

DOSSIER

## Les conduites addictives

<b>De la toxicomanie aux conduites addictives</b>	<b>2</b>
Une approche par les comportements qui permet de construire des politiques préventives, soignantes et de réhabilitation cohérentes	
<b>Les produits : tendances</b>	<b>3</b>
<b>Les usages à risques</b>	<b>3</b>
Le risque est déterminé par les propriétés du produit et surtout par les modalités de consommation.	
<b>Repères chiffrés</b>	<b>3</b>
Les usagers de drogue pris en charge par le système de soin : une population plus âgée qui consomme moins d'héroïne qu'il y a 5 ans.	
<b>Le point de vue de l'anthropologue</b>	<b>4</b>
<i>Dr Francis Saint Dizier</i> "Chaque génération invente sa contre culture et le produit qui va avec."	
<b>Le point de vue du juriste</b>	<b>4</b>
<i>Nathalie Cambillau</i> Une légalisation du cannabis impossible dans le cadre de la convention internationale sur les stupéfiants de 1961 mais une marge de manoeuvre pour la dépénalisation.	
<b>Entretien avec</b>	<b>5</b>
<i>Serge Escots, anthropologue, coordonnateur du Programme TREND à Toulouse pour l'OFDT</i> Une tendance à la diversification des produits consommés et à l'extension de leur diffusion au sein des groupes d'usagers.	
<b>Regards croisés</b>	<b>6</b>
Opinions et expériences d'acteurs d'horizons divers concernés par les conduites addictives.	
<b>Expériences</b>	<b>9</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A Rodez, le CASAP, un centre d'accueil et de soins pour les pharmaco-dépendants.</li> <li>• En Ariège, un dispositif unique dans le champ des addictions.</li> <li>• A Montauban, une équipe de liaison d'addictologie, quelques réflexions à partir d'une expérience</li> </ul>	

LA VIE DE LA SANTÉ PUBLIQUE  
EN MIDI-PYRÉNÉES

Journées Régionales de Santé Publique	<b>10</b>
A l'écoute	<b>11</b>
Reçu au centre de documentation	<b>12</b>



*Il y a bientôt vingt ans, lors du lancement de la politique communale de Prévention de la Délinquance, la préoccupation majeure des municipalités concernait la prévention des toxicomanies et la capacité des professionnels à aller à la rencontre des personnes toxicomanes et de leur famille.*

*Ainsi, la Ville de Toulouse lançait les premières expériences d'"adultes relais" pour développer des actions de prévention au sein des établissements scolaires et dans les quartiers. Actuellement, la consommation d'alcool, de tabac et de drogue apparaît comme un comportement largement répandu chez les adolescents.*

*L'adolescence est l'âge de la découverte, de la recherche d'indépendance et de l'affirmation de la personnalité. A cet âge, l'expérimentation et la consommation de différentes drogues sont souvent considérées comme des comportements normaux. Il s'agirait presque de rites de passages de l'enfance vers l'âge adulte, d'une recherche de reconnaissance par les pairs.*

*Si une grande partie des adolescents font l'expérience des drogues, pour le moment, heureusement, un nombre limité d'entre eux deviennent réellement dépendants. Mais les adolescents restent une cible très fragile et il ne faut pas relâcher notre vigilance pour éviter une évolution dramatique.*

*Il faut donc dissocier l'initiation de la consommation abusive de drogues. Les facteurs favorisant l'une ou l'autre de ces attitudes sont de deux ordres : individuels et environnementaux.*

*Les axes de travail de la prévention des conduites d'essai doivent s'inscrire dans un schéma global de santé, en transversalité avec l'ensemble des actions de prévention vers les publics à risque.*

*Dans ce cadre, les actions pourraient mettre en avant la prévention des conduites d'essai, tout en rendant l'adolescent acteur de sa prévention.*

*La municipalité au côté de la Communauté d'Agglomération du Grand Toulouse entend s'inscrire dans ces nouveaux programmes d'intervention.*

*Chaque acteur, qu'il soit politique, institutionnel, professionnel, citoyen doit contribuer à de véritables plans d'actions concertés articulant éducation, prévention, prise en charge et soutien aux personnes les plus fragiles.*

**Françoise de VEYRINAS**  
1er Maire Adjoint de Toulouse,  
Chargée des Affaires Sociales,  
Ancien Ministre

# Les conduites addictives

*Les spécialistes s'accordent pour affirmer que plus que la nocivité intrinsèque des produits, c'est leur mode de consommation qui en détermine la dangerosité. De fait, les modes de consommation ont évolué : rapprochement drogue/médicament, banalisation de l'usage de cannabis, polytoxicomanie...*

*Vecteur Santé a voulu faire le point sur les comportements addictifs dans la région et savoir comment l'évolution de la notion de toxicomanie vers celle de conduites addictives se traduisait sur le terrain. Quelles stratégies en matière de prévention ? de conduites à tenir ?...*

## De la toxicomanie aux conduites addictives

*Ces trente dernières années ont été marquées par des changements dans les comportements de consommation liés à plusieurs phénomènes :*

- *Des rapports scientifiques ont mis en évidence le fait que la dépendance aux drogues licites telles que le tabac et l'alcool a été sous estimée, alors que certaines drogues illicites comme le cannabis s'avèrent moins nocives et entraînent une dépendance moindre ; ces constats ont induit des changements de représentation dans une partie de la population et contribué également à l'érosion du consensus sur l'interdit de certaines drogues illicites.*
- *Des phénomènes de société tels que le consommérisme, l'individualisme, le désir de se surpasser ont entraîné un brouillage de la frontière entre la fonction thérapeutique du médicament et une fonction d'amélioration des performances ou bien d'aide face aux aléas de la vie, rapprochant ainsi drogue et médicament.*
- *Enfin l'apparition du SIDA a fait évoluer le champ de la toxicomanie ; la politique de réduction des risques a modifié la place des usagers de drogue sur le terrain social.*

### De l'approche par produit à l'approche par comportement

Le concept de conduite addictive succède à celui de toxicomanie qui était une approche par produit : l'alcoolique, l'héroïnomanie... Cette conception reposait sur la seule théorie de l'intoxication : on pensait que la rupture avec la consommation antérieure et le maintien de l'abstinence suffisaient pour réinscrire les personnes dans une démarche de santé ; cela a conduit à fragmenter les politiques : l'alcoolisme, le tabagisme, la toxicomanie relèvent de dispositifs distincts. Cette approche est apparue réductrice aux scientifiques et aux intervenants, ce qui a conduit la MILDT à développer une autre approche, celle de "consommation de substances psychoactives" et de "conduites addictives", basée sur plusieurs constats :

- S'il ne faut pas nier la spécificité de chaque produit, ils ont tous en commun d'agir sur le système nerveux et de déclencher une pharmacodépendance, et lorsque la conduite de

dépendance est installée, elle est identique dans son infrastructure neuro-biologique et dans son expression comportementale quel que soit le produit qui l'a induite.

- Les consommateurs sont le plus souvent des polyconsommateurs, soit de façon concomitante soit de façon séquentielle.
- Plus que la dangerosité intrinsèque du produit, c'est le mode de consommation qui en fait la dangerosité. La consommation de substances psychoactives n'entraîne pas toujours des dommages ; plusieurs facteurs interfèrent : la nature du produit, les modalités de consommation, la personnalité du sujet, l'environnement, la présence ou non de consommations associées... Les conduites addictives sont des modes de vie qui ont certes, trait à la santé mais aussi à la vie économique, à la culture, à la morale ou à l'éthique.

### Usage, usage nocif et dépendance

Le Plan de Lutte contre la Drogue et de Prévention des Dépendances

mis en place en 1999 tenant compte de ces évolutions, distingue trois types de comportement de consommation : l'usage, l'usage nocif et la dépendance. Le recours à cette triple approche permet de construire des politiques préventives, soignantes et de réhabilitation, cohérentes et au plus près de la diversité des phénomènes observés. Néanmoins une politique efficace implique de prendre en compte les dommages induits par chaque produit, et leur statut social. En effet, l'action préventive dépend de la place économique et de la dimension socioculturelle que tient, dans une société donnée, le produit addictif : "boire, fumer ou se shooter" n'est pas intégré de la même façon dans notre société et donc n'est pas vécu par le sujet lui-même et son entourage de la même façon.

■ **L'usage** est défini comme une consommation de substance psychoactive n'entraînant pas de dommages ou de complications et donc ne relevant pas d'une problématique pathologique nécessitant des soins.

La consommation socialement réglée est liée au refus, à la tolérance ou à la valorisation d'une substance par la société (comme, en France la place sociale du vin).

Cependant, le fait de penser qu'il puisse y avoir un usage réglé de substances psychoactives n'entraînant pas forcément de dommages est loin d'être partagé par tous ; ce n'est le cas, en France, ni de l'ensemble de la population ni de la plus grande partie des experts : cela fait l'objet d'une grande controverse scientifique, politique et culturelle.

Vis à vis de l'usage simple, la politique à mettre en place est du ressort de la prévention primaire et de l'éducation pour la santé, en s'appuyant sur les représentations sociales, culturelles et morales du phénomène que l'on souhaite modifier selon trois axes :

- rendre la personne capable de ne

pas consommer car la consommation présente un risque (drogues illicites, tabac)

- rendre la personne capable de gérer une consommation sans encourir de risques (alcool, médicaments)

- faire que le comportement de consommation n'évolue pas vers l'usage nocif et la dépendance.

■ **L'usage nocif** est caractérisé par une consommation de substances psychoactives susceptible d'induire des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux, soit pour le sujet lui-même, soit pour son environnement proche ou plus lointain, les autres, la société, sans référence au caractère licite ou illicite du produit.

Dans le cas de l'usage nocif, les consommateurs n'ont pas recours au système de soin, en première intention pour leur comportement de consommation mais pour les dommages induits. Cela nécessite donc qu'un très grand nombre d'acteurs sanitaires et sociaux soient sensibilisés et oeuvrent ensemble et en collaboration avec les intervenants des actuels dispositifs spécialisés.

■ **La dépendance** est l'impossibilité pour le sujet de s'abstenir de consommer ; les activités sociales, occupationnelles ou de loisir, sont abandonnées ou réduites en raison de l'utilisation de la substance : toute la vie du sujet s'organise autour de sa consommation. Il s'agit d'un trouble mental devant être considéré au travers de ses caractéristiques biologiques, psychologiques, sociales, culturelles et éthiques, comme tous les troubles mentaux. Le comportement de dépendance nécessite une prise en charge sanitaire et sociale spécifique par des structures et des personnes ayant compétence en ce domaine, quelle que soit la ou les substances qui ont induit la dépendance. ■

cf documents utilisés pour la rédaction de ce texte p. 12

## Les produits : *tendances*

- L'alcool est la substance psychoactive la plus consommée en France. En 2000, parmi les adultes de 18 à 75 ans, 21% en consomment tous les jours et 9% ont un risque de dépendance.
- L'usage quotidien de tabac concerne 33% des hommes et 26% des femmes. Les évolutions récentes montrent que si la consommation des hommes diminue, celle des femmes et des plus jeunes (14-18 ans) augmente.
- La consommation au moins hebdomadaire au cours du semestre écoulé de médicaments psychotropes concerne 9% des adultes. Elle est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes.
- Le cannabis est fréquemment expérimenté et ce particulièrement chez les plus jeunes (plus de la moitié des 18 ans en 2001). En 2001, il est estimé qu'environ 14,0% des garçons et 4,4% des filles de 18 ans ont un "usage potentiellement problématique".
- Selon une estimation faite en 1999, il y aurait, en France, entre 150 000 et 180 000 usagers d'opiacés ou de cocaïne "à problèmes", dont la moitié bénéficie aujourd'hui d'un traitement de substitution. Cependant, l'usage de cocaïne est en progression. En conséquence, l'usage d'héroïne se stabilise et l'injection intraveineuse, à l'origine des principaux dommages sanitaires, devient moins fréquente.

Source : Drogues et dépendances. Indicateurs et tendances 2002 - OFDT

## Les usages à risques

### ■ La consommation dans certaines situations : le risque situationnel

Le risque est déterminé par, d'une part les propriétés pharmacologiques du produit, d'autre part les modalités de la consommation, en particulier les situations où a lieu la consommation : on pense ainsi tout particulièrement aux tâches nécessitant une bonne maîtrise psychomotrice (conduite automobile, conduite d'engins, tâches professionnelles), mais aussi par l'organisation de la personnalité du consommateur, facilitant, par exemple, la prise de risque ou des comportements agressifs.

### ■ La consommation selon certaines modalités : le risque quantitatif

Certaines modalités de consommation sont fortement corrélées à l'apparition de dommages, et aux risques d'abus et de dépendance :

- la consommation précoce
- le cumul des consommations de substances psychotropes
- la consommation à visée auto-thérapeutique : l'usager recherche un effet anxiolytique ou antidépresseur ; ces consommations sont le plus souvent solitaires
- la consommation à visée de "défonce" : conduites d'excès dans lesquelles l'effet recherché est celui d'une ivresse massive, d'une anesthésie
- la répétition de ces modalités de consommations, avec un argument de fréquence, de perte de contrôle et en insistant particulièrement sur la consommation matinale.

#### **Le problème des consommations festives et de l'ivresse.**

Il peut être difficile de différencier une consommation festive, hédonique, apportant du plaisir, la sociabilité et une ivresse psychotrope nocive. C'est la très forte valorisation de ces consommations festives qui rend difficile la définition, le repérage et le diagnostic des ivresses psychotropes "pathologiques". Lorsque les ivresses sont précoces, répétées, associant plusieurs produits à visée d'anesthésie ou de "défonce" massive, il est alors légitime de considérer qu'il s'agit de consommations pathologiques, différentes de la simple euphorie festive.

### ■ La consommation au-delà de certaines quantités

Source : Usage nocif de substances psychoactives. Pr M. Reynaud

## Définitions

**Substances psychoactives :** Elles modifient la manière de se percevoir et de percevoir le monde. Elles ont une action sur le système de récompense et les sécrétions de dopamine qui provoque l'expérience de plaisir et les rend capable de provoquer la répétition des conduites de consommation et in fine de dépendance. (source : Pr JP Parquet)

**Conduites addictives :** Ensemble des modalités de consommation de l'ensemble des substances psychoactives. (source : Pr JP Parquet)

**Addiction :** Impossibilité répétée de contrôler un comportement de consommation de substance (ou une pratique) et la poursuite de ce comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives. (source : Pr M. Reynaud)

## REPERES CHIFFRES

### Les usagers de drogue pris en charge par le système de soins en Midi-Pyrénées

#### Methodologie

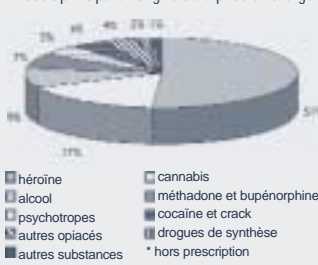
En novembre 2001, environ 1100 usagers de drogue ont eu recours aux structures sanitaires et sociales de Midi-Pyrénées, soit 2,4 fois plus qu'il y a 10 ans. C'est une population essentiellement masculine, qui a globalement vieilli depuis 1997. La consommation d'héroïne diminue mais continue d'être à l'origine de près de la moitié des prises en charge. Le cannabis est le second produit de demande de prise en charge.

L'enquête, réalisée un mois donné, en novembre, concerne les toxicomanes qui ont recours aux établissements du domaine sanitaire et social (centres de soins spécialisés pour toxicomanes, établissements sanitaires, établissements sociaux non spécialisés, centres d'hébergement et de réadaptation sociale et clubs et équipes de prévention).

Est définie comme personne toxicomane "toute personne dont la consommation de produits licites détournés de leur usage normal ou de produits illicites a été prolongée et régulière au cours des derniers mois".

Elle ne permet pas d'estimer la prévalence de la toxicomanie en population générale puisque d'une part l'enquête ne couvre pas la totalité de l'offre de soins et que d'autre part, certains usagers de drogues illicites n'ont aucun contact avec les structures de soins.

Produit principal à l'origine de la prise en charge



#### Des usages différents selon l'âge

La consommation des toxicomanes les plus jeunes se différencie de celle des plus âgés. Les moins de 25 ans font davantage usage du cannabis (45% de leur consommation de drogues) et des drogues de synthèse (11%), notamment l'ectasy ; les plus âgés consomment davantage d'opiacés (environ 25% des consommations, y compris l'héroïne, contre 12% chez les plus jeunes), d'alcool (22% contre 12%) et de psychotropes (près de 20% contre 13%).

#### Une polytoxicomanie dans un cas sur deux

La fréquence des associations varie selon le produit considéré. Le cannabis, en raison de son poids global dans les consommations apparaît largement lié à toutes les substances, ce qui ressort dans le tableau des cinq associations les plus fréquentes :

- Cannabis et alcool . . . . .29%
- Cannabis et benzodiazépines . . .9%

- Cannabis et héroïne . . . . .7%
- Alcool et benzodiazépines . . . .7%
- Héroïne et cocaïne . . . . .6%

#### Plus d'un toxicomane sur deux suit un traitement de substitution

La part relative des patients sous traitement de substitution a augmenté de 15 points entre 1997 et 2001 pour atteindre 56%. Ce sont les traitements de méthadone qui ont progressé : 31% des toxicomanes accueillis en établissement suivent ce traitement en 2001 contre 14% quatre ans plus tôt.

Parmi les patients sous traitement de substitution, 65% ont consommé des drogues au cours des trente jours précédant l'enquête.

Les plus fréquemment consommées sont, par ordre décroissant, le cannabis (39%), l'héroïne (17%), l'alcool (13%), les benzodiazépines (8%), mais aussi le subutex et la méthadone sans prescription médicale (resp. 7% et 5%). ■

Pour en savoir plus : Flash Info DRASS, n°23



### Le point du vue de l'anthropologue

● **F. Saint-Dizier**, anthropologue, praticien hospitalier à l'hôpital J. Duing

L'histoire et l'anthropologie nous montrent que l'expérimentation des substances psycho-actives est présente depuis les débuts de l'histoire de l'humanité, notamment au moment du passage de l'enfance à l'âge adulte, dans cette cérémonie rituelle qui fonctionne comme épreuve d'initiation et comme rite d'inclusion. Il existe dans nos sociétés contemporaines des persistances de ce mode d'usage comme le montre dans l'Europe méditerranéenne l'apprentissage du boire et même du trop boire. A l'occasion des fêtes calendaires et familiales les premiers verres d'alcool sont donnés aux garçons par leurs aînés dans un rituel trans-générationnel qui fait partie de la construction culturelle du masculin et du passage vers l'homme adulte.

Le regard anthropologique permet de percevoir un autre mode de consommation des psychotropes par les jeunes : celui de l'opposition générationnelle. Venue le plus souvent du monde artistique, cette pratique oppose la substance culturellement valorisée à celle des parents. Par exemple le haschich des hippies contre le pastis des militaires coloniaux dans les années soixante. Ainsi chaque génération va inventer sa contre culture et le produit qui va avec : les amphétamines des rockeurs, le cannabis des hippies, l'héroïne des punks, l'ecstasy et la cocaïne de la techno génération etc. Il est intéressant de constater que les produits valorisés à l'heure de la mondialisation consumériste et capitaliste sont des psychotoniques augmentant les performances.

Une troisième remarque pour la réflexion et la compréhension de ceux qui entrent en adolescence : pour se constituer comme adultes les jeunes du début du XXI<sup>e</sup> siècle ne peuvent plus imiter le parcours de leurs mères ou pères. Les filles ne veulent surtout pas être comme leurs mères confinées dans les tâches ménagères et "l'élevage" des enfants, les garçons sont souvent en échec s'ils se contentent d'imiter les représentations les plus machistes du masculin qu'ont utilisées leur père. Cette obligation d'inventer leurs modèles, spécifique de la modernité, est difficile et marquée par des ratages. L'utilisation journalière et excessive des drogues les plus courantes (alcool, cannabis, tranquillisants) comme anesthésiques ont cet effet paradoxal : revendiquées au départ comme opposition au mode festif parental elles deviennent dans ce cas l'élément essentiel de la stagnation et de l'exclusion du groupe des pairs en devenant vers l'âge adulte. ■



### Le point du vue du juriste

● **Nathalie Cambillau**,

doctorante en droit public, Centre de Recherches en Droit de la Santé Publique, UT1

La problématique de la consommation des produits psychoactifs fait l'objet d'un traitement juridique différencié et mal adapté. En effet, même si la MILDT a mené depuis 1999 des politiques publiques intégratives, la réalité juridique reste encore nettement insuffisante pour une approche pragmatique du problème. Il est scientifiquement reconnu que la classification entre "drogues licites" (tabac, alcool, psychotropes) et "drogues illicites" (héroïne, cocaïne et cannabis) est non fondée. Au contraire, le tabac engendre une véritable catastrophe sanitaire, et l'alcool est considéré comme l'égal en dangerosité de la cocaïne et surtout de l'héroïne, produits hautement psychoactifs. Le cannabis est, parmi tous ces produits, celui qui aurait des effets psychoactifs moindres.

Concernant le tabac et l'alcool, la loi Evin de 1991 a bien mis l'accent sur leurs dangers et posé des interdictions (la consommation de tabac dans les lieux publics et collectifs est interdite de principe, la publicité en faveur du tabac est totalement prohibée et la publicité concernant l'alcool est fortement réglementée mais concernant le cannabis, la loi de 1970, toujours applicable, ne tient aucun compte des éléments de santé publique. La consommation de cannabis chez les plus jeunes en particulier, la dureté de la loi, qui fait du consommateur un délinquant, posent un réel problème de société. La protection des plus jeunes passe-t-elle par une légalisation contrôlée, mettant pour le moins un terme au trafic exponentiel de cannabis, et à son entrée dans les collèges, ou au contraire, par un durcissement de la répression ?

#### L'origine de la classification

Quelques éléments de clarification sont nécessaires à l'appréhension du problème. En effet, la prohibition du cannabis n'est pas d'inspiration française, elle se situe au plan du droit international, fruit de la politique anti stupéfiants menée par les Etats-Unis depuis les années 30. La France est donc signataire, avec 149 Etats, des deux conventions internationales relatives aux substances stupéfiants, la convention unique sur les stupéfiants de 1961, et la convention de Vienne sur les psychotropes de 1971. La plante cannabis est visée par la convention unique qui répartit les substances visées selon le critère de la possibilité d'usage thérapeutique. Les substances ayant des effets thérapeutiques peuvent être contrôlées mais ne sont pas a priori prohibées, au

contraire les substances dépourvues d'effets thérapeutiques doivent être frappées de mesures de prohibition. Le cannabis n'ayant pas d'effet thérapeutique reconnu, il figure dans la liste des substances particulièrement dangereuses et interdites (héroïne, cocaïne, LSD). Cette classification ne reconnaît donc pas la distinction entre "drogues dures" et "drogues douces", et ignore le tabac et l'alcool, en contradiction avec les autorités scientifiques.

#### La marge d'interprétation de la convention unique de 1961

L'aspect le plus mal connu de ce traité est la portée réelle des obligations qui pèsent sur les Etats. En effet, si la convention impose expressément aux Etats d'organiser une prohibition globale concernant le commerce, la distribution, l'importation, l'élaboration et la culture du cannabis, les Etats disposent d'une marge non négligeable d'interprétation du traité concernant l'usage et la possession de cannabis.

Le traité fixe une limite infranchissable, la substance doit rester prohibée, et une marge de liberté concernant la répression. L'usage simple de stupéfiants n'est pas expressément prohibé, l'article 33 de la convention vise uniquement la possession, sans distinguer entre la possession pour usage et la possession pour trafic. Le traité vise à maintenir la prohibition de la substance mais n'interdit pas aux Etats de distinguer entre la *possession pour usage*, qui peut ne pas être sanctionnée, et la *possession pour trafic* qui doit impérativement l'être. Il est donc loisible aux Etats signataires de prévoir seulement des sanctions administratives ou de faible gravité, sans suites pénales, pour la possession et l'usage de cannabis.

#### "Légalisation" ou "dépenalisation" du cannabis ?

Si la *légalisation* du cannabis n'est pas envisageable dans le cadre de la convention, la *dépenalisation de l'usage*, c'est à dire l'absence de sanction pénale attachée à la qualification d'usage ou de possession pour usage de cannabis, reste possible. Ainsi, lorsque le problème est évoqué, il s'agit d'envisager comment harmoniser la répression pénale pour les consommateurs de cannabis, jugée trop lourde et en conséquence mal appliquée, et le droit de

la santé qui impose l'accès aux soins des consommateurs de stupéfiants. C'est bien le cadre à travers lequel il faut étudier l'éventuelle *dépenalisation de l'usage* de cannabis, qui est bien juridiquement possible, mais ne conduira jamais, en l'état actuel du droit international du cannabis, à la *légalisation*, même contrôlée, de cette substance qui, pour l'heure, demeure interdite, tant que la France restera signataire des traités relatifs aux substances stupéfiants. ■



### Du côté des écrivains

“ [...] De l'héro, les gens en prennent, deviennent accro au point de piquer les économies de leur maman et de cambrioler des appartements. Après, ils crèvent d'overdose, ils meurent avec des aiguilles plein les bras, ils partagent leur seringue, ils chopent le sida... je connais tout ça par cœur. Il y a des gens qui distillent de l'alcool, il y en a d'autres qui vendent des armes, et il y en a encore d'autres qui font pousser du tabac. Combien y a-t-il de gens qui meurent d'alcoolisme et de tabagisme, comparé à ceux qui crèvent en se camant ?

- L'alcool et le tabac ne sont pas interdits.  
- Et ça changerait quoi ?  
- Ça changerait certaines choses. Jusqu'où, je ne sais pas trop.  
- Peut-être. Mais moi, je vois pas. Dans tous les cas de figure, c'est des trucs dégueulasses. Ça tue les gens, directement ou indirectement. ”

Lawrence Block,  
*La balade entre les tombes*.  
Editions du Seuil, collection Points.

Retrouvez "Vecteur Santé"  
site Internet DDASS/DRASS :  
[www.midipy.sante.gouv.fr](http://www.midipy.sante.gouv.fr)

Si vous souhaitez recevoir

"Vecteur Santé"

Maité Delarue

Tél : 05.62.73.93.29

marie-therese.delarue@sante.gouv.fr

DRASS - 71 bis allées Jean Jaurès

31050 Toulouse cedex



## Entretien Avec Serge Escots

*Anthropologue, chargé d'études à GRAPHITI, coordonnateur du programme TREND (Tendances Récentes et Nouvelles Drogues) à Toulouse pour l'OFDT*

**Vecteur Santé :** Peut-on parler d'émergence de nouveaux produits à Toulouse ?

**Quels en sont les facteurs ?**

**Serge Escots :** Il faut s'entendre sur l'idée de nouveauté. Un produit nouveau peut être soit une première apparition sur le site soit un produit déjà présent et dont nous n'avions pas connaissance. Pour illustrer le premier type de situation, on peut citer la salvia qui est une plante hallucinogène dont les premiers usages connus sur Toulouse remontent au début 2002. En revanche, la kétamine<sup>(1)</sup> est certainement dans le second cas. Car lorsque nous avons établi son existence sur le site dans les années 2000 nous avons déjà un niveau de consommation relativement élevé dans la population fréquentant les structures de première ligne (10% l'été 2001), ce qui donne à penser qu'un usage bien plus ancien existait dans les milieux festifs mais était méconnu. Quoiqu'il en soit, ces usages que l'on considère comme nouveaux ne concernent que des petits nombres d'utilisateurs.

Les phénomènes que nous vivons actuellement et que l'on pourrait définir par une diversification des produits consommés, une extension globale de la diffusion des consommations au sein des groupes d'utilisateurs, des niveaux de consommation plus élevés, sont le prolongement d'un mouvement amorcé en occident dans le début des années 70. La tendance réellement significative est le rééquilibrage des stimulants (cocaïne et amphétamine, métamphétamine) au détriment des opiacés qui eux-mêmes connaissent depuis quelques années maintenant une transformation profonde. Il se confirme un recul de l'héroïne chez ses consommateurs traditionnels au profit de la buprénorphine (Subutex®). Enfin on peut noter, un retour d'intérêt pour les hallucinogènes chez des publics jeunes inscrits ou non dans des usages de type festif.

**V.S. :** Y-a-t-il de nouveaux modes de consommation ?

**S.E. :** L'injection de produit semble moins fréquente de façon générale,

bien qu'à Toulouse les lieux de réduction des risques connaissent toujours un niveau très élevé de distribution de matériel d'injection. Le sniff, l'inhalation à chaud sont valorisés et banalisés dans les espaces festifs que nous pouvons observer, l'injection restant globalement dans ces publics le stigmate de populations en difficultés avec les drogues. Un mode de consommation connaît depuis ces deux dernières années un certain engouement tant auprès de publics jeunes nomades ou en errance urbaine que chez certains anciens héroïnomanes aujourd'hui sous substitution ; on le rencontre également chez des usagers de l'espace festif : c'est une pratique qui consiste à baser la cocaïne en la mélangeant à

du bicarbonate ou de l'ammoniaque et de fumer ou d'injecter le produit obtenu qui en fait s'apparente au crack. Ces consommateurs ne font pas toujours le rapport avec ce produit qui a une très mauvaise image en France. Cette pratique se

répand probablement du fait que la cocaïne est très disponible sur le site de Toulouse. D'autre part, le basage apporte un peu de nouveauté dans un usage de la cocaïne qui est désormais très banalisé et très "démocratisé" dans notre ville chez les usagers de drogues. De plus dans les milieux d'utilisateurs où la drogue est un symbole qui permet d'obtenir un certain "prestige" social, la maîtrise de la transformation chimique du produit confère à son détenteur une certaine reconnaissance. Enfin l'effet pharmacologique est plus puissant que celui de la cocaïne. Du point de vue des populations concernées, on note un rajeunissement des consommateurs de cannabis : l'âge de début est plus précoce et la fréquence de consommation plus élevée chez les jeunes.

La cocaïne et les amphétamines (y compris l'ecstasy) touchent aujourd'hui un public inséré, étudiants, jeunes travailleurs, et moins jeunes de toutes classes sociales. On peut remarquer aussi que des publics très précarisés, en errance urbaine,

jeunes ou moins jeunes, ont recours à une palette de produits bien plus étendue que par le passé pour ce type de public : Subutex®, ecstasy et autres types de produits plus rares si l'occasion se présente.

**V.S. :** La dangerosité vient-elle davantage du mode de consommation que du produit lui-même ? Quelles modalités de consommations qualifieriez-vous de dangereuses ? Qu'en est-il dans ce cadre des consommations dites "festives" ?

**S.E. :** Aucune consommation n'est anodine même si les risques peuvent être statistiquement réduits. Une consommation ponctuelle sur un terrain somatique ou psychique fragile peut avoir des conséquences sanitaires dommageables (trouble cardiaque, bad trip, décompensation, dépression). Cependant, lors des grands rassemblements technos, le nombre d'incidents sanitaires rapporté au niveau de consommation indique que les risques bien qu'existants restent faibles. Le contexte, la motivation, le mode d'usage, constituent les réels enjeux

de la dangerosité des drogues. Les consommations dites festives peuvent générer des dommages de différentes manières, selon les conditions environnementales : consommer des drogues dans la nature avec une infra structure adaptée à l'usage ou en boîte de nuit où, pour des raisons compréhensibles dues à la prohibition, les responsables d'établissements sont obligés de se comporter "comme si il n'y avait pas de consommation", pose la question des risques de manière très différente. Cependant, le fait de créer des conditions favorables encourage la consommation.

Prenons le Subutex®, c'est un médicament qui à priori en usage thérapeutique a peu d'effets secondaires hormis une sévère pharmacodépendance ; pris en injection ou mélangé à d'autres substances (alcool, benzodiazépines), le niveau de risque devient sans commune mesure.

Du point de vue des risques, signalons aussi l'usage criminel de certains produits tels que le GHB ou les benzodiazépines utilisés à des fins de soumission sexuelle ou de vol. Un faisceau de présomptions sur l'usage en contexte festif de GHB en vue d'obtenir des relations sexuelles non consenties, nous pousse à considé-

rer cette hypothèse comme hautement probable, bien qu'à un niveau de diffusion inconnu.

**V.S. :** Qu'évoque pour vous la notion "d'usage individuel et socialement réglé" et celle "d'usage nocif" ? Les réponses sont-elles les mêmes quel que soit le produit ?

**S.E. :** Dans un modèle strictement théorique, on pourrait le penser. Dans la réalité que signifie un usage de cocaïne, d'héroïne ou de kétamine individuellement et socialement réglé dans une culture où il existe une pénalisation des consommations ?

Il semble que certaines personnes puissent avoir ce type d'usage sur des périodes plus ou moins longues, et que la sortie par changement de mode de vie sociale (couple, enfant, autre projet professionnel, etc.) mettent un terme de façon radicale ou progressive à ces périodes d'usage

apparemment "maîtrisé". Sur des périodes longues, l'absence de sortie de ce type de consommation conduit quasi inéluctablement à des problèmes d'addiction ou de toxicomanie ou encore à des troubles psychiques graves.

Je crois que ces distinctions des usages faites par la MILDT participent d'une approche qui souhaite mettre l'accent sur l'usage et non sur le produit. Ceci est conforme à un certain nombre de constats scientifiques qui font consensus.

Cependant, la limite de ce raisonnement qui reste globalement valable, c'est que les drogues ne se valent pas, le free base (cocaïne basé, crack) n'est pas de l'ecstasy, l'héroïne n'est pas le cannabis, la kétamine n'est pas un champignon hallucinogène, les usagers l'apprennent vite et modifient le choix des produits qu'ils consomment ou développent une certaine maîtrise du produit. Certaines personnes qui, du fait de leur histoire psychique ou sociale, n'ont pas les ressources internes ou environnementales pour opérer ces choix rencontrent des problèmes liés à l'usage nocif ou à la dépendance.

**V.S. :** De plus en plus de personnes consomment des médicaments psychotropes pour aider à supporter les problèmes de la vie ou bien optimiser leurs performances... Pensez-vous que ce type de consommation est une donnée culturelle de notre société

**"Aucune consommation n'est anodine même si les risques peuvent être statistiquement réduits"**

suite de la page 5

moderne, à l'instar dans d'autres sociétés, de la consommation de coca ou de khat ? Faut-il l'accepter, intervenir... ?

**S.E. :** Comment pourrions-nous ne pas voir que le recours aux psychotropes est inscrit dans la trame même de notre société contemporaine et de ses métaphores neuronales. Comme me disait une jeune "teuffeuse" "nous on est du XXI<sup>ème</sup> siècle, de l'ère électronique : mon cerveau c'est ma machine", inutile de dire qu'elle revendiquait un usage important de drogues de synthèse diverses et qu'elle liait cela tant à une expérience esthétique que psychique. Ici, l'état de conscience modifié est envisagé au-delà de son aspect festif convivial et groupal comme un moyen de résolution de problèmes existentiels par une extension du champ de la conscience.

Le lien entre psychotrope médicament et usage de drogues est évident. Les deux termes étaient d'ailleurs confondus dans le sens de "remède" avant l'avènement de la modernité. On le retrouve au-delà de l'évolution des courbes de consommation respectives, dans l'anamnèse de nombreux patients qui présentent des antécédents médicamenteux avant l'usage de drogue soit pour eux-mêmes, soit chez leurs parents. Le modèle est identique tant dans le cas du recours aux médicaments psychotropes que dans l'usage auto-thérapeutique des drogues : à une question dans l'existence une réponse par un produit. Si le phénomène est déjà très ancien avec le recours à l'alcool ou à des plantes psychoactives, c'est la signification dans l'ensemble de la mythologie contemporaine qui interroge par son refus des limites du corps et le recours à la molécule au détriment de la parole et du rapport à l'autre.

En revanche, je ne suis pas sûr que la régulation sociétale des psychotropes par la médecine et l'industrie pharmaceutique soit du même registre anthropologique que celui d'un psychotrope régulé par un chamane dans une société traditionnelle. ■

(1) Anesthésiant détourné à des fins principalement hallucinogènes

(3) Gamma OH, anesthésiant détourné soit dans un usage de type "ecstasy" soit à des fins criminelles à l'insu de l'usage

Les documents édités par l'OFDT sont téléchargeables sur le site [www.ofdt.fr](http://www.ofdt.fr)



## ■ John Parlane, animateur de l'association "Vie Libre" en Tarn et Garonne

### "Aider les malades à trouver leurs propres solutions pour vivre heureux sans l'alcool"

L'action de "Vie Libre" s'inscrit dans un partenariat avec l'équipe soignante constituée autour du malade alcoolique ; elle accompagne la personne du sevrage jusqu'à la guérison. Les membres de l'association ne sont pas des professionnels mais des hommes et des femmes qui ont vécu une relation très forte avec l'alcool et qui en sont sortis. Ainsi le but à atteindre n'est pas l'abstinence mais la guérison ; l'abstinence n'est que le début du parcours ; la personne doit ensuite se reconstruire dans un environnement nouveau, sans alcool, et sans avoir besoin de l'association comme nouvelle "béquille" ; c'est un processus de deuil et de renaissance.

Les alcooliques viennent rarement à "Vie Libre" de leur propre initiative, ils sont le plus souvent accompagnés par quelqu'un de leur famille ou des services sociaux ; la démarche est très difficile à faire : l'emprise physiologique de l'alcool est très forte et son poids culturel en France ne simplifie pas les choses. Il y a beaucoup plus d'échecs que de réussites ; il faut être prêt à accompagner le malade dans ses rechutes, l'aider à trouver sa propre solution car notre exemple n'a de valeur que pour nous. Cependant, à "Vie Libre", nous avons un atout majeur : les alcooliques y rencontrent des gens qui les comprennent parce qu'ils ont vécu la même chose qu'eux, des gens qui sont la preuve qu'on peut s'en sortir et vivre heureux ; pour l'alcoolique ça semble inconcevable. Des travaux ont montré que le fait d'adhérer à

# Regards croisés

*Les conduites addictives relèvent certes du domaine de la santé mais aussi de celui de la vie sociale, de la loi, de la morale... Des professionnels d'horizons très divers sont amenés à intervenir dans ce champ. Vecteur Santé a rencontré certains d'entre eux.*

une association d'anciens buveurs multipliait par quatre les chances de guérison.

L'association "Vie Libre" est également sollicitée pour sensibiliser et informer sur les problèmes liés à l'alcool différents publics et en particulier les jeunes scolarisés. Plutôt que d'apporter son témoignage d'ancien buveur, J. Parlane préfère aborder la dépendance de façon différente ; il demande aux adolescents de choisir de s'abstenir pendant dix jours (programme "10 jours sans") d'un produit ou d'un comportement auquel ils sont attachés : ce peut être, écouter de la musique, regarder la télévision, ou bien arrêter de fumer, de manger du chocolat ou toute autre chose à leur convenance ; ils notent quotidiennement leurs "victoires" ou leurs "rechutes". A l'issue de l'expérience le débat peut s'instaurer et alors, c'est de leur dépendance dont il est question ; les jeunes perçoivent de façon très concrète comment une habitude peut devenir une dépendance et combien il est difficile de s'en sortir. Une seule information sur les dangers de l'alcool est inopérante pour des adolescents qui ont besoin de se confronter au danger pour devenir adultes. ■

## ■ Félix Navarro, médecin conseiller technique au Rectorat

### "Faire la part entre les conduites d'essai et les conduites réellement à risque"

Depuis une dizaine d'années, les actions de prévention et d'éducation pour la santé, menées dans les établissements scolaires, ont évolué ; il s'agit de développer une approche globale de l'adolescent, de

l'aider à renforcer ses capacités psychosociales, l'estime de soi, ses facteurs de résilience : toutes les actions concourent à cet objectif quelle qu'en soit la "porte d'entrée" : tabac, alcool, violence. L'entrée thématique est souvent choisie car elle est plus concrète pour le jeune ; il faut savoir cependant, se servir du thème pour aborder ensuite des notions plus larges ; c'est difficile mais beaucoup plus intéressant pour les équipes éducatives.

La prévention des conduites addictives s'inscrit dans cette démarche. L'évolution de la réflexion de la MILDT qui est passée de la notion de toxicomanie à celle de conduites addictives a changé le regard de l'adulte sur les consommations de l'adolescent : entre la non consommation et la toxicomanie, il y a désormais l'usage ; c'est dans cette "zone grisée" intermédiaire que se situent de nombreux jeunes "normaux" ; cette vision est moins manichéenne. La difficulté et l'enjeu pour les éducateurs est d'arriver à faire la part entre les conduites d'essai et les conduites réellement à risque ; les manifestations de ces comportements sont identiques mais ce qui les sous-tend est différent. La conduite d'essai est normale pour un adolescent qui a besoin de tester ses limites ; il fera un certain nombre d'expériences mais n'ira pas au-delà ; c'est vrai même pour le tabac : par exemple beaucoup de non fumeurs ont essayé. Dans ces cas, les actions à mener relèvent largement de l'éducatif, en insistant sur l'approche collective : travailler, par exemple, sur l'ambiance générale de l'établissement en impulsant des projets collectifs de toute nature, sportifs, culturels ou artistiques. A contrario l'adolescent qui a une vraie conduite à risque est celui qui cherche à se faire mal, qui a des pulsions mortifères et suicidaires. La réponse relève alors d'une

prise en charge, du soin, et il est important de savoir repérer les signes d'appel ; seule une formation des adultes en contact avec les jeunes peut aider à ce repérage. Cependant, certains comportements doivent d'emblée susciter l'inquiétude : fumer un joint de cannabis ou être ivre très jeune n'est pas "normal" ; surconsommer régulièrement du cannabis ne l'est pas non plus surtout quand plusieurs types de consommations sont associées : tabac, alcool, cannabis et autres. La recherche du cannabis embolise vraiment la journée de certains adolescents : il faut s'en procurer par des réseaux illégaux, se cacher pour consommer ; cela prend du temps et de l'énergie qu'il vaudrait mieux utiliser à autre chose. Une consultation par un psychiatre est utile, dans tous ces cas là, pour établir un diagnostic. Il faudrait développer les possibilités d'accès rapide à ce type de consultation pour les jeunes ; ce n'est pas encore assez le cas. Enfin, la différence de statut des différentes drogues vis à vis de la loi reste un facteur de confusion pour les jeunes. ■

## Christiane Dupeyron, pharmacienne à Toulouse "La toxicomanie : l'occasion d'un véritable partenariat entre le médecin, le pharmacien et la personne elle-même"

Le pharmacien peut jouer un rôle de prévention et d'éducation pour la santé tout à fait intéressant car il est en contact avec un grand nombre de personnes. A l'inverse du médecin, le conseil donné est gratuit et immédiat. Les gens poussent très facilement la porte de la pharmacie : c'est aussi le cas pour les toxicomanes. Le pharmacien est confronté à diverses conduites addictives :  
1. Des toxicomanes qui se présentent avec des ordonnances de produits de substitution, pour acheter des seringues, ou qui cherchent à se procurer des médicaments pour un usage détourné : arriver à nouer le contact est le premier objectif et il faut du tact pour franchir le "mur de silence" parfois. Si la confiance s'installe, les conseils de prévention

seront mieux reçus : conseils sur la réduction des risques (ne pas partager les seringues...) et sur la santé en général (hygiène de vie, problèmes dentaires) le pharmacien donne également des informations sur les dispositifs existants et peut orienter vers des professionnels avec lesquels il a établi un partenariat. Il est également important de sensibiliser ces toxicomanes à l'intérêt d'un partenariat à trois : le médecin, le pharmacien et la personne elle-même, et ainsi les amener à revenir pour pouvoir agir sur un plus long terme. Depuis quelques années, on constate cependant que cette population est mieux informée, plus prudente, moins agressive et plus sociabilisée ; c'est probablement une conséquence de la politique de substitution ; toutefois, celle-ci ne règle pas la toxicomanie car l'on remplace une dépendance par une autre.

2. Des personnes qui souhaitent arrêter de fumer ; lorsqu'il s'agit d'un achat de patch sans ordonnance, il n'y a pas de vente immédiate : le pharmacien noue le dialogue pour explorer les motivations, le contexte et les quantités de tabac fumées ; au-delà de 30 cigarettes par jour, la personne est orientée vers la consultation spécialisée du CHU de Rangueil ; en deçà, elle est invitée à réfléchir et à revenir ; à la deuxième visite les patchs sont proposés accompagnés d'un léger traitement homéopathique pour aider à supporter le sevrage et un suivi personnalisé est mis en place : le personnel de la pharmacie a été formé pour ces interventions.

3. Une clientèle diversifiée tant au niveau de l'âge qu'au niveau du statut social, qui consomme de façon chronique des médicaments psychotropes. Il s'agit de vraies toxicomanies car ces personnes ont une relation très forte à leur comprimé. Il est très difficile d'intervenir auprès d'elles car elles ont une ordonnance de leur médecin et refusent tout conseil, disant qu'elles sont au courant des risques encourus, en terme de conduite automobile ou en terme d'association avec d'autres médicaments ou de l'alcool ; le dialogue est la plupart du temps impossible à nouer car il n'y a aucune demande tant explicite qu'implicite. Le dialogue est également difficile avec le médecin prescripteur qui vit

l'intervention du pharmacien comme une remise en cause de son acte. Des formations pluridisciplinaires sur ces questions seraient intéressantes pour nouer un vrai partenariat et articuler les interventions de chacun. ■

## Jérôme Boucard, psychiatre au centre Dide, hôpital la Grave à Toulouse

### "Être plus attentifs pour pouvoir intervenir en amont de la dépendance"

L'évolution des politiques menées par la MILDT, caractérisée par le passage de la notion de toxicomanie à celle de conduite addictive n'a fait qu'entériner des pratiques professionnelles qui étaient déjà habituelles. En effet les toxicomanes consomment rarement un seul produit ; ils passent de l'un à l'autre ou bien en associent plusieurs simultanément. De plus le mécanisme de la dépendance est le même quel que soit le produit ; il relève avant tout de la structure psychique du sujet : ce n'est pas la substance qui produit la dépendance.

C'est pourquoi la prise en charge est centrée avant tout sur la personne, son psychisme, son environnement familial, social... Ainsi la notion d'usage et d'usage nocif n'est pas toujours pertinente car les risques liés à la consommation dépendent avant tout de la personnalité de l'individu. Tout usage nocif ne débouchera pas sur une dépendance et a contrario un usage simple doit interpellé dans certaines circonstances. Tout changement de comportement d'une personne vis à vis d'un produit nécessite d'explorer son fonctionnement psychique. Il s'agit en particulier de déterminer la place occupée par la relation au produit au sein de l'économie psychique. Il faut donc prendre en compte, d'une part des facteurs psychodynamiques à la recherche d'une fragilité acquise, et d'autre part des facteurs environnementaux, externes, défavorables et qui, sur un terrain psychologique fragile, peuvent déterminer l'apparition d'une authentique dépendance.

Les professionnels de santé ne sont pas toujours sensibilisés au repérage des signes d'alerte ; en particulier, ils ont souvent tendance à banaliser ou à "ne pas voir" les usages à risque notamment d'alcool ; il faut les former à y être plus attentifs pour pouvoir intervenir en amont de la dépendance.

Une fois la dépendance installée, son traitement et sa prise en charge, sur le versant psychique, étant identiques, il n'y a pas de nécessité d'avoir des structures spécifiques selon le produit. Actuellement elles le sont, mais c'est davantage pour obéir à des contraintes administratives que par logique thérapeutique. Si le lieu peut être le même pour toutes les addictions, le traitement reste individuel, adapté à chaque personnalité, à chaque conduite addictive. La difficulté viendrait peut-être, plutôt des usagers eux-mêmes ; il n'est pas sûr que l'alcoolique accepte de se retrouver dans le même lieu de soin que l'héroïnomanie et vice versa, mais la démarche n'est pas impossible.

En tant que psychiatre, J. Boucard s'inquiète de l'évolution sociétale actuelle qui voit les interdits se déliter, à travers en particulier la banalisation de l'usage du cannabis. Le rapport à la loi s'estompe et la société comme l'individu a besoin de repères pour pouvoir se structurer. ■

## Stéphane Lelong, médecin généraliste à Auzeville (31)

### "Le médecin généraliste est confronté tous les jours à des conduites addictives, avouées ou non"

Remplacer la notion de "toxicomanies" par celle de "conduites addictives", relève du "politiquement correct" ; au même titre que l'appellation de non voyants pour les aveugles. Cette évolution sémantique émane surtout de ceux qui n'ont pas "les mains dans le cambouis". Pour les praticiens de terrain, cela ne change rien. Il faudrait qu'il y ait davantage de ponts fonctionnels entre la santé publique

et la médecine de ville.

Le médecin généraliste est confronté tous les jours à des comportements addictifs, qu'ils soient facilement avoués comme le tabac, ou non (alcool et autres) ; cependant le motif de consultation ne concerne que rarement les conduites addictives qui sont révélées ensuite.

S. Lelong aborde la consommation de tabac quel que soit le motif de la consultation ; il prodigue le "conseil minimum" et propose son aide lorsqu'il y a volonté d'arrêt. Avec une patientèle fidèle, connue de longue date, ces conseils finissent par "payer" un jour, parfois à la faveur d'un événement de vie qui déclenche la décision d'arrêt. Les augmentations du prix du tabac entraînent également, chaque fois, des demandes de sevrage.

Parler alcool est plus compliqué, d'une part parce que la consommation d'alcool engendre moins souvent de dépendance que celle de tabac et qu'il est permis de boire avec modération, d'autre part parce que l'alcoolisme est plus honteux que le tabagisme. Il est donc délicat d'aborder ces questions en l'absence de signes cliniques ou si le motif de consultation est très éloigné de cette problématique ; lorsque le patient est bien connu du médecin, il est plus facile "d'attenter à son intimité" vis à vis de l'alcool. Au minimum, le médecin fait clairement ressentir au patient qu'il peut l'écouter sur un alcoolisme en restant neutre et bienveillant.

Le médecin généraliste est plus désemparé pour apporter des réponses argumentées aux problèmes de consommation de cannabis. Fumer et boire sont de très vieilles pratiques, alors que fumer du cannabis n'est devenu une pratique fréquente que depuis une trentaine d'années. On en connaît mal les risques, il est donc difficile d'avoir des repères en médecine générale. Ce sont surtout les jeunes qui consomment du cannabis, le plus souvent de façon festive ; c'est une forme de rébellion propre à l'adolescence ; ces comportements cessent plus tard ; ils inquiètent les parents qui sollicitent le médecin comme médiateur, ou comme arbitre !

S. Lelong n'a que quelques patients qui ont une dépendance aux médicaments psychotropes. Ce sont la

plupart du temps des personnes qui vivent des situations difficiles et ont recours aux médicaments comme "béquille" pour tenir. Parfois, il y a aussi chez eux une "culture familiale" de recours systématique aux médicaments pour tout problème. Le refus de prescription serait inopérant ; l'important est de maintenir le lien pour faire évoluer le comportement. L'offre de recours médicamenteux s'est développée ces dernières années, elle s'est diversifiée, sophistiquée, alors que parallèlement d'autres types de recours sont en perte de vitesse : aujourd'hui, on consomme moins de religion et davantage de médicaments. Et les médias encouragent cette consommation : publicités pour les aliments et vitamines de toutes sortes censées répondre à toutes les situations (passage d'examen pour les jeunes, aide à la mémoire pour les seniors etc.).

Les politiques menées en matière de toxicomanies sont peu lisibles : certains produits toxicomanogènes sont remboursés par la sécurité sociale ou rapportent à l'État, alors que d'autres sont interdits ; il n'est pas étonnant que la population soit incohérente, elle aussi, dans ses choix. ■

## ■ Dominique Boiron, Vice-procureur au Tribunal de Grande Instance de Tarbes

### "L'injonction thérapeutique : un effet dissuasif et une aide éducative pour les parents"

En matière de lutte contre la toxicomanie, le rôle du procureur est, entre autres, de mettre en œuvre la procédure d'injonction thérapeutique : 50 à 70 sont prononcées chaque année dans les Hautes-Pyrénées, principalement pour usage de cannabis. La Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales est ensuite chargée de s'assurer que les personnes relèvent bien d'un traitement médical et d'organiser le suivi. Le procureur n'est pas en mesure de juger du bénéfice de l'injonction thérapeutique sur la santé de l'individu mais il en voit tout l'intérêt en

terme d'effet dissuasif. En effet la procédure : interpellation, audition, enquête de personnalité, notification de l'injonction... suscite l'inquiétude chez la personne et souvent la promesse de ne pas recommencer ; même si cette promesse n'est pas tenue, l'individu a, au moins, perdu l'illusion qu'il peut tout consommer sans rien risquer. Ainsi, D. Boiron prononce systématiquement une injonction thérapeutique lorsque l'usager interpellé est un mineur ; cela satisfait souvent les parents qui voient cela comme une aide dans leur rôle éducatif. L'injonction thérapeutique permet à la personne d'éviter la condamnation et son inscription au casier judiciaire ; s'il y a récurrence, même pour de simples faits d'usage, c'est la réponse pénale qui sera privilégiée.

La banalisation de la consommation de produits stupéfiants a conduit à un amoindrissement de la loi et un juriste ne peut se satisfaire d'une situation où la loi s'adapte à un état de fait alors que ce devrait être l'inverse. Il est incohérent qu'on réprime maintenant, à juste titre, la conduite d'un véhicule après avoir consommé du cannabis ou des médicaments psychotropes et que parallèlement on atténue le traitement législatif de l'usage de cannabis.

L'information dans les établissements scolaires est utile car le rappel à la loi est important dans un contexte où beaucoup d'adolescents ont une vision erronée du problème. ■

## ■ Philippe Sévère, policier à Albi, formateur anti drogue

### "La plus grande inquiétude actuellement vient de l'émergence de nouveaux produits"

En France 200 policiers sont des "formateurs anti drogue" ; ils interviennent, soit au sein de la Police Nationale, soit dans l'Education Nationale soit en milieu médical pour donner des informations sur les produits, leurs dangers et les effets recherchés.

Dans le milieu scolaire le policier intervient à la demande de l'équipe

pédagogique et prépare, en amont, son intervention avec elle. L'objectif est évidemment que les jeunes ne touchent pas aux produits ; la façon de présenter les choses est très importante : il s'agit d'informer mais aussi de responsabiliser les jeunes. L'information porte sur les risques liés à la consommation des produits, risques vis à vis de la loi et en terme de santé. On ne montre pas systématiquement les produits car certains enseignants craignent que cela n'incite à la consommation ; il peut cependant être utile de présenter un comprimé d'ecstasy afin que le jeune soit en mesure de le reconnaître et de s'en méfier. On évoque également les risques d'accidents de la route liés à la consommation d'alcool ou de cannabis. Il est important ensuite de responsabiliser l'adolescent en lui disant qu'en dernier lieu le choix de consommer ou non des substances psychoactives lui appartient ; notre rôle est de l'aider à faire le bon choix.

Notre tâche est rendue plus difficile par la banalisation des consommations : l'image positive véhiculée par les artistes et les médias accroît le sentiment d'impunité chez le jeune. Pendant un temps cette image a été contrebalancée par celle du basketteur américain qui buvait du coca, avait un "look" vestimentaire particulier mais n'était pas fumeur de cannabis ; cette image à laquelle s'identifiaient volontiers les jeunes adolescents nous a bien aidé. Une autre de nos difficultés vient de l'absence de consensus scientifique sur les risques liés à la consommation de cannabis ; cela brouille un peu les messages et le rappel à la loi a du mal à passer.

P. Sévère est policier mais aussi père de famille et soucieux avant tout d'aider des jeunes en difficulté. Il n'est pas rare qu'il reçoive des appels au secours d'adolescents "dans la galère" ; un bon partenariat local lui permet alors de mobiliser rapidement un médecin ou un psychologue.

La plus grande inquiétude actuellement vient de l'émergence de nouveaux produits, de drogues de synthèse, très peu chères et d'accès facile, en particulier via internet. Une réflexion de l'ensemble des partenaires sur cette question est aujourd'hui indispensable. ■



## Expériences

### En Ariège, un dispositif unique dans le champ des addictions

■ Il est organisé autour de :

- L'Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme 09
- L'Association Information Prévention Drogues

Les deux structures gèrent un établissement médico-social. L'ANPA 09, un Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie, et l'AIPD un Centre de Soins Spécialisé pour Toxicomanes.

Jusqu'en 2000, l'ANPA 09 et l'AIPD oeuvraient indépendamment dans le registre de la prévention. Un travail d'échange et de réflexion a permis de repenser la prévention au plan local en s'appuyant sur nos expériences et compétences respectives. L'objectif commun est de faire réfléchir sur la prise de risques et sur les modifications du comportement liées à la consommation de substances psychoactives.

Le premier projet en co-animation (AIPD-ANPA 09) a été réalisé en partenariat avec la Maison de la Solidarité dans le cadre des modules de formation au permis de conduire pour les personnes bénéficiant des minima sociaux. Ce projet a permis la mise en place de sessions d'information/débat autour de la prise de risques au volant liée à des consommations de produits.

A travers cette première expérience, nous avons pu mesurer l'intérêt d'intervenir auprès du public dans une approche complémentaire et plus globale.

Les produits psychoactifs, qu'ils soient licites ou illicites entraînent des modifications du comportement préjudiciables pour le bien être de l'individu. Au-delà de l'aspect légal ou illégal, nos interventions conjointes mettent l'accent sur ces modifications du comportement qui entraînent la prise de risque.

Depuis, des actions en étroite collaboration sont régulièrement élaborées et mise en œuvre auprès de différents publics et partenaires.

Notre démarche commune est d'inscrire dans la durée nos projets de prévention auprès de différents publics tels que :

- les jeunes dans le cadre scolaire ou hors scolaire,
- le public bénéficiant des minima sociaux (chantier d'insertion, entreprise d'insertion...),
- les professionnels du domaine sani-

taire, social et de l'animation,

■ les citoyens.

Afin de formaliser ce travail, un protocole a été signé en septembre 2002 entre l'ANPA 09 et l'AIPD définissant nos objectifs communs et la méthode de travail.

Toutefois, toutes les actions de prévention ne sont pas menées conjointement : cela dépend de la demande du partenaire et des thèmes abordés.

Dans le domaine des conduites addictives, les difficultés de prévention et les représentations des citoyens sont ancrées sur les produits. L'intérêt de la mutualisation de nos compétences et du travail en partenariat contribue à atténuer et à modifier le regard porté sur ces conduites.

Notre rapprochement nécessite sûrement, encore, de la réflexion, du travail et du temps.

Le travail de terrain nous conforte dans ce sens-là, au-delà des clivages idéologiques, économiques et politiques. ■

S. Ruffié, Chef de Service - AIPD  
A. Piccinini, Directrice de l'ANPA 09

### A Montauban, une équipe de liaison d'addictologie, réflexions à partir d'une expérience

■ La mise en place d'équipes de liaison d'addictologie dans les hôpitaux, ces dernières années, s'est faite à partir de plusieurs constats.

Un grand nombre de patients hospitalisés ont des problèmes de conduites addictives (usage nocif ou dépendance) avec des substances psycho-actives. Leur hospitalisation a très souvent un lien direct ou indirect avec ces consommations (complications somatiques, complications psychiatriques, traumatologie,...) alors que le plus souvent aucune aide spécifique n'est proposée. Paradoxalement, il a bien été démontré, en particulier pour l'alcool que des interventions, même brèves, étaient efficaces et d'autant plus efficaces qu'elles étaient proposées dès de début de l'usage à risques.

Ainsi, les missions des équipes de liaison ont été modifiées :

- Aider aux repérages précoces des mésusages (usage nocif ou dépendance), soit en formant les équipes soit en intervenant directement auprès des patients,
- Permettre une évaluation de la problématique des patients afin de proposer une prise en charge adaptée.

Au Centre Hospitalier de Montauban, l'équipe de liaison s'est développée à partir d'une structure hospitalière pré-existante proposant des soins ambulatoires avec déjà une approche mixte, alcool-toxicomanie.

C'est le plus souvent un(e) infirmier(e) qui intervient, mais selon la demande ou la problématique identifiée par l'équipe soignante du service, un autre membre de l'équipe est parfois sollicité (psychologue, médecin, psychiatre, assistante sociale).

Ces quelques années d'expérience nous ont confirmé l'intérêt d'une approche globale des consommations (consommations souvent associées, démarche initiale de prise en charge identique,...). De plus, il apparaît qu'une intervention précoce avant même les problèmes de dépendance ou auprès de patients qui n'ont pas fait de demande de soins est bénéfique. En effet, à cette occasion, nombre de patients initient une prise en charge ou reprennent contact après un certain délai au niveau des structures de soins. Par contre, les services nous appellent le plus souvent pour des personnes dépendantes qui posent des problèmes d'ordre médical ou social, alors que nous sommes encore trop rarement interpellés pour des patients qui ont des usages nocifs ou même des dépendances avérées mais sans complication patente.

Ce problème, même s'il est en train de s'améliorer, vient du fait que trop peu de professionnels osent aborder les consommations d'alcool, de stupéfiants ou même de tabac. Il est probable que trop peu d'entre eux savent qu'une intervention, même très simple et centrée sur ces consommations lorsqu'elle est faite de façon non culpabilisante et qu'elle aborde la question de la possibilité d'un changement, a des effets positifs. Ce type d'intervention peut être réalisé par tout professionnel de santé.

Enfin, encore trop de professionnels ont l'impression que les soins pour les problèmes de dépendance sont peu d'efficacité. En effet, ils réitérent des soins à des personnes dépendantes qui n'arrêtent pas ou rechutent et qui multiplient les hospitalisations pour des complications de leur consommation. Mais ils oublient celles qui sont devenues abstinentes et qu'ils ne revoient plus puisqu'elles ont diminué leurs risques médicaux.

Nous devons centrer nos efforts sur des services clefs comme les urgences ou la chirurgie. En effet dans ces services le besoin est important alors qu'une aide est rarement proposée, leur priorité de soins étant autre. Par ailleurs, il est nécessaire

de continuer à faire un effort d'information et de formation des professionnels. ■

Dr J. Hesch de Laborde, responsable de l'équipe de liaison d'addictologie au CH de Montauban

### A Rodez, le CASAP, Centre d'Accueil et de Soins pour les Pharmacodépendants

■ Le CASAP a été ouvert dans le Centre Hospitalier Sainte-Marie à Rodez en octobre 1997. L'idée directrice lors de la création de la structure était de pouvoir offrir aux toxicomanes ayant une demande de soins, une réponse adaptée, personnalisée et en concordance avec le moment de leur parcours en toxicomanie.

Le CASAP est donc constitué de trois services :

1. Le CSST, centre d'accueil en ambulatoire, accueille les personnes toxicomanes et leur famille ou entourage dans le cadre d'une prise en charge individualisée afin de répondre aux demandes et problématiques aussi bien sur le plan de la consommation de produits, de la dépendance que sur le plan somatique, psychologique ou social.

2. Le service d'hospitalisation pour sevrage ou crise permettant de répondre aux différentes demandes de sevrage et aux situations de crises ou décompensations aiguës liées à l'utilisation de substances psychoactives.

3. Le service de post-cure ou villa thérapeutique où sont admis pour une durée de 3 à 12 mois des toxicomanes sevrés, ou en traitement de substitution ou avec un traitement de comorbidité somatique (hépatite C, VIH) ou psychiatrique.

La durée de séjour peut aller jusqu'à 4 à 5 semaines et l'accueil est assuré par l'infirmière référente qui informe le patient des modalités de prise en charge, qui contractualise avec lui son accord et lui précise sa place d'interlocuteur privilégié et sa fonction d'accompagnement et de soutien pendant la durée d'hospitalisation.

Il est possible d'envisager différents types de sevrage :

- le sevrage classique lors d'une dépendance à un produit,
- le sevrage global, dans la situation de polydépendance avec hiérarchisation des produits,
- le sevrage partiel de produits d'usa-

suite page 11

## A l'écoute

# Journées régionales de santé publique



## Réduction des risques liés aux infections virales en milieu pénitentiaire

Rencontre Inter-Régionale Midi-Pyrénées - Languedoc-Roussillon  
Toulouse, le 17 juin 2003

Le rapport élaboré par la mission Santé/Justice a fait le bilan de l'exposition aux risques viraux chez les détenus et de l'effectivité des mesures de prévention.

Devant le constat de la persistance de conduites à risques, des propositions et recommandations ont été réaffirmées afin d'en faciliter la mise en oeuvre, les administrations de la Santé et de la Justice organisent des réunions interrégionales sur ce sujet. La rencontre inter-régionale Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées s'est tenue à Toulouse. La matinée a été consacrée à la présentation du rapport interministériel et des programmes réalisés en milieu pénitentiaire en matière d'hépatites et de traitements de substitution et aux échanges avec la salle sur la situation dans les établissements.

L'information et la discussion se sont poursuivies l'après-midi sous forme d'ateliers sur les thèmes suivants :

- Prévention des risques infectieux : méthodes et outils ;
- Accès aux traitements de substitution : représentations et référentiels ;
- Accès et mise en oeuvre des traitements anti-viraux : organisation, dispensation, application des référentiels. ■

Contact : DRASS - C. Falzon - 05.62.73.94.62  
DRSP - M. Parissenti - 05.62.30.58.84

## Violence et santé 25 novembre à Toulouse

Cette journée dont le thème a été choisi par la commission consultative régionale de prévention, s'inscrit dans le cadre d'une politique nationale et en prépare la mise en oeuvre au niveau régional ; elle a rassemblé plus de 500 professionnels d'horizons variés. Violence et santé constitue l'un des 5 axes de la future loi d'orientation en santé publique et le Haut Comité de Santé Publique vient de rendre un rapport sur ce sujet au Ministre de la santé.

Elle doit apporter une double contribution :

- améliorer notre compréhension de la violence et de ses interactions avec la santé en "déconstruisant" les représentations et perceptions, en "déplaçant" le regard porté sur cette question complexe, resituant les éléments cliniques, législatifs, éducatifs, dans un contexte.
- développer et améliorer les pratiques professionnelles qui interviennent dans ce domaine, en prévention primaire (développement des aptitudes individuelles et action au niveau collectif) et en prévention secondaire (dépistage, prise en charge des victimes et des acteurs de violence pour la prévention des passages à l'acte et récidives).

Elle s'adresse à des professionnels "relais" agissant dans le secteur de la santé, mais aussi de l'éducation, de la culture, des activités physiques et sportives, etc. ; il s'agit d'une rencontre pluridisciplinaire, interprofessionnelle et inter institutionnelle.

Les interventions du matin ont privilégié une approche globale : anthropologie, perception et rôle des professionnels de santé, quelle prévention ?

L'après-midi, des ateliers centrés sur des approches plus spécifiques (groupes d'âge, milieux de vie) et professionnelles, adossés à des expériences concrètes et un forum "promotion de la santé et violence", ont permis de formuler des recommandations dans une optique de prévention.

Vecteur Santé rendra compte des interventions et des débats de cette journée dans les prochains numéros. ■

Contact : DRASS - E. Forichon - 05.62.73.94.08

## Du PRAPS 1 au PRAPS 2

5 septembre 2003 à Albi

Le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) prévu par la loi relative à la lutte contre l'exclusion a été mis en place dans chaque région en 1999.

Il vise à améliorer le niveau de santé général des populations sur le territoire régional en optimisant le fonctionnement de l'existant et en diversifiant et adaptant l'offre aux populations en situation de précarité.

Le PRAPS est arrivé à échéance fin 2002, une deuxième génération du programme a été souhaitée par le Ministère de la Santé pour la période 2003-2006.

Le développement de l'éducation pour la santé, la prise en compte de la souffrance psychosociale, l'articulation avec les politiques territoriales, urbaines et rurales, et la participation des usagers seront au centre des préoccupations tant au niveau national que régional.

Cette journée, qui a rassemblé plus de 200 participants, a été l'occasion de faire le bilan des réalisations et de la situation fin 2002, au vu des résultats de l'évaluation qui porte sur la dynamique engagée et sur l'impact de certaines actions phares comme les PASS, les actions "médiation santé" et les formations transversales. L'enjeu est aussi de se projeter ensemble dans l'avenir de manière à se donner les moyens de réduire durablement les inégalités d'accès à la prévention et aux soins des populations précarisées.

Cette réflexion alimentera le travail d'ateliers où professionnels et décideurs devront élaborer collectivement les grandes orientations du PRAPS deuxième génération autour de 5 thèmes : Souffrance psychosociale, Participation des usagers, Santé-ruralité, Santé-ville, Education pour la santé, prévention. ■

Contact : DRASS - Anne Arditi - 05.62.73.93.93  
Actes téléchargeables sur : [www.midipy.sante.gouv.fr](http://www.midipy.sante.gouv.fr)

## Les dispositifs PASS en Midi-Pyrénées

9 octobre 2003 à Toulouse

Organisée par la DRASS et l'ARH, cette réunion de travail était destinée aux professionnels des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) et à leur partenaires de terrain.

Elle avait pour objectif de leur restituer l'évaluation de ce dispositif à laquelle ils avaient participé, de mettre en débat les résultats, d'échanger sur leurs pratiques. L'évaluation a porté un regard critique sur :

- le fonctionnement des PASS,
- leur activité et la clientèle accueillie,
- la mise en réseau intra et extra hospitalière,
- l'impact de la PASS sur l'organisation interne de l'hôpital.

Elle a permis de dégager des pré-requis indispensables au bon fonctionnement des PASS.

Des professionnels de 3 PASS sont venus mettre en débat leur expérience et leurs difficultés autour de :

- les publics accueillis : médecin de la PASS du CHU de La Grave,
- les modalités de prise en charge : AS de la PASS d'Albi,
- la mise en réseau intra et extra hospitalière : AS de la PASS de Millau.

La richesse des débats lors de cette manifestation témoigne de l'intérêt porté à cette problématique : cette réflexion permettra la formalisation de recommandations de cadrage pour un fonctionnement optimum des PASS. ■

Contacts : DRASS - V. Gibel - 05.62.73.94.72  
ORSMP - Dr F. Cayla - 05.61.53.11.46  
Actes téléchargeables sur : [www.midipy.sante.gouv.fr](http://www.midipy.sante.gouv.fr)

[suite de la page 9](#)

ge thérapeutique que le toxicomane consomme à des doses toxicomanogènes et/ou avec des modes de prise par injection ou sniff (produits de substitution, benzodiazépines, traitements psychiatriques ou somatiques),

- le sevrage ciblé, en raison de la nocivité de certaines associations et du risque encouru.

- le sevrage adapté au passage nécessaire d'un mode de substitution par produit à l'autre.

Après le sevrage, lors de la préparation à la sortie des priorités seront déterminées en fonction de l'évaluation psychosomatique du patient, de son statut social et de son origine géographique.

A la sortie, il y a un contact éventuel avec une structure partenaire du réseau, ou un médecin pour information et passage relais. ■

*Dr Simon, CH Sainte-Marie, Rodez*

### Mise en place du plan de formation "alimentation insertion"

Toulouse le 30 octobre 2003

Plusieurs études récentes ont montré qu'un nombre important de personnes en situation de précarité souffrent de carences nutritionnelles dues à une alimentation déséquilibrée et/ou à une méconnaissance des règles nutritionnelles.

C'est pourquoi, l'alimentation des populations en situation de précarité constitue l'un des objectifs du Plan National de Renforcement de la Lutte contre la Précarité et l'Exclusion ; il s'agit de conforter l'appui et l'aide nutritionnelle aux personnes en difficulté. C'est également une des priorités du Plan National Nutrition Santé. Le Programme Alimentation Insertion prévoit une formation qui a pour objectif de faire évoluer la fonction de distribution des bénévoles en lui apportant une dimension éducative et sociale.

Lors de la manifestation du 30 octobre, le représentant de Mme Versini, Secrétaire d'Etat à la Lutte contre la Précarité et l'Exclusion a présenté ce programme et a ouvert les ateliers de formation à l'intention des "Maîtres formateurs" des régions Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées. Ils étaient une cinquantaine désignés par les associations de distribution alimentaire, à bénéficier de cette formation ; il leur appartient maintenant de former chacun, une centaine de bénévoles. ■

A LA DRASS

### En projet : La mise en place d'une Banque Régionale d'Information, Qualité de vie, Epidémiologie, Santé BRIQUES

Mettre à la disposition des professionnels les informations existantes dans les champs sanitaire et social mais encore trop souvent dispersées et peu accessibles, telle est la vocation du dispositif régional expérimental BRIQUES. Il s'agit donc d'identifier les sources d'information, d'organiser la circulation des informations entre producteurs et usagers et de les rendre accessibles selon les modalités techniques les plus opérationnelles.

A terme ce dispositif proposera aux acteurs :

- une base de référence des informations disponibles dans la région : études, synthèses, rapports, expertises, référentiels, activités des établissements de santé, informations légales et réglementaires...
- une base de connaissance des acteurs régionaux : annuaires des personnes, des services, des aides...
- des informations sur la vie régionale : projets et actions locales, formations professionnelles organisées, événements...

D'ores et déjà de nombreux partenaires se sont engagés dans cette démarche et se sont constitués en comité de pilotage, coordonné par E. Forichon (DRASS) et H. Grandjean (ORS).

Une phase d'expérimentation de deux ans est financée dans le cadre du Contrat de Plan Etat-Région ; elle a été confiée à l'Observatoire Régional de la Santé. Mme Le Nir, directeur de projet sera l'interlocutrice des contributeurs et des utilisateurs. Le thème des personnes âgées a été retenu pour cette phase expérimentale.

**Contacts :**

DRASS : Dr E. Forichon : 05.62.73.94.08  
Dr G. Feyfant-Raymond : 05.61.58.91.88  
ORSMIP : Mme B. Le Nir : 05.61.53.11.46

### Schéma régional des structures médico-sociales d'addictologie

La loi du 2 janvier 2002 prévoit la réalisation par la DRASS d'un schéma régional d'addictologie.

Ce schéma permettra :

- D'adapter le nombre et le type de structures nécessaires dans la région Midi-Pyrénées au regard des décrets en vigueur sur les CCAA et les CSST.
- De clarifier les articulations entre l'ambulatoire, le médico-social et les structures sanitaires
- De préciser le contenu minimum des projets thérapeutiques.

Sa réalisation s'appuiera sur un groupe de pilotage pluri institutionnel et pluri professionnel dans lequel les diverses structures, les professionnels et les usagers seront représentés. ■

A L'ORSMIP

### Recherche action sur les visites médicales et bilans de santé pour les jeunes de 16-25 ans dans le cadre des dispositifs d'insertion et de formation

En 1985, un dispositif de visites médicales a été mis en place en direction des jeunes des Missions Locales et des PAIO, stagiaires de la formation professionnelle. Les objectifs de ces visites, qui au départ avaient une visée professionnelle sont devenues plus généralistes, certaines structures d'insertion et leurs partenaires privilégient des objectifs de prévention et d'accès aux soins pour une population jeune en difficulté d'insertion.

Dans ce contexte, la Direction Générale de la Santé a souhaité mieux connaître les modalités d'organisation de ces "visites médicales" et "bilans de santé". En Midi-Pyrénées, cette recherche action a été pilotée par l'Association Régionale des Missions Locales qui en a confié la réalisation à l'Observatoire Régional de la Santé, avec pour objectif de :

- Dresser le bilan du dispositif des visites médicales et des bilans de santé proposés aux jeunes en situation de précarité dans la région.
- Apprécier l'intérêt, les limites et les difficultés du dispositif ainsi mis en place.
- Repérer les obstacles et les conditions nécessaires à la pertinence et cohérence de ces dispositifs.
- Dégager les orientations possibles pour optimiser le dispositif en termes de cadre et modes d'intervention, d'organisation, d'articulation, de financement, de gestion-évaluation.

Cette démarche s'est déroulée à partir d'une part de l'analyse de questionnaires remplis par les Missions Locales de la région, et d'autre part d'entretiens avec des partenaires institutionnels régionaux et départementaux afin de connaître leur implication dans le domaine de l'insertion et de la santé des jeunes et leur vision du dispositif "visites médicales" et "bilans de santé".

A LA L'ORSMIP ET A L'ORUMIP

### Urgences et médecine générale, une étude menée par l'ORUMIP avec la collaboration de l'ORSMIP

L'objectif est d'analyser les motivations qui amènent les patients ne relevant pas de l'urgence vitale à se présenter dans un service d'urgence plutôt que de consulter un médecin généraliste, afin de mieux appréhender l'augmentation croissante et importante des recours au dispositif de la permanence des soins et proposer des organisations optimales pour une prise en charge adaptée. Trois étapes concomitantes :

- Une enquête menée auprès de tous les patients présents une semaine donnée dans les neuf services d'urgence retenus et ne présentant pas d'urgence vitale.
- Une analyse de l'organisation de l'offre de soins de ville dans les mêmes secteurs.
- Une enquête auprès d'un échantillon de médecins généralistes des mêmes secteurs par entretien téléphonique. Elle permettra de définir l'implication du médecin dans l'offre de soins, ainsi que ses ressentis vis-à-vis des raisons ayant amené leurs patients à se présenter dans un service d'urgence hospitalier.

Les résultats de cette étude seront présentés lors de :

2ème forum national sur l'évaluation des urgences organisé par l'ORUMIP  
*Quelle valorisation pour l'évaluation des urgences ?*

*Quelle place pour les usagers dans les urgences ?*

**vendredi 12 décembre 2003**

Hôtel-Dieu Saint-Jacques  
Salle des Pèlerins à Toulouse

A L'ARH

### Le SROS révisé et complété pour septembre 2004

Le Schéma Régional d'Organisation des Soins, outil de planification, permet de fixer en concertation avec les professionnels de santé, les orientations de l'hospitalisation d'une région pour 5 ans. Les schémas constituent des documents stratégiques qui servent de cadre pour indiquer les évolutions attendues sur l'offre de soins hospitalière.

La démarche actuelle vise à compléter et à réviser le SROS publié en 1999 et effectif jusqu'en 2004 :

- Le SROS sera ainsi complété par des volets sectoriels portant sur des domaines particuliers : réanimation, imagerie médicale, équipements lourds en cancérologie, insuffisance rénale chronique, cardiologie avec sa dimension neuro-vasculaire.

- Il sera également révisé afin de tirer les conséquences de la réduction du temps de travail, de l'évolution de la démographie médicale, du renforcement des normes etc ; le domaine concerné est principalement les urgences.

Ce travail se fait en concertation avec de nombreux professionnels de santé afin de trouver ensemble des réponses à un certain nombre de questions que pose l'évolution de l'hôpital :

- Comment doivent se répartir les rôles entre les établissements périphériques et le chef lieu de région ?

- Quelle mutualisation entre l'ensemble des établissements, entre établissements publics et privés dans un contexte tendu (démographie médicale, contraintes réglementaires, renforcement des normes, contraintes budgétaires) ?
- Quel lien entre la ville et l'hôpital ?
- Quelle place doit jouer l'hôpital dans l'aménagement du territoire ?

Des points d'étapes réguliers sont disponibles sur [www.arhmp.fr](http://www.arhmp.fr)

### A savoir et à faire savoir

#### Information sur la contraception et l'interruption volontaire de grossesse :

#### Une permanence téléphonique au CHU La Grave

Financée par la DRASS, une permanence téléphonique régionale d'information en matière de contraception et d'IVG est opérationnelle au CHU La Grave depuis juillet 2000.

Elle fonctionne toute l'année du :

**Lundi au Vendredi de 8h à 20h**

**Au n° suivant : 05.61.77.80.73**

La vocation de ce dispositif régional d'accueil téléphonique est de répondre aux demandes des femmes sur le thème de la contraception : contraception classique et contraception d'urgence (Norlevo), de donner des informations sur les lieux d'accueil et de prise en charge pour la réalisation d'une interruption volontaire de grossesse, sur les différentes techniques proposées par les établissements de soins, et des conseils divers ayant trait à la contraception.

Cette permanence est assurée par des sage-femmes formées au conseil conjugal pour apporter conseils et orientations.

## A consulter

AU CENTRE REGIONAL DE

DOCUMENTATION EN SANTE PUBLIQUE

Faculté de Médecine - 37 allées Jules Guesde  
31000 Toulouse - Tél : 05.61.25.98.70

### ■ Une nouvelle approche des conduites addictives.

Il devient nécessaire de mettre en oeuvre des mesures concrètes de lutte contre la toxicomanie, en créant, par exemple un système d'observation, en temps réel, des drogues qui circulent et des tendances récentes de consommation. De plus, il est indispensable d'organiser un dialogue régulier entre chercheurs et décideurs d'où naîtra les bases d'une culture commune susceptible d'être comprise par tous.

*Maestracci N., In Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique. vol 47, n°5. 393-396*

### ■ Dépendance et conduites de consommation.

L'objectif de cet ouvrage est de faire un bilan des connaissances sur la dépendance dans les conduites de consommation des substances psychoactives en prenant compte différents types d'approches : la neurobiologie, la clinique, la sociologie, l'histoire, l'anthropologie et l'épidémiologie. Les auteurs ont ainsi voulu présenter des tentatives d'articulation entre ces approches et favoriser l'émergence de nouvelles directions de recherche sur les processus qui conduisent à l'état de dépendance.

*Padieu R, Beauge F, Choquet M, Molimard R, Parquet Ph, Stinus L, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, 1997/09, 243p.*

#### DIRECTEUR DE LA PUBLICATION :

Jean-Pierre Rigaux,  
Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales

#### COMITÉ DE RÉDACTION :

Dr E. Forichon,  
Direction Régionale Affaires Sanitaires et Sociales  
Dr F. Cayla,  
Observatoire Régional de la Santé de Midi-pyrénées  
Pr A. Grand,  
Département Universitaire de Santé Publique  
M. Lages,  
Caisse Régionale d'Assurance Maladie  
D. Fernandez,  
Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie  
P. Gauthier,  
Agence Régionale de l'Hospitalisation

#### RÉDACTION :

M. Delarue,  
Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

#### RÉALISATION TECHNIQUE :

C. Andrieu,  
Observatoire Régional de la Santé de Midi-pyrénées

#### IMPRESSION :

CRAM Midi-Pyrénées

#### TIRAGE :

3 000 exemplaires

### ■ Pour une politique de prévention en matière de consommations de substances psychoactives. Rapport du Pr Parquet

La prévention de la consommation de substances psychoactives doit s'inscrire dans une démarche globale d'éducation pour la santé et s'appuyer sur la prévention de l'évolution des comportements d'usage vers l'abus et la dépendance. Des modèles théoriques sur lesquels peuvent se baser la prévention sont présentés dans ce rapport.

*Parquet JP, CFES, Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie. 1997, 107p.*

### ■ Séminaire. Programmes régionaux de santé.

#### Addiction. 27 avril 2001, Paris.

Ce document comporte une partie compte-rendu de la journée de travail "Programmes régionaux de santé - addiction", mais aussi des ajouts sous forme de documents et d'apports d'experts sur les thèmes abordés pour faire de ce recueil un outil de travail.

*Direction Générale de la Santé, Société Française de Santé Publique, 74p.*

### ■ Conduites addictives : comment les prendre en charge ?

Au même titre que le diabète, l'addic-

tion doit être considérée comme une maladie avec une cause, un terrain, une base physiopathologique et la nécessité d'un traitement. Ce dossier fait le point sur les conduites addictives, les populations concernées, l'état des lieux en France, la prise en charge médico-sociale, le coût social, la thérapeutique, les centres d'informations.

*Parquet JP, Le Moal M, Costes JM, et al. In La revue du praticien - Monographie 2003/06, n°12, p ; 1291-1342*

### ■ Assises départementales des toxicomanies et conduites addictives en Haute-Garonne. Jeudi 6 février 2003, Toulouse Centre International de Conférences, Météo France.

Les grands thèmes abordés lors de ces assises sont : les problématiques internationale et nationale, les problématiques locales, l'état des lieux en Haute-Garonne. Une intervention intitulée "La méthodologie au service de l'humain et de l'action" porte sur la prévention.

*Costes JM, Cayla F, Escots S, et al., Groupe de Réflexion et d'Action des Praticiens Hospitaliers et Intervenant en Toxicomanie Interdépartemental, Mission Interministérielle de Lutte contre la Toxicomanie, Centre d'Information et de Ressources sur les Drogues et les Dépendances en Midi-Pyrénées 142p.*

### ■ Phénomènes émergents liés aux drogues en 2002

Quatrième rapport national du dispositif TREND, Paris

*Bello P-Y, Toufik, Gandilhon M, Bonnet N*

### ■ Observations locales des drogues, Observation sur les usagers de drogues en 2002 dans douze sites en France

*Rapport locaux des sites TREND, Paris, OFDT, 2003, 465p.*

### ■ Addictions du concept initial aux pratiques de prévention. Dossier documentaire

Ce dossier documentaire propose un historique de l'addiction ainsi qu'une définition du terme, le tout accompagné d'une bibliographie. Des points de vue divers sur le sujet, des articles sur "adolescent et addictions" et sur "promotion de la santé et addictions" alimentent également ce dossier.

*Montera, Talia, Centre d'Information et de Ressources sur les Drogues et les Dépendances, 2002, 100p.*

## Documents consultés pour la rédaction de ce numéro

- **Usage nocif de substances psychoactives** : Rapport du groupe de travail présidé par le Professeur Michel Raynaud- Septembre 2001.

- **Drogues, en savoir plus** ; Actes du colloque de la Sorbonne - octobre 2000

- Pour une prévention de l'usage des substances psychoactives ; Professeur Jean Philippe Parquet - Dossiers techniques du CFES ; 1998

- **Addictions : du concept initial aux pratiques de prévention** ; Dossier documentaire - Centre d'Information et de Ressource sur les Drogues et Dépendances de Midi-Pyrénées - septembre 2002.

- **Conduites addictives, comment les prendre en charge** ; La revue du praticien, n°12 ; 06/2003.

- **Addictions et toxicomanies** ; THS La revue des addictions ; n°18 ; 06/03