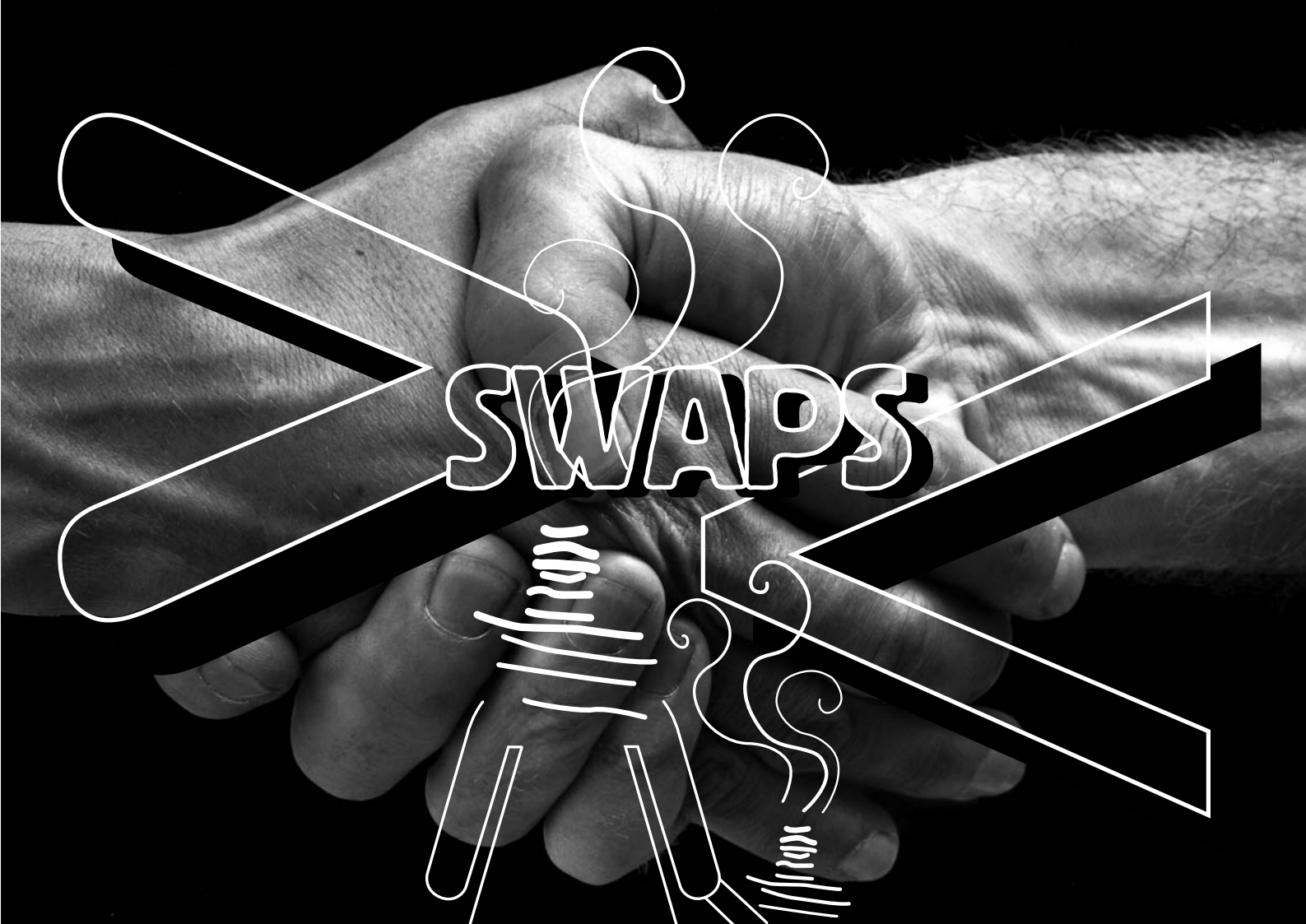




SWAPS

Santé, réduction des risques et usages de drogues N° 35 Trimestriel / 2 €

Édito / 24

EGUS

Les États généraux des usagers de la substitution / 2

Journée mondiale sans tabac :
nouvelles pistes / 12

Substitution aux opiacés en France :
état des lieux / 4

Quand les parents arrêtent
de fumer... / 15

Mieux vivre à Stalingrad / 6

Fiat lex* / 10

L'alcool
et le milieu
du travail / 17

Multimédia / 20

Publications / 21

Brèves... / 23

Les États généraux des usagers de la substitution

Swaps revient sur les premiers États généraux de la substitution, annoncés dans la précédente livraison. Les notions d'alliance thérapeutique et de plaisir étaient au premier plan. Une expérience novatrice, ou l'émergence d'un concept d'expertise du vécu, auquel on souhaite longue vie.

Un témoignage collectif sur la substitution

Les 5 et 6 juin 2004 se sont tenus à Paris les premiers États généraux des usagers de la substitution (EGUS), une manifestation organisée conjointement par Asud et Act Up. L'idée des EGUS a germé suite à une forte inquiétude de ces deux associations à l'égard des acquis de la politique de réduction des risques. Dans un contexte de "lois Sarkozy", de parution du rapport du Sénat *Drogue: l'autre cancer*, et de publication de l'étude de l'Assurance maladie sur le mésusage du Subutex® (voir *Swaps* n°34), il leur est alors apparu indispensable de faire entendre un autre discours sur les traitements de substitution aux opiacés (TSO), celui des usagers-substitués le plus directement concernés. En effet, pour qu'un traitement soit suivi et efficace, il est important de prendre en considération le point de vue des patients sur la thérapeutique qui leur est proposée. Et pourtant, dans le cas des TSO, l'évaluation que les usagers de drogues font de ces traitements est souvent écartée au profit de celle des professionnels considérée comme la plus légitime. Ainsi, comme un préalable à la Conférence de consensus sur les TSO des 23 et 24 juin 2004 à Lyon (voir page 4), ces EGUS ont été l'occasion de faire un bilan, 10 ans après la circulaire Veil-Douste-Blazy autorisant la diffusion des traitements de substitution à destination des usagers de drogues. Aujourd'hui, 85 000 usagers sont en traitement Subutex®, 15 000 sous méthadone et 3 000 sous sulfate de morphine¹. Ce samedi 5 juin, seules quelques dizaines de personnes s'étaient déplacées et avaient pris place dans l'amphithéâtre de l'Hôpital européen Georges Pompidou. La majorité de l'assemblée était constituée de militants d'Asud et d'Act Up, de quelques usagers "anonymes" de Paris et de province, et de militants de la première heure de la réduction des risques. Même si le public n'était pas très nombreux, le souvenir du collectif Limiter La Casse était présent, et cela faisait bien longtemps qu'un tel élan ne s'était pas produit autour de la réduction des risques. À plusieurs reprises, l'émotion était palpable lors de l'évocation de militants de la réduction des risques absents,

la guerre à la drogue". Les orateurs ont d'ailleurs utilisé à plusieurs reprises les termes de "survivant" et de "rescapé" pour se qualifier avant de prendre la parole.

Le programme des EGUS posait clairement les enjeux et les termes du débat, et la journée était scandée par trois thèmes: "comme les autres", "expertises" et "plaisirs". En effet, il s'agissait ici de sortir les usagers de l'idiosyncrasie à laquelle ils sont habituellement rattachés et de les présenter plutôt comme des citoyens "comme les autres", pouvant faire valoir une forme d'"expertise" profane, et revendiquant le droit au "plaisir" autour des TSO. En introduction aux débats, les résultats de la réduction des risques ont été rappelés à plusieurs reprises: diminution importante du nombre d'overdoses mortelles, baisse du nombre des interpellations liées à l'héroïne, et diminution de la part des usagers de drogues par voie intraveineuse dans les nouveaux cas de sida (3% en 2004). Ces résultats ont été présentés par les différents orateurs comme le signe de la réussite collective des TSO, et comme une preuve que, quand des moyens leur sont donnés, les usagers sont capables de se les approprier pour modifier leurs comportements et prendre en considération leur santé. "L'usager de drogues est le premier acteur de sa santé" a affirmé un militant d'Asud-Marseille. À titre individuel, les témoignages des usagers qui se succédaient à la tribune ont voulu démontrer l'impact positif qu'un TSO pouvait avoir sur une trajectoire personnelle, à condition qu'un certain nombre de conditions favorables soient réunies.

L'alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique entre l'usager et le médecin-prescripteur a été au centre des débats, présentée comme la condition nécessaire pour la réussite d'un TSO. L'expérience du sida et la figure du patient réformateur introduite par Daniel Defert ont été invoquées afin que soit inversée la relation déséquilibrée introduite habituellement par le médecin à l'encontre du patient. À l'instar du malade du sida, l'usager de drogues est dépositaire d'un savoir qui peut être qualifié d'expertise de sa propre dépendance, de son rapport aux produits et peut donc être à même de conseiller le médecin sur le traitement de substitution qui lui est destiné. La relation

¹ chiffres InVS-Siamois de proches disparus, et des usagers "morts de

médecin-patient peut, toutefois, être compliquée dans la mesure où leurs perceptions respectives du TSO peuvent être diversifiées, traitement pour l'un, produit pour l'autre; de même que les objectifs attribués au TSO, sevrage ou réduction des risques. *“Je savais ce que je voulais”, “je connaissais le traitement qu’il me fallait”* ou encore *“mon médecin s’est trompé”* sont des phrases prononcées fréquemment lors de ces EGUS, qui mettent en évidence la conviction des usagers d’en savoir souvent plus que leur médecin sur la dépendance et le traitement de substitution le plus adapté. Au sein du consensus sur l’expertise des usagers, des débats contradictoires ont pu émerger autour des représentations de l’usager-substitué, entre une vision hédoniste d’usager citoyen libre de ses choix pour Asud, et un usager patient qui s’accepte comme malade de la dépendance pour Carpe Diem, une association de patients substitués de La Rochelle. Malgré ces divergences, tous étaient d’accord pour conclure qu’il fallait réintroduire la parole des usagers pour impulser un véritable dialogue avec le médecin, autour du choix de la molécule, de la galénique, du cadre et des objectifs du TSO. À la fin des EGUS, des revendications ont été émises autour de l’alternance thérapeutique, offrant à l’usager la possibilité de changer son traitement s’il le désire; et sur l’assouplissement des contraintes liées à la dispensation des traitements.

Le paradoxe du plaisir

La question du plaisir a également occupé une place importante lors de cette journée. Un usager ayant eu la possibilité d’être substitué au laudanum a expliqué que, paradoxalement, le plaisir lié au TSO lui avait permis de parvenir progressivement à se sevrer : *“j’ai retrouvé du plaisir et j’ai pu faire le deuil du plaisir et non pas celui de la non-douleur”*. Cette expérience personnelle a, toutefois, été perçue comme exceptionnelle dans la mesure où de nombreux usagers présents ont déploré que la dimension du plaisir ne soit jamais prise en compte dans la substitution : *“pour le médecin, soigner c’est soulager une douleur, ce n’est pas donner du plaisir”*. La recherche du plaisir habituellement présentée chez le toxicomane comme en lien avec l’absence de limites et la démesure a été étonnamment associée à la contrainte, une contrainte non pas subie, mais choisie par l’usager : *“Pour garder du plaisir avec les TSO, l’usager est capable de se contraindre, mais c’est l’auto-contrainte qui marche”*. Un militant d’Asud a justifié certaines pratiques de détournements du Subutex® par la déception des usagers due à l’absence d’effet psychoactif lors de la prise du TSO par voie orale. C’est ainsi qu’a été introduite à la fin des EGUS une revendication autour de l’élargissement de la palette des TSO vers les sulfates de morphine, les programmes d’héroïne, les produits injectables.

Des inquiétudes pour l’avenir de la substitution

Au-delà de l’enthousiasme suscité par ces différents thèmes, un sentiment d’inquiétude à l’égard d’un possible retour en arrière vis-à-vis des acquis de la réduction des risques s’est immiscé dans les débats. La médiatisation de phénomènes marginaux de détournement des TSO a été dénoncée. La focalisation sur ces mésusages des TSO a été d’autant plus mal vécue par les militants présents que ces informations utilisées contre les usagers sont généralement recueillies auprès d’eux. Autre préoccupation, la situation des usagers de drogues en province a été décrite comme particulièrement difficile. Les médecins isolés semblent hésiter à s’engager dans des prescriptions de TSO, souvent par méconnaissance des traitements et par peur des usagers. Le choix proposé aux usagers tend souvent à se restreindre au Subutex®, qui n’est pourtant pas toujours le traitement adapté. D’autres revendications émises lors de ces EGUS tournaient autour de l’amélioration de l’accès aux TSO en province, ainsi qu’en prison, afin que tous les usagers aient accès à ces traitements de manière identique; et de l’assouplissement des règles de prescription facilitant le travail des médecins généralistes.

Ainsi, ces EGUS ont offert un témoignage collectif des usagers sur les TSO, et ils ont également permis de faire remonter des revendications adressées directement aux organisateurs de la Conférence de consensus. Alain Morel, l’organisateur de cette Conférence de consensus, était présent tout au long des débats et a fait part de son souci que les revendications des usagers puissent être entendues. Certains participants ont exprimé leur déception vis-à-vis de la faible représentation des usagers lors de cette Conférence. Des places ont bien été offertes; elles sont occupées par des représentants d’Asud au sein du comité d’organisation et pour la session finale sur les conclusions de la Conférence, par une représentante d’Act Up au sein du jury, et par Aides sur le volet de la Conférence consacré à l’évaluation que les usagers font des TSO. Une représentation des usagers significative pour les organisateurs, insuffisante selon les militants présents. Au-delà de ce débat sur la place des usagers dans le débat public sur les drogues, lors de ces EGUS, la parole a largement été prise par les usagers. Des témoignages variés se sont succédés et ont donné à voir la diversité des discours, des trajectoires et des attentes des usagers de drogues vis-à-vis des traitements de substitution.

MARIE JAUFFRET-ROUSTIDE

Substitution aux opiacés en France : état des lieux

Les 23 et 24 juin 2004, Lyon accueillait la Conférence de consensus sur la place des traitements de substitution dans les stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés. En attendant les recommandations qui devraient paraître en septembre, cette conférence a été l'occasion de tracer un état des lieux de la substitution en France.

Les produits

La France est championne d'Europe de prescription de traitements de substitution aux opiacés (TSO), représentant à elle seule presque un tiers des patients européens substitués. En revanche sa palette thérapeutique reste pauvre, à la fois en ce qui concerne les médicaments et les formes galéniques : elle se limite à la méthadone, disponible en solutions à boire, et la buprénorphine haut dosage (BHD, vendue sous l'appellation Subutex®), en comprimés d'administration sublinguale. *"En France, il n'y a pas de traitements de substitution au sens strict"*, constate le P^r Marc Auriacombe, car si ces traitements agissent efficacement contre la dépendance en supprimant le *craving* et les manifestations de sevrage, ils ne se substituent nullement aux effets de l'héroïne.

Entre 71 800 et 84 500 patients reçoivent un traitement de BHD, et entre 11 200 et 16 900 de la méthadone¹. Cette répartition, particulière à la France, tient au mode d'accès plus large de la BHD, disponible en primo-prescription en médecine de ville. À côté de ces traitements qui ont reçu une autorisation de mise sur le marché (AMM), d'autres traitements subsistent en marge, essentiellement les sulfates de morphine (Moscontin®, Skénan®) qui permettent de soigner environ 2 500 personnes grâce à un cadre dérogatoire.

Les consommateurs

Entre la moitié et les deux tiers des usagers problématiques d'opiacés recevraient une prescription de TSO (d'après les dernières estimations, il existe en France entre 150 000 et 180 000 usagers problématiques de drogues opiacées et/ou cocaïne). À côté des patients engagés dans un véritable processus de traitement gravite une population recevant des prescriptions de manière irrégulière, pratiquant une activité de revente ou consommant sans prescription.

Ainsi, parmi les 79 000 patients ayant reçu au moins une délivrance de BHD au cours du dernier trimestre 2002, de 51 000 à 58 000 seraient en processus de traitement au moins pour six

mois ; de 16 000 à 23 000, soit environ 20 à 30 %, seraient au début ou à la fin de leur traitement ou seraient des "intermittents de la substitution" ; enfin 5 000 usagers, soit 6 %, auraient une activité de "revente" importante, représentant entre 21 et 25 % des quantités remboursées¹. L'évaluation du nombre de personnes usant de TSO hors prescription médicale est difficile, mais 4 000 ont été "repérés" dans des structures bas-seuil.

Les victoires

Bien qu'il soit impossible de savoir exactement quelle part attribuer aux TSO parmi l'ensemble des mesures publiques lancées à la même période (vente de seringues sans ordonnance, programmes d'échange de seringues, campagnes d'information, etc.), les sources convergent pour affirmer que leur diffusion est fortement corrélée à une amélioration de l'état de santé des usagers de drogues, notamment en diminuant la consommation d'héroïne de rue et en favorisant l'accès aux soins.

Les décès par surdose constatés par les services de police ont été divisés par plus de cinq entre 1994 et 2002, ce résultat étant d'autant plus remarquable que la tendance est à la hausse dans les autres pays d'Europe, hormis l'Espagne.

Les TSO ont contribué à la baisse des contaminations VIH par voie intraveineuse. En 1995, l'injection représentait 24,9 % des cas de sida diagnostiqués en France contre 11,3 % en 2002.

La pratique de l'injection et les pratiques à risques ont chuté. L'enquête ANISSE² rapporte que la pratique de l'injection au cours du dernier mois passe de 65 % au début du traitement à 34 % six mois après son instauration ; le partage des seringues de 15 % à 5,5 % et celui du matériel lié à l'injection de 22 % à 8 %.

Parmi les bénéfices sanitaires, il faut aussi noter la baisse des hospitalisations, de la fréquence d'abcès, des tentatives de suicide, des consommations de substances illicites, et l'amélioration de l'issue des grossesses³.

Les TSO ont permis aux usagers de se libérer de la recherche compulsive de produits, et, par ricochet, ont

¹ "Les traitements de substitution en France : résultats récents 2004", *Tendances*, n°37, juin 2004

² Batel P, Constant MV et al. *Retombées économiques et sociales d'un traitement de substitution par buprénorphine haut dosage. Résultats préliminaires après six mois de suivi*. Paris : ANISSE, 2001

³ Voir "Femmes enceintes substituées : changer de regard", *Swaps*, n°34, 1^{er} trimestre 2004

amélioré leur situation sociale, leurs conditions de logement, d'accès au travail, les relations avec leurs proches. Leur délinquance s'est réduite : entre 1995 et 2002, le nombre d'interpellations pour usage ou usage-revente d'héroïne a baissé de 76 % alors que l'ensemble des interpellations liées aux stupéfiants augmentait.

Les inquiétudes

Des décès liés aux TSO sont apparus. Encore mal renseignée, cette mortalité semble surtout associée à une consommation d'autres substances psychoactives, en particulier les benzodiazépines, et à l'injection. En 2002, 31 % des décès pour lesquels on suspectait un usage abusif de psychotropes recensés par le dispositif DRAME⁴ mettaient en cause un TSO. Parmi eux, 23 cas sont imputables à la buprénorphine, toujours associée à d'autres substances, et 17 à la méthadone, retrouvée seule dans un seul cas.

Le report de la dépendance vers des drogues licites est également préoccupant. Dans l'enquête SPESUB⁵, la dépendance à l'alcool initialement déclarée par 20 % des patients passe à 32 % après deux ans de traitement. Dans l'enquête AIDES⁶, des consommations occasionnelles d'héroïne ou de cocaïne persistent chez environ un quart des patients, tandis que 26 % consomment quotidiennement des benzodiazépines et 72 % de l'alcool.

Du mésusage des traitements de substitution

Le mésusage des produits de substitution, en particulier le Subutex®, a connu dernièrement une médiatisation alarmiste. Force est de constater que le trafic de BHD devient une voie d'entrée non négligeable dans l'usage de drogue et la dépendance⁷.

Mais ce terme de mésusage, défini comme "usage non-conforme à l'utilisation thérapeutique prévue", amalgame des réalités très variées qui s'inscrivent dans un continuum entre auto-substitution et usage toxicomaniaque.

Lors des États généraux des usagers de la substitution et de la Conférence de consensus, usagers et experts ont mis en garde contre une tentative de retour en arrière, soulignant que le problème incombe largement au système de soins actuel. La palette thérapeutique limitée et les modalités d'accès à la méthadone contraignantes font que "*l'usager n'a pas de choix*", pour reprendre les propos du D^r Bertrand Riff : il n'a pas le choix du produit, de la posologie, du mode d'administration, du lieu, du professionnel, en particulier quand il réside en province,

quand il est marginalisé ou à l'inverse lorsqu'il jouit d'une bonne insertion professionnelle incompatibles avec le haut seuil d'exigence requis dans certains centres.

La substitution remplit des rôles différents pour les usagers qui vont de l'abstinence, de la volonté de stabiliser sa vie affective et sociale à celle de mieux gérer sa consommation et les aléas liés au statut illicite des produits. Ces objectifs varient en fonction des individus, de leur histoire. L'offre de soins actuelle ne permet pas de répondre à leur diversité.

La parole des usagers

Les usagers de TSO ont une position privilégiée pour évaluer l'efficacité du traitement, la pertinence du choix du médicament et de la posologie, puisqu'ils l'éprouvent directement. Comme ironisait Fabrice Olivet, président d'Asud, lors des EGUS, "*c'est le seul traitement où un mauvais médecin peut réussir ses prescriptions en suivant scrupuleusement les directives de son patient*". De plus, ils l'ont souvent déjà expérimenté avant d'entrer dans un protocole médical : dans l'enquête AIDES, 28 % des usagers disent avoir régulièrement consommé leur produit de substitution plusieurs mois avant de se le faire prescrire.

L'expertise des usagers est malgré cela laissée de côté et le parti médicocentrique de la Conférence de consensus – par ailleurs progressiste – n'a guère laissé s'exprimer leur point de vue. L'usager se heurte encore souvent à la toute puissance de la parole du médecin et au stéréotype du toxicomane menteur, manipulateur, installant un climat de suspicion peu propice à générer une véritable alliance thérapeutique.

Les posologies recommandées rendent suspectes les demandes de certains patients qui ont besoin de doses largement supérieures. Ainsi, pour la BHD, l'AMM situe la dose maximale à 16 mg par jour tandis que pour les Britanniques, la dose peut varier jusqu'à 32 mg.

Les sanctions opérées par certains médecins envers les patients qui s'injectent ou consomment d'autres produits les conduisent à taire leurs pratiques, ce qui renforce ce climat de méfiance. Pourtant "*ce n'est pas du mésusage, c'est de l'échec thérapeutique !*" s'exclamait un participant aux EGUS.

Alors que le débat tend à devenir passionnel, il est bon de rappeler que le taux d'observance des usagers de TSO est similaire à celui des maladies chroniques qui nécessitent des traitements longs et contraignants. Dans l'enquête AIDES, 67 % des usagers déclarent prendre leur traitement conformément aux recommandations du médecin (14 % déclarent en consommer plus, 19 % moins).

LYDIE DESPLANQUES

⁴ Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances, AFSSAPS (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé)

⁵ Dubucq A, Charpak Y et al., "Suivi à deux ans d'une cohorte de patients sous buprénorphine haut dosage. Résultat de l'étude SPESUB (suivi pharmaco-épidémiologique du Subutex en médecine de ville)", *Revue d'épidémiologie et de Santé publique*, n°48, 2000

⁶ AIDES et INSERM, *Attentes des usagers de drogue concernant les traitements de substitution : expérience, satisfaction, effets recherchés, effets redoutés*, 2001, Paris : AIDES/INSERM

⁷ "Éléments d'observation des usages non substitués de la buprénorphine haut dosage, en France, en 2002", in *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2002*, Paris : OFDT, juin 2003

Mieux vivre à Stalingrad

Paris (France)

EXPÉRIENCES LOCALES

Le quartier Stalingrad, à Paris, est l'un des hauts lieux de vente et de consommation de drogues de la capitale. Les habitants ressentent fortement ce trafic, et s'en plaignent de façon récurrente. Pour avancer ensemble face à un conflit croissant entre les différents protagonistes du débat, en décembre 2002, le maire du 19^e arrondissement de Paris, Roger Madec, a voulu "créer un espace permettant aux personnes habitant ou travaillant sur le quartier et aux élus d'élaborer collectivement des projets d'avenir". C'est dans cet esprit novateur de démocratie participative qu'est née l'expérience du "panel citoyen": "Mieux vivre à Stalingrad".



Peut-on associer la population pour définir les moyens de vivre avec les usagers de drogues, c'est-à-dire à trouver un compromis entre l'exigence de sécurité et de tranquillité pour la collectivité, et l'impératif de solidarité et de santé pour les usagers ? Le régime institutionnel a jusqu'à maintenant en France répondu négativement à cette question : l'ordre public est l'affaire des services répressifs, et la toxicomanie, comme tous les fléaux sociaux, relève des administrations sanitaires déconcentrées de l'État. Les collectivités locales, et donc les habitants, n'ont pas voix au chapitre sur ce sujet. Il n'empêche que certaines villes ou départements développent depuis longtemps des actions en matière de drogue : distributeurs de seringues, programme de prévention, bus, boutiques, hébergement, voire centre de soins, en interpellant les administrations d'État et en contribuant au financement. Quant aux expériences communautaires centrées sur les drogues et ancrées dans un quartier à la vue de tous, elles sont restées limitées : EGO au cœur du quartier de la Goutte d'Or reste une expérience quasi unique en France.

Dans le quartier Stalingrad, aux confins des 10^e, 18^e et 19^e arrondissements, le crack empoisonne la vie : celle des résidents comme celle des consommateurs. Le crack est présent dans l'espace public, en particulier dans les interstices laissés vacants dans la ville ; il accapare l'espace, suscite de multiples scènes de violence entre tous les protagonistes – dealers, usagers, policiers – et une délinquance contre les résidents ; il donne à voir le spectacle de personnes harassées par leur consommation, et ce sans que le dispositif préventif, social et sanitaire

sant la mobilisation citoyenne au laisser-faire des autorités, ou l'expérience désastreuse de l'installation d'une boutique rue Beaurepaire, obligeaient à trouver un mode de consultation nouveau des acteurs, au premier chef des habitants, sans sacrifier les usagers, ni instrumentaliser les habitants au service de décisions déjà prises.

Les élus du 19^e se sont donc engagés dans un véritable exercice de démocratie locale, innovant dans notre république jacobine : la constitution d'un panel citoyen intitulé "Mieux vivre à Stalingrad", pour "faire face aux problèmes liés à l'usage et au trafic de drogues dans le quartier". Le panel a remis son rapport au maire en octobre 2003¹.

Le panel

De ce modèle original de concertation, on retiendra les éléments principaux :

- Un engagement des responsables politiques, ici la mairie, qui offre un cadre institutionnel à la participation de tous les acteurs et s'engage à ne pas laisser lettre morte l'issue de la discussion. Cet engagement donne sa légitimité à la délibération publique, avec ce qu'il engage de confiance réciproque des élus et des habitants.
- Un modèle de débat public : celui des jurys citoyens britanniques, qui fournit une technique de construction du "jury", d'organisation de l'information, de conduite des débats et de construction de conclusions qui laissent apparaître aussi bien les points d'accords que les désaccords.
- Un bon groupe de pilotage qui organise, suit, rend compte des délibérations, sous la houlette d'une personne ayant une vision large du problème. La triple expérience scientifique, professionnelle et militante d'Anne

¹ Mieux vivre à Stalingrad. Rapport du panel citoyen, http://paris19.lesverts.fr/IMG/pdf/pd/pd_panel_citoyen.pdf

apporte une réponse à la hauteur des besoins. La médiatisation du collectif anti-crack oppo-

Coppel à qui était confiée la coordination, a évidemment été un atout considérable pour cette expérience.

Le panel associe sept citoyens tirés au sort après avoir déposé leur candidature suite à une campagne d'affichage dans le quartier, et sept représentants des forces vives du quartier (association, commerçants, pharmaciens) désignés par le comité d'organisation. Il a donc une double légitimité. D'un côté, celle assurée par le tirage au sort censé offrir un échantillon représentatif des habitants du quartier. Bien sûr, compte tenu du nombre limité de participants, il ne s'agit pas d'une représentativité statistique, mais simplement d'un échantillon suffisamment diversifié par ses caractéristiques sociale, professionnelle, culturelle, générationnelle et sexuelle, pour ne pas être taxé de partialité. Ces citoyens ordinaires, supposés n'avoir aucun intérêt personnel en jeu dans la question débattue, devraient pouvoir parler au nom de l'intérêt général. De l'autre côté, les forces vives du quartier (commerçants, habitants) sont censées représenter les différents "vécus" et points de vues sur la toxicomanie dans le quartier. Étant confrontés quotidiennement à ces problèmes en vertu de leur activité professionnelle ou de leur expérience personnelle, ils sont censés apporter un point de vue non pas expert mais du moins informé.

Un diagnostic partagé

Six auditions publiques thématiques ont été organisées entre avril et septembre 2003 ; elles étaient préparées par des groupes de travail spécifiques, qui définissaient les questions posées aux intervenants, choisis pour leur compétence ou leur expérience. Ces auditions publiques devaient permettre à chaque membre du panel de se faire une opinion sur chacun des six thèmes abordés, en constatant par lui-même à la fois ce sur quoi il y a consensus, et ce sur quoi il n'y a pas accord, que ce soit par manque d'information ou parce qu'un point est conflictuel. Cette méthodologie permettait à chacun d'isoler les motifs de débats tout en s'accordant sur les points consensuels, d'identifier les pôles d'argumentation, et ainsi de comprendre les désaccords, pour pouvoir avancer ensemble. Une entreprise de clarification collective caractéristique, pour une démarche participative dès l'élaboration du diagnostic.

Trois séances d'auditions publiques ont été consacrées à identifier la nature du problème. La première, avec pour invités un brigadier du commissariat du 19^e arrondissement et deux représentants de la coordination Toxicomanie 18^e, s'intitulait : "Vivre dans le quartier : quels sont les problèmes liés aux drogues ?" Plusieurs constats ont pu faire consensus pour la définition des pro-

blèmes, et notamment l'idée que les conséquences du trafic et de la consommation de drogues sont fonction à la fois de la réaction des pouvoirs publics, et de la réaction des habitants. Ce qui a permis de préciser la problématique du panel autour de la question : "une présence policière continue et un projet de réhabilitation du quartier sont-ils suffisants, ou bien faut-il prévoir d'autres actions ?" La deuxième séance resserrait les questions autour des usagers, en présence de deux intervenants de La Boutique, de Hugues Berton, chef de service Sleep-in, et d'un accueillant d'EGO. Qui sont les usagers, quels sont leurs attentes et leurs besoins ? Les conclusions de cette séance n'ont donné lieu à aucune contestation : simplement, le panel constate le déficit de lieux de médiation entre usagers et habitants, le manque d'actions de prévention pour les plus jeunes, l'absence de réponses en situation d'urgence, et l'insuffisance d'informations sur les associations existantes dans l'arrondissement.

La troisième séance se penchait sur les liens entre trafic et délinquance, en présence d'un représentant de la police urbaine, de plusieurs médiateurs de la coordination Toxicomanie 18^e, et d'un infirmier de l'équipe de rue de la boutique Boréal (19^e arrdt). Le panel a orienté ses questions vers la définition des liens entre trafic et délinquance, et l'analyse des conséquences pour le quartier. Les témoignages des intervenants ont permis de définir le quartier comme une exceptionnelle "scène" du crack ; et trois perspectives alternatives ont ainsi pu être soumises aux membres du panel : résorber cette "scène", lutter contre son importance pour qu'elle perde son statut exceptionnel même si un peu de trafic perdure, ou bien disperser le trafic en une multitude de plus petites scènes.

Les trois dernières séances ont été consacrées aux réponses possibles.

La séance 4 étudiait les outils sociosanitaires, présentés par Malika Tagounit, de Effervescence, Paolo Antonelli, de Confluences, et Pierre Goisset, de La Mosaïque. L'occasion de s'accorder sur les bénéfices de la réduction des risques en termes de baisse de la mortalité. Mais aussi de spécifier les besoins du quartier Stalingrad par rapport aux outils existants, pour cibler les problèmes du crack. C'est ainsi que les atouts d'une réponse de première ligne apparaissaient consensuels en fin de séance. La séance suivante se consacrait aux questions d'urbanisme, avec pour invités un représentant du conseil de quartier Flandres-Aubervilliers, et de l'adjointe au maire du 19^e en charge de l'urbanisme. La présence de la consommation et du trafic de drogue va de pair avec des zones qui cumulent habitat insalubre, friches et immeubles squattés. Il existe des projets urbains très



importants dans le quartier, qui doivent permettre la résorption de cette situation urbaine dégradée ; mais il s'agit de projets de longue durée qui doivent préserver ou restaurer la mixité sociale dans l'habitat ainsi qu'en termes d'emploi et d'activité économique. Des actions plus ponctuelles et donc plus rapides sont engagées.

Enfin, la dernière séance avait pour objectif d'identifier quels objectifs et quelles priorités le panel citoyen devait retenir pour élaborer ses recommandations. Les intervenants étaient choisis pour les propositions qu'ils pouvaient faire pour le quartier et pour leur expérience : citons, entre autres, Lia Cavalcanti d'EGO, Fabrice Olivet d'Asud, Guy Sebbah, du service Paris Nord de SOS Drogues international, ou Éric Labbé, de l'Association de riverains Stalingrad quartier libre. En fonction des positions des uns et des autres, quatre questions prioritaires ont pu être isolées et soumises au panel : (1) faut-il répondre sur place aux besoins des usagers, ou se limiter à une prise de contact ? ; (2) faut-il créer un projet spécifique au quartier, ou bien développer les projets existants dans les zones voisines ? ; (3) la lutte contre la drogue et la toxicomanie doit-elle être menée par les services publics dont c'est la mission (répression et soins), ou bien tous les acteurs concernés ont-ils un rôle à jouer ? ; (4) la lutte contre la drogue et la toxicomanie doit-elle porter sur le crack, ou s'élargir aux conséquences pour les usagers et pour la société ? Trois sphères de critères ont été identifiées pour aider les membres du panel à se faire une opinion sur chacune de ces questions : la désirabilité de l'action, son acceptabilité, et sa faisabilité.

Du consensus à l'action

Forts de ces éléments, les membres du panel se sont donc livrés à l'élaboration collective, participative, d'un diagnostic, en fonction duquel il a fallu bâtir des propositions d'actions les plus consensuelles possibles.

Les stratégies qui ont ainsi émergé n'ont peut-être rien d'exceptionnel par leur contenu ; mais elles valent par leur mode de construction :

- L'objectif de *“faire de Stalingrad un quartier à part entière qui a un autre avenir que d'être celui d'une scène de la drogue”* : on notera l'emploi du terme drogue et non pas crack seulement, ce qui souligne l'élargissement du point de vue au cours de la délibération.
- L'engagement de la mairie, renouvelé à l'issue du panel, de placer la question des drogues comme un enjeu du projet municipal. On notera la volonté de ne pas se contenter de renvoyer l'ascenseur aux administrations d'État qui ont compétence pour régler le problème, mais de traiter le problème dans une cohérence d'ensemble.

- Maintenir un suivi citoyen : ici un désaccord a toutefois persisté sur son rôle et sa composition.
- Mener de front une lutte plus efficace de la police contre le trafic, et assurer une médiation effective entre les résidents et les consommateurs.
- Renforcer les réponses aux besoins des usagers : le panel a décidé la création d'une permanence assurée par un bus permettant une réponse aux situations de crise et le renforcement du dispositif de réduction des risques et de soins existant.
- Un projet d'insertion pour les jeunes du quartier, qui constitue le volet préventif de ce projet d'ensemble. Il répond à l'exigence de tous d'engager un avenir meilleur pour les jeunes, comme corollaire des actions de réduction des risques qui visent à limiter la casse et sont perçues par une partie du public comme un renoncement. Cette expérience nouvelle ne sera pourtant véritablement réussie que quand ces décisions deviendront actions – ce qui engage à la fois la responsabilité des élus, la compétence des professionnels pour monter des programmes adaptés et efficaces, l'efficacité de l'administration... et aussi, malgré tout, des budgets publics.

LAURE DATTU

Merci à Julien Talpin



Fiat lex*

* Que la loi soit

Que la loi Evin soit appliquée, enfin, dans les établissements scolaires ! Telle est l'ambition des recommandations du rapport publié tout récemment par l'OFDT. Car les résultats de la toute première enquête d'évaluation de cette loi, menée auprès d'enseignants et d'élèves du premier et du second degré, laissent le lecteur sceptique. Peu d'établissements du secondaire sont actuellement en mesure de déclarer des dispositifs pleinement efficaces de protection des élèves et enseignants non-fumeurs.



Karsenty S., Diaz-Gomez C.
"Le tabac en milieu scolaire.
Résultats de la première
évaluation de la loi Evin
dans les écoles, collèges et
lycées (2002)"
OFDT, 2003, 164 p.

L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) publie un rapport d'étude consacré à la première évaluation de la loi Evin dans les écoles, collèges et lycées, effectuée en 2002.

Menée à la demande de l'enseignement privé et public relevant du ministère de l'Éducation nationale et de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et les toxicomanies (Mildt), cette vaste enquête a permis, dix ans après l'entrée en vigueur de la loi Evin et de son décret d'application de mai 1992, de faire le point sur la mise en œuvre du volet tabac du texte dans les établissements scolaires. Ayant pour objectif affiché la protection des non-fumeurs, la loi interdit de fumer dans les lieux publics et notamment les établissements scolaires sauf dans les emplacements explicitement réservés aux fumeurs ; le décret du 29 mai 1992 a, pour sa part, précisé les modalités de mise en place d'espaces fumeurs pour les mineurs de plus de 16 ans.

À partir d'un questionnaire, autoadministré et anonyme, portant sur les connaissances, les comportements de consommations (déclarés et observés en milieu scolaire) et les opinions des personnes interrogées sur la loi et les actions d'information, cette enquête atteint le double objectif d'identifier les pratiques et attitudes actuelles relatives au tabagisme dans les établissements scolaires, et de mesurer les efforts, réglementaires et éducatifs accomplis par l'institution pour l'application de la loi Evin.

L'enquête a recueilli les réponses de 600 responsables d'établissement, 1 900 membres du personnel et 10 500 collégiens et lycéens, recrutés par la méthode du sondage

aléatoire stratifié permettant d'obtenir un échantillon représentatif de la communauté scolaire française. Les questions portaient sur les règles, les comportements, et les opinions. Les questionnaires destinés aux élèves s'intéressaient également à l'impact des actions d'information et de prévention. Les auteurs étudient séparément les réponses des adultes et celles des élèves.

Les adultes, le tabac et la loi dans les établissements scolaires

La loi est connue différemment par les responsables et personnels d'établissement selon le degré d'interdiction du tabagisme dans l'établissement : la loi est déclarée mieux connue par les responsables des lycées, que par les responsables des collèges, qui déclarent à leur tour mieux la connaître que les responsables des écoles élémentaires.

L'obligation d'une signalétique des espaces fumeurs et non-fumeurs est très minoritairement respectée (5 % des écoles élémentaires, 25 % des collèges et 38 % des lycées).

Le choix de l'emplacement de l'espace fumeur est variable selon les établissements : accords entre les membres du personnel, "usages antérieurs", caractère aéré du lieu, plaintes des non-fumeurs.

L'existence même d'un tel espace, pourtant proposé par la loi, est également variable selon les types d'établissements : il existe dans 20 % des écoles élémentaires, 77 % dans les collèges et 65 % dans les lycées.

Quant à la salle des professeurs, elle est parfois tolérante pour les fumeurs (6 % de collèges et 14 % de lycées), ou

bien séparée en deux zones (47 % des collèges et 35 % des lycées). Selon les auteurs, la protection des non-fumeurs n'est pas assurée dans les deux tiers des établissements, dont 15 % de collèges et 18 % de lycées où la situation est instable ou imprécise.

Il semblerait que lorsque la zone fumeur existe, le nombre de personnes déclarant fumer sur le lieu de travail est plus important, et ce plus particulièrement lorsque l'espace fumeur est la salle des professeurs. Pourtant, un tiers des personnels déclare être gêné par la fumée des autres, l'intolérance à la fumée augmentant avec l'âge. Le personnel fumeur régulier (environ 24 % du personnel) déclarant fumer sur son lieu de travail est plus nombreux dans les collèges (60 %), que dans les lycées (52 %), et que dans les écoles élémentaires (28 %); les personnels des collèges fument plus de cigarettes par jour. Les non-fumeurs sont plus nombreux dans les écoles élémentaires à déclarer une gêne de la fumée.

L'appréciation des responsables quant à la facilité d'application de la loi est fonction de l'autorisation à fumer concernant les élèves (de plus de 16 ans) : l'application est jugée facile (79 %) dans les écoles et collèges, et difficile (62 %) dans les lycées.

Les transgressions des adultes semblent plus fréquentes en collèges et lycées que dans les écoles élémentaires.

À de rares exceptions près, tous les personnels interrogés s'accordent sur le bien fondé de protection des non-fumeurs grâce à la loi Evin. Par ailleurs, les fumeurs adultes déclarent en majorité ne pas être gênés par la loi. Cependant, et du fait de son caractère difficilement applicable, surtout dans les lycées, les personnels sont plus critiques quant à son efficacité. Il semblerait que le personnel des lycées soit gêné par la possibilité que les élèves fument.

Les élèves, le tabac et la loi dans les établissements scolaires

Les lycéens (52 %) connaissent mieux que les collégiens (38 %) l'existence de la loi.

Une zone réservée aux élèves fumeurs, quasi exclusivement située en extérieur dans la cour de récréation, existe dans 7 % des collèges et 88 % des lycées. Quelques espaces fumeurs intérieurs existent : moins de 0,5 % dans les collèges et 4 % dans les lycées (selon les déclarations des établissements). Il est intéressant de constater que seuls 40 % des lycées déclarent l'existence de cette zone; en réalité, une sous-déclaration est possible en raison du caractère illicite de telles zones. Collèges et lycées confondus, les établissements privés sont plus nombreux que les établissements publics à déclarer l'existence de cette zone.

Aucune signalétique n'existe dans les collèges; elle existe dans 11 % des lycées, soit un quart de ceux l'ayant officiellement déclarée. Dans 70 % des collèges et 28 % des lycées, la règle, peu respectée, est de ne pas fumer devant l'établissement.

Les données sur la consommation des répondants confirment les données épidémiologiques recueillies par d'autres enquêtes : il y a plus de fumeurs au lycée qu'au collège, les lycéens sont également plus nombreux à fumer quotidiennement; l'écart entre fumeurs occasionnels et fumeurs quotidiens croît avec l'âge. De plus, les élèves dont au moins un des deux parents est fumeur sont plus souvent fumeurs réguliers. Chez les non-fumeurs, la tolérance à la fumée augmente avec l'âge.

Les collégiens fumeurs déclarent peu fumer à l'école; contrairement aux lycéens, le lycée étant le deuxième endroit où l'on fume (avant le domicile).

Dans les collèges où il n'y a pas de zone fumeur, l'interdiction est relativement bien respectée; quand il y a transgression, elle a lieu souvent, selon les déclarants, dans les toilettes ou hors de la vue des adultes. Ce n'est en revanche pas le cas au lycée : seuls 25 % des établissements ne déclarent aucune transgression de la part des élèves. En cas de transgression identifiée par un adulte, le rappel à l'ordre est davantage appliqué en lycée qu'en collège, quoique les sanctions y soient plus rares.

Lorsqu'on informe les élèves sur la loi, et notamment sur son ambition de protéger les non-fumeurs, ils y sont dans leur grande majorité favorables. Les fumeurs, et notamment les plus jeunes, y sont toutefois nettement moins favorables que les non-fumeurs. Reste que la majorité des élèves interrogés pense que la loi n'atteint pas son objectif.

Dernière donnée : environ un quart des élèves se souvient "vaguement" qu'une action de lutte contre le tabagisme ait eu lieu à l'école.

Conclusions et recommandations

Les auteurs du rapport élaborent pour conclure une série de recommandations. Outre les dispositions techniques sur la définition des espaces fumeurs, leur signalisation ou leur ventilation, ils rappellent avec force que les collèges autorisant des espaces fumeurs sont dans l'illégalité, et que l'existence d'un espace fumeurs pour les élèves de lycée n'est pas une obligation mais une simple possibilité, encadrée en tout état de cause par un article du règlement intérieur qui en interdit notamment l'accès aux élèves de moins de 16 ans.

AGNÈS SZTAL

Journée mondiale sans tabac : nouvelles pistes

À l'occasion de la Journée mondiale sans tabac, le Bulletin épidémiologique hebdomadaire du 1^{er} juin 2004 était consacré à la présentation de données récentes sur la consommation et la perception du tabac. L'ORS Île-de-France présentait les résultats d'une enquête sur les fumeurs et leur perception du risque de cancer du poumon; le réseau Hôpital sans tabac analysait la consommation de tabac des personnels hospitaliers; l'Inpes présentait les évolutions récentes de la consommation en France; la Ligue nationale contre le cancer et le Comité national contre le tabagisme étudiaient la réponse juridique aux contournements de l'interdiction de publicité sur le tabac; et enfin Tabac info service analysait les appels reçus au premier trimestre 2004. Une somme de données d'analyse très riche, dont Swaps a voulu dégager quelques points forts.

L'édito de ce numéro du BEH était confié à M. Douste-Blazy, ministre de la Santé et de la Protection sociale. *"La diminution des ventes de cigarettes observée depuis le début de l'année (-13,5 % en 2003), fortement liée à l'augmentation des prix, s'est accompagnée d'une chute parallèle du nombre de fumeurs. Fin 2003, la France comptait 2 millions de fumeurs en moins. Les Français ont arrêté massivement de fumer avant tout pour protéger leur santé. Il semble bien que l'on ait franchi un seuil dans la prise de conscience collective des méfaits du tabac, identique à ce qui s'est produit pour les accidents de la route. Il faut, cependant, rester prudent et veiller à consolider les acquis. En 2004, nous porterons notre effort sur l'aide à l'arrêt et sur la prévention du tabagisme passif, deux axes stratégiques essentiels de la lutte contre le tabac".*

Une prévalence en baisse

Onze millions de cigarettes vendues en moins en 2003 par rapport à 2002, et deux millions de fumeurs en moins; face à ces bons résultats, et pour actualiser les données, l'Inpes a réalisé fin 2003 une enquête de prévalence tabagique à partir d'un échantillon aléatoire recruté par téléphone.

À la suite de l'annonce du Plan cancer en janvier 2003, des objectifs ambitieux en termes de réduction de la consommation de tabac ont été annoncés: réduction de la prévalence tabagique sur 5 ans de 30 % chez les jeunes et de 20 % chez les adultes. Plusieurs actions

éducatives et réglementaires ont été mises en place dont une augmentation importante des prix, action considérée comme la plus coût-efficace. Ainsi, le prix des cigarettes a augmenté de 40 % entre janvier 2003 et janvier 2004 alors qu'il n'avait augmenté que de 3 à 5 % par an de 1998 à 2001.

La prévalence du tabagisme chez les Français âgés de 15 à 75 ans est passée de 34,5 % en fin 1999 à 30,4 % en fin 2003. Cette baisse concerne notamment les femmes et les jeunes de 15 à 24 ans. En revanche, le pourcentage de personnes âgées de 15 à 24 ans qui fument du tabac à rouler a pratiquement doublé entre 1999 à 2003, alors que le passage des cigarettes à filtre à des cigarettes à rouler a un effet secondaire délétère puisqu'il augmente l'exposition des fumeurs aux goudrons cancérigènes. Dans cette étude, il n'a pas été constaté de différence significative de sortie récente du tabagisme selon les revenus, alors que l'on aurait pu s'attendre à ce que les personnes à plus faibles revenus soient plus sensibles à l'augmentation des prix.

Il est vrai que la baisse des ventes de cigarettes pourrait être le signe d'une réduction de l'achat légal de tabac par les acheteurs français ou étrangers sur le territoire français. Contrairement aux données de vente de tabac, la consommation de tabac déclaré dans cette enquête est indépendante du lieu et de la nature de l'achat, légal ou illégal. La réduction de la consommation de tabac par les fumeurs n'a pas été étudiée dans cet article. Reste que la

baisse de prévalence observée entre 1999 et 2003 indique que la baisse des ventes de tabac n'est pas uniquement due à une augmentation de l'achat au marché noir ou transfrontalier de cigarettes et de tabac.

Perception du risque

Inscrite dans le cadre du nouveau Plan cancer, la lutte contre le tabagisme s'intéresse en premier plan à la perception du risque de cancer chez les fumeurs. C'est l'objet des premiers résultats présentés dans ce *BEH*, sous la plume d'Isabelle Grémy et coll. L'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France (ORS) a conduit en 2000 une enquête sur la perception du tabac et de ses risques, réalisée à partir d'un échantillon représentatif recruté aléatoirement par téléphone en population générale adulte. Parmi les personnes interrogées, 41 % ont déclaré être des non-fumeurs, 27 % des ex-fumeurs et 32 % des fumeurs, dont 26 % des fumeurs quotidiens. Entre 18 et 40 ans, le statut tabagique des hommes et des femmes est comparable. En revanche, au delà de 40 ans, les femmes sont environ deux fois plus nombreuses que les hommes à n'avoir jamais fumé.

Les conséquences sanitaires de la consommation de tabac, concernant l'espérance de vie et les maladies cardiaques, sont mieux connues par les non-fumeurs que par les fumeurs. Par contre, la croyance en l'existence d'un seuil de dangerosité est largement partagé par les fumeurs comme par les non-fumeurs : 40 % des personnes s'accordent à penser que c'est seulement à partir de 10 cigarettes quotidiennes que fumer est dangereux pour la santé.

Outre "ne pas fumer", d'autres mesures (éviter la pollution atmosphérique, voir régulièrement son médecin, ou encore avoir un exercice physique régulier) sont considérées comme efficaces pour éviter un cancer du poumon... Pourtant, rappellent les auteurs, si ces mesures peuvent être préconisées dans un contexte général de promotion de la santé, leur incidence réelle sur la prévention d'un cancer du poumon est faible, voire marginale.

En réalité, les fumeurs, dans leur grande majorité, pensent bénéficier de facteurs personnels d'exemption, qui les protègent des risques liés à leur consommation de tabac (vivre au grand air, avoir une activité physique ou sportive, ou avoir des antécédents familiaux de protection). Les risques estimés de développer un cancer du poumon en cas de poursuite de la consommation de tabac sont très nettement sous-évalués par rapport aux déclarations des ex et non-fumeurs, et les bénéfices pour la santé à l'arrêt du tabac sont largement minimisés par les fumeurs. Un fumeur sur cinq estime que, à l'arrêt, le bénéfice pour la santé est nul, voire qu'il y a un préjudice.

Or cette enquête montre nettement une corrélation positive entre la perception des bénéfices à l'arrêt et les intentions d'arrêter de fumer : 25 % des fumeurs qui perçoivent un bénéfice nul déclarent de fortes intentions d'arrêter de fumer dans les six prochains mois contre près de 60 % des fumeurs percevant un bénéfice élevé. Reste que les fumeurs, dans cette enquête comme dans d'autres, reconnaissent peu leur propre vulnérabilité à la consommation de tabac. Il semble par conséquent important, dans des stratégies de prévention, de chercher à identifier et comprendre les facteurs déterminants la perception des risques liés au tabac. Cette enquête de l'ORS Île-de-France, conduite avant que "la guerre contre le tabac" ne soit déclarée en France, peut constituer une base pour mettre en évidence, par la suite, les évolutions des perceptions des risques associés à la consommation de tabac.

Tabac info service (0825 309 310)

Tabac info service a presque doublé son activité en un an, passant de 25 000 appels reçus en 2002 à 44 000 en 2003. Au total, entre le 1^{er} décembre 2003 et le 31 mars 2004, 18 118 appels ont été traités, correspondant à la création de 8 763 dossiers individuels qui font l'objet d'une analyse quantitative dans le *BEH*.

Sur la période étudiée, la principale source de connaissance de la ligne provient du numéro inscrit sur les paquets de cigarettes. Les appelants de Tabac info service sont en majorité des femmes. Ils ont en moyenne 41 ans quel que soit le sexe. À peine 2 % des appelants ont moins de 18 ans.

47,9 % des appelants demandent d'emblée des conseils personnalisés pour arrêter de fumer ; 44,1 % formulent une demande d'information générale et 3,3 % appellent pour aider un de leurs proches. Seuls 0,4 % des appels concernent le tabagisme passif.

Parmi les appelants souhaitant arrêter de fumer, 64 % appellent avant de se lancer. 34 % ont déjà arrêté depuis moins de six mois lorsqu'ils décrochent leur téléphone. Seuls 2 % ont arrêté depuis plus de six mois. 13,5 % se reconnaissent majoritairement comme étant "plutôt nerveux, angoissés et stressés". Comme attendu, 95 % des appels proviennent de particuliers. Les professionnels de santé font encore très peu appel à la ligne (ils représentent 1,3 % des appelants), de même que les collectivités, les entreprises et les écoles.

Parmi les appelants, une très grande majorité déclare fumer régulièrement, c'est-à-dire plus d'une cigarette par jour en moyenne. La consommation moyenne des appelants est de 22,8 cigarettes par jour, alors que la moyenne nationale des fumeurs réguliers âgés de 26 à 75 ans est de 15 cigarettes par jour selon le Baromètre santé 2000.



Parmi les appels traités par les tabacologues, 20,16 % sont catégorisés parmi les “appels de crise”, c'est-à-dire que la personne vient d'arrêter de fumer, se sent mal, est inquiète, déprimée, prête à reprendre la cigarette.

Pub : “que fait la police ?”

Dans le cadre du Plan cancer, La Ligue nationale contre le cancer (LNCC) et le Comité national contre le tabagisme (CNCT) se sont associés en 2003 pour analyser l'ampleur et la diversité des infractions et contournements à l'interdiction de la publicité et de la promotion du tabac prévue par la loi Evin. Pour cela, l'intérêt de Sylviane Ratte, Alain Molla, et coll., s'est porté tant sur les archives et documents internes et confidentiels mettant en lumière le caractère délictueux des tactiques et stratégies des compagnies de tabac pour contrer les efforts de santé publique (obtenus par décision de justice), que sur les données relatives aux infractions signalées aux associations engagées dans la vigilance judiciaire : signalements, actions en justice, jurisprudence, doctrine.

L'analyse des données issues de la vigilance des associations s'est penchée sur deux thématiques : la promotion des marques de tabac (images de paquets de cigarettes ou de marques sur divers supports médias, produits dérivés portant une marque identique ou très proche par son nom et son graphisme, cadeaux et promotion par voie d'écrits, d'affichages ou de discours chez les débitants ou à l'occasion de manifestations diverses, modification des emballages et des produits de conditionnement afin d'assurer un meilleur attrait du produit), ainsi que l'incitation à la consommation de tabac (incitation sous couvert de mécénat ou de partenariats divers, remise gratuite d'échantillons de produits du tabac ne supportant aucune marque, organisation de manifestations et diffusion de publications vantant le plaisir de fumer ; publicité pour le papier à cigarette).

L'analyse juridique de la pratique de la loi Evin renseigne sur les auteurs des infractions, les sanctions possibles et les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de la loi. Les sanctions prévues vont de l'amende à l'interdiction de vente. Dans la pratique, seule l'amende est utilisée. Les principales difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de la loi exprimées sont la définition trop imprécise de l'interdit, la lourdeur trop importante de la procédure pour les associations, et l'insuffisance des sanctions.

Cette étude permet aux auteurs d'élaborer des recommandations, qui portent sur la mise en place de mesures adaptées, sur une adaptation de la législation, mais aussi sur la mise en place d'un observatoire national chargé de surveiller et de recenser les comportements, infractions et contournements à la réglementation et de

recueillir la jurisprudence. Mais les auteurs en appellent aussi à la sensibilisation des pouvoirs publics et autorités judiciaires, à une collaboration accrue avec des professionnels du marketing sur les stratégies des cigarettiers, et réclament la mise en chantier d'une étude comparative des modèles internationaux et communautaires en matière de lutte contre le tabagisme. À suivre...

AGNÈS SZTAL, MÉLANIE HEARD

Tabac à l'hôpital

Le ministère de la Santé a confié au Réseau Hôpital Sans Tabac la réalisation de l'enquête annuelle “Baromètre tabac personnel hospitalier” prévue par la circulaire ministérielle du 3 avril 2000.

Le bilan, présenté dans le *BEH* sous la plume de François Chièze, Bertrand Dautzenberg, et coll., est contrasté. À l'hôpital comme dans la population générale, la prévalence du tabagisme a fortement diminué en 2003, et cette tendance devrait s'accroître en 2004. Toutefois, si le personnel hospitalier a, dans sa grande majorité, conscience de son exemplarité et s'avère prêt à s'impliquer, ni la consommation des personnes qui continuent de fumer, ni le degré de leur dépendance n'ont diminué en 2003, les gros fumeurs s'arrêtant plus difficilement.

Alors que le grand public a massivement recours aux consultations de tabacologie des hôpitaux, les hospitaliers ne les utilisent que rarement, de même pour les substituts nicotiniques.

Enfin, en ce qui concerne la loi Evin, celle-ci demeure bien souvent non respectée et les initiatives prises en faveur de la prévention du tabagisme par les établissements restent méconnues. Pourtant, le personnel hospitalier est prêt à s'impliquer dans la prévention et la prise en charge du tabagisme. Plus de 80 % des hospitaliers pensent que des mesures coercitives devraient être prises en cas de non-respect de la loi Evin, que le personnel devrait recevoir une formation spécifique, et que l'exemplarité du personnel hospitalier est primordiale. Le pourcentage tombe cependant à 65 % dans le sous-groupe des fumeurs quotidiens.

Pour les auteurs, les responsables administratifs et médicaux se doivent de poursuivre l'information des hospitaliers en matière de prévention et de prise en charge du tabagisme.

Quand les parents **arrêtent** de fumer...

Que les enfants soient plus souvent fumeurs quand les parents fument, c'est là désormais une idée assez répandue. Mais alors, quand les parents cessent de fumer, cela encourage-t-il plus les enfants à ne pas fumer ? Selon les résultats d'une étude parue en 2003 concernant les effets, sur les enfants, de l'arrêt du tabagisme parental, les enfants des ex-fumeurs sont à moindre risque de fumer que les enfants de fumeurs, mais à plus grand risque que les enfants de non-fumeurs.

Bricker JB, Leroux BG, Peterson AV, Kealey KA, Sarason IG, Andersen MR, Marek PM
Nine-year prospective relationship between parental smoking cessation and children's daily smoking
Addiction, 2003, 98, 585-93

De nombreuses études avaient déjà tenté d'identifier une relation entre le tabagisme parental et celui des adolescents, pour confirmer l'idée désormais admise par tous : les enfants ont plus de probabilité de fumer quand les parents fument eux-mêmes que lorsqu'ils ne fument pas¹. Mais pour la première fois, une équipe américaine a étudié l'effet de l'arrêt du tabagisme parental sur l'initiation tabagique de leurs enfants. Les auteurs ont pour cela comparé le statut tabagique des parents quand les enfants étaient âgés de 8/9 ans et le statut tabagique des mêmes enfants à l'âge de 17/18 ans.

3 962 enfants participant déjà à l'étude "Hutchinson Smoking Prevention Project"² ont été inclus. 3 012 questionnaires ont été recueillis (95 %). Les participants étaient pour 48,7 % des filles et pour 91 % des Caucasiens.

Les parents ont déclaré leur statut tabagique quand leur enfant avait 9 ans, selon quatre catégories possibles : fumeur occasionnel, fumeur régulier, ex-fumeur, non-fumeur de toujours. Les fumeurs occasionnels et réguliers ont été regroupés dans le groupe fumeurs.

Le statut tabagique était demandé aux adolescents 9 ans après, soit vers l'âge de 17/18 ans et vérifié par un dosage de cotinine salivaire.

Les comparaisons ont porté sur l'influence du statut de fumeur d'un ou des deux parents sur le tabagisme de leur(s) enfant(s) à 17/18 ans : parents non-fumeurs, ex-fumeurs (ayant arrêté de fumer avant l'âge de 9 ans de leurs enfants) et fumeurs. Les résultats sont présentés ci-dessous.

Pourcentage d'adolescents fumeurs à 17/18 ans selon le statut tabagique des deux parents 9 ans auparavant

	père fumeur	ex-fumeur	non-fumeur
mère fumeuse	37 %	28 %	31 %
ex-fumeuse	32 %	26 %	21 %
non-fumeuse	27 %	19 %	14 %

37 % des adolescents fument quand leurs deux parents étaient fumeurs. Ils ne sont que 26 % si les deux parents avaient arrêté de fumer et 14 % si les deux parents ne fumaient pas quand les enfants avaient 9 ans. Il n'y a pas de différence significative selon le sexe des parents quand l'un des deux n'a jamais fumé et que l'autre a arrêté (19 % - 21 %) ou bien que l'un n'a jamais fumé et

¹ Choquet M, Ledoux S
Attentes et comportements des adolescents
Inserm, 1998
Guilbert P, et al.
Baromètre Santé 2000
CFES, 2001

² Peterson AV, Jr., Kealey KA, Mann SL, Merk PM, Sarason IG
"Hutchinson Smoking Prevention Project: long-term randomized trial in school-based tobacco use prevention-results on smoking"
J Natl Cancer Inst, 2000, 92, 1979-91



que l'autre fume (27 % - 31 %), alors que d'autres études internationales montrent que le tabagisme maternel a plus d'influence que le tabagisme paternel sur le tabagisme des enfants³.

Cette étude suggère (par le calcul de régression logistique) que l'arrêt du tabagisme d'un des parents avant que l'enfant atteigne 8/9 ans réduit de 25 % le risque qu'il soit fumeur à l'âge de 18 ans. Cette réduction est de 39 % si les deux parents s'arrêtent.

Dans la discussion, les auteurs précisent qu'il n'y a pas de différence d'effets selon la période de l'arrêt du tabagisme parental : avant la naissance des enfants, dans leurs deux premières années de vie et dans la période de 3 à 9 ans, mais ne publient pas ces chiffres.

Quelques questions restent cependant posées. La période d'arrêt du tabagisme parental (avant l'âge de 9 ans) choisie pour cette étude est-elle plus performante qu'une période allant jusqu'à 10 ou 11 ans par exemple ? L'étude ne fait pas référence aux différences éventuelles des groupes adolescents fumeurs et adolescents non-fumeurs quant à d'autres items comme : l'influence sociale, le tabagisme des pairs, des amis...

Enfin, la question d'une éventuelle sensibilité génétique à devenir fumeur reste encore à étudier.

En conclusion, l'étude de Bricker et coll. ouvre une porte intéressante et pratique, même si elle reste à vérifier et à compléter. Après avoir défini comme groupes particulièrement à motiver pour une démarche d'arrêt les femmes enceintes, les personnes atteintes de pathologies cardiovasculaires (entre autres), l'aide à l'arrêt du tabac doit cibler aussi les futurs et les jeunes parents, pour eux-mêmes et pour la prévention du tabagisme de leurs

³ Kandel DB, Wu P
"The contributions of mothers and fathers to the intergenerational transmission of cigarette smoking in adolescence", Journal of Research on Adolescence, 1995, 5, 225-52

PATRICK DUPONT

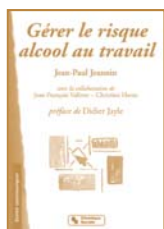


PARENTS FUMEURS...

PRISE EN CHARGE

L'alcool et le milieu du travail

Au travail, l'alcool reste un sujet tabou. Repas d'affaires, pot de départ... chacun peu ou prou en consomme à l'occasion, mais il peut aussi devenir le révélateur de malaises et de tensions internes. Les problèmes sont minimisés jusqu'à ce qu'ils ne puissent plus être ignorés — et aboutissent alors le plus souvent à un licenciement. Entre laxisme et répression, pas beaucoup de place pour autre chose que le désarroi et l'impuissance. Pas ou peu de travail de prévention, de gestion des difficultés personnelles et collectives, de propositions de prise en charge. L'ouvrage original de Jean-Paul Jeannin est un guide à l'usage de tous, pour repérer les problèmes, les analyser, et agir.



J.-P. Jeannin, J.-F. Vallette,
C. Harzo
Gérer le risque alcool
au travail
Lyon, Éditions de la
Chronique sociale. Collection
Savoir communiquer, 2003
ISBN 2 85008 493 X. - 391 p.

Jean-Paul Jeannin, alcoologue, responsable d'un centre de prévention et de soins en alcoologie, a élaboré un guide pratique pour aider à aborder et à gérer l'alcool au travail.

L'ouvrage s'adresse à toute personne concernée et/ou désireuse de se pencher sur la question : membres des équipes médico-sociales et des équipes dirigeantes, responsables ou agents de sécurité, délégués du personnel, syndicalistes... L'objectif est de leur fournir des éléments de réflexion, des informations de base en matière d'alcoologie, ainsi que des outils méthodologiques pour provoquer un débat sur les enjeux, élaborer une stratégie propre à l'entreprise et mettre en place des actions concertées, pertinentes et efficaces.

En plus d'une information de base sur l'alcoologie et la toxicologie, ce guide est composé de cinq chapitres : pourquoi un programme de gestion du risque alcool sur les lieux de travail ? ; la gestion du risque alcool en entreprise ; le plan permanent de prévention du risque alcool en entreprise ; la place de la "loi" dans la gestion du risque alcool en entreprise ; l'aide aux personnes en difficulté avec l'alcool.

Réfléchir, comprendre et s'outiller, agir

Dans chacune des parties, la démarche adoptée est identique : un autoquestionnement permet de s'interroger ; des connaissances, des techniques et des outils sont pro-



posés ; un cheminement est suggéré pour la mise en œuvre.

L'ouvrage s'ouvre par une mise en perspective de l'alcool comme substance psychoactive. Deux autoquestionnaires interrogent le lecteur sur ses représentations des substances psychoactives et de leur consommation et sur ses connaissances du sujet.

Sont présentés ensuite l'usage, l'usage nocif et la dépendance. Jeannin propose une double classification, par mode d'action physiologique principal et par dangerosité, ainsi que des informations sur les produits (dépendances physique et psychique, tolérance, toxicité, dangerosité sociale, administration, effets recherchés, effets nocifs). Il détaille les données concernant le tabac, le cannabis, l'ecstasy, la cocaïne et l'héroïne et, surtout, celles intéressant l'alcool. Données épidémiologiques, graphiques et tableaux permettent de présenter l'alcool et ses propriétés psychotropes, l'alcoolisation, l'évaluation des quantités d'alcool, l'alcoolémie et son effet sur le comportement, les mécanismes de la tolérance et de la dépendance à l'alcool, la personne alcoolique, et le problème du déni.

Bien vu / Mal vu

En France, environ 10 % de la population est alcoolodépendante ou en danger de le devenir. L'alcool serait responsable, selon les études et les estimations, de 12 à 19 % des accidents du travail, soit autour de 100 000. Le risque alcool est pourtant très mal repéré en entreprise. Le monde du travail engendre des contraintes, des souffrances physiques (bruit, chaleur, rythme à maintenir) ou psychiques (tensions entre individus, impératif de réussite, pressions multiples et parfois contradictoires). Une alcoolisation, même faible, permet de résister, du moins dans un premier temps.

Plusieurs types de risques sont liés à l'alcool : diminution des performances professionnelles, risques sociorelationnels, risques de potentialisation avec d'autres médicaments ainsi qu'avec les solvants industriels, passages à l'acte, accidents du travail avec des machines ou des véhicules, accidents de la route, alcoolopathies, dépendance alcoolique.

Dans les lieux de travail, la demande qui émerge sous couvert de prévention se résume souvent à trouver une solution rapide pour réduire le nombre des alcooliques. L'alcool est enfermé dans une double image. Sa consommation est intégrée à la culture et aux coutumes sociales au point que refuser un verre est souvent difficile, mais elle devient objet d'opprobre si, excessive, elle donne lieu à des comportements non maîtrisés qui gênent ou font peur. Il existe fréquemment une "culture alcool" dans l'entre-

prise : tournée offerte à telle ou telle occasion, cuvée spéciale réservée, club d'œnologie subventionné, repas de service traditionnellement bien arrosés... S'y conformer aide à l'intégration d'un individu. S'il dérape, il sera souvent d'abord caché et protégé par ses pairs, avant d'être rejeté et que soit demandée l'intervention de l'institution. Selon Jeannin, le parcours alcool dans une entreprise entremêle trois acteurs ou groupe d'acteurs (la personne concernée, ses pairs, l'encadrement) tout au long de trois phases qui peuvent s'étirer sur dix à quinze ans (phase inapparente, apparition des troubles plus ou moins bien gérés et cachés, alcoolodépendance avec exclusion et dénonciation du groupe de pairs suivie d'une intervention souvent brutale de la direction).

Modèles d'action

Selon Jeannin, la gestion du risque alcool concerne l'ensemble des acteurs présents dans l'entreprise, et doit s'appuyer sur une politique claire, négociée, affirmée et soutenue par la direction. Celle-ci repose sur trois piliers, portés par trois groupes différents travaillant en concertation : le registre de la loi et de son application, dévolu à la hiérarchie ; le registre de l'aide et de l'accompagnement, apanage du service médico-social ; le registre de la prévention, de la recherche et de l'action, domaine d'un "groupe alcool", formé et mandaté.

Le consensus et le dialogue social sont un passage obligé de la mise en place d'une telle gestion. Les rôles du CHSCT (Comité d'hygiène et sécurité et des conditions de travail) et des syndicats doivent être discutés et précisés. Sur le terrain, il est possible de repérer cinq types de stratégies, des plus proches du modèle traditionnel aux stratégies plus ouvertes sur une prise en compte de la situation globale environnement/consommateur/produit. Les stratégies d'influence se basent sur l'information et la sensibilisation. Les stratégies de réglementation se fondent sur l'élaboration de règles internes et la formation de l'encadrement à la législation. Les stratégies d'aménagement du milieu interviennent sur l'environnement ; celles de développement des compétences favorisent tout ce qui permet l'accès à l'autonomie, la gestion du stress, etc. Enfin les stratégies d'aide cherchent à accompagner et à orienter la personne en difficulté ainsi que ses collègues. Un test de démarche qualité est disponible dans l'ouvrage pour analyser la politique choisie et la faire évoluer si besoin.

Un outil original : le "groupe alcool"

Même si elle est essentielle, la prévention n'est que l'un des axes du plan de gestion du risque alcool.

Jeannin commence par rappeler les différents modèles de prévention, représentés par des schémas d'interactions (modèles médical, sociologique, psychanalytique, pédagogique, systémique).

Il propose ensuite une série d'outils d'aide à la démarche, que l'intervention se fasse avec ou sans décideur identifié. Il souligne quelques pièges à éviter et décrit le déroulement théorique des phases du plan, ainsi que leurs principes opérationnels.

Il détaille les objectifs, la constitution et les modalités de fonctionnement d'un "groupe alcool" au sein de l'entreprise, et donne des exemples de chartes réalisées au sein de tels groupes. Il aborde les plans d'action et de communication nécessaires, la manière de réaliser un état des lieux, d'étudier les facteurs favorisant l'alcoolisation sur le lieu de travail. Il insiste sur l'évaluation des démarches accomplies : objectifs, niveaux et méthodes, légitimité du(des) évaluateur(s), indicateurs à mettre en place.

La place de la loi

Les outils juridiques dont disposent aujourd'hui les entreprises sont le plus souvent soit inexistants, soit obsolètes et inadaptés. Quoi qu'il en soit, cette législation, aussi restreinte soit-elle, n'est dans la plupart des cas pas respectée et remplacée par des traditions internes. Or, même si un arsenal juridique n'est pas suffisant pour apporter une réponse définitive à un problème aussi complexe que l'alcool en milieu de travail, un règlement intérieur clair, fixant des limites précises, et respecté par tous les protagonistes, est indispensable.

L'auteur préconise la création d'une "commission loi", destinée à suivre le volet management de la démarche globale d'entreprise, groupe de proposition et non décideur, le comité directeur restant seul habilité à assumer une telle responsabilité.

Les différents codes (du travail, des assurances, de la route, des débits de boisson) fournissent un cadre parfois flou mais qu'il s'agit de bien connaître et qu'il est nécessaire de compléter par un règlement intérieur et un guide de procédures prévoyant l'ensemble des situations. À tous les échelons de la hiérarchie, l'encadrement doit être concerné et formé. Doivent être fixés : les circonstances de contrôles d'alcoolémie, une définition de l'état d'ivresse, la gestion d'une situation de crise, d'un problème à répétition, la marge de manoeuvre dévolue au cadre selon son degré de responsabilité, l'intervention de l'équipe médico-sociale, etc. De façon pratique, l'auteur fournit une grille d'observation et son interprétation, ainsi que des éléments pour mieux gérer un entretien hiérarchique.

Changer de regard

L'aide aux personnes alcooliques est difficile sur les lieux de travail car conditionnée par les représentations et les attitudes de tous, chacun étant désireux que l'autre boive "comme tout le monde" et que rien ne change dans les habitudes sociales adoptées vis-à-vis de l'alcool. Or cette aide ne peut passer que par un changement des attitudes collectives : ne plus survaloriser l'alcool, ne plus mépriser l'alcoolique.

L'auteur apporte une série d'outils méthodologiques pour réfléchir aux attitudes et contre-attitudes développées par chacun dans l'entreprise (que l'on soit "victime", "persécuteur" ou "sauveteur"), pour comprendre leur interaction, pour évaluer une "situation alcool", pour penser la relation d'aide. Il précise quel peut être le rôle de chacun, de l'assistant social au médecin, du groupe d'aide au mouvement d'abstinence.

Une réflexion sur l'aspect éthique de la gestion du problème alcool en entreprise et une synthèse sur l'approche de cette question en Belgique, au Canada et en Suisse, mettent le point d'orgue à cet ouvrage très complet. Un livre pour réfléchir et pour agir, auquel on ne peut que souhaiter succès et longue vie...

AUDE SEGOND

NicoJeunes : **cédérom** tabac pour formateurs

RESSOURCES / INTERNET

Multimédias au service de la prévention tabac: Swaps analyse la version test d'un nouveau cédérom paru dans le cadre du programme NicoJeunes, développé par Paris sans tabac et l'Office français de prévention du tabagisme. Ou l'éternelle question de l'équation réussie entre l'utile et l'agréable.

Conçu par le Professeur Bertrand Dautzenberg, le cédérom NicoJeunes s'inspire de la base de données Nicomède¹. Préparé dans le cadre du programme NicoJeunes développé par Paris sans tabac et l'Office français de prévention du tabagisme, il est destiné à la formation sur le tabac des professionnels de l'éducation, mais doit aussi pouvoir leur servir de support d'intervention. Partant du constat que l'école joue un rôle important dans l'initiation au tabagisme, ce cédérom a été conçu pour fournir aux professionnels de l'éducation des moyens de prévenir l'entrée des jeunes dans la consommation de tabac. L'idée est donc d'informer les professionnels afin de renforcer leurs connaissances, mais aussi de constituer un outil qui leur permette de transmettre ces informations. Ce cédérom montre encore une fois combien les nouvelles technologies de l'information et de la communication ont ouvert de nouveaux horizons en matière de diffusion et de partage de l'information.

Richesse du contenu

Sous la forme d'une base de données de diapositives, ce document donne accès à une quantité importante d'informations sur le tabac. Il offre une vision globale de la problématique, grâce à la diversité des thèmes abordés : la culture, la manufacture du tabac, son histoire, son économie, les composants, les effets du produit sur la santé, le tabagisme passif, la dépendance, mais aussi les textes de loi relatifs au tabac et au tabagisme, ou encore le sevrage et les substituts nicotiniques... Une série de questions-réponses permet de cerner quelques questions fréquemment posées.

Différents diaporamas "clé en main", ciblés sur des publics spécifiques, sont disponibles : l'un s'adresse aux parents d'élèves, un autre aux infirmières scolaires et un troisième aux équipes éducatives.

Les informations contenues dans la base de données sont en outre complétées par deux diaporamas. L'un, intitulé "diaporama automatique", ouvre en plein écran un diaporama très complet composé de diapositives extraites de la base d'information. Il peut être utilisé tel quel et fournit un

de présentation comportant les sommaires des différentes parties de la base d'information (une présentation du programme NicoJeunes, les chapitres de la base d'information, les annexes, les diaporamas, les principaux partenaires et les sites internet utiles). Il permet essentiellement de présenter le contenu du cédérom et sa structure.

Enfin, on trouvera aussi une animation vidéo sur la mesure de la pollution tabagique par la mesure du CO expiré, réalisée par l'AP-HP.

Navigation facile... dans une esthétique austère

L'accès à cette somme colossale d'informations nécessite une hiérarchisation claire des données. Un pari réussi ici, à l'exclusion toutefois de la page d'accueil dont les intitulés obscurs ne fournissent guère d'informations sur ce que contient chaque rubrique.

La présence de menus contextuels permet notamment de naviguer facilement d'une diapositive à une autre, ou d'une rubrique à une autre. Il est par contre regrettable que les liens vers des sites internet extérieurs s'ouvrent dans la fenêtre de lecture du cédérom, ce qui ne permet pas de conserver l'affichage des diaporamas et des sites de façon simultanée.

Malgré un nombre non négligeable d'illustrations insérées dans les diapositives, l'esthétique n'est pas le point fort de ce cédérom. Un manque de fantaisie qui tient sans doute à l'objectif de ce cédérom d'être un outil intermédiaire.

Pourquoi un cédérom ?

Ce produit fournit une grande quantité d'informations de qualité, et constitue un support de travail complet.

Néanmoins, on peut s'interroger sur le choix du support de diffusion de ces informations, qui limite sa connaissance aux seules personnes qui recevront le cédérom. Un choix qui pose aussi la question de la mise à jour des données. L'utilisation d'internet aurait permis une diffusion plus globale et une mise à jour régulière, notamment de la rubrique "Actualité" qui fait le point sur les dernières évolutions en termes de législation et d'actions.

Cédérom diffusé gratuitement
par Paris Sans Tabac
7 rue du Château d'eau,
75010 PARIS
Tél: 01 44 84 29 49
Fax: 01 42 08 84 98
Système d'exploitation:
Windows 2000 ou XP
Navigateur: une version
récente d'Internet Explorer
Logiciel: Power Point 97 ou
une version ultérieure

¹ <http://tabac-net.aphp.fr/nicomede/nicomede-homepage.html> exemple concret de ce qui peut être réalisé dans le cadre d'une formation. L'autre est une version

RESSOURCES / PUBLICATIONS

Cette livraison de Swaps revient sur quelques publications récentes qui touchent aux thèmes essentiels de nos colonnes. L'occasion d'en savoir plus sur le tabagisme, sa prévalence, son vécu, sur la prévention, sur le cannabis, ou encore sur les usages non substitutifs de buprénorphine, et les usages détournés de kétamine. À noter aussi, la parution d'un livret consacré aux aspects juridiques de la drogue, réalisé par la Mildt, et un dossier de la revue *Toxibase* sur l'usage de drogues chez les migrants.



Société contre fumeur : une analyse psychosociale de l'influence des experts

Falomir Pichastor JM, Mugny G
Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble, Coll. Vies sociales, 2004, 296 p.

À partir d'un large éventail d'études expérimentales, les auteurs mettent en évidence que le comportement tabagique contribue à la définition de l'identité sociale du fumeur. Toute tentative d'influence, perçue comme une menace pour cette identité, conduit à la résistance envers l'arrêt du tabagisme. Les auteurs interrogent l'influence du discours des experts sur les attitudes et les comportements des fumeurs, ainsi que le besoin, non seulement de validité, mais aussi de respect, ressenti par le fumeur dans le rapport d'influence.



Le tabac en France : les vrais chiffres

Hill C, Laplanche A
Paris, La Documentation française, 2004, 139 p.
Cet ouvrage fait le point sur la consommation de tabac en France depuis environ cent cinquante ans. Dans une première partie, il présente les données de ventes annuelles de

cigarettes (et autres produits du tabac) et leur évolution depuis 1860, puis l'évolution du prix relatif du tabac depuis 1950. La seconde partie rassemble les résultats de sondages réalisés sur des échantillons représentatifs de la population française de 1953 à 2001 (pourcentage de fumeurs par âge, par sexe, nombre moyen de cigarettes fumées, chez les adultes et chez les jeunes...). L'ensemble des sondages recueillis sont reproduits en annexe.



Tabac et pauvreté : un cercle vicieux

OMS, Initiative pour un monde sans tabac, Genève
Rapport, 2004, 13 p.

À l'occasion de la journée mondiale sans tabac 2004, ce document fait le point sur les liens entre tabac et pauvreté. Il démontre que non seulement les pauvres sont souvent de gros consommateurs de tabac, mais que le tabagisme est un facteur de pauvreté par la perte de revenus, la perte de productivité, la morbidité et la mortalité dont il est responsable.



Migrants et usages de drogues
Jung C, Toussirt M, Tarrus A

Revue *Toxibase*, n°13, 2004/01, pp. 1-13.

Dans ce dossier, trois auteurs montrent que les usages de drogues chez les migrants recouvrent des réalités très diverses. Il n'y a pas plus de problèmes de toxicomanie pour les migrants que pour la population générale mais, sur la question des drogues, ceux-ci se sentent stigmatisés et très démunis. Ils sont également les plus exposés sur le plan sanitaire et face à la misère sociale.



Livret juridique

Mildt, 2004/04, 149 p.
(en texte intégral sur www.drogues.gouv.fr)

Ce livret, enrichi d'un glossaire reprenant de nombreuses définitions et sigles, comprend deux parties. La première est consacrée au droit des drogues. Après une présentation du système de classement des produits, à la fois au niveau international et au niveau du droit français, sont détaillées la répression de l'usage et du trafic de stupéfiants ainsi que la législation relative aux différentes substances psychoactives (alcool, tabac, médicaments) et au dopage. La seconde partie focalise sur des milieux, des publics ou des problématiques particuliers : mineurs, milieu scolaire, milieu carcéral, réduction des risques, sécurité routière, milieu professionnel. Elle se termine par une présentation des services chargés de l'application

de la loi et des données relatives au cadre juridique d'une enquête sur un trafic.



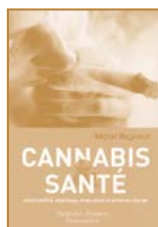
Prévenir les toxicomanies

Morel A (dir.), Boulanger M, Hervé F, Tonnelet G
Paris, Dunod, 2004, 2^e éd., 319 p.

Cet ouvrage offre une approche transdisciplinaire de la prévention de l'usage de substances psychoactives. Il s'intéresse autant aux aspects psychologiques, pharmacologiques, politiques que sociologiques ou individuels. Il interroge les fondements éthiques de la prévention et analyse les divers modèles et méthodes d'intervention. Il s'articule en trois parties qui tentent de répondre à trois questions :

- Prévenir pourquoi ? : pourquoi intervenir auprès des personnes et des populations usant de substances modifiant ponctuellement ou de façon continue leur rapport au monde ?
- Prévenir de quoi ? : de quels risques faut-il prévenir et quels changements viser dans les attitudes et les comportements ?
- Prévenir comment ? : comment parvenir à ces changements et quels moyens sont les mieux appropriés ?





Cannabis et santé : vulnérabilité, dépistage, évaluation et prise en charge
Reynaud M (dir.)
Paris, Flammarion Médecine-Sciences, 2004, 194 p.
Destiné aux professionnels des secteurs sanitaire et social, cet ouvrage fait le point sur le cannabis à partir des données scientifiques les plus récentes et des éléments de pratique clinique les plus validés. Il aborde tour à tour l'épidémiologie des usages, les facteurs de vulnérabilité, la neuropharmacologie du produit, ses effets et ses dommages, tant somatiques que neurologiques et psychiatriques. Il évoque les consommations associées, en particulier de tabac, s'intéresse aux problématiques de la consommation de cannabis à l'école, en milieu de travail et à son rapport avec l'accidentalité routière. Il décrit les stratégies de repérage et d'évaluation de l'usage nocif ainsi que les possibilités de prise en charge et expose les modalités sociales de consommation.

Cannabis et théorie de l'escalade ; cannabis et troubles psychiatriques ; effets somatiques du cannabis
Rapport Inserm, 2004/05, 14 p.
L'Inserm publie une mise à jour de l'expertise collective *Cannabis : quels effets sur le comportement et la santé ?* Les auteurs précisent les nouvelles connaissances dans le domaine de la théorie de l'escalade ainsi que les liens entre la consommation de cannabis et les troubles neuropsychiatriques (schizophrénie, dépression), d'une part, les atteintes somatiques (complications cardiovasculaires, modifications du comportement alimentaire), d'autre part.



Usages non substitutifs de la buprénorphine haut dosage : investigations menées en France, en 2002-2003
Escot S, Fahet G
OFDT, Coll. Trend, 2004/06, 115 p. (en texte intégral sur www.ofdt.gouv.fr)
Après une présentation des différentes logiques de l'usage de buprénorphine haut dosage (BHD, Subutex®) et de la méthodologie de l'enquête, ce rapport s'articule en cinq parties. La première décrit les caractéristiques des usagers de BHD dans un cadre non substitutif. La deuxième détaille les modalités d'usage non substitutif de la BHD : lieux, initiation, modes d'administration, approvisionnement. La troisième traite des effets recherchés par les usagers ; la quatrième de leurs trajectoires d'usage de substances psychoactives et de BHD ; la dernière enfin de leurs problèmes de santé, tant physiques que psychiques.



Usages détournés de la kétamine en France : "Ket-riding" ou les nouveaux voyages immobiles
Reynaud Maurupt C, Akoka S, Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale
OFDT, Coll. Trend, 2004/06, 153 p. (en texte intégral sur www.ofdt.gouv.fr)
Cette étude sociologique a pour objectif de mieux connaître les consommateurs de kétamine et leurs pratiques d'usages. Réalisée par questionnaire, entretiens individuels et groupes focaux, elle porte sur les caractéristiques sociales et sanitaires des usagers, leurs profils et trajectoires de consommation, les effets recherchés et ressentis, les contextes et la fréquence d'usages, les voies d'administration, l'évolution de la représentation de la kétamine et la perception des risques sanitaires et sociaux associés à cet usage.

AUDE SEGOND

Abonnement

Je m'abonne ☐ 1 an = 8€ ☐ 2 ans = 15€

Chèque à l'ordre de PISTES, à retourner Tour Maine-Montparnasse BP 54 75755 Paris cedex 15

Nom.....Prénom.....

Profession.....Organisme.....

Adresse.....

Code postal.....Ville.....

Tél.....Fax.....

FRANCE

L'autre loi

Une proposition de loi sur la drogue a été déposée le 17 juin 2004 à l'initiative d'environ 240 députés et sénateurs de droite, qui prévoit de supprimer la prison pour les usagers mais met en place un important arsenal répressif.

Ce texte prévoit une amende de 5e catégorie pour les usagers de drogues (jusqu'à 1 500 euros) et toute une palette de sanctions. Selon plusieurs des membres du "Groupe interparlementaire de refus de la banalisation de la drogue" (UMP-UDF), sont envisagées : la restriction de l'usage de chèquiers, la suspension du permis de conduire, l'immobilisation et la confiscation de véhicules et de téléphones portables. Assurant que ce texte *"ne vise pas les jeunes"*, le sénateur Bernard Plasait, auteur du rapport *Drogue : l'autre cancer*, évoque une indispensable *"sanction éducative"* qui doit être *"systématique"* et la nécessité de *"réaffirmer l'interdit"*. La justice pourrait selon la proposition ordonner un placement *"sous surveillance médicale"* des usagers, *"commander des enquêtes dans leur environnement familial ou professionnel et leur imposer des cures de désintoxication"*. Interrogé par l'AFP sur la manière dont l'initiative avait été accueillie à Matignon, le député UMP Richard Dell Agnola, a répondu qu'il avait *"des raisons de croire que (la proposition) pourrait prospérer"* et qu'elle devrait être examinée à l'automne.

RUSSIE

stupéfiants – nouvelle réglementation

D'après *Libération* du 8 juin 2004, *"en Russie se droguer n'est plus un crime"* en raison d'une nouvelle réglementation *"mise en place en catimini, (qui) vide les prisons mais ne rassure pas les associations"*. Indiquant qu'en vertu de cette réglementation entrée en

vigueur mi mai *"la détention de petites quantités de drogue allant jusqu'à dix doses usuelles"* n'est plus considérée comme un crime passible d'emprisonnement, mais seulement comme une infraction administrative, passible de contravention ou de quinze jours maximum de détention administrative, le journal précise qu'il est désormais possible de se promener en Russie avec jusqu'à *"20 grammes de marijuana, 5 grammes de haschisch, 1,5 gramme de cocaïne, un gramme d'héroïne ou 0,003 gramme de LSD sans risquer plus qu'une amende"*.

Le quotidien souligne qu'actuellement les prisons russes compteraient 300 000 prisonniers poursuivis pour possession ou trafic de drogue, et que le nombre de toxicomanes est officiellement estimé à 4 millions.

"Poutine s'éloigne de la ligne américaine" affirme *Libé*, qui souligne *"qu'en ratifiant les conventions de l'ONU les pays s'engagent à ne légaliser aucune substance classée, chacun restant libre de fixer la nature des sanctions"*. D'après Tony White, ancien haut responsable de la lutte antidroque à l'ONU, *"la nouvelle politique russe respecte les conventions, mais elle sera mal accueillie par les agences des Nations unies qui soutiennent toujours servilement la guerre américaine à la drogue"*. Le quotidien, qui observe toutefois que *"les textes en vigueur dans les pays de l'UE, à l'exception du Portugal, prévoient toujours la prison pour détention (...), faisant ainsi de la Russie l'un des pays les moins répressifs d'Europe"*, juge que *"le plus étonnant"* dans cette affaire *"est le silence qui l'a entourée"*.

ONU DC

Rapport mondial des drogues 2004

Le rapport mondial des drogues publié par le bureau des Nations unies contre la drogue

et le crime (ONUDC) est paru fin juin.

Selon ce rapport, quelques 185 millions de personnes prenaient des stupéfiants dans le monde en 2003 contre 180 millions dans les années 90, le cannabis étant la drogue la plus répandue (150 millions de consommateurs); la consommation de cannabis *"s'étend à un rythme qui va s'accroissant"* et les opiacés constituent toujours le problème de santé publique le plus grave.

Selon le rapport, au cours de la dernière décennie les quantités de drogues saisies ont augmenté, le cannabis représentant 99 % des prises en Afrique, la cocaïne 31 % des prises en Amérique du Nord et du Sud et les opiacés 43 % des saisies en Afrique.

Le rapport fait aussi état d'un *"nombre record"* de laboratoires de drogues synthétiques démantelés, soit 11 900 en 2002, la presque totalité se trouvant en Amérique du Nord. Didier Jayle, président de la Mildt, s'est félicité, lors d'une conférence de presse à Paris le 28 juin, que le rapport compare *"pour la première fois le tabac avec les drogues illicites"*. Selon ce rapport, l'usage de drogue touche moins de 5 % de la population mondiale alors que le tabac en touche 30 %. Bernard Frahi, directeur des opérations de l'ONUDC, qui commentait ce rapport aux côtés de Didier Jayle, a ajouté que *"les morts liées au tabac sont 25 fois supérieures aux morts liées à la drogue"*.

DERNIÈRE MINUTE

Focus sur le dosage du cannabis en Europe

Le cannabis devient-il de plus en plus fort ? L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies publie un rapport portant sur l'évolution de la concentration du cannabis en Europe (www.emcdda.eu.int/index). La mesure du dosage en THC pose des problèmes méthodologiques (formes

différentes; hétérogénéité des concentrations dans le même échantillon; déperdition naturelle avec le temps; techniques d'échantillonnage et d'analyse mal standardisées).

Néanmoins, l'étude de l'OEDT fait apparaître une stabilité des concentrations depuis plusieurs années autour de 6-8 % de THC.

En revanche, les produits issus de l'auto-culture sont le plus souvent fortement dosés. Ils sont rares, sauf aux Pays-Bas, mais leur part relative pourrait croître. Le rapport recommande donc de suivre cette évolution et celle des comportements d'usage, (en particulier les doses consommées), afin de mieux appréhender l'impact potentiel des produits forts sur la santé des usagers. En France, compte tenu de l'importance de cette problématique, l'OFDT met actuellement en place, à la suite d'une concertation interministérielle, une étude de faisabilité d'un dispositif de surveillance du cannabis. Relié à Sintès (Système d'information dédié jusqu'ici à la surveillance des drogues de synthèse) dont il s'inspire pour son fonctionnement, il permettra de collecter du cannabis auprès des usagers; de l'analyser (taux de THC, produits de coupe); de recueillir des informations au moyen d'un questionnaire (appellation, prix, quantité consommée, usage, problèmes rapportés...).
MERCİ À ISABELLE GIRAUDON



Édito

Directeur de la publication
Antonio Ugidos

Rédacteur en chef
Gilles Pialoux

Secrétaire de rédaction
Mélanie Heard

Comité de rédaction
Florence Arnold-Richez
Betty Azocar
Mustapha Benslimane
Catherine Caron
Clotilde Genon
Marie Jauffret-Roustide
Jimmy Kempfer
France Lert
Éric Malapert
Pierre Poloméni
Brigitte Reboulot
Aude Segond
Marianne Strogenko
Agnès Sztal

Gestion
Amanda Baptista
Natalia De Oliveira
Secrétariat
Anne-Sophie Woreth

Conception graphique
Sylvain Enguehard
Réalisation
Céline Debrenne
Impression : 4M Impressions
Dépôt légal : à parution
ISSN : 1277-7870
Commission paritaire : en cours

SWAPS
Tour Maine-Montparnasse
BP 54
75755 Paris cedex 15
Téléphone : 01 56 80 33 51
Fax : 01 56 80 33 55
swaps@lecrips.net

Édité par l'association PISTES
(Promotion de l'Information
Scientifique, Thérapeutique,
Épidémiologique sur le Sida).

Avec la participation des
Centres régionaux
d'information et de prévention
du sida :



Avec le soutien
du laboratoire



et de la Mission
Interministérielle de Lutte
contre la Drogue et la
Toxicomanie.

La dernière édition de *Swaps* annonçait les premiers États généraux de la substitution ; cette livraison revient sur cette expérience innovante, et sur la première Conférence de consensus sur la substitution qui a suivi. L'occasion de rendre hommage dans nos colonnes à l'idée d'une expertise du vécu, et d'une vraie alliance entre considérations thérapeutiques et expérience intime de la dépendance. L'énergie novatrice, et l'attachement à promouvoir l'alliance et le consensus, sont aussi à l'honneur dans ces pages à travers une analyse de l'expérience de panel citoyen mise en place dans le quartier Stalingrad à Paris, une expérience que *Swaps* tenait à saluer.

Tant il est vrai qu'il n'y a pas de réflexion sur la prévention des addictions sans une attention authentique à ce qui détermine l'environnement des usagers. L'idée vaut aussi – le numéro précédent s'était attaché à le montrer – pour la prévention de la consommation d'alcool, et, c'est l'objet ici de plusieurs articles, pour le tabac. Donner les moyens aux consommateurs de prendre en charge leur santé, et pour cela modifier l'environnement social et familial pour changer de regard sur le tabac : telle est l'ambition à se fixer, à la lecture du Rapport mondial sur les drogues de l'ONU qui vient de paraître, et qui place le tabac au rang de première drogue mortelle. Changer l'environnement donc, avec pour seul mot d'ordre un souci sincère d'informer, pour ajuster les représentations au réel. Et, à en croire une étude récente de l'OEDT, en matière d'ajustement, la route est longue... : car non, les joints d'aujourd'hui en Europe ne seraient pas plus dosés en THC que ceux des *seventies* – ... ou comment le réel manque parfois d'égards pour nos fantasmes.

ANTONIO UGIDOS, MÉLANIE HEARD