découragées dans le domaine social au profit d'actions contrôlées étroitement ou conduites par les administrations. Il faut se féliciter, dans le cas de la lutte contre la toxicomanie, du large recours au secteur associatif, même s'il est moins important que dans d'autres pays. Ainsi les communautés thérapeutiques ne sont pas accueillies en France comme ailleurs ; la méfiance de l'administration a vite tari le recours aux anciens drogués pour animer ces communautés comme dans les associations d'alcooliques anonymes, en faisant fond sur leur crédibilité et leur pouvoir de persuasion et d'exemple. A cause de lourds contentieux, ils ne sont plus guère présents que dans les centres non reconnus par les D.D.A.S.S. La méfiance des psychiatres français envers les communautés thérapeutiques est un trait national très net en comparaison des autres pays européens.

Variété cependant des autres traitements dont toute la gamme connue est pratiquée en France. Les traitements les plus controversés, comme la maintenance à la méthadone, sont pratiqués en milieu hospitalier dans la discrétion et sous stricte surveillance. La majorité des autres traitements sont surtout psychothérapiques, même s'ils sont aidés par des médications discrètes. Les plus fantaisistes et surtout les plus complaisants qui ont connu une grande faveur dans les années 70 se sont amendés sans cesser d'être différents par le style. On observe une « *médicalisation* » progressive. Toutefois la primauté du traitement de la perturbation psychique sur le traitement de la prise de toxique reste prépondérante en France.

Mais la variété des traitants et des traitements n'est pas une fin en soi. Tout dépend de son usage. C'est un atout considérable si on peut en jouer pour adapter les solutions thérapeutiques aux cas différents qui se présentent, c'est-à-dire, savoir vers quel médecin, vers quelle équipe, vers quel type d'établissement on va diriger tel ou tel malade, en fonction de son âge, de sa personnalité, de la durée et de l'intensité de sa toxicomanie, de sa situation sociale et familiale, de ses antécédents.

Hélas ! Il n'en est rien. La variété de notre dispositif est plutôt celle d'un puzzle. Elle offre un réel avantage, c'est de ne pouvoir tomber sous la coupe d'une seule école, de ne pouvoir être tout à fait contrôlée par quelques gourous qui domineraient l'ensemble. La variété du système permet des expériences, mais non suivies des recherches qui permettraient d'établir des comparaisons entre diverses structures et divers traitements. Pour faire des comparaisons, il faudrait conduire partout des évaluations nourries par des suivis attentifs ; il faudrait que tous acceptent la confrontation méthodique avec d'autres. Or nombre d'équipes ne sont pas dotées de ressources, tant humaines que financières, qui leur permettraient d'établir suivis et évaluations ; et nombre d'autres négligent ou récusent suivis et évaluations et, *a fortiori*, les comparaisons avec les données des autres équipes.

Le résultat est que la variété ne porte pas tous les fruits qu'on pourrait en attendre : il n'existe pas de réelles possibilités d'orienter de manière rationnelle un toxicomane vers tel ou tel organisme à partir de ses caractéristiques, de ce dont il a besoin, de ce qu'on peut préconiser pour lui. Dans les faits, chaque médecin, chaque directeur de centre, chaque assistant social, chaque service de la D.D.A.S.S. a son propre réseau de connaissances dans le milieu de la lutte contre la toxicomanie, et dirige les malades vers ces personnes, si il y a de la place dans leurs organismes. Bien sûr, ils obéissent alors à des préférences d'écoles de pensée qui leur sont personnelles, beaucoup plus souvent qu'à l'intérêt du toxicomane, ne serait-ce que parce qu'ils connaissent mal ce qui se fait dans l'ensemble du pays. En outre, les rivalités de personnes et les luttes d'influence sont extrêmement vives dans ce domaine délicat où l'on s'entre-excommunie aisément. En sorte que la variété est devenue juxtaposition de fragments séparés, sans guère de communications entre les parties, ce qui favorise plutôt la rigidité de chacun que l'émulation de tous. Les nécessités de l'épidémiologie ont heureusement conduit de nombreuses équipes à communiquer au travers de l'I.N.S.E.R.M.

III. — DÉFAUT DE SUIVI ET DE RECHERCHES

C'est au sein de l'I.N.S.E.R.M. également qu'un médecin et un chercheur, le Dr. Fombonne et Mme Lert, ont cherché à rassembler toute la littérature française et étrangère (spécialement américaine) publiée sur l'évaluation des différents traitements (1). On y découvre que les suivis de cohortes de toxicomanes les plus importantes en durée ont été ceux des sujets enregistrés en Grande-Bretagne dans le Home Office index : sur 17 076 sujets surveillés de 1967 à 1981, on a compté 1 499 décès soit 8,8 % : ce qui représente une mortalité **16 fois plus élevée** que celle observée aux mêmes âges dans la population totale. Les études françaises, bien que lacunaires, recoupent cette observation : en moyenne, dans les différentes cohortes de toxicomanes ayant reçu des soins, 30 à 35 % des sujets disparaissent et on ne sait ce qu'ils sont devenus ; 5 à 10 % meurent ; 20 % restent en dépendance grave ; 20 % sont en situation incertaine, moins dépendants aux toxiques mais fragiles et accrochés à leurs proches ; 20 % sont très améliorés, ont cessé la drogue et bâtissent leur vie.

Il y apparaît que les résultats sont très voisins, quel que soit le mode d'approche employé et le Pr. Flavigny en conclut que « *les techniques thérapeutiques ont moins agi par elles-mêmes que comme support à des relations qui ont permis au sujet de se constituer des repères et de parvenir à définir son identité et son projet de vie* » (Revue française des affaires sociales, n° 1, 1988).

L'ensemble des études étrangères étudiées par Lert et Fombonne font apparaître l'importance de la durée totale du traitement dans les améliorations constatées, même si les traitements ont été interrompus par des rechutes et constitués d'épisodes successifs. En France, dans le dispositif spécifique de soins, les durées de traitement sont insuffisantes. En outre, l'anonymat rend plus difficile la recherche épidémiologique longitudinale. Pourtant, d'une part la loi du 6 janvier 1978 fixe le cadre juridique qui garantit la confidentialité des informations et d'autre part le secret

(1) La Toxicomanie, vers une évaluation de ses traitements — La Documentation française, 1989.

médical est très bien respecté : il conviendrait d'en tirer parti et d'obtenir le consentement des malades pour faire des études longitudinales sérieuses. Les études étrangères font apparaître que certains traitements réussissent mieux à certains toxicomanes présentant des caractéristiques identifiables : cela plaiderait en faveur de l'orientation vers tel ou tel programme thérapeutique des sujets, selon leurs caractéristiques propres. C'est ce que nous ne faisons pas en France, et la carence en recherche aboutit à une mauvaise utilisation des ressources existantes. La M.I.L.T. en est bien consciente qui a, entre 1988 et 1989, triplé les sommes qu'elle destine à la recherche (qui vont représenter dès lors presque 3 % de son budget total). Il conviendrait de développer la formation de spécialistes de terrain et les études, jusqu'à instaurer un cadre pour que les uns et les autres puissent confronter leurs expériences et en débattre « évitant les argumentations excessives et les décisions infondées ». On pourrait ajouter : les schismes entretenant la confusion dans l'opinion.

IV. — RÉADAPTATION SOCIALE ET RÉINSERTION PROFESSIONNELLE

Certains des centres de post-cure animés par des associations bénévoles ont choisi de donner rapidement aux jeunes qui leur sont confiés après sevrage une formation professionnelle qui a pour double avantage une valeur thérapeutique certaine (retrouver la joie de faire et le plaisir de progresser et de s'exprimer dans une tâche) et une préparation utile à une réinsertion professionnelle. C'est à coup sûr la partie la plus difficile à jouer : les jeunes à former ont la plupart du temps interrompu études et travail depuis longtemps, ils ont du mal à se concentrer et à fournir de façon continue quelque effort que ce soit, ils sont incapables encore de faire des projets de vie, sont sans ambition ni motivation pour la plupart ; il n'est pas aisé de trouver pour eux des formations qui les retiendront et pourront leur être utiles ni des formateurs qui acceptent de travailler avec eux ; on ne peut envisager de les envoyer trop tôt dans des stages de formation régulière car ils y jettent souvent la perturbation ; enfin peu nombreuses sont les entreprises, petites ou grandes, qui acceptent de les prendre même à l'essai en stage. C'est pourquoi il faut apprécier à leur juste valeur les efforts qui ont été faits dans ces toutes dernières années pour soutenir les actions de réinsertion sociale : surtout les centres de réentraînement à la vie active (30 % d'auto-financement et un pécule versé au public accueilli rémunéré au S.M.I.C.) financés depuis 1986. La taille des structures va de 2 à 30 postes de travail et une cinquantaine d'opérations offrant plus de 300 postes de travail ont été financées, notamment plus de 40 « entreprises intermédiaires » la première année. Ce poste fait l'objet de toute l'attention de la M.I.L.T. aujourd'hui. Certaines associations, comme la Fondation Platini, ont centré toute leur activité et les fonds dont elles peuvent disposer sur cette ultime et indispensable étape des traitements. L'expérience montre que le succès est possible, mais qu'il est nécessaire de ne pas interrompre le suivi thérapeutique de l'ancien toxicomane trop tôt car même la « normalisation » de sa situation sociale ou un soudain succès lui sont difficiles à vivre et risquent de réveiller le souvenir de la drogue et l'envie de la fuite qu'elle représentait.

CHAPITRE IX

LA PRÉVENTION, L'INFORMATION ET L'ÉDUCATION

On peut déplorer la faiblesse de la recherche en matière de traitements des toxicomanies. On peut attribuer cette faiblesse à la quasi-inexistence de suivis sérieux de cohortes de toxicomanes différemment traités. On peut s'étonner — pour ne pas dire plus — que certains médecins spécialistes récusent le concept même de guérison pour un toxicomane et se refusent à utiliser les outils connus d'évaluation car ils les estiment peu pertinents et peu fiables. Il n'en est pas moins vrai que s'il existait un remède miracle ou un traitement très efficace, cela se saurait, en dépit du brouillard dans lequel se déroulent les débats sur cette pathologie collective, en dépit des rivalités entre écoles. Il faut bien l'admettre, même si on les reconnaît comme malades, on ne sait pas guérir les toxicomanes de leur dépendance à la drogue, et on ne sait peut-être même pas toujours bien les soigner, pas plus qu'on ne sait encore, à ce jour, arrêter un S.I.D.A. Alors, quand on ne sait pas réparer, il faut empêcher l'accident de se produire. Quand on ne sait pas guérir, il faut prévenir la maladie. Il n'y a pas de microbe ou de virus de la toxicomanie qui ferait des ravages à l'insu de ceux que la contagion toucherait : au départ de toute toxicomanie, il y a un geste volontaire, une tentative consciente, même si les pulsions qui ont conduit à faire cet essai demeurent inconscientes au sujet qui, la première fois, explore, et surtout une deuxième fois, recommence.

I. — LES BUTS DE LA PRÉVENTION

La prévention c'est l'ensemble de ce qu'une société peut mettre en œuvre pour que l'offre de consommer de la drogue soit refusée, pour que l'essai ne soit pas tenté, ni surtout réitéré.

L'offre, il ne faut pas cesser de le répéter, émane du milieu de la grande criminalité, revêt tous les aspects trompeurs, utilise tous les subterfuges possibles, tous les relais qu'il est possible de corrompre, tous les ressorts psychologiques les plus subtils pour se créer un marché de clients captifs.

Poursuivre ceux qui vivent de cet hideux commerce et qui organisent et orchestrent l'offre est l'affaire de la police et des douanes. Mais l'affaire de la prévention est de faire en sorte que les clients démarchés, sollicités, pressés voire intimidés sachent dire « non » — donc d'informer et de fortifier les défenses de ceux qui peuvent être approchés par les pourvoyeurs de drogue.

L'affaire de la prévention, c'est également de s'interroger sur ceux qui éventuellement composeraient une clientèle fragile : en d'autres termes, existe-t-il une « demande » potentielle, de qui est-elle composée ? Pourquoi ceux qui la composent sont-ils plus vulnérables ? Comment identifier les individus d'une part, les groupes sociaux d'autre part, qui apparaissent plus menacés ; comment les approcher, nouer avec eux le dialogue, tenter de les soulager de leurs angoisses — cela est encore de la prévention.

II. — UN CLIMAT DIFFICILE

Mais ces campagnes d'information, ces actions d'éducation, de soutien, de secours psychologique ou social ne pourront être efficaces que si nous parvenons à nous dépêtrer des peurs et des doutes qui paralysent aujourd'hui les réactions de notre société. Depuis des années, nous avons été et nos enfants ont été exposés à une sorte de « culture de la drogue », avec recherche dans les musiques, les spectacles, les bandes dessinées mais aussi la littérature, la peinture, la sculpture, etc. d'expériences sensorielles insolites, d'éclatements, de tentatives hallucinatoires. Jadis esthétique, aujourd'hui le plus souvent vulgaire, cette « culture de la drogue », aux antipodes de la connaissance intérieure et de la recherche de la beauté, a des prétentions au mondialisme, car elle supprimerait les différences en supprimant justement les cultures propres à chaque peuple et en enjambant les classes sociales. Elle nous est imposée comme l'expression spontanée de la jeunesse alors qu'elle est au contraire une perpétuelle mise en condition auditive, visuelle, gestuelle, stylistique, comme certains font passer l'esclavage auquel sont soumis les toxicodépendants pour une liberté.

Dans ce climat, ceux qui dénoncent cet esclavage sont accusés de dramatiser, ceux qui dénoncent les dangers des drogues dites douces d'attenter à la liberté, ceux qui rappellent que ces drogues sont interdites par la loi d'être répressifs. Tout se passe comme si nous avions certes le droit d'être effrayés et désolés, mais en demeurant indulgents surtout. En fait, ce qu'on semble attendre de nous, c'est que nous devenions indifférents : la drogue serait chose banale devant laquelle silence et neutralité seraient de rigueur. Pour nous faire entendre que la drogue est entrée dans les mœurs et nous entraver de culpabilité, on nous renvoie à nos cigarettes, à nos apéritifs, aux tranquillisants que nous prescrit le médecin. On nous répète que, « pour ruiner les trafiquants », il vaudrait mieux laisser librement circuler les drogues et en faciliter la consommation : tout le mal viendrait non des toxiques, mais de leur interdiction. Une prescription tacite nous demande de détourner les yeux chaque fois que nous croisons un jeune hébété aux pupilles comme des têtes d'épingle et de chuchoter pour raconter le drame arrivé dans une famille amie.

Savoir se dégager de ce climat, c'est aussi faire de la prévention. C'est même un préalable à toutes les campagnes d'information, à toutes les actions éducatives. Sinon, elles seront, l'une après l'autre, immédiatement dénoncées, ridiculisées, rendues inopérantes. C'est ce qui s'est passé jusqu'ici.

III. — DÉSACCORDS GRAVES SUR LA CONCEPTION DE LA PRÉVENTION

On comprend assez bien qu'un climat passionnel envenime les débats sur les traitements : quand la médecine est impuissante, les positions des médecins sont d'autant plus crispées. Mais l'on s'attendrait à ce que, s'agissant de la prévention, un large accord se fasse aisément : la prévention n'est-elle pas, au contraire de la répression, bienveillante et bénéfique ? On est d'autant plus surpris de découvrir des désaccords graves entre personnes et organisations sur ce chapitre, et même « une dispersion radicale des avis sur ce que chacun entend sous le terme de prévention » (1).

La première grande faille se révèle dès qu'il est question d'information sur les drogues ou d'éducation à résister à la drogue. Des intervenants spécialisés dans les traitements des toxicomanies, surtout psychiatres et psychologues, s'élèvent contre toute prévention trop spécifique. Ils souhaitent que soient replacés les problèmes posés par les drogues illicites et leur consommation dans un vaste ensemble d'informations où ils n'auraient qu'une place discrète ; que l'on parle de toutes les consommations et de toutes les habitudes de vie, mais pas spécialement de la drogue ; que l'on réalise toutes les actions sociales possibles pour améliorer le logement, l'éducation, la formation, l'emploi etc., mais qu'on ne tente pas de prévention de toxicomanies spécialement. Pour eux, le public serait obnubilé par les substances-drogues, alors que « ça se passe ailleurs... Chaque membre de l'équipe de prévention est autorisé à s'interroger sur l'idéologie qui vise à assécher les buveurs, désintoxiquer les héroïnomanes, purifier les poumons des fumeurs, idéologie, appelée plutôt idéologie des entreprises parfois multinationales de normalisation » (2). La prévention des toxicomanies deviendrait alors une prévention au sens large (le plus large possible) de tout ce qui peut affecter les vécus familiaux des enfants, la santé physique et psychique, les conduites sociales. On éviterait même de parler des drogues.

(1) Pr Jean Bergeret, fondateur du Centre national de documentation sur les toxicomanies, in Journées internationales méditerranéennes sur la prévention primaire des toxicomanies, mai 1988.

(2) Dr A. Charles-Nicolas, directeur du Centre Pierre Nicole.

A l'opposé, d'autres médecins et d'autres psychologues, sans minimiser en rien les conditions nécessaires à la santé physique et mentale et les actions de prévention nécessaires pour la préserver, désirent, en créant une information spécifique et en instaurant un dialogue sur le sujet précis des drogues « *opérer une véritable vaccination psychique des jeunes pour faire reculer la toxicomanie* » (1) et ceci en milieu scolaire si possible. D'après eux, si l'on veut que les jeunes se détournent de la drogue, il faut décoder et détruire les images favorables à la drogue dans la culture à laquelle ils sont confrontés, donc il faut « *leur parler vrai sur le plaisir, la dépendance, les dégâts neurologiques entraînés par les drogues* », même si ce discours est difficile à faire passer. C'est pourquoi l'A.M.N.A.E.D. pense que, de la part de professionnels de la médecine (médecins, pharmaciens, infirmières) allant dans les écoles, ce langage technique et précis sera mieux reçu. Pour eux, il importe surtout de « *sortir le problème de la toxicomanie du champ de l'idéologie qui fait parler faux* ».

IV. — ABSENCE DE PREUVES D'EFFICACITÉ DES PROGRAMMES

Comme on le voit, il s'agit de deux démarches divergentes, bien que chacun accuse l'autre de camper dans l'idéologie. Comment les départager ? Il faut être clair : jusqu'ici, les nombreux programmes de prévention qui se sont déroulés ne comportaient pas, dans leur conception, de phase d'évaluation. « *Il se révèle donc impossible d'apprécier objectivement les résultats de l'intervention* » (Dr Angel, 1988). Les chercheurs utilisent parfois aux États-Unis, un questionnaire soumis aux jeunes après l'intervention préventive et un autre quelques mois plus tard. Mais les résultats ainsi obtenus, qui montrent généralement une meilleure connaissance des drogues et une modification des attitudes, dans un sens défavorable aux drogues, ne signifient pas que la partie est gagnée et que les comportements — donc, les consommations — seront changés. Jusqu'ici, **aucune preuve sérieuse ne vient étayer une thèse ou une autre, conforter une pratique plutôt que l'autre par des résultats méthodiquement recherchés, mesurés, critiqués.**

V. — L'APPROCHE « NON SPÉCIFIQUE »

En conséquence, les corps de doctrine qui inspirent les actions de prévention sont plutôt étayés sur des hypothèses. De nombreux intervenants en France penchent en faveur d'une approche dite « *non spécifique* ». On ne dira pas aux jeunes qu'on va parler de la toxicomanie ; on ne centrera pas l'action sur l'information ; on parlera le moins possible des produits eux-mêmes. Les intervenants seront des adultes du quartier, du village, du lycée, voire de l'entreprise (Dr Damade, Bordeaux) qu'on peut appeler « *adultes-relais* » dans les établissements scolaires, ou médiateurs, ou réseaux, peu importe. Ils pratiqueront une pédagogie active dont les jeunes doivent être les acteurs, eux-mêmes assurant leurs rôles de référents. Ils chercheront à étudier les besoins des jeunes, la communication ou son dysfonctionnement, les ressources locales.

Il peut paraître paradoxal que des actions de prévention de certaines pratiques finalement évitent presque de parler de ces pratiques. Ce sont les rapports assez étroits, entretenus avec certains psychiatres soignant les toxicomanes avec ces intervenants qui semblent les avoir influencés dans le choix de leur stratégie.

Ces psychiatres estiment que divers troubles psychiques préexistaient chez leurs patients à la toxicomanie et ils soulignent les traits cliniques des sujets fragiles : ceux-là, affirment-ils, seront plutôt troublés et attirés par la description qui leur serait faite d'un danger. On pourrait inciter des jeunes à l'expérience alors qu'il n'y auraient pas pensé si on n'avait pas cherché à leur faire peur. Si on leur présente en outre la drogue comme un interdit, ils auront envie de braver cette défense. L'homme est un être de désir souvent poussé vers ce qui le détruit : mieux vaut ne pas décrire aux adolescents les moyens illégaux, donc interdits, de se détruire.

(1) Pr A. C. Benhamou, président de l'Association médicale nationale d'aide aux écoles contre la drogue, A.M.N.A.E.D.

VI. — L'APPROCHE INFORMATIVE

L'autre approche, favorisant l'information sur les drogues en même temps qu'une « *éducation au refus* » se fonde sur une autre constatation : tous les jeunes ont entendu parler de la drogue et en parlent entre eux, mais d'où vient leur information ? Ils mettent bout à bout ce qu'ils ont perçu dans des films, le vocabulaire d'initiés qu'ils entendent d'autres jeunes utiliser sans savoir toujours à quels produits et à quelles pratiques ces mots se réfèrent, ce qu'un copain leur a rapporté, et leurs propres fantasmes. La prévention informative ne pense donc pas ouvrir des horizons défendus à des enfants ignorants, mais prétend éviter les idées fausses, les interprétations mythiques, la sous-estimation des dangers comme aussi du reste la dramatisation excessive. D'après un sondage effectué auprès des Français de plus de 18 ans en 1987, 4 sur 5 d'entre eux pensent que l'information est le plus sûr moyen de prévenir la toxicomanie. Si les intervenants en prévention désirent être soutenus dans leur action par les parents, ce qui semble indispensable pour la réussite de l'action, il est important qu'ils délivrent des informations exactes que les parents ne connaissent pas (un récent sondage de la S.O.F.R.E.S. montre bien les idées fausses des parents sur les drogues) et que, de toute façon, ils n'osent pas donner à leurs enfants car souvent le sujet les gêne.

Le « Point Info-Droque » du Centre Pompidou, qui diffuse des informations par vidéo, minitel et brochures, voit venir à lui un public de scolaires mais aussi de parents et de grands parents qui désirent en savoir plus et le savoir mieux. « *Cette opération participe de la dédramatisation de la question en l'intégrant au registre des connaissances sociales dont chacun éprouve le besoin pour agir* » (Madame Chaban-Delmás, présidente de la Fondation toxicomanie et prévention jeunesse). Même dédramatisante, l'information sur les drogues, selon cette approche, énonce un interdit : « *Ne jamais commencer à en utiliser* ». Les intervenants estiment que les jeunes ont besoin de repères clairs et que les interdits les sécurisent ou du moins sécurisent l'immense majorité d'entre eux. On ne peut pas partir de l'existence potentielle de certains pyromanes attirés par le feu pour s'abstenir de prévenir les enfants des dangers du feu et de leur interdire de mettre le feu à la maison.

VII. — VERS DES APPROCHES DIFFÉRENCIÉES SELON LES PUBLICS

De ces diverses expériences, qui ont les unes et les autres leurs mérites, ainsi que des données désormais un peu mieux connues de l'épidémiologie des toxicomanies grâce aux travaux dirigés par l'I.N.S.E.R.M., on peut tirer quelques enseignements qui pourraient servir de base à une réelle politique de prévention.

En effet, les approches qui viennent d'être présentées ne s'excluent pas l'une l'autre. Au contraire, elles pourraient se succéder ou se compléter selon l'âge des enfants et des jeunes auxquels s'adresse la prévention et selon les milieux sociaux.

Dans cet esprit, on pourrait concevoir un programme en 5 points :

A. — IL FAUT S'ADRESSER AUX ENFANTS AVANT LA PRÉ-PUBERTÉ, A L'ÉCOLE ET AU COLLÈGE, DANS LE CADRE D'UNE ÉDUCATION A LA SANTÉ ET D'UNE ÉDUCATION DE LA PERSONNALITÉ

Les enquêtes montrent que c'est vers 9 ou 10 ans que, de temps à autres, des enfants sont touchés par des modes sporadiques qui les poussent à respirer des colles ou des dissolvants. A cet âge-là, c'est la curiosité qui incite mais surtout l'esprit d'imitation qui domine. Il faut donc combiner une information en rapport avec les possibilités d'assimilation des enfants avec une éducation visant à développer les aptitudes de chacun à résister aux pressions et entraînements des autres.

L'information sera surtout une éducation à la santé considérée comme un bien-être, un bonheur, une valeur positive qu'il faut défendre comme il faut défendre la nature contre les pollutions chimiques. Les enfants jeunes comprennent très bien et adoptent facilement ces valeurs. Ils redoutent les fumées, les saletés, les médicaments, les ivresses. La prévention des drogues illicites ne doit pas être dissociée des usages et abus des autres drogues : tabac, alcool, médicaments, dans cette éducation positive à la santé.

On la liera également à la prévention de la violence et des accidents, et à une information sur l'hygiène alimentaire qui permet d'éviter certaines maladies. Les campagnes contre le cancer ont vérifié combien les enfants jeunes répondent avec enthousiasme à une mobilisation contre les polluants de la santé, adoptent des comportements plus sains et savent même faire la leçon à leurs parents. La prévention de la toxicomanie devrait ajouter à ces programmes une éducation de la personnalité, visant à fortifier chez chacun le sens critique et l'affirmation de ses valeurs propres, donc à savoir dire « non » à des sollicitations, à savoir dire pourquoi, à savoir ce qu'est une décision fondée. Les repères nécessaires à un enfant pour se bien développer doivent aussi être ses valeurs propres et son autonomie de décision. Les jeux de rôles peuvent être utilisés en classe pour ces exercices qui doivent donner de celui qui sait refuser une image forte et positive. De même un développement du sport pourrait être un moyen de prévention dès la pré-adolescence.

Il est important que les enseignants adhèrent à de tels programmes de prévention. Les projets pilotes publiés en 1984 par le Conseil de l'Europe sous le titre « *Éducation pour la santé visant à prévenir les toxicomanies* » s'inspiraient bien de ces principes, mais ont-ils été trop ambitieux ? Ont-ils été mal proposés ? En France, ce fut un échec. On avait choisi la petite ville de Redon en Ille-et-Vilaine pour ce test européen. Pourquoi ce bourg d'une région peu touchée par la toxicomanie ?

Il paraît qu'il était « *prioritaire en termes de santé publique* », mais sûrement pas en termes de toxicomanie. Le projet devait entraîner une dynamique de tout l'environnement social, sous forme d'enquêtes-participation, avec un comité « *santé École* » et l'élaboration de modules pédagogiques. Les personnels des établissements scolaires de Redon n'ont pas réellement adhéré au projet et il a fallu transporter en 1987 l'expérience à Rennes, dans un collège.

Cet échec devrait faire réfléchir. Le comité d'experts auprès du comité des ministres du Conseil de l'Europe a constaté que les structures actuelles de l'école présentaient des obstacles de taille : stratification en années d'études avec programmes surchargés, peu d'ouverture sur les familles et l'environnement, manque de formation des enseignants aux pédagogies de prévention. Paradoxalement, les établissements les mieux préparés à mettre en œuvre de tels programmes d'éducation à la santé paraissent être en France les écoles maternelles. Il conviendrait de s'inspirer de cette constatation pour apporter aux écoles mais aussi aux collèges et aux lycées la souplesse et l'initiative d'organisation de plages horaires et d'enseignements pluridisciplinaires qui permettraient d'aborder globalement les thèmes éducatifs transversaux comme celui de l'éducation à la santé. Enfin, il serait souhaitable que les enseignants, les personnels d'éducation, de surveillance et d'administration reçoivent une formation adéquate.

À cet égard, il est urgent de développer le service de santé (médecins, infirmières) et le service social de l'Éducation nationale. L'accroissement de leurs effectifs est indispensable pour assurer dans chaque établissement une permanence éducative de prévention et de soins.

De nombreuses associations, ainsi que des municipalités se sont préoccupées de la prévention primaire auprès des enfants d'âge scolaire. Elles ont agi plus rapidement que l'administration, mais leurs réalisations sont fort inégales en valeur ou en diffusion. Plusieurs d'entre elles ont recherché un mode d'expression qui touche les enfants et ont réalisé des bandes dessinées. Ainsi une publication de la Fondation toxicomanie et prévention jeunesse a été tirée à 200 000 exemplaires. La Fédération nationale de lutte contre la toxicomanie diffuse plusieurs bandes dessinées, ainsi que des affiches, tracts, badges ; de nombreuses associations régionales sont également très actives pour la prévention auprès des enfants (dans le Nord et en Côte d'Azur par exemple). Le rectorat et la ville de Paris ont réalisé un ouvrage à l'usage des élèves de C.M. 2 et des maîtres qui a été diffusé à 20 000 exemplaires dans les écoles parisiennes « *Attention, dangers !* » qui intègre, dans l'instruction civique et les sciences naturelles, la sécurité routière contre les dangers de la rue, les dangers domestiques, les dangers du tabac, de l'abus des médicaments, de l'alcool et des drogues et les moyens de les éviter.

Ces supports ne sont pas aisés à réaliser, encore que les enfants de cet âge acceptent très bien l'interdit. Mais la mode des monstres plus ou moins répugnants ou hideux qui a envahi les livres, les jeux et les jouets des enfants, cherche au contraire comme les fameux « *crados* » à faire rechercher par les enfants la transgression comme banalité.

B. — LES ACTIONS AUPRÈS DES ADOLESCENTS DOIVENT ÊTRE DIFFÉRENTES ET COMBINER PLUSIEURS APPROCHES

Durant ces années sensibles, on ne peut pas faire fond sur l'aspiration à la santé qu'on trouve chez des jeunes enfants. L'adolescence, c'est l'âge de la découverte des désirs, de l'incertitude sur soi-même, de la dissociation entre les discours et les attentes, du besoin de sécurité accompagné du goût du risque et de la transgression. Il ne faut pas oublier que c'est également durant les années de collège et de lycée que le plus de jeunes doivent vivre les conflits et les séparations de leurs parents. Ils flottent alors dans trop de liberté et pas assez d'attention. Dans le désordre des rôles familiaux, ils n'ont plus de repères solides, il leur est plus difficile de communiquer avec leurs parents. Il n'est jamais facile à un adolescent d'exprimer ses problèmes, du reste, et se borner à demander aux parents « *d'instaurer un dialogue* » est un de ces conseils préventifs à tout va qui ne conduit pas à grand chose. Quel dialogue ? On a tellement culpabilisé les parents qu'ils ont peur des questions qu'ils pourraient poser et des réponses qui pourraient leur être faites. Plus souvent, ils ont l'impression de parler dans le vide et ils ont moins d'influence que « *les copains* ». En outre, certains psychiatres les adjurent de ne prononcer aucun jugement à tonalité « *répressive* », et d'autres affirment que c'est à eux d'énoncer nettement les interdits.

Une chose est sûre, c'est qu'à l'âge du lycée, tous les enfants ont entendu parler de la drogue et beaucoup connaissent des jeunes de leur âge qui y tâtent ou s'y adonnent. Rappelons les enquêtes faites dans nos lycées : 1 élève sur 2 des lycées de la région Auvergne connaît personnellement un ou des utilisateurs de drogues (14 % en connaissent « *plus de 10* ») et 1 sur 4 des élèves des lycées de Paris ont déclaré en 1983-1984 avoir pris eux-mêmes de la drogue au moins une fois dans les 6 mois précédant l'enquête. Une information sérieuse sur les produits et sur les risques apparaît tout à fait nécessaire pour se substituer à l'information qui circule entre lycéens, légère ou fantasmagorique, parfois exagérément dramatique, parfois tentatrice, plus souvent qu'on ne croit en provenance directe des pourvoyeurs de drogue à la recherche de clientèle. La difficulté est de trouver les personnes capables de délivrer cette information ; de produire de bons supports de cette information (imprimés et audiovisuels) ; d'imaginer les situations et les stratégies pour faire passer cette information tout en répondant à toutes les questions qu'elle suscite ; de rassurer les jeunes en même temps qu'on leur délivre des messages dérangeants par nature ; de créer une dynamique communautaire autour des jeunes.

L'expérience de l'Éducation nationale

De nombreuses expériences ont déjà eu lieu et se poursuivent un peu partout. Aucune n'a été accompagnée d'une évaluation. Toutes reconnaissent la nécessité de former des adultes de l'environnement pour diffuser la prévention. On peut se demander si les spécialistes en contact constant avec des toxicomanes, sont les mieux placés pour délivrer une prévention primaire. Les enseignants, eux, peuvent jouer un rôle très important s'ils acceptent de le tenir : à cet égard, l'Éducation nationale a produit une excellente brochure : « *Drogue, prévention de la toxicomanie et des conduites déviantes* » qui est un vrai « *Code de pratiques* » à l'usage des personnels des collèges et des lycées.

Cette brochure trace le dispositif de l'Éducation nationale, fondé sur l'utilisation de « *médiateurs* » et d'« *adultes relais* ». Ces « *personnes-ressources* » peuvent appartenir à l'Éducation nationale : médecins, infirmières, assistants sociaux scolaires, inspecteurs pédagogiques, etc... ou être extérieurs à l'administration. Chaque académie tient ainsi à la disposition des établissements une liste d'intervenants extérieurs compétents auxquels ils peuvent avoir recours.

Le dispositif repose beaucoup sur les « *adultes-relais* ». Ceux-ci reçoivent des formations dans les services académiques (M.A.F.P.E.N., C.A.S.F.A.). Ils ont pour mission de sensibiliser les enseignants, d'être un soutien pour les familles, de participer à l'animation de la vie scolaire, de recueillir les demandes des jeunes, d'apprécier leurs besoins, de les aider dans la réalisation de leurs activités. N'est-ce pas trop demander ? Il n'y a pas eu affluence de candidatures. Et les jeunes, d'autre part, n'ont pas montré d'empressement pour s'adresser aux adultes-relais. Nombre de chefs d'établissement, que le problème gêne, en ont conclu que, dans leur lycée du moins, « *le problème ne se posait pas* ». C'est regrettable, car certaines données plaident en faveur des actions conduites par les adultes-relais : ainsi, dans l'enquête de la D.R.A.S.S. Auvergne, conduite sur 802 lycéens de divers établissements de la région, on a pu noter que la proportion de ceux qui se déclaraient fumeurs, buveurs, et consommateurs de drogue était beaucoup plus faible dans le seul lycée où fonctionnait un club santé.

Les informations peuvent être données sous formes de brochures ou de vidéos ; on peut organiser des expositions, mais il est indispensable que des échanges et des débats aient lieu à l'occasion de chacune de ces informations. Il faut vérifier que les informations ont bien été comprises, répondre aux questions sans détour. Il faut également parvenir à dispenser une certaine idée de la dignité du corps et de la conscience humaine, donc de la responsabilité que chacun détient de sa santé et de sa vie. Ces échanges, ces réunions permettent de déceler la réaction des élèves. La méthode des « *autoportraits* » des élèves a permis de corréler la consommation de drogues à 1° des jeunes gais, bavards, fantaisistes, paresseux, ne sachant pas attendre, irréguliers, qui font des expériences, aiment l'aventure, contestent, et semblent dépensiers ; et 2° des jeunes silencieux, peu dynamiques, qui ont peu de camarades, dépressifs, qui ne font ni sports ni activités extrascolaires. Ces impressions au cours des débats devraient conduire à de discrètes interrogations : l'élève s'absente-t-il souvent ? Va-t-il souvent à l'infirmerie ? Le niveau de ses notes a-t-il subi un soudain fléchissement ? Sait-on si son environnement familial est perturbé ? (Parents séparés, décès de l'un d'entre eux — les orphelins de pères sont beaucoup plus nombreux parmi les consommateurs de drogues que chez les non-consommateurs du même âge).

Autant de repères qui peuvent conduire à avoir un entretien avec l'élève afin de lui apporter une aide personnalisée.

Rappelons également que c'est par le biais des Comités de prévention, qu'à plusieurs reprises on a pu apprendre l'existence de trafiquants extérieurs au lycée qui démarchaient, par élèves interposés, pour se créer un réseau de clients dans l'établissement. A cet égard, il convient de rappeler que toute action de prévention sérieuse ne doit pas éviter de parler de la loi. Les dispositions de la loi de 1970 sont ignorées (même des enseignants) et il est intéressant pour les jeunes d'apprendre que le législateur considère le toxicomane comme un malade à traiter autant qu'un délinquant et que celui qui est déterminé à se soigner n'est plus considéré comme délinquant. C'est un sujet de débat qui intéresse les jeunes et il est bon qu'ils découvrent que la société n'en a pas décidé ainsi à la légère.

Toutes les études conduites sur les lycéens, tant en France qu'à l'étranger, montrent les grandes différences qui existent entre le groupe des consommateurs et celui des non-consommateurs (O.M.S., rapport technique n° 526). Un programme de prévention particulier doit être dirigé vers ceux des élèves qui ont un mode de vie et des circonstances familiales qui paraissent les rendre plus vulnérables : il est important de parvenir à communiquer avec eux, à les intéresser et les distraire avant qu'ils touchent à la drogue ou pendant les phases initiales des consommations abusives.

Cependant, les études les plus récentes faites, tant aux États-Unis qu'en Espagne ou en Italie, montrent que quand l'offre de drogue touche un établissement scolaire, que les dealers la distribuent au début gratuitement ou presque, la contagion atteint très vite les élèves qui paraissent, à en juger par leur personnalité et leur environnement familial, devoir ne jamais devenir des consommateurs. C'est pourquoi il convient de conduire des actions de prévention pour tous, régulièrement.

Chercher des intervenants crédibles

Pour cela, on en revient au point capital : il faut trouver des adultes volontaires pour délivrer ces informations, organiser ces débats, aider plus attentivement les adolescents exposés.

Il est important que tous les enseignants reçoivent une formation dans ce domaine. Mais doit-on attendre de tout enseignant qu'il soit un croisé de la prévention de la toxicomanie ? Cela semble difficile. Certaines études étrangères conduites auprès de futurs enseignants montrent qu'à peine 1 sur 3 se sentirait prêt à jouer ce rôle, que, pourtant, tous envisageraient sous son seul aspect sanitaire, et nullement comme une croisade morale. Voilà qui montre les limites créées par la « *culture de la drogue* » dans laquelle nous vivons. Le respect de l'environnement a su faire plus d'adeptes, et bien plus d'enseignants sont prêts à l'inclure dans l'éducation qu'ils dispensent, que le respect du « *mens sana in corpore sano* », qui ne fait plus recette. On ne peut envisager de forcer quiconque à éduquer quand il ne s'en sent pas le droit, l'envie ou la force. C'est pourquoi la prévention doit compter sur les adultes-relais extérieurs à l'éducation, et principalement sur ceux à qui leur profession (médecins, pharmaciens, infirmiers) donnent une crédibilité et qui oseront dire que les drogues sont dangereuses.

La prévention auprès des adolescents et des jeunes doit être la pièce maîtresse d'une politique de lutte contre la toxicomanie. Mais il n'y a pas de politique sans volonté ferme et programme d'action. Tout en continuant à s'interroger sur les responsabilités de nos sociétés dans l'apparition et le développement de la toxicomanie des jeunes, — débat passionnant mais qui ne livrera à son terme, s'il y parvient, que des diagnostics et non des remèdes — nous devrions surtout nous interroger sévèrement sur notre impuissance à définir et à mettre en œuvre une vraie politique de prévention. Si tout le monde est d'accord qu'il vaut mieux prévenir que guérir (d'autant plus qu'on ne sait pas guérir) encore faut-il que notre société soit animée d'une véritable conviction de la nécessité de cette prévention ; encore faut-il qu'elle s'entende sur les modalités et les agents de la prévention. La querelle « *informer sur les drogues* » ou « *ne pas nommer ni décrire les drogues* » est un exemple pur de notre impuissance à vouloir faire et à savoir faire une action préventive. Elle réjouit certainement les trafiquants qui font tout ce qu'ils peuvent pour empêcher la société de se mobiliser contre la drogue et pour jeter le trouble dans l'esprit de ceux qui devraient se charger de cette lutte.

Le problème central de la prévention est la conviction des adultes : parents, enseignants, médecins, travailleurs sociaux, responsables politiques, militants de tous bords. Si la prévention doit se traduire par la formation de la personnalité des jeunes, notre force de conviction quant au bien-fondé de l'éducation, et notre énergie disponible pour son application apparaissent singulièrement affaiblies, soit rongées par des doutes : avons-nous le droit d'interdire, de prohiber, d'empêcher nos enfants de faire une expérience même nocive ? Soit éteintes par la résignation : la drogue se banalise, se « *normalise* », on n'y peut rien, il faut s'en accoutumer et ne pas dramatiser. Soit neutralisées par la peur : comment aider ses enfants quand on est soi-même si angoissé qu'on n'ose évoquer ce phénomène qui nous terrorise ? Soit dissoutes par la fuite devant nos responsabilités : bien des parents se refusent désormais à être des éducateurs, et s'en remettent aux enseignants, lesquels estiment que ces questions ne sont pas de leur ressort et se tournent vers les médecins, qui eux-mêmes se disent impuissants et renvoient aux « *spécialistes* ». C'est dire l'autorité que confèrent à ces derniers toutes ces délégations de responsabilités. A leur tour, les « *spécialistes* » ont beau jeu de dire aux parents, aux enseignants, aux politiques que leur rôle n'est pas l'éducation « *avant* » la drogue. Ils ont bien assez à faire avec les problèmes de ceux qui sont plongés dedans et qu'ils ne parviennent pas à en sortir. Sceptiques ou péremptoires, leurs avis sur la prévention n'ont pas l'autorité de l'unanimité. Au contraire, les controverses qu'ils entretiennent déconcertent et démobilisent les possibles agents d'une politique cohérente.

Les vraies difficultés de la prévention sont là : **non pas affaire de méthodes ou de moyens, mais de conviction et donc d'agents crédibles.** Comment prévenir les jeunes de ne pas fumer du cannabis surtout avant de conduire une voiture ou d'enfourcher une mobylette, si le scepticisme est tel qu'il va jusqu'à empêcher des recherches et étouffer la diffusion de celles qui ont été faites ? Comment prévenir les jeunes contre la contrainte et l'esclavage des consommations d'opiacés si l'on est persuadé qu'il s'agit là d'une liberté, voire d'un droit ? Il faut partir de ce constat pénible pour élaborer une politique de prévention à l'intention des adolescents et des jeunes.

1° Organisation de la prévention

On ne peut décréter la prévention obligatoire ni contraindre qui que ce soit, par la vertu d'un programme scolaire, à délivrer un enseignement ou à conduire une action dans ce domaine. Plutôt que d'ajouter la prévention de la toxicomanie comme un sujet supplémentaire du programme scolaire. Il faudrait l'intégrer dans le projet éducatif global de l'établissement, en y associant en priorité les services sociaux et de santé scolaires, bien entendu les enseignants, les personnels d'éducation de surveillance et d'administration mais également l'ensemble des personnes extérieures convaincues et motivées : associations de parents, associations familiales, associations particulièrement concernées, professions médicales, éducatives, sociales, artistes, vedettes volontaires pour lutter contre la toxicomanie... Eux aussi ont un message à délivrer, sont convaincus, et cette conviction sera ressentie comme désintéressée et généreuse par les jeunes qu'ils rencontreront. Ils seront vraiment crédibles. Il revient aux chefs d'établissements de rechercher dans l'environnement local et régional ces personnes motivées, et à la M.I.L.T. de soutenir toutes les associations qu'elles suscitent. La prévention ne peut être efficacement conduite que par des personnes motivées et sincères. Les missions locales d'insertion des jeunes et les comités de prévention qui ont fait leurs preuves doivent être impliqués dans ces actions.

2° Apport des techniques audiovisuelles

Il convient d'encourager la production de matériels imprimés et audiovisuels de services télématiques (comme Toxitel) qui pourront servir de supports à des actions dans des établissements scolaires ou dans des clubs de jeunes. L'information véhiculée dans ces messages doit corriger et compléter celle que les jeunes reçoivent de bouche à oreille, souvent inspirée par les trafiquants. Elle doit décourager toutes les consommations dont les abus sont nocifs — tabac, alcool, médicaments — mais elle doit souligner les aspects spécifiques des drogues : leur origine criminelle, l'assuétude à laquelle conduisent la plupart d'entre elles, la négation de liberté qu'elles entraînent, et le mal qu'elles causent à l'entourage des drogués et à d'autres innocentes victimes.

3° Information des parents

Il faut organiser des réunions de parents sur les drogues, et parvenir à les persuader de l'importance de leur rôle éducatif dans un sens positif et non culpabilisant. Il convient de leur apprendre par quels signes ils peuvent être alertés dans le comportement de leur enfant, l'expérience montrant que dans l'immense majorité des cas de toxicomanie les parents sont les derniers à l'apprendre. Ils doivent savoir qu'ils peuvent beaucoup « avant », mais plus difficilement « après », quand la toxicomanie est installée même si leur rôle dans la guérison de leurs enfants est fondamental. Il ne faut pas paralyser leurs élans, mais plutôt leur donner des exemples précis et concrets des dialogues à instaurer avec leurs enfants : questions à poser, mots à éviter, réactions à maîtriser, arguments à utiliser, aide à proposer. Des établissements scolaires touchés dans les années 70 et qui ont ainsi associé fortement les parents à leur action de manière amicale et répétée ont vu tout à fait disparaître la drogue.

4° Coopération des jeunes eux-mêmes

Il faut faire travailler au maximum les jeunes eux-mêmes sur les thèmes et les termes à utiliser pour prévenir l'usage des drogues. Il faut leur demander de trouver eux-mêmes des slogans, de réaliser eux-mêmes des affiches, d'organiser eux-mêmes des débats, de s'exercer à des jeux de rôles. Ces activités les prépareront à parler à celle ou à celui qu'ils savent en danger. Ils seront les meilleurs agents de prévention. Encore faut-il les encourager à savoir et oser jouer ce rôle bénéfique, en leur faisant bien saisir ce qu'il signifie en termes de solidarité agissante. Il ne s'agit pas de se mêler de ce qui ne les regarde pas, mais d'être ceux qui peuvent aider au bon moment de manière déterminante.

C. — UN AUTRE TYPE DE PRÉVENTION EST NÉCESSAIRE AUPRÈS DE GROUPES SOCIAUX PARTICULIÈREMENT EXPOSÉS

Il n'y a pas de prédestination à la toxicomanie. Mais l'observation des faits ces dernières années montre à l'évidence que la drogue ne sévit plus autant chez les étudiants et dans les beaux quartiers, alors que les trafiquants cherchent à pénétrer les milieux les plus vulnérables socialement et économiquement, les minorités ethniques (gitans, jeunes immigrés) et les milieux de grande pauvreté. Il peut paraître paradoxal de proposer à des jeunes qui n'ont pas même les ressources nécessaires pour leur survie quotidienne une consommation inutile et hors de prix. Mais il faut comprendre que ces jeunes, presque toujours sans qualification et sans travail, mal insérés culturellement, sans perspectives, sans projets de vie ou sans soutiens pour les réaliser, sont des proies faciles pour la fuite hors du réel que fait éprouver la drogue. Leur pauvreté, en outre, en fait des instruments entre les mains des trafiquants qui les utilisent très vite comme transporteurs « pushers », « dealers » et les poussent vers toutes sortes de délinquances, vols, prostitution, recels, etc... pour en tirer profit.

Les volontaires de l'Association A.T.D.-Quart-monde ont été témoins de cette pénétration dans les cités d'urgence des sous-prolétaires, d'abord en banlieue parisienne puis dans la région marseillaise, alors que le phénomène reste plus discret ailleurs. En région marseillaise, la drogue, présente dans les cités H.L.M., a pénétré par l'école primaire, où les enfants usaient de colles puis dans les cités sous-prolétaires par l'intermédiaire de familles gitanes, espagnoles et maghrébines : d'abord le haschich, puis les drogues dures, dont le crack. Parfois, l'évolution a été la suivante : certaines familles utilisèrent essence et colle, puis haschich, puis l'héroïne. Lorsque les jeunes des cités d'urgence ont été relogés en ville, ils ont été plus exposés encore.

Ce phénomène n'est cependant pas général. Les équipes d'A.T.D.-Quart monde observent malgré tout une grande résistance de la part du milieu sous-prolétaire. La famille est une première barrière, les parents cherchent à préserver les jeunes des trafiquants, élèvent les enfants des jeunes adultes intoxiqués. Mais, ils le font dans l'isolement, ayant peu l'occasion d'un véritable dialogue, d'un soutien par des personnes qui comprendraient la situation de jeunes face à la drogue dans un milieu d'extrême pauvreté.

Les témoignages recueillis montrent une aggravation depuis 1984. La drogue dure contamine souvent plusieurs membres d'une même fratrie et devient le dangereux gagne pain de quelques familles. Tous ceux qui consomment de l'héroïne et la revendent ont commencé par fumer du haschich. Les familles non touchées assistent dans la crainte à la montée du fléau. Elles voient arriver, en voiture de luxe, les trafiquants qui viennent entreposer leur marchandise dans des caches et rançonner leurs dealers. Généralement, ils commencent par installer un réseau de consommation en distribuant gratuitement de la drogue, en proposant haschich et crack très bon marché. Ensuite, ils utilisent les jeunes « accrochés ». L'appât du gain s'ajoute alors dans des familles sans ressources à la consommation, et conduit rapidement les jeunes à la délinquance. La réinsertion sociale est particulièrement difficile en milieu sous-prolétaire, lorsque le jeune ajoute à ses handicaps antérieurs le poids d'un casier judiciaire. Les parents, tourmentés, ne trouvent pas d'aide auprès de la police locale, laquelle manque de moyens pour intervenir. Les jeunes sous-prolétaires n'ont pas recours aux centres de soins et associations anti-drogue qu'ils ne connaissent pas.

Le docteur Hadjad, lui, œuvre en banlieue parisienne auprès d'enfants d'immigrés dont les parents ne parlent pas bien ou pas du tout le français. Ces enfants-là ont des lits, de la nourriture, des télévisions. Mais « ils vivent dans des caves d'immeubles, ils vivent presque en meute », alors que leurs parents sont là, en haut (1). Mais ils ne parlent pas à leurs parents. Leurs parents eux-mêmes ne parlent guère et ne sont pas écoutés. La parole ne circule plus. Il n'y a plus de vie communautaire. Ces jeunes n'ont aucun projet. La drogue s'implante alors, et, artificiellement, crée une communauté d'intérêts et de pouvoirs. Les « dealers » ont le pouvoir, les autres vont vendre la drogue « comme de petits soldats » et on leur en donne un peu. « Lorsque l'un a posé l'acte d'arrêter de se droguer, c'est comme si un corps était amputé d'une cellule. Comme par enchantement, des tas de jeunes viennent relancer l'aspirant à la vie normale pour lui offrir de la drogue gratuitement alors qu'auparavant il lui fallait payer très cher pour en obtenir. Il recommence à se shooter et tout est à refaire. »

Dans ces milieux très vulnérables, une prévention différente est nécessaire. Elle doit se traduire par une présence constante, sur place, offrant soutien et écoute. Il s'agit d'aider les familles à sortir de la précarité constamment menaçante, et les jeunes à construire des projets de vie autour de la formation et du travail. Il s'agit aussi de « faire circuler la parole », d'aider les enfants qui, inhibés dans les groupes traditionnels avec qui ils n'échangent plus, échouant en classe, sont très anxieux et agités et recherchent la fuite dans la drogue. Certains centres médico-pédagogiques peuvent jouer un rôle important en aidant ces jeunes à parler dans des groupes d'expression qui deviennent souvent de vrais psychodrames. Au niveau communal, beaucoup peut-être fait également pour offrir un lieu et des personnes qui écoutent les parents, qui les informent sur les produits, le trafic, les dangers, qui les aident à surmonter leur angoisse, à parler avec leurs enfants, à se connaître les uns les autres, à oser rencontrer les enseignants et, peu à peu, à former une vraie communauté.

En milieu scolaire, on propose des médiateurs ou des réseaux. C'est encore bien plus nécessaire en milieu défavorisé où travailleurs sociaux, animateurs de quartier, associations, élus municipaux doivent offrir une attention authentique et une parole authentique, une présence permanente au service de la construction d'une vraie communauté où chacun puisse être acteur et donc valorisé.

(1) in *Promovere*, revue du handicap social et criminologie, mars 1987, p. 5 à 20.

D. — LA PRÉVENTION PASSE-T-ELLE PAR DE GRANDES CAMPAGNES NATIONALES EXPRIMANT UNE VOLONTÉ GÉNÉRALE ?

Il serait vivement souhaitable de pouvoir ainsi mobiliser l'attention de tous et exprimer la volonté nationale. Malheureusement, diverses tentatives ont déjà été faites. Non seulement, elles n'ont pas fait l'unanimité, mais elles ont été l'occasion pour certains, dont la parole fait plus ou moins autorité en matière de toxicomanie, de ridiculiser des slogans choisis et les thèmes proposés. Une campagne nationale coûte très cher et absorbe une grande partie des fonds disponibles pour la lutte contre la toxicomanie. Si elle ne soude pas l'opinion, si elle n'enlève pas la conviction, mais au contraire prête le flanc à des critiques, des moqueries, des sarcasmes — elle accroîtra le scepticisme, banalisera le phénomène, ridiculiser les efforts de ceux qui veulent dénoncer la drogue et ses pourvoyeurs. Les contre-performances de certaines campagnes nationales peuvent être plus dangereuses que bénéfiques. Il ne faut pas oublier que ceux qui sont les alliés objectifs des marchands de drogue savent parfaitement tirer avantage du manque de cohésion et de volonté nationale sur ce sujet. Mieux vaut sans doute éviter ces échecs ou demi-échecs qui favorisent la pénétration d'une acceptation passive et résignée du phénomène toxicomanie, et faire porter les efforts de prévention vers une multitude de petites actions d'éducation à la santé, d'information, discussions, d'aide aux parents et aux éducateurs, de travail social de base dans les quartiers. Tous les intervenants devront être informés de la nature et des résultats des différentes actions menées. Indépendamment des actions ciblées, il faut assurer une continuité dans l'action préventive.

Néanmoins, en dépit du caractère micro-social de ces efforts il ne faut pas oublier que la prévention dépend d'une prise de conscience collective et nécessite un élan de toute la communauté.

E. — FAIRE PRENDRE CONSCIENCE AUX MÉDIAS DE LEURS RESPONSABILITÉS PARTICULIÈRES EN LA MATIÈRE, ET OBTENIR LEUR COLLABORATION ACTIVE

Il n'est pas question de mettre systématiquement les médias en accusation, ce qui est facile et serait tout à fait vain. Il n'est pas question de les sommer de se mettre au service de la prévention. Le rôle des journalistes est d'informer, répliqueraient-ils alors, non de faire la leçon et de convaincre. A quoi on peut toutefois répondre que la manière de délivrer l'information la charge d'un potentiel qui peut jouer dans le sens de l'incitation ou dans le sens de la prévention. Elle peut aussi, et plus souvent encore, contribuer à banaliser. Il suffit, pour en être persuadé, de s'imaginer à la place d'un enfant ou d'un adolescent bombardé de messages « informatifs » par la télévision, la radio, les journaux, auxquels se mêlent quotidiennement les messages, cette fois émotifs, véhiculés par les chansons, la musique qu'il écoute, les bandes dessinées, les films qu'il regarde. Il sera question de prises de drogues, de trafiquants, d'overdoses, de « voyage », de morts, d'arrestations, d'oubli, de plaisir, de S.I.D.A. : « *surabondance des signes et pénurie des significations* » disait J. M. Domenach au colloque sur la Toxicomanie organisé en mars 1988 par le professeur Nahas. C'est pourquoi il faut, dès l'enfance, donner à l'enfant la capacité critique de trier dans cette masse de messages ce qui est menace pour sa santé, son équilibre, sa joie de vivre, ce qui peut exister au niveau fantasmatique, comme les monstres évoluant dans ses bandes dessinées, mais ne doit pas se traduire en actes dans la réalité de la vie.

Plusieurs cas se présentent, très différents, dans les médias :

1° Attitude complaisante

Le cas plus troublant est celui de certains organes de presse et de certains journalistes consciemment et ouvertement favorables à la dépénalisation et à la liberté de l'usage des drogues. Ils savent très bien utiliser les stars et les célébrités qui, de notoriété publique, s'adonnent à quelque drogue, et, si elles sont inquiétées, ils en font des martyrs de la liberté. Ils se savent soutenus par certains intellectuels, dont un numéro de *Lire* en février 1989 a excellemment analysé l'attitude complaisante envers la toxicomanie. Ils savent qu'on ne leur appliquera pas la loi, à savoir l'article L. 630 du code de santé publique qui interdit de « *montrer sous un jour favorable* » l'usage des drogues. Rien n'est plus dangereux pour une société qu'une loi (votée à l'unanimité !) qu'on n'applique pas : c'est comme la révélation d'un défaut de volonté de la communauté d'assurer la prévention par peur de paraître pratiquer la répression. Elle ouvre le champ libre à l'incitation sous les formes les plus diverses : directe, insidieuse, provocatrice, et la laisse se parer des couleurs de l'émancipation.

2° Erreurs inconscientes

Beaucoup plus fréquentes sont les erreurs inconscientes de journalistes tout à fait étrangers aux consommations toxiques. Ils ne se rendent pas compte des effets cumulés de certains de leurs procédés. Il n'est pas possible, dans les limites de ce rapport, de développer un sujet si complexe. Il faut se contenter de certains exemples :

— l'utilisation répétée d'un langage d'initiés. Il n'est pas besoin d'être un profond analyste pour déceler la charge magnétique que les marchands de drogue et leurs séides ont su donner aux mots qui forment le vocabulaire si cher aux toxicomanes : ce n'est pas pour rien qu'ils parlent de drogues « douces » et de « planer » et du « voyage » ou qu'ils ont baptisé « *ecstasy* » un récent produit « stupéfiant ». Lorsque nos journalistes emploient ces termes, et de plus, émaillent leurs propos de mots américains exotiques qui décrivent les « *trips* » de ceux qui « *se shootent* », lorsqu'ils parlent des « *joint*s » et de « *la dope* » — ils pensent avoir l'air informés. Or ils donnent l'impression d'être initiés. On peut se demander s'ils ne distillent pas à leurs jeunes lecteurs la curiosité de ce monde où la réalité doit être autre puisqu'elle ne peut s'exprimer qu'avec des termes étranges et fascinants ?

— une information dissuasive, qui assurerait une vraie prévention serait une information qui parviendrait à désacraliser la drogue. Surtout à la démoder, à la ridiculiser, à l'écraser sous le rire. Il faudrait parvenir à présenter les conduites toxicomaniaques comme « *ringardes* » et, somme toute, minables, si minables qu'on aurait davantage envie de hausser les épaules que d'avoir peur. Malheureusement, les journalistes et réalisateurs animés des meilleures intentions préventives font l'inverse : ils dramatisent, et, en dramatisant, ils donnent un style aux enfants perdus en question, à leur vocabulaire obscur, à leurs gestes qui prennent des allures de rituel, à leur dépendance qui finit par ressembler à une terrible quête mais à une quête tout de même. Les héros noirs qui ont des rites fascinent les esprits faibles. Il faut éviter de faire passer l'information à travers des personnages, choisis comme contre-modèles, mais qui, présentés de façon dramatique, peuvent pousser à l'identification ;

— enfin, toujours à la recherche d'un « *scoop* », du « *nouveau* » qui fasse événement, les journalistes répercutent très vite et sans les vérifier ni les replacer dans leur contexte toutes les informations chiffrées qu'ils peuvent glaner : la toxicomanie « *monte* », « *descend* », « *stagne* » ainsi au gré des données pourtant très fragmentaires qu'un service de police ou un centre de soins leur a procurées. Il en résulte l'impression qu'il s'agit d'un phénomène naturel et intégré qui connaît des fluctuations comme les températures, la pluviosité, ou le nombre des naissances. C'est une « *donnée* » de plus, dépourvue de sens, dépouillée de son identité de fléau artificiel, criminel, récent et évitable.

*
* *

Nul besoin de légiférer sur l'information : la loi existe, qui interdit de « *présenter sous un jour favorable* » les consommations illicites et tous les délits liés à la toxicomanie.

Des cas graves se sont déjà produits, de publications invitant les lecteurs à se droguer et leur indiquant la marche à suivre : les parquets ont agi dans la discrétion — ce qui semble préférable, afin de donner le moins de retentissement possible à ces entreprises d'incitation. Mais pour ce qui concerne l'information courante, ne serait-il pas souhaitable de demander aux médias de susciter en leur sein une instance d'autodiscipline qui veillerait au respect de la loi de 1970 à l'instar de ce qu'ils ont su faire pour prévenir la parution d'informations favorables aux thèses racistes ?

Il serait sûrement utile d'organiser des colloques de réflexion sur l'information à propos de la toxicomanie. Ils devraient s'ouvrir par la diffusion d'un montage de phrases prononcées et d'images commentées lors de reportages sur le sujet, qui ferait choc. Sur un mode beaucoup plus mineur, et improvisé, voici quelques citations glanées dans les médias au cours de ce rapport :

Le 13 avril 1988, au journal de 8 heures de **France Inter**. Stéphane, un adolescent, est retrouvé mort en forêt à Saint-Quentin-en-Yvelines. Le commentateur dit : « *il se droguait comme font tous les adolescents de son âge* ». Banalisation.

Dans **Paris-Match**, n° 168, dans un grand article attirant certes l'attention sur les dangers de la cocaïne, on lit également que « *les jeunes loups de la finance, les concepteurs de publicité, les grands reporters des journaux, les vedettes du showbiz et même les animateurs de la télévision* » en prennent « *pour améliorer leurs performances* ». « *La cocaïne est à la mode* » et du texte ressortent deux intertitres encadrés : « *Plus on est jeune, plus l'effet est euphorisant* » et plus loin : « *C'est la plus accrocheuse de toutes les drogues* ».

Le Point du 20 juin 1988, dans un reportage sur la drogue dans le métro, décrit de façon complaisante et pittoresque « Jean-Luc, jeune Antillais, devenu dealer. Pour lui, les affaires marchent plutôt bien. Il gagne 5 000 F par jour. Sa station, c'est Temple. Il connaît tous les trucs, il sait planquer les doses dans ses rastas, sous les rails, derrière les câbles, envelopper la dose dans un morceau de sac poubelle scellé à la cigarette : ça permet la cache dans les caniveaux. S'il arrive à Temple en métro, il rentre tous les soirs en taxi. (...) Le « jet » (dix doses à 250 F) s'achète 600 F. Mais le dealer « malhonnête » peut en tirer jusqu'à 15 doses en coupant et recoupant. De quoi faire des ravages... ».

On retrouve ici l'idée du dealer « honnête » qui vend de la vraie marchandise, et du dealer « malhonnête » proposant des doses coupées avec du plâtre ou de la farine « qui font des ravages ». Lors d'une émission sur Antenne 2, le docteur Curtet a dû rappeler à Claude Sérillon, qui faisait le même commentaire erroné, que l'héroïne pure est encore plus nocive que les produits avec lesquels on la coupe ! C'est la « pure » qui provoque les overdoses. Exemple de mauvaise information sur les produits.

A propos de l'ecstasy : Antenne 2 au journal de 20 heures donne un reportage sur l'« acid music » et insiste sur le fait que cette drogue « qui permet de mieux sentir la musique », ne provoque pas d'accoutumance » (déc. 1988).

L'Événement du jeudi (8 au 14 décembre 1988) page 89, en sous-titre : « C'est gai et presque gay, post-sida. » Dans l'article : « L'ecstasy, une pilule conseillée aux couples en mal d'harmonie accélère le rythme cardiaque en provoquant un bien-être immédiat ». « Cette nouvelle mode n'est guère plus dangereuse que les autres. » « Ces morceaux (de musique) hypnotiques fabriqués dans une chambre de bonne ou dans l'obscurité d'une discothèque ne peuvent être restitués en concert. Reste (...) un style permettant à chacun de se croire un instant un créateur. Cela ne peut que laisser des traces. » C'est la conclusion.

L'Express du 10 février 1989 laisse éclater une « légitime indignation » à propos du procédé Abbott d'analyse d'urine pour déceler des traces de substances toxiques : « Une application qui demeure d'une grande utilité : les médecins connaissent ainsi l'origine de l'empoisonnement dont souffre un malade dans le coma. Mais, du produit toxique aux stupéfiants, il n'y a qu'un pas, qu'ont franchi allègrement les fabricants de tests diagnostics. » Ce qui, en clair, signifie que les stupéfiants ne sont pas des toxiques. L'Express va jusqu'à parler de « violation des droits de l'homme », l'usage de stupéfiants étant donc un droit.

Sur Canal Plus le 25 février 1989, une longue émission sur la drogue en Espagne au cours de laquelle toutes les personnes interrogées ont plaidé pour la dépénalisation totale, l'octroi par les médecins d'ordonnances pour ceux qui ont besoin d'acheter de la drogue, ou la vente libre de toutes les drogues. Il suffit d'aller en Espagne, où le nombre des morts par overdose a triplé en un an, pour s'apercevoir que ces opinions là sont rares. En outre, la politique française a été présentée comme « oppressive » et un clip « de la télévision espagnole » montré en modèle de ce que nous devrions faire : ce clip se trouve être d'un français, J. M. Périer, et a été présenté à la télévision française !

Du reste, lors de sa présentation à Antenne 2 le 5 février 1989, ce clip avait valu à J. M. Périer une remarque peu amène de William Leymergie : « Vous allez les culpabiliser ». Vérité au-delà des Pyrénées, erreur en deçà...

Mais « l'information » la plus nocive que nous ayons trouvée répétée par tous et partout, même dans des textes officiels, sans avoir pu en découvrir l'origine, tient en une comparaison boiteuse : « La drogue ne tue pas : 200 morts par an contre 10 000 sur les routes ». D'une part, en chiffres absolus, le nombre annuel de morts provoquées par les toxicomanies est beaucoup plus important car il faut y ajouter les décès par suicide, par maladies infectieuses (hépatite B, S.I.D.A., etc...) et par accidents : une étude conduite à Boston par le National Institute on Drug Abuse a montré que 16 % des morts par accidents de la route étaient sous l'emprise du cannabis au moment du sinistre ; d'autre part, en proportion, la mortalité des personnes qui se droguent est très supérieure à la mortalité des personnes qui roulent en voiture eu égard au nombre des pratiquants de chacun de ces groupes. Ici on est en présence d'une dédramatisation qui dépasse les limites rationnelles, et pourtant, elle a été reproduite partout par les meilleurs esprits, sans doute parce qu'elle soulage : ce n'est pas grave, passons à autre chose.

CHAPITRE X

CONCLUSION ET PROPOSITIONS POUR UN PROGRAMME FRANÇAIS DE LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE DANS LE CONTEXTE DE L'EUROPE DE 1993

I. — LE SCHÉMA MULTIDISCIPLINAIRE ADOPTÉ PAR LA CONFÉRENCE DE L'O.N.U. EN 1987

Pour la première fois, au niveau international, un schéma multidisciplinaire complet pour les activités de lutte contre la toxicomanie et l'abus des drogues est issu d'une conférence de l'O.N.U., qui s'est tenue à Vienne du 17 au 26 juin 1987.

Seulè référence à l'heure actuelle pour la C.E.E., le schéma contre l'abus des drogues énonce des mesures concrètes. Il n'institue ni droits, ni obligations de caractère international. Il se présente comme un manuel de pratiques formulées à l'intention des gouvernements, une sorte de guide de travail rédigé comme tel, et donnant, sur chaque sujet, une suggestion à usage national et diverses propositions d'actions régionales et locales. Il respecte le principe de souveraineté des États, mais ce sera désormais une sorte de Charte qu'il sera difficile à un État démocratique et avancé de ne pas observer. Comme le prouvent abondamment les constats faits dans les précédents chapitres de ce rapport, il apparaît que la France est loin de satisfaire aux demandes pourtant raisonnables du schéma couvrant les actions visant la prévention, la réduction de la demande, le traitement et la réadaptation.

Ce schéma se divise en quatre parties, qui énumèrent en tout 35 objectifs précis.

Une première partie touchant à la prévention et à la réduction de la demande préconise : l'évaluation de l'usage impropre et de l'abus des substances psychotropes à partir de tous les fichiers disponibles, d'enquêtes, de constitution de collecte systématique de toutes les données sans préjudice de leur caractère confidentiel ; la détermination de l'abus des drogues dans les pensionnats, les bases militaires, les lieux de travail, les prisons, les hôpitaux ; la détermination des sous-groupes d'usagers ; la prescription de programmes didactiques à tous les niveaux de l'enseignement et la formation des enseignants ; la prévention et la prohibition de l'abus des drogues sur les lieux de travail en s'inspirant des programmes de prévention de l'alcoolisme, l'organisation de séminaires sur ces sujets à l'initiative de l'O.I.T., en coopération avec l'U.N.E.S.C.O. et l'O.M.S. afin « de mettre au point les principes directeurs, les critères et les méthodes aidant à réaliser les programmes de contrôles nationaux ». « Les services et laboratoires médicaux devraient mettre au point des méthodes d'analyse fiables permettant de déceler la présence des drogues dans l'organisme humain, d'identifier les utilisateurs et d'assurer la sécurité du public ; » l'association de tous les groupes bénévoles, particulièrement ceux s'intéressant aux jeunes, à ces actions d'information, de prévention et d'éducation à la santé, leur coordination au niveau national, régional et local, et le support éventuel de leurs actions par les ministères compétents ; la mise des activités de loisirs au service d'une campagne continue contre l'abus des drogues, particulièrement auprès des groupes cibles dans les zones de chômage des jeunes ; l'élaboration d'un code de conduite pour les médias et leur participation aux campagnes, etc.

Les deuxième et troisième parties envisagent la réduction de l'offre et du trafic. La quatrième partie, consacrée au traitement et à la réadaptation **préconise la participation des spécialistes les plus divers** et déplore le manque de cohésion observé jusqu'ici *« chaque catégorie de spécialistes tendant à appliquer ses propres mesures sans tenir compte des autres. »* Elle insiste sur **l'importance du maintien ou de l'établissement des groupes familiaux ou de « pairs »** qui aideront le toxicomane pendant sa cure. Elle signale particulièrement les résultats obtenus par **« les associations d'auto-assistance »** qui permettent de penser que l'on peut traiter la toxicomanie. Mais il convient qu'un **organisme national coordonne**, arrête les priorités, cerne les groupes vulnérables, veille à éviter les doubles emplois. Il doit d'abord **rassembler les données disponibles** (dossiers médicaux, registres des services sociaux, documents des tribunaux) et les compléter par des enquêtes ; prêter une attention particulière à l'abus des drogues injectées et tester périodiquement un programme de lutte contre la propagation du S.I.D.A. **procéder à l'inventaire des méthodes et techniques de traitement et de réadaptation** des toxicomanes, qu'elles soient financées par des fonds publics ou privés ; **mettre au point des services « d'aiguillage »** ; **évaluer les prestations de service de toutes les phases des traitements**. Les méthodes devraient être réévaluées périodiquement, avec la participation des responsables des centres de soins. Les informations en provenance de l'O.M.S. devraient circuler largement, les experts nationaux comparer leurs résultats, et **des cours de formation** et de recyclage avoir lieu, au **niveau régional**, avec une fréquence nécessitée par l'évolution rapide des produits, des pathologies et des traitements. L'O.M.S. devrait établir un glossaire et un manuel opérationnel d'utilisation internationale.

Les travailleurs sociaux pourraient se voir confier la tâche de **déceler les toxicomanes dans leur milieu habituel et de les convaincre de se faire traiter**. Les programmes de traitement devraient **faire intervenir les familles**. Dans certaines situations, le traitement ambulatoire peut être préféré au traitement en établissement. Les traitements peuvent être de type psychothérapeutique ou pharmacologique, comporter la participation à une communauté. Ils seront choisis sur la base du diagnostic et sur des critères coût/efficacité.

Plusieurs objectifs détaillent les mesures à prendre pour **réduire l'incidence des maladies et infections dues aux modalités d'utilisation des drogues** (inhalations, injections, etc.). Le problème des soins à dispenser aux délinquants dans le système pénitentiaire est abordé de la manière la plus concrète : *« les parties devraient, au lieu de condamner les personnes utilisant de façon abusive des stupéfiants (...) envisager de les soumettre à des mesures de traitement. »* Un traitement et des soins doivent être fournis en prison aux **délinquants toxicomanes**. Une enquête scientifique doit permettre de déterminer le nombre des toxicomanes et leur proportion dans la population pénitentiaire (en détention provisoire, en cours de peine) les délits qu'ils ont commis, les traitements qu'ils ont pu déjà recevoir : en fonction des résultats d'une telle enquête, la politique nationale à l'égard des usagers et usagers/revendeurs pourra être modifiée, pour tenter de réduire la population toxicomane incarcérée dans des limites raisonnables.

Enfin, l'objectif n° 35, relatif à la **réinsertion sociale des personnes après traitement**, rappelle la fragilité des toxicomanes sevrés, et la nécessité de leur fournir une assistance pour **les aider à se réinsérer**. Cela signifie que des services sociaux se préoccupent de **leur logement**, (sous surveillance ou non) de **leur formation professionnelle, de leur recherche d'emploi** ; que la collectivité offre une compensation aux artisans ou employeurs qui acceptent de les engager comme apprentis ou salariés. Une longue liste de programmes à encourager est donnée, qui peuvent être appuyés sur les mouvements de jeunesse, les organisations religieuses, les associations de parents, et, bien entendu, les ministères intéressés. L'O.I.T. pourrait publier des directives sur les méthodes de réinsertion professionnelle des anciens toxicomanes, a estimé la conférence.

Ce schéma multidisciplinaire a été adopté par une **déclaration solennelle**, à laquelle a été adjointe une suggestion : célébrer une *« journée annuelle de la lutte contre l'abus et le trafic illicite des drogues »*.

Un tel programme, minutieusement détaillé au long de 146 pages, ne peut manquer de susciter les réactions premières, primaires, du scepticisme : aucun État ne pourra faire face aux coûts que représente un tel programme. Nul gouvernement ne pourra l'imposer. Est-ce bien là le principal obstacle ?

II. — LES VRAIES CARENCES : LES DONNÉES, LA COORDINATION, LE DIAGNOSTIC, LA VOLONTÉ

Tout au long de sa campagne de 1988, le futur Président des États-Unis a déclaré la lutte contre la toxicomanie « *problème prioritaire* » et, à peine installé à la Maison Blanche en janvier 1989, il a très solennellement « *intrônisé* » l'ancien secrétaire d'État à l'Éducation W. Bennett, jeune et sportif produit de l'Université de Harvard, en le qualifiant de « *tsar* » de la lutte contre la drogue. Le choix de l'homme et la définition de sa « *mission exceptionnelle* » mettaient l'accent sur l'éducation et la prévention, le repérage, les traitements et le contrôle des toxicomanes. Bien que placé ainsi à la tête d'une invraisemblable bureaucratie relevant de onze ministères et de 37 agences fédérales, ainsi que de 74 comités du congrès, bien que régnant sur des centaines de « *programmes anti-drogues* » ayant donné lieu à des tonnes de rapports, le « *tsar* » américain a découvert l'étendue de l'ignorance sur le sujet et, partant, son impuissance. A quoi sert de disposer de fonds importants et de pouvoirs étendus si l'on ne possède ni les données de base épidémiologiques ni les évaluations fiables concernant les actions préventives et curatives qui seraient nécessaires pour fonder des décisions politiques ?

L'Europe, à l'aube des années 90 qui verront l'ouverture des frontières entre les États membres de la C.E.E. se trouve dans une situation encore plus difficile que celle des États-Unis au moment d'élaborer la politique commune qui apparaît aujourd'hui indispensable.

La C.E.E. doit bien s'avouer qu'à la carence en données fiables, tant sur le phénomène lui-même que sur les programmes de prévention et les traitements, elle ajoute la confusion de dispositions législatives variées dans les États membres, de positions doctrinales différentes qui soutiennent les lois et surtout leur application, et d'opinions publiques très largement manipulées. Comme l'écrit le directeur exécutif du Fonds des Nations Unies pour la lutte contre l'abus des drogues, « *estimer que ce sont les jeunes qui créent la culture de la drogue en mettant à profit les faiblesses de l'éducation familiale et scolaire est un jugement hâtif et sommaire. Nous disposons désormais de données sûres, tangibles, qui prouvent que la culture de la drogue est l'effet d'une manipulation efficace opérée par les nombreuses personnes qui militent au service des maîtres du trafic des stupéfiants. Ces puissants personnages disposent des ressources financières les plus importantes et des organisations les plus efficaces et les plus étendues. De même que les grands centres de la mode et les producteurs de biens de consommation créent et imposent une culture qui mène inéluctablement à l'acquisition de ces biens, de même les gestionnaires du grand marché de la drogue créent et imposent une culture qui pousse à l'abus des drogues et au développement de la toxicomanie. Sur ce marché, le jeune ne joue pas le rôle d'agent, mais de client conditionné (...). Il est injuste et trompeur d'accuser la famille et l'école. (...) La toxicomanie est née de la culture de la drogue, laquelle est créée par les trafiquants et leurs propagandistes. (...) Certes, la famille et l'école ont un rôle à jouer, mais leurs efforts seront insuffisants et vains si les institutions de l'État et les ressources de la collectivité ne s'engagent pas à fond pour mettre en déroute les responsables de ce fléau* » (1).

III. — LE CONSEIL DE L'EUROPE : IL FAUT PRÉSENTER UN FRONT COMMUN

Cette mobilisation apparaît d'autant plus nécessaire dans les pays européens qu'une certaine saturation du marché américain de la drogue les expose à une pénétration accentuée, surtout de la cocaïne et du crack, pénétration déjà largement entamée en Espagne. Il faut présenter un front commun et faire preuve d'une volonté commune hautement affirmée. C'est ce qu'a exprimé avec force le Conseil de l'Europe dans sa recommandation 1085 adoptée le 4 octobre 1988 (rapporteur M. de Vicente et Mme C. Lalumière) dont voici les attendus et les recommandations relatifs à la lutte contre la consommation des drogues (les autres alinéas traitant de la lutte contre le trafic) :

« *L'assemblée, alarmée par une augmentation sans précédent du nombre de drogués dans les pays membres, situation aggravée par l'avènement d'une maladie mortelle, le S.I.D.A. (...) constatant que la consommation de drogues n'est plus limitée à certaines catégories à risques mais s'étend à toute les couches de la population couvrant des groupes d'âge de plus en plus variés : consternée par le fait que des organisations multinationales criminelles ont pris un tel pouvoir qu'elles tentent d'imposer*

(1) G. di Gennaro, in Le courrier de l'U.N.E.S.C.O., juillet 1987.

leur volonté aux États et qu'elles bénéficient de la complicité de certains milieux financiers pour le blanchissage de recettes atteignant 300 milliards de dollars par an ; (...) considérant que la plupart des politiques mises en œuvre dans les pays européens et aux États-Unis, qu'elles soient de tendance libérale ou répressive, n'ont pas eu le succès souhaité, faute d'une stratégie commune et à cause de moyens de coopération défaillants ; estimant que des situations nouvelles exigent des solutions nouvelles et que seule une stratégie unique, impliquant innovation et créativité, des mesures convergentes et une coordination rigoureuse, peut permettre de combattre les organisations criminelles qui, elles, sont remarquablement organisées ; (...) persuadée que les stratégies de lutte devraient viser à freiner à la fois la demande et l'offre qui doivent être considérées comme les deux faces du même et indivisible problème (...) ; préoccupée par certaines tendances qui se sont fait jour récemment en vue de la légalisation des drogues et affirmant que la reddition n'est pas une manière de gagner la guerre et que les effets dissuasifs des interdits dans la société ne doivent pas être sous-estimés ; (...) recommande au Comité des ministres d'inviter les gouvernements des États membres à :

— créer des organismes de coordination pour planifier et diriger l'action à mener et promulguer des législations spécifiques qui, en un même texte, réglementent plusieurs aspects de la problématique tenant au trafic, à la consommation et à la réinsertion ; (...) prendre toutes les mesures permettant d'améliorer la coopération entre services administratifs ; (...) envisager la mise sur pied de programmes d'information, d'éducation et de dépistage sur les lieux de travail, en particulier dans les secteurs sensibles pour la sécurité et la santé collectives ainsi que l'environnement ; » la recommandation se poursuit par des demandes au Comité des ministres pour harmoniser les peines au niveau européen, faire une différence entre trafiquants et utilisateurs, mais « l'utilisateur ne devant toutefois pas être considéré systématiquement comme une victime innocente » prévoir des peines alternatives à la prison, étudier la relation risque/efficacité des programmes méthadone, chercher des traitements appropriés pour la cocaïne et le crack, repenser le rôle du Groupe Pompidou(1) « afin de lui confier la tâche d'une véritable coordination politique et d'action sur le plan européen » et, bien entendu, renforcer la lutte contre le trafic en prenant toutes mesures pour saisir les bénéfices et les biens des trafiquants et en « étudiant l'introduction de la notion de crime contre l'humanité pour les délits de trafic de drogues ».

Ce texte du Conseil de l'Europe, d'une facture si nette dans ses attendus comme dans ses recommandations, n'aurait pu être écrit dix ans plus tôt. Les expériences européennes des années 1980 ont permis, au prix, hélas, de dégâts irréparables pour la santé des jeunes, d'en finir avec certains attermoissements et raisonnements spécieux, comme avec certaines illusions généreuses ou libertaires.

C'est bien d'« une guerre, conduite par des multinationales criminelles très bien organisées » qu'il s'agit. D'ailleurs durant les années 1970 et 1980, la drogue a été de plus en plus présente dans les conflits armés, guerres ouvertes ou actions terroristes : Viêt-nam, Amérique Centrale, Afghanistan, Irlande du Nord, Liban. Qu'il s'agisse de constituer des trésors de guerre par le trafic ou de démoraliser et affaiblir les adversaires en répandant la drogue parmi les combattants ennemis — la drogue est de plus en plus une arme.

Dans les pays en paix d'Europe, la pénétration s'est faite selon des lignes de fracture de faible résistance d'individus et de groupes de plus en plus divers, depuis les représentants performants des professions artistiques, du spectacle, de l'information et de la finance jusqu'aux adolescents en échec scolaire des milieux défavorisés ou des immigrés de provenances très diverses (Asie, Afrique du Nord, Afrique noire, Caraïbes, selon les pays européens concernés).

L'étude des conditions de vie générales, des situations familiales, des personnalités psychologiques des drogués occasionnels et des toxicomanes a été utile et demeure indispensable pour repérer les individus fragiles et les groupes vulnérables et les protéger particulièrement par une prévention attentive et continue. Mais, comme le remarque le Conseil de l'Europe, ils se multiplient et se diversifient tellement qu'on ne peut plus faire de leurs situations sociales et de leurs vécus psychologiques des causes premières du phénomène. Partout, l'augmentation puissante de l'offre est considérée comme la cause majeure de l'épidémie et de son accroissement au cours des années 1980, alors que l'idéologie libertaire de la poursuite du plaisir répandue durant les années 1970 s'est beaucoup atténuée. Les sociétés européennes s'attardent moins à se fustiger et ont une vue plus claire de la provenance du mal — mais l'ennemi n'en reste pas moins difficile à démasquer et encore plus à abattre, ses Mafia et autres Camorra de plus en plus nombreuses s'étant infiltrées partout, considérablement enrichies, et ayant assis leur puissance grâce à des complicités innombrables.

(1) Le Groupe Pompidou, fondé en 1971 par le Président de la République, regroupe l'action contre la drogue de 16 États ; les douze membres de la C.E.E. auxquels s'ajoutent la Norvège, la Suède, la Suisse et la Turquie. Le Groupe Pompidou a été rattaché au Conseil de l'Europe le 27 mars 1980. Il dispose d'un secrétariat permanent à Strasbourg.

IV. — LA CAMPAGNE EN FAVEUR DE LA LÉGALISATION

Non seulement cet ennemi compromet un maximum de personnes corruptibles et pèse sur les tats, mais encore il manipule l'opinion publique innocente. Sa dernière campagne vise, non plus seulement à dépénaliser l'usage des drogues (ce qui est déjà pratiquement le cas dans plusieurs pays européens avec les résultats divers que nous examinerons plus loin) mais à conduire les gouvernements à légaliser les drogues, comme le note le Conseil de l'Europe.

La séquence argumentaire actuellement développée et répétée, ici par des députés européens, par les médias, un peu partout par d'innocentes personnes persuadées que c'est la voie à suivre pour être débarrassé de la drogue, est la suivante :

- l'accroissement de la toxicomanie est dû à l'augmentation de l'offre de drogues illicites ;
- l'augmentation de l'offre de drogues illicites est due aux bénéfices énormes que les trafiquants tirent de ce commerce parce qu'il est clandestin ;
- la délinquance si fréquente des toxicomanes découle de leur incapacité à trouver les sommes considérées qui leur deviennent nécessaires pour s'approvisionner en drogues sur ce marché sauvage ;
- les États doivent dépenser des efforts et des sommes considérables pour lutter contre le trafic, poursuivre, juger, enfermer les délinquants, soigner les malades ;
- si l'on veut arrêter cet enchaînement infernal, il faut frapper les trafiquants, source de tous les maux, là où cela leur fait mal, c'est-à-dire au porte-monnaie : donc, il faut tarir leurs sources de revenus en vendant les drogues à des prix bas de la manière la plus légale, comme on vend le vin ou les cigarettes ;
- alors les trafiquants trouveront une autre occupation, la délinquance liée à la toxicomanie disparaîtra et tout rentrera dans l'ordre.

Ce beau raisonnement, très largement répandu en France et fortement soutenu par certains médias, est d'autant plus habile qu'il a l'air d'être dirigé contre les trafiquants, et, donc, ne semble pas susceptible d'être inspiré par eux. Il conduit à préconiser la vente du cannabis dans les bureaux de tabac et la délivrance d'ordonnances médicales à **volonté** à tous ceux qui désirent se fournir en cocaïne ou en héroïne en pharmacie à bas prix. Ce raisonnement n'envisage pas les conséquences sur la santé de centaine de milliers de personnes qu'aurait, indubitablement, une telle légalisation, car il fait l'impasse complète sur la dangerosité des substances interdites, et, surtout, sur la rapidité avec laquelle leurs consommateurs sont conduits à augmenter les doses, à y ajouter également d'autres substances pour conserver un effet voluptueux, jusqu'à l'appétence irrésistible qui crée un asservissement physique et/ou psychologique. On reconnaît à cela la marque des auteurs de ce syllogisme : les pourvoyeurs de drogue attribuent toujours les maux touchant les toxicomanes à une chose qu'aux drogues. Ils accusent la société répressive, l'attitude des familles, mais jamais les produits eux-mêmes, il est certain que la prison n'arrange pas le toxicomane, et n'est pas un remède souhaitable. Mais cela n'enlève rien à la nocivité des produits illicites. L'héroïne la plus pure, bon marché et délivrée sur ordonnance, n'en causerait pas moins de ravages. Le cannabis première qualité vendu peu cher au bistrot du coin n'en ferait pas moins bien davantage de dégâts que le tabac pour un même nombre de pipes fumées.

Les drogues n'ont pas été mises hors la loi par puritanisme répressif pour empêcher les gens de trouver du plaisir, mais parce qu'elles sont **nocives pour le système nerveux central**. En préface de l'édition de **Drogue et Civilisation** (1) le professeur Jean Bernard écrivait : « *C'est par son cerveau que l'homme vivant se distingue de l'homme mort, par son cerveau que l'homme se distingue de l'animal. Rien de plus dangereux, en conséquence, que les poisons du cerveau, que les substances chimiques appelées drogues, responsables tout à la fois d'éphémères paradis artificiels et d'altération du tissu nerveux essentiel.* » Ce n'est pas parce que les psychiatres ont fait porter l'attention sur les perturbations psychiques des toxicomanes qu'il faut oublier la toxicité des drogues au regard de la neurophysiologie. Au nom de quoi mettrait-on en vente libre des produits dont de nombreuses concordantes études pharmacologiques *in vitro* et *in vivo*, sur les animaux et sur l'homme, ont montré qu'ils étaient tous dangereux pour la santé, les facultés mentales, sensorielles et motrices, l'équilibre psychique, et la reproduction (il ne faut pas oublier que les enfants de droguées naissent drogués) ?

(1) **Drogue et Civilisation**, entretiens de Rueil, mars 1981, publiés sous la direction de Gabriel Nahas, Pergamon Press Paris, Oxford, New York, Toronto, Sydney, Francfort).

V. — PLUS L'OFFRE EST LARGE, PLUS LA DEMANDE S'ACCROÎT

La seule raison qui pourrait pousser à la légalisation serait l'espoir de voir la maladie toxicomaniaque s'atténuer si la demande de drogue était facilement satisfaite et les sujets médicalement surveillés. Or, on a en Suède, par libéralisme, tenté voici une quinzaine d'années la prescription d'héroïne par les médecins. A peine quelques mois plus tard, les toxicodépendances étaient aggravées et les médecins, assaillis de demandes, effrayés du rôle qu'il leur fallait jouer au rebours de leur vocation professionnelle ont rapidement arrêté l'expérience. Aujourd'hui, en Suède, non seulement le trafic de drogue est interdit, mais également la possession de drogue et, depuis le 1^{er} juillet 1988, la présence d'une substance toxique dans le corps humain est également considérée comme possession, et punie de prison. En Grande-Bretagne, des études ont conduit la Commission *ad hoc* de la Chambre des communes à établir l'étroite dépendance entre offre et demande : plus il est facile de se procurer des drogues, plus de nouveaux consommateurs y goûtent, d'où une demande accrue, qui provoque une offre accrue. La même commission a établi que lorsque la drogue est d'accès aisé et bon marché, les consommateurs ont tendance à augmenter leurs doses et à faire de nouveaux adeptes. C'est du reste la tactique suivie par les trafiquants pour se créer une clientèle : offrir la drogue peu chère, ou la donner gratuitement afin d'accrocher le client.

Imaginer des États commercialisant des toxiques neurocérébraux sans utilité thérapeutique relève de la démente. On leur reproche assez, avec raison, d'avoir laissé s'installer tabagisme et surtout alcoolisme. On dénonce déjà souvent la trop grande diffusion de médicaments psychotropes pourtant utiles en thérapeutique et délivrés sur ordonnance.

La responsabilité d'un État qui légaliserait les drogues serait lourdement aggravée, au regard de la santé publique, par le fait que la proportion des simples consommateurs occasionnels des drogues illicites qui deviennent toxicomanes est, selon les produits, deux à dix fois supérieure à la proportion des consommateurs d'alcool qui deviennent alcooliques. L'accoutumance qui favorise l'escalade des doses ou le rapprochement des prises est beaucoup plus rapide. En outre, en l'état actuel des traitements, il serait impossible de revenir en arrière si l'on tentait une telle entreprise.

L'énorme augmentation du nombre des intoxiqués qui résulterait de la légalisation ne s'accompagnerait nullement d'une baisse de la consommation d'alcool ou de tabac, toutes les études montrant que les toxicomanes boivent et fument plus que les non toxicomanes.

De plus, à peine aurait-on légalisé tel type de cannabis ou telle amphétamine que de nouveaux toxiques différents apparaîtraient sur le marché clandestin, les ressources de la chimie étant infinies. Les États se retrouveraient face à une situation très détériorée, ayant réellement perdu la guerre.

Pourquoi les trafiquants encouragent-ils les mouvements d'opinion en faveur de la légalisation qui leur volerait leur marché ? Parce qu'ils savent bien qu'après une année à peine, le bilan serait si catastrophique que les États reviendraient à l'interdiction stricte, et leur légueraient une clientèle élargie, à la recherche de drogues à n'importe quel prix. **Toute campagne conduisant à l'indulgence pour les produits est suspecte** et ne participe en rien de la générosité envers les hommes. Il n'est pas douteux que le gouvernement de la France ne songe nullement à mettre bas les armes et à autoriser les stupéfiants illicites. Tout au contraire, alarmée par l'usage détourné que des jeunes faisaient des barbituriques, allant fréquemment jusqu'au coma, la Commission des stupéfiants a décidé en septembre 1988 d'inscrire ces spécialités au tableau B réservé aux médicaments dont l'usage prolongé peut créer une accoutumance et conduire à la toxicomanie. Ces substances ne peuvent être délivrées que sur ordonnance spéciale extraite d'un carnet à souche fourni par l'Ordre des médecins et comportant, outre l'identité du prescripteur et du malade, diverses contraintes très sévères engageant le médecin, le pharmacien et les laboratoires qui les ont produites.

Il serait toutefois nécessaire que le gouvernement redise haut et fort l'interdit qui pèse et doit continuer de peser sur la fabrication, l'introduction, le trafic, et la possession de ces substances. A la veille de la constitution d'une Europe ouverte des échanges, la condamnation de ces produits doit être solennellement réitérée, par respect pour les personnes vivant dans cette Europe qui doit protéger leur santé et leur sécurité. Il ne peut y avoir d'indulgence pour les produits, s'il peut y en avoir pour les personnes, et l'heure n'est plus aux « *appel du 18 joints* » et autres tentatives sans cesse réitérées pour dédouaner telle ou telle drogue.

VI. — MAIS LA DÉPÉNALISATION POUR LES PERSONNES ?

A. — LES TRAFIQUANTS

Maintenir les interdits les plus intransigeants sur l'ensemble des drogues illicites conduit à pourchasser les trafiquants et à leur infliger les peines les plus sévères. Le Conseil de l'Europe recherche les moyens juridiques permettant de saisir tous les biens des trafiquants et de démanteler les réseaux financiers qui leur permettent de « blanchir » l'argent de la drogue. En effet, extrêmement lucratif, le trafic de drogue suppose le recyclage de masses importantes de capitaux. Il importe en conséquence que les services publics chargés du contrôle demeurent en capacité de connaître l'origine et la destination de la circulation de ces capitaux et d'intervenir efficacement contre les opérations de « blanchiment de l'argent sale » qui se développent avec le concours des paradis fiscaux et financiers. Mais il faut surtout que la sévérité des peines qu'encourent les trafiquants soit équivalente dans tous les pays de l'Europe, sans quoi les drogues pénètrent de manière plus importante par les pays les plus indulgents. La preuve en a été faite récemment par le cas de l'Espagne, qui a été investie par les trafiquants : les téléspectateurs français ont même pu entendre l'un d'eux, et non des moindres, expliquer qu'il avait transféré ses « affaires » des États-Unis en Espagne, car il n'y risquait que six ans de prison contre quarante aux États-Unis. En outre, il y trouvait un climat de fête et un appétit de plaisirs libres, sorte d'explosion revanche après quarante ans de fascisme, qui lui assuraient une clientèle. D'où la ronde, sur une place de Madrid, des mères des toxicomanes brandissant les photographies de leurs enfants perdus par la drogue, à l'instar des mères de disparus de la place de Mai à Buenos-Aires, et demandant au gouvernement de « faire quelque chose ». Et la situation est pire à Barcelone qu'à Madrid et à Bilbao qu'à Barcelone. Les peines des trafiquants doivent être très lourdes et les mêmes partout.

B. — LES USAGERS SIMPLES

Tout autre est le problème des jeunes consommateurs. Le but poursuivi par la société à leur égard doit être triple : leur faire arrêter la drogue et les soustraire au milieu toxicogène qui les inciterait à recommencer ; les soigner pour leur rendre dans toute la mesure du possible santé physique et santé psychique ; enfin ne pas casser leur vie et compromettre leur avenir par une peine qui, comme c'est le plus souvent le cas de la prison, les abîmerait davantage, et handicaperait leur réinsertion ultérieure.

L'idéal serait que, sans arrestation, ils se laissent persuader par des travailleurs sociaux, des psychologues, des médecins, ou par leurs parents, de se soigner et d'arrêter. Mais ce n'est pas souvent le cas, en tout cas rarement celui des plus accrochés. Doit-on cependant les considérer comme coupables et les interpeller, quitte à leur proposer l'alternative des soins sous la forme autoritaire de l'injonction thérapeutique ? Dans certains États européens, on a préféré considérer qu'ils n'étaient pas coupables, c'est-à-dire que la consommation seule n'est pas un délit. Il est intéressant d'observer, avec le recul de quelques années, les résultats de cette politique généreuse.

L'Italie et l'Espagne ont choisi cette voie. En Italie la loi de 1975 a bouleversé la législation précédente et dépénalisé la consommation, tout en stipulant que le drogué doit être signalé à une autorité et soumis à un traitement, mais il n'est pas poursuivi. Les difficultés ont commencé dès lors pour départager les consommateurs, des petits trafiquants, lesquels sont poursuivis et punis. La jurisprudence a joué en faveur des petits trafiquants car il a été reconnu licite que le consommateur ait sur lui une « petite quantité » de drogue pour son usage personnel. Qu'est-ce qu'une « petite quantité » ? Les tribunaux, pas plus que les parlementaires, ne sont parvenus à s'entendre sur sa mesure, en dépit d'auditions innombrables de « spécialistes » et de débats houleux. D'une part, les prisons italiennes sont pleines de petits trafiquants pris avec de « petites quantités » trop importantes. D'autre part, les mesures d'incitation aux traitements n'ont pas été appliquées. Enfin, le nombre des usagers a crû dans des proportions très alarmantes, surtout depuis trois ans. En 1987, l'Italie a déploré 542 morts par overdoses ; en 1988, 792, et tout le monde sait ces chiffres très sous-estimés. La police criminelle estime à 300 000 les héroïmanes (soit trois fois plus que l'évaluation de l'I.N.S.E.R.M. pour la France) auxquels il faudrait ajouter 50 000 cocaïnomanes et 1,8 million de consommateurs de cannabis. Un tel fléau social qui alimente une délinquance

impressionnante embouteillant les prisons, a conduit le gouvernement italien à réviser sa position, au milieu de débats houleux. La « *quantité modique* » permise a été remplacée par une « *dose journalière* » et le consommateur l'ayant en sa possession doit être soumis à des « *sanctions administratives* » : retrait du passeport, du permis de conduire, astreinte à résidence, etc... Si le toxicomane se désintoxique, le juge suspend toute sanction — comme en France, par conséquent —. La dépénalisation à l'italienne a bien mal réussi, et se traduit en réalité plutôt par un découragement des juges qui, sachant les prisons engorgées, relâchent une forte proportion d'usagers revendeurs, sans parvenir à les faire se soigner.

Il n'existe en Espagne aucune législation relative à la consommation de drogues et celle-ci n'a jamais été réprimée. En fait, l'unique article du code pénal espagnol consacré à la drogue ne traite que du trafic des stupéfiants, et ne parle pas de la consommation. Pratiquement, le même problème se pose qu'en Italie lorsqu'on arrête un détenteur de drogue : est-ce un petit trafiquant, ou un usager qui a sur lui sa consommation personnelle ? C'est au juge d'en décider. La plupart du temps, il n'est pas déféré devant le juge car les policiers ne l'arrêtent pas : c'est en effet à la police qu'il incombe de prouver qu'il y a eu trafic. On compte en Espagne plus de 110 000 héroïnomanes, 80 000 cocaïnomanes environ, et plus d'un million de consommateurs de cannabis (1). Le directeur général de la Fondation d'aide aux drogués déplore finalement la non pénalisation des consommateurs qui n'accroît pas le nombre de ceux qui viennent se soigner, mais, année après année, le nombre des usagers et celui des délinquants pour vol : on estime, d'après des études du ministère de la Justice, que 70 % des vols sont liés à la toxicomanie.

En République fédérale d'Allemagne, la loi de 1981 ne condamne pas l'usage car on considère qu'« *il n'est pas possible de punir quelqu'un qui se nuit à lui-même* » ; mais la détention de stupéfiants est, elle, punissable. Tout usager pris en possession de drogue illicite est déféré devant le tribunal, mais celui-ci peut s'abstenir de prononcer une peine si le coupable ne détenait qu'une quantité correspondant à sa « *consommation personnelle* ». Il donne alors au délinquant toxicodépendant la possibilité de suivre une thérapie plutôt que d'aller en prison. La R.F.A. dispose d'un réseau important de centres de traitement, qui offre environ 3 000 places dans l'ensemble des Länder. La très grande majorité des toxicomanes traités ne sont pas venus dans ces centres de leur pleine volonté mais y ont été envoyés par le tribunal, ou par la pression des familles et des travailleurs sociaux.

Aux Pays-Bas, contrairement à l'opinion qui circule, la consommation et la possession de stupéfiants pour son usage personnel sont des délits, mais la loi précise que le droit pénal ne peut jouer qu'un rôle mineur dans la prévention de la toxicomanie individuelle, et, en outre la législation de 1976 introduit une différence entre la détention d'une petite quantité (30 g) et l'usage du cannabis (marijuana et haschich) considérés comme simple infraction, et la détention et consommation des drogues « *présentant un risque inacceptable* » (huile de cannabis, héroïne, cocaïne, amphétamines, etc...). Dans la pratique (la politique suivie par les Pays-Bas s'est volontiers qualifiée de « *pragmatique* ») la consommation de haschich est tolérée, ce qui a entraîné rapidement une tolérance de la vente du haschich publiquement sinon légalement dans les cafés, et même de la publicité pour des fournisseurs de haschich.

Les Pays-Bas ont fondé leur politique sur l'acceptation par la société du phénomène de la drogue, en offrant par ailleurs aux intoxiqués le réseau de soins le plus dense et le plus différencié possible dans les 60 villes où sévit la drogue. On estime à 20 000 le nombre des drogués lourds et dépendants (les consommateurs de haschich, même à hautes doses, n'étant pas répertoriés) pour une population de 14 000 000 habitants, ce qui est une proportion nettement moins défavorable que celle des pays de l'Europe méridionale, et cette population toxicodépendante a une moyenne d'âge plus élevée (28 ans en moyenne). Il apparaît donc que la dépénalisation effective du cannabis n'a pas entraîné directement pour les Néerlandais une augmentation de la toxicomanie lourde. Mais elle a créé des situations à la limite du tolérable pour les habitants de certains quartiers, elle a favorisé une délinquance élevée liée au trafic de toutes les substances, et fait des Pays-Bas une plaque tournante du trafic. Les autres États membres de la C.E.E. supportent difficilement cette situation, indubitablement créée par la modération des peines et la tolérance affichée au cannabis. Devant un problème insoluble de places dans les prisons et les remontrances de leurs voisins, les Pays-Bas s'apprentent à procéder à une révision déchirante de leur législation : les accords européens sur la levée des contrôles frontaliers et l'harmonisation des législations ne leur en laissent du reste pas le choix. Néanmoins, ils espèrent montrer à l'Europe qu'ils ont la meilleure politique de soins aux toxicomanes, entièrement financée par l'État.

(1) Tous chiffres, surtout le nombre des cocaïnomanes, supérieurs aux estimations de consommation en France, bien que l'Espagne soit nettement moins peuplée.

En résumé, la dépénalisation, *de jure* ou *de facto*, de la consommation n'a pas porté les fruits que certains en attendaient. Elle s'est accompagnée, dans le meilleur des cas — les Pays-Bas — d'une aggravation du trafic très préoccupante et d'une délinquance pour vols élevée sans diminution des toxicomanies lourdes et, dans le pire des cas, — Italie et Espagne — d'une augmentation très nette et continue du nombre des toxicomanes parallèlement à une augmentation de la délinquance liée à la toxicomanie. L'objectif poursuivi par la dépénalisation, qui est de ne pas enfermer en prison la victime malade des trafiquants, n'a pas été atteint. Dans tous les pays qui tolèrent l'usage des stupéfiants, la proportion dans les prisons des personnes incarcérées à la suite de délits liés à la drogue est nettement supérieure à celle observée en France. En effet, de la consommation permise, on passe vite au vol pour se procurer l'argent de la drogue, ou au trafic à la petite semaine. La dépénalisation de l'usage n'a fait que laisser ouverte la porte menant à l'escalade.

VII. — LA SOCIÉTÉ DOIT SOIGNER LE TOXICOMANE DOIT SE SOIGNER

A la veille d'une harmonisation des dispositions européennes qui tiendront sûrement compte des leçons de ces échecs, il ne semble pas opportun de modifier, sur ce point, la loi française. L'usage doit demeurer un délit et toute la prévention informative et éducative rappeler qu'il s'agit d'un délit et en aucun cas d'un prétendu « droit de l'homme ».

C'est dans les sanctions infligées à ces délits que l'Europe devra exercer une politique salvatrice plutôt que répressive. L'interpellation des drogués doit être l'occasion offerte pour soigner, aider le malade à ne pas rechuter et non pour le punir sans chercher à le guérir. La lutte contre la toxicomanie doit tendre vers un objectif : assurer aux toxicomanes le maximum de chances de s'en sortir, de s'en sortir le plus vite possible, et au moindre prix pour eux-mêmes et leurs proches.

Une telle politique doit se traduire par une mise à disposition rapide, pour tout interpellé, de l'écoute et des soins qui lui permettront d'arrêter totalement la drogue sous surveillance médicale, et d'améliorer son état physiologique et psychologique sans pour cela faire l'expérience traumatisante et nullement thérapeutique de la prison ; et même sans interrompre sa vie active ou ses études s'il est capable de les poursuivre tout en se désintoxiquant.

Pour atteindre cet objectif, l'idéal serait de se passer de toute activité policière et d'obtenir de la seule pression des familles, des enseignants, des travailleurs sociaux que le toxicomane accepte d'être sevré et traité. C'est heureusement parfois le cas. Mais la majorité des toxicomanes, surtout dans la phase initiale de la « lune de miel », ne désirent pas se soumettre à des traitements ni, encore moins, cesser leur consommation. Ou bien, ils le veulent durant quelques instants, puis changent d'avis. Attendre leur consentement est vain : cela conduit soit à les emprisonner sans soins, soit à les renvoyer à la rue et à leur manie auto-destructive.

En effet, il est à peu près impossible de prévoir pour des toxicomanes, si on ne les soigne pas d'office, d'autres peines que la prison car ils ne remplissent pas les conditions permettant de leur infliger des peines de substitution comme les travaux d'intérêt général. On a songé, spécialement pour les délits légers, comme la consommation de cannabis, à prévoir des amendes : taxer des jeunes le plus souvent sans ressources régulières, est-ce raisonnable ? Non, la réponse sociale aux toxicomanes interpellés doit être la mise en œuvre rapide et intelligente d'un traitement approprié. Il appartient aux médecins qui les verront de déterminer si ce traitement peut se dérouler en ambulatoire sans que rien ne soit apparemment bouleversé dans la vie du toxicomane mais, sous surveillance de l'abstinence, exercée conjointement par le médecin et par le malade lui-même, à chaque visite ; ou bien, s'il est nécessaire de prescrire un traitement de désintoxication suivi d'une post-cure en internat. Par traitement, nous n'entendons pas guérison assurée, mais, au moins, suppression des drogues sous surveillance, aide pharmacologique légère et temporaire si nécessaire, soutien psychologique et social continu.

Affirmer d'emblée que tout sevrage et tout traitement non souhaités sont voués à l'échec est une manière particulièrement affligeante de désertier et d'inciter une société à capituler. Il n'y a pas d'alternative honorable à l'obligation de soins que contracte la société envers ceux qu'elle considère avant tout comme des malades. Une société qui n'offre pas un processus thérapeutique à des malades, de surcroît dangereux pour eux-mêmes et pour les autres, est une société coupable de non assistance à personnes en danger, en l'occurrence, les personnes en danger étant les intoxiqués et ceux qu'ils sont prêts à attaquer, dépouiller, blesser et ceux qu'ils entraîneront dans leur vice. Si c'est difficile, ce sera difficile, et long sûrement pour beaucoup d'entre eux, et parsemé d'échecs. Mais on ne

peut pas se dérober, sauf à déclarer, au nom des pouvoirs publics, que mieux vaut laisser se droguer ceux qui ne veulent pas arrêter et assumer les implications et les conséquences de ce qui ne serait pas de la tolérance, mais du défaitisme et un défaitisme coupable et dangereux : l'acceptation de la pollution chimique, non des rivières, mais des jeunes êtres.

Ceux qui ont voulu être tolérants sans défaitisme, comme les Hollandais, ont mis sur pied un système de soins autrement serré et performant que celui que nous avons en France, allant de minibus d'aide aux toxicomanes sillonnant les villes jusqu'aux cliniques, en passant par les programmes de stabilisation et de désintoxication, tous services d'une disponibilité constante et d'une persévérance acharnée. Les Hollandais vont devoir en venir aux soins d'office, et le feront sûrement avec la même résolution et un appareil sanitaire et social en place.

En France, où les textes législatifs existent, qu'il s'agisse de la loi du 31 décembre 1970 ou des lois du 24 décembre 1953 et du 15 avril 1954, contraignant des alcooliques non délinquants à subir des cures de désintoxication, la société peut intervenir légalement pour soigner les toxicomanes. Encore faut-il que les conditions existent de mise en œuvre de ces possibilités légales.

VIII. — POUR ATTEINDRE L'OBJECTIF : SOIGNER LES USAGERS AU LIEU DE PUNIR

Il faudrait :

A. — RACCOURCIR LES PARCOURS CONDUISANT AUX SOINS

En évitant le détour par l'arrestation : rappelons que les travailleurs sociaux ou les adultes relais assurant la prévention de rue ou d'établissements sont habilités par l'article L. 355-18 du code de la santé publique à saisir directement l'autorité sanitaire au sujet des personnes usant de stupéfiants qu'ils viennent à connaître.

S'il y a interpellation par la police, les délais entre l'interpellation et le diagnostic par un médecin qui prescrira le type de traitement ou d'établissement qui convient doivent être les plus courts possibles.

Pendant des années, la procédure d'injonction thérapeutique, dont le principe est excellent, s'est traduite dans les faits par des pratiques qui lui ôtaient toute efficacité : délais interminables, évaporation d'une bonne proportion des délinquants, coordination pour le moins lâche avec les services de santé, manque de personnel pour les enquêtes sociales et les entretiens médicaux, etc... Il faut obtenir que des services d'injonction thérapeutique tels que ceux qui ont été mis en place auprès de certains tribunaux dans ces trois dernières années soient soutenus dans leur action, dotés en personnels qualifiés pour ce travail et en locaux permettant l'étroite collaboration des services judiciaires et sanitaires, et qu'ils soient multipliés.

B. — DISPOSER DE VRAIS SERVICES D'AIGUILLAGE MÉDICALISÉS

Le toxicomane doit être reçu par une personne suffisamment formée pour savoir apprécier son état, la phase et la nature de sa toxicomanie, et, compte tenu de sa personnalité et de son environnement social, le type de cure qui pourra lui être favorable, qu'il aura la force de mener à terme, ou le genre d'établissement ou, de gré ou de force, il pourra être désintoxiqué. En outre, cette personne doit pouvoir disposer de l'inventaire de tous les services de cure, avec leurs caractéristiques thérapeutiques, soit dans la région, soit ailleurs, et elle doit pouvoir savoir où il y a de la place et à quelles conditions de prise en charge.

Or, il n'existe pas en France de « carte sanitaire » de la toxicomanie, aussi manque-t-on cruellement d'informations sur le fonctionnement des centres et des établissements. Cet inventaire est une des premières tâches qu'il conviendrait d'entreprendre, à partir de critères établis par un groupe pluridisciplinaire sous l'égide de la M.I.L.T. Par la suite, les services dépendants des

D.D.A.S.S. et fonctionnant auprès des tribunaux, ou les centres d'accueil ouverts dans les hôpitaux devraient être reliés par ordinateur à l'ensemble du système de soins spécialisés et pouvoir diriger l'arrivant vers le médecin, le centre ou l'établissement qui conviennent le mieux. Il est évident que la formation de médecins capables de faire ces diagnostics et ces orientations est une priorité nationale. Plus ils seront nombreux sur le territoire et reliés d'abord à l'ensemble des personnels et dispositifs locaux, mieux cela vaudra. Mais les médecins « orienteurs » doivent également disposer d'une information nationale instantanée à jour.

C. — OBTENIR, SURTOUT LOCALEMENT, LA COOPÉRATION DE TOUS LES SERVICES INTÉRESSÉS ET L'ACCUEIL DE TOUT MALADE TOXICOMANE

Il n'est pas aisé en France de faire coopérer secteur public et secteur privé : le recours au secteur associatif est cependant capital dans ce domaine difficile, et le soutien aux associations ne doit pas se démentir. Il n'est pas aisé non plus de faire travailler côte à côte et coopérer policiers, procureurs, juges, officiers de santé publique, éducateurs, assistants sociaux, psychologues, psychiatres, toxicologues, généralistes, sans oublier les familles. Non seulement la collaboration de ces divers intervenants n'est pas ce qu'elle devrait être, mais on constate des concurrences parallèles frisant le ridicule, et des murs d'incompréhension dont les jeunes toxicomanes font les frais. Ainsi des thérapeutes et des éducateurs responsables de centres apparaissent réticents à recevoir des jeunes envoyés par un juge ou en injonction thérapeutique, par une sorte de préjugé contre le monde judiciaire considéré comme le monde de la répression. Doit-on rappeler que les jeunes qui n'ont rien à voir dans ces querelles s'en trouvent les premières victimes ? Les toxicomanes ne constituent pas un champ d'expériences. On ne saurait trier les bons et les mauvais lorsque l'argent public paie leurs traitements. **L'aide et les soins aux toxicomanes représentent une mission de santé publique**, même s'il s'agit d'un public difficile ; même s'ils refusent, au début, de subir un traitement.

On peut toutefois se demander si le financement unique par l'État du dispositif sanitaire ne freine pas son extension et sa diversification. Ainsi, une étude d'une diversification des financements du dispositif spécifique de soins serait intéressante, afin de voir si son développement n'en serait pas favorisé.

D. — OFFRIR SUFFISAMMENT DE PLACES EN INTERNAT DANS DES ÉTABLISSEMENTS ADAPTÉS A DIFFÉRENTS JEUNES

Les chiffres, encore qu'approximatifs, sont éloquentes : environ 100 000 toxicomanes dépendants, héroïnomanes pour la majorité, ou polytoxicomanes, car les consommateurs de haschich seul ne sont pas comptés dans cette évaluation de l'I.N.S.E.R.M. En face, 600 places dans les établissements avec lits. Et la disproportion de ces chiffres ne résume encore pas l'insuffisance de l'infrastructure offerte. Pour les morphiniques invétérés, qui ont derrière eux des années de « défonce », les traitements, sevrage compris, sont de trop courte durée. Le temps est un élément essentiel de succès, c'est peut-être l'enseignement le plus clair qui ressort des évaluations faites à l'étranger. Il faut le temps, sinon d'effacer la mémoire trop vivement imprimée de la drogue, du moins de laisser naître une autre personne, une autre identité jusque-là masquée par les avatars de l'intoxication.

Pour certains, il est vrai, les traitements ambulatoires sont possibles, sur de longues périodes. Pour d'autres, et particulièrement pour ceux qui ne sont pas volontaires, l'internat est nécessaire, sans possibilité de se procurer de la drogue. Il faut avoir la franchise de le dire, même si certains parlent d'hôpitaux-prisons. Pour justement éviter la prison, il faut savoir, à certains, assurer les conditions de la désintoxication, jusqu'à ce que la mue soit accomplie et que les sorties tests soient vécues dans la loyauté. On peut en internat, comme en Suède, pratiquer le traitement en régime libre si le malade accepte de surveiller lui-même ses analyses d'urine. S'il vient à consommer à nouveau, les sorties sont supprimées jusqu'à ce qu'il accepte et observe à nouveau le contrat d'abstinence. Ces possibilités-là sont rarement offertes en France, en dépit de l'excellence de certains traitements psychiatriques, du soin apporté à certains protocoles pharmacologiques surveillés. De même, la France est le seul pays qui ne donne pas d'agrément aux communautés thérapeutiques. Indépendamment du contentieux qui n'a cessé de s'envenimer entre l'administration et une association gérant des communautés thérapeutiques, il semble que le principe même de la communauté des « pairs » comme soutien et du rôle que peuvent jouer les toxicomanes guéris soit récusé en France par quelques décideurs, sans que l'on sache vraiment pourquoi. Une étude sereine et sérieuse sur ce sujet s'avère nécessaire.

E. — PERMETTRE UNE COUVERTURE SOCIALE ÉGALE POUR TOUS

S'il est important que la gratuité subsiste, l'anonymat, dont la traduction dans la pratique crée différentes difficultés, est-il absolument nécessaire, alors que d'après certains il empêche tout suivi sérieux, partant, toute évaluation des traitements ? Cependant, la suppression de l'anonymat dans le but d'assurer un meilleur suivi et une évaluation des traitements, pourrait entraîner des dérives et mérite d'être amplement étudiée, avant toute mesure précise.

On attirera par ailleurs l'attention sur le cas fréquent des toxicomanes en post-cure qui bénéficient d'un hébergement gratuit au titre de la loi du 31 décembre 1970 mais qui ne relèvent d'aucun régime de sécurité sociale pour leur assurance maladie, alors que la toxicomanie est fréquemment associée à de graves maladies infectieuses. Les intéressés doivent alors avoir recours à l'aide médicale gratuite ou demander à leurs parents de cotiser pour eux à l'assurance volontaire. Une telle situation montre bien combien il serait nécessaire de généraliser enfin la sécurité sociale à tous. De plus l'obligation de confidentialité devrait s'étendre aux personnels sociaux et médicaux recevant des toxicomanes venus spontanément. Les informations détenues par les parquets et les tribunaux ne seront pas, pour leur part, rendues publiques, l'action judiciaire s'éteignant si le toxicomane entreprend des soins et va au bout de sa désintoxication. Rappelons que les anciens détenus ont droit à six mois d'affiliation à la sécurité sociale. Ce peut n'être pas suffisant si la post-cure comportant une formation professionnelle dure davantage.

F. — COMBINER TRAITEMENTS MÉDICAUX ET ÉDUCATION-FORMATION PROFESSIONNELLE

Il est souhaitable qu'un maximum de jeunes puissent être traités en ambulatoire afin de ne pas interrompre le cours de leurs études, leur travail ni les couper de leur environnement familial, si celui-ci est favorable à leur évolution vers la guérison. Il serait toutefois important que des psychologues appartenant aux équipes des centres de soins ambulatoires aient pour mission de les soutenir dans leurs activités scolaires, étudiantes ou professionnelles. D'autre part, dans les établissements à lits recevant les toxicomanes en internat ainsi que pour les malades sevrés reçus dans des familles d'accueil, les activités manuelles, artistiques, créatives, les études et surtout la formation professionnelle conduisant à une qualification sont de la plus haute importance, à la fois pour le traitement et pour l'avenir des jeunes. Ceux-ci généralement ont arrêté d'apprendre, de créer, de travailler du moment où ils sont entrés sous l'emprise des « stupéfiants ». Dans les cas les plus lourds, on ne peut envisager d'envoyer à l'extérieur un jeune fragile suivre des cours car il retrouvera ses pourvoyeurs ou fera du prosélytisme pour la drogue parmi ses camarades. Aussi doit-il exister dans certains centres conventionnés des activités de formation qui soient financées comme formations et dotées en matériels et en formateurs qualifiés, indépendamment des prises en charge des D.D.A.S.S. Assurer des formations professionnelles aux jeunes désintoxiqués est aussi utile que leur octroyer un revenu minimum en liquide pourrait s'avérer dangereux.

*
* *

Voici les principales conditions qui permettraient de disposer d'un ensemble structuré convenable. C'est assurément **au plan régional et départemental que ces dispositifs peuvent être organisés en faisant fonctionner les comités départementaux de lutte contre la toxicomanie mis en place en 1985.** Ils auraient pour mission d'envisager la réactivation des lois de 1953 et 1954 sur les intoxiqués alcooliques dangereux pour eux-mêmes et pour autrui et soumis à traitement. Ils devraient veiller à ce que les types de traitements soient non seulement variés mais modulés en fonction des cas initiaux et des réactions en cours de traitement. Tout particulièrement, les protocoles comportant des produits de maintenance doivent continuer d'être pratiqués dans la plus grande discrétion sous surveillance médicale stricte, et les contrats comportant des périodes de privation de sortie faire l'objet de réévaluations.

On recherchera :

1. la suppression totale des produits illicites et des médicaments pouvant être détournés ;
2. la collaboration des malades qui doivent parvenir à être les acteurs de leur guérison, tant en ambulatoire qu'en établissement de cure ;

3. une plus grande médicalisation des dispositifs de soins, particulièrement à cause des complications comme la séropositivité H.I.V., le S.I.D.A., les hépatites, etc.

4. des suivis sérieux du devenir de chaque malade, des effets des traitements et des actions de réinsertion.

Un tel système (qui existe déjà en partie dans certaines régions ou certains départements) devrait pouvoir accueillir :

1. les toxicomanes volontaires pour décrocher, légers ou lourds ;

2. ceux envoyés par les juges qui sont en probation ;

3. ceux envoyés par les parquets en injonction thérapeutique. Les parquets et les tribunaux seraient alors **encouragés à envoyer en traitement non seulement les usagers simples mais également les usagers-revendeurs qui n'ont jamais suivi de traitement**, l'objectif étant d'éviter, autant que faire se peut, l'incarcération. Beaucoup de « *petits dealers* » devraient être soustraits à la fois à leur drogue, à leur trafic et à la prison.

Les peines de prison demeurent toutefois incontournables s'agissant des personnes qui, sous l'empire de la toxicomanie, ont commis des délits graves autres que la revente de petites doses. Nous avons dit combien les Antennes Toxicomanie en milieu pénitentiaire nous semblaient utiles ; elles doivent être multipliées, dotées en personnel et en locaux à la mesure de leur activité, et être encouragées dans la mise en œuvre de traitements de réhabilitation du corps et de la personne compatibles avec la vie carcérale. Le point délicat reste la sortie de prison : un suivi par les équipes qui ont connu le détenu est-il préférable à une prise en charge par une nouvelle équipe ? Seules des études sérieuses sur le suivi des condamnés toxicomanes pourront le déterminer. Il est certain en tout cas qu'il ne doit pas être abandonné à sa sortie.

IX. — POUR UNE ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA TOXICOMANIE

Non seulement nous manquons en France d'un inventaire de l'offre de soins détaillé, mais encore nous avons d'importants efforts à faire en matière d'épidémiologie des toxicomanies. La première étude de l'I.N.S.E.R.M. ne concernait que quelques établissements scolaires. Celle effectuée en 1986-1987 a été plus importante et a déjà mieux cerné le sujet. Mais elle révèle de graves lacunes : elle a pris le parti de décrire une population d'un point de vue psychologique et social, beaucoup plus que de s'intéresser aux symptômes de sa maladie. Elle ne s'est pas attachée aux traitements et à leurs résultats.

D'autre part, les observateurs requis semblent avoir pris des libertés avec le protocole d'enquête qui leur était soumis. Ainsi, la partie de cette étude conduite dans les centres de sélection des armées, en 1987, auprès de 419 762 jeunes Français, n'a pu donner que des résultats à la fois imparfaits et très sous-estimés. En dépit du secret médical, les recrues ont répugné à répondre à des questions directes. En outre, les médecins requis « *pour la plupart jeunes psychiatres en formation, dont la durée d'affectation dans un centre de sélection est très variable* », non seulement ont été « *susceptibles d'introduire des biais* », mais encore beaucoup ont négligé de remplir les questionnaires. Comment expliquer autrement que 35 % des fiches remplies émanent du seul Centre de Nancy ? « *Il existe une sensibilité variable, et encore faible dans certains centres, à l'intérêt de cette enquête* », estime la Direction centrale du service des armées. Si, même en milieu militaire, la discipline épidémiologique n'est pas observée...

Bien sûr, c'est de la M.I.L.T. qu'on attend l'impulsion nécessaire. Elle a décidé de consacrer une part plus importante de ses maigres ressources à la recherche. Il est vrai que la France n'a rien produit depuis des années dans le domaine de la recherche en pharmacologie.

Il conviendrait en outre de donner à cette mission plus de continuité et d'autorité. Ce serait le cas, par exemple, d'une **Délégation interministérielle de lutte contre la toxicomanie**, qui aurait à sa tête non un président mais un délégué — à l'instar de ce qui a été mis en place pour le R.M.I. — et qui serait, pour sa gestion, **directement rattachée au ministre de la Santé**. Une telle mesure situerait bien la lutte contre la toxicomanie dans le champ de la politique sanitaire, et non de la répression. Elle nous permettrait de mieux positionner la France dans la recherche sérieuse en thérapies.

Le Conseil économique et social a estimé que les organisations économiques et sociales et les personnalités réunies en son sein devaient se prononcer sur le problème difficile de la lutte contre la toxicomanie, après avoir entendu des spécialistes, en évitant de se laisser engager dans les querelles d'école et les vaines polémiques. Il a cherché à dégager quelques idées-force qu'il souhaite voir se traduire dans les institutions et dans les faits avant l'Europe de 1993.

Il tient à ce que l'opinion prenne bien conscience de ce qui caractérise les produits psychotropes illicites qui engendrent les toxicomanies :

1. ils proviennent en totalité du monde criminel ;
2. ils n'ont aucune utilité thérapeutique. En conséquence, aucune indulgence ne doit être tolérée pour aucun de ces produits, non plus que pour ceux qui les fabriquent et les introduisent. Le Conseil économique et social fait siens les vœux du Conseil de l'Europe touchant à l'harmonisation des peines et à la répression contre les trafiquants et leurs complices.

Conscient du fait que les victimes — les consommateurs de drogue — ne doivent pas être confondues avec leurs bourreaux, le Conseil économique et social ne se prononce pas en faveur d'une politique de répression dirigée contre les usagers, surtout si elle se traduisait par l'incarcération des personnalités fragiles que sont les toxicomanes. Cependant, les consommateurs ne sont pas innocents, et leur intoxication peut les conduire à la déchéance, à la délinquance et à la mort. La seule alternative possible consiste en l'organisation d'un vaste système de soins, de traitements et d'aide à la réinsertion capable d'accueillir, de suivre et au besoin de contrôler, sous l'autorité sanitaire, tous les toxicomanes qui n'ont pas commis de délits graves. Le Conseil économique et social estime qu'il faudrait confier à la M.I.L.T. et au ministère de la Santé cette importante mission. Aucune campagne défaitiste ne doit retarder ni entraver sa mise en œuvre. Le Conseil économique et social donne plusieurs avis sur les objectifs à poursuivre et les moyens à utiliser. Cette action doit s'accomplir dans la coordination de toutes les administrations et associations concernées et doit conduire à une évaluation continue des méthodes, des traitements et du système de soins tout entier. Un plan pourrait en déterminer les phases d'ici à 1993.

L'appareil législatif français apparaît suffisant pour contenir la toxicomanie. Cependant, le Conseil économique et social insiste pour que l'organisation de services rénovés d'injonction thérapeutique se poursuive et qu'ils soient dotés de moyens suffisants, ainsi que les Antennes toxicomanie en milieu carcéral, par ailleurs. D'autre part, il apparaît souhaitable d'étudier comment on pourrait appliquer aux toxicomanes plusieurs dispositions, telles que les lois de 1953 et 1954 et les articles du code du travail qui concernent l'alcoolisme et l'alcoolémie, et ce, non dans un but de répression ni de dépistage systématique, mais seulement et prudemment afin de prévenir des accidents et d'assurer la sécurité publique. En particulier, la loi du 15 avril 1954, qui permet d'imposer une cure de désintoxication aux alcooliques non délinquants que leurs excès rendent dangereux pour eux-mêmes et pour les autres, pourrait être étendue aux toxicomanes en danger ou dangereux.

Épidémiologie, soins, traitements sont urgents et nécessaires, mais le Conseil économique et social compte surtout sur l'information et l'éducation à la santé des enfants et des jeunes pour prévenir un mal qu'à ce jour on parvient difficilement à contrôler, plus difficilement encore à guérir. Les recommandations et propositions qu'il fait à ce sujet lui paraissent capitales. Elles procèdent de deux nécessités : il faut apprendre à nos enfants à résister à la « culture de la drogue » que les producteurs et consommateurs de toxiques ont réussi à imposer ; et il faut leur donner les moyens d'apprécier et d'entretenir leur santé, condition première de leur liberté et de l'épanouissement de leur personnalité.

Descripteurs : MILT ; EPIDEMIOLOGIE ; LOI DE 1970 ; OBLIGATION DE SOINS ; INJONCTION THERAPEUTIQUE ; DEPISTAGE ; EDUCATION SANITAIRE ; TRAITEMENT ; PREVENTION ; INFORMATION ; MEDIA ; REINSERTION PROFESSIONNELLE ; MARCHE DE LA DROGUE ; DEPENALISATION ; COMMUNAUTE THERAPEUTIQUE ; FRANCE ; PRISON ; LEGALISATION ; STATISTIQUE ; DEFINITION ;

Face au développement en France d'une offre de produits échappant à toute réglementation, face à la banalisation du phénomène toxicomane, le bilan de la lutte contre la toxicomanie depuis 1980 inspire des réflexions souvent à contre-courant des options des services spécialisés. Depuis 1978, un mouvement de contre-culture s'est développé, axé sur la prolétarianisation et la marginalisation des utilisateurs de toxiques. Les données partielles recueillies par la police et par l'INSERM distinguent des toxicomanes à l'héroïne, vieillissants, et des usagers occasionnels plus jeunes, attirés par le Cannabis. La culture de la drogue, qui, selon l'auteur, cherche à s'imposer comme expression de la jeunesse, semble créer un nivellement de personnalité. Le dispositif législatif s'appuie sur deux éléments: la loi du 31 déc. 1970 et la MILT (Mission Interministérielle de Lutte contre la Toxicomanie), créée en 1982, référent administratif. Le dispositif sanitaire spécialisé propose une grande variété de structures et de traitements. Cependant, on constate la sous-médicalisation, une insuffisance quantitative ainsi que la difficulté à organiser des suivis et des actions de réinsertion professionnelle. Des lacunes subsistent, en particulier dans le monde du travail et dans le domaine de la prévention routière. Par contre, le secteur pénitencier s'est développé avec la création d'antennes toxicomanie dans de nombreuses prisons. La prévention doit être développée. L'auteur estime qu'elle devrait comporter: -éducation à la santé chez les enfants pré-pubertaires; -travail de groupe avec utilisation de brochures et de vidéos chez les adolescents; -information des parents; -développement du travail social auprès des groupes les plus exposés; -contrôle des effets nocifs des médias. L'auteur s'oppose à une dépénalisation de l'usage de produits perçue comme inefficace et trompeuse, et met l'accent sur la nécessité du soin en proposant un catalogue de mesures.

Type de document : Rapport. Report.