



MODÈLES DE CONSOMMATION ET OFFRES DE SOINS

UNION EUROPÉENNE

EUROPE CENTRALE ET ORIENTALE

AMÉRIQUE DU NORD

AMÉRIQUE LATINE

DR. BENJAMÍN LÓPEZ SÁNCHEZ



Dianova International

<http://www.dianova.org>

Rue Centrale 15
Case postale 2647
CH - 1002 Lausanne
Tél. : + 41 21 324 24 24
Fax: + 41 21 324 24 25
dianova@dianova.org

Département de Recherche

C/ Dr. Trueta 26-28, 1º 2^a
E - 08860 Castelldefels, Barcelona
Tlf. : + 34 93 636 57 30
Fax : + 34 93 636 32 47
benjamin.lopez@dianova.org

MODÈLES DE CONSOMMATION ET OFFRES DE SOINS

DR. BENJAMÍN LÓPEZ SÁNCHEZ

ISBN: 84-931881-0-7

© Copyright Dianova International 2001



Prologue

Introduction

1. **DEMANDE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES**
2. **MODÈLES DE CONSOMMATION ET OFFRE DE SOINS
DANS L'UNION EUROPÉENNE**
3. **LA SITUATION EN EUROPE CENTRALE ET
ORIENTALE**
4. **LA SITUATION AUX ETATS-UNIS**
5. **LA SITUATION EN AMÉRIQUE LATINE**
6. **PRÉVENTION**
7. **LA RÉINSERTION EN TOXICOMANIES**
8. **COMMUNAUTÉS THÉRAPEUTIQUES**
9. **GESTION DE QUALITÉ CONCERNANT LES
TOXICOMANIES**

Bibliographie

SOMMAIRE**PROLOGUE**

UNE NOUVELLE COMMUNAUTE THERAPEUTIQUE POUR UN SIECLE NOUVEAU
Domingo COMAS ARNAU

INTRODUCTION

1

- La consommation de drogues	4
- La distribution de drogues	6
- La production de drogues	7

**CHAPITRE PREMIER
DEMANDE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES**

1. Consommation à l'échelle mondiale	14
1.1. Cannabis	14
1.2. Dérivés de l'amphétamine	15
1.3. Cocaïne	16
1.4. Héroïne	17
1.5. VIH/SIDA	18
1.6. Voies de consommation	18
1.7. Conclusions	19
2. Tendances et modèles de consommation à l'échelle mondiale	20
2.1. Cannabis	20
2.2. Dérivés de l'amphétamine	22
2.3. Cocaïne	23
2.4. Opiacés	25
3. Extension mondiale de l'abus de drogues	26
3.1. Conclusions	26
4. Consommation de drogues chez les jeunes (15-24 ans)	27
4.1. Cannabis	28
4.2. Ecstasy	28
4.3. Cocaine	29
4.4. Héroïne	29
4.5. Solvants volatils	30
5. Coût et conséquences de l'abus de drogue	30
5.1. Demande de soins	30
5.2. Dangers pour la santé	33
5.2.1. Cannabis	33
5.2.2. Crack et cocaïne	34
5.2.3. Héroïne	34
5.2.4. Dérivés de l'amphétamine	35
5.2.5. Ecstasy	35
5.2.6. Solvants volatils	36
5.2.7. HIV/SIDA et usagers de drogue par voie intraveineuse	37

CHAPITRE DEUXIÈME

MODÈLES DE CONSOMMATION ET

OFFRE DE SOINS DANS L'UNION EUROPÉENNE

1. Etude par substances	40
1.1. Cannabis	40
1.2. Amphétamines, Ecstasy et LSD	41
1.2.1. Situation par pays:	42
- Autriche	43
- Danemark, Finlande et Suède	43
- France	44
- Allemagne	45
- Grèce	46
- Irlande	46
- Italie	47
- Luxembourg	47
- Pays-Bas	48
- Portugal	48
- Espagne	49
- Royaume Uni	50
1.3. Opiacés	52
1.4. Cocaïne	52
2. Prévalences de la consommation dans l'Union Européenne	53
2.1. Consommation de drogues dans la population en général	53
3. Demande de soins	54
4. Maladies infectieuses liées à la drogue	55
5. Les addictions et leurs conséquences sur la santé néonatale	56
5.1. Alcool	56
5.2. Cocaïne	56
5.3. Cannabis	57
5.4. Héroïne	57
6. Décès liés à la drogue	57
7. Réponse du réseau des soins	58
7.1. Réduction des dommages	58
7.2. Classification des traitements	60
- Notion d'efficacité d'un traitement	61
7.2.1. Antagonisation rapide des opiacés	62
7.2.1.1. Matériel et Méthode	64
7.2.2. Les Traitements de Substitution	65
7.2.2.1. Méthadone	65
- Résultats	66
- Qualité de vie	67
- Evaluation	68
- Caractéristiques fonctionnelles des traitements par méthadone	69
- Critères d'admission et d'expulsion des traitements par méthadone	70
- Dose	71
- Types et durée des traitements	72
- Modes d'administration de la méthadone et pratique du "Take-home"	73
- Incidence de la consommation de dérivés de cocaïne chez les patients suivant des programmes de maintenance par méthadone	74
7.2.2.2. Naltrexone	75
- Historique des programmes de maintenance par naltrexone	76
- Propriétés pharmacodynamiques	77
- Effets secondaires	77

- Rétention dans un programme de naltrexone et transformation des aires touchées par l'addiction_____	78
- Evolution de la consommation de cocaïne_____	79
- Evolution de la consommation d'alcool_____	79
- Plan du traitement_____	79
- Induction_____	80
- Stabilisation_____	81
- Maintien_____	81
- Durée du traitement_____	81
- Indications_____	82
7.2.2.3. Buprénorphine_____	82
- Approche historique_____	82
- La buprénorphine en tant qu'aide pour abandonner la consommation des opiacés_____	84
- Buprénorphine et cocaïne_____	85
- Buprénorphine et risque d'overdose_____	86
- Buprénorphine et toxicité hépatique_____	88
- Buprénorphine et dépendance_____	89
- Buprénorphine et grossesse_____	90
7.3. Services à seuil bas_____	90
7.3.1. Prescription contrôlée d'héroïne_____	91
7.4. Consommateurs de drogues et système juridico-pénal_____	93

CHAPITRE TROISIEME LA SITUATION EN EUROPE CENTRALE ET ORIENTALE

1. Règles de consommation historiques et actuelles_____	97
2. Tendances spécifiques de drogues précises_____	97
3. La réponse juridique_____	98
4. Réduction de la demande de drogues_____	99
5. Drogues synthétiques_____	98

CHAPITRE QUATRIEME LA SITUATION AUX ETATS-UNIS

1. Tendances Nationales_____	101
1.2. Marijuana_____	101
1.3. Cocaïne_____	102
1.4. Héroïne_____	103
1.5. Dérivés amphétaminiques_____	104
2. Modèle de consommation chez les étudiants de secondaire et autres jeunes_____	105
2.1. Consommation par substances_____	106
2.1.1. Marijuana_____	107
2.1.2. Cocaïne_____	107
2.1.3. LSD_____	108
2.1.4. Solvants volatils_____	108
2.1.5. Alcool_____	108

3. Tendances de Traitement	109
3.1. Traitement	109
3.1.1. Crack et Cocaïne	109
3.1.2. Héroïne	110
3.2. Types de programmes de traitement	111
4. Coûts sociaux	114
5. Médicaments thérapeutiques	114
6. Conséquences de l'usage de drogues chez la femme	116
6.1. Dangers associés à l'abus de drogues	116
6.2. L'abus de drogues et le SIDA	117
6.3. Traitement chez la femme	117
6.4. Etendue de l'usage	119

CHAPITRE CINQUIEME

LA SITUATION EN AMÉRIQUE LATINE

1. Consommation, production et politiques de soins	121
1.1. La consommation de drogues en Amérique latine	122
1.2. Les politiques d'aide	126
2. HIV/SIDA en Amérique	127
3. Réduction des dommages	128
4. La situation par pays	131
4.1. Argentine	131
4.1.1. Consommation	131
4.1.2. Usage intraveineux de cocaïne en Argentine	132
4.1.3. VIH/SIDA	134
4.2. Chili	135
4.2.1. La production en tant que problème rural, et la distribution en tant que problème urbain	136
4.2.2. Consommation	136
4.2.2.1. Groupes spécifiques	139
4.3. Uruguay	144
4.3.1. La prohibition et l'augmentation de la consommation de drogues en Uruguay	146
4.4. Venezuela	149
4.4.1. Consommation	149
4.4.2. Prévention	150
4.5. Colombie	151
4.5.1. Changements dans le circuit des drogues dans le monde	151
4.5.2. Pauvreté rurale: l'essor des cultures illicites	153
4.5.3. Violence sociale	153
4.5.4. Cultures de coquelicots	154
4.5.5. Capacité d'exportation	154
4.5.6. Engagements antidrogue	155
4.5.7. Programme résidentiel de la Colombie	157
4.5.8. Traitement	157
4.6. Bolivie	158
4.6.1. L'économie de la coca en Bolivie	158
4.6.2. Pourquoi produisent-ils la feuille coca?	158
4.6.3. Impacts de l'économie de la feuille de coca	159
4.6.4. Impacts de la lutte contre les drogues	160
4.7. Nicaragua	161

CHAPITRE SIXIEME

PRÉVENTION

1.	Approche conceptuelle	165
2.	Matériels	165
3.	Caractéristiques essentielles de la Prévention	166
4.	Définition opérationnelle des termes	167
5.	Quelques réponses	173
6.	Prévention en Europe Occidentale	178
6.1.	Consommation de drogues chez les écoliers	178
6.2.	La Politique européenne en matière de prévention	179
6.3.	Le rôle de l'UE. dans le cadre de la Santé Publique: Maastricht	179
7.	Prévention en Amérique du Nord	181
7.1.	Canada	181
7.2.	Etats-Unis	182
7.2.1.	Enseignements de Recherche sur la Prévention	182
7.2.2.	Stratégies de Prévention: programmes à long terme	183
7.2.3.	Prévention intégrale	184
7.2.4.	Prévention: efficacité et économie sociale	185
7.2.5.	Conception de Programmes	185
8.	Prévention en Amérique Latine	186
8.1.	Réunion Ibéroaméricaine (FAD)	187
8.1.1.	Milieu éducatif	187
8.1.1.	- Formation des professeurs	188
8.1.2.	Gestion des programmes	189
8.1.2.	- Milieu communautaire	189
8.1.3.	Promotion d'associations	190
8.1.3.	- Cadre structurel	190
8.1.4.	Les enfants travailleurs de et dans la rue	191
8.1.4.	- La violence communautaire	192
8.1.5.	Formation et matériels	192
8.1.5.	- Formation des formateurs	193
8.1.5.	- Formation des médiateurs	193
8.1.5.	- Population cible des programmes préventifs	194
8.2.	Situation par pays	194
8.2.1.	Argentine	194
8.2.2.	Chili	200
8.2.3.	Uruguay	205
8.2.4.	Nicaragua	208
8.2.5.	Colombie	215
8.2.6.	Bolivie	216
8.2.7.	Vénézuela	219
8.2.8.	Salvador	222

CHAPITRE SEPTIEME

LA RÉINSERTION EN TOXICOMANIES

- Introduction	224	
1.	Support Institutionnel à la Réinsertion	227
1.1.	Le Cadre Institutionnel de l'Union Européenne	227
1.1.1.	Les Fonds Structurels	227

- Objectifs des Fonds Structuels	228
- Le Fonds Social Européen	228
- Structure de Support INTEGRA, Fonds Social Européen	228
- Mesures éligibles dans le FSE (2000-2006)	235
- Instruments communautaires de développement	236
- L'initiative communautaire EQUAL	237
- Les antécédents d'EQUAL	237
2. Clarification terminologique	239
3. Exemple de Phase de Réinsertion en programme de CT	243
4. Programme spécifique en CT de courte durée	244
5. Interventions et expériences en Espagne	245
5.1. L'intervention du FSE. Lignes Directrices de l'emploi	245
5.2. Entreprises d'Insertion	248
5.2.1. Objectifs et buts FEDEI	252
5.3. Programmes d'Incorporation Sociale en Espagne	253
5.3.1. Exemple de Programme Autonome	255
6. La Situation en Italie	263
6.1. Le travail en tant que promotion	263
6.2. Processus d'Insertion	265
6.3. Quelques outils	266
6.3.1. Evaluation projective	266
6.3.2. Promotion	266
6.3.3. Sensibilisation	266
6.3.4. Activités de monitoring	267
6.3.5. Vérification des interventions	267
7. Initiatives en Grèce	268
7.1. KETHEA	269
7.2. PROGRAMME 18	270
7.3. THISEAS	271
7.4. OKANA	272
8. Un Exemple français	274
8.1. La Spéléologie en tant qu'activité de Réinsertion	276
9. Le Portugal: La ONG DIANOVA en tant qu'Entreprise d'Insertion	280

CHAPITRE HUITIEME COMMUNAUTÉS THÉRAPEUTIQUES

1. Adaptation des CCTT à la chronicité et comorbidité des toxicomanes	285
2. Origine et développement, SYNANON, DAYTOP-VILLAGE:	285
2.1. SYNANON	285
2.2. DAYTOP-VILLAGE	287
3. La CT à origine anglo-saxonne. Développement et caractéristiques, MAXWELL JONES	288
4. La C.T.D. selon DAYTOP et la CT selon M. JONES	289
5. Europe: La Nouvelle Communauté Thérapeutique	291
5.1. Professionnalisme	291

5.2. Recherche	292
5.3. Formation	292
5.4. Réseaux	293
5.5. Valeurs	294
6. Indicateurs de Qualité dans les CCTT. Européennes	294
7. Définition de Communauté Thérapeutique Professionnelle	297
8. Proposition d'un ensemble d'indicateurs de qualité	298
9. Critères d'aptitude en CT	301
10. Evaluation cognitivo-comportementale d'héroïnomanes en CT	304
11. La Rétention dans les Communautés Thérapeutiques	306
12. Evaluation économique des services d'une CT Professionnelle	306
13. Critères essentiels pour considérer une institution comme CT. professionnelle	308

CHAPITRE NEUVIEME **GESTION DE QUALITÉ CONCERNANT LES TOXICOMANIES**

1. Evolution de la Qualité dans les Toxicomanies	311
1.1. Notion de Valeur	312
1.2. Qualité de l'Assistance	313
1.3. Facteurs qui ont de l'influence sur production de la Qualité	314
1.4. Perception de Qualité	314
1.5. Systèmes de Qualité	315
1.6. Optiques de la Qualité	316
1.7. Principes pour l'obtention d'un service de Qualité	317

BIBLIOGRAPHIE

a

PROLOGUE

**UNE NOUVELLE COMMUNAUTE THERAPEUTIQUE
POUR UN SIECLE NOUVEAU**

DOMINGO COMAS ARNAU

PROLOGUE

UNE NOUVELLE COMMUNAUTÉ THÉRAPEUTIQUE POUR UN SIECLE NOUVEAU

Dr. Domingo COMAS ARNAU

Au cours de ces dernières années, **Dianova International** a entrepris un processus de transformation qui l'a emmenée vers une place bien différente de celle qu'elle occupait jusqu'alors dans le “mouvement social contre les drogues”, établi dans les années 70 par les organisations d’auto support. Cette place est notamment celle des dispositifs publics et privés qui se sont développés à partir de la seconde moitié des années 80 un peu partout dans le monde, à l’abri des courants d’institutionnalisation et de professionnalisation de l'aide aux toxicomanes.

Le processus vécu par Dianova est sans aucun doute passionnant, pour au moins deux raisons: d'une part parce qu'elle est issue d'une organisation qui n'était pas peu de choses, s'agissant de l'une des plus remarquables et des plus représentatives (au sud de l'Europe, mais aussi en Amérique Latine et au Canada) du “mouvement social contre les drogues” qui avait caractérisé la phase la plus dure de l'épidémie d'héroïne. Son histoire, l'histoire du Patriarche, et plus tard celle de la création de Dianova, que l'on devra écrire un jour, apporterait bien des réponses à des questions toujours en suspens sur la dimension sociale, mais aussi politique et culturelle, de cette période.

Bien mieux que maints processus sociaux, la réponse aux problèmes liés aux drogues a caractérisé les changements profonds que le monde industrialisé a vécus entre la fin des années 60 et le début des années 90. Par la suite, depuis ces dix dernières années, les choses se sont calmées de nouveau; il semble que nous vivions désormais une période plus stable, marquée de moins de changements. Il s'agit pourtant d'une autre étape historique, peut-être d'une autre civilisation, apparue après plus de vingt ans d'une période tourmentée qui a vu partir tant de jeunes et tant d'amis, ainsi que l'écrit

Allen Ginsberg dans son poème “Howl”, sans que personne – ni ceux qui sont restés en arrière, ni ceux qui sont là aujourd’hui, ni nous qui observions – ne sût très bien ce qui était en train d’advenir, au-delà de l’omniprésence de l’héroïne par voie intraveineuse.

En outre, dans le cas de Dianova, et c'est là le deuxième point d'intérêt, la transformation a été tout sauf superficielle. Cette dernière a impliqué dans un très court laps de temps une volonté radicale d'évolution, depuis une organisation autosuffisante qui vivait naguère dans un petit *apartheid* à usage personnel, jusqu'à une organisation qui veut s'adapter aux nouvelles réalités et, qui plus est, dans un souci constant de la qualité de ses services. Un tel changement implique de remiser dans le placard du passé tout un historique de conflits avec les institutions, afin de commencer à chercher des accords, des échanges, des collaborations possibles, dans la perspective d'offrir les meilleurs services de soins, dans une Communauté Thérapeutique renouvelée et ouverte aux exigences et aux besoins que le XXIe siècle exige de ces institutions.

Dire cela, c'est à la fois tout dire et dire trop peu. Parce que pour Dianova il ne s'agit pas seulement d'un changement de philosophie ou de mission, il s'agit de changer jusqu'aux plus petits détails qui règlent **la vie quotidienne dans la communauté thérapeutique**. Non seulement faut-il faire en sorte que le travail de l'éducateur, du moniteur, du psychologue ou du médecin participe d'une logique différente (des bases d'intervention vérifiées scientifiquement, une évolution permanente et une orientation vers la réinsertion sociale), non seulement faut-il intégrer au milieu thérapeutique les compétences de nouveaux professionnels dont la nécessité devient jour après jour plus évidente, mais encore et surtout faut-il rendre le programme thérapeutique capable d'apporter des réponses – précises et immédiates, en ce qui concerne la vie quotidienne d'un centre de soins – aux problèmes nouveaux causés par les drogues à des personnes différentes, dans différentes régions du monde.

Il s'agit sans conteste d'un objectif ambitieux, mais il faut aussi se rendre compte qu'en raison de son apport méthodologique, la Communauté Thérapeutique est toujours l'une des ressources les plus capables d'apporter une telle réponse. Il s'agit bien sûr d'une Communauté Thérapeutique nouvelle, qui refuse les fondamentalismes

éculés, et qui se propose avant tout d'aider les personnes à surmonter leur problème de dépendance. La question est donc la suivante: comment faut-il agir dans ce nouvel ensemble de circonstances ? D'une manière très diversifiée. Parfois en ayant recours à des techniques comportementales, parfois éducatives, impliquant ou non la famille, avec l'aide de médicaments ou de techniques plus naturelles, dans un système d'hébergement résidentiel ou semi-résidentiel de longue durée ou bien par le biais d'un séjour plus bref, avec des objectifs maximalistes ou des programmes de bas seuil. Tout est possible, tout est correct, si ce que l'on fait répond aux besoins et aux possibilités de la personne toxicomane. Tout cela peut être conçu, élaboré et mis en œuvre dans la Communauté Thérapeutique, dispositif capable de proposer tant les techniques intensives que les techniques extensives, et, bien sûr, toute combinaison de celles-ci.

J'ai introduit ces images préalables – c'est-à-dire d'abord les processus de changement mis en œuvre partout dans le monde dès la fin des années 60, non seulement pour ce qui est des drogues mais aussi à tous les niveaux, ensuite, l'émergence de Dianova au cours de la deuxième moitié des années 90 et, enfin, le rôle réservé à la Communauté Thérapeutique en ce début de siècle – afin de comprendre le sens et la signification du texte qui suit. Du point de vue méthodologique, il s'agit d'un **recueil de documentation secondaire**, dont l'objectif original est d'offrir à l'ensemble de la sphère Dianova une vision assez précise de la situation des drogues, depuis l'offre jusqu'à la demande, depuis la consommation et les besoins de soins jusqu'à la réponse institutionnelle, depuis la prévention jusqu'à la réinsertion, pour parvenir en fin de compte à définir ce qu'est une Communauté Thérapeutique et quelles en sont les nouvelles composantes. De plus, il s'agit d'un document dont l'objectif premier, lequel apparaît d'ailleurs dans le texte définitif, est de favoriser un débat interne chez les professionnels de Dianova.

De tels préalables pourraient laisser croire que l'utilité d'un tel document est limitée, qu'il ne peut intéresser que ceux qui, au sein de Dianova, sont les acteurs du changement dont on parle. C'est vrai, mais pas tout à fait, car si ce document est utile à Dianova, il peut également intéresser tous ceux qui travaillent dans le domaine des drogues – notamment les professionnels des Communautés Thérapeutiques – étant

donné qu'il s'agit d'une synthèse, d'un "état des lieux" à caractère général, qui permet à toute personne intéressée de s'y plonger et de débattre de ce qu'il se passe partout dans le monde en matière de drogues.

L'un des problèmes auxquels les professionnels de la question doivent faire face, notamment ceux qui travaillent dans les centres de soins, et, plus particulièrement, dans les communautés thérapeutiques, est celui de la perte du sens du contexte social et historique. Sans ce nécessaire sens général du contexte, sens qui après chaque journée de travail devient plus routinier, ils auraient été incapables de comprendre le pourquoi de leurs actes tandis qu'ils faisaient "leurs premiers pas" dans le domaine. Dans le livre de Nick Maining consacré aux centres de soins australiens, édité en 1989 par Routledge – ouvrage déjà ancien comme presque tout ce qui a trait au sujet – l'auteur mettait déjà en évidence ce risque pour les Communautés Thérapeutiques, et, grâce à l'expérience empirique acquise dans ce pays, il soulignait combien il est difficile parfois de trouver le juste équilibre entre charisme et routine. Peut-être un tel regard sur le monde permettra-t-il à Dianova de résoudre les certitudes d'un discours naguère trop charismatique, mais peut-être aussi permettra-t-il à d'autres professionnels, dans d'autres Communautés Thérapeutiques, d'éviter qu'un excès de routine ne leur cache la réalité. Car il s'agit bel et bien de deux formes d'opacité. Aussi dangereuses l'une que l'autre.

C'est pourquoi le texte de Benjamín López se résume au regard frais, neuf, innocent, de celui qui a vécu dans le contexte d'une certaine expérience en matière de soins aux personnes toxicomanes et qui, tout d'un coup, passe de l'autre côté du miroir. A l'instar des "bons sauvages" chers aux lettrés du XVIII^e siècle, il entreprend alors de découvrir comment les choses sont vraiment et, par-dessus l'épaule des courtisans, contemple une réalité que ceux-là, aveuglés par une étiquette trop formelle, ne pouvaient plus même entrevoir. L'autre, ce bizarre innocent, va alors les aider à découvrir cette réalité, les faisant tantôt se moquer d'eux-mêmes, tantôt constater leurs erreurs, parfois les plus graves. Ce regard, le regard sur les drogues qui apparaît dans ce texte, permet aux "professionnels de toujours" de se rendre compte de choses qu'ils avaient un peu oubliées.

Nous avons dit déjà qu'il ne s'agissait pas d'une réflexion, mais d'un recueil documentaire élaboré à partir de sources indirectes. C'est-à-dire un type de recherche que tous les manuels de sciences sociales ont déjà unanimement décrit comme l'une des méthodes de la recherche, méthode pourtant peu utilisée parce qu'injustement considérée comme assez pauvre peut-être, la plupart des auteurs préférant utiliser d'autres techniques qui leur apportent semble-t-il des idées plus originales ou plus remarquables. A cause d'une telle attitude, nous disposons bien sûr de toute une forêt, parfaitement inaccessible, plantée de très belles espèces d'arbres (des peupliers qualitatifs, des chênes quantitatifs, des pins échantillons, des cèdres delphi, et même d'exotiques fromagers "observation participante", avec au beau milieu la populaire essence des "objectifs, matériels, méthode et discussion"). Pourtant, ces mêmes arbres nous cachent la forêt et nous n'avons aucune idée de ce qu'il s'y passe, le Petit Chaperon Rouge profitant peut-être même de l'épais sous-bois pour y dévorer le loup. La recherche qui se construit sur une documentation secondaire devrait être pourtant l'une de nos priorités, au moins aussi importante que les enquêtes nationales, les registres de cas ou les évaluations de programmes, mais personne ne semble vouloir s'y atteler.

Dans le cas qui nous occupe, la base utilisée est constituée de plus de soixante-dix documents sélectionnés après un travail intensif de recherche, ce qui n'est pas chose facile, on en convient. Etant moi-même à la recherche d'articles espagnols plus scientifiques qu'institutionnels pour documenter un travail que j'essaie de mener à bien, je me rends compte que ces derniers brillent pratiquement par leur absence. En effet, parmi la totalité des procès verbaux des Journées Annuelles de l'Association *Sociodrogalcohol*, soit plus de vingt volumes et près de huit cents articles, seuls cinq peuvent être considérés comme des approches qui apportent une vision globale de la question, dans la perspective des besoins de planification et de définition des politiques. La plupart des articles traitent de la présentation et/ou de l'évaluation d'interventions très spécifiques; de plus, dans la plupart des bibliographies, on ne trouve rien des contributions espagnoles dans ce domaine, mais seulement des références anglo-saxonnes, spécifiques elles aussi. Plus frappant encore, au long des années plusieurs contributions à des sujets précis figurent dans cette compilation de

procès verbaux – mettons que l'on y trouve une trentaine d'articles assez bien faits et appropriés sur la prévention de la rechute, mais à la lecture du trente et unième, on n'y trouve aucune référence aux articles précédents, mais seulement à des auteurs américains, une fois de plus.

Il ne s'agit pas là de science, c'est évident. L'une des conditions du travail scientifique est d'accumuler du savoir, et dans ce cas l'ignorance dont on fait preuve non seulement sur le sujet, mais aussi sur le pays même, est aussi scandaleuse qu'anti-scientifique.

Un tel procédé a cours dans tous les pays voisins (avec quelques nuances en France) et bien sûr en Amérique Latine. Seule l'Angleterre y échappe, et, de façon très particulière, les Etats-Unis. Ces derniers parce qu'ils ne comparent que leurs propres expériences, même s'ils usent du même procédé, ce qui leur permet de planifier des méta-évaluations et des visions d'ensemble, si rares chez nous. Ce n'est pourtant pas faute d'un manque d'éléments ou de documentation – dans chacun de nos pays il y a abondance de littérature et de recherches – mais à l'heure de prendre des décisions sur la politique de soins la plus opportune, il semble plus important, pour les raisons que j'ai exposées, de comparer les taux de rétention d'un dispositif concret et ceux de six dispositifs américains tout à fait inconnus, que de savoir quels changements sont apparus ou quels sont les besoins nouveaux des toxicomanes dans une région précise.

L'objectif principal du texte qui suit, et son grand avantage, est de procurer au lecteur cette vision d'ensemble, ou, à tout le moins, en a-t-il l'intention. Il en a l'intention pour les gens de Dianova, mais, par un effet de rebond, il y parvient pour tous, notamment pour les professionnels des Communautés Thérapeutiques, qui, trop “enfermés” (plus encore que les bénéficiaires eux-mêmes parfois) ne savent pas où se diriger pour répondre à la question: “Que se passe-t-il là dehors?” ou bien: “Comment cela peut-il nous affecter ?”

Le texte qui à cause de sa fonctionnalité même semble parfois quelque peu désordonné, présente un ensemble de sujets dont il faut expliquer la cohérence à la lumière des intentions de l'auteur. Il ne s'agit pas de donner une vision systématique du phénomène des drogues et de la réponse qui y est donnée, sur la base de critères

académiques, mais d'apporter des éléments à l'équipe interdisciplinaire qui travaille dans les centres de soins en général et dans la Communauté Thérapeutique en particulier. La cohérence du texte devient alors celle d'une vision déterminée et le désordre un reflet des « thèmes susceptibles d'intéresser » ces mêmes professionnels, lesquels ne doivent pas nécessairement correspondre au schéma des priorités politiques ou académiques. Il s'agit là d'une autre vision certes, mais il s'agit d'un discours qu'il nous faut écouter, car il reflète ce qui intéresse vraiment, « à la base », ceux qui travaillent tous les jours dans le réseau des centres de soins.

C'est dans ce sens que le texte est divisé en deux parties bien différenciées. La première, qui tend à suivre la logique territoriale de Dianova, propose un bilan de la question dans les quatre grandes régions géographiques qui correspondent à celles où Dianova est présente. Il s'agit en premier lieu de l'Union Européenne, puis des anciens Pays de l'Est, des Etats-Unis et du Canada, et, enfin, de l'Amérique Latine. Dans la deuxième partie, plus thématique, les questions sont posées sans considération de région géographique, bien qu'elles finissent par se concrétiser sur quelques-unes de ces régions.

Chaque chapitre aborde le sujet de manière très différente, avant tout parce que c'est le reflet de la réalité vécue dans les différentes régions géographiques, mais aussi parce que le sujet est traité depuis la perspective dont ceux qui travaillent sur la base de la Communauté Thérapeutique ont besoin. En effet, dans l'exemple de l'**Union Européenne**, on aborde le sujet en comparant les caractéristiques et les taux de consommation dans les différents pays, ce qui correspond à la priorité accordée à ce type de données par les observatoires des drogues (celui de l'UE, à Lisbonne, ainsi que plusieurs observatoires nationaux et régionaux). La stratégie européenne sur les drogues est ensuite brossée à grands traits, tandis qu'un long paragraphe est consacré aux politiques de réduction des dommages, dans lequel figure la question des médicaments tels que la méthadone, la naltrexone et la buprénorphine. Même si nous, Européens, avons quelque réserve sur ce dernier point, il demeure néanmoins cohérent car c'est bien en Europe et non pas aux Etats-Unis, que l'on parle le plus de ces choses et que le plus grand nombre de personnes croient en la fiction toute-puissante selon laquelle les drogues ne seraient qu'un problème médical susceptible d'être résolu par les médicaments

actuels et ceux à venir. Le reste du réseau, enfermé dans ses *cubiculums*, voué à les défendre et à sauvegarder la précarité, ne s'est toujours pas rendu compte que ça, c'est déjà l'Europe.

S'ensuit un court paragraphe consacré à l'**Europe de l'Est**, qui n'aborde que la seule question de la consommation. C'est pour lancer un cri d'alarme pourtant face à la situation qui prévaut dans ces pays, une situation pire que celle qu'a connue l'Europe Occidentale il y a vingt ans, car dans nos pays au moins, le « mouvement social contre les drogues » a exigé et obtenu rapidement des réponses. Dans les pays de l'ancien bloc de l'Est en revanche, affectés par l'épidémie depuis déjà dix ans, la crise, économique, sociale et culturelle, fait obstacle à l'apparition des mouvements sociaux, tandis que l'aide de l'Union Européenne est toujours biaisée par le fait d'une réponse à une situation très différente. Notre attitude face au problème des drogues dans les Pays de l'Est nous rappelle la plaisanterie cruelle du touriste européen en Ethiopie, demandant pour quelle raison les enfants sont si maigres. « *C'est parce qu'ils ne mangent pas* », lui explique-t-on; et lui de dire aux enfants le plus sérieusement du monde : « *Mais il faut manger.* »

En ce qui concerne les **Etats-Unis**, le rapport fait d'abord état des tendances générales de consommation, étant donné que le NIDA offre depuis vingt ans une information cohérente sur le sujet, laquelle est cependant utilisée sous la devise incertaine de « *ce qui arrive aux Etats-Unis, arrivera dans d'autres pays* » pour tenter d'expliquer les tendances mondiales de consommation de drogues. Le rapport expose ensuite la situation de certains groupes, déterminés selon l'âge, le sexe ou l'appartenance ethnique, de même que les programmes spécifiques qui leur sont destinés, en particulier aux femmes. L'obsession américaine de définir et de travailler sur des catégories sociales est ainsi mise en évidence par le rôle que les groupes d'auto support jouent dans ce pays, groupes qui, contrairement à ceux que nous connaissons en Europe, ne sont jamais génériques, mais propres à chacune de ces catégories sociales.

L'**Amérique Latine** est introduite en dernier lieu, avec une revue détaillée des pays qui la composent, en particulier mais pas seulement, ceux dans lesquels Dianova possède des installations. Pour chaque pays, la question est abordée dans l'optique de l'information disponible. La question du narcotrafic est prépondérante dans nombre de ces pays, ce qui est aussi le cas des questions de

prévention pour la quasi-totalité, bien qu'un petit nombre puisse se prévaloir d'une réelle politique de prévention. Le problème des drogues dans les pays d'Amérique Latine est exposé de façon très claire : une attirance exagérée pour les modèles étrangers, liée à une carence énorme d'analyse de leur propre réalité. Cela semble en contradiction avec les tendances de systématisation des projets, de travail communautaire et d'analyse psychosociale, si prédominantes dans cette partie du continent. Mais peut-être ne s'agit que de mots, destinés à masquer la réalité, tant créole qu'indigène.

L'autre partie, nous l'avons déjà mentionné, traite des **questions à caractère général**, dont la première, brève mais substantielle, aborde **la demande mondiale de drogues**. Nous pouvons extraire deux idées de ce thème. Si la première peut paraître un lieu commun à la plupart des professionnels, elle demeure néanmoins tout à fait pertinente pour Dianova, habituée jusqu'à il y a peu à appliquer un même programme à des contextes forts différents, d'une manière rigide excluant la plus petite déviation : dans des pays différents, on consomme des drogues différentes, avec des habitudes différentes, ce qui entraîne des conséquences différentes.

La deuxième idée, c'est qu'il semble que pour la première fois – bien que plusieurs responsables des Nations Unies l'aient déjà suggéré, malgré le peu de crédibilité dont jouit cet organisme du fait de sa trop grande implication dans les propositions les plus répressives – le modèle international du narcotrafic ait montré les premiers symptômes d'une crise, et que, de fait, nous pourrions même nous trouver devant les prémisses d'une faillite définitive.

La situation que nous vivons aujourd'hui ressemble à celle de la dernière phase de l'esclavage. Nous sommes passés d'un trafic généralisé, aux nombreuses sources de production et aux fournisseurs très diversifiés, à un modèle dans lequel les sources comme les fournisseurs sont de plus en plus isolés et en constante diminution. Pour l'essentiel, cela tient au fait que de nombreux pays, traditionnellement producteurs, sont entrés dans une phase de développement et d'industrialisation, par nature incompatible avec les structures sociales et économiques qui permettent la production de drogues illégales naturelles. Les pays qui vivent une misère extrême sont trop pauvres pour posséder le réseau

social nécessaire à cette production. Seule la Colombie possède tous les atouts indispensables au narcotrafic : un pays dont la structure sociale est assez développée, mais dont les conditions sociales et politiques – en particulier un Etat inexistant dans la majeure partie du pays – facilitent la formation d'une société capable de produire, d'élaborer et de distribuer la cocaïne.

On observe également une diminution de la demande du type de drogues illicites produites et distribuées par le narcotrafic international (paradoxalement, peut être à l'exception des Etats-Unis où il demeure stable), malgré l'émergence de marchés nouveaux dans plusieurs pays en voie de développement d'une part, et la crise sociale dans les anciens pays de l'Est d'autre part. En fait, un autre modèle se met en place, dans lequel l'addiction est de moins en moins liée au narcotrafic international et de plus en plus au marché légal de la production chimique locale. De plus, associé au triomphe du libéralisme économique, on trouve une hégémonie croissante des courants favorables à la légalisation, bien qu'un tel processus ne puisse se réaliser pour les drogues naturelles illégales (à l'exception du cannabis peut-être) qu'à la condition que la crise du marché international du narcotrafic ne devienne bien plus profonde et que, dans le même temps, le nouveau marché des drogues de synthèse, légales ou illégales, ne prenne une position dominante.

Plusieurs facteurs ont influencé ce processus, le plus important d'entre eux étant l'aboutissement du cycle des changements sociaux et culturels qui a eu cours dans les années 60, 70, et 80, dont les conséquences inattendues ou néfastes – notamment le Sida – de peu importantes lorsque le grand objectif était le changement social, sont devenues inacceptables pour la société dans la période de stabilité actuelle. Il faut mentionner aussi le nouveau système de stratification sociale, dans lequel une nouvelle classe moyenne, qui consomme, jouit d'une prédominance claire, notamment dans les pays les plus développés. Enfin, les changements technologiques conduisent les drogues naturelles (ainsi que leurs différentes combinaisons) vers l'image d'un monde sordide, ancien et obsolète, par opposition aux drogues de synthèse, nouvelles et modernes, apparemment moins dangereuses et dont les effets sont à la fois moins addictifs, plus discriminants, mais aussi plus légers.

Il est également vrai que tout cela masque une bonne dose de fantasme, parce que les drogues illégales naturelles existeront encore, parce que la voie intraveineuse sera encore utilisée, parce que la plupart des toxicomanes seront encore davantage poly-consommateurs, et, enfin, parce que cet idéal du « consommateur contrôlé », qui chaque week-end choisit telle ou telle autre substance parmi toutes celles qui sont à sa disposition, selon le « plan » du moment, est très éloigné de la réalité. La société le croit cependant, et, si j'ai appris une seule chose dans ma vie, c'est que la réalité n'a que peu de valeur si la société et les médias pensent autrement; même si parfois la réalité prend clairement sa revanche.

En résumé, dans cette plantation de canne à sucre qui est notre monde, le système de l'esclavage, c'est-à-dire le narcotrafic, n'est plus très rentable : il vaut bien mieux disposer de travailleurs libres – en d'autres termes, de médicaments – auxquels on peut offrir des salaires de misère tout en leur procurant des sensations dont on suppose qu'elles préservent leur liberté. Pour cette raison, au lieu de se consacrer à libérer qui que ce soit, vaut-il mieux tenter de défendre les droits des travailleurs et d'améliorer leur qualité de vie. On pourrait aussi brûler la plantation, mais c'est déjà une autre histoire.

Le texte présente également, de manière monographique, la question de la prévention, ou, si vous préférez, de la réduction de la demande comme on dit aujourd'hui. En premier lieu, il est intéressant de constater que l'analyse qui en est faite ne concerne que deux grandes régions géographiques, soit les Etats-Unis, dont les politiques institutionnelles de « prévention » allient un grand prestige avec d'assez pauvres résultats, et l'Amérique Latine, dont on peut aisément discuter à cause de tout ce qui a été dit au cours des très nombreuses réunions qui ont eu lieu sur le sujet.

L'Europe n'apparaît pas dans l'analyse, ce que l'on pourrait considérer comme une erreur étant donné que pour nombre de spécialistes, c'est justement en Europe que la prévention obtient les meilleurs résultats dans le cadre communautaire, face au modèle des programmes américains fermés. L'auteur l'oublie cependant; peut-être n'aurait-il pas dû le faire, mais en tout cas, c'est tout un symptôme.

L'heure est sans doute venue de s'interroger sur la nécessité de réviser l'ensemble de la question de la prévention en Europe, plutôt que de compiler des programmes dans les bases de données. Il existe en Europe des milliers de programmes, des centaines de matériels éprouvés et probablement efficaces, mais la prévention en Europe, qu'est-ce que c'est ? Une confusion complexe où seuls les experts parviennent à trouver leur chemin et dans laquelle échoient des matériels américains complètement hors contexte. Il n'existe pas de stratégie Européenne de prévention. Même les documents émanant de l'UE ne sont que de simples généralisations sur tous les programmes existant, aussi différents et contradictoires soient-ils. Par exemple, en Europe, la plupart des experts jugent les campagnes télévisées peu efficaces, et même contraires au but de la prévention. Pourtant, les plus gros budgets sont alloués aux campagnes dans les médias. Aux Etats-Unis par contre, ces même campagnes sont jugées utiles et on les met donc en œuvre. Si en Europe aucun accord n'a été trouvé, pourquoi un tel sujet n'est-il pas discuté ?

On peut donc penser que le texte fait l'impasse sur le sujet de la prévention en Europe parce qu'il eût été difficile d'en tirer quelque cohérence, mais en fait le problème est ailleurs.

Je crois et je dis pour la première fois – je ne l'ai pas non plus entendu dire – que la prévention aux Etats-Unis est une « tâche scientifique » qui implique dans une large mesure une politique de groupes de pression, tandis qu'en Europe, la prévention demeure un amalgame confus « d'interventions communautaires » que les institutions essaient de remplacer par le modèle efficace des programmes scientifiques américains. Si l'on peut expliquer ce que l'on fait aux Etats-Unis, on ne peut, par contre, le faire en Europe (d'où tant de bases de données, tant de listings consacrés aux programmes de prévention), et, depuis une perspective scientifique positiviste, il semble que ce qui est fait en Europe soit incohérent. Cependant, tandis que trente ans de programmes scientifiques tous plus remarquables ne sont aucunement parvenus à réduire le taux de consommation de drogues aux Etats-Unis, dans un laps de temps inférieur de moitié, quinze ans, l'Europe a réussi à modifier le panorama de la consommation, par le biais de diverses initiatives peu cohérentes, mais en fin de compte, sociales.

Un autre paragraphe monographique important traite de la **réinsertion**; une fois de plus, le facteur géographique y apparaît comme le plus important, étant donné que pratiquement toutes les références concernent l'Union Européenne et le travail, c'est-à-dire l'insertion socioprofessionnelle. C'est en Europe, et seulement en Europe ou presque, que la question de la réinsertion est vraiment prise en compte, dans le contexte des grandes politiques transnationales sur le phénomène du chômage chez les jeunes. Il y est fait mention des programmes généraux de l'Union Européenne, ainsi que des politiques nationales de l'Espagne, de l'Italie, de la Grèce (les pays les plus concernés par le chômage) ainsi que de l'expérience de Dianova au Portugal.

Cette revue fait probablement abstraction de plusieurs questions, telles que les politiques concernant les mineurs et l'alcool par exemple, mais il s'agit de questions suffisamment importantes en elles-mêmes pour les laisser en suspens, et permettre dans l'avenir, à Dianova ou à d'autres, de les envisager et d'en débattre à l'aide de la même méthodologie et avec la même intention.

J'ai gardé pour la fin tout ce qui a trait à la **Communauté Thérapeutique**, en partie parce qu'il s'agit du dernier chapitre et en partie parce que ce dernier semble faible, entre autres choses parce que la documentation utilisée, dont une partie vient de moi, est quelque peu obsolète. En fait, la plus grande part de la littérature sur les Communautés Thérapeutiques pour Toxicomanes, a été produite dans les années 80, à l'époque où prédominait le modèle de Communauté total et absolutiste, tant au niveau charismatique qu'au niveau professionnel; par la suite, n'allait apparaître que de simples réitérations de ce qui avait été établi alors. Les insuffisances de ce dernier chapitre reflètent cette réalité et nous invitent à poursuivre notre recherche, nous invitent à réfléchir sur une question posée il y a dix ans, alors que le mythe de la Communauté Thérapeutique autosuffisante entrait en crise.

Pour ces raisons, il m'appartient de faire une proposition, même brève, sur ce que je crois devoir être la Communauté Thérapeutique du XXI^e siècle, profitant en cela de la série de pistes que nous fournit le texte. La plus importante sans aucun doute, montre que si nous voulons préserver cette institution, nous n'avons d'autre option que celle de commencer à concevoir une Communauté Thérapeutique

nouvelle. Nous avons appris en effet que celle-ci est nécessaire, utile, efficace, qu'elle peut s'adapter à des conditions nouvelles, même si elle est entrée en crise à cause de l'immobilisme dans lequel nous l'avons tenue pendant si longtemps.

La Communauté Thérapeutique pour Toxicomanes est en quelque manière un beau, doux, exquis et savoureux gâteau. Quelqu'un l'a placé sur la table voilà vingt-cinq ans, selon la vieille recette du grand-père Maxwell Jones, et depuis lors chaque invité le regarde mais aucun n'y goûte de peur de l'abîmer, trop étonné, trop extasié par tant de perfection. Le résultat ? Après vingt-cinq années le gâteau s'est desséché et il est devenu immangeable. Pour qu'il retrouve sa texture, on peut toujours y ajouter du sirop (et aujourd'hui, même un tout petit peu de liqueur), on peut alors en profiter vraiment, le manger, en laissant l'esthétique pour le prochain gâteau qui sera mis sur la table aussitôt qu'il ne restera que les miettes du premier. Ce gâteau, on va l'admirer aussi, mais un petit moment seulement, parce que les gâteaux sont faits pour être mangés.

L'idée générale, le sirop et la liqueur, fait référence à la nécessité d'ouvrir la Communauté Thérapeutique aux demandes et aux besoins nouveaux, en privilégiant deux idées principales. La première est la perte de l'importance des addictions simples, dont l'héroïne est le meilleur exemple; la deuxième est la possibilité d'utiliser des médicaments dans le cadre de l'intervention en Communauté Thérapeutique. La CT n'est ainsi plus identifiée à un espace résidentiel excluant toute drogue, mais à une méthodologie intensive de travail qui admet toutes sortes de stratégies de soins. De telles stratégies ne peuvent pas être mises en œuvre toutes à la fois et dans un même lieu, pourtant, elles ont toutes une place sous le parapluie de la Communauté Thérapeutique. Certaines Communautés pourront par exemple prendre en charge seulement des cas de maintenance par la méthadone, d'autres ne le feront pas, d'autres encore favoriseront des stratégies mixtes, travailleront avec un groupe de substances réduit, ou bien élargi, avec des adultes seulement, des mineurs seulement, des personnes de même sexe, des deux sexes, avec une durée pré-établie, ou variable... Ce qui importe seulement, c'est d'avoir une conception globale depuis laquelle soient choisis les contenus de chaque dispositif (ceci oui, mais cela non),

et qui, en fin de compte, réponde à la méthodologie de la Communauté Thérapeutique.

Il est évident que l'on pourrait se demander ce qu'il reste alors de la Communauté Thérapeutique si elle peut être tout et n'importe quoi. Il s'agit pourtant d'une question mal formulée qui tend à confondre des éléments substantifs (la Communauté Thérapeutique en tant que processus intensif de resocialisation), avec des éléments factuels (la version classique des programmes libres de drogues). Cela veut-il dire que la Communauté Thérapeutique ne peut plus proposer des programmes libres de drogues ? Pas du tout, car la plupart des bénéficiaires, du moins jusqu'à présent, doivent poursuivre ce type de programme et que les Communautés Thérapeutiques en représentent un bon dispositif, comme elles peuvent aussi l'être pour d'autres types de programme.

C'est la raison pour laquelle la souplesse du concept doit selon moi allier une plus grande rigueur méthodologique, étant donné que ce qui identifie la Communauté Thérapeutique, c'est justement cette rigueur dans le programme de soins. En d'autres termes, la Communauté Thérapeutique peut avoir le meilleur programme de maintenance par la méthadone, elle peut utiliser mieux que quiconque les autres médicaments, elle peut travailler avec des toxicomanes socialement intégrés qui s'y rendent seulement le week-end, parce qu'elle est un dispositif de haute qualité, un traitement intensif qui améliore, pour nombre de toxicomanes, les conditions offertes par d'autres programmes ou d'autres dispositifs. Il est évident pourtant qu'un tel parfait modèle de Communauté Thérapeutique reste encore à être mis en œuvre.

Si l'on suit la métaphore de la plantation de canne à sucre, le futur client de la Communauté Thérapeutique n'est évidemment plus un toxicomane esclave d'une substance ou de plusieurs substances, mais un travailleur libre dont on considère qu'il fait ce qu'il veut dans le contexte d'une offre diversifiée et accessible, même si la vie qu'il mène est pire que celle d'un esclave. Il est tout à fait loisible de penser que sa situation est pire que celle de l'esclave dont la vie possédait au moins quelque sécurité ou certitude. Le nouveau toxicomane, lui, est un homme libre mais qui vit dans l'insécurité. Il ne veut ni ne peut accepter (pourquoi le

faire ?) une alternative unidimensionnelle, et, se jugeant un être libre, il ne croit pas avoir besoin de se « libérer » mais demande de l'aide pour résoudre ses problèmes. Nous devons lui offrir cette aide, nous devons avoir une offre diversifiée, mais en même temps, nous pourrions aussi lui expliquer que non, il n'est pas un homme libre, parce que le salaire de misère des drogues à la carte, c'est aussi une forme d'esclavage.

Dans un tel contexte, la Communauté Thérapeutique devient plus nécessaire que jamais, pour au moins deux raisons : la première, parce que d'autres offres de soins font partie de ce nouveau contrat toxique du travailleur libre – si nous ne pouvons les rejeter, nous pouvons au moins les améliorer et les compléter. La deuxième est liée aux droits humains, droit à une vie saine et digne, droit au travail, droit à la participation sociale : quel lieu est-il mieux à même de reconstruire ces droits que l'espace intensif que l'on identifie à la Communauté Thérapeutique ?

Il reste encore beaucoup à faire et nous ne faisons que commencer. Pourtant, les dix prochaines années pourraient de nouveau être celles de la Communauté Thérapeutique, si l'on s'y efforce un peu.

INTRODUCTION

- La consommation de drogues
- La distribution de drogues
- La production de drogues

INTRODUCTION

Au cours des années 70 a pris naissance le système international de production, de distribution et de consommation de substances psychoactives d'origine naturelle et synthétique. Les années 80 ont vu ce système croître et prendre de l'expansion, tandis que dans les années 90 il s'est stabilisé autour de quatre biens transactionnels illicites: le cannabis (marijuana et haschisch), les dérivés amphétaminiques, la cocaïne et les opiacés.

Bien qu'il ne soit pas facile d'établir des relations linéaires entre les facteurs contextuels et l'augmentation de la demande de drogues psychoactives, il existe en principe deux façons possibles d'aborder cette relation possible. La première est de faire appel à des enquêtes de consommation et compléter cette information par les statistiques fournies par les institutions publiques et privées qui possèdent des registres réguliers utiles (institutions de santé et de police, groupes interdisciplinaires sur les toxicomanies, services de protection des mineurs, services éducatifs, etc.). La deuxième s'appuie sur une orientation analytique qui tend à lier, au moins de manière conjoncturelle, l'expansion de la consommation et les dynamiques socioculturelles.

La première voie associe la consommation de drogues avec les variables qui l'influencent de façon plus ou moins importante. Ces variables vont des plus essentielles, telles que le sexe et l'âge, aux plus subtiles, telles que le type d'union parentale ou le degré d'insertion sur le marché du travail. Ainsi, par exemple, on trouve depuis les affirmations les plus récurrentes (la consommation de drogues est plus élevée chez les jeunes de sexe masculin entre 19 et 35 ans), jusqu'aux plus détaillées (une consommation plus élevée chez les célibataires et les veufs, chez les personnes hospitalisés à cause de problèmes émotionnels, chez les personnes issues d'une famille dysfonctionnelle, chez celles qui ne travaillent pas, ni ne suivent des

études, chez celles qui vivent dans des villes de plus de 500 mille habitants, chez celles qui ont commencé à avoir des relations sexuelles avant l'âge de douze ans, chez celles qui déclarent que plus de la moitié de leurs amis consomment des drogues, etc.). Ces données sont intéressantes et assez utiles au moment de concevoir des politiques de prévention.

L'autre voie, de type interdisciplinaire, cherche dans les phénomènes culturels, sociologiques et démographiques, des éléments et des pistes qui vont nous permettre de comprendre pourquoi, à partir d'un moment historique donné, la demande de drogues est multipliée. Dans ce sens, les paroles de Francisco Thoumi sont intéressantes: "Etant donné que l'ensemble des gènes et la répartition de personnalités individuelles ne changent pas de manière significative d'une génération à une autre, les explications des grands changements dans l'utilisation des drogues psychoactives d'une société doivent se faire sur la base des changements sociaux subis par cette société (...) dans une société, les caractéristiques sociales de chaque groupe déterminent son degré de vulnérabilité et les probabilités qu'ont ses membres de devenir dépendants". Et plus tard: "Toute stratégie visant à contrôler l'addiction doit identifier les groupes sociaux les plus vulnérables et les variables qui déterminent leur vulnérabilité (...) les politiques de contrôle des drogues les plus efficaces doivent être envisagées à partir de la connaissance des facteurs qui déterminent leur usage et leur abus. Considérer l'usage et le trafic de drogues comme un acte criminel n'est pas nécessairement la meilleure politique en termes de coût/efficacité pour réduire la consommation de drogues". (Thoumi, 1994).

Il est évident que, dans le domaine de l'offre de soins, ceux qui à cet égard peuvent obtenir le plus d'information sur le contexte du toxicomane, sont ceux qui interviennent depuis la perspective de la "communauté thérapeutique professionnelle", car c'est dans cette dernière que s'établit le contact le plus important entre l'équipe thérapeutique et le bénéficiaire. Ses buts sont la réhabilitation et la réinsertion sociale, et pas seulement les buts palliatifs, comme c'est le cas d'autres types d'intervention en toxicomanies.

Un autre facteur qui nous aide à situer le contexte, est de vérifier de quelle manière la consommation peut être standardisée. Il est tout à fait habituel qu'elle soit standardisée dans un but de prévention et de manière linéaire. On distingue les types de consommation - occasionnelle, régulière ou compulsive (dépendance) - ou bien les consommateurs de drogues douces ou dures, ou celles dont les conséquences sont variables. Ces classifications sont plus fréquentes parce qu'elles surgissent facilement des sources d'information disponibles: les enquêtes, les statistiques cliniques et les statistiques judiciaires. Mais si l'on compte seulement sur celles-ci, on court le risque d'éclater les motivations, les processus et les contextes socioculturels de la consommation de drogues.

Dans une standardisation plus détaillée, plus complète, on trouve des groupes de consommateurs liés de différentes manières à la productivité et la sociabilité. Des exemples, offerts par Martín Hopenhayn, permettent d'illustrer quelques contrastes: “**1.** Usage de cocaïne et d'amphétamines parmi les cadres de l'entreprise, des finances ou dans le monde du spectacle, à cause de leurs effets de résistance au stress et à la fatigue, ou à cause d'une désinhibition jugée appréciable par les usagers; **2.** consommation de solvants, de sulfate de cocaïne et d'héroïne parmi les groupes urbains marginalisés dont les membres affirment leur exclusion et leur dysfonctionnement – en termes social et de production – par le biais de la consommation de drogues; **3.** consommation occasionnelle récréative dans tous les secteurs sociaux de toutes sortes de substances psychoactives; **4.** consommation rituelle, soit chez des minorités ethniques soit chez des groupes divers d'expérimentation; **5.** consommation régulière en tant que partie de la diète productive et nutritive, comme dans le cas de la feuille de coca dans les Andes; **6.** consommation afin de stimuler la créativité chez les personnes qui se consacrent aux arts; **7.** consommation dans les secteurs les plus compétitifs du sport afin d'augmenter la performance physique”. (Martín Hopenhayn, 1997).

Ces différenciations ne figurent pas très souvent dans le débat public, mais elles sont importantes pour envisager des stratégies éducatives et de communication permettant

d'établir des ponts plus spécifiques à la diversité de la problématique des toxicomanies.

Il est évident que si l'on n'a pas d'explication correcte des contextes qui président à la consommation, ni une standardisation plus raffinée des modèles d'utilisation, on perd des données précieuses qui nous aideraient à comprendre l'un des éléments essentiels des campagnes de prévention et même des interventions qui visent à la réhabilitation et à la réinsertion sociale. Il s'agit du processus par lequel un groupe vulnérable passe de la "consommation zéro" à la consommation expérimentale, de celle-ci à la consommation récurrente, et de la consommation récurrente à la consommation compulsive de drogues illicites.

- La consommation de drogues

Actuellement, la caractéristique principale de la consommation de drogues est sa constance, avec une progression lente, plus élevée pour le cannabis, les dérivés amphétaminiques et l'héroïne (dont la consommation augmente depuis 1985, de manière constante) et plus faible pour la cocaïne (dont l'augmentation se trouve dans un état presque stable, mais sans diminuer). On pourrait dire que la consommation augmente en fonction de l'augmentation de la population et de sa capacité de consommation, ce qui prouve que la *fonction d'utilité* que les drogues psychoactives possèdent pour des segments importants de la population mondiale n'a pas changé. Cela veut dire que les substances psychoactives naturelles et synthétiques conservent leur capacité de répondre à des besoins spécifiques de la population qui en fait usage.

Ce qui a été ci-dessus exposé montre que tous les efforts de prévention de l'usage non approprié des drogues ont échoué, parce qu'ils n'ont pas été capables d'offrir d'autres biens ou d'autres services qui puissent répondre à ces besoins. "Ce qui est clair ici, c'est qu'une stratégie de prévention ne se fondant que sur la promotion de l'abstinence, n'a rien à offrir face aux désirs et aux besoins de secteurs importants de la population"¹ Les études sur la fonction d'utilité des drogues pourraient être une

¹ DE REMENTERÍA, Ibán. Ancien Conseiller du Programme des Nations Unies pour le Contrôle International de la Drogue (PNUFID) et du programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), aujourd'hui conseiller de la Division de Développement Social de la Commission Economique pour l'Amérique Latine et les Caraïbes (CEPAL) "Grieta de las drogas: Desintegración Social y Políticas Públicas

aide importante pour envisager d'une manière nouvelle les politiques, les stratégies et les actions de contrôle relatives à leur demande.

Les stratégies de contrôle de la demande de drogues (consommation) qui se fondent sur la négation de leur utilité et de leur capacité de satisfaire des besoins, sont condamnées à l'échec. Le besoin de substances psychoactives ne peut pas être ignoré, car celles-ci sont utilisées en médecine pour traiter des problèmes de santé mentale. Plus encore, “l'utilisation appropriée de substances psychoactives est liée à l'amélioration de la qualité de vie, c'est-à-dire, à l'élimination des états dépressifs, d'excitation, d'anxiété, d'angoisse et de la douleur”² Cela veut dire que, pour intervenir dans le champ des toxicomanies il faut analyser les motifs qui sont à l'origine de la consommation de drogues, le point de départ de tout le processus. Nier leur importance serait nous fonder sur des positions fausses et intéressées. Il faut approfondir la fonction d'utilité que l'usager, l'expérimentateur, le toxicomane, cherche et trouve dans les drogues, la clé qu'il faut comprendre et valoriser afin d'établir des stratégies d'intervention utiles, afin que les 141 millions de consommateurs de cannabis, les 30 millions de consommateurs de dérivés amphétaminiques, les 13 millions de consommateurs de cocaïne et les 8 millions de consommateurs d'héroïne³, ne soient plus une donnée statistique et qu'ils deviennent le centre de l'analyse, ce qui serait à l'origine d'une rencontre entre la Science et l'Expérience; c'est-à-dire, entre le “monde des idées” (chercheurs, spécialistes de la santé, chimistes, etc.) et le “monde de la praxis” (consommateurs qui savent pourquoi ils se sont drogués, pourquoi ils se droguent et pourquoi ils se drogueront, quels effets provoquent les substances psychoactives dans leur corps et leur esprit et quel est l'effet de l'absence de ces substances.

- La distribution des drogues

Dans le domaine de la distribution des drogues, c'est-à-dire, dans le domaine du narcotrafic, la caractéristique principale de ces dix dernières années, a été la baisse constante des prix, dans le marché international. Cela signifie deux choses. Au niveau économique, la maturité et la stabilité du système car, comme pour n'importe quel autre bien transactionnel agricole, avec le temps les prix tendent à rejoindre les coûts de production et de transaction. Au niveau criminel, la baisse des prix indique l'augmentation de l'impunité de telles activités illicites, car un de leurs frais les plus

en Amérique Latina” (*Fléau des drogues: désintégration sociale et politiques publiques en Amérique Latine*) (Ed. Naciones Unidas, New York, 1997).

² Ibidem.

importants sont ceux liés à la protection des activités illicites par le biais de l'utilisation d'arguties légales, de la corruption et de la violence.

En ce qui concerne le but principal du crime organisé (sujet à l'origine de l'offre de drogues à l'échelle mondiale), l'obtention de revenus extraordinaires, les dérégulations et les techniques bancaires, financières et d'investissement actuelles, rendent impossible de détecter les flux monétaires qui accompagnent les différentes transactions nationales et internationales du narcotrafic, ainsi que les opérations de légalisation des bénéfices très importants découlant de ces activités illicites. Les très rares cas connus et leurs montants peu significatifs des procédures de blanchiment de l'argent, soit dans les pays producteurs, soit dans ceux de passage, soit dans les pays consommateurs de drogues (en particulier ces derniers, dans lesquels a lieu 90% du montant total de cette activité) sont éloquents. Dans ce domaine spécifique du contrôle du narcotrafic, cela met en évidence une impunité diamétralement opposée à la sévérité des déclarations politiques, ainsi qu'à la rigueur des normes judiciaires créées pour les réprimer.

Une autre des caractéristiques très importantes de la distribution des drogues, est la “démocratisation” de la vente au détail. Cette activité n'est plus réalisée seulement par des gangs spécialisés de délinquants communs qui agissent au niveau des quartiers, ou par des consommateurs réguliers qui utilisent leurs relations sociales et professionnelles pour “placer” la drogue et financer de cette manière leur propre approvisionnement. “Maintenant, ce sont les membres de différentes catégories sociales, tels que de petits entrepreneurs, des commerçants, des industriels, des professionnels, des employés, des ouvriers, des maîtresses de maison et même des agents des forces de l'ordre, qui complètent leurs revenus, résolvent leurs problèmes familiaux, financent leur mise au chômage ou occupent leurs loisirs grâce à cette activité.”⁴

³ UNITED NATIONS OFFICE FOR DRUG CONTROL AND CRIME PREVENTION (UNODCCP) "Global Illicit Drug Trends" (*tendances globales des drogues illicites*) UN, New York, 1999.

⁴ DE REMENTERÍA, Ibán

Dans le cas de la distribution internationale de la cocaïne, les succès des actions de répression des deux cartels principaux, ceux de Medellín et de Cali (dont on dit qu'ils contrôlaient entre 60 et 80% du marché international de cocaïne), avec l'élimination de leurs leaders les plus importants et la soumission à la loi de tous les autres, montre une victoire importante contre le crime. Mais, en même temps, ce succès a mis fin à l'imposition de prix de gros prohibitifs, à la "cartellisation" (un trait caractéristique de ces marchés après la crise de 1983), et a ouvert la voie à la libre concurrence, issue de la participation active d'anciens et de nouveaux agents. Ce phénomène a fait chuter les prix dans les différents secteurs de ce marché illégal, y compris au niveau du consommateur. Ce par quoi on a obtenu exactement le contraire de l'objectif de la répression du narcotrafic, c'est-à-dire, diminuer l'offre et faire monter les prix au niveau du consommateur afin de diminuer la demande. Nous pouvons déduire de cet état de fait que, malgré certaines affirmations sans fondements, en ce qui concerne la drogue, la demande est aussi sensible aux prix. (Aujourd'hui les adolescents peuvent trouver un gramme de cocaïne pure entre 20 et 60% pour la somme de 40\$, alors qu'il y a quelques années le prix se situait entre 80 et 100\$ pour une drogue de qualité inférieure) Bien entendu, cette évolution n'aide pas à diminuer la demande (consommation).

- La production de drogues

Dans la production illicite de substances psychoactives, celles qui sont d'origine naturelle sont toujours prédominantes, du fait que les risques économiques de la production illégale de substances psychoactives synthétiques sont élevés à cause du besoin technique de centraliser la production et l'investissement. En tout état de cause, on a décelé une capacité importante de production de psychotropes et de leurs "précurseurs" dans les anciens pays socialistes et dans quelques pays en voie de développement, dans lesquels les circonstances politiques ont relâché les systèmes de contrôle. Cependant, la subordination commerciale des paysans et des colons aux cultures illicites du narcotrafic est prédominante. Cette subordination continue à cause de l'échec séculaire de l'agriculture licite. Bref, les drogues naturelles et la

production paysanne sont toujours la caractéristique principale du trafic international des substances psychoactives.

Depuis ces dix dernières années, la production de drogues naturelles s'est distinguée surtout par l'expansion continue de l'aire agricole cultivée et par la paralysie du volume de production des matières premières dont sont extraits les alcaloïdes psychoactifs. Ce phénomène est dû à la baisse continue des prix payés aux producteurs pour leurs récoltes illicites, ainsi qu'à la hausse des coûts des technologies agricoles, par la suite des politiques d'ajustement du secteur agricole. Tout cela a entraîné une diminution de la technicité des cultures illégales dans le but de réduire les coûts et de garder les marges de rentabilité, malgré une très importante diminution du rendement par hectare.

Ce phénomène, qui aurait pu être avantageux pour rendre compétitif le développement de l'agriculture licite, n'a pas été un succès du fait que la rentabilité des cultures licites est toujours négative, tandis que le narcotrafic paye pour les récoltes illicites au moins suffisamment pour couvrir les coûts de production – autrement il ne pourrait pas disposer de cette offre irremplaçable dans le marché mondial. En revanche, le marché mondial tourne le dos à l'offre agricole licite des pays en voie de développement.

Par ailleurs, la "naturalisation" de l'agriculture illicite comme réponse à la baisse des prix et la hausse des coûts, provoque, de la même manière que ce qui est arrivé durant ces dernières années avec l'agriculture licite, un nouvel impact dépréciatif des ressources naturelles et de l'environnement de la région.

Un autre fait remarquable des années 90, c'est que dans la région des Andes a eu lieu un déplacement de la production illicite de coca depuis le Pérou, et à une moindre échelle depuis la Bolivie, vers la Colombie. Ce déplacement découle de la hausse très importante des coûts agricoles, en particulier au Pérou, ainsi que de la crise générale de l'agriculture en Colombie. A cause de cette crise, non seulement l'agriculture paysanne illicite s'est répandue en Colombie, mais en plus, et pour la première fois depuis l'application du contrôle pénal aux cultures de coca, est apparue dans cette

région une agriculture d'entreprise illicite, laquelle au niveau criminel est un autre indicateur de l'impunité dans laquelle cette activité illégale opère.

Le déplacement de la production n'est pas un phénomène nouveau dans le domaine du trafic illicite de drogues. Dans les années 70 déjà, le retrait des Etats-Unis du sud-est de l'Asie a déplacé les cultures de pavot vers le Mexique, le Guatemala, et maintenant la Colombie. En même temps, et au cours des dix dernières années, la laxité vis-à-vis des cultures de marijuana aux Etats Unis et leur répression au Mexique, en Colombie et en Jamaïque, les a déplacées depuis ces pays vers le territoire du plus grand des pays consommateurs (USA).

Enfin, nous aimeraions proposer, d'une manière conjoncturelle, quelques facteurs qui nous semblent devoir être pris en considération dans un tentative de compréhension du phénomène actuel de la consommation, et surtout de la consommation sous ses formes les plus pernicieuses ou d'un coût personnel et social plus élevé

En premier lieu, nous souhaitons faire allusion à un phénomène que nous définissons comme "**exogénéisation**" des sources d'équilibre intérieur. Autrement dit, il existe aujourd'hui une tendance des personnes à conditionner de plus en plus leurs sources d'autorégulation à des éléments exogènes. L'augmentation exponentielle de la consommation d'anxiolytiques, de somnifères et d'antidépresseurs, ainsi que la recherche d'expériences euphoriques ou extrêmes dans les sports à risques, font partie de cette symptomatologie. Vitalité, repos et extase sont soustraits de l'individu et lui sont offerts sous la forme de comprimés, de "poudre" ou de ballades à grande vitesse. La progression explosive de la consommation de drogues illicites s'inscrit dans cette dynamique.

Dans le passage de consommateurs occasionnels à récurrents, ou de récurrents à dépendants, cette incapacité croissante de créer de façon endogène des états d'âme souhaités, tels que l'enthousiasme, l'introspection, l'euphorie, la distension, l'inspiration, l'expressivité, la capacité de communication et autres, joue un rôle décisif. Plus on recourt à la consommation de drogues à cause de difficultés d'autorégulation interne, plus élevé est le risque de voir le modèle de consommation

devenir addictif et intérieurisé en tant que part indispensable de la vie des personnes. Si cela est vrai, un élément stratégique pour une campagne de communication est le défi de retrouver la capacité endogène à faire naître des états souhaités (base de la réhabilitation en “Communauté Thérapeutique”).

Un deuxième facteur doit être mis en rapport avec la frustration liée aux attentes et aux conditions d'exclusion propres à des groupes qui sont précisément considérés comme des populations à risque (des groupes qui ne sont pas seulement enclins à consommer des drogues, mais à le faire avec un plus grand risque de conséquences néfastes pour leur propre vie). Il s'agit en général de jeunes citadins. Ce sont eux qui intérieurisent le plus les promesses et les aspirations promues par les médias, l'école et la politique, mais ils n'ont pas accès à la mobilité sociale et à la consommation contenues dans ces promesses et ces aspirations. C'est ainsi que ces jeunes subissent les effets d'une combinaison explosive: ils ont des difficultés plus importantes pour entrer dans le marché du travail selon leur niveau d'études; ils vivent un processus préalable d'éducation et d'acculturation dans lequel ils intérieurisent le potentiel économique de leur propre formation, démenti plus tard lorsqu'ils entrent avec de faibles possibilités dans le marché du travail; ils possèdent un plus grand accès à l'information et sont stimulés par les nouveaux divers biens et services auxquels ils ne peuvent pas accéder, et qui, à leur tour, deviennent pour eux des symboles de la mobilité sociale; ils ont une perception très claire de comment d'autres accèdent à ces biens dans un schéma qu'ils ne trouvent ni juste ni équitable; et tout cela dans un moment de l'histoire, à l'échelle mondiale, où les “règles du franc jeu” pour accéder aux bénéfices du progrès ne sont pas très claires.

Cette frustration des attentes favorise la disposition à faire usage de l'offre très importante de drogues. La consommation peut apparaître comme une façon abâtardie (un succédané pratique) de compenser sa vie de personne ayant un faible accès à la mobilité sociale, la participation politique ou l'échange culturel.

Un troisième facteur contextuel qui peut être mis en évidence, si l'on se tient à la vision propre de l'anthropologie culturelle, est le manque de rites d'appartenance, de communion et de passage dans la société au fur et à mesure que celle-ci se modernise

et se sécularise. Sous cet angle, la consommation de drogues psychoactives peut être comprise comme un rite d'appartenance à des groupes ou “tribus urbaines”, qui affirment leur identité par opposition à la norme (opposition à la loi, à la vie adulte, à la morale, à la discipline); comme un “rite de trêve” face aux avatars du travail et de la vie de tous les jours, surtout dans des circonstances où les exigences de productivité augmentent toujours; comme un rite de communion, en rapport précisément avec les effets expansifs propres de plusieurs drogues psychoactives, pour remplacer d'autres rites de communion traditionnels de plus en plus faibles dans une culture sécularisée; ou encore, comme un rituel de passage où le jeune identifie son expérience avec la drogue avec un “saut” ou une “transformation” de sa propre subjectivité.

Un quatrième et dernier facteur que nous désirons mentionner, c'est le culte de l'obtention immédiate du plaisir dans la société de consommation. Par cela nous ne voulons pas dire que le plaisir soit mauvais. Nous parlons plutôt d'une sorte spécifique d'évaluation du plaisir, qui s'impose de plus en plus dans la sensibilité publicitaire, dans les messages des médias, dans les vitrines des centres commerciaux, dans le monde du spectacle, dans les conversations entre les professionnels qui ont du succès et aussi entre les jeunes économiquement marginalisés. Cette évaluation spécifique du plaisir nous propose l'image séduisante d'une vie pleine de sensations délicieuses. Selon Martín Hopenhayn: “une vie où le plaisir doit augmenter, où le présent doit intensifier de plus en plus sa vibration, où la faculté sensorielle doit accéder à une excitabilité progressive. Une vie où la même hyperquinèse qui opère dans le monde du travail et de l'argent doit exister dans le domaine du loisir, du repos et du plaisir. Et quoi de mieux que les drogues psychoactives pour donner une réponse immédiate au plaisir devenu une exigence permanente” (Martín Hopenhayn, 1997)

Une fois situés dans le contexte du cycle des drogues, on pourra aborder avec une meilleure perspective les données sur les prévalences de la consommation et l'éventail très large des interventions qui, pour diminuer le dommage ou pour réhabiliter, prévenir, ou réinsérer les toxicomanes, sont réalisées par des Institutions

et organisations Sociales en général, dans les différentes régions du Monde: L'Union Européenne, l'Europe de l'Est, l'Amérique du Nord, et l'Amérique Latine, ainsi que les indicateurs sanitaires et judiciaires en rapport avec la consommation de la demande de soins à l'échelle mondiale.

DEMANDE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

- 1. Consommation à l'échelle mondiale**
- 2. Tendances et modèles de consommation à l'échelle mondiale**
- 3. Extension mondiale de l'abus de drogues**
- 4. Consommation de drogues chez les jeunes (15-24 ans)**
- 5. Coût et conséquences de l'abus de drogue**

CHAPITRE PREMIER

DEMANDE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

1. Consommation à l'échelle mondiale

1.1 Cannabis

Les estimations présentées par le *World Drug Report* présentent le **cannabis** comme la drogue la plus consommée dans le monde, avec un nombre approximatif de 141 millions de consommateurs.⁵. C'est-à-dire, 2.5% de la population mondiale. La consommation est particulièrement élevée à l'Ouest de l'Afrique, en Amérique Centrale, en Amérique du Nord. et dans quelques pays européens.

Beaucoup de jeunes commencent par le cannabis. La proportion d'élèves et de jeunes qui ont consommé du **cannabis** au cours de l'année précédent l'étude, est, dans plusieurs pays, de 37%, et la proportion de consommation le mois précédent se trouve entre 10 et 25%. Cela montre que le cannabis est une drogue admise dans la normalité et non plus exclusive de petits groupes marginaux.

Ces tendances montrent une augmentation claire de la consommation de **cannabis** dans les dix dernières années dans toutes les régions du monde, en particulier dans le marché d'Europe, mais aussi en Afrique, en Asie et en Amérique. L'augmentation s'est accélérée pendant les années 90. Par exemple, en Allemagne, le pourcentage des personnes entre 18 et 39 ans ayant consommé du **cannabis** était de 4% en 1990 et de 7% en 1997. En Angleterre le pourcentage de consommateurs de cannabis compris entre 16 et 59 ans était de 5% en 1991, et de 9% en 1996. Dans les autres pays de l'Europe Occidentale on a trouvé des augmentations similaires.

Il en va de même pour l'Amérique, où très peu de pays présentent une tendance stabilisée. La consommation abusive de **cannabis** semble avoir été très élevée au Sud

⁵ UNODCCP "Global Illicit Drug Trends" New York, 1999.

et au Sud-Est de l'Asie (notamment en Inde, en République Démocratique de Laos, en Malaisie, en Indonésie, et aux Philippines), tandis que le Pakistan a connu une diminution importante en 1997. Cette information est en rapport, semble-t-il, avec les saisies de cannabis à destination des marchés de l'Europe Occidentale, depuis l'Afghanistan et le Pakistan, et l'augmentation de celles venant du Sud-Est de l'Asie.

Les études au niveau clinique montrent toutes un syndrome de dépendance, qui se caractérise par une incapacité ou une faible capacité de contrôle de l'usage de la substance (dose), des désordres cognitifs et émotionnels, des interférences dans l'exercice de sa profession, et d'autres problèmes en rapport avec une auto-estime faible et avec la dépression, en particulier chez les usagers de longue date. Plus grave encore, cette drogue vient en Amérique et en Europe en deuxième position des demandes de soins, (après la cocaïne et l'héroïne respectivement). De la même manière, elle est la deuxième drogue à provoquer des ruptures de soins dans nombre des pays d'Asie (après les opiacés, lesquels dominent les demandes de soins dans cette partie du monde, à l'exception de l'Extrême-Orient où les dérivés amphétaminiques occupent la première place).

1.2. Dérivés amphétaminiques

La deuxième drogue la plus répandue dans le monde sont les dérivés amphétaminiques, leurs niveaux de consommation étant très différents selon les régions et les pays. Les estimations de l'UNDCP montrent que la consommation de drogues synthétiques, en particulier celles des dérivés amphétaminiques est très répandue et elle augmente très rapidement. D'après les estimations de l'UNDCP, on calcule que quelque 30 millions de personnes consomment ce type de drogues. (prévalence annuelle de 0,52% pour la population mondiale)

Cet accroissement a été relativement lent dans les années 80, mais la consommation a augmenté très rapidement dans les années 90. En Europe l'augmentation a été très importante, et elle est aussi une région importante de production. Les drogues synthétiques ont gagné en popularité, surtout chez les adolescents et les jeunes, qui les ont liées à leur façon de s'amuser, en les combinant fréquemment avec du

cannabis. Le **MDMA**⁶ (Ecstasy) est une drogue de choix dans le monde industrialisé, notamment en Europe, et on observe des indicateurs d'une augmentation très rapide au Sud-Est de l'Asie.

En Australie et en Europe, les dérivés amphétaminiques sont la deuxième drogue la plus répandue après le cannabis. Il n'y a néanmoins en Asie pas autant d'uniformité. Dans de nombreuses villes, les **dérivés amphétaminiques** représentent première drogue occasionnant une demande de soins, comme à Séoul, Tokyo et Manille, et la deuxième à Bangkok. Le nombre de pays d'Asie et d'Europe qui montrent une augmentation du nombre de consommateurs de **dérivés amphétaminiques** par voie parentérale, a également augmenté.

1.3. Cocaïne

En général, la **cocaïne**, dans ses différentes présentations (en poudre ou en base), est la deuxième drogue la plus répandue en Amérique après le cannabis. La **cocaïne** en poudre (la cocaïne type) est la première qui occasionne une demande de soins. La même chose arrive dans de nombreux pays d'Amérique Latine où l'usage du “**bazuco**” (pâte de coca) est en augmentation. Une estimation approximative placerait la prévalence de consommation de **cocaïne en poudre** à environ 2% de la population de plus de onze ans, aux Etats Unis,

Selon l'UNDCP, on estime à 13 millions (0.23%) les personnes qui font usage de **cocaïne** dans le monde. La consommation de **cocaïne** a augmenté au long des années 80 de manière continue, mais pendant les années 90 cette consommation a subi des changements plus complexes. Par exemple, l'abus de **cocaïne** a été particulièrement important vers le milieu des années 80, au début des années 90 la consommation a chuté puis vers le milieu des 90 elle a recommencé à augmenter de manière importante, le marché de la production et de l'exportation de cette substance ayant une forte influence. Vers la fin des années 90 la consommation s'est peu à peu

⁶ Méthylendioxyméthamphétamine. Problèmes: difficultés psychologiques, dont: confusion, dépression, troubles du sommeil, désir compulsif de s'administrer des drogues, anxiété grave et paranoïa sous l'influence du MDMA et parfois quelques semaines après la prise (des épisodes psychotiques ont été également

stabilisée en Amérique du Nord (qui représente le marché de **cocaïne** le plus important au niveau mondial) et durant cette même période les pays andins et leurs voisins, principales routes du trafic vers l'Amérique du Nord et l'Europe (où augmente sa consommation chez les jeunes) ont enregistré une augmentation très forte.

Quoi qu'il en soit, l'augmentation la plus importante de la consommation et l'extension du phénomène, au cours des dernières années en Europe, a été celle des dérivés amphétaminiques. Si en Europe Occidentale l'usage de la cocaïne a poursuivi son augmentation, celle-ci est encore très inférieure aux niveaux observés aux Etats-Unis.

1.4. Héroïne

Si on le compare avec la consommation d'autres drogues, l'abus d'**héroïne** et d'autres opiacés montre des prévalences moins importantes. D'après les estimations de l'UNDCP, environ 8 millions de personnes font usage de l'**héroïne** ou d'autres opiacés dans le monde, (0.14% de la population mondiale), les pourcentages les plus élevés se trouvant au Sud-Est et au Sud-Ouest de l'Asie. Dans ces régions, la consommation concerne 2% de la population et il est encore plus élevé dans les zones traditionnelles de culture de l'opium. Par exemple, dans la République Démocratique du Laos, le pourcentage est de 6%.

L'usage de l'**opium**, fumé ou ingéré, est issu d'une longue tradition dans plusieurs régions de l'Asie. Les raisons de la prévalence élevée de cette consommation sont variées, l'une d'entre elles est l'acceptation dont jouit la consommation dans ces régions. Par exemple, la prévalence dans les zones de culture de la République du Laos et de Thaïlande, est de 10 à 12%. Dans les zones urbaines, la consommation d'**héroïne** augmente très rapidement et l'augmentation des usagers par voie intraveineuse en Asie au cours des cinq dernières années commence à devenir préoccupante.

rapportés). Augmentation de la fréquence cardiaque et de la tension artérielle, risque particulier pour les personnes qui ont des maladies cardiaques ou de la circulation.

Bien que le marché d'**héroïne** le plus important du monde soit, au niveau économique, celui de l'Europe, les prévalences de consommation sont inférieures à celles des dérivés amphétaminiques et de la cocaïne. En Europe, les prévalences de la consommation d'**héroïne**, estimées entre 0.2 et 0.4% chez la population de plus de 15 ans, sont très supérieures à celles de l'**opium**.

La consommation d'**héroïne** est un problème moins important en Amérique, sauf aux Etats-Unis, où elle est en augmentation depuis ces dernières années. Cependant en Europe, l'expansion est arrêtée dans l'ensemble. En Afrique, la consommation d'**héroïne** commence à apparaître comme une donnée significative dans quelques pays, même si sa production n'est pas encore très préoccupante.

Même si les prévalences de consommation d'héroïne sont plus faibles que celles d'autres drogues, elle est encore la drogue qui donne lieu au plus grand nombre de demandes de **soins** en Europe et en Asie. En moyenne, 70% des demandes de soins en Europe, proviennent de la consommation d'opiacés, surtout d'héroïne. En Asie, la demande de **soins** liée à la consommation d'opiacés est de 60%.

1.5. VIH/SIDA

Au début 1998, il y avait au monde 30 millions de personnes infectées par le **VIH/SIDA**, selon les données de l'UNAIDS, dont 3.3 millions de consommateurs de drogues par voie intraveineuse, ce qui représente 11% du total. Au cours de la période 1996-98 les pays ont informé que le nombre d'usagers par voie intraveineuse avait augmenté à 9%, tandis que le nombre de personnes infectées par le **VIH** parmi ces derniers avait augmenté à 37%; cela veut dire que la transmission chez les usagers par voie intraveineuse se multiplie de manière alarmante, et qu'une personne infectée qui entre en contact avec une communauté de ces usagers non infectée par le virus, va le propager à grande vitesse dans cette même communauté.

1.6. Voies d'administration

En ce qui concerne les **façons** de consommer la drogue, la **voie** intraveineuse est devenue moins habituelle, à l'exception possible de la cocaïne. En Europe et en Asie,

les rapports des pays indiquent qu'il y a moins **d'usagers de cocaïne par voie intraveineuse** aujourd'hui, qu'il y en avait au début des années 90, cependant, en Amérique, la région du monde où la consommation de cette substance est la plus élevée, elle n'a pas diminué. De plus, le nombre **d'usagers par voie intraveineuse** de dérivés amphétaminiques a augmenté en Asie et en Europe, tandis que le nombre **d'usagers d'héroïne par voie intraveineuse** a augmenté en Afrique et en Asie.

La **polyconsommation** et la diversification de substances et des **voies** d'administration semble être l'élément majeur. L'introduction de drogues nouvelles ne provoque pas une diminution de la consommation des drogues classiques. De la même façon, l'introduction de nouvelles façons de consommer ne conduit pas à l'abandon des voies d'administration classiques. Les drogues nouvelles viennent se joindre à celles qui existent déjà et les nouveaux usages s'ajoutent aux usages traditionnels.

1.7. Conclusions

L'UNDCP informe que parmi les 68 pays qui ont présenté leurs données en réponse à *l'Annual Reports Questionnaire* (ARQ), on observe une augmentation nette de la consommation de **cannabis** dans 31 pays; une augmentation nette de la consommation de dérivés amphétaminiques dans 26 pays; d'**héroïne** dans 21 pays, de **cocaïne** dans 18 pays, d'**hallucinogènes** dans 12 pays, **de solvants volatils** dans 12 pays et de **benzodiazépines** dans 9 pays. Enfin, la consommation traditionnelle d'opium dans certains pays, est actuellement remplacée par la consommation d'héroïne.

Bien que les taux de consommation du cannabis soient les plus élevés, l'augmentation la plus dynamique des années 90 a été celle des dérivés amphétaminiques. En 1997, quatre fois plus de pays qu'en 1990 ont fait état d'une augmentation de la consommation de dérivés amphétaminiques sur leur territoire; deux fois plus de pays pour la consommation de cannabis, moitié moins de pays pour la consommation d'héroïne. Les données indiquent que la consommation d'héroïne et de cocaïne a poursuivi son augmentation au cours des années 90, avec une plus

grande intensité dans les pays qui n'avaient pas été touchés jusqu'à maintenant, mais, en tous les cas, son expansion a été plus lente que celle des dérivés amphétaminiques.

Au niveau des régions, l'augmentation semble avoir été particulièrement élevée en Europe. Les pays d'Europe font état de l'augmentation des dérivés amphétaminiques, du cannabis, des opiacés et de la cocaïne.

Au niveau économique, les marchés de drogues les plus importants sont ceux de l'Amérique du Nord et de l'Europe Occidentale. Dans chacun d'entre eux on note une progression de la consommation d'héroïne et de cocaïne. L'Amérique du Nord est la région où les taux de consommation de cocaïne sont les plus élevés, tandis que la consommation d'héroïne est actuellement en augmentation. En Europe, région traditionnelle de consommation d'héroïne, la consommation de la cocaïne continue à augmenter. Dans ces deux régions, il existe aussi une consommation élevée de dérivés amphétaminiques et de cannabis.

2. Tendances et modèles de consommation à l'échelle mondiale

2.1. Cannabis

Des changements d'attitudes dans la consommation de cannabis ont été rapportés, en particulier chez les jeunes qui l'utilisent avec des drogues synthétiques dans les lieux de loisir: fêtes "house", "raves", "dance", etc. Cette demande très importante de cannabis a provoqué, en plus des cultures qui se trouvent dans les régions traditionnellement exportatrices telles que l'Afrique ou l'Asie, l'apparition d'un nombre toujours plus grand de plantations en Amérique du Nord, en Europe, en Australie, afin de répondre à une énorme demande.

En comparaison avec les dix dernières années, on assiste à une augmentation très claire de l'usage du cannabis, notamment en Europe, mais aussi en Afrique et en Asie.

Comme nous l'avons déjà souligné, l'augmentation en Europe a été importante, mais elle demeure toujours moins élevée que l'augmentation des taux de consommation aux Etats-Unis, toujours supérieurs de trois ou quatre points. Par exemple, la prévalence annuelle en 1997 a été de 9% (population de plus de 12 ans) pour les Etats Unis, et de 5,5% de la population de plus de 15 ans dans l'Union Européenne.

En Amérique, surtout aux Etats-Unis, les prévalences montrent depuis les vingt dernières années une augmentation constante, selon les informations du *International Epidemiology Network, United States Department of State and United Drug Enforcement Agency* (INCB). En ce qui concerne l'Amérique du Sud, notons les rapports de 1997, qui font état d'une augmentation très élevée de la consommation de cannabis au Brésil, en Argentine et au Chili, du même qu'en Amérique Centrale et dans la zone des Andes en général. En tous les cas, nous trouvons aux Etats Unis le problème le plus important de ces vingt dernières années. Au début des années 80 on a recensé le plus grand nombre de consommateurs, 30 millions en 1982, (15% de la population de plus de 12 ans); par la suite, au commencement des années 90, la consommation est descendue à 16 millions (1992, 7.9%), pour remonter en 1997 à 20 millions (9.0%).

Le problème pour l'Europe Occidentale, bien que moins important, est cependant très grave, à cause de l'augmentation de l'usage et de l'abus de cannabis au cours des vingt dernières années. Par exemple, en Allemagne, dans la population comprise entre 18 et 39 ans, la prévalence annuelle était de 4.1% en 1990, puis de 7.2% en 1997, équivalant aux taux très élevés de 4.1% pour la population générale (18 à 59 ans). En Angleterre, le nombre de consommateurs est passé de 5% en 1991 à 9% en 1996, parmi la population entre 16 et 59 ans, selon les données du *British Crime Survey*. Il est aussi vrai qu'en 1997 quelques pays, tels que le Royaume Uni lui-même, l'Irlande, la France, la Suisse, l'Espagne et le Portugal, font état d'une stabilisation de la prévalence (non parmi les jeunes cependant).

L'Europe Centrale et l'Europe de l'Est, ainsi que la Fédération de Russie, présentent une stabilisation ou une faible diminution de la consommation, mais cela est dû à leur histoire politique récente et à l'imperméabilité des frontières qui prévalait

jusqu'à la *démocratisation*, ces dernières années on note en effet une augmentation très importante de la consommation de toutes les drogues utilisées en Europe Occidentale.

2.2. Dérivés amphétaminiques

Comme nous l'avons déjà souligné, l'abus de ces substances a connu l'augmentation la plus élevée de ces dernières années. En Europe ce phénomène est particulièrement remarquable du fait qu'il est très profondément lié aux formes de loisir de nombre de jeunes, "techno fêtes", "raves" et "party" en général. En ce qui concerne les dérivés amphétaminiques, les pays dans lesquels se sont traditionnellement développés les phénomènes musicaux "dance" ou "house", liés à ces substances ont connu une augmentation très importante, nettement supérieure à celle de l'héroïne ou de la pâte de coca, répandue surtout dans les classes sociales défavorisées ou marginales, la consommation de dérivés amphétaminiques s'observant dans toutes les classes sociales. On note aussi une consommation remarquable liée à plusieurs professions telles que les chauffeurs routiers, les pêcheurs ou les professionnels qui gravitent autour du monde du sexe, afin de compenser la fatigue ou le manque de communication.

Les pays qui font état de l'augmentation la plus importante durant les années 90, sont les pays d'Europe, suivis de l'Asie et de l'ensemble des pays d'Amérique.

Au cours de la période qui va de 1995 à 1997, l'augmentation la plus importante de la consommation de dérivés amphétaminiques a été observée en Europe. La plupart des pays d'Europe Occidentale, y compris la France, l'Italie, la Suisse, l'Allemagne, l'Espagne et les pays nordiques, ont présenté des rapports faisant état de cette augmentation alarmante de la consommation de dérivés amphétaminiques; ainsi que la plupart des pays de l'Europe de l'Est, pour ce qui est surtout de l'amphétamine et du MDMA. Les seuls pays qui font état d'une diminution de la consommation de dérivés amphétaminiques sont la Turquie, la Grèce et la Lettonie.

Dans la plupart des pays européens l'augmentation de la consommation dépasse même celle du cannabis. Et il s'agit, comme nous l'avons déjà mentionné, de la drogue la plus consommée. Par exemple, aux Pays-Bas, durant la période comprise entre 1992 et 1996, la prévalence de la consommation parmi la population entre 12 et 18 ans a augmenté à 40% pour le cannabis, tandis que dans la même période la prévalence de la consommation de dérivés amphétaminiques, a doublé, passant de 1.0% à 2.2%. Il en va de même pour la partie occidentale de l'Allemagne qui a connu entre 1991 et 1997 une augmentation de la consommation de cannabis (population de 18 à 39 ans) de 60%, tandis que durant la même période et pour la même frange de population, l'augmentation de la consommation de dérivés amphétaminiques a doublé: 1.7% pour la consommation d'ecstasy, 0.9% pour la consommation d'amphétamine, tandis que l'augmentation de la consommation de cocaïne était de 1,2% et 0.3% pour la consommation d'héroïne. Les mêmes chiffres peuvent être appliqués à l'Angleterre à peu de choses près. D'après les données du *British Crime survey*, l'augmentation de la consommation d'amphétamine a doublé au cours de la période de 1991 à 1996, passant de 4% à 8% parmi la population entre 16 et 29 ans. L'augmentation de la consommation d'héroïne et de cocaïne est respectivement restée à 0.5% et 1%.

L'augmentation de la prévalence de la consommation existe aussi aux Etats-Unis et au Mexique, ainsi que dans nombre des pays d'Amérique du Sud, surtout pour la métamphétamine et dans une moindre mesure, pour l'ecstasy.

2.3. Cocaïne

L'augmentation de la consommation de la cocaïne a connu une progression stable au cours des années 80. La mesure de la consommation de cocaïne s'est compliquée au cours des années 90, années durant lesquelles elle a progressé à des cadences différentes. Dans la période allant de 1990 à 1995, l'augmentation a diminué son rythme jusqu'en 1996 où s'est produit une accélération importante qui a continué au cours de l'année pour s'infléchir de nouveau en 1997, jusqu'au niveau général, dans quelques régions le rythme ayant toujours augmenté de manière importante.

Au niveau des régions, on note vers le milieu des années 80 une expansion importante dans toute l'Amérique; le rythme diminue au début des années 90 pour se accélérer de nouveau vers le milieu des années 90, et poursuivre une augmentation plus faible durant les dernières cinq années.

En tout état de cause, même si l'Amérique est la région du monde où l'on consomme le plus de cocaïne, c'est en Europe Occidentale où se produit la montée la plus remarquable de l'augmentation, à l'exception des pays nordiques où l'augmentation de la consommation de dérivés amphétaminiques, éclipse l'accroissement de la consommation de cocaïne. L'augmentation en Europe de l'Est est moins importante. A présent il y a plus de pays en Europe qu'en Amérique qui informent sur l'augmentation de la consommation de cocaïne. En tout état de cause, l'augmentation de la consommation de cocaïne en général, a été moins importante que celle des dérivés amphétaminiques, et en Europe de l'Est, sa consommation est encore faible.

Aux Etats Unis et au Canada, la période qui va de 1995 à 1997 a été celle de la stabilisation de la consommation, bien qu'il s'agisse du plus grand marché de cocaïne au monde, avec l'augmentation constante dans les pays des Andes et leurs voisins: le Brésil, le Paraguay et le Venezuela, et les pays d'Amérique Centrale (le Mexique et quelques pays des Caraïbes) par lesquels passent les routes du trafic de cocaïne, vers les Etats-Unis et le Canada.

En bref, la cocaïne est un problème grave de consommation aux Etats-Unis et en Europe Occidentale, même si dans cette dernière les prévalences sont plus faibles qu'aux USA. Les données nous disent que 0.7% de la population de plus de 15 ans consomme de la cocaïne en Europe, face à 1.9% de la population de plus de 12 ans aux Etats Unis.

Ces dernières années on a remarqué une faible diminution dans quelques pays d'Amérique Latine, tels que le Chili et l'Argentine.

2.4. Opiacés

Le problème le plus grave, à l'échelle mondiale, est toujours celui des opiacés, notamment l'héroïne. Les données nous montrent comment l'héroïne a connu une expansion graduelle partout dans le monde au cours des dix dernières années. Même si cette expansion a été graduelle, elle a connu une montée très importante à la fin des années 80, au début des années 90 et au cours de la période allant de 1994 à 1996, pour continuer ensuite par une lente augmentation.

En ce qui concerne l'Europe, c'est dans les années 80 qu'a eu lieu le rythme le plus accéléré de l'expansion de l'héroïne; mais dans les années 90 c'est l'Amérique, et notamment l'Amérique du Nord, qui a éprouvé le rythme d'expansion le plus important. De plus, en Amérique Latine les cultures domestiques d'héroïne ont commencé à augmenter, même si la plupart de celles-ci se trouvent encore à l'intérieur de leurs frontières.

En Europe Occidentale, où l'on estime qu'il y a un million d'héroïnomanes, elle est stabilisée depuis la période 1995-97, sauf pour l'Angleterre, l'Irlande et les pays nordiques, qui ont connu une augmentation considérable, avec les pays de l'Europe de l'Est, en particulier les régions proches des routes des Balkans.

En Amérique, on note un accroissement faible de la consommation d'héroïne depuis 1995, et une augmentation depuis ces dernières années. Les pays qui le mentionnent sont: les Etats-Unis, le Canada, le Mexique, la Colombie, le Venezuela et l'Equateur.

Dans cette lignée, depuis la période 1995-97 on remarque une augmentation des prévalences de consommation aux Etats-Unis, qui a augmenté pour atteindre un nombre approximatif de 300.000 toxicomanes à l'héroïne en 1991 à 600.000 en 1997. Nous notons aussi, comme l'avons déjà dit, une augmentation importante au Canada, en Angleterre, en Irlande et en Australie.

3. Extension mondiale de l'abus de drogues

3.1. Conclusions

On ne peut pas savoir le nombre exact d'usagers de drogues dans le monde. mais il est estimé entre 3.3% et 4% de la population mondiale, incluant l'alcool et le tabac.

Selon des estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé (WHO), au début des années 90 quelque 1 milliard, 100 millions de personnes consommaient du tabac partout dans le monde, 47% d'hommes et 12% de femmes. On estime aussi qu'en 1998 l'usage du tabac a coûté la vie à 3.5 millions de personnes et, si le rythme de consommation actuel demeure le même, en 2030, 10 millions de personnes pourraient mourir à cause de l'abus de tabac sous toutes ses formes.

En ce qui concerne la consommation d'alcool, les données montrent des taux proches de 100% d'usagers pour une population de plus de 15 ans, dans les pays où l'alcool est consommé de manière traditionnelle. Par exemple, au Canada 80%, de la frange de population ci-dessus mentionnée, consomme de l'alcool, en Italie 81%, en Allemagne occidentale 91%, et dans les pays nordiques entre 82% et 96%. (La prévalence de vie descend de quelques points en prévalence annuelle).

En ce qui concerne le cannabis, notamment la marijuana et le haschisch, il y avait en 1997 quelque 141 millions de consommateurs, ce qui représentait 2.5% de la population mondiale.

Nous arrivons ensuite aux drogues qui provoquent le plus de mortalité, de problèmes sociaux et de demandes de soins partout dans le monde: la cocaïne et l'héroïne. Comme nous l'avons déjà dit, il s'agit de quelque 13 millions pour la cocaïne (0.2%) et 8 millions pour l'héroïne (0.1%).

En ce qui concerne la consommation de drogues de synthèse, nous l'avons souligné aussi, il s'agit de celles qui ont montré l'expansion la plus importante, en particulier chez les jeunes. On estime qu'il y a quelque 30 millions de consommateurs dans le monde, ce qui représente 0.5% de la population mondiale.

4. Consommation de drogues chez les jeunes (15 à 24 ans)

La consommation de drogues chez les jeunes représente un des facteurs qui ont le plus d'incidence sur l'augmentation ou pérennisation du chômage, la négligence, la violence et les abus sexuels. De plus, on note une consommation importante chez les jeunes socialement intégrés: les classes moyennes et favorisées, notamment dans les zones industrialisées les plus développées du monde. Une des causes en est, peut-être, la tolérance sociale très élevée dans ces régions en ce qui concerne l'usage des drogues.

La consommation de **cannabis** (marijuana et haschisch) chez les jeunes est toujours élevée dans de nombreuses régions du monde (13.5%) et elle est encore en augmentation. De plus, la consommation de dérivés amphétaminiques (métamphétamine, MDMA) s'est stabilisée à un niveau élevé dans nombre de pays d'Europe Occidentale, et elle continue à augmenter dans d'autres régions. La moyenne pour l'**ecstasy** est, à peu près, de 2.6%. En ce qui concerne la **cocaïne**, il existe des différences importantes, mais on note une augmentation importante chez les jeunes aux Etats-Unis. En Europe de l'Est le nombre des usagers d'**héroïne** par voie intraveineuse est en train d'augmenter; tandis qu'en Europe Occidentale et aux Etats-Unis, une augmentation des fumeurs d'héroïne est à remarquer. En tout état de cause, l'héroïne et la cocaïne sont toujours des drogues secondaires pour les jeunes, et présentent des taux de 1.9% pour la cocaïne et de 1.0% pour l'héroïne. La consommation de solvants volatils est un problème plus grave pour les jeunes (7.8%).

L'alcool, même s'il s'agit d'une drogue légale et socialement admise, provoque actuellement des ravages chez les adolescents et les jeunes, avec des prévalences très élevées. Par exemple, aux Etats Unis, en 1996 (16 à 17 ans) la prévalence (vie) était de 80%. Au Ghana, Kenya et Zambie, 70 à 80% des étudiants consommaient de l'alcool (1996), dont 10 à 14% étaient considérés déjà comme des alcooliques.

4.1. Cannabis

Des données avec des prévalences de consommation, dans plusieurs régions du monde, proches de 37% (consommé au cours de toute la vie) et de 10 à 25% (consommé au cours du mois dernier), montrent que cette consommation ne touche pas seulement des secteurs marginaux de la population, mais qu'elle est répandue dans toutes les classes sociales.

Un grand nombre de pays rapportent que la prévalence (vie) pour la consommation de cannabis présente des pourcentages plus élevés (25% en moyenne) en Australie, Canada, Allemagne, Irlande, Espagne, Suisse, Angleterre et aux Etats-Unis. En Europe Occidentale, l'Autriche, la Finlande, le Portugal et la Suède, rapportent des prévalences (vie) plus faibles avec une moyenne de 10%.

Dans la plupart des pays de l'Europe Centrale et de l'Est, la consommation est moins importante qu'en Europe, bien que l'accroissement ait été constant au cours des années 90, surtout chez les jeunes.

En Amérique Latine et aux Caraïbes les données présentent une prévalence élevée (vie), surtout au Chili (22.7% âge 12-25), en Jamaïque (13-19 ans) et aux Bahamas (16-29 ans) autour de 17%. Le Brésil rapporte un seuil plus faible (7.6%) mais ce chiffre peut être dû à la frange de population choisie pour la prévalence de consommation (vie) de 10 à 19 ans. D'autres pays de la région offrent un pourcentage moyen de 5%.

4.2. Ecstasy

Comme nous l'avons déjà mentionné, la consommation de drogues synthétiques, notamment les dérivés amphétaminiques, a connu l'augmentation la plus importante, et l'on estime à 30 millions (0.5% de la population mondiale), les consommateurs de ces drogues. L'un des dérivés amphétaminiques les plus répandus est la métamphétamine; les niveaux les plus élevés de consommation se trouvant aux Etats Unis, en Extrême-Orient et dans le Sud-Est asiatique.

Dans le groupe dense que forment les dérivés amphétaminiques, le MDMA (Ecstasy) se distingue à cause de son expansion, notamment dans les zones industrialisées d'Europe Occidentale, mais certaines données montrent une expansion rapide dans d'autres régions. En Europe Occidentale la prévalence (vie) de la consommation d'ecstasy se situe entre 9% (Irlande) et 0.2% (Finlande). On note pour l'Autriche, la Belgique, l'Allemagne, l'Italie, les Pays-Bas, l'Espagne et l'Angleterre, une prévalence (vie) chez les jeunes de 3% en moyenne.

La consommation d'ecstasy aux Etats Unis (3.1%) et en Australie (3.6%) se trouve à des niveaux inférieurs de celle de nombre de pays d'Europe Occidentale. On note une expansion rapide en Europe Centrale et Orientale, avec l'expansion des fêtes "dance", "house", "raves", etc. Au Sud de l'Afrique et dans le Sud-Est asiatique (Indonésie, Singapour et Thaïlande) il existe une expansion très forte de la consommation. En ce qui concerne l'Amérique Latine, nous n'avons pas une d'information claire sur la consommation d'ecstasy.

4.3. Cocaïne

Le pourcentage de la prévalence (vie) de la consommation de cocaïne chez les jeunes est très différent selon les régions, depuis le pourcentage très élevé des Bahamas (6.3%, 16-29 ans), jusqu'au très faible pourcentage de la Finlande, 0.2%. En général, les pays qui montrent des niveaux très élevés de consommation de cannabis, montrent des chiffres similaires pour la cocaïne: l'Australie, les Etats-Unis et la plupart des pays de l'Europe Occidentale, avec quelques exceptions, telles que la Finlande.

4.4. Héroïne

L'héroïne et la cocaïne, comme nous l'avons déjà dit, ne sont pas les principales drogues consommées par les adolescents et les très jeunes gens. Dans nombre de pays pourtant leur consommation chez ces derniers est en augmentation, ainsi que l'augmentation du nombre des consommateurs par voie intraveineuse, ce qui fait augmenter le risque de contracter le SIDA, étant donné que les adolescents et les

jeunes ne prennent pas beaucoup de mesures de prévention pour éviter la transmission.

Les pourcentages les plus élevés de la prévalence (vie) de consommation, se trouvent en Europe: Allemagne, Grèce, Irlande et Italie. (Population 15-16 ans, 2%). Il existe des données qui indiquent une augmentation notable de la consommation par voie pulmonaire (fumée) de l'héroïne dans quelques pays d'Europe Occidentale. Dans les pays d'Europe de l'Est, l'usage d'héroïne par voie intraveineuse est en augmentation, même parmi les jeunes. La Slovaquie avec 1.9% de prévalence (vie) (15-16 ans) présente un des pourcentages les plus élevés. En général, le nombre des jeunes qui fument de l'héroïne a subi une augmentation notable dans le monde, et il est très probable qu'à l'avenir ces derniers deviennent des usagers par voie intraveineuse.

4.5. Solvants volatils

Le problème que ces drogues représentent, drogues à propos desquelles nombre de pays font état de consommateurs adolescents, c'est son bas prix et la facilité avec laquelle on peut en obtenir; elles sont par ailleurs chez beaucoup de jeunes la porte d'entrée à d'autres drogues illégales.

Après le cannabis, les solvants volatils (colles, etc.) sont les substances les plus consommées chez les adolescents. En effet, nous trouvons des prévalences (vie) très élevées dans de nombreux pays: 25% (Australie); entre 10 et 20% (Brésil, Croatie, Kenya, Lituanie, Malte, Suisse, Angleterre, Etats-Unis, Zimbabwe).

5. Coût et conséquences de l'abus de drogues

5.1. Demande de soins

En Amérique la drogue qui provoque le plus grand nombre de demandes de soins est la cocaïne; en Europe et en Asie, il s'agit de l'héroïne. Après les dérivés amphétaminiques, le cannabis est en Asie la troisième drogue qui occasionne une demande de soins.

Dans la plupart des villes européennes, et dans toute l'Europe dans l'ensemble, les opiacés et notamment l'héroïne sont les drogues qui sont la cause du plus grand nombre de demandes de soins.

D'après une étude du *International Epidemiology Work Group* (1998), réalisée dans 29 villes européennes, 70% des demandes de soins en Europe sont dues à la toxicomanie à l'héroïne; 9% sont dues au cannabis, 7% aux amphétamines et dérivés (amphétamine surtout); et 3% à l'abus de cocaïne. Les villes d'Europe Occidentale qui montrent les taux les plus élevés de demande de soins dus aux opiacés sont Madrid et Rome; et en Europe de l'Est, Sofia, Bratislava et St. Petersbourg.

La République Tchèque est le seul pays européen qui mentionne une proportion plus importante de demandes de soins dus aux dérivés amphétaminiques, dont 50% ont lieu à Prague. L'abus d'opiacés est relativement faible. Dans d'autres villes d'Europe de l'Est, telles que Budapest et Bucarest, les benzodiazépines et les barbituriques représentent un problème plus grave que les opiacés. Dans les pays nordiques (Finlande, Suède) la consommation d'amphétamines est liée à un pourcentage élevé de demandes, 20% pour la Suède et 40% pour la Finlande (1996).

Par rapport à d'autres villes d'Europe Occidentale, Amsterdam rapporte un faible pourcentage pour les opiacés (50%), un pourcentage très élevé pour la cocaïne (30%), un des plus élevés d'Europe, et un taux relativement élevé aussi pour le cannabis (15%). Les Pays-Bas peuvent représenter la moyenne des demandes de soins en Europe, avec 66% pour les opiacés, 16% pour la cocaïne et 11% pour le cannabis; mais il ne faut mentionner que les Pays-Bas sont un des pays dont le pourcentage de demandes de soins dus à la consommation de cocaïne est le plus élevé. En ce qui concerne la demande de soins dus à l'abus de dérivés amphétaminiques, la moyenne européenne est de 5%, mais certains pays montrent des pourcentages élevés, tels que la Belgique où, en 1996, l'abus de ces substances concernait 24% des patients en traitement.

En Asie, la situation est très similaire à l'Europe; l'étude réalisée dans 15 villes asiatiques, fait état d'une moyenne de 80% de demandes de soins dus aux opiacés,

l'usage de l'héroïne ayant par ailleurs substitué l'usage traditionnel de l'opium. Le cannabis représente un pourcentage élevé, en particulier dans le Sud-Est asiatique – 15% pour le cannabis et 70% pour l'héroïne.

Soulignons qu'il est curieux de constater qu'en Extrême-Orient, deux tiers des patients demandent des soins à cause de leur consommation de dérivés amphétaminiques tandis que les opiacés arrivent en deuxième position des demandes de soins.

En opposition avec l'Europe et l'Asie, en Amérique le pourcentage le plus élevé est lié à la cocaïne (cocaïne-poudre, crack et pâte de coca) dans tous les pays. En Amérique du Nord et du Sud, en moyenne 60% des patients sont consommateurs de cocaïne (19 pays), 13% consomment du cannabis, 5% des solvants volatils, 2% de l'héroïne, et enfin 1% des dérivés amphétaminiques.

Dans plusieurs pays, le pourcentage de demandes lié à la consommation de cocaïne est relativement inférieur: Le Mexique, le Brésil et les Etats-Unis font état d'une moyenne de 30%. En ce qui concerne les Etats-Unis, le pourcentage varie en fonction de l'Etat. Pour la cocaïne, les chiffres sont de 47% à Atlanta et 40% en moyenne à Miami, St. Louis, Detroit, Washington D.C., au Texas, en Illinois, dans la ville de New York et à Philadelphie. Los Angeles a vu sa consommation d'héroïne augmenter fortement depuis ces dernières années, cette dernière drogue était liée en 1997 à 60% des demandes. A San Diego, les dérivés amphétaminiques sont liés à 43% des demandes, tandis que la cocaïne était liée à une pourcentage relativement faible (14%).

Les Etats-Unis et le Mexique sont les seuls pays qui rapportent un nombre significatif de demandes liés à la consommation d'héroïne (respectivement 26% et 7%).

En ce qui concerne la consommation d'ATS, les Etats Unis rapportent un des pourcentages les plus élevés (6%), suivis de l'Argentine (4%) et de la Colombie (3%).

Le pourcentage de demande de soins dus à l'abus de cocaïne est notablement élevé dans les pays de la région des Andes, avec une moyenne de 60%; il est également élevé dans plusieurs pays d'Amérique Centrale, tels que les pays des Caraïbes, où le problème devient plus grave étant donné que les routes du trafic de cocaïne passent par leurs territoire, le pourcentage y est de 64%. Dans les pays exportateurs de cocaïne, la principale demande de soins est due à l'abus de cette drogue; en excluant l'alcool, on trouve au Pérou un pourcentage de 70%, la mode d'administration de choix étant le "bazuco" (pâte de coca fumée); des pourcentages similaires en nombre et en voie d'administration se trouvent en Bolivie, au Chili, en Equateur, en Colombie, à Trinité-et-Tobago, et dans une proportion un peu inférieure, mais très élevée, au Panama, au Costa Rica, au Mexique et en Argentine. La méthode d'administration la plus utilisée pour la consommation de la cocaïne est le crack. Le crack représente la principale méthode de consommation au Costa Rica 68%; en République Dominicaine, 67%; à la Barbade et en Jamaïque, 50%.

La consommation de solvants volatils a également un impact très fort en Amérique; certains pays font état de pourcentages très élevés (Nicaragua, 29%; Bolivie, 24%; Guatemala, 11%); le Guatemala par ailleurs rapporte un pourcentage très élevé de consommation de tranquillisants (14%).

La consommation de cannabis provoque un grand nombre de demandes de soins, en particulier dans les pays d'Amérique Centrale et dans les pays des Caraïbes (Jamaïque 50%; Barbade 28%, Nicaragua 20%); par ailleurs, le Chili rapporte un chiffre de 20% et les Etats-Unis de 19%.

5.2. Dangers pour la santé

5.2.1. Cannabis

Nous tenterons de décrire ici les effets de la marijuana. Les chercheurs ont découvert que le THC (delta-9-tétrahydrocannabinol) change la façon dont l'information sensorielle arrive et est traitée par l'hippocampe. L'hippocampe est une partie du système limbique dans l'encéphale qui est essentielle pour la mémorisation de

l'apprentissage et l'intégration des expériences sensorielles, telles que les émotions et les motivations. Les recherches ont montré que les neurones du système de traitement de l'information de l'hippocampe et l'activité dans les fibres nerveuses sont réprimées par le THC. Les chercheurs ont trouvé également une détérioration des modèles de comportement appris, qui dépendent aussi de l'hippocampe.

5.2.2. Crack et Cocaïne

La cocaïne est un stimulant très fort du système nerveux central qui empêche le processus de recapture de la dopamine, un messager chimique lié au plaisir et au mouvement. La dopamine est libérée comme une partie du système de récompense du cerveau, elle est étroitement liée à la stimulation qui caractérise la consommation de cocaïne.

Des doses élevées, un usage à long terme de cocaïne ou les deux à la fois, peuvent déclencher la paranoïa. Fumer de la cocaïne crack peut provoquer une comportement paranoïaque très agressif chez les usagers. Lorsque les toxicomanes abandonnent l'usage de la cocaïne, ils sont très souvent déprimés. Cela peut aussi amener à un usage plus important de cocaïne afin de soulager la dépression. L'inhalation à long terme de cocaïne peut provoquer des ulcérations des muqueuses nasales et provoquer la rupture de la cloison nasale. Les décès liés à l'usage de la cocaïne sont souvent le fait d'un arrêt cardiaque ou respiratoire.

5.2.3. Héroïne

Les effets à long terme de l'héroïne apparaissent après un usage répété de la drogue pendant une certaine période, entraînant chez l'usager chronique une sclérose des veines, une endocardites et une infection des valvules cardiaques, des abcès, de cellulite, et des maladies du foie. Des complications pulmonaires peuvent survenir, incluant différents types de pneumonie, par la suite du mauvais état de santé de la personne toxicomane, mais aussi à cause des effets dépresseurs de l'héroïne sur le système respiratoire.

En plus des effets de la drogue elle-même, l'héroïne vendue dans la rue peut contenir des additifs qui ne se dissolvent pas très facilement et qui obstruent les vaisseaux sanguins qui vont vers les poumons, le foie, les reins et le cerveau. Cela peut provoquer des infections et même la mort de petits groupes de cellules dans ces organes vitaux.

5.2.4. Dérivés de l'amphétamine.

La métamphétamine provoque la libération de doses élevées de dopamine, un neurotransmetteur qui stimule les cellules du cerveau et améliore l'état d'esprit et les mouvements du corps. Il apparaît avoir également un effet neurotoxique car il endommage les cellules cérébrales qui contiennent la dopamine et la sérotonine, un autre neurotransmetteur. Avec le temps, la métamphétamine semble réduire les taux de dopamine, ce qui peut se occasionner des symptômes similaires à ceux de la maladie de Parkinson, un trouble grave du mouvement.

Des recherches réalisées pendant plus de 20 ans sur des animaux montrent que des doses élevées de métamphétamine endommagent les terminaisons des neurones. Les neurones contenant de la dopamine et de la sérotonine ne meurent pas après usage de la métamphétamine, mais leurs terminaisons sont coupées et il semble que le processus de régénérescence soit limité.

De plus, la métamphétamine augmente la fréquence cardiaque et la tension artérielle et peut provoquer une lésion irréversible des vaisseaux sanguins du cerveau, ce qui peut entraîner des épanchements cérébraux. D'autres effets sont les problèmes respiratoires, l'irrégularité du rythme cardiaque et une anorexie extrême. L'usage peut provoquer un arrêt cardiaque et la mort.

5.2.5. Ecstasy

La MDA, substance à l'origine de la MDMA, est une drogue dont la structure chimique est similaire à celle de l'amphétamine. Les recherches montrent que la MDA détruit les neurones qui produisent la sérotonine, un neurotransmetteur qui module le comportement agressif, l'état d'esprit, l'activité sexuelle, le sommeil et la

sensibilité à la douleur. Cette action sur le système sérotoninergique cause probablement chez les usagers de MDA les supposées propriétés qui induisent une intensification de l'expérience sexuelle, du calme et de la sociabilité.

La MDMA présente également des ressemblances avec la métamphétamine, par sa structure chimique et ses effets, cette dernière a été identifiée comme la cause de la dégénérescence des neurones qui produisent le neurotransmetteur dopamine. La lésion de ces neurones est la cause essentielle des altérations motrices liées à la maladie de Parkinson.

Des expériences de laboratoire montrent qu'une seule exposition à des doses élevées de métamphétamine, ou un usage de faibles doses mais à long terme, détruit jusqu'à 50% des cellules cérébrales qui utilisent la dopamine. Même si ces dommages ne sont pas immédiatement apparents, les chercheurs pensent qu'avec le vieillissement ou l'exposition à d'autres agents toxiques, des symptômes de la maladie de Parkinson peuvent apparaître avec le temps. Ces symptômes commencent avec un manque de coordination et des tremblements et, à long terme, ils peuvent provoquer une forme de paralysie.

5.2.6. Solvants volatils

L'inhalation de quantités très concentrées des substances chimiques contenues dans les dissolvants ou les aérosols peut être une cause directe d'insuffisance cardiaque et de mort. C'est souvent le cas avec l'abus de fluorocarbures et de gaz similaires au butane. Les concentrations très élevées des solvants provoquent aussi la mort par asphyxie en déplaçant l'oxygène des poumons et du système nerveux, ce qui entraîne un arrêt respiratoire. D'autres effets irréversibles sont provoqués par l'inhalation de dissolvants spécifiques:

- Perte de l'ouïe: toluène (peinture en aérosol, colles, décapants) et trichloréthylène (liquides de nettoyage et correcteur liquide – liquid paper).

- Neuropathies périphériques ou spasmes des membres inférieurs: hexane (colles et essence) et oxyde nitreux (gaz contenu dans les aérosols de crème fouettée et autres contenants de gaz)
- Lésions du système nerveux central ou du cerveau: toluène (peinture en aérosol, colles et décapants).
- Dommages de la moelle osseuse: benzène (essence).

Parmi les effets graves, mais peut-être réversibles, il faut mentionner:

- Lésions hépatiques et rénales: substances contenant du toluène et des hydrocarbures chlorés (correcteurs liquides, produits de nettoyage à sec).
- Epuisement de l'oxygène dans le sang: nitrites organiques (connus en Amérique sous les noms de "poppers", "bold" et "rush") et chlorure de méthylène (dissolvants à vernis et dissolvants à peinture).

5.2.7. VIH/SIDA et usagers de drogue par voie intraveineuse

Le premier cas de contamination d'un usagers de drogues par voie intraveineuse (UDI), a été diagnostiqué à New York en 1981. Depuis ce lors le chiffre s'est élevé jusqu'à 3.3 millions dans le monde, représentant 11% du total. Les hétérosexuels représentent 54%, les homosexuels 26%, les personnes contaminées par transfusions sanguines ou par contact avec du sang contaminé 6%, et les nourrissons contaminés par leur mère 3%.

D'après les rapports de l'UNDCP en 1996 et 1998, le nombre d'UDI contaminés par le VIH a augmenté à 9%. Le nombre de pays qui présentent des données d'UDI contaminés par le VIH a augmenté à 36%. Ceci est dû à l'augmentation considérable des usagers d'héroïne, de cocaïne et de dérivés amphétaminiques dans le monde. Ce nombre a augmenté aux Etats-Unis et en Europe de l'Est, mais surtout en Afrique et en Asie, dans cette dernière région avec les dérivés amphétaminiques en particulier où l'augmentation des UDI est la plus importante.

En ce qui concerne l'extension de l'épidémie aux Etats-Unis et en Europe, où celle-ci a commencé, nous trouvons 23% de contamination par le VIH liée à l'utilisation de drogues injectables. A l'Est et au Sud-Est de l'Asie elle est en moyenne de 20%, en Europe de l'Est de 19%; en Amérique du Sud de 11%, au Proche-Orient et au Moyen-Orient de 6%.

Les énormes efforts mis en œuvre en matière de prévention ont arrêté l'expansion de l'épidémie aux Etats-Unis et en Europe Occidentale, mais dans d'autres régions du monde elle est toujours en augmentation de manière alarmante parmi les UDI, comme c'est le cas en Amérique Latine et en Chine, où ce phénomène est associé à l'accroissement du pourcentage d'UDI.

Quelques données: En Ukraine, 64% des personnes contaminées, quelque 25.000 sont des toxicomanes; beaucoup de pays rapportent que le pourcentage le plus élevé de personnes contaminées par le VIH est dû aux IDU, c'est le cas de la Chine, de la Géorgie, de l'Italie, de la Malaisie, de la Pologne, de la République de Moldavie, de l'Espagne, du Vietnam et de la Yougoslavie, des pays où la moyenne tourne autour de 50%. De nombreux pays présentent des pourcentages élevés d'UDI contaminés: l'Argentine, le Brésil et l'Uruguay, ainsi que les Etats-Unis présentent un pourcentage compris entre 25% et 42%.

MODÈLES DE CONSOMMATION ET OFFRE DE SOINS DANS L'UNION EUROPÉENNE

- 1. Etude par substances**
- 2. Prévalences de la consommation dans l'Union Européenne**
- 3. Demande de soins**
- 4. Maladies infectieuses liées à la drogue**
- 5. Les addictions et leurs conséquences sur la santé néonatale**
- 6. Décès liés à la drogue**
- 7. Réponse du réseau des soins**

CHAPITRE DEUXIEME

MODELES DE CONSOMMATION ET

OFFRE DE SOINS DANS L'UNION EUROPEENNE

1. Etude par substances

1.1. Cannabis

Il existe toujours des différences considérables entre les pays en ce qui concerne le taux de consommation de cannabis, mais des signes de convergence apparaissent dans les taux de prévalence (des pays de prévalence traditionnellement élevée: après les augmentations des années 90, le taux de consommation tend à se stabiliser, voire à descendre; des pays de prévalence plus faible: le taux de consommation a augmenté depuis ces dernières années).

Des enquêtes récentes mentionnent que dans l'UE plus de 40 millions de personnes ont consommé du cannabis (environ 16% de la population âgée de 15 à 64 ans) et qu'au moins 12 millions en ont consommé au cours des douze derniers mois (environ 5% des personnes entre 15 et 64 ans); en extrapolant quelque peu, on pourrait dire que ces dernières sont des consommateurs réguliers potentiels.

Ces pourcentages sont plus élevés chez les jeunes. Environ un adolescent sur cinq, âgés de 15 à 16 ans en moyenne dit avoir consommé du cannabis, et la proportion atteint un sur trois vers l'âge de 25 ans.

On a noté dans plusieurs pays une augmentation de la demande de soins occasionnée par le cannabis, notamment chez les consommateurs les plus jeunes.

Dans la plupart des pays, le cannabis est la drogue la plus habituelle lors des détentions de police pour des délits liés à la drogue, surtout dans les cas de consommation plutôt que de trafic.

La quantité de cannabis saisie demeure est stable au long des années, même si le nombre de saisies augmente de manière continue. La disponibilité est toujours élevée dans presque tous les pays de l'UE, et le marché du cannabis semble être bien établi et les prix stabilisés.

Dans une grande partie de l'UE, la consommation de cannabis n'est pas liée à un groupe social précis, mais elle est répandue dans toutes les classes sociales.

1.2. Amphétamines, ecstasy et LSD

La préoccupation de l'opinion publique pour les "drogues dures" a augmenté au cours des années 90 en réponse à la consommation généralisée d'ecstasy et de drogues similaires dans les cultures de loisirs et de musique de masse, connues sous le nom de "rave", "techno" ou "dance", dans lesquelles participent surtout les jeunes. Une évolution plus récente montre une diversification des drogues consommées ainsi que des contextes et des modes de consommation.

La tendance qui prédomine ces dernières années, est une augmentation durable et constante de la disponibilité et de la consommation d'amphétamines. Dans le contexte le plus général de la culture du loisir des jeunes, les amphétamines sont consommées dans la plupart des cas par voie nasale (en poudre) ou orale (des comprimés ou mélangées aux boissons).

En ce qui concerne l'ecstasy (MDMA), il est utilisé non seulement dans des contextes de loisirs tels que les discothèques et les festivals, mais aussi dans des contextes privés, avec des différences importantes selon les pays. Dans plusieurs pays certains signes annoncent une stabilisation ou même une diminution du niveau de consommation (les saisies reflètent aussi une baisse généralisée), ainsi qu'un certain désappointement vis-à-vis des pilules vendues comme de l'ecstasy. Les analyses des comprimés d'ecstasy montrent qu'ils contiennent de moins en moins du MDMA et de plus en plus d'amphétamine..

Les règles de diversification dans la consommation sont difficiles à définir de manière exacte. Plusieurs rapports suggèrent un plus grand intérêt pour les

stimulants, à l'exemple des amphétamines ou de la cocaïne dans quelques cas, et pour hallucinogènes tels que le LSD ou les champignons hallucinogènes.

Un accroissement de la consommation de dépresseurs, tels que l'héroïne ou les benzodiazépines, a aussi été mentionné, notamment chez les consommateurs aigus d'ecstasy et d'amphétamines.

D'autres habitudes qui apparaissent dans ce contexte et dont on fait état en particulier sur l'Internet, comprennent la consommation ou l'expérimentation de plusieurs substances, dont les aphrodisiaques et les drogues qui développent des capacités physiques et intellectuelles, ainsi que la consommation de substances qui produisent des altérations psychologiques.

Dans les pays nordiques, les amphétamines ont été et sont encore utilisées (souvent par voie intraveineuse) par des consommateurs chroniques qui se trouvent dans des situations d'importante exclusion sociale, cette consommation n'est pas liée cependant au contexte général des jeunes consommateurs de drogue.

Il faut souligner que les augmentations de la consommation d'amphétamines et d'ecstasy ont une incidence très faible sur les indicateurs tels que la demande de soins.

1.2.1. Situation par pays

Nous ne possédons pas de données au niveau du continent, en revanche celles que nous possédons au niveau national montrent une augmentation rapide de la prévalence de la consommation chez les jeunes âgés entre 13 et 18 ans. Les enquêtes montrent une spirale ascendante de la consommation depuis l'adolescence jusqu'à la jeunesse, spirale qui associe l'augmentation de la consommation de substances psychoactives à l'augmentation de la consommation de tabac et d'alcool.

Ceci a été prouvé par une enquête réalisée à Bruxelles en 1996, portant sur 2909 étudiants de différents pays européens. Pour les jeunes âgés entre 17 et 18 ans les résultats ont été de 8% pour les garçons et de 5,7% pour les filles, ce qui représente sans aucun doute un pourcentage préoccupant.

- Autriche

Nous n'avons pas trouvé des données résultant d'enquêtes nationales, mais seulement sur des zones précises représentatives de la tendance nationale. Selon les spécialistes en toxicomanies de ce pays, la prévalence de la consommation de dérivés amphétaminiques a augmenté de plus en plus durant les dernières cinq années. Par exemple, à Vienne selon une enquête réalisée sur des jeunes âgés de 13 à 18 ans, 1515 (4%) avaient consommé de l'ecstasy, un chiffre dépassé seulement par le cannabis (22% prévalence vie). Dans le groupe des 13-14 ans, 2,2% avait consommé de l'ecstasy et dans le groupe des 15-18 ans, 5,6% en avait consommé, ce qui indique une progression alarmante de la prévalence de la consommation. Cette tendance est en relation très étroite avec la spirale ascendante de la consommation de tabac et d'alcool.

- Danemark, Finlande et Suède

Les pays scandinaves ont une histoire légendaire d'usage et d'abus d'amphétamines. On estime que, pendant la Seconde Guerre Mondiale, quelque 200.000 personnes consommaient des dérivés de l'amphétamine de manière régulière; c'est-à-dire, 3% de la population adulte suédoise. Aujourd'hui, l'épidémie continue mais avec un pourcentage inférieur d'incidence de consommation. On estime qu'actuellement quelque 17.000 personnes présentent une conduite addictive à des substances psychoactives, et plus de 14% d'entre-elles consomment des amphétamines.

Comme dans les autres pays européens, les nouvelles drogues synthétiques, telles que l'ecstasy, sont utilisées, notamment depuis 1992 après l'émergence de la culture "house". Mais elles n'ont pas connu un grand succès auprès des jeunes de ces pays. Il faut souligner que l'armée suédoise représente le groupe dont la consommation de MDMA est la plus élevée, avec la plus importante augmentation de la prévalence de consommation, qui est passée de 0,9% en 1995 à 1,4% en 1997.⁷

⁷ EMCDDA "Annual report on the state of the drugs problem in the European Union (*rapport annuel sur l'état du problème des drogues dans l'Union Européenne*)

Nous observons au Danemark une situation similaire à celle des pays scandinaves dans leur ensemble. Après l'épidémie très importante de consommation d'amphétamine au cours des années 60, découlant de la consommation très remarquable des années 40 et 50, les pourcentages ont baissé, mais demeurent toujours élevés. On estime qu'environ 4% de la population totale du Danemark consommait des amphétamines en 1997. La consommation d'ecstasy reste cependant toujours faible. Selon une enquête représentative, sur 2.571 étudiants âgés de 15 à 16 ans, les résultats étaient positifs pour 0,7% des garçons et 0,3% des filles.

En Finlande, une même consommation chronique d'amphétamines que dans les autres pays est à signaler, et il existe de plus une pénétration lente mais constante du MDMA.

- France

L'expansion en France trouve son origine dans les années 90, années durant lesquelles ont lieu les premières interventions de la police dans les fêtes "rave" en 1991, et les premières mesures légales pour la répression du phénomène en 1996. D'après un rapport de *l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies*, en mars 1997, quelque 50.000 personnes consommaient de l'ecstasy, de manière occasionnelle ou régulière, des hommes pour la plupart, âgés entre 18 et 25 ans, en rapport avec le monde du Techno, "raves", etc. Un niveau élevé d'usagers se trouvaient parmi les professionnels de ce secteur.

Dans la population générale comprise entre 18 et 75 ans, la prévalence (vie) de la consommation d'ecstasy était selon de EMCDDA de 0,7% en 1997 et de 0,3% pour ceux qui en avaient consommé durant l'année précédant l'enquête.

Si on analyse la situation parmi les jeunes, les chiffres remontent de nouveau; en 1993 une enquête nationale portant sur la population des jeunes scolarisés entre 11 et 19 ans, montrait une prévalence de la consommation d'amphétamine de 2,8% chez les garçons et de 1,3% chez les filles. Il s'agit de pourcentages très élevés, compte tenu de l'augmentation constante de la prévalence de la consommation durant ces

dernières années, et du fait que nous ne parlons que d'adolescents et de jeunes étudiants.

- Allemagne

Pour ce qui a trait aux toxicomanies, le problème principal auquel le pays a dû faire face a été celui de la consommation d'amphétamines pendant la Seconde Guerre Mondiale et durant les années suivantes, cette consommation n'a cependant aucun rapport avec la consommation des années 90, liée au loisir et à la culture techno, avec le MDMA comme drogue de référence dans ces contextes. La consommation d'ecstasy, d'autres dérivés amphétaminiques et de LSD a augmenté en Allemagne pendant ces dernières années, davantage en Allemagne de l'Ouest qu'en Allemagne de l'Est (où c'est la consommation d'opiacés qui augmente). Une enquête représentative réalisée par le Ministère de la Santé en 1995 montrait les données suivantes: l'enquête avait porté sur 6.305 personnes âgées de 18 à 59 ans, et montrait une prévalence (vie) de la consommation d'ecstasy de 1,6%, et de 0,5% pour les personnes qui en avaient consommé durant le mois précédent l'enquête. En ce qui concerne les amphétamines, pendant la même période, les prévalences ont été de: 2,8% et 0,3% respectivement; et de 2,1% et 0,2% pour le LSD. En tout état de cause, beaucoup plus de personnes ont consommé des amphétamines ou du LSD au cours de leur vie que de l'ecstasy, à cause, bien sûr, de l'apparition plus récente de cette drogue. Cela devient très clair lorsque l'étude est circonscrite à la population adolescente et jeune, nous pouvons alors constater combien rapidement augmentent les pourcentages. En sélectionnant en effet les jeunes âgés de 18 à 20 ans, la prévalence vie de la consommation d'ecstasy est de 6,9%; chez les jeunes âgés de 21 à 24 ans elle de 5%; et pour ceux âgés de 25 à 29 ans, elle est de 3,1%. Ce qui montre très clairement la frange de la population où la consommation de cette drogue est la plus importante.

Nous pouvons affirmer que le plus grand nombre de consommateurs se trouve parmi les habitués et les professionnels de la "scène house", "dance", "rave", etc. Deux enquêtes réalisées en 1997, et portant sur 1647 personnes qui fréquentaient des discothèques techno et "raves" (Tossmann et Heckman, 1997), et une autre étude

(Kröger et Künzel, 1997), portant sur 447 personnes originaires de Munich, ont mis en évidence les résultats suivants: environ la moitié d'entre-elles avaient consommé de l'ecstasy quelque fois dans leur vie, et presque la même proportion au cours de la dernière année. 69% (Berlin) et 79% (Munich) des personnes avaient utilisé du cannabis au moins une fois, environ 45% avaient utilisé des amphétamines, 40% des hallucinogènes et 35% de la cocaïne; en ce qui concerne ceux qui se déclaraient nouveaux consommateurs de cocaïne, l'enquête indiquait 6% à Berlin et 9% à Munich. L'année précédente, les pourcentages étaient respectivement de 4% et 5%. A Berlin, comme dans la plupart des villes où l'on consomme de l'ecstasy, son usage est accompagné de celui d'autres drogues telles que le cannabis et d'autres dérivés amphétaminiques, ainsi dans une moindre mesure, que par la consommation de cocaïne et d'hallucinogènes.

- Grèce

La consommation d'ecstasy ou d'autres types de drogues synthétiques est actuellement peu répandue. Une enquête réalisée par l'Université des Etudes de Psychiatrie en 1993 n'a montré aucune utilisation de l'ecstasy en tant que drogue indépendante. En ce qui concerne la consommation d'amphétamines, la prévalence vie, c'est-à-dire, le taux de ceux qui les ont consommées au moins une fois était de 1% (1,2% pour les femmes et 0,7% pour les hommes; la prévalence la plus élevée pour les femmes apparaissait dans le groupe âgé de 25 à 35 ans, avec 2,2%). Comme c'est le cas dans tous les pays dans lesquels les études portent sur la population étudiante, les pourcentages augmentent très rapidement, et font état d'un pourcentage de 4,4% de jeunes ayant consommé des drogues au moins une fois; la consommation chez les hommes étant plus élevée que chez les femmes (EMCDDA, 1997)

- Irlande

En 1997, *l'European School Survey Project on Alcohol and Drugs* (ESPAD) a réalisé une enquête dans ce pays. On estime le nombre d'usagers d'ecstasy chaque week-end à 150.000.

Une autre enquête réalisée à Dublin et portant sur la population scolaire, a mis en évidence une donnée alarmante “un élève sur quatre consomme la drogue” (O’Keefe, 1996).

Il découle des dernières études réalisées qu’environ un million de pilules (MDMA) sont consommées tous les week-ends, que quelque 750.000 personnes en ont consommé quelquefois et qu’environ 100.000 personnes en sont des consommateurs réguliers (*Ministère du Département Spécial pour la Réduction de la Demande de Drogues*, 1997).

- Italie

Comme échantillon représentatif de ce qu'il advient dans ce pays, nous trouvons une enquête réalisée sur 343 jeunes dans cinq discothèques de la Région du Veneto durant les mois d'été (Schifano et al. 1996). On a obtenu les pourcentages suivants: 47% reconnaissaient avoir consommé de l'ecstasy dernièrement, parmi lesquels 86% l'utilisaient avec d'autres drogues (alcool 60%; cannabis 59%; pope 33%; cocaïne 31%; amphétamine 9,9%). En général, la plupart avaient un emploi où étaient étudiants; il faut remarquer que 6% ont indiqué qu'ils consommaient dans les stades de football.

- Luxembourg

En 1992 une enquête a été réalisée dans les écoles montrant une prévalence vie de consommation de 1,2% pour l'ecstasy, 2,1% pour le LSD et 9,9% pour les amphétamines (EMCDDA, 1997).

En 1997, une enquête réalisée (Meisch, 1997) sur 660 étudiants âgés entre 13 et 22 ans, et appartenant à l'*European network of Health Schools* (enquête indicative, mais bien sûr non représentative de tous les étudiants du pays, pour lesquels la prévalence de consommation serait certainement plus élevée) a mis en évidence les pourcentages suivants: pour ce premier groupe d'âge 2,12%, à 4,2% pour le groupe d'âge entre 18-22 ans, la consommation s'établissait entre une fois par semaine et une fois par mois. avec une proportion similaire chez les garçons et chez filles.

- Pays-Bas

L'usage de l'ecstasy a été étudié pour la première fois en 1992, avec une prévalence de 1% durant le mois précédent l'enquête; en 1996 (Zwart et al. 1997) elle était de 2,2% (consommation durant le dernier mois), soit 2,9% chez les garçons, 1,5% chez les filles. La prévalence de vie était de 5,6%. La progression des prévalences de consommation est très claire.

La population d'Amsterdam est celle qui est la plus fréquemment étudiée. L'une des dernières études (Sandwijk et al. 1995), une enquête domiciliaire portant sur la population âgée de plus de 12 ans à Amsterdam, réalisée par l'Université d'Amsterdam en 1994, a montré une prévalence de vie de 3,2% chez 4.308 personnes, et une prévalence de consommation pendant le mois précédent l'enquête de 0,6%.

Il semble que l'ecstasy ne se soit pas introduit en profondeur dans les différents groupes d'âge, ou l'a fait d'une manière moins notable que les autres drogues telles que la cocaïne, le cannabis ou l'héroïne. L'accroissement le plus important de la prévalence de la consommation, au cours des années 90, se trouve dans le groupe âgé compris entre 20 et 34 ans.

Une étude récente (van de Wijngaart et al. 1997) sur l'usage de l'ecstasy chez les jeunes habitués des fêtes "raves" ou "techno-raves", réalisée par *l'Utrecht University Addiction Research Institute*, a montré une prévalence vie de 81% et de 64%, durant la nuit précédent l'enquête, ce qui confirme le rapport étroit qui existe entre cette forme de loisir et la consommation de MDMA. Cet usage est, en général, limité au loisir, l'enquête montrant que seulement 6% consommaient de façon continue. 34% boivent de l'alcool dans les "raves", une proportion similaire consomme des amphétamines, tandis que le taux des consommateurs de cannabis s'élève à 41%.

- Portugal

L'European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD), a réalisé une enquête au cours de l'année 1995 portant sur 9.774 étudiants, récemment

publiée. Il y est fait état d'une prévalence de la consommation d'ecstasy de 0.54%, un taux inférieur à celui des amphétamines, soit 1,97%. En ce qui concerne l'ecstasy, on mentionne une prévalence chez les garçons de 0.8% et de 0.34% chez les filles.

Des études récentes, comme celle réalisée dans la ville de Coimbra et portant sur 300 jeunes, montrent la même tendance que dans les autres villes européennes, l'émergence de l'usage du MDMA autour de la culture techno, "rave", etc.

- Espagne

L'Espagne, avec le Royaume-Uni et les Pays-Bas, présente la consommation la plus élevée de MDMA et d'autres drogues synthétiques, parmi tous les pays européens. La progression de la consommation de ces substances a été notablement rapide depuis 1992, l'origine de ce phénomène se trouvant dans l'ambiance que l'on trouvait à Ibiza vers le milieu des années 80. Ce nouveau phénomène a été mis en rapport avec la musique "house" (*Bakalao* en Espagne), mega-fêtes dans les discothèques, et déplacements de long en large des jeunes durant les week-ends.

En 1996, le *Survey on Drug in the School Population* (Plan National de drogues, 1997) a réalisé une enquête chez un groupe d'étudiants âgés de 14 à 18 ans; 5,1% avaient consommé de l'ecstasy ou des drogues similaires, plusieurs dans leur vie; 3.9% pendant les douze derniers mois; et 2.2% durant le mois précédent l'enquête. Il est difficile de distinguer entre la consommation de MDMA et celle d'autres drogues synthétiques, car dans les drogues que l'on dénomme "pastillas", se trouve souvent un mélange de plusieurs drogues. En 1994, la prévalence vie de la consommation était de 3,5%, l'année précédente de 3% et le mois précédent de 2%.

D'autres substances, telles que les amphétamines, ont été utilisées par les étudiants pendant cette même période (1994-1996) dans un pourcentage compris entre 3.3% et 4.15%, et entre 4% et 5,3% pour les hallucinogènes.

Durant cette même période on a noté une progression très forte de la consommation de cannabis, hallucinogènes, ecstasy, amphétamines, cocaïne et tabac chez les

étudiants espagnols, tandis que de nouveaux rapports montrent une tendance à la stabilisation.

Une enquête domiciliaire portant sur la population générale réalisée en 1995 auprès d'un échantillon de 9.984 personnes âgées de plus de 15 ans (Plan National Sur Les Drogues 1997), a montré une prévalence de vie de 1.6%, de 1.1% pour l'année précédente, et de 0.3% pour mois précédent.

Si on analyse cet échantillon selon les groupes d'âge, nous trouvons pour le groupe compris des 15 à 18 ans une prévalence de 2.4%; pour le groupe des 19 à 24 ans de 4,9%; et pour le groupe des 25-39 ans de 2.3%. La plupart des usagers sont des hommes (70.1%), âgés de 20 à 29 ans (61.7%), célibataires (77.4%), et vivant avec leur famille d'origine (59.6%). La plupart ont atteint le niveau d'études élémentaires ou secondaires et appartiennent à la classe moyenne.

Comme nous l'avons déjà indiqué à plusieurs reprises, l'usage du MDMA est en général accompagné d'autres drogues. Ce même groupe d'usagers a consommé de l'alcool (90%), du cannabis (76%), de la cocaïne (47,3%), des amphétamines (30.5%), des hallucinogènes (29.8%), de l'héroïne (19.9%) et des tranquillisants et hypnotiques (18,6%).

29.3% ont consommé de l'ecstasy plus de dix fois au cours de leur vie; 20.3% ont pris plus de trois pilules dans une seule séance.

- Royaume Uni

La première référence au MDMA au Royaume-Uni vient d'un article publié dans "The Face" en 1984. Cet article faisait état de la consommation d'un groupe de personnes réduit pour la plupart travaillant dans les médias, la musique pop et le monde de la mode, et qui, à cause de leur travail voyageaient aux Etats-Unis, d'où ils rapportaient de petites quantités de pilules pour leur usage personnel, non pour leur commercialisation (McDermott and Matthews, 1997).

Durant les trois dernières années la présence du MDMA a augmenté de manière lente mais constante. Les disc-jockeys anglais et autres personnages de la scène “dance” ont commencé à voyager à Ibiza et vers d’autres destinations touristiques de la Méditerranée, ce qui est à l’origine de ce qui est devenu vers la fin des années 80 le “Balearic beat”. A partir de ce moment, la consommation d’ecstasy s’est étendue depuis l’élite de la scène musicale anglaise jusqu’à d’autres couches de la sous-culture musicale britannique.

Après 1988, l’année du premier décès lié à la consommation d’ecstasy, la controverse entre tous les secteurs de la société sur la dangerosité de ces nouvelles fêtes “rave”, techno, etc. a commencé

Les résultats d’une enquête réalisée dans la population générale, âgée de 16 à 59 ans (Ramsey and Percy, 1996), par le biais d’un échantillon représentatif de 14.520 personnes, ont été les suivants: une prévalence vie de 2%, qui augmente à 6% dans la frange comprise entre 16 et 29 ans, avec une prévalence de consommation durant le mois précédent l’enquête de 1%.

Une autre enquête (*Health Education Authority*, 1996), réalisée en 1995 sur un échantillon de 5.020 personnes âgées de 11 à 35 ans, a montré que 28% s’étaient vu proposer de l’ecstasy; une prévalence vie de 7% (9% hommes et 5% femmes), et une prévalence pour le mois précédent de 1%. La consommation avait lieu dans des discothèques 65%, “raves” 51%, et fêtes privées 43%.

Une autre enquête apportant une information sur les taux de consommation des étudiants européens, a été réalisée par le Groupe Pompidou (Miller et Plant, 1996), auprès d’un échantillon de 7.722 étudiants de plusieurs pays européens; les résultats pour la frange comprise entre 15 et 16 ans, ont été frappants: une prévalence de consommation vie de 9.2% chez les garçons et de 7.3% chez les filles.

1.3. Opiacés

Le niveau de consommation ou de dépendance problématique⁸ des opiacés (notamment de l'héroïne) semble être relativement stable dans toute l'UE. La moyenne d'âge des consommateurs connus augmente toujours lentement, bien que cela puisse aussi être dû au développement des traitements de substitution.

On estime que le nombre de consommateurs problématiques d'opiacés atteint le chiffre d'environ 1.5 millions de personnes (4 sur 1000) dans l'UE, et on estime qu'environ 1 million (2.7 sur 1000) ont un profil de “dépendants”.

Comme on le verra ci-après, les différences en ce qui concerne la prévalence de consommation entre les pays sont considérables et elles sont dues à de nombreux facteurs, y compris l'exclusion sociale. Une incidence de consommation élevée est toujours présente à la périphérie des grandes villes européennes.

Plusieurs pays présentent toujours une progression de la consommation d'héroïne, surtout fumée, chez des groupes différents (y compris les jeunes consommateurs de dérivés amphétaminiques). Des études récentes suggèrent que les jeunes commencent plus tard leur entrée dans le système de soins⁹, ce qui implique que cette tendance ne soit pas très clairement reflétée par les différents indicateurs existant.

1.4. Cocaïne

La prévalence de la consommation de cocaïne est inférieure à celle des amphétamines ou de l'ecstasy (dérivés amphétaminiques), mais supérieure à celle de l'héroïne.

Les saisies en progression et les indicateurs de l'offre montrent une augmentation constante du marché de la cocaïne dans toute l'UE.

⁸ “La consommation problématique de drogues” est définie comme la consommation de drogues d'une manière qui fait augmenter le risque de conséquences physiques, psychologiques ou sociales graves, nuisibles pour le consommateur. (OEDT, Mémoire 1999)

⁹ Il semble y avoir une relation inverse entre l'âge de commencement et l'âge d'entrée dans le système de soins.

Dans quelques pays, la demande de soins liée à la consommation de cocaïne a augmenté, une drogue qui apparaît d'habitude comme secondaire chez les toxicomanes à l'héroïne.

En ce qui concerne le crack, on a observé une certaine expansion jusqu'à dépasser le nombre auparavant limité des zones où cette substance était consommée (une consommation élevée chez les patients en PMM)

Consommation multiple de drogues

Il existe de plus en plus des cas de consommation multiple de plusieurs médicaments et/ou d'alcool, tant chez des consommateurs problématiques de drogues que lors des contextes de consommation occasionnelle.

2. Prévalences de la consommation dans l'U.E

2.1. Consommation de drogues dans la population en général

Malgré les différences existant entre les pays et les méthodes d'information, nous pouvons esquisser quelques modèles.

La consommation de **cannabis** chez les adultes varie entre 10% en Finlande et de 20 à 30% au Danemark, en Espagne et au Royaume Uni. En ce qui concerne les jeunes adultes, les taux sont plus élevés: entre 16 et 17% en Finlande et en Suède et entre 35 et 40% au Danemark, en Espagne et au Royaume Uni.

La consommation d'**amphétamines** au cours de la vie (dérivés amphétaminiques), habituellement la deuxième substance la plus fréquente, atteint une prévalence de 1 à 4% chez les adultes; et entre 1 et 5% des jeunes adultes de l'UE. Entre 0.5 et 3% de tous les adultes européens et entre 1 et 5% des jeunes adultes ont expérimenté l'ecstasy. Les pourcentages de consommation de dérivés amphétaminiques sont sensiblement plus élevés au Royaume Uni.

Entre 1 et 3% de tous les adultes et entre 1 et 5% des jeunes adultes européens ont expérimenté la **cocaïne**. En Espagne et en France, les taux de consommation de cocaïne sont plus élevés que ceux de dérivés amphétaminiques.

En général, la prévalence de la consommation d'**opiacés**, notamment l'héroïne, est la plus faible dans l'UE. Les niveaux les moins élevés de consommation se trouvent en Allemagne, en Autriche, en Finlande et en Suède, et les plus élevés en Italie, au Luxembourg et au Royaume Uni. Dans les pays dont la prévalence est moyenne, les estimations se situent entre trois et cinq consommateurs (UDI) par mille habitants.

3. Demande de Soins

La plupart (de 70 à 95%) des admissions dans le système de soins sont dues à la consommation d'opiacés (surtout héroïne), bien que dans la Communauté Flamande de Belgique, en Finlande et en Suède, les cas d'opiacés représentent moins de 40% des admissions.

Dans la plupart des pays, la cocaïne figure comme la drogue principale de moins de 10% des admissions aux soins, même si ce pourcentage s'élève à 15% au Luxembourg et à 18% aux Pays-Bas. Les consommateurs d'héroïne déclarent souvent qu'ils consomment de la cocaïne en tant que deuxième drogue.

En général, le cannabis apparaît comme la drogue principale de 2 à 10% des patients en soins, bien que l'on trouve des chiffres plus élevés (13 à 22%) en Belgique, Allemagne et Finlande.

Les amphétamines, les dérivés amphétaminiques et les hallucinogènes sont les drogues principales chez environ 1 à 2% des personnes en soins. Néanmoins, la proportion est plus élevée dans la Communauté Flamande de Belgique (19%), en Finlande (48%), en Suède (20%) et au Royaume Uni (9%).

La prévalence de la consommation de drogues par voie intraveineuse est plus fréquente chez les consommateurs d'opiacés, et passe d'environ 14% (Pays-Bas) à

plus de 80% (Grèce et Luxembourg). La consommation de dérivés amphétaminiques est souvent le fait des pays scandinaves et du Royaume Uni, même s'il ne s'agit pas d'un modèle commun à la plupart des pays.

Dans les états membres de l'UE, les hommes représentent entre 70 et 85% des patients admis dans le système de soins. L'âge moyen se trouve entre 25 et 35 ans dans la plupart des cas. Plusieurs pays ont montré une progression de ce chiffre.

On constate une faible diminution de la demande de soins liée aux opiacés et une augmentation de la demande provenant de personnes dont la cocaïne ou les dérivés amphétaminiques sont la drogue de choix; on a aussi noté une augmentation de la demande de soins chez les consommateurs de cannabis, notamment chez les personnes faisant un première demande.

4. Maladies infectieuses liées à la drogue

Les maladies infectieuses, telles que le VIH et les hépatites B et C, ont atteint une prévalence élevée chez les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDI). Néanmoins, les taux de prévalence de l'infection par le VIH montrent des différences importantes entre les pays, 1% en Angleterre, Irlande et Pays de Galles, et 32% en Espagne.

Il semble que la prévalence soit en train de diminuer lentement dans quelques pays (France, Italie), mais non pas dans d'autres (Espagne). Même dans les pays où la prévalence demeure stable, la transmission du VIH parmi les UDI continue. L'épidémie du VIH est entrée maintenant dans une phase stable (endémique) dans la plupart des pays d'Europe Occidentale.

5. Les addictions et leurs conséquences sur la santé néonatale

Lorsque les femmes consomment des substances addictives durant la gestation, il faut prendre garde aux conséquences de cette consommation chez le nouveau-né.

Les chercheurs sont unanimes quant aux effets négatifs de l'utilisation de plusieurs substances addictives sur la santé du fœtus et du nouveau-né.

Certaines habitudes néfastes telles que des régimes inappropriés, la consommation d'alcool, de tabac ou de drogues illégales sont à l'origine de nombreuses pathologies pouvant affecter le nouveau-né et d'une utilisation mineure du contrôle prénatal.

L'usage de substances psychoactives doit faire l'objet d'une attention particulière à cause de son incidence sur les décès évitables d'enfants.

5.1. Alcool: On rapporte une plus grande fréquence d'avortements spontanés, un retard de croissance avant et après l'accouchement (poids moyen lors de la naissance de 2000g), des anomalies faciales et des troubles neurologiques, une microcéphalie, un retard mental et une altération du développement neurocomportemental (Syndrome alcoolique fœtal).

L'alcoolisme est une cause de retard mental plus fréquente que le syndrome de Down et la paralysie cérébrale.

5.2. Cocaïne: Une plus grande fréquence d'avortements spontanés, de décollement du placenta (15%), des malformations génito-urinaires et neurologiques, des anomalies de la conduite interactive de l'enfant, des altérations neurocomportementales (hyperactivité, tremblements, déficit de l'apprentissage). Prématurité (31%), bébés de plus petit poids (19%). Si la consommation est arrêtée durant le premier semestre, la fréquence de prématurité et de décollement persiste mais la croissance du fœtus devient normale. Il existe aussi des atrésies isolées et des malformations squelettiques. Des effets par vasoconstriction utéro-placentaire avec hypophyse fœtale par bracydines. La vasodilatation peut favoriser l'absorption massive de substances autrement inoffensives (danger pour les mères

polydépendantes). Les effets ci-dessus mentionnés ont été notés même à la suite d'une consommation occasionnelle.

5.3. Cannabis: Associé à un déficit de conduite neurologique du nouveau-né, des anomalies congénitales et retard de la croissance.

5.4. Héroïne: Associée à des anomalies menstruelles par association avec une dénutrition maternelle, hépatites et infections pelviennes.

Syndrome d'abus multiple de médicaments: Les femmes toxicomanes par voie intraveineuse présentent souvent: anémie, cellulite, bactériémies, endocardite, hépatite, phlébite, pneumonie, tétanos, SIDA et d'autres maladies transmises sexuellement.

6. Décès liés à la drogue

Après les progressions très importantes de la fin des années 80 et du début des années 90 dans nombre d'Etats membres de l'UE, le nombre de décès liés à la drogue s'est stabilisé ou a même diminué. Cependant, ces progressions ont continué dans plusieurs pays jusqu'à des dates très récentes.

La plupart des décès par intoxication aiguë sont dus aux opiacés, même si on trouve souvent des traces de consommation d'alcool et de benzodiazépines.

Les décès par intoxication aiguë seulement liés à la consommation de cocaïne ou d'amphétamines sont peu fréquents.

Bien qu'ils fassent l'objet d'une énorme couverture médiatique, les décès liés à l'ecstasy ou à des substances similaires ne sont pas très nombreux.

7. Réponse du réseau des soins

7.1. Réduction des dommages

Il s'agit de l'approche la plus retenue par les Institutions. Après les années durant lesquelles la réduction des dommages n'était pas prise en compte dans de nombreux pays, elle est de plus en plus reconnue comme un outil important des politiques nationales et locales sur la drogue. La discussion est maintenant centrée avant tout sur l'évidence scientifique. Les projets essaient de donner une reconnaissance légale, professionnelle ou politique à toute une gamme d'activités, telles que l'échange de seringues, les lieux d'injection, ou le traitement de substitution, activités qui visent à réduire le préjudice pour la santé et le dommage social provoqués par les toxicomanies.

Définition: la réduction des risques est une philosophie de l'action éducative et sanitaire ne pratiquant aucune évaluation préalable d'une conduite déterminée. Il s'agit d'une politique d'assistance qui organise et englobe la pratique d'un ensemble d'actions sanitaires, sociales et communautaires, liées aux effets nuisibles de la consommation de drogues.

On réunit dans cette stratégie tous les programmes et services, médicaux ou sociaux, de base individuelle ou collective, qui tendent à minimiser les effets négatifs associés à la consommation de drogues.

En conséquence, l'objectif de ces politiques n'est pas l'abstinence.

Les **objectifs** à court, moyen et long terme sont:

A court terme:

- Contacter, depuis les réseaux socio-sanitaires existants, le plus grand nombre de consommateurs de drogues possible.
- Réduire au minimum les risques biopsychosociaux associés à la consommation active de drogues.

- Réduire le risque de transmission d'infections hors et dans le groupe des consommateurs actifs.

- Déetecter des besoins

- Atténuer les carences sociales

- Favoriser le diagnostic précoce et la prophylaxie des infections opportunistes et traiter les pathologies associées.

A moyen et long terme:

- Faciliter l'accès à d'autres ressources pour ceux qui en font la demande.

- - Favoriser le contact continual, en facilitant leur participation en tant qu'agents de santé personnelle et dans la promotion de comportements plus sains parmi leurs pairs.

- Intégrer leur participation afin d'ajuster les ressources aux besoins existant, en intégrant leurs connaissances à la réalité précise.

- Intervenir en vue de l'abandon ou de la diminution de l'usage de toute substance psychoactive.

Ce processus d'intervention par étapes, avec des objectifs prioritaires qui ne recherchent pas l'abandon de la consommation, mais une transformation progressive de cette consommation, de plus à moins dangereuse, et où l'abstinence est placée à la fin d'un processus qui peut être long ou qui peut ne jamais arriver, constitue une finalité légitimée depuis une conception de Santé Publique.

7.2. Classification des traitements

Nous pouvons faire une classification de la variété des Centres qui offrent un traitement pour les personnes toxicomanes, selon quatre groupes principaux¹⁰, valable pour l'Europe Occidentale et l'Amérique du Nord.

- La DESINTOXICATION, pour bénéficier de laquelle le patient doit presque toujours être admis dans le Centre. Elle peut être réalisée avec l'aide de médicaments ou sans médicaments. Il s'agit d'une modalité de traitement de courte durée, précédant d'autres types de traitements.
- La TRAITEMENT DE SUBSTITUTION, surtout pour des toxicomanes aux opiacés, en général sous le modèle du régime ouvert associant des services complémentaires différents selon les cas.
- La COMMUNAUTE THERAPEUTIQUE, ou centres sans drogues, où le processus thérapeutique souligne l'interaction du groupe, le développement d'une autopréception réaliste et l'autocontrôle.

Le TRAITEMENT EXTERIEUR SANS DROGUE, utilisé soit en groupe soit individuellement, et comprenant souvent des programmes et des services d'orientation professionnelle, du travail, une orientation familiale, etc.; il en existe une grande variété de modalités.

Cette classification détaillée, montre les alternatives suivantes (Cole et Watterson).¹¹

Traitements de Substitution – Orienté au changement.

Traitements de Substitution – Adaptatif/palliatif/réduction des dommages.

Traitements extérieurs sans drogues – Orienté au changement.

¹⁰ COMAS, Domingo “Los estudios de seguimiento” (*les études de suivi*) Ed. GID Madrid.

¹¹ Programme DARP. On peut le considérer comme le premier effort systématique pour évaluer objectivement l'efficacité des différents types de traitements de la toxicomanie chez une très nombreuse population, avec une distribution géographique très étendue. Financé par le *National Institute of Mental Health* (USA) et développé par l'*Institute of Behavioral Research*, de la *Christian Texas University*.

Traitements extérieurs sans drogues – Adaptatifs.

Communauté Thérapeutique – Traditionnelle.

Communauté Thérapeutique – Modifiée.

Communauté Thérapeutique – De courte durée.

Désintoxication – Patients en traitement ambulatoire.

Désintoxication – Patients en hébergement.

- Notion d'efficacité d'un traitement

Les mesures adoptées par un traitement doivent être fondées sur des objectifs représentant de manière conceptuelle les attentes de la société sur l'efficacité de la réhabilitation du toxicomane.

On pourrait les résumer comme un ensemble d'attentes qui entraînent des changements de conduite concernant des aspects tels que le productif, le non dévié, le non dépendant, la vie dans une communauté non surveillée, et comprenant une amélioration progressive de l'emploi, de l'abstinence concernant l'usage de drogues illégales, la consommation modérée d'alcool, la stabilité du style de vie, des modèles d'action familiale, ainsi que la diminution des comportements criminels et des activités pouvant entraîner des sanctions pénales: détention provisoire ou incarcération.

Les changements de conduite les plus extraordinaires ont été obtenus avec les traitements de maintien par la méthadone avec les patients les plus âgés. Les meilleurs résultats ont été obtenus, semble-t-il, avec des patients âgés de plus de 25 ans; la variable âge apparaît comme quelque chose à prendre en particulière considération si l'on souhaite un traitement efficace.

Le problème majeur de la méthadone, c'est qu'il s'agit d'un opiacé qui entraîne aussi une addiction, par conséquent les controverses abondent sur le fait de savoir, si à l'issue du traitement le patient doit ou non abandonner aussi la méthadone.

7.2.1. Antagonisation rapides des opiacés

Le traitement de désintoxication des patients toxicomanes aux opiacés, lors qu'il est mis en œuvre dans un Hôpital, utilise souvent un protocole pharmacologique visant à ce que le patient éprouve le moins possible la symptomatologie typique du Syndrome de Sevrage d'Opiacés (SAO), ainsi qu'à favoriser le contact médecin-patient, étant donné que l'on croit que cela va augmenter ainsi les possibilités de compléter le processus de désintoxication et la mise en place d'un suivi psychothérapeutique ultérieur..

Des techniques spécifiques associant des médicaments tels que la clonidine, la naltrexone, la naloxone et même l'anesthésie générale et/ou la sédation. ont été développées. L'utilisation d'adrénergiques dans ces protocoles pharmacologiques, et la justification de leur usage a été mise en évidence à cause de l'importance de l'hyperactivité noradrénaline dans la pathogenèse du SAO. L'efficacité de la clonidine pour diminuer ou supprimer les symptômes du SAO est bien établie, même pour bloquer le SAO précipité par naloxone. Il existe un grand nombre d'études qui préconisent l'usage conjoint de clonidine et de naltrexone, comme une méthode sûre, efficace et rapide pour la désintoxication hospitalière et ambulatoire de patients toxicomanes aux opiacés (E. Elizagárate et M. Gutiérrez Fraile, 1996)¹²

De la revue de la littérature il découle que la combinaison clonidine-naltrexone opère bien, que les patients éprouvent un SAO d'intensité moyenne, et que cette combinaison diminue la période de sevrage sans intensifier la symptomatologie.

¹² Elizagárate, E. et Gutiérrez Fraile, M. "Antagonización rápida de opiáceos. Eficacia en una muestra de 91 pacientes" (*antagonisation rapide des opiacés, efficacité dans une cohorte de 91 patients*) Hôpital Santiago Apostol. Vitoria, 1996

Ces modèles, appelés généralement **cures de courte durée** de désintoxication des opiacés tendent à assimiler les taux de finalisation aux cures ambulatoires et hospitalières et facilitent la transition vers des règles de traitement par antagonistes.

Postérieurement à ces cures de courte durée de désintoxication aux opiacés, des études sur d'autres combinaisons de médicaments ont été menées à bien. Quelques-unes d'entre elles tentent d'établir si la symptomatologie du sevrage des opiacés induite par le biais des antagonistes, peut être bloquée par des barbituriques tels que le methohexital, le midazolam, l'ondasetron, etc.

La durée moyenne de séjour dans un hôpital pour une désintoxication d'opiacés est de 12 jours et le taux de rétention en traitement atteint une moyenne de 65%.

Une technique assez utilisée comme désintoxication de courte durée consiste, en **premier** lieu, à réaliser une désintoxication très rapide des opiacés par le biais de l'utilisation précoce d'antagonistes, en utilisant la voie orale comme mode presque exclusif d'administration. En **Deuxième** lieu, cette technique consiste à éviter l'hospitalisation et à se servir du régime hospitalier de jour, et en dernier lieu, à vérifier que l'application de ce traitement signifie une amélioration de la qualité technique perçue.

Dans ce type d'essais cliniques, on cherche à vérifier: 1. La cure très rapide de désintoxication aux opiacés par utilisation de psychotropes par voie orale réduit le SAO de la même manière que d'autres protocoles pharmacologiques existant; 2. la stabilisation préalable du patient par des antagonistes opiacés à des doses constantes permet une meilleure qualité du protocole afin d'ajuster mieux la dose d'agonistes (méthadone, buprénorphine) et d'antagonistes (naltrexone, naloxone); et 3. le taux de rétention atteint avec ce protocole est supérieur à celui obtenu avec les protocoles classiques.

En exemple de ce type de désintoxication, nous exposons celui réalisé à l'Hôpital Santiago Apostol de Vitoria-Gasteiz (Pays Basque)¹³

¹³ Rev. "Adicciones" Vol.X.N°.6, 1998.

7.2.1.1. Matériel et Méthode

Sélection des patients: Tous les individus traités étaient des toxicomanes à l'héroïne par voie parentérale ou pulmonaire; ils ont été désintoxiqués durant la période allant de septembre 1994 à février 1996 à l'hôpital de jour (non psychiatrique) ci-dessus mentionné. Les patients ont été référés soit par des centres d'assistance spécifiques pour des toxicomanes du Pays Basque appartenant au Service Basque de la Santé (Osakidetza), soit par un centre de Santé mentale d'une province limitrophe.

Le temps écoulé entre la demande de traitement dans le centre de soins ambulatoire et les soins hospitaliers était d'une semaine. Les patients devaient être à jeun, abstinents d'opiacés depuis plusieurs heures avant l'entrée, et accompagnés de quelques parents pendant le traitement, lesquels sont restés pendant 12 heures dans la même chambre du patient. Tous les patients ont consenti au protocole qui les informait par ailleurs des fondements et des risques du traitement. Les critères d'exclusion ont été: 1) pathologie psychiatrique structurée (schizophrénie, antécédents de psychoses toxiques, troubles graves de l'humeur, idéation suicidaire structurée), 2) troubles somatiques (insuffisance respiratoire, hépatique ou rénale décompensées). 3) infections actives concomitantes (hépatites actives avec enzymes hépatiques >300 U/I, SIDA avec numération CD4<300). Ont été également exclus les patients qui présentaient d'autres addictions, sauf pour la nicotine (notamment l'alcool, les benzodiazépines et les psychostimulants). Etait admise la consommation des benzodiazépines ou de psychostimulants si elle ne dépassait pas une fois par semaine.

Protocole appliqué: on a appliqué une technique pharmacologique mixte, qui consistait à utiliser l'association clonidine, midazolam et ondasetron par voie orale et de manière simultanée au commencement du traitement, suivie d'une première antagonisation par naltrexone en voie orale et une deuxième antagonisation par naloxone par voie sous-cutanée. Le traitement a été appliqué sous le régime de l'hospitalisation partielle pendant 12 heures. Plusieurs patients ont été stabilisés préalablement à leur entrée pendant 3-4 jours par le biais d'agonistes opiacés (méthadone ou buprénorphine) dans les centres ci-dessus mentionnés. On

administrait au patient le jour de son entrée, (vers 9.00h) du midazolam pour son effet sédatif de sédation (voie orale) et de la clonidine (agoniste adrénnergique, voie orale). A 9h30' on lui administrait une première antagonisation par la naltrexone (voie orale) et quelques minutes plus tard (9h45') une deuxième antagonisation par naloxone (sous cutanée). A midi on lui administrait de nouveau ondasetron et naltrexone. On y ajoutait une médication concomitante de type symptomatique, si nécessaire, en utilisant par exemple la metoclopramide par voie intramusculaire., contre les vomissements, (type bromure de hyoscine) les diarrhées et les spasmes intestinaux. Dans quelques cas on a dû administrer la clonidine vers la moitié de la cure (6 heures après l'antagonisation) afin de contrôler les symptômes du sevrage. Les mesures de sécurité implantées obligaient à des contrôles du taux de saturation d'oxygène, de la fréquence respiratoire, du pouls et de la tension artérielle toutes les 15 mn. On disposait aussi d'oxygène et vide. Conformément aux Normes Ethiques, le protocole a été accepté par le Comité Ethique de l'Hôpital.

7.2.2. Les Traitements de Substitution

Ils sont de plus en plus utilisés pour les dépendances aux opiacés, par le biais, souvent, de médecins généralistes. On estime qu'environ 300.000 personnes dans l'UE reçoivent actuellement un traitement de substitution, notamment par la **méthadone**¹⁴. Dans l'Union Européenne, 20% peut être de tous les consommateurs problématiques d'opiacés suivent un traitement de substitution.

7.2.2.1. Méthadone

La méthadone est, de loin, le médicament le plus utilisé dans les traitements de substitution dans l'UE. Il existe maintenant un consensus important sur les bénéfices qu'il y a à poursuivre. Le maintien par la méthadone a montré son efficacité en ce qui concerne des paramètres tels que la diminution de la consommation de drogues, la

¹⁴ La **méthadone** est un médicament opiacé synthétique qui freine les effets de l'héroïne pendant 24 heures, la méthadone possède un historique de succès prouvés, s'il est prescrit à des concentrations suffisamment élevées pour les toxicomanes à l'héroïne. Le **LAAM**, un autre médicament opiacé synthétique pour le traitement de l'héroïnomanie, peut éviter les effets de l'héroïne jusqu'à 72 heures. D'autres produits approuvés sont la naloxone, utilisée pour traiter les cas de doses excessives, et la naltrexone, qui freine les

diminution de la criminalité, la diminution de la morbidité et de la mortalité (surtout liée au VIH/SIDA) et l'augmentation de l'activité professionnelle, le tout lié à une rétention en traitement très supérieure à d'autres modalités. Plusieurs études montrent une augmentation de la consommation d'autres substances illégales autres que l'héroïne chez les patients sous méthadone, notamment une augmentation établie de la consommation de cocaïne et d'alcool.

L'efficacité des programmes méthadone est garantie aujourd'hui, par des dizaines d'études (Simpson, 1982; Yancovitz, 1991; Bobes J, Cervera S. 1996; D'Aunno T, Vaughm C. 1992; Caplehorn JR, Bell J, Kleimbaum DG, Gebski VJ. 1993...). En général, en écartant les différences entre les unes et les autres, dues à l'énorme quantité de variables à analyser, (de la rétention à la qualité de vie de l'usager), on peut affirmer que le **profil de l'usager** est celui d'un toxicomane à évolution longue, avec des complications de santé et une faible adaptation sociale et au travail, lequel a également effectué d'autres essais de traitement au préalable.

- Résultats

Les études montrent que la situation du groupe d'usagers, analysée après quelques années de traitement (dans beaucoup de cas on parle de 4 ans) s'est améliorée par rapport à celle qui prévalait au commencement du traitement, tant en ce qui concerne la consommation de drogues en général (une très forte diminution de la consommation d'héroïne, importante de celle de cocaïne, une diminution moins frappante mais mesurables, de l'usage de benzodiazépines non prescrits et des quantités élevées d'alcool) qu'au niveau de la réinsertion sociale (une diminution des problèmes de justice, et une augmentation moins remarquable de l'emploi, très circonscrite au contexte du travail dans la région). De plus, les pratiques à risque associées à la consommation sont presque inexistantes, la séroconversion VIH étant très faible pendant le traitement. Enfin, les patients indiquent être modérément satisfaits de leur état.

effets de la morphine, l'héroïne et d'autres opiacés. D'autres médicaments utilisés dans les programmes de traitement contre l'héroïne, sont à l'étude.

Ces changements peuvent être raisonnablement liés au maintien dans le programme, même s'il est évident qu'une affirmation dans ce sens exige une étude comportant un "groupe contrôle" non traité, ce qui est de toute évidence impossible pour des raisons d'éthique.

En ce qui concerne les succès obtenus pendant le traitement par méthadone, plusieurs études sur les variables pouvant influencer l'efficacité claire des programmes ont été menées. Celles pouvant être liées à un mauvais pronostic sont la consommation de cocaïne ou d'autres drogues, la co-morbidité psychiatrique, le dosage non approprié de méthadone, le temps en traitement (rétenzione) de moins d'un an et l'offre de soins déficiente (listes d'attente).

- Qualité de vie

En effet, les évaluations des programmes méthadone sont axées sur les mesures des variables "dures" (consommation de drogues, morbidité/mortalité, criminalité, emploi, etc.), mais elles ne se sont pas occupé de connaître le niveau de qualité de vie des patients en traitement, c'est-à-dire, leur perception subjective. Bien que le terme "qualité de vie" soit difficile à préciser, il existe un consensus sur la conception théorique de la santé comme une évaluation globale de la situation individuelle, "considérant le bien-être comme l'élément qui la définit, et la nécessité de calculer les effets, positifs et négatifs, des interventions sanitaires sur les conditions de vie des malades et non pas seulement sur les symptômes de la maladie" (Bobes J. 1996).

Les travaux sur la qualité de vie concernant d'autres pathologies sont déjà nombreux, il existe plusieurs essais pour obtenir un instrument de mesure fiable. Parmi ceux-ci on peut remarquer le SF-36 Health Survey (adapté très récemment pour l'Espagne)¹⁵. En conséquence, il semble inévitable de mesurer un paramètre qui est constamment

¹⁵ ALONSO J, Prieto L, Antó JM. "La versión española del SF-36 Health Survey (*version espagnole du questionnaire de santé SF-36*): un instrumento para la medida de los resultados clínicos" (*un instrument pour la mesure des résultats cliniques*) Med Clin (Barc) 1995, 104:771-776.

mentionné comme l'objectif final des traitements de substitution: l'amélioration de la qualité de vie du toxicomane.¹⁶

Les recherches sur la qualité de vie des toxicomanes ont établi une amélioration notable de celle-ci après une période de temps dans le programme. Le nombre très rare de recherches à cet égard est frappant, à plus forte raison parce que, comme nous l'avons déjà dit, l'un des objectifs programmes méthadone est l'amélioration générale de la qualité de vie du toxicomane, laquelle, dans la plupart de cas, semble n'être mesurée que par le biais de variables "dures".

Les deux expériences les plus récentes qui évaluent la qualité de vie de ces patients, sont l'expérience australienne, qui montre combien la qualité de vie des toxicomanes entrant dans le traitement par méthadone est inférieure à celle de la population en général, associée à une santé physique et mentale très pauvre, similaire à celle des groupes atteints de maladies chroniques graves (somatiques et psychiatriques). L'autre étude, espagnole, confirme une amélioration notable de la qualité de vie un an après l'entrée dans le programme, laquelle est déjà observable à l'issue du premier mois, inférieure à celle de la population en général dans cette ville (Barcelone), mais supérieure à celle des consommateurs de doses élevées d'héroïne.

Il faut remarquer que la qualité de vie des toxicomanes en programme méthadone, est très affectée par l'infection au VIH, ainsi que par la présence de psychopathologies (anxiété, et, surtout, dépression), qui la font diminuer de manière importante.

- Evaluation

Les résultats globaux obtenus par les programmes méthadone peuvent être considérés comme très positifs, car ils atteignent une grande partie de leurs objectifs: la diminution de la consommation de drogues illégales, la prévention de la

¹⁶ World Health Organization. "Option for the use of methadone in the treatment of drug dependence" WHO Division of Mental Health. Genève, 1999. (*Organisation mondiale de la santé: choix de la méthadone dans le traitement de la dépendance aux drogues – OMS division santé mentale, Genève, 1999*)

détérioration physique et des problèmes de justice et, en général, une meilleure intégration sociale (remise en question lorsqu'il y a consommation de crack)

“Du point de vue du patient lui-même, on remarque qu'il qualifie sa situation d'acceptable, avec une qualité de vie modérée (SF-36.”)¹⁷

En ce qui concerne les variables liées à l'évolution, il faut souligner la nécessité de détecter et de traiter le plus tôt possible les psychopathologies associées (dépression et anxiété), car elles causent une moins bonne évolution avec des consommations multiples (de drogues illégales et d'alcool) et une qualité de vie inférieure. La relation psychopathologie et infection au VIH est probable dans de nombreux cas, ce qui rend le support psychosocial nécessaire à ces patients.

En conséquence, l'amélioration de l'efficacité du programme exige outre celle de la toxicomanie à l'héroïne ou à d'autre substances, une plus grande attention aux problèmes de santé mentale des patients.

- Caractéristiques fonctionnelles des traitements par méthadone

Provenance des patients

En ce qui concerne le flux des patients entre services, on note qu'une proportion très élevée de patients se rendaient aux centres pour demander le traitement de leur propre chef. La méthadone est très attrayante pour les toxicomanes aux opiacés et, bien que nous ne sachions pas si la signification de cette provenance ait été bien interprétée, le gradient observé en fonction de la situation des programme méthadone implique la probabilité de l'existence d'une proportion élevée de patients qui demandent eux-mêmes ce traitement. Cela peut aussi indiquer que le réseau des soins spécifiques aux toxicomanes est bien consolidé et qu'ils s'y rendent directement du fait qu'il soit bien reconnu par les usagers. Par ailleurs, il est important de souligner la progression des références provenant des centres de détention, vers d'autres centres.

Une autre caractéristique à souligner est le pourcentage élevé (entre 33 et 50%) des centres de traitement fonctionnant sur listes d'attente, il semble que le nombre des centres qui indiquent avoir ce problème augmente d'année en année, d'où leur besoin de demander davantage de places. Dans les centres sans listes d'attente, les patients doivent attendre environ 8 jours, dans les autres, l'attente varie entre deux et trois mois.

Il est important que la période d'attente soit la plus brève possible, car elle ne se justifie pas d'un point de vue thérapeutique, faire attendre le malade pouvant même être néfaste. "Il est prouvé que les obstacles et les retards entre le moment de l'indication du programme méthadone¹⁸ et son début, non seulement ne facilitent pas la motivation des patients, mais sont associés à un nombre plus élevé d'expulsions et d'abandons du programme, ainsi qu'à un nombre plus élevé de consommation d'héroïne durant les 6 premiers mois du traitement, versus les patients rapidement admis dans le programme." (Bell et al., 1994)

- Critères d'admission et d'expulsion des traitements par méthadone

Il apparaît exister un consensus relatif pour ce qui est de plusieurs critères d'**admission** dans les programmes méthadone; avoir une pathologie grave, telle que le sida et être enceinte, sont considérés comme les critères d'admission les plus importants. Il s'agissait des critères initiaux lorsque la méthadone a commencé à être prescrite. En revanche, une séronégativité au VIH, une demande du patient lui-même pour entrer dans le programme, sont des critères peu retenus dans nombre de centres. "Bien que l'on observe aujourd'hui une certaine amélioration par rapport aux années précédentes, cela veut dire qu'en ce qui concerne l'admission des toxicomanes dans des programmes méthadone on continue à donner la priorité aux patients dont l'état de santé est dégradé, et on n'adopte pas d'objectif de prévention de l'infection chez les patients encore non infectés" (Institut Municipal d'Investigació Mèdica. Barcelone, 1999)

¹⁷ FERNANDEZ Miranda, JJ; et al "Calidad de vida y severidad de la adicción en heroinómanos en mantenimiento prolongado con metadona" Adicciones, Vol., 11 N°1 pp.43/42. 1999. (*qualité de vie et sévérité de l'addiction chez des héroïnomanes en maintenance prolongée par méthadone*)

En ce qui concerne les critères d'**exclusions** des programmes méthadone, au moins 50% des centres retiennent la consommation de drogues illégales et la consommation continue d'opiacés comme un critère d'exclusion important. Un nombre limité de centres, environ 10% diminuent la dose de méthadone des opiacés sont détectés dans l'urine. Bien que cette attitude doive être précisée en ce qui concerne la fréquence d'urines positives et d'autres éléments pour l'exclusion, elle paraît suggérer une attitude restrictive, plus orientée vers l'abstinence de drogues qu'à la réduction des dommages. Et ce, bien que l'on mentionne le fait que, "même si de tels programmes favorisent la réduction de la consommation de drogues, l'abstinence totale est un objectif inaccessible, dans ce type de centres, pour la plupart des toxicomanes" (Ball, 1991). Il a aussi été exposé que même avec les programmes les plus efficaces, un quart des patients continueront à s'injecter la méthadone, même si ils le font moins fréquemment (Wolk et al., 1990). Il est vrai que cette diminution de l'administration parentérale est déjà un pas vers la réduction du risque de transmission des maladies par cette voie.

D'autres critères, tels que faire usage de violence dans le centre, consommer ou trafiquer des drogues dans le centre, revendre la méthadone ou faire de fausses ordonnances, sont pour la plupart des critères d'exclusion. Le suivi des patients après la sortie du programme est réalisé par la majorité des centres, mais en réalité seules les personnes qui doivent avoir un suivi médical ou psychiatrique se présentent au centre.

- Dose

Aujourd'hui la relation entre la dose de méthadone et la consommation illégale d'opiacés est pleinement acceptée. Les études réalisées permettent d'affirmer que la dose minimale efficace de méthadone est de 60 mg (Hartel et al., 1988; Kreek, 1992; Ball, 1991; Farrell et al., 1994). La dose moyenne dans la plupart des centres est de 70 mg, au-dessus de la dose considérée comme le point d'inflexion. La réalité a montré que plus élevée est la dose de méthadone, plus faible est la consommation

¹⁸ Traitement de maintenance par la méthadone.

d'héroïne. Une réalité qu'il faut prendre en considération, sachant que "les programmes de méthadone en tant qu'un instrument de prévention de la transmission du VIH, exigent de considérer la rétention en traitement comme l'une des priorités" (Klee, 1991). Dans ce sens, un aspect remarquable de la dose de méthadone administrée, est son rôle essentiel pour faire en sorte que les patients restent en traitement le temps nécessaire. Il existe un rapport direct entre la dose de méthadone et la rétention dans le traitement, les doses supérieures à 80 mg étant celles qui obtiennent la rétention la plus élevée (Ball, 1991; Caplehorn and Bell, 1991; Caplehorn et al., 1993). Des études ultérieures indiquent que l'efficacité la plus élevée est obtenue avec des doses supérieures à 120 mg (Caplehorn et al., 1994). Ces études ont été confirmées en Espagne (Torrens, Castillo et Pérez-Solá, 1996), ce pays ayant une grande importance du fait du nombre très élevé de personnes contaminées par VIH par la suite de la consommation d'héroïne. "En conséquence, il serait recommandable d'ajuster les doses de manière individualisée et sans limite théorique ni subjective, afin de réduire la consommation illégale d'opiacés et favoriser le temps de rétention"¹⁹.

- Types et durée des traitements

Les programmes méthadone coexistent avec d'autres modalités de traitement. On peut trouver dans ces mêmes centres une offre de différents types de traitement: désintoxications de moins de 21 jours, programme méthadone à court terme (moins de 6 mois) ou à long terme (plus de 6 mois). Il faut indiquer que la plupart des centres appliquent des programmes méthadone à long terme.

L'objectif de la plupart des centres est palliatif (réduction des dommages). Cependant, à cause de la quantité d'usagers, on donne dans de nombreux centres une importance particulière à la réduction et on propose au patient la finalisation du traitement. Dans ce sens, on ne peut que se rappeler que les équipes qui supervisent les programmes sont constituées de professionnels qui, dans la plupart des cas, ont dû

¹⁹ Plan National sur les Drogues (PND) "Características de los centros con tratamientos de metadona en España" (*caractéristiques des centres de traitement par méthadone en Espagne*) Ministère de l'Intérieur, Madrid, 1997.

réaliser un changement dans l'orientation des traitements pour l'addiction aux opiacés par rapport à ce qu'ils faisaient avant le développement des programmes méthadone. Ce changement a entraîné le passage, depuis les traitements orientés vers l'abstinence jusqu'à des traitements palliatifs avec des opiacés de substitution. Dans les premiers, le toxicomane devait abandonner la consommation de drogues, tandis que dans les seconds on accepte la difficulté du patient à abandonner l'usage illégal des drogues, et on estime que les aspects concernant l'amélioration de la qualité de vie du patient sont prioritaires.

- Modes d'administration de la méthadone et pratique du “Take-home”

La méthadone est le plus fréquemment présentée sous la forme d'un sirop, bien que dans quelques rares cas elle soit administrée sous forme de comprimés. Le sirop semble préférable car il permet de s'assurer que le patient prend bien sa dose.

La remise de doses à emporter chez soi est d'ordinaire présentée comme la récompense de la bonne évolution du patient dans le traitement et un indicateur du succès de celui-ci (Ball, 1991). Dans la plupart de centres où existe le “take-home” il est donné comme un privilège. Les critères les plus importants pour donner les doses en “take-home” sont: respecter l'objectif thérapeutique, des urines négatives aux opiacés, et une amélioration sociale et du travail. On accorde aussi des doses à emporter si le centre est fermé, si les patients subissent une maladie grave, ou si le centre est difficile d'accès. Il faut souligner le rôle de support et de contrôle joué par les membres de la famille et les personnes responsables du patient, notamment lorsque les doses de “take home” ne sont pas un privilège. Une proportion importante des centres remettent 100% des doses “take-home” à un parent.

Quelques définitions clés qui distinguent la fonction des centres en: Centre d'Indication (CI), Centre de Prescription (CP), Centre Dispensateur (CD) ou Centre prescripteur et dispensateur (CPD).

Indication: évaluation de l'état de santé d'un patient et décision de la conformité du traitement par méthadone.

Prescription: Attribution d'une norme précise d'administration du traitement avec méthadone approprié (dose initiale et modification des doses de Méthadone, commencement, suivi et fin du traitement, etc.).

Distribution: Provision, administration de méthadone.

- Incidence de la consommation de dérivés de cocaïne chez des patients suivant des programmes de maintenance par méthadone

Une étude de la consommation de cocaïne²⁰ et de ses différentes formes de présentation, a été réalisée sur 759 patients (589 hommes et 140 femmes) suivant le programme de maintenance par méthadone des centres de *l'Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel*. 333 (45,7% du total) consomment de la cocaïne; on a choisi un sous-groupe de 105 patients sur la base de leur historique de toxicomanie, auxquels on a demandé, entre autres, des données sur le type de drogue consommée, la voie d'administration, l'obtention, les effets physiopathologiques et psychologiques, l'addiction et le danger. On a vérifié qu'il existe une augmentation progressive de la fréquence et des quantités de chlorhydrate de cocaïne et dérivés, consommés par ce type de patients les dernières années, avec des pourcentages très similaires de consommation parmi les femmes (43,6%) et les hommes (46,2%). On peut remarquer que la majorité (70%), des sondés déclare une consommation plus élevée aujourd'hui, dont 90% déclarent une consommation de "crack". En ce qui concerne les effets prédominants provoqués par la consommation de cocaïne base, on trouve la perte d'appétit (88,5%), perte du poids (84,5%), tachycardies (84,5%), pupilles dilatés (76,28%), changements d'humeur (84,5%), perte de mémoire (59,7%), manque de concentration (78,3%), irritabilité (71,13%) et agressivité (56,7%).

²⁰ Association de Coopération des Jeunes San Miguel et Faculté de Pharmacie de l'Université de La Laguna.

7.2.2.2. Naltrexone

- Programmes de désintoxication par la naltrexone

Bien que le traitement de l'addiction aux opiacés ait été traditionnellement considéré comme peu encourageant, l'usage de mesures thérapeutiques est indispensable. Aujourd'hui, les controverses sur l'efficacité potentielle des traitements pour les addictions ne peuvent plus être admises. Les différentes conceptions théoriques ont mené au développement de plusieurs modalités thérapeutiques qui ont amélioré l'idée pessimiste du problème.

Les toxicomanes qui suivent un programme thérapeutique jusqu'à la fin présentent une meilleure évolution aux niveaux social, familial, judiciaire et en ce qui concerne la consommation de substances, que ceux qui ne le finissent pas. De plus, le traitement réduit de manière significative les risques de mortalité des toxicomanes à l'héroïne.²¹ Selon des études réalisées sur la population en général, on a noté une mortalité de 2% par an pour les toxicomanes aux opiacés²², tandis que pour les toxicomanes en traitement on obtient un taux de mortalité annuel de 13,5 pour 1000.²³ Les décès sont dus surtout à des overdoses, suicides, maladies et violence. Malgré tout, ces troubles doivent être considérés comme des maladies chroniques au pronostic mauvais, dont les rechutes sont le trait caractéristique.

L'évolution favorable du toxicomane dépend de la permanence ou de la rétention dans le traitement, lequel est le critère d'évaluation des programmes thérapeutiques le plus largement accepté.

Les programmes de maintenance par la méthadone ont débuté en tant qu'approche du problème depuis le modèle médical de la maladie. Au commencement, on a

²¹ GRÖNBLADH, L; Öhlund LS, Gunne LM. "Mortality in heroin addiction: impact of methadone treatment" Acta Psychiar Scand 1990; 82: 223-227. (*mortalité dans l'addiction à l'héroïne: impact du traitement par méthadone*)

²² VAILLANT, GE "Outcome research in narcotic addiction-problems and perspectives" Am J Drug Alcohol Abuse 1974; 1: 25-26. (*résultat de recherche dans l'addiction aux narcotiques – problèmes et perspectives*)

²³ SÁNCHEZ-Carbonell, J., Brigos B, Camí, J. "Evolución de una muestra de heroínomanas dos años después del inicio del tratamiento" (*évolution d'une cohorte d'héroïnomanes deux ans après le début du traitement*) (projet EMETYST). Med Clin (Barc.) 1989, 92: 135-139.

développé ces programmes sur la base du modèle dit métabolique, selon lequel la toxicomanie à l'héroïne serait due à une altération du système opiacé endogène que la méthadone pourrait corriger. Les programmes de maintien par naltrexone suivent un tel modèle. Ce traitement vise l'obtention de l'abstinence d'opiacés et place le toxicomane dans des conditions appropriées afin qu'il puisse modifier les conséquences négatives au niveau social et familial provoquées par l'addiction. En tout état de cause, les différentes modalités thérapeutiques ne peuvent être considérées comme incompatibles. Les techniques psychothérapeutiques développées doivent être utilisées de manière complémentaire avec les traitements par antagonistes opiacés. On ne peut pas non plus considérer les programmes par méthadone comme antagonistes. Il faut prendre en considération le fait que les attitudes et les attentes du médecin avec un traitement déterminé peuvent être différentes de celles du patient, et pour éviter une évolution négative il faut toujours considérer les attitudes du patient car, peut-être, faudra-t-il l'orienter vers une communauté thérapeutique ou vers un autre type de programme.

- Historique des programmes de maintien par naltrexone

Les premiers rapports sur les antagonistes opiacés ont été publiés en 1915. Pohl a prouvé que le traitement par N-allylnorcodéine soulageait la dépression respiratoire de la morphine ou de l'héroïne. En 1942, après la synthèse de la nalorphine, on a remarqué que celle-ci bloquait plusieurs des effets de la morphine, et on l'a utilisée dans les cas d'overdose d'opiacés et pour détecter la dépendance, bien que ses propriétés agonistes aient été responsables d'une certaine dysphorie et de dépendance physique, on a décrit alors un syndrome de sevrage faible.²⁴ L'utilisation possible des antagonistes pour le traitement de la dépendance a été suggérée en 1965.

La naloxone a été synthétisée en 1960. Cette substance est un antagoniste pratiquement pur qui ne produit pas de dépendance physique, mais sa faible puissance et la courte durée de ses effets sont des inconvénients très sérieux pour son usage clinique.

²⁴ ARIAS Horcajadas, F. et Ochoa Mangado, E. "Programas de deshabituación con Naltrexona" Rev."Adicciones" Vol. X. N° 6. 1998 (*Programmes de désaccoutumance par Naltrexone*)

La naltrexone a été synthétisée en 1963 par Blumberg et Dayton, elle possède les propriétés d'un antagoniste puissant et actif par voie orale.

Il existe des facteurs et des situations associées à l'usage de drogues pouvant provoquer des symptômes de sevrage, malgré des périodes très longues d'abstinence; ces facteurs déclenchent le "craving" et ils peuvent mener à la rechute. Si le toxicomane prend des antagonistes opiacés, il n'éprouve pas le "high" en réponse à l'usage d'opiacés et, avec ce manque de renfort continu, on peut arriver à la suppression de la conduite de recherche de drogue. De plus, la naltrexone empêche la rechute à cause du syndrome de sevrage conditionné. En effet, la naltrexone bloque les effets des opiacés, supprime le syndrome de sevrage conditionné en réponse aux stimulants associés à l'usage de drogues et la conduite de recherche pour bloquer l'euphorie et le renfort produit par l'auto administration de drogues. L'usage clinique de la naltrexone a été approuvé par la Food and Drug Administration (FDA) en 1984. En Espagne on utilise des antagonistes de manière contrôlée depuis 1986 et la naltrexone a été commercialisée en 1989.

- Propriétés pharmacodynamiques

Quelque 50 mg de naltrexone bloquent les effets de 25 mg d'héroïne intraveineuse pendant 24 heures et 125-200 mg les bloquent pendant 72 heures. Il n'existe pas de tolérance à ses propriétés antagonistes à long terme, elle présente un faible potentiel d'abus et les symptômes d'abstinence n'apparaissent pas si on discontinue le traitement.

- Effets secondaires

Avec l'usage de la naltrexone chez des toxicomanes on a décrit des effets secondaires rares et limités à la phase de l'induction. La plupart des doléances diminuent au cours des premières semaines, même jusqu'à une dose de 80 mg par jour. Les effets négatifs sont plus fréquents chez les toxicomanes en provenance des programmes de méthadone, ce qui fait que la plupart des effets mentionnés peuvent

être des symptômes de sevrage attribués à la méthadone, y compris ceux de la précipitation de l'abstinence par l'antagoniste.

En ce qui concerne la capacité de rétention des programmes de naltrexone, on trouve de grandes différences entre l'administration à des usagers d'une manière généralisée et l'administration à des usagers sélectionnés et spécialement motivés. Dans le premier cas, nous avons comme résultat une moyenne d'abandon pendant les trois premiers mois de 42 à 60%, et le taux de ceux qui restent plus de 6 mois se trouve entre 12 et 17%; c'est-à-dire, une rétention très faible. En revanche, avec des patients sélectionnés les résultats sont plus favorables. "En effet, avec des professionnels de la santé, on obtient une rétention située entre 53% après 6 mois et 74% après une année: et avec des cadres on a présenté une rétention de 61% après 6 mois, auxquels il faut ajouter 20% d'abandons qui se trouvaient abstinents, cette abstinence continuant pour 64% après les 18 mois" (F. Arias et E. Ochoa, 1998).

- Rétention dans un programme de naltrexone et transformation des aires touchées par l'addiction

La problématique du toxicomane aux opiacés est multidimensionnelle. Si l'objectif du traitement est limité à la consommation de drogues, l'évolution favorable de cette consommation peut ne pas aboutir nécessairement à une amélioration dans d'autres aires du fonctionnement psychosocial. A l'inverse, des aires autres que l'abstinence peuvent s'améliorer sans que celle-ci ait été complètement obtenue.

En tout état de cause, la permanence dans le traitement de l'addiction est mise en rapport avec l'abstinence et celle-ci est associée très étroitement à l'amélioration du niveau social, légal, de santé, et avec la consommation d'autres substances, ces changements revenant sur la rechute dans la consommation. Pendant le blocage opiacé, les toxicomanes éprouvent une diminution de l'envie de consommer et des conduites de recherche qui rendent possible le développement d'un style de vie avec normalisation des activités familiales, sociales, de loisir et vocationnelles.

- Evolution de la consommation de cocaïne

La consommation de cocaïne pendant les programmes de traitement par naltrexone tend à diminuer avec l'héroïne. Si on compare plusieurs types de traitement, il existe plus d'urines positives pour la cocaïne dans les programmes de méthadone que dans ceux de naltrexone ou ceux libres de drogues. L'abstinence de cocaïne est liée, semble-t-il, à l'abstinence d'opiacés.

La naloxone et la naltrexone sont efficaces pour diminuer l'auto administration de cocaïne chez les animaux d'expérimentation, probablement parce qu'elles mitigent les effets de la cocaïne dans les processus de renforcement appartenant au système opiacé et dopaminergique.

- Evolution de la consommation d'alcool

Un des problèmes les plus importants de l'usage d'antagonistes opiacés est, semble-t-il, l'augmentation de la consommation d'alcool pendant le traitement. Dans une révision, on informe que la consommation d'alcool diminue pendant l'addiction à l'héroïne et, chez quelques individus, pourrait remplacer l'héroïne pour obtenir des effets euphorisants. Chez la plupart des toxicomanes d'un échantillon, l'usage d'alcool précédent la consommation d'autres drogues, s'est intensifié au commencement d'autres consommations, a diminué avec la consommation d'héroïne et a augmenté après le traitement par méthadone, à cause de la recherche de sa capacité euphorisante.

Lorsque les toxicomanes commencent un traitement, l'augmentation de l'usage d'alcool est habituelle, tant dans les programmes de maintien par méthadone, que par naltrexone, on peut noter également une diminution dans des communautés thérapeutiques et les programmes libres de drogues.

- Plan du traitement

Le choix du traitement influencera son succès. La dose appropriée de naltrexone est importante pour le succès du programme, car lorsque les toxicomanes sous

traitement par naltrexone éprouvent des effets agréables avec la consommation d'héroïne l'évolution est négative. Dans les premières études réalisées on a déjà indiqué qu'elle pouvait être administrée à des doses de 125-150 mg par prise sous un régime de lundi mercredi vendredi. Lors que l'on a comparé trois régimes différents d'administration de 350 mg de naltrexone par semaine, en 2, 3 et 5 fois par semaine, on a trouvé des différences très rares entre eux, bien qu'il existe une fréquence plus faible d'effets secondaires dans le régime de trois prises par semaine.

Les patients peuvent recevoir 50 mg par jour ou 150 mg lundi, et 200 mg jeudi, mais la plupart des programmes ont utilisé le régime de 100 mg lundi, 100 mg mercredi et 150 mg vendredi.

- Induction

La phase d'induction a une durée de deux semaines, y compris le cadre de sevrage et l'augmentation progressive de la dose de naltrexone. La désintoxication a lieu avant l'introduction de la naltrexone et l'on recommande une période de 5 à 14 jours d'abstinence, selon le niveau de consommation du toxicomane.

L'usage d'agonistes alpha-2-adrénergiques est préférable pour la désintoxication, et il faut éviter les agonistes opiacés. Plus tard on fait un essai avec 0,8 à 1,2 mg de naloxone sous-cutanée ou intraveineuse, et s'il est négatif, c'est-à-dire, s'il n'y a pas de symptômes de sevrage, on peut administrer la naltrexone, mais s'il est positif, il faut attendre 24 heures la première prise de naltrexone. Si l'essai de naltrexone est négatif on peut administrer 25 mg de naltrexone une heure après et 50 mg le lendemain.

L'induction est la phase du traitement la plus problématique à cause du grand nombre d'abandons. Le régime hospitalier n'offre pas, semble-t-il, de meilleurs résultats. Les patients venant de programmes de méthadone sont ceux qui présentent plus d'abandons, à cause du long sevrage et à cause aussi de la période d'abstinence préalable à la prise de naltrexone plus longue, pendant laquelle ils peuvent rechuter.

- Stabilisation

La phase de stabilisation comprend le premier mois après l'induction, où l'on sélectionne la règle de traitement. Pendant ce mois les pourcentages élevés d'abandons continue à cause, parmi d'autres facteurs, du long syndrome de sevrage et de la présence du "craving". Après cette phase le "craving" diminue d'une manière significative chez la plupart des toxicomanes. Les mesures psychothérapeutiques doivent viser à favoriser la permanence dans le traitement pendant cette phase. L'engagement de la famille est essentiel.

- Maintien

Cette phase ne doit pas, en général, être inférieure à six mois et elle doit être complétée avec d'autres mesures psychothérapeutiques et un programme de récupération psychosociale. Les visites au centre peuvent être progressivement moins fréquentes. Dans cette période il doit y avoir un changement du style de vie concernant le travail, les amis et la famille. Cette phase comprend aussi le suivi après la suppression de la prise de naltrexone, pendant lequel la famille doit s'engager dans la monitorisation des changements pouvant apparaître chez le toxicomane, et il faudra reprendre la prise de naltrexone en cas d'urines positives.

- Durée du traitement

La durée du traitement par naltrexone est variable et elle doit être ajustée de manière individuelle, depuis quelques mois pour ceux qui après une longue abstinence subissent une rechute, jusqu'à des années pour les individus avec des rechutes fréquentes et une accessibilité facile aux opiacés.

En général, on conseille une durée minimale de six mois, car on a noté que de cette manière l'évolution postérieure est plus favorable, cette période étant nécessaire afin qu'aient lieu les changements psychosociaux pour la continuité de l'abstinence.

- Indications

On a indiqué que l'usage de naltrexone est utile en particulier chez des patients très motivés. Les résultats les plus favorables ont été ceux des professionnels de la santé et les cadres. Avec des groupes de patients non sélectionnés on a obtenu de meilleurs résultats avec ceux venant de la prison, ou de communautés thérapeutiques, déjà abstinents, qu'avec les toxicomanes actifs ne venant pas d'un programme thérapeutique ou de méthadone. Les mauvais résultats chez les toxicomanes venant de programmes de méthadone, avec un nombre élevé d'abandons notamment au commencement, ont été attribués à des problèmes dans la désintoxication; on a obtenu de meilleurs résultats avec ceux venant de programmes avec des doses de méthadone faibles qu'avec ceux venant de programmes avec des doses de méthadone élevées.

7.2.2.3. Buprénorphine

Traitements de substitution par buprénorphine

- Approche historique

La buprénorphine est un agoniste partiel des opiacés, commercialisé en France, auprès des toxicomanes, sous le nom de Subutex, en février 1996. Dans ce pays, c'est le médicament le plus accepté dans les traitements de substitution de l'héroïne.

Selon les recherches de la Commission Nationale sur les Traitements de Substitution de l'Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie (ANIT), les premiers articles faisant allusion à l'intérêt de la buprénorphine, dans les traitements des dépendances aux opiacés, datent du début des années 80, dont l'article de Nancy K. Mello²⁵. A ce moment-là on attribuait à la buprénorphine des qualités que des essais postérieurs ont réfuté, comme par exemple: "La buprénorphine est beaucoup plus sûre que la méthadone en ce qui concerne deux points: elle ne provoque pas de

²⁵ MELLO, Nancy K. Et al "Análisis sobre los efectos de la buprenorfina en los heroinómanos" (*analyse des effets de la buprénorphine chez les héroïnomanes*) The Journal of Pharmacology and Experimental Therapies, vol. 233 n°1, p.30-39. 1982.

dépendance physique significative et le risque d'overdose n'existe pas à cause de ses propriétés antagonistes des opiacés". Cette affirmation a été démentie par des essais postérieurs. Cette même équipe de l'Université de Harvard (Massachusetts-USA) a établi un nouveau rapport avec des affirmations moins osées "Du fait que l'addiction à l'héroïne est un trouble complexe du comportement provoqué par des causes multiples, il est assez raisonnable de prévoir que la buprénorphine et les pharmacothérapies qui naîtront à l'avenir, pourront atténuer la consommation de drogues, mais jamais la supprimer". (1984)

L'intérêt et la viabilité des traitements de substitution par buprénorphine ont été plus tard confirmés par d'autres chercheurs américains. Nous mentionnons Thomas R. Kosten,²⁶ Richard B. Resnik²⁷ (l'auteur suggère que le traitement par buprénorphine sera mieux accepté que celui réalisé avec la méthadone, du fait que quelques toxicomanes considèrent cette dernière comme "tout simplement une autre drogue" et ils refusent d'entrer dans ses programmes de substitution"). Et, parmi les plus récents, Walter Ling,²⁸ dont l'étude conclut qu'il faut instaurer une dose appropriée afin que la buprénorphine soit un complément utile de la pharmacothérapie; et Mary Jane Kreek²⁹(la prestigieuse spécialiste américaine en méthadone) qui, en ce qui concerne les perspectives futures existant dans le traitement de l'addiction aux opiacés, assure que "la méthadone, le LAAM et la buprénorphine sont trois agonistes permettant la normalisation physiologique et de la conduite".

Il semble que le premier article qui, en Europe, ait préconisé la buprénorphine dans le traitement des dépendances à l'héroïne ait été publié par le médecin belge Marc

²⁶ KOSTEN, Thomas R. et collaborateurs "Síntomas Depresivos de los Adictos a los Opiáceos durante el Tratamiento de Sustitución a base de Buprenorfina" (*sympômes dépressifs chez les toxicomanes aux opiacés durant le traitement de substitution par buprénorphine*) Journal of Substance Abuse Treatment, vol.7, pp. 51-54. 1990

²⁷ RESNICK, R.B. and coll "Buprénorphine: un tratamiento alternativo a la metadona para los heroinómanos" (*buprénorphine, une alternative à la méthadone pour les héroïnomanes*) Psychopharmacology Bulletin, Vol.28. n°1, pp.109-113. 1992

²⁸ LING, W & collaborateurs "Mantenimiento de la buprénorphine en el tratamiento de los pacientes adictos a los opiáceos: un ensayo clínico múlticéntrico y aleatorio" (*maintenance par buprénorphine dans le traitement des patients dépendants des opiacés: un essai clinique multicentrique et aléatoire*) Adicciones, Vol.233 n°1, pp.475-486. 1998.

Reisinger (1985). Cette ligne de recherche a été suivie par d'autres médecins de son pays (Binot, Jacques et Vnderveken, cités par O. Lex)³⁰ qui en 1989 ont publié: "sous une forme galénique avec exclusion de tout risque d'être injectée, cette molécule pourrait être utilisée en Belgique comme un produit de substitution, compte tenu de l'absence d'effets euphorisants chez les individus habitués à consommer des opiacés, et la réversibilité du traitement."

En France, bien qu'à cette même époque le Temgesic ait commencé à être prescrit aux toxicomanes, pour remplacer les opiacés, c'est au début des années 90 que son utilisation a été très controversée. Ce médicament était au centre de deux problèmes qui ont été à l'origine de débats très intenses, tant au niveau professionnel qu'au niveau politique: d'un côté, la manière dont la lutte contre l'épidémie du Sida avait été menée, et d'un autre, le fait que dans ce pays il y avait une opposition presque généralisée à l'usage de traitements de substitution (Coppel A. 1996; Morel A. 1998)

Dans ce contexte très influencé par les discussions idéologiques, plusieurs auteurs français ont publié des travaux médicaux sur l'usage de la buprénorphine. Parmi eux, Auriaccombe & collaborateurs (1994)³¹

- La buprénorphine en tant qu'aide pour abandonner la consommation d'opiacés

Parmi les articles publiés sur ce sujet, nous soulignons celui de Bickel & collaborateurs,³² qui affirme que la buprénorphine, agoniste morphinique partiel,

²⁹ KREEK, MJ "Estados Unidos y Europa: perspectivas para el futuro tratamiento de las adicciones a los opiáceos (...)" (*Etats-Unis et Europe: perspectives d'avenir pour le traitement des addictions aux opiacés*) Lyon Méditerranée Médical –Medicine du Sud-Est, Tome XXXIV n°1. 1998.

³⁰ LEX, O. "Estudio de los tratamientos a base de medicamentos para los heroinómanos" (*étude des traitements à base de médicaments pour les héroïnomanes*) Cahiers de la Dépendance, 15, p. 33-51, Belgique. 1991.

³¹ AURIACOMBE, M. & collaborateurs (1994) "Tratamiento de sustitución a base de metadona y buprénorphine para las adicciones a la heroína" (*traitement de substitution par méthadone et buprénorphine pour les addictions à l'héroïne*) Colloque Toxicomanies, Saint-Tropez, 1993.

Auricombe M. (1996) "Por qué razón la buprenorfina es una molécula original en el tratamiento de la farmacodependencia a los opiáceos" (*Pourquoi la buprénorphine est une molécule originale dans le traitement de la pharmacodépendance aux opiacés*) Colloque Toxicomanies, Cannes, 1995.

³² BICKEL & collaborateurs "Un ensayo clínico con buprenorfina: comparación con la metadona en la desintoxicación de heroinómanos" (*un essai clinique avec buprénorphine: comparaison avec la méthadone dans la désintoxication d'héroïnomanes*) Clin. Pharmacol. Therap. 43, p. 72-78. 1988.

“possède une activité agoniste suffisante pour être aussi efficace que la méthadone dans la désintoxication de patients héroïnomanes, sans arriver à être supérieure à celle-ci: le pourcentage d'individus qui finissent la cure est assez semblable et la consommation de drogues illégales est le même dans les deux groupes”. Les auteurs précisent que, en général, les résultats de cette étude ont été négatifs pour les deux groupes, et que la buprénorphine serait possiblement plus efficace après une période sans consommer des drogues, lors des premiers symptômes du syndrome de sevrage.

En tout état de cause, d'autres études prouvent que l'abandon des prises de buprénorphine provoquait un syndrome “généralement peu intense”, moins fort que celui de l'héroïne et que celui de la méthadone.

Par ailleurs, bien que l'on indique que la buprénorphine soit plus efficace si on la prend tous les jours et que son abandon doive être progressif, on note aussi que le besoin de prendre des opiacés est beaucoup plus intense chez les patients ayant pris de la buprénorphine tous les jours, que pour ceux qui l'ont fait un jour sur deux. (Fudala P.J., 1990). Il paraît improbable qu'elle puisse provoquer un syndrome de sevrage faible, si elle provoque une addiction forte.

Il faut préciser que, selon la “Commission sur la Substitution” de l'ANIT (Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie), il faut considérer ces études avec prudence, car elles se fondent sur des groupes très réduits et sur des durées relativement courtes. Par ailleurs, les cas les plus problématiques (cas psychiatriques, malades) ont été presque toujours éliminés et souvent les patients choisis sont ceux qui sont très motivés pour suivre une désintoxication. De plus, les doses de buprénorphine mentionnées sont plus faibles (2 à 8 mg) que ce qui est habituel (11/12 mg).

- Buprénorphine et cocaïne

Aux Etats Unis des travaux ont été mis en œuvre pour voir de quelle manière la buprénorphine peut utilisée pour aider les cocaïnomanes à abandonner leur addiction.

Des essais chez des humains ont déjà commencés. (Disulfirame avec Buprénorphine).

Quelques essais cliniques semblent montrer que la buprénorphine n'agit pas sur les effets cardio-vasculaires et la fièvre qui suivent une seule prise de 30 mg de cocaïne. Les auteurs mettent en évidence que les résultats pourraient être différents en cas de consommation chronique de cocaïne, mais ils ne concluent pas que la buprénorphine puisse être utilisée pour les poly-toxicomanies (un nombre très élevé d'héroïnomanes et de patients sous traitement par méthadone, consomment de la cocaïne de manière habituelle comme deuxième drogue, en plus d'autres substances psychotropes, alcool et cannabis).

- Buprénorphine et risques d'overdose

L'existence d'un "effet plafond" liée à la double action agoniste et antagoniste de la buprénorphine a été appuyée par la plupart des auteurs pour expliquer une minimisation des risques de dépression respiratoire qui pourrait être mortelle, contrairement aux agonistes purs (héroïne, morphine, méthadone...) Il est vrai qu'en France, avant 1996, la date de la commercialisation de sa présentation en dose élevée, aucun cas d'overdose mortelle n'avait été publié. Par ailleurs, cette sécurité apparente a été un des arguments préférés des pouvoirs publics pour justifier leur décision (en 1995) de faciliter au maximum la prescription de la buprénorphine comme médicament de substitution.

Dans un article d'A. Tracqui, de l'Institut de Médecine Légale de Strasbourg,³³ il est prouvé que la réalité n'est pas si simple et confirme la méfiance des médecins³⁴ face aux risques liés à son injection et à son association aux benzodiazépines.

³³ TRACQUI & collaborateurs "Intoxicaciones aguadas debidas al tratamiento sustitutivo a base de elevadas dosis de buprénorfina, 29 observaciones – 20 casos mortales" (*intoxications aiguës dues au traitement de substitution par doses élevées de buprénorphine, 29 observations – 20 cas mortels*) Presse Med., 27 p. 557-561. 1998.

³⁴ HUTEFEUILLE, M. "El temgésic: nuevo producto, vieja ilusión" en "Opciones Terapéuticas, Opciones Políticas: sufrimiento individual y miedos sociales" (*Le temgésic: un nouveau produit, un vieux rêve, dans, options thérapeutiques, options politiques: souffrance individuelles et peurs sociales*) Actes des XII Journées Nationales de l'ANIT, Interventions, n°30-31, p. 27-29. 1991.

Tracqui et les autres membres de son équipe ont étudié une série de 29 cas d'intoxications aiguës, qui avaient ingéré des doses très élevées de buprénorphine, et une autre série de 20 cas mortels enregistrés à l'Institut Légal de Strasbourg. Ils ont vérifié, d'un côté, que les vingt personnes décédées avaient présenté selon l'autopsie un syndrome d'asphyxie identique à celui que l'on trouve dans tous les cas d'overdose provoquées par n'importe quel dépresseur du système nerveux central. D'un autre côté, ils ont mis en évidence les deux facteurs de risque de ce type d'intoxications:

D'abord, **les associations**: dans un seul des cas mortels on n'a pu trouver aucun type d'association. Dans tous les autres, on a trouvé des associations, notamment avec certaines benzodiazépines, (surtout Tranxène et Rohypnol) et avec de l'alcool. "Ces résultats ont suggéré l'existence d'une potentialisation des effets dépresseurs centraux de la buprénorphine par certains benzodiazépines" commentent-ils. Des effets se trouvant aussi dans d'autres opiacés, tels que la méthadone.

Le deuxième facteur de risque serait l'**injection intraveineuse**. "Cet usage incorrect est parfaitement documenté en clinique, car il provoque toute une série de complications locales spécifiques (nodules inflammatoires, abcès, nécroses cutanées...). Par voie intraveineuse, des dépressions respiratoires ont été détectées (qui obligent à une assistance respiratoire) (...) un seul comprimé de 8 mg écrasé dans une cuillère et injecté fournit une dose de buprénorphine de 10 à 50 fois plus élevée...".

Les auteurs suggèrent, comme conclusion de leur étude, une révision qui devrait réduire le cadre légal des prescriptions et la distribution de buprénorphine, afin de donner une plus grande sécurité à ces traitements.

Selon l'ANIT, malheureusement, les remarques faites par les médias (plus que par les spécialistes) ont fait davantage allusion au mauvais usage que l'on fait de la buprénorphine lorsque prise accompagnée d'autres substances. On pourrait obtenir

des conclusions plus mauvaises encore en ce qui concerne les benzodiazépines (le Tranxène et le Rohypnol pour l'essentiel) et avec les pratiques très dangereuses de leur prescription en France. Par ailleurs, il aurait été positif, bien sûr, de comparer les 20 cas mortels et les 50.000 personnes bénéficiant aujourd'hui de la buprénorphine. Cependant, il s'agit de la première des études qui prouvent clairement les risques notables de l'abus d'une molécule considérée très récemment comme parfaitement sûre.

- Buprénorphine et toxicité hépatique

On n'a pas trouvé de références bibliographiques sur ce sujet, ce qui, d'après l'ANIT, montre déjà l'insouciance existante car le problème n'a pas été traité malgré son importance.

Le prospectus du Subutex contre-indique son traitement en cas d'insuffisance hépatique sévère, et avertit que ce médicament est susceptible de modifier le métabolisme hépatique. Cette notion d'hépato-toxicité se fonde sur les descriptions réalisées en pharmaco-surveillance sur les modifications de l'équilibre biologique à cause de l'augmentation d'enzymes hépatiques.

Selon le centre de pharmaco-surveillance que nous avons contacté, ces problèmes biologiques peuvent être attribués à d'autres causes d'hépatolyse (virus, alcool) et le traitement n'a jamais été suspendu: dans quelques cas on continue avec la même dose, et dans d'autres elle est réduite de moitié. L'évolution a toujours été favorable, et l'équilibre biologique est normalisé de nouveau.

Il faudrait réaliser une phamaco-surveillance active de ce médicament lorsqu'il est prescrit à des jeunes, dont les antécédents presupposent des dommages hépatiques beaucoup plus importants que ceux habituels à leur âge; c'est pourquoi, on l'a déjà dit, il s'agit d'un sujet qui aurait dû être traité plus sérieusement.

- Buprénorphine et dépendance

Comme c'est le cas à chaque fois qu'un dérivé opiacé nouveau est découvert, (la codéine, l'héroïne...), le potentiel d'induction à une dépendance physique par le biais de la buprénorphine a été d'abord minimisé, voire nié: "La buprénorphine ne provoque pas de dépendance physique significative", a écrit Nancy K. Mello en 1982. En tout état de cause, les observations réalisées dans plusieurs pays ont commencé bientôt à démentir cette affirmation. En 1983, il y a eu plusieurs cas d'abus et d'addiction à la buprénorphine en Nouvelle Zélande et en Allemagne. Un peu plus tard, en Australie, Ecosse et Irlande et par la suite, en Espagne.³⁵ Le même phénomène a pu être vérifié en France vers la fin des années 80. En 1989, dans leur rapport n°XXV, le groupe d'experts en toxicomanies de l'OMS, a conseillé d'inscrire la buprénorphine dans la classe III des substances psychotropes. Tout cela a obligé à reconsidérer la capacité de la molécule pour stimuler l'abus et provoquer la dépendance physique.

En 1992, Resnick a souligné le fait que toutes les études qui avaient parlé de la faible intensité du syndrome de sevrage après plusieurs semaines d'administration de doses élevées de buprénorphine (Jasinski, 1992; Fudala, 1990; Mello, 1990), avaient été réalisés avec des patients sous traitement; c'est-à-dire, ils ne devaient pas agir dans la vie réelle. La recherche de Resnick s'était fondée sur 85 patients du système ambulatoire, et montrait comment la diminution progressive des doses de buprénorphine provoquait un syndrome de sevrage dont le symptôme principal, d'après ce que les patients eux-mêmes expliquaient et qu'ils accusaient de leurs rechutes, était la perte d'énergie. "C'était un problème, notamment pour les personnes qui travaillaient. La perte d'énergie est un symptôme qui peut être souvent ignoré chez les personnes hospitalisées" – explique-t-il. Mais les symptômes provoqués par l'abstinence ne se limitent pas à la perte d'énergie, car, suivant la même étude, lorsque l'on diminue les doses de buprénorphine, apparaissent par ordre

³⁵ SAN, L. & collaborateurs "Valoración y manejo del síndrome de abstinencia en los individuos adictos a la buprénorphine" (*Evaluation et prise en charge du syndrome d'abstinence chez les personnes dépendantes de la buprénorphine*) British Journal of Addiction, 87, p. 55-62. Cet article tire son origine dans le service Toxicomanies de l'Hôpital del Mar de Barcelone, 1992.

de fréquence, des états intenses d'impatience (agitation, insomnie, anorexie, douleurs musculaires, diarrhée, larmes et bâillements).

- Buprénorphine et grossesse

Rien n'a encore été prouvé en ce qui concerne les risques spécifiques, et beaucoup de femmes ont continué à prendre le Subutex pendant la grossesse et l'accouchement, sans qu'il y ait eu, à notre connaissance, de problème. C'est dans un autre domaine où il faut sortir de l'ambiguïté, même si ce n'est qu'à cause de la responsabilité devant être assumée par tous ceux qui prescrivent ce médicament.

Le seul article connu qui parle de ce sujet est celui de Reisinger,³⁶ publié dans un tirage réduit et distribué par le laboratoire Reckitt & Colman. L'étude conclut en affirmant que la buprénorphine est très sûre pendant la grossesse. On n'a pu noter qu'un seul cas d'agitation chez les nouveau-nés, treize jours après la naissance, ce qui pourrait être en rapport avec un syndrome de sevrage. L'auteur suggère même aux femmes enceinte prenant de la méthadone, de la remplacer par la buprénorphine, afin de réduire le risque que les nouveau-nés ne subissent le symptôme de sevrage.

Mais cette étude ne se fonde que sur quatre cas (...) Et elle a été présentée à la suite d'un séminaire organisé en Grande Bretagne par le laboratoire Reckitt & Colman, qui possède les droits de la molécule dans ce pays, et dont le désir est d'arriver au même développement des laboratoires Schering Plough en France (...).

7.3. Services à bas seuil

Aujourd'hui il existe dans tous les Etats membres de l'UE des services à seuil faible, mais ils sont différents en ce qui concerne la disponibilité et le type de services. En général, ils offrent de l'aide individuelle, des soins médicaux, psychologiques et sociaux, surtout aux consommateurs les plus défavorisés, notamment les plus âgés et ceux ayant des historiques très longs de toxicomanies. Dans tous les pays il y a des échanges d'aiguilles et de seringues, mais à des degrés différents. Dans quelques

³⁶ REISINGER, M. "Uso de la buprénorphine durante el embarazo" (*usage de la buprénorphine durant la grossesse*) Research and Clinical Forum, vol.19, n°2, pp.43-45. 1997.

pays, les pharmacies fournissent des aiguilles gratuites ou bon marché. L'offre d'un lieu où s'injecter, disponible dans quelques Etats membres, est un service en discussion.

Il faut souligner que les programmes de méthadone de seuil faible sont les plus efficaces dans cette lignée, leur stratégie essentielle étant la prévention de la contamination ou de la transmission du SIDA entre les patients toxicomanes à l'héroïne par voie parentérale. Leur succès est en fonction de leur taux de rétention et la plupart ont des taux élevés après 21 mois de traitement, environ 70%, avec des doses supérieures à 80 mg par jour. 50% des abandons ont lieu souvent au cours des 3 premiers mois de traitement, lorsque les patients prennent des doses très faibles de méthadone.

7.3.1. Prescription contrôlée d'héroïne

Le Programme Expérimental de Prescription de Stupéfiants (PEPS) est une expérience de traitement de toxicomanes, dans le contexte de la politique fédérale suisse de réduction des dommages liés aux problèmes en rapport avec l'abus et la dépendance aux drogues, qui inclut dans son offre thérapeutique la prescription de diacétylmorphine (héroïne) sous contrôle médical.

Il est adressé à des toxicomanes ayant échoué dans les programmes d'aide classiques, lesquels s'enfoncent de plus en plus dans l'exclusion. Il s'agit de les attirer vers le système Public de la Santé, et de les intégrer dans un processus de changement pour améliorer leur qualité de vie.

Jusqu'en 1986, la politique officielle suisse d'aide aux toxicomanes se fondait sur l'abstinence. A Genève, la méthadone était prescrite par les médecins privés avec autorisation officielle, depuis la fin des années 70. En 1991 sont nés de nouveaux services, tels que le "Bus-prevention-SIDA" et les programmes publics de méthadone³⁷. C'est en 1995 que commence la prescription expérimentale d'héroïne.

³⁷ En septembre 1991, Le Conseil de l'Etat de Genève a approuvé la Réduction des Risques comme la base de sa politique sur les toxicomanies. Ratifiée en juin 1995.

Les politiques thérapeutiques de réduction de dommages de Genève, vers la fin des années 90 (dont la prescription d'héroïne constitue un aspect minoritaire et indissoluble des autres) ont apporté les premiers résultats positifs et les preuves de son efficacité et viabilité. Mais, en tout état de cause, il existe une population de toxicomanes très gravement touchée, qui reste en marge des programmes classiques. Le programme PEPS de Genève est justement consacré à cette population, et il reçoit ses premiers patients en septembre 1995 (les premiers programmes expérimentaux suisses avaient commencé en janvier 1994).

Aujourd'hui, le PEPS est constitué par un programme d'héroïne injectée et un autre programme d'héroïne administrée par voie orale, destiné à des patients fumeurs (d'héroïne) et à tous les usagers par voie intraveineuse dont la dégradation de la voie veineuse ou musculaire rend l'injection impossible.

En septembre 1999, le PEPS comportait 42 patients; seuls 12 (28%) prenaient seulement de l'héroïne. Les autres suivaient un traitement d'opiacés combinés: 18 (44%) par méthadone et 28%, soit 12 patients, en combinaison avec morphine. La dose moyenne d'opiacés équivalait à 500 mg d'héroïne (900 mg/jour, dose maximale, et 10 mg/jour, dose minimale (Marset, M. 1999).

Le profil psychosocial des patients était:

- La plupart étaient des hommes.
- Age moyen: 35 ans.
- Durée moyenne de la toxicomanie intraveineuse: 16 ans.
- Ils ont échoué dans 3 traitements de désintoxication, et 4 de maintien par méthadone, en moyenne.
- Les problèmes sociaux, au commencement du traitement, sont très importants: **1.** La plupart sont des chômeurs sans domicile fixe. **2.** Leur santé physique et psychique est très précaire. **3.** 28% sont séropositifs au VIH (10% moyenne de Genève). **4.** 73% sont malades à cause de l'hépatite C (44% moyenne de Genève). **5.** 69% ont des

troubles graves de la personnalité, seuls 8 patients (20%) n'ont pas de problèmes psychiatriques.

Les résultats présentés par le PEPS, après quatre ans de traitement semblent satisfaisants (bien que l'évolution du projet ne soit pas finie). La rétention dans le programme est de 74%, ce qui a provoqué une rétention dans le réseau d'assistance public ou privé, de 98%. Dès le commencement du programme 55 patients ont été traités dans le PEPS, tous ont vu leur état général et leur qualité de vie s'améliorer de façon significative. La consommation de cocaïne baisse, ainsi que celle d'héroïne illégale et la consommation non médicale de benzodiazépines. Les procédures pénales, les bénéfices découlant du trafic de drogues et les actes délictueux (possession et consommation de drogues, vols, etc.) ont aussi diminué.

En tout état de cause, ce qui semble bien fonctionner en Suisse, rencontre des résistances dans d'autres pays européens, tels que l'Espagne, où en 1999 l'Agence du Médicament a refusé l'autorisation d'un essai clinique par héroïne proposé par la *Junta de Andalucía*. D'autres Communautés Autonomes, comme la Catalogne, tentent d'obtenir l'autorisation pour la mise en marche du programme.

7.4. Consommateurs de drogue et système juridico-pénal.

Entre 15 et 50% ou plus des personnes incarcérées en UE ont, ou ont eu, des problèmes liés à la consommation de drogues. Plusieurs Etats membres informent que l'encombrement des prisons empêche souvent d'accorder l'attention appropriée aux consommateurs de drogue. L'échange de seringues existe dans quelques prisons en Allemagne et en Espagne, et depuis peu au Royaume Uni, les détenus qui s'injectent disposent de pilules de stérilisation. Un autre problème est le manque de formation du personnel pénitentiaire.

Dans tous les Etats membres, il existe plusieurs alternatives à la prison, qui vont de l'exemption de la responsabilité criminelle à la libération conditionnelle.

Seuls les Pays-Bas et la Suède informent de l'attention obligatoire, bien que le choix de la terminologie puisse cacher le fait qu'il y ait plus ou moins d'attention

obligatoire dans la plupart des Etats membres de l'UE, selon que les toxicomanes ont le choix entre la prison ou le traitement ou non.

Dans un nombre de plus en plus important de pays, on a adopté le principe de la thérapie en lieu et place de la peine dans les directives générales des politiques concernant la drogue. Quelques Etats membres ont consolidé l'aide sociale et médicale à des délinquants toxicomanes qui contactent pour la première fois les autorités judiciaires comme une porte d'accès au traitement et aux services d'assistance.

LA SITUATION EN EUROPE CENTRALE ET ORIENTALE

1. Règles de consommation historiques et actuelles
2. Tendances spécifiques de drogues précises
3. La réponse juridique
4. Réduction de la demande de drogues
5. Drogues synthétiques

CHAPITRE TROISIEME

LA SITUATION EN EUROPE CENTRALE ET ORIENTALE

Ces pays sont: l’Albanie, la Bosnie-Herzégovine, la Bulgarie, la République Tchèque, l’Estonie, L’Ancienne République Yougoslave de Macédoine, La Hongrie, la Lettonie, la Lituanie, la Pologne, la Roumanie, la République Slovaque et la Slovénie.

L’analyse réalisée par l’European School-Survey Project³⁸ (ESPAD), en 1995 sous le patronage du Groupe Pompidou du Conseil de l’Europe, comprenait sept pays (la République Tchèque, l’Estonie, la Hongrie, la Lituanie, la Pologne, la République Slovaque et la Slovénie) et donnait des renseignements importants sur la consommation de drogues chez des étudiants âgés de 15 à 16 ans de ces pays.

Pays	Echantillon	Garçons	Filles
R. Tchèque	2962	25 %	18%
Estonie	3118	10 %	5 %
Hongrie	2571	5 %	4 %
Lituanie	3196	2 %	1 %
Pologne	8940	2 %	5 %
R. Slovaque	2376	12 %	6 %
Slovénie	3306	4 %	12 %

³⁸ Le Projet Européen d’Enquêtes Scolaires

1. Règles de consommation historiques et actuelles

La consommation de drogues illégales dans ces pays n'a été un motif de préoccupation qu'après les changements politiques du début des années 90. En tout état de cause, quelques pays, (la Pologne, la Hongrie, la Slovénie et l'ancienne Yougoslavie) avaient déjà reconnu que la consommation de drogues illégales était un problème, et avaient développé des stratégies appropriées de recherche et de traitement.

Vers la fin des années 70, dans quelques-uns d'entre eux (la Tchécoslovaquie la Pologne, la Lituanie, la Lettonie, la Bulgarie et la Hongrie) a eu lieu une consommation intraveineuse de drogues de production maison. Dans cette même période, l'abus de médicaments en Hongrie, dans l'ancienne Tchécoslovaquie, en Pologne et, à une moindre échelle, en Bulgarie, était généralisé. Plus récemment, c'est devenu aussi un problème en Albanie, en Bosnie-Herzégovine et dans l'ancienne République Yougoslave de Macédoine. Les changements politiques du début des années 90 ont entraîné un accroissement, non seulement du trafic de drogues dans beaucoup de pays, mais aussi de la consommation intérieure de drogues importées.

2. Tendances spécifiques de drogues précises

L'analyse de l'ESPAD de 1995 indiquait le cannabis comme la drogue la plus fréquemment consommée chez les adolescents et le groupe le plus jeune des adultes dans sept des pays participants.

D'après la même enquête, les solvants occupent la deuxième place comme substance d'abus. Depuis le début des années 90, la consommation d'héroïne a augmenté dans beaucoup de pays (la Bulgarie, la République Tchèque, l'Estonie, L'Ancienne République Yougoslave de Macédoine, la Hongrie, la République Slovaque et la Slovénie). Les tendances plus récentes montrent un changement progressif vers l'injection d'héroïne importée. La consommation de médicaments combinés avec des

drogues illégales est devenue une pratique habituelle ces dernières années en Bulgarie, en Bosnie-Herzégovine, dans l'ancienne République Yougoslavie de Macédoine, en Hongrie, dans la République Slovaque et en Slovénie. Le niveau de consommation de cocaïne est toujours faible, bien que les saisies reflètent un accroissement du trafic en Pologne, dans la République Tchèque, en Hongrie et en Roumanie.

3. La réponse juridique

Les pays s'efforcent d'adapter leur législation au respect des normes de l'UE en matière législative. Ils ont tous approuvé une nouvelle législation dans le domaine de la toxicomanie (la plupart dès 1996). La production et le trafic de drogues constituent un délit dans tous les pays, mais il n'en va pas de même pour la consommation de drogues illégales. Tous les pays, sauf l'Albanie, ont signé les trois Conventions de l'ONU sur les stupéfiants, les substances psychotropes et le trafic illégal, et les ont ratifiées, sauf l'Estonie, qui n'a pas encore ratifié la Convention de 1988.

4. Réduction de la demande de drogues

L'histoire de la réduction de la demande de drogues est différente selon le pays. Elle est appliquée depuis vingt ans en Pologne, et depuis quelques années en Roumanie. En général, la réduction de la demande de drogues n'est pas toujours importante dans la plupart des pays, lesquels consacrent par la plupart la majorité de leurs ressources à la répression (réduction de l'offre).

Le traitement prédominant est celui qui a lieu dans des hôpitaux, par des psychiatres et d'autres professionnels de la santé. Dans la plupart des pays, seules les villes les plus importantes possèdent des services de traitement. Dans presque tous ces pays, des traitements sans drogues sont aujourd'hui développés à un très bon rythme pour des patients en ambulatoire et pour des patients en hébergement à long terme.

La prévention est une priorité essentielle dans presque toutes les stratégies et programmes nationaux, incluant la promotion sanitaire et éducative dans les écoles.

Depuis des dernières années, des services de projection extérieure et de réduction des dommages on été ajoutés aux stratégies de réduction de la demande. La disponibilité des programmes de substitution (maintien par méthadone) et d'échange d'aiguilles a augmenté dans toute la région. Malgré l'augmentation, la disposition de ces options de réduction des dommages est toujours faible, même dans les grandes villes.

Les organisations non gouvernementales sont toujours peu utilisées dans presque toutes les régions et elles sont mal dotées de fonds. Les besoins principaux consistent à renforcer la capacité et le rendement, augmenter les fonds et améliorer la communication et la coopération avec des organisations officielles.

5. Drogues synthétiques

Dans presque tous les pays il y a eu une augmentation des saisies, mais les rapports sur la consommation sont toujours, pour la plupart, anecdotiques.

LA SITUATION AUX ETATS-UNIS

1. **Tendances Nationales**
2. **Modèle de consommation chez les étudiants de secondaire et autres jeunes**
3. **Tendances de Traitement**
4. **Coûts sociaux**
5. **Médicaments thérapeutiques**
6. **Conséquences de l'usage de drogues chez la femme**

CHAPITRE QUATRIEME

LA SITUATION AUX ETATS UNIS⁴⁰

Selon les résultats préliminaires de l'Enquête Domiciliaire Nationale sur l'Abus de Drogues (NHSDA)⁴¹ le nombre actuel d'usagers de drogues illicites n'a pas changé de manière significative ces dernières années: 1995 (12,8 millions) et 1996 (13 millions).

1. Tendances nationales

1.1 Marijuana

On estime que 2,4 millions de personnes ont commencé à utiliser de la marijuana en 1995. Cette augmentation de l'usage de la marijuana continue, notamment chez les adolescents: le taux des cas dans les salles d'urgence augmente toujours, tout comme le pourcentage de personnes qui suivent un programme de traitement. Deux facteurs pourraient contribuer à cet accroissement considérable de la consommation de la marijuana: une drogue plus puissante et l'usage de la marijuana mélangée ou en combinaison avec d'autres drogues illégales. Les cigarettes ou "blunts" de marijuana sont mélangés au crack, une combinaison connue dans la rue sous plusieurs noms, tels que "3750", "diablitos", "primo", "oolies" et "woolies". Souvent les cigarettes et les "blunts" sont trempés dans phencyclidine (PCP)⁴² et elles sont connues dans la rue sous le nom de "happy sticks", "wicky sticks", "illies", "love boat", "Wet" ou

⁴⁰ Selon les données publiées par le National Institute on Drug Abuse (NIDA) en octobre 1999.

⁴¹ Il s'agit d'une enquête annuelle menée par l'Administration des Services de la Santé Mentale et Abus de Substances.

⁴² Le PCP (phencyclidine) a commencé à être fabriqué dans les années 50 comme anesthésique intraveineux. L'usage du PCP chez des personnes a été suspendu en 1965 lors qu'on a découvert que les patients étaient souvent agités, délirants et irrationnels pendant les effets anesthésiques. Le PCP est fabriqué de manière illégale dans des laboratoires et il est vendu dans la rue sous les noms de: angel dust, ozone, wack et rocket fuel. Killer joints et crystal supergrass, (superherbe cristal et joints mortels) sont les noms donnés à la combinaison de PCP et de marijuana.

“tical”. Des combinaisons de cette sorte ont été détectées à Boston, Chicago et New York; la combinaison de marijuana et de PCP a été vue à Philadelphie et au Texas. Les cigarettes de marijuana sont parfois trempées dans du fluide à embaumer, ce qui a été détecté à Boston (où sont connues comme “shermans”) et au Texas.

1.2. Cocaïne

Le crack cocaïne domine toujours le problème des drogues illicites du pays. Le nombre total d’usagers de cocaïne actuel n’a pas changé de manière significative entre 1995 et 1996 (1,45 millions en 1995 et 1,75 millions en 1996). Cela signifie une réduction depuis le pic de 5,7 millions en 1985. Cependant, on estime encore que 652.000 américains ont utilisé de la cocaïne pour la première fois en 1995. Il y a toujours une provision considérable de drogue dans presque toutes les villes. Les données montrent une stabilisation dans beaucoup de zones urbaines; les décès liés à la cocaïne sont stables ou ont augmenté très faiblement dans 9 des 10 zones où cette information a été recueillie. Le pourcentage de personnes qui sont entrées dans des traitements à cause de problèmes primaires de cocaïne a diminué faiblement ou demeure stable dans la plupart des zones.

Bien que les données démographiques montrent toujours que la plupart des usagers de cocaïne sont des adultes âgés, demeurant dans le centre de la ville, et utilisateurs de crack cocaïne, des rapports isolés indiquent qu’il y a de nouveaux groupes d’usagers. Parmi ces groupes il faut mentionner les adolescents qui fument du crack avec de la marijuana dans des “blunts” (des cigarettes vidées de tabac et remplis avec de la marijuana, ou avec une autre drogue) dans plusieurs villes; les usagers de crack hispano-américains au Texas et, dans la région d’Atlanta, des usagers de chlorhydrate de cocaïne issus des faubourgs de classe moyenne, et des femmes utilisatrices de crack, sans aucun historique précédent d’usage de drogues, âgées de la trentaine.

1.3. Héroïne

Depuis 1992 il y a une tendance croissante de nouveaux usagers d'héroïne, on estime qu'il y a eu 141.000 nouveaux usagers de cette drogue en 1995. On estime que le nombre de personnes qui ont fait usage d'héroïne le mois précédent l'enquête a augmenté de 68.000 en 1993 à 216.000 en 1996. Parmi les nouveaux usagers récents, une grande proportion a fumé, inhalé ou sniffé l'héroïne, la plupart étaient âgés de moins de 26 ans. D'autres rapports quantitatifs et rapports in situ suggèrent qu'il y a toujours un nombre croissant de nouveaux usagers (qui sniffent la drogue) parmi les groupes les plus jeunes, il s'agit souvent de femmes. Dans plusieurs régions, telles que San Francisco, on trouve parmi les initiés récents de plus en plus de membres issus de la classe moyenne. A Boston et Newark, les usagers d'héroïne se trouvent aussi parmi les populations sub-urbaines. Le fait que les jeunes qui sniffent l'héroïne pourraient commencer à s'injecter la drogue est inquiétant, ils pourraient le faire à cause d'une moindre tolérance, mal au nez, ou une moindre pureté de la drogue. L'usage d'héroïne injectée les exposerait à des risques plus importants d'infection par le VIH. En fait, la pureté de la drogue a descendu ou est variable dans plusieurs villes telles qu'Atlanta, Boston et New York. Cependant, à l'Est et dans quelques villes du centre du pays, à Chicago et Detroit notamment, la pureté de la drogue reste élevée, du même que son usage par voie nasale. Dans plusieurs villes, telles que Boston, Detroit et New York, la vente agressive et la baisse des prix ont augmenté. Souvent, les distributeurs d'héroïne vendent aussi d'autres drogues, comme à Miami, Minneapolis/St. Paul, St. Louis et quelques quartiers d'Atlanta. Les chiffres récents de mortalité ont augmenté ou restent stables à des niveaux élevés dans 5 des 10 villes où des données sont disponibles. Le nombre de prises en charge médicales d'urgence liées à cette drogue a augmenté dans 8 des 19 villes consultées et le pourcentage de personnes sous traitement qui se déclarent usagers d'héroïne a augmenté dans 8 des 14 zones.

1.4. Dérivés amphétaminiques

Méthamphétamine⁴³

Dans plusieurs villes de l'ouest et du centre du pays, les indicateurs de consommation de méthamphétamine, qui avaient augmenté de manière régulière pendant plusieurs années, commencent à présenter, semble-t-il, des modifications. Tous les indicateurs présentent des augmentations à San Francisco et Seattle, tandis qu'à San Diego et Los Angeles ils montrent des tendances de stabilité ou de faible diminution, tout semble indiquer que la consommation n'est pas encore arrivée au point culminant. La plus grande disponibilité de la méthamphétamine et l'accroissement de son usage ont été notés de manière sporadique dans plusieurs régions du pays, notamment des zones rurales, ce qui a fait craindre sa propagation en dehors des zones d'usage endémique (la côte ouest). La majeure partie de la méthamphétamine provient d'opérations livrées à grande échelle du Mexique. Dans des saisies récentes en Floride on a trouvé de la cocaïne en poudre, de l'héroïne et du flunitrazepam⁴⁴ en même temps que de la méthamphétamine. De plus, les laboratoires locaux sont encore très fréquents, ce qui a provoqué une augmentation des saisies dans des zones telles que Seattle, l'Arizona, et des régions rurales de Georgia, du Michigan et du Missouri. Les quatre formes d'administration de la drogue, injectée, reniflée ou inhalée, (fumée: "chasing the dragon" à San Francisco), et l'ingestion orale, sont utilisées aujourd'hui, mais elles varient selon les villes. A Honolulu, les formes de violence associées à la consommation de méthamphétamine continuent et, s'observent aussi à Seattle désormais.

⁴³ Le chlorydrate de méthamphétamine consiste en des cristaux transparents qui ressemblent à des morceaux de glace, pouvant être inhalés, appelés "ice, crystal et glass" (glace, cristal et verre)

⁴⁴ Rohypnol est le nom commercial du flunitrazepam.

D'autres stimulants

L'abus de phénate de méthyle (Ritalin)⁴⁵ continue chez les usagers d'héroïne à Chicago et les adolescents à Detroit. Les produits dérivés de l'éphédrine, vendus dans des magasins de vente rapide, des parkings poids lourds et des magasins nature, sont très répandus parmi les adolescents d'Atlanta, de Detroit, de Minneapolis/St. Paul et du Texas. L'état de New York a récemment interdit la vente de ce type de produits afin d'essayer de mettre un terme à leur consommation croissante par les adolescents. L'usage de methylendioxymetamphetamine (MDMA ou "ecstasy") a été détecté plus souvent parmi les jeunes adultes et les adolescents dans les salles de fête, les *raves* et les concerts de rock & roll à Atlanta, Miami, St. Louis, Seattle et dans plusieurs endroits du Texas. En 1996, une étude effectuée par le MTF⁴⁶ présente des données sur l'usage de MDMA par les étudiants de secondaire. Les taux d'usage sont restés relativement élevés entre 1996 et 1997. En 1997, 6,9% des étudiants de la dernière année de secondaire; 5,7% de ceux de 10ème. et 3,2% de ceux de 8ème avaient utilisé du MDMA au moins une fois au cours de la vie.

2. Modèles de consommation chez les étudiants de Secondaire et autres jeunes.

Depuis 1975, l'étude d'Observation de l'Avenir, détermine toutes les années les proportions de l'abus de drogues par les étudiants de la dernière année de secondaire. L'enquête a été augmentée en 1991 afin de considérer aussi les étudiants de 8ème et 10ème année. Financée par le NIDA, l'enquête est menée par l'Institut de Recherche Sociale de l'Université du Michigan.

Parmi la promotion de 1997, 54.3% des étudiants avaient utilisé une drogue illicite en parvenant à la dernière année de secondaire, ce qui démontre toujours

⁴⁵ Ritalin, est le nom commercial du phénate de méthyle, un médicament prescrit aux enfants qui montrent un niveau d'activité trop élevé ou qui présentent un trouble de l'hyperactivité et de l'attention (ADHD). En 1996 on a détecté qu'il était utilisé à des fins liés à la toxicomanie, mélangé avec de l'héroïne et de la cocaïne.

⁴⁶ Une enquête annuelle sur l'usage des drogues et les attitudes connexes chez les adolescents aux Etats Unis.

l'augmentation constante par rapport au taux de 40.7% de 1992, très inférieur pourtant au chiffre de 65.6% obtenu en 1981.

Après avoir augmenté de manière significative entre 1992 et 1996 l'usage des drogues illicites par les adolescents s'est stabilisé pour la plupart des drogues en 1997. Chez les étudiants de 8^{ème} année, il est resté stable ou a même diminué pour plusieurs substances. Parmi les étudiants de 10^{ème} et 12^{ème} année, l'usage des drogues illicites est resté stable, mais l'usage au cours de la vie a augmenté pour plusieurs substances.

L'usage de toutes les drogues illicites durant l'année précédente (usage annuel) par des étudiants du groupe mentionné a augmenté de 27.1% en 1992 à 42.4% en 1997, après avoir diminué de manière constante par rapport au taux maximal de 54.2% en 1979. Le pourcentage d'étudiants de la dernière année de secondaire ayant utilisé une drogue illicite au cours du dernier mois (usage habituel) a augmenté de 14.4% en 1992 à 26.2% en 1997.

2.1. Consommation par substances

Prévalence vie.

	8^{ème}	10ème	12ème
Marijuana	22.6%	42.3%	49%
Cocaïne	4.4%	7.1%	8.7%
Solvants	4.7%	18.3%	16.1%
LSD	4.7%	9.5%	13.6%
Héroïne	2.1%	2.1%	2.1%
Stimulants	12.3%	17%	16.5%
Alcool	53.8%	72%	81.7%

Une augmentation claire de la prévalence de consommation au cours de la vie, pour la marijuana, la cocaïne, le LSD, les stimulants et l'alcool est détectée; l'usage de

l'héroïne reste stable, et l'usage de solvants volatils diminue, au fur et à mesure que l'âge augmente.

2.1.1. Marijuana

L'augmentation de l'usage de marijuana dans une année et au cours de la vie par étudiant de 8^{ème} année (14-15 ans) a été notée entre 1992 et 1996, et s'est stabilisée en 1997. En tout état de cause, entre 1992 et 1997, l'usage de cette drogue au cours de la vie a augmenté de 11.2% à 22.6%; l'usage annuel de 7.2% à 17.7% et l'usage courant (dernier mois) de 3.7% à 10.2%.

Entre 1992 et 1997 l'usage de la marijuana au cours de la vie des étudiants de 10^{ème} année (16 ans) a augmenté de 21.4% à 42.3%; l'usage annuel de 15.2% à 34.8% et l'usage courant de 8.1% à 20.5%.

En 1997, 49.6% des étudiants de dernière année de secondaire (17-18 ans) avaient consommé de la marijuana au moins une fois au cours de leur vie, un taux qui signifie une augmentation par rapport à celui de 32.6% de 1992. L'usage annuel de marijuana par les étudiants de dernière année de secondaire a atteint le taux maximal de 50.8% en 1979, a diminué de manière constante jusqu'à 21.9% en 1992, puis a augmenté à 38.5% en 1997. L'usage courant a augmenté de 11.9% en 1992 à 23.7% en 1997.

2.1.2. Cocaïne

L'usage de cocaïne parmi les étudiants de 8^{ème} et 10^{ème} année est resté au même niveau entre 1996 et 1997. Cependant, l'usage au cours de la vie par les étudiants de 12^{ème} année a augmenté de 7.1 en 1996 à 8.7% en 1997, ce qui est le taux le plus élevé depuis 1990.

L'usage de crack cocaïne au cours de leur vie par les étudiants de 12^{ème} année a augmenté de 3.3% en 1996 à 3.9% en 1997. Son usage par les étudiants de 8^{ème} et 10^{ème} année est resté sans changement entre 1996 et 1997. Les résultats de l'enquête ont montré que 2.7% des étudiants de 8^{ème} année et 3.6% de ceux de 10^{ème} année

avaient utilisé du crack au moins une fois au cours de leur vie; 1.7% des 8^{ème} année et 2.2% des 10^{ème} en avaient consommé durant l'année précédent l'enquête; 0.7% des 8^{ème} et 0.9% des 10^{ème} en avaient consommé le mois précédent.

2.1.3. LSD

En 1997, l'usage de LSD au cours de la vie par les étudiants de la dernière année de secondaire a été de 13.6% et l'usage annuel de 8.4%, des taux qui dépassent les niveaux d'usage maximum annuel de la moitié des années 70.

L'usage annuel de LSD par les étudiants de 8^{ème} année a été de 3.2% en 1997 (une augmentation par rapport au taux de 2.4% de 1994). L'usage annuel pour ceux de 10^{ème} année a augmenté de 5.2% en 1994 à 6.7% en 1997.

2.1.4. Solvants volatils

Il s'agit des substances les plus utilisées par les étudiants de 8^{ème} année, après l'alcool, le tabac et la marijuana. Le taux d'usage parmi les étudiants de 8^{ème} année est plus élevé que celui des étudiants de 10^{ème} et de 12^{ème} année.

En 1997, plus d'un étudiants de 8^{ème} sur cinq (21%) avaient utilisé des solvants volatils: colles, aérosols et dissolvants, au moins une fois au cours de la vie, et 11.8% en avaient consommé durant l'année précédente.

2.1.5. Alcool

En 1997, l'usage quotidien d'alcool par les étudiants de dernière année de secondaire était de 3.9%; de 1.7% pour ceux de 10^{ème}, et de 0.8% pour ceux de 8^{ème} année.

En 1997, 31.3% de tous les étudiants de dernière année de secondaire et 25.1% de ceux de 10^{ème} année ont déclaré qu'ils s'étaient enivrés (consommation de cinq boissons ou plus). Le chiffre pour les étudiants de 8^{ème} année était de 14.5% en 1997.

Le pourcentage d'étudiants de 8^{ème} année qui ont déclaré s'être enivrés au cours des dix derniers jours a diminué de 9.6% en 1996 à 8.2% en 1997. Mais le pourcentage

d'étudiants de 10^{ème} année qui ont déclaré s'être enivrés tous les jours a augmenté de 0.4% en 1996 à 0.6% en 1997. Parmi les étudiants de 12^{ème} année, la consommation d'alcool au cours de la dernière année, a augmenté de 72.5% en 1996 à 74.8% en 1997. L'usage d'alcool pendant toute la vie chez les étudiants de dernière année de secondaire a augmenté aussi.

3. Tendances de Traitement

Dans l'exercice économique de 1995, environ 1,9 millions de personnes ont commencé des traitements subventionnés par l'état.

- Parmi celles-ci, environ 54% ont commencé le traitement contre l'alcoolisme; et presque 46% sont sous traitement pour l'abus de drogues illicites.
- 70% environ de ces personnes étaient des hommes et 30% des femmes.
- 56% étaient des blancs, suivis en nombre par les Africains-américains (26%), les Hispano-américains (7,7%), les Indiens américains (2,2%) et les Asiatiques et personnes originaires des îles du Pacifique (0,6%).
- La plupart des personnes suivent un traitement pour abus des drogues illicites suivantes: cocaïne (38,3%), héroïne (25,5%) et marijuana (19,1%).
- 60% de ces personnes ont été sous traitement ambulatoire.

3.1. Traitement

3.1.1. Crack et Cocaïne

Selon le profil de l'état de la consommation excessive d'alcool et de drogues, dans l'exercice de 1995, aux Etats-Unis, 333.359 patients ont été soumis à un traitement pour abus notamment de cocaïne dans des programmes subventionnés par l'état, ce qui a représenté presque 38,3% des personnes sous traitement.

La priorité du NIDA en matière de recherche, est de trouver un médicament pouvant empêcher ou réduire de manière notable les effets de la cocaïne, afin de s'en servir comme partie intégrale d'un programme de traitement. Des recherches et des études sur des médicaments sont réalisées dans le but d'atténuer le craving que subissent très souvent les personnes sous traitement. Aujourd'hui, plusieurs produits sont étudiés en vue de prouver leur innocuité et leur efficacité pour traiter l'addiction à la cocaïne.

En plus des traitements pharmacologiques, les interventions pour modifier le comportement, notamment la thérapie cognitive, peuvent s'avérer efficaces pour réduire l'usage de drogues chez les patients traités à cause de l'abus de cocaïne. La prestation de services thérapeutiques suivant une combinaison parfaite pour chaque personne a une grande importance en vue du succès des résultats du traitement.

3.1.2. Héroïne

Il existe une énorme variété d'options thérapeutiques pour l'addiction à l'héroïne, dont les médicaments et les thérapies comportementales. Selon le NIDA, la science a montré que combiner les médicaments avec d'autres services d'aide au patient, rend possible l'abandon par le toxicomane de l'usage de l'héroïne (ou d'un autre opiacé) pour retourner à une vie plus stable et plus productive.

En novembre 1997, les Instituts Nationaux de la Santé (NIH) ont réuni un Groupe de Consensus sur le Traitement Médical Efficace de la Toxicomanie. Ce Groupe d'experts de tout le pays (USA) a conclu que les addictions aux opiacés sont des maladies du cerveau et des troubles médicaux qui peuvent être traitées de manière efficace. Il a été fermement recommandé: 1. Un plus grand accès aux programmes de traitement de maintien par la méthadone pour les personnes toxicomanes à l'héroïne ou à d'autres opioïdes; et 2. La suppression des règles fédérales et de l'Etat, ainsi que de tous les obstacles à l'accès à ces programmes.

Ont également été soulignés l'importance des services tels que l'orientation psychologique, les thérapeutiques sociales, et d'autres services d'aide au patient, qui

favorisent la rétention et le succès des programmes de traitement de maintien par la méthadone.

En plus de la méthadone (24h), LAAM (72h), la naloxone (hautes doses) et la naltrexone, d'autres médicaments utilisés dans les programmes de maintien par méthadone sont à l'étude.

Il existe beaucoup de traitements axés sur le comportement, efficaces en matière de toxicomanie à l'héroïne, en régime hospitalier ou ambulatoire. Plusieurs thérapeutiques nouvelles sont encourageantes, telles que:

La thérapie de **maîtrise des situations** à risques utilise un système fondé sur l'idée du bien, dans lequel le patient gagne des "points", si ses dépistages d'urine s'avèrent négatifs, qu'il peut échanger contre des articles encourageant à une vie saine.

Les **interventions de la conduite** cognitive ont été conçues pour aider à modifier la pensée, les espoirs et les comportements du patient, ainsi que pour augmenter son habileté à faire face à plusieurs facteurs à l'origine de la tension nerveuse au cours de la vie.

En 1995, l'abus d'héroïne a occupé la deuxième place parmi les causes qui conduisent à demander à être traités dans des programmes antidrogue subventionnés par l'état. A Porto Rico, en Californie, au Connecticut, Maryland, Massachusetts, New Jersey, Rhode Island et Washington, l'héroïne a été la principale drogue d'abus mentionnée par les nouveaux patients sous traitement dans des programmes subventionnés par l'Etat. Ce qui confirme que la consommation d'héroïne est en augmentation depuis quelques années dans tout le pays.

3.2. Types de programmes de traitement

L'objectif final de tous les traitements pour abus de drogues est de préparer le patient afin qu'il arrive à une abstinence durable, mais les objectifs immédiats sont de réduire l'usage de drogues, d'améliorer l'habileté du patient pour fonctionner, et minimiser les complications sociales et de santé liées à l'abus de drogues.

Il existe plusieurs types de programmes de traitement contre l'abus de drogues. Les méthodes à court terme ont une durée de moins de 6 mois et comprennent la thérapie en cure résidentielle, la thérapie par des médicaments et la thérapie ambulatoire sans médicaments. Le traitement de longue durée pourrait comprendre, par exemple, le traitement de maintien par méthadone, avec consultation en ambulatoire, pour les toxicomanes aux opiacés et le traitement en communauté thérapeutique résidentielle.

Dans le traitement de maintien pour les héroïnomanes, la personne sous traitement reçoit une dose orale d'un opiacé synthétique, habituellement le chlorhydrate de méthadone ou lévo-alpha-acétyl-méthadol (LAAM), suffisante pour bloquer les effets de l'héroïne et provoquer un état stable, non euphorique et dénué de l'angoisse physiologique de consommer des opiacés. Dans cet état stable, le patient peut se libérer de la conduite de recherche la drogue, associée au délit et, avec l'orientation et les services sociaux appropriés, il peut devenir un membre productif de sa communauté.

Le traitement de consultation ambulatoire sans drogues n'utilise pas de médicaments et comprend un nombre important de programmes différents pour des patients qui se rendent à l'hôpital à intervalles réguliers.

La plupart de ces programmes comprennent l'orientation psychologique individuelle ou de groupe.

Les patients qui entrent dans ces programmes font un usage excessif de drogues autres que les opiacées, où d'opiacés, mais on ne leur conseille pas la thérapie de maintien, du fait qu'ils ont une vie stable et que leur historique de toxicomanie n'est pas long.

Les communautés thérapeutiques (TC) sont des programmes très structurés où le patient demeure dans un centre, généralement pendant 6 à 12 mois. Le profil des patients en communauté thérapeutique est souvent celui de toxicomanes avec des historiques de toxicomanie relativement longs, une participation importante à des activités délictueuses, et un fonctionnement social très détérioré. L'objectif de la TC

est la rééducation du patient afin qu'il puisse suivre à l'issue du programme un mode de vie sans drogues et non délictueux.

Les programmes dans des centres à court terme, souvent appelés unités de pharmacodépendance, suivent souvent le "Modèle Minnesota" pour le traitement de l'alcoolisme. Ces programmes comprennent une phase de traitement dans le centre de 3 à 6 semaines suivie d'une thérapeutique longue de consultation ambulatoire ou de participation dans des groupes d'autosupport utilisant les 12 étapes, tels que les Narcotiques Anonymes ou les Cocaïne Anonymes. Les programmes pour la pharmacodépendance ont commencé dans le secteur privé vers la moitié des années 80 avec des toxicomanes assurés qui faisaient un usage abusif d'alcool ou de cocaïne, comme patients principaux. Aujourd'hui, au fur et à mesure de la diminution des bénéfices des fournisseurs privés, plus de programmes apportent leurs services aux patients qui reçoivent les soins publics.

Les programmes de maintien par la méthadone ont, en général, de meilleurs résultats avec des clients toxicomanes aux opiacés, que les communautés thérapeutiques lesquelles, à leur tour, ont de meilleurs résultats que les programmes de consultation ambulatoire qui offrent une orientation psychologique et une psychothérapie; parmi plusieurs programmes de méthadone, ceux qui offrent des doses plus élevées de méthadone (en général, 60 mg minimum par jour) et ceux qui offrent d'autres services, tels que l'orientation psychologique, la thérapie et les soins médicaux, ont aussi de meilleurs résultats que les programmes qui offrent des services minimaux.

Les programmes de traitement chez les détenus peuvent réussir à éviter que le patient recommence sa conduite délictueuse, surtout s'ils sont associés à des programmes dans la communauté dans lesquels la personne continue le traitement à sa sortie de prison.

Plusieurs programmes aux très bons résultats ont réduit le taux de rechute d'un quart et même de la moitié. Le "Modèle Delaware" par exemple, une étude sur le traitement des détenus toxicomanes, montre que le traitement en prison sur un modèle de communauté thérapeutique, en régime de semi-liberté pour travailler,

associant des soins médicaux dans la communauté, réduit à 57% la probabilité que le patient soit de nouveau détenu et à 37% la probabilité qu'il consomme de nouveau des drogues.

4. Coûts sociaux

L'abus de drogues a une répercussion économique importante sur la société; elle a été estimée à environ \$ 67 milliards par an. Ce chiffre inclut les coûts liés aux délits, aux soins médicaux, aux traitements, aux programmes de bien-être social et le temps passé en dehors du marché du travail. Le traitement peut diminuer ces coûts. Les études ont montré qu'entre \$4 et \$5 sont économisés pour chaque dollar mis dans les traitements. Laisser un toxicomane sans traitement dans la communauté coûte environ \$3.600 mensuels, et le coût de la prison est d'environ \$3.300 mensuels. En revanche, la thérapie de maintien par la méthadone coûte environ \$290 par mois.

5. Médicaments thérapeutiques

Le traitement destiné aux personnes qui font un usage excessif de drogues mais ne montrent pas encore un cadre d'addiction sévère, consiste très souvent en des thérapies de comportement telles que la psychothérapie, l'orientation psychologique, les groupes de support et la thérapie familiale.

Mais le traitement pour les toxicomanes exige presque toujours une combinaison de médicaments et de thérapies du comportement.

La méthode primaire d'abstention, avec des soins médicaux, consiste à ce que le patient consomme une autre drogue comparable mais avec un syndrome de sevrage moins grave et, ensuite, à diminuer progressivement le médicament jusqu'à l'éliminer. Pour le traitement de l'abstinence d'opiacés, le médicament le plus utilisé est la méthadone, prise oralement une fois par jour. Pour commencer les patients

prennent la plus petite dose capable d'éviter les symptômes les plus graves de l'abstinence, cette dose est ensuite réduite progressivement.

Les médicaments de substitution peuvent aussi être utilisés pour aider dans les cas d'abstinence de sédatifs. Un autre sédatif à effet durable, tel que le diazepam ou le phenobarbital est administré au patient, et il est réduit peu à peu.

Après l'abstinence, il existe encore un danger notable de rechute pour le patient. Il peut prendre de nouveau des drogues même s'il ne subit plus le syndrome de sevrage. Beaucoup de recherches sont en cours pour trouver des médicaments capables de bloquer l'envie de consommer de nouveaux des drogues.

Le patient qui ne peut pas tenir sans consommer d'opiacés, reçoit une thérapie de maintien, presque toujours par la méthadone. La dose de maintien de méthadone, presque toujours plus élevée que celle utilisée pour l'abstinence avec des soins médicaux, évite tant le syndrome de sevrage que l'envie de consommer de l'héroïne. Elle évite aussi que le toxicomane subisse la stimulation de l'héroïne et, par la suite, il ne la consomme plus. La recherche a prouvé, comme nous l'avons déjà dit, que la thérapie de maintien réduit la propagation du SIDA parmi la population traitée, et elle réduit aussi la mortalité globale et toute sorte de coûts sociaux.

Une autre drogue, déjà mentionnée, utilisée dans le traitement de maintien est le LAAM (lévo-alpha-acétyl-méthanol), administrée trois fois par semaine au lieu de tous les jours comme la méthadone. La naltrexone est une autre drogue utilisée aussi, afin d'éviter la rechute. De même que la méthadone, le LAAM et la naltrexone évitent que le toxicomane éprouve la stimulation de l'héroïne. En tout état de cause, la naltrexone, du fait qu'elle n'élimine pas l'envie de consommer de l'héroïne, n'est pas devenue très populaire parmi les toxicomanes. La naltrexone fonctionne mieux pour les patients vraiment convaincus de vouloir abandonner la drogue.

Si actuellement, il n'existe pas de médicaments approuvés par l'Administration des Aliments et des Médicaments (FDA) pour traiter l'addiction à la cocaïne, au LSD, au PCP, à la marijuana, aux stimulants, aux solvants ou aux stéroïdes anabolisants, il en

existe pour traiter les effets sur la santé provoqués par ces drogues, tels que les convulsions ou les réactions psychotiques, ainsi que pour les overdoses d'opiacés.

Un des objectifs du National Institute on Drug Abuse (NIDA) est de développer un médicament utile pour le traitement de l'addiction à la cocaïne.

6. Conséquences de l'usage de drogues chez la femme

Des femmes de toutes ethnies et conditions socio-économiques subissent la forme très grave de toxicomanie.

Beaucoup de femmes qui font usage de drogues ont fait face au cours de leur vie à des défis à leur bien-être. Par exemple, les recherches montrent qu'environ 70% des femmes qui déclarent avoir utilisé des drogues, déclarent aussi avoir subi des agressions sexuelles avant l'âge de 16 ans; et le père ou la mère de plus de 80% présentaient une addiction à l'alcool ou aux drogues illicites.

Un nombre élevé de femmes qui font usage de drogues, ne cherchent pas le traitement parce qu'elles ont peur. Elles ont peur de ne pas pouvoir s'occuper de leurs enfants ou de ne pas pouvoir les entretenir; elles ont peur des représailles de leurs maris ou de leurs amants, et ont peur du châtiment des autorités.

Un pourcentage significatif de femmes informent que ce sont leurs partenaires qui les ont initiées à l'usage des drogues pour ensuite saboter leurs efforts pour abandonner les drogues.

6.1. Dangers associés à l'abus de drogues

Les dangers spécifiques pour la santé associés à l'abus de drogues chez la femme sont:

- Une mauvaise nutrition et un poids au-dessous de la moyenne.

- Amour propre faible

- Dépression
- Mauvais traitement physique
- Si elle est enceinte, un accouchement prématué
- De graves maladies ou des maladies infectieuses (par exemple, hypertension, rythme cardiaque rapide, MTS, SIDA)

6.2. L'abus de drogues et le SIDA

Aujourd'hui, le SIDA occupe la quatrième place en tant que cause de mortalité parmi les femmes en âge d'avoir des enfants aux Etats-Unis. Entre 1993 et 1994, le nombre des nouveaux cas de SIDA parmi les femmes a diminué à 17%. Mais, en tout état de cause, en janvier 1997, les Centres pour le Contrôle et la Prévention des Maladies avaient documenté presque 85.000 cas de SIDA parmi des femmes adultes et adolescentes aux Etats-Unis. Dont:

Presque 62% étaient liés au fait que la femme faisait usage de drogues IV ou avaient des rapports sexuels avec un UDI.

37% des cas étaient liés aux rapports hétérosexuels, et presque la moitié de ces femmes avaient contracté le SIDA par la suite de rapports sexuels avec un UDI.

6.3. Traitement chez la femme

Environ 4 millions de femmes nécessitent un traitement aux Etats-Unis. Malheureusement, comme nous l'avons déjà dit, il existe des raisons importantes à cause desquelles beaucoup de femmes ne recherchent pas cette aide. La recherche montre que les femmes profitent mieux des programmes de traitement qui offrent des services complets pour subvenir à leurs besoins, parmi lesquels figurent:

- Aliments, vêtements et logement
- Transport

- Assistance légale
- Alphabétisation et possibilités d'éducation
- Enseignement pour les mères
- Thérapie familiale
- Orientation psychologique pour les couples
- Soins médicaux
- Soins aux enfants
- Services sociaux
- Support social
- Evaluation psychologique et soins de santé mentale
- Instruction pour augmenter la confiance en soi.
- Services de planification familiale.

Les programmes traditionnels de traitement antidrogues conçus pour les hommes ne sont pas, probablement, appropriés pour la femme, du fait, peut-être, qu'ils n'offrent pas les services sus-mentionnés. Les recherches montrent aussi qu'il est très important chez la femme de pouvoir avoir une relation continue avec le fournisseur du traitement.

On sait que tout patient peut subir des rechutes, qui font aussi partie du processus de guérison.

Au cours de ces périodes, la femme a en particulier besoin du support de la communauté et de l'encouragement de tous ceux qui sont près d'elle. Une fois qu'elle a fini un programme antidrogues, la femme a aussi besoin des services qui l'aident à demeurer éloignée des drogues et à se réinsérer dans la communauté.

6.4. Etendue de l'usage

L'enquête domiciliaire nationale sur l'abus de drogues (NHSDA)⁴⁷ offre annuellement des estimations de prévalence de l'usage de drogues concernant plusieurs groupes démographiques aux Etats-Unis. Les données appartiennent à un échantillon national de membres de groupes familiaux âgés de 12 ans ou plus.

En 1996, 29.9% des femmes aux Etats-Unis (femmes de plus de 12 ans) avaient fait usage de drogues illicites au moins une fois au cours de leur vie: 33.3 millions sur 111.1 millions de femmes

Plus de 4.7 millions de femmes avaient fait usage de drogues illicites, au moins une fois au cours du mois précédent l'enquête (toxicomanes potentielles).

L'enquête a montré que 30.5 millions de femmes avaient consommé de la marijuana au moins une fois au cours de leur vie. Quelque 603.000 femmes avaient consommé de la cocaïne durant le mois précédent l'enquête; 240.000 avaient consommé de la cocaïne sous forme de crack. Environ 547.000 femmes avaient fait usage d'hallucinogènes (dont LSD et PCP) le mois précédent l'enquête.

En 1996, 56.000 femmes avaient fait usage de seringues pour s'injecter la drogue et 856.000 l'avaient fais au moins une fois au cours de leur vie.

En 1996, presque 1.2 millions de femmes de 12 ans ou plus avaient pris, des médicaments vendus sous ordonnance durant le mois précédent l'enquête (sédatifs, tranquillisants ou analgésiques) pour des objectifs non médicaux.

Durant le mois précédent l'enquête, plus de 26 millions de femmes avaient fumé des cigarettes, et plus de 48.5 millions avaient consommé de l'alcool.

⁴⁷ L'enquête domiciliaire nationale sur l'abus de drogues (NHSDA) est une enquête annuelle menée par l'Administration des Services d'Abus de Substances et de la Santé Mentale.

LA SITUATION EN AMÉRIQUE LATINE

- 1. Consommation, production et politiques de soins**
- 2. HIV/SIDA en Amérique**
- 3. Réduction des dommages**
- 4. La situation par pays**

CHAPITRE CINQUIEME

LA SITUATION EN AMERIQUE LATINE

1. Consommation, production et politiques de soins

L'Amérique Latine a traditionnellement été considérée comme l'une des régions de production et un lieu de passage des drogues vers tous les autres pays. Mais au cours des dernières années, elle a subi une transformation et, tout en demeurant une région de production, elle est devenue aussi une région de consommation.

Après les drogues légales (alcool, tabac et médicaments psychotropes) la marijuana est la substance illégale la plus consommée, suivie du chlorhydrate de cocaïne, la pâte base et une proportion encore peu significative d'opiacés. Mais leur consommation est en augmentation.

Parmi les formes de consommation, l'administration des substances psychoactives par voie parentérale est une habitude peu fréquente dans la zone nord de l'Amérique Latine, et plus répandue dans des pays tels que le Brésil, l'Argentine et le Sud du Chili, où le VIH/SIDA a un rapport important avec cette voie de consommation.

En Amérique Latine le problème des drogues a été envisagé pour l'essentiel sur la base des diagnostics établis en fonction des interprétations du gouvernement des USA. Tous les pays d'Amérique Latine, d'une manière plus ou moins nuancée, ont assumé et intériorisé un diagnostic similaire: tolérance zéro pour la consommation, manque de compréhension pour les consommateurs, et réseau de soins précaire.

La prévention et la réhabilitation des personnes toxicomanes, ont été encadrées sous le modèle d'une prévention visant à expliquer l'effet des drogues et à apprendre à dire non, ainsi que par les traitements dans des Communautés Thérapeutiques avec des seuils d'exigences très élevés.

En matière de consommation, la mise en œuvre de différentes actions, suivant en général la politique des USA, a été reproduite mécaniquement dans la plupart des pays d'Amérique Latine sans aucun bilan ni évaluation objective des résultats réels.

"Nous avons agi d'une manière permanente, mais presque toujours à l'aveuglette (...) Plusieurs initiatives de plus en plus répressives contre les consommateurs, suivant le discours proposé par les USA sur le phénomène des drogues, ont été mises en places avec peu de succès." (Castaño, G.A. 1999)⁴⁸

En réalité, au cours des 30 dernières années on a vu et vécu en Amérique Latine "toujours la même chose" sans résultats très positifs jusqu'à présent. Malgré les campagnes de prévention mises en œuvre, tous ces pays, qui n'étaient que des pays producteurs sont devenus, comme on l'a déjà dit, des pays consommateurs. C'est-à-dire, la drogue continue d'être une affaire très rentable.

En outre, la production et le trafic de drogues ont augmenté dans ce continent. "Cependant, il faut souligner que, sous l'administration Clinton, a eu lieu une modification importante de la politique sans changer le paradigme; une modification nécessaire des actions est envisagée explicitement, dans le sens de relativiser la séparation entre pays producteurs/consommateurs, une modification où la Colombie a joué un rôle protagoniste."(Castaño, 1999).

1.1. La Consommation de drogues en Amérique Latine

Il est très difficile et peu précis de fournir des données statistiques générales sur la consommation de drogues en Amérique Latine, du fait que les pays qui mènent des études épidémiologiques systématiques ne sont pas nombreux. Mais on peut considérer d'une manière générale que le problème le plus important en Amérique, de même que partout dans le monde, est celui du groupe des drogues légales: l'alcool, le tabac et les médicaments psychotropes.

⁴⁸ CASTAÑO Pérez, G.A."Drogas en América Latina y los programas de reducción del daño" (*drogues et programmes de réduction des méfaits en Amérique Latine*) Rev. Adicciones. Vol.11, n°.4, pp.387/393.

En ce qui concerne les drogues illégales, on peut affirmer que les principales drogues d'abus en Amérique Latine, suivant l'offre de fréquence sont: la marijuana, le chlorhydrate de cocaïne, la pâte base de cocaïne, les drogues de synthèse et l'héroïne.

Selon l'avis d'Augusto Pérez Gómez⁴⁹, le leader visible de la lutte contre les drogues en Colombie, on pourrait trouver du point de vue de la consommation en premier lieu la Colombie, le Pérou, quelques zones du Brésil (surtout les grandes villes telles que Sao Paulo et Rio de Janeiro), et le Panama. Dans le deuxième groupe se trouveraient le Venezuela, l'Equateur et quelques pays d'Amérique Centrale. Dans le troisième groupe, le Mexique, le Salvador et la Bolivie. Et dans le quatrième et dernier groupe, se trouveraient les pays du sud: l'Uruguay, le Paraguay, l'Argentine et le Chili, avec une consommation plus faible.

Bien que, comme nous l'avons déjà dit, les données sur lesquelles nous travaillons proviennent de sources qui ont utilisé une méthodologie peu fiable, nous exposerons une situation générale de la consommation en Amérique Latine et, ensuite, la situation précise de plusieurs pays de la zone sud et de l'Amérique Centrale.

En **Colombie**, la dernière des études menées par la Direction Nationale des Stupéfiants⁵⁰, l'organisme gouvernemental qui s'occupe des politiques sur les drogues dans le pays, a informé d'une consommation globale pour les substances psychoactives illégales (marijuana, cocaïne, "bazuco" et opiacés) de 6.5% de la population de Colombie, c'est-à-dire environ 1.674.510 personnes, dont 1.299.224 hommes, la plupart âgés de 18 à 44 ans.

Selon cette étude, la consommation d'opiacés en Colombie, avait des valeurs très faibles, seules 12.566 personnes en avaient consommé une fois au cours de leur vie. Cependant, après cette étude, et par la suite d'une plus grande disponibilité de l'héroïne dans la rue, on trouve de plus en plus de jeunes polyconsommateurs qui consomment de l'héroïne. A cet égard, plusieurs rapports soulignent une

⁴⁹ PEREZ Gómez, A. "Consumo de Cocaína en América Latina" (*usage de cocaïne en Amérique Latine*) dans: Symposium International Coca et Cocaïne. Santafé de Bogotá. Octobre 1995.

⁵⁰ "II Estudio de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia" (*étude de consommation de substances psychoactives en Colombie*) Fondation Santafé de Bogotá. Direction Nationale des Stupéfiants. 1996.

augmentation alarmante d'UDI d'héroïne, tant en Amérique du Nord, qu'en Amérique Latine.

Au **Pérou**, des données fournies par CEDRO (cité par Pérez Gómez, A., 1995), une organisation non gouvernementale dont la présence est très notable dans les actions de prévention de ces pays, montrent les chiffres de consommation suivants pour l'année 1992: marijuana 8,4%, pâte base 4,4% et chlorhydrate de cocaïne 2,7%. Il n'existe pas de données sur la consommation d'héroïne ou d'opiacés (ce qui est normal à cette date-là); il existe aussi une consommation considérable d'hallucinogènes, 2,5%.

En ce qui concerne les prévalences de consommation en **Equateur**, l'information publiée date de 1999⁵¹ et donne les pourcentages suivants: marijuana 4,1%; base de coca 1,0%; solvants 0,9%; chlorhydrate de cocaïne 0,9%, injectables. Ces résultats proviennent de la "Deuxième Enquête Nationale sur la Consommation de Drogues CON-SEVIP-NAS" (1995).

Le Département de la Recherche sur les Narcotiques du **Brésil** (DENARC)⁵² informe d'une augmentation importante des cas de personnes soignées à cause de problèmes avec les drogues entre 1991 et 1996. En 1991 le nombre de personnes prises en charge à cause de la consommation de drogues par la Division de Prévention et d'Education de la DENARC a été de 740 personnes. En 1996 ce chiffre a augmenté à 10.804 personnes, c'est-à-dire, une augmentation de 1.465%. 915 de ces personnes dépendaient d'une substance psychoactive; dont 97 étaient des femmes, 10,6%, et les autres 818 (84,9%) des hommes. La drogue de choix des hommes est le crack et le chlorhydrate de cocaïne (47% sont dépendants du crack et 14,9% dépendants du chlorhydrate de cocaïne); 27% étaient polytoxicomanes et 7,4% consommateurs de marijuana.

⁵¹ Document Projet: "Fortalecimiento de las Estrategias de Reducción de la Demanda en Colombia, Ecuador y Venezuela" (*renforcement des stratégies de réduction de la demande en Colombie, Equateur et Vénézuéla*). CEV. 1999.

⁵² "Relatorio Anual" Departament de Recherches sur les Narcotiques (DENARC) Sao Paulo.1996.

Les femmes consommaient du crack 36,1%, du chlorhydrate de cocaïne 17,5%, de la marijuana 18,6%, et 22,7% étaient polyconsommatrices.

Au **Venezuela**, plusieurs études épidémiologiques nous informent de la consommation dans ce pays. Une première étude sur la consommation de drogues par les étudiants a été menée par la Fondation Venezuela Libre de Drogues⁵³, avec des étudiants de septième d'enseignement primaire jusqu'à des étudiants de troisième d'enseignement supérieur, âgés de 11 à 25 ans, vivant dans huit villes principales de la région métropolitaine de Caracas, sur un échantillon de 1730 étudiants.

Selon cette étude, la prévalence de la consommation de substances illégales telles que la marijuana, le chlorhydrate de cocaïne et la pâte base, est de moins de 5%. Parmi les personnes interrogées qui ont déclaré être des consommateurs actifs, la substance la plus consommée était la marijuana, tant pour les hommes que pour les femmes, suivie du chlorhydrate de cocaïne et de la pâte base.

Une autre étude épidémiologique sur la consommation de substances psychoactives d'une Université du Venezuela⁵⁴, sur un échantillon de 2014 personnes formé par des étudiants, des professeurs, des employés et des ouvriers affectés à l'Université, a montré des prévalences pour le chlorhydrate de cocaïne de 2,0%; solvants 1,4%; pâte base 1,0%; hallucinogènes 0,8; héroïne et opiacés 0,3%.

Selon cette même étude, les résultats de prévalence de la consommation indiquaient que sur cent personnes, 7 consommaient des amphétamines, 3 du chlorhydrate, 2 de la marijuana et une de la pâte base, des solvants volatils et des hallucinogènes.

Au **Chili**, la Troisième Etude Nationale de Consommation de Drogues,⁵⁵ souligne que 17% de la population générale (12-64 ans), ont consommé une fois au cours de

⁵³ "Estudio sobre consumo de drogas en Estudiantes" (*étude sur l'usage de drogues chez les étudiants*) Fundación Venezuela Libre de Drogues. dans: "Grupo Interinstitucional para la Investigación del Consumo de Drogas en Venezuela. Algunas investigaciones 1985-1995. Caracas. Empresa el Cojo. 1995.

⁵⁴ Salazar, M. Et al. "Diagnóstico Epidemiológico de Consumo de Sustancias Psicoactivas en una Universidad Venezolana" (*Diagnostic épidémiologique de consommation de SPA dans une université du Vénézuela*) CEPRODUC, Université de Carabobo, 1994.

⁵⁵ Troisième Etude Nationale sur la Consommation de Drogues au Chili" Sécretariat Exécutif du CONACE, 1999

la vie au moins une des trois drogues illicites les plus consommées dans ce pays: marijuana (16,77%), chlorhydrate de cocaïne (4,02%) et pâte base (2,27%).

La consommation au cours de la dernière année de n'importe laquelle de ces trois drogues, est de 5,3%, avec une forte influence de la consommation de marijuana, laquelle selon toutes les études sur la population générale et spécifique, est de loin la drogue la plus consommée au Chili.

Les personnes ayant consommé au moins une des trois drogues illicites mentionnées, au cours du mois précédent l'enquête, représentaient 2,23% de la population générale.

Selon les données disponibles⁵⁶, la **Bolivie**, semble avoir une des consommations les plus faibles d'Amérique Latine, bien qu'elle mentionne une consommation importante de solvants volatils.

L'**Argentine** et l'**Uruguay** seront analysés plus loin. En ce qui concerne d'autres pays, tels que le **Paraguay**, nous n'avons pas pu accéder à des études systématiques, mais nous croyons que les donnés disponibles nous permettent d'offrir une vision semblable à la situation générale en Amérique Latine.

1.2. Les politiques d'aide

En Amérique Latine la question prédominante est celle des aspects liés à la production et au trafic, dont la réponse privilégie toujours la répression (cette question sera ci-après analysée en profondeur).

En ce qui concerne l'offre d'aide et de soins, le modèle prédominant est fondé sur l'abstinence, avec les "Programmes Libres de Drogues" (CT) en tant que seule offre réelle de services.

Avec beaucoup de difficultés socio-politiques, les programmes de Réduction des Dommages on commencé vers la fin des années 80, suivant en cela les directives de

⁵⁶ ROTH, E.; Jung, JE "Panorama Actual de la Prevención del Consumo de Drogas en Bolivia" (*panorama actuel de la prévention de l'usage de drogues en Colombie*) La Paz. CIEC/Development. Associates. 1995.

l’Organisation Mondiale de la Santé pour la minimisation des risques, et associés surtout à la prévention du VIH/SIDA pour les UDI.

L’usage par voie intraveineuse n’est pas très important en Amérique Latine. Une consommation plus fréquente a été détectée dans les pays de la région Sud, surtout au Brésil, en Argentine et au sud du Chili, où il existe des consommations préoccupantes de chlorhydrate de cocaïne.

2. HIV/SIDA en Amérique

Les épidémies de l’infection par le VIH/SIDA sont toujours un problème grave de santé publique dans toute l’Amérique. L’Organisation Panaméricaine de la Santé (OPS), estime que 1,6 millions de personnes vivent sont porteurs du VIH en Amérique Latine et aux Caraïbes, et presque un million en Amérique du Nord.⁵⁷

En 1998, les taux de prévalence chez les adultes, étaient estimés à 0,57% en Amérique Latine et 1,96% dans les Caraïbes, ce dernier taux dépassé seulement par l’Afrique Sub-saharienne, la région la plus touchée du monde.

En ce qui concerne le nombre de personnes malades, selon la revue de Surveillance du SIDA en Amérique⁵⁸, le Brésil compte 550.000 cas, le Mexique 200.000 et l’Argentine 14.974.

L’épidémie de SIDA s’est propagée différemment dans chaque pays, selon la voie de transmission. En **Argentine** entre 1987 et 1997, les cas qui avaient comme facteur de risque la drogue par voie intraveineuse, se sont multipliés par 64⁵⁹.

Au **Chili**, il y a eu au cours des dernières années une augmentation lente mais progressive, tant des cas de SIDA que de ceux de VIH. Entre 1985 et 1990 la

⁵⁷ “Sida e infecciones de Transmisión Sexual en las Américas” (*Sida et MTS en Amérique*) Rev. Panamericana de Salud Pública. Vol.6, n°3. Sep. 1999.

⁵⁸ CALENTANO, A. Et al. “Mujer, Prostitución y VIH/SIDA” (*Femmes, prostitution et VIH/SIDA*) Faculté de CC Politiques. U. De Rosario, 1999.

toxicomanie intraveineuse était responsable de 36% des cas de contamination par voie sanguine, tandis qu'entre 1991 et 1997 ce chiffre était de 83%⁶⁰.

La **Colombie** indique un nombre très faible de personnes contaminées à cause de l'usage intraveineux de substances psychoactives, 15 cas sont avérés.⁶¹ En général, l'usage des drogues par voie intraveineuse dans les pays de la partie nord de l'Amérique Latine, est encore très faible, à l'exception du **Panama, Porto Rico** et du **Mexique** qui ont adopté ce modèle de consommation ce qui a facilité l'expansion de l'épidémie du VIH/SIDA.

Dans des pays tels que l'Equateur, le Pérou et la Colombie, la détérioration sociale la plus considérable est provoquée par la pâte base. L'addiction très grave, l'exclusion sociale élevée et l'auto-exclusion provoquées par cette substance, ainsi qu'une incidence élevée de maladies transmises sexuellement et de tuberculose pulmonaire, suggèrent à plusieurs experts la possibilité de développer des stratégies de Réduction des Dommages, dans des contextes différents de la consommation d'héroïne et de la transmission du VIH/SIDA par voie parentérale.

3. Réduction des Dommages

Le développement de la Réduction des Dommages en Amérique Latine, malgré une expansion importante, est limité à cause des graves problèmes sociaux ainsi que de distribution des revenus et de la richesse qui existe dans la région.

Malgré cette situation, les efforts de prévention et de mise en œuvre de stratégies de Réduction des Dommages en Amérique Latine sont en augmentation. Les premières expériences de Réduction des Dommages ont été développées au **Brésil**, à Santos en 1989. En 1993, l'Institut des Etudes et de Recherche sur le SIDA de Santos (IEPAS)

⁵⁹ "Perfil Epidemiológico en la R. Argentina. 1988-1998" (*profil épidémiologique en Argentine*) Revue sur SIDA. M. de la Santé et A. Sociales. Buenos Aires, 1998.

⁶⁰ "Boletín epidemiológico trimestral" CONASIDA M. de la Santé du Chili. Sep. 1997.

⁶¹ "Programa VIH/SIDA" Ministère de la Santé. Colombie, juin 1998.

a entrepris le premier programme de distribution d'hypochlorite de sodium et le premier travail de rue dans le pays.

Aujourd’hui, il existe 14 programmes de réduction des dommages au Brésil, concentrés dans 7 états, offrant l’échange de seringues et d’autres services. En mars 1998, l’état de San Pablo, a promulgué la première loi en Amérique Latine qui autorise les programmes d’échange de seringues en tant que mesure de prévention du VIH/SIDA. L’Association Brésilienne de Réduction des Dommages (ABORDA) a été fondée en 1997, et le Réseau Brésilien de Réduction des Dommages en octobre 1998.

En 1995, le premier programme d’échange de seringues a commencé au **Salvador**, dans l’état de Bahia.

En **Argentine**, en 1993 a commencé un programme de prévention du SIDA chez des usagers de drogues, mis en place par l’équipe qui avait fondé l’Association Echange en 1995. Depuis 1998, cette ONG conduit un programme soutenu par les pharmacies, basé sur des interventions de réduction des dommages pour les usagers des drogues de Buenos Aires, avec le support du Ministère de la Santé et du **ONUSIDA**. Des programmes de réductions des dommages sont établis également dans la ville de Rosario.

L’**ONUSIDA** a apporté son support à trois projets de recherche qui envisagent la réduction des dommages, établis en Argentine, au Paraguay et en Uruguay⁶²; et le projet régional “Prévention de l’infection par le VIH chez des usagers de drogues injectables dans la région Sud” est actuellement mis en œuvre.

Le Réseau **Bolivien** de Réduction des Dommages, soutenu par le “Musée de la Coca” à la Paz, a été créé en août 1998.,

⁶² “Investigación sobre la Prevención del SIDA en Usuarios de Drogas” (*recherche sur la prévention du sida chez les usagers de drogues*) Groupe Thématique ONUSIDA Argentine; “Reducción del Riesgo de Transmisión del VIH en Poblaciones Vulnerables” (*réduction du risque de transmission du VIH dans les populations à risque*) Groupe Thématique ONUSIDA Paraguay; “Relación SIDA y Drogas: Diagnóstico y propuestas” (*relation sida et drogues: diagnostic et propositions*) Groupe Thématique ONUSIDA Uruguay.

La Résolution de la Ville de Medellin, un document signé en 1996 en **Colombie**, après le Premier Sommet International “Les grandes Villes et les Plans sur les Drogues”, a mentionné pour la première fois la Réduction des Dommages.

En juin 1998, une Résolution du Ministère de la Santé Colombien déterminant la Politique Nationale de la Santé Mentale (Résolution 2358 de Juin 1998) inclut des propositions depuis la Santé jusqu'à la Réduction du Risque. Dans ce même pays, la Fondation Fermes Communautaires Santa Teresa de la ville de Medellin, développe dès 1988 des actions de réduction des dommages parmi les usagers de drogues qui vivent dans la rue.

Au Mexique, l'ONG “Camarades” fait son travail dans la rue et distribue des matériels éducatifs et préventifs.

En janvier 1998, des représentants d'organismes gouvernementaux et non gouvernementaux d'Argentine, Brésil, Colombie, Chili, Paraguay et Uruguay, se sont réunis dans la ville de San Pablo et ont décidé de créer le Réseau Latino-américain pour la Réduction des Dommages (RELARD).

L'objectif du RELARD est de promouvoir des actions de Réduction des Dommages associés à l'usage de drogues, en privilégiant la prévention de la transmission du VIH/SIDA, dans une proposition centrée sur les cadres de Santé Publique, des Droits Humains et des Citoyens, en Amérique Latine.

Depuis sa création, le RELARD a favorisé les liaisons entre recherche et intervention et a encouragé la coopération régionale et inter-régionale. Il a fourni des informations utiles pour les chercheurs et les intervenants par le biais de sa revue, publiée en trois langues (espagnol, portugais et anglais).⁶³

En mars 1998, a eu lieu à San Pablo (Brésil), la 9^{ème} Conférence Internationale sur la Réduction des Dommages, la première en Amérique Latine. Cet événement très important a fait progresser de manière significative les débats sur ce thème dans la région.

4. La situation par pays

4.1. Argentine

Nous prendrons comme référence la Province de Buenos Aires (15.000.000 d'habitants, 45% de la population de l'Argentine)⁶⁴

La Province présente une situation de risques élevée à cause de:

- La situation de l'Argentine entourée de pays producteurs de drogues (la Bolivie, le Paraguay, le Brésil), avec des relations étroites avec d'autres pays producteurs (le Pérou, la Colombie, l'Equateur et le Mexique); tout cela devient plus grave encore à cause d'une frontière terrestre de plus de 3.000 Km et un énorme littoral fluvial qui communique avec la plupart des pays producteurs, ainsi qu'un littoral maritime comportant des zones d'eaux profondes qui en font un pays de trafic en plus d'un pays de consommation.
- La constitution géographique très particulière de la Province concentre près de 9.000.000 de personnes dans une très petite zone, appelée "conurbano" composée de 25 municipalités parmi les 134 que compte la Province de Buenos Aires.

4.1.1. Consommation

Selon une étude réalisée sur une population de 10.000.000 de personnes de plus de 14 ans, les résultats ont été:

- **Marijuana**

Contact: 1997 (9,9%) 1999 (12,36%) En augmentation

Consommation: 1997 (1,40%) 1999 (2,37%) En augmentation

- **Solvants**

⁶³ Sa page Web (www.irha.net/relard)

Contact: 1997 (2,20%) 1999 (3,03%) En augmentation

Consommation: 1997 (0,40%) 1999 (0,63%) En augmentation

- **Tranquillisants**

Contact: 1997 (9,80%) 1999 (5,67%) En diminution

Consommation: 1997 (1,70%) 1999 (1,20%) En diminution

- **Cocaïne**

Contact: 1997 (4,30%) 1999 (4,90%) En augmentation

Consommation: 1997 (0,70%) 1999 (1,19%) En augmentation

- **Hallucinogènes**

Contact: 1997 (1,60%) 1999 (1,45%) En diminution

Consommation: 1997 (0,20%) 1999 (0,28%) En diminution

- **Héroïne**

Contact: 1997 (0,40%) 1999 (0,52%) En augmentation

Consommation: 1997 (0,10%) 1999 (0,12%) En augmentation

- **Ecstasy**

Contact: 1997 (0,60%) 1999 (0,60%) Stable

Consommation: 1997 (0,10%) 1999 (0,10%) Stable

4.1.2. Usage de cocaïne par voie intraveineuse en Argentine

L'évolution de l'usage, jusqu'à la voie intraveineuse, passe par des niveaux d'initiation ou spirale de consommation. En Argentine, comme dans la plupart des

⁶⁴ "Entrevue avec Juan Alberto Yaría" Rev. "Intercambio" FAD. N°4. Juin 1999.

régions du monde, on commence, sur dans un premier temps à utiliser l'alcool comme substance psychoactive. La transformation, par l'alcool, de l'état d'esprit et du comportement, est présentée comme un modèle d'adaptation sociale destiné à réduire ou à supprimer l'expression sociale des conflits.

“Cette situation, qui émane de l'individu et du milieu culturel, a trouvé des renforts provenant du marché des boissons alcooliques lui-même, où les références au groupe des mineurs en tant que segment économique défini dans le marché de la bière sont explicitées par les agences de publicité des producteurs et des distributeurs” (Hugo A. Míguez, 1998)⁶⁵

Ces données sont significatives si l'on considère que l'on n'a pas trouvé, en ce qui concerne l'abus de drogues par voie intraveineuse, de références de cas d'utilisation de drogues injectables, sans passage préalable par l'usage excessif d'alcool.

Dans un **deuxième temps**, on trouve des traces d'initiation par des médicaments psychotropes mélangés à de l'alcool, l'usage de colles et les premières substances illégales, telles que la marijuana et la cocaïne.

Selon un habitant de la Province de Santa: “*Les garçons commencent à 9 ans avec le petit sac et continuent à 14 ans avec la marijuana et la cocaïne. Ils la consomment avec la bière ou le “tetra” (vin). On peut les voir le matin, le soir, à tout moment. C'est comme si le quartier s'était refermé sur lui-même et ne les voit plus. Avant c'était un petit groupe et tout le monde protestait, maintenant il y a beaucoup de pibes (garçons) et personne ne dit rien. Le quartier ne réagit plus*”⁶⁶

Ace niveau, presque la totalité des UDI interrogés,⁶⁷ ont adopté la cocaïne reniflée comme la drogue autour de laquelle tournent toutes les autres. Cette consommation est en rapport avec un marché illégal important qui, dans quelques zones de pauvreté,

⁶⁵ MIGUEZ, H.A. “Uso intravenoso de la cocaína en Argentina” (*usage de cocaïne par voie intraveineuse en Argentine*) Acta Psiquiat Psicol Am lat. 44 (1) 41-49.1998

⁶⁶ Ibidem

⁶⁷ “Patrones socioculturales del abuso de drogas intravenosas” (*modèles socioculturels d'abus de drogues par voie intraveineuse*) Une recherche réalisée par la Fondation Projet de Vie avec l'aide du Projet de Prévention du Programme de VIH/SIDA de la Communauté Européenne et l'Agence de Coopération Technique Allemande Deutsche Gesellschaft für technische Zusammenarbeit GTZ GmbH.

constitue l'une des rares possibilités de revenus, ce qui est à l'origine d'un réseau important d'usagers et de revendeurs locaux.

Dans un **troisième temps**, toutes les personnes interrogées jugent l'usage par voie intraveineuse comme un changement définitif et sans retour aux stades préalables. Ils expliquent cette initiation comme une recherche de sensations plus intenses et comme un saut vers ce qui est visualisé comme "les groupes les plus durs" en matière de drogues. Après avoir éprouvé la première sensation de "flash", la recherche du jeune se limite exclusivement à la compulsion irrésistible de l'éprouver de nouveau.

*"...Le flash est une explosion dans la tête, une décharge électrique plus forte que moi. Parfois j'ai pensé que c'était comme un orgasme. C'était comme me masturber, quelque chose qui me donnait du plaisir, moi avec moi, avec mes bras, avec mes veines, c'était du plaisir..."*⁶⁸

En effet la sexualité disparaît et le couple, si le partenaire existe, devient une association pour s'aider l'un l'autre, pour s'injecter ou pour contrôler les situations de risques.

Dans la plupart des cas, l'alcool permet de faciliter l'initiation, pour surmonter la peur de s'injecter, c'est aussi la substance qui permet de contrôler les effets stimulants de la cocaïne.

L'usage de plusieurs substances est souvent vu, de façon erronée, comme une polytoxicomanie, mais en réalité il y a toujours une substance de choix (la cocaïne dans le cas présent) les autres ne font que pallier le malaise provoqué par l'abstinence, ou augmenter ses effets.

4.1.3. VIH/SIDA

Bien que les risques d'infection par le VIH commencent dès les premiers temps, comme dans le cas des situations d'abus d'alcool ou d'échange sexuel, c'est à ce

⁶⁸ Ibidem.

niveau qu'apparaît la problématique de la contamination par l'échange du matériel d'injection. Ceci est dû non seulement aux situations de manque de contrôle pendant l'injection mais aussi aux difficultés pour obtenir des aiguilles et des seringues.

“...C'est un problème de pouvoir avoir une seringue, parce que les pharmacies ne veulent pas te la vendre. C'est pour ça qu'on est allé là-bas (l'endroit où les garçons plus âgés s'injectaient) et on en a trouvé énormément. On l'a nettoyée et je crois que c'est là où je l'ai attrapé.”⁶⁹

Les ruelles tortueuses de la pauvreté urbaine, peuplées de quantité d'enfants et de jeunes poussés dans la rue par l'entassement, avec des taux de chômage et de violence très élevés, sont souvent utilisées comme un refuge pour l'usage intraveineux du fait qu'elles restent en dehors de la surveillance de la police qui se limite à des contrôles massifs et connus à l'avance.

Un réseau complexe protège les groupes qui participent à la vente et à la consommation dans l'économie illégale, depuis ceux qui recrutent des personnes pour les actes publics jusqu'aux groupes sportifs qui le font pour négocier dans les stades et dans la rue.

4.2. Chili⁷⁰

Au Chili les chiffres liés à la consommation ont provoqué une grande préoccupation, plus que les autres aspects du problème. Cela est à l'origine d'une controverse apparue après que l'on ait su, par le biais des études réalisées par des organismes d'Etat, qu'environ 800.000 Chiliens avaient quelquefois consommé des substances psychoactives (marijuana, chlorhydrate de cocaïne et pâte base), et qu'environ 50.000 étaient dépendants.

⁶⁹ Ibidem.

⁷⁰ HOPENHAYN, M. “Grieta de las drogas: Factores de contexto en el consumo (...)” (*drogues: facteurs contextuels de la consommation*) Nations Unies. Commission Economique pour l'Amérique Latine et les Caraïbes (CEPAL). Ed. Nations Unies, New York, 1997.

Cependant, selon Oviedo⁷¹, la consommation de drogues est toujours tabou dans la société chilienne, c'est-à-dire, un sujet dont on parle avec crainte, qui gêne et qui provoque répression soit complaisance.

4.2.1. La production en tant que problème rural, et la distribution en tant que problème urbain.

La drogue est produite dans des zones rurales (on peut parler d'un fort impact écologique), mais les conflits sociaux et la violence criminelle, issue de la distribution et de la consommation, se situent en milieu urbain. C'est précisément dans les villes où le problème de la drogue devient le plus grave. Cela ne peut pas nous étonner du fait qu'en Amérique Latine, en 1950, 41% de la population habitait les villes, et qu'en 1990 ce taux était de 72%. Pour l'année 2000 on attend un taux de 77%. Il s'agit du niveau d'urbanisation le plus élevé du monde.

Au Chili, les effets de la drogue dans la ville apparaissent sur tout le territoire. Les quantités distribuées sont importantes dans les villes proches des frontières du Pérou et de la Bolivie (Arica, Iquique), mais cet impact est aussi important dans les villes les plus grandes (Santiago) et dans les villes touristiques (La Serena et Temuco)

4.2.2. Consommation

Nous utilisons les données obtenues par la Deuxième et la Troisième Etude Nationale sur la Consommation de Drogues au Chili, réalisées en 1995 et 1998-99 par le Secrétariat Exécutif du Conseil national des Stupéfiants (CONACE) dépendant du Ministère de l'Intérieur.

L'usage de drogues s'est répandu dans toutes les couches de la société. Mais si la pâte base est consommée par les classes les plus pauvres, les classes privilégiées consomment de la cocaïne en poudre (chorhydrate).

⁷¹ OVIEDO, Enrique "Grieta de las drogas: Alteración de la sociabilidad por efecto (...)" Nations Unies Unidas, New York, 1997

Des personnes de professions différentes, jeunes et âgées sont touchées par la drogue. Dans plusieurs groupes sociaux, la consommation de drogues constitue une conduite socialement acceptée.

Les usagers commencent la consommation de plus en plus jeunes, et il existe même des cas de mineurs du niveau primaire, qui sont déjà des consommateurs de pâte base et de cocaïne.

Il y a augmentation des bandes organisées liées à la drogue, à cause de sa considérable rentabilité. La drogue est devenue une solution économique pour beaucoup de familles et un signe de prospérité, mais paradoxalement elle a aussi apporté la destruction ou la perte de la famille, surtout en ce qui concerne les membres les plus jeunes. Voici le témoignage d'un traîquant:

“j’ai passé plus de 20 ans en prison, en accomplissant plusieurs peines, alors on s’emmerde, on est fatigué, on commence à devenir vieux, on n’a plus de forces, et on n’a plus la même envie ni le même cœur pour faire autant de bêtises” Pour cet homme le trafic est une alternative plus tranquille, une alternative... il parle de sa tranquillité, de la famille; Il est intéressant de voir les expectatives qui sont les siennes: “Je crois que ma plus grande contribution a été ma famille, ma femme surtout; lorsque nous avons des problèmes, les “cabros” le comprennent aussi et ils essayent de nous aider. Je veux qu’ils étudient, qu’ils obtiennent un diplôme, qu’ils ne doivent pas supporter ce que j’ai supporté, mais il me semble que la vie est toujours la même; parce que mes enfants sont fichus, l’aîné a déjà été en prison, il est perdu avec la pâte base, je crois que c’est mon châtiment parce que je vends, je sais le dommage que je fais aux autres et tous les jours je demande à Dieu qu’il me pardonne, tous les dimanches nous allons à l’église à apporter des bougies et nous demandons pardon au Seigneur, pour qu’il nous comprenne, c’est lui qui va nous juger à la fin, mais j’ai confiance que cela ne peut pas être si mauvais, après tout on n’a rien choisi”⁷²

⁷² Texte d’une entrevue d’une étude inédite sur la drogue, intervention d’un assistant au séminaire de Post-Degré de SUR, Centre d’Etudes Sociales et de l’Education, Santiago, 19949.

L'étude de 1995 montre que 13,4% de la population chilienne habitant dans des villes de 50.000 habitants ou plus ont consommé des drogues illégales plusieurs fois au cours de leur vie⁷³, et que 4,5% l'ont fait au cours de la dernière année, toutes drogues confondues (marijuana, pâte base et chlorhydrate de cocaïne). Dans ces pourcentages totaux de consommation est incluse l'incidence de consommation de marijuana (2,2%), de pâte base (0,5%) et de chlorhydrate de cocaïne (0,6%), qui représentent 135.000, 33.200 et 36.000 nouveaux cas de consommation la dernière année. Sont incluses aussi 44.600 personnes qui ont développé la dépendance à la marijuana, 9.900 toxicomanes à la pâte base et 7.500 au chlorhydrate de cocaïne, selon les critères internationaux pour le diagnostic des maladies.

L'enquête montre qu'il y a une prévalence de vie de 0,7%, de 0,18% pour l'année dernière et de 0,006% pour le dernier mois de consommation de solvants volatils, une prévalence de consommation d'alcool, au cours du dernier mois de 40% (et de 24% de "buveurs problématiques").

La consommation de tranquillisants au cours de la dernière année a été de 6,2% et de 2,88% pour le dernier mois. Plus élevée que la consommation d'amphétamine dont la prévalence de vie est de 4,7%, avec une incidence de 0,23% le mois précédent.

La consommation de drogues au Chili est plus importante chez les hommes (trois fois plus élevée et pour n'importe laquelle des trois drogues illégales consommées dans le pays), de 19 à 34 ans (dont 43% ont consommé de la marijuana, de la pâte base ou du chlorhydrate de cocaïne plusieurs fois au cours de la vie), et appartenant au niveau socio-économique élevé (pour ces mêmes drogues illégales consommées comme prévalence de vie). Les consommations qui ont eu lieu durant la dernière année, apparaissent associées plutôt aux célibataires et aux veufs; à ceux qui ont fait des études supérieures; à ceux qui ont été hospitalisés à cause de problèmes émotionnels et qui ont suivi des traitements à la suite de ces problèmes; à ceux qui ont été arrêtés par les services policiers; à ceux qui ont une famille petite (jusqu'à

⁷³ Echantillon réalisé par le Secrétariat Exécutif du Conseil National pour le Contrôle des Stupéfiants (CONACE) en 1995. Echantillon formé par 8.271 entre 12 et 64 ans, représentant 6.186.528 (80%) Chiliens, hommes et femmes, vivant dans des zones urbaines.

deux personnes); à ceux qui ont une famille de qualité "moyenne" (selon la qualification APGAR familiale); à ceux qui connaissent peu ou beaucoup de personnes où qui étudient ou travaillent avec des consommateurs de drogues; et à ceux dont des membres de leur famille consomment.

L'Etude de 1998-99 montre que les prévalences de consommation ont augmenté d'une manière très importante en ce qui concerne les trois drogues essentielles, surtout pour la consommation de marijuana.

En ce qui concerne la population en général, le pourcentage des chiliens qui avait consommé une des trois drogues illicites les plus utilisées dans le pays, est passé de 13,4% en 1995 à 17% en 1998-99; la consommation de marijuana augmente jusqu'à 16,77%; celle de pâte jusqu'à 2,27% et celle de chlorhydrate de cocaïne jusqu'à 4,02%.

La consommation au cours de la dernière année de n'importe laquelle de ces trois drogues a été de 5,3%, très influencée par la consommation de marijuana, laquelle selon toutes les études sur la population, générale ou spécifique, est de loin la drogue illicite la plus consommé au Chili.

Le pourcentage des personnes ayant consommé au moins une des trois drogues illicites étudiées au cours du mois précédent l'enquête, a été de 2,23%; c'est-à-dire, 2 Chiliens sur cent.

4.2.2.1. Groupes spécifiques

Les personnes interrogées ont montré un degré très élevé de conscience sur les conséquences négatives de la consommation de drogues; ils considèrent le consommateur de drogues comme une personne malade, irresponsable, déréglée, violente, indifférente ou rebelle et délinquante; ils déclarent qu'obtenir des drogues est relativement; que les résultats des campagnes de prévention sont bons ou très bons; et que l'action policière contre le trafic de drogues est bonne ou très bonne.

Chez ceux qui en font fait usage au cours de la dernière année, la consommation des trois drogues illégales est plus élevée parmi ceux qui ne travaillent pas ou ne font pas d'études (mais qui appartiennent à la classe aisée); ceux qui ont un emploi à mi-temps, irrégulier ou qui étudient (et parmi ceux qui ont fait des études supérieures); dans les zones géographiques de Norte Chico et Métropolitaine et dans les villes de plus de 500.000 habitants, parmi ceux qui ont commencé à avoir des relations avant 12 ans, ceux qui ont eu un plus grand nombre de partenaires au cours de la dernière année et ceux qui déclarent que la moitié ou plus de leurs amis consomment des drogues.

L'usage de solvants volatils au cours du mois précédent est plus élevé chez les femmes de moins de 12 ans et les hommes entre 12 et 18 ans.

La consommation de tranquillisants est plus élevée dans les classes socio-économiques aisées et moyennes à aisées.

L'âge de début de la consommation de pâte base est le plus élevé, entre 19 et 25 ans pour les femmes et les hommes. Pour la cocaïne: entre 19 et 25 ans chez les hommes et 12 et 18 ans chez les femmes; pour la marijuana entre 12 et 18 ans; entre 12 et 18 ans pour le tabac et l'alcool (à tous les niveaux socio-économiques); et entre 26 et 64 ans pour les tranquillisants.

On peut en déduire que, hormis pour la consommation de tranquillisants, les femmes commencent la consommation et l'abandonnent avant les hommes.

- Prévalence de consommation vie des trois drogues illégales principales (marijuana, pâte base et cocaïne) selon le sexe (%) (1995)

SEXÉ	PERSONNES	%
HOMMES	594.308	20.63
FEMMES	235.940	7.14
TOTAL	830.249	13.42

Ces données permettent d'affirmer qu'un Chilien sur huit entre 12 et 64 ans a consommé une ou plusieurs des drogues mentionnées.

- Prévalence de consommation de vie des trois drogues illicites principales selon l'âge (groupes d'âge) (1995)

Groupe d'âge	Personnes	%
12-18	100.677	9.43
19-25	274.471	22.23
26-34	289.016	20.85
35-44	124.488	11.64
45-64	41.596	2.91
TOTAL	830.248	13.42

Les données suggèrent que les efforts de prévention doivent porter sur le premier niveau d'âge considéré (12-18 ans) et même avant, afin d'éliminer (ou au moins retarder) la première consommation de ces drogues illégales.

Les fréquences les plus élevées en ce qui concerne la prévalence de vie pour les drogues illégales considérées, apparaissent dans les niveaux 19-25 et 26-34 ans; avec des pourcentages de 21.31 et 19.93% pour la marijuana; 3.17 et 3.54%, pour la pâte base; et 4.88 et 3.73% pour la cocaïne.

- Prévalence de consommation vie selon le sexe et le type de drogues 1995)

DROGUE	HOMME	FEMME
MARIJUANA	20.04	6.59
PATE BASE	3.27	0.86
COCAINE	4.35	0.66

- Prévalence de consommation de vie des principales drogues illégales selon le niveau socio-économique (1995)

Niveau socio-économique	Personnes	%
HAUT	68.461	21.11
MOYEN HAUT	150.620	15.35
MOYEN	311.030	13.10
MOYEN BAS	271.334	12.00
BAS	28.803	11.73
TOTAL	830.248	13.42

Si on considère la prévalence de vie des trois drogues illégales principales dans leur ensemble, il existe en ce qui concerne la proportion de la population consommatrice, une relation directe entre le niveau socio-économique et la consommation. Le pourcentage de la population consommatrice augmente systématiquement au fur et à mesure que l'on monte dans l'échelle sociale. Les fréquences de cette consommation “quelquefois au cours de la vie”, de marijuana, de pâte base ou de cocaïne diminuent jusqu'à 21.11% au niveau socio-économique “haut”, jusqu'à 15.35% au niveau socio-économique “moyen-haut” et jusqu'à 11.73% au niveau socio-économique “bas”.

Les données montrent que la prévalence de vie pour ces drogues illégales, touche tous les groupes socio-économiques de la population du pays, et en même temps contredisent l'opinion qui attribue le problème des drogues aux groupes de population les plus défavorisés.

- Type de drogue consommée selon le niveau socio-économique (1995)

En ce qui concerne la **marijuana** la consommation augmente au fur et à mesure que le niveau socio-économique s'élève; elle passe de **21.11%** du niveau “**Haut**” à **10.09%** du niveau “**Bas**”. Pour la **cocaïne**, la tendance est similaire, on observe des

pourcentages de consommation plus élevés dans les strates hautes que dans les basses, **3.24%** dans le niveau “**Haut**”, et **0.94%** dans le niveau “**Bas**”. Il en est de même pour la **pâte base**, les pourcentages de consommation les plus élevés apparaissent dans les groupes “**Bas**” et “**Moyen-Bas**” avec **3.16** et **2.26%** respectivement, face à **2.11%** du niveau “**Haut**”.

Il faut souligner que si l'on observe la prévalence du mois précédent l'enquête, c'est-à-dire, la consommation potentiellement addictive, le pourcentage le plus élevé de consommation apparaît dans le niveau “**Bas**”, suivi du “**haut**”, et les niveaux moyens de la société sont ceux qui ont une consommation problématique moins importante. “**Haut**” (**3.16%**), “**Moyen-haut**” (1.98%), “**Moyen**” (2.44%), “**Moyen Bas**” (1.17%), “**Bas**” (**4.48%**).

- Prévalence de vie de la consommation des solvants volatils selon les groupes d'âge. (1995)

Groupes	%
12-18	1.18
19-25	1.12
26-34	1.06
35-44	0.27
45-64	0.10
TOTAL	0.73

En ce qui concerne la prévalence de consommation des solvants volatils selon l'âge, les données montrent qu'elle est plus élevée dans les groupes d'âge de 12 à 18 ans. Cela confirme d'autres rapports qui montrent la même tendance. Il semble nécessaire, comme nous l'avons déjà dit, de faire face au problème de la consommation de solvants de manière spécifique dans la population infantile, y compris parmi les groupes d'âge plus jeunes que ceux considérés dans le groupe de consommation maximale. En ce qui concerne cette consommation et son rapport

avec le groupe socio-économique, le pourcentage de consommation le plus élevé appartient aux niveaux les plus pauvres.

4.3. Uruguay

L'Uruguay présente les caractéristiques suivantes, qui expliquent l'économie et la consommation des drogues illicites sur son territoire.⁷⁴

Il possède un marché relativement petit de consommation du fait que sa population totale est de 3.150.000 habitants.

De plus, cette population peu nombreuse n'a augmenté que de 7% de 1985 à 1996 (un peu plus de 0,5% annuel cumulatif)

Parmi cette population résidente, relativement peu nombreuse et qui augmente peu, le nombre des personnes de moins de 60 ans est en diminution et le vieillissement de la population augmente, ainsi que la proportion de femmes dans la population. On ne peut pas oublier que dans toutes les statistiques nationales sur la consommation de drogues la population âgée et la population féminine présentent des taux inférieurs à la moyenne.

La concentration urbaine de la population dépasse 85%, dont 42% habite la capitale (Montevideo).

De 1985 à 1996 la population de passage ou de visite a augmenté de 210% face à 7% de la population résidente (30 fois plus).

Tous ces facteurs font de l'Uruguay un pays qui, en matière de drogues, présente les caractéristiques suivantes:

Il s'agit d'un pays plus de passage que de trafic ou de consommation de produits finis, moyens, "précurseurs" chimiques et matières premières. Il semble que dernièrement l'usage des aéroports et des ports de l'Uruguay a augmenté comme

⁷⁴ CEPAL. Rafael Bayce, Docteur en sociologie de l'Université de Chicago, professeur de l'Université de la République, Montevideo, Uruguay.

route alternative (circonstancielle ou non) pour le passage des drogues illicite sous forme de produit fini.

Le commerce et la consommation concernent les substances suivantes: solvants volatils, marijuana et cocaïne, un peu de haschich et un peu d'acide lysergique dans la région de la Côte Sud, et un peu d'ecstasy, en été sur la Côte Est.

Au niveau financier, le pays semble plus approprié au blanchiment de l'argent émanant des activités illicites liées au commerce des drogues, qu'au financement des cultures, à l'industrialisation ou au commerce des substances.

On n'a pas détecté en Uruguay de cartels organisés ni de mafias importantes, ni d'armées clandestines, ni de "narco-guerrilla", ni de criminalité liée à des phases du cycle des substances, ni liée conjoncturellement à des ethnies, des races, des groupes religieux ou politiques.

Selon le Dr. Rafael Bayce, le pays a une consommation notable de drogues illicites, mais exagérée et dramatisée par les institutions.

Malgré tout, l'influence du cycle des drogues illicites n'est pas essentiellement déterminant dans la fréquence et les pourcentages de mortalité ou d'accidents. Les "stupéfiants" sont à l'origine de 0,42% des interventions de la police sur les personnes (1994); 3,68% des accusations (1994), et environ 5,5% des mises en détention (1995). La consommation de drogues illicites est estimée 200 fois moins importante que celle de l'alcool et du tabac. En outre, l'Uruguay occupe la septième place au monde pour la consommation de substances psychotropes par prescription médicale, et la quatrième pour la consommation per capita de tranquillisants prescrits.

Bref, hormis pour les phénomènes liés au passage et au blanchiment de l'argent, l'Uruguay ne présente pas une extension grave des problèmes des drogues illicites, ni de leurs effets et conséquences.

4.3.1. La prohibition et l'augmentation de la consommation en Uruguay

Selon Rafael Bayce, la Loi spéciale des stupéfiants, en vigueur depuis 1974, est devenue une persécution policière avalisée par la justice.

Une première conséquence à considérer est l'augmentation attendue de la consommation. La prohibition agit très souvent comme un attrait additionnel, surtout chez les jeunes, les adolescents et les pré-adolescents. La prohibition très stricte et la persécution font des drogues illicites et de tout ce qui a été condamné par les agents sociaux de l'enfance, un objet possible de désir. Les fables, magnifiées, sur le danger, le risque et la mort, enveloppées de mythologie sociale, fonctionnent comme un attrait romantique, ludique et hédoniste qui domine dans le cadre des valeurs de la société urbaine de consommation en Uruguay.

Ce fonctionnement est encore plus clair dans les cas des personnes exclues des niveaux de revenus, pouvoir, prestige et consommation, qui déterminent culturellement les objets du désir intérieurisés. A ce moment-là, les personnes qui perçoivent de plus en plus leur hétéronomie et qui perçoivent aussi un abîme croissant entre leurs réalités et la probabilité d'atteindre les idéaux intérieurisés, cherchent d'autres systèmes de valeurs en tant que schémas de référence pour construire leur auto-estime. Lorsqu'ils se sentent exclus encore une fois dans leurs groupes d'appartenance, ils construisent leur coexistence en les refusant et en refusant aussi leurs valeurs, et cherchent de nouveaux groupes d'appartenance avec d'autres valeurs et d'autres rôle modèles.

L'adhésion à ce qui est défendu et au risque augmentent ainsi leur prestige comme un système de valeurs alternatif, un code sémantique de référence, point de départ des groupes d'appartenance alternatifs, potentialité de conversion de la sub-culture en contre-culture, et voie de mobilité individuelle et sociale, dans ce micro-monde intérieur face au macro-monde extérieur, inaccessible et hostile

La prohibition devient une forme parfaite d'articulation de la rébellion inhérente au processus des pré-adolescents et des jeunes en construction de leur identité, dans la

société de consommation urbaine occidentalisée de l'Uruguay. "Tout cela est renforcé par les publications sur la valeur des substances, le volume des saisies et les fictions du cinéma et de la télévision sur les luttes policières contre les consommateurs, les trafiquants et les distributeurs-vendeurs, où les "mauvais" sont présentés de manière épique et hédoniste, toujours dans un environnement de grand luxe, de plaisir et avec une activité quotidienne *stimulante*".(R. Bayce, 1997)

Ainsi, la "guerre contre les drogues", la "lutte contre le fléau", l'objectif de l'"éradiation", ne sont qu'un marketing sophistiqué pour les drogues dans la structure du processus de socialisation dans les grandes villes actuelles immergées dans le capitalisme tardif.

L'augmentation probable de la consommation, découlant du boomerang de la lutte contre le fléau, n'agit pas seulement comme une action de marketing efficace chez les pré-adolescents, les adolescents et les jeunes urbains, mais elle arrive aux zones rurales en exode. Elle touche aussi la population adulte, car la société de consommation, hédoniste, intervertit les attraits des "âges", en exaltant tout ce qui est jeune, adolescent ou pré-adolescent comme un idéal esthétique, avec capacité de jouissance et liberté d'expression. Aujourd'hui les jeunes ne veulent plus devenir des adultes, ce sont les adultes qui veulent devenir des jeunes. Les actrices, les mannequins, les musiciens, les personnalités du spectacle, les sportifs de l'actualité uruguayenne aspirent à réduire leur âge par effet des rôle modèles.

De cette réalité on peut déduire que, tant que les drogues illicites seront une mode et un symbole culturel des générations, une voie de mobilité économique et sociale, la demande et l'offre existeront toujours; et les essais pour les réprimer seront voués à l'échec, de plus en plus cher et absolu.

Bayce propose que seules les politiques pragmatiques de réduction des dommages dérivées de la consommation et de la prohibition, avec une forte action progressive qui libère les drogues de leur stigmatisation, de leur caractère délictueux, de la pénalisation et de l'institutionnalisation thérapeutique, peuvent, peut-être, diminuer

la consommation et ses dommages, et réduire les préjudices découlant de la prohibition mise en œuvre sous la forme d'une persécution policière et judiciaire.

Ce qui a de l'avis de cet auteur des implications politiques:

Les luttes contre les "fléaux", que l'on sait exagérées, stériles et corrompues, finissent par légitimer l'adoption de mesures de durcissement législatif, judiciaire et policier qui violent les droits humains, les garanties constitutionnelles et les droits civils (intimité, liberté d'expression, etc.), et qui "exacerbent" la répression et le contrôle social sans apporter de solutions. Seuls en tirent profit certaines idéologies politiques, les professionnels de ces guerres, quelques éléments du domaine culturel plein de préjugés et beaucoup d'intermédiaires.

Ces luttes constituent un des mécanismes de "relégitimation perverse des états et des gouvernements dans les capitalismes tardifs", qui ne freinent pas mais amplifient des épidémies telles que le sida, la délinquance, la criminalité des jeunes et des enfants, les accidents et les catastrophes naturelles, et la fascination de la guerre en tant que spectacle esthétique et "stimulant".

Cela multiplie la corruption, de la même façon que n'importe quelle prohibition radicale, mais avec des éléments aggravants: cela met en évidence l'hypocrisie et l'irrationalité existant dans ces politiques qui rongent la dimension politique entière.

Ces luttes diminuent les marges de souveraineté politique et culturelle des pays qui subissent le modèle prohibitionniste, qui soumet les emprunts et les crédits à un critère d'affrontement qui amplifie les problèmes sans atteindre aucun objectif.

On pourrait les classifier, selon Alain Joxe, comme des essais neo-impérialistes d'intervention déguisée, par le biais desquels on construit des fantasmes qui provoquent des conflits de faible intensité afin de: légitimer de "saintes" interventions, exorciser la demande en l'attribuant à l'offre des autres, et déplacer la persécution du lavage original -depuis les lieux de la demande la plus abondante-vers les lieux du "lavage secondaire" (dont l'Uruguay).

“Culturellement, ils réduisent le niveau de rationalité du débat, en transformant un problème de politiques publiques et de solidarité civile, en un objet de manipulation d’intégrismes ethniques, et en une contribution à l’affrontement entre de petits groupes psychotiques et “saints”, potentiellement mortels.” (Bayce, 1997)

Pour cet auteur, le modèle prohibitionniste en vigueur en Uruguay, est de plus en plus cher, inefficace et non équitable, et les conséquences de son application sont dévastatrices; le remède est pire que le mal. C'est pourquoi, il faut aujourd’hui plus que jamais envisager le remplacement de ce modèle prohibitionniste, de cette éthique qui pénalise le cycle de la drogue et qui constitue un interventionnisme impérialiste indirect.

“Il existe des formules alternatives telles que celles qui ont été essayées en Espagne, dans quelques états des Etats Unis, à Liverpool, Amsterdam, Zurich, et actuellement en Allemagne” (Bayce, 1997).

4.4. Venezuela

Pour le *Gral. De Brigada de la Comandancia Antidroga de la Guardia Nacional*, Orangel Oliveros, le Venezuela est concerné par les drogues dans plusieurs domaines, non seulement par la consommation, mais aussi parce que, du fait de sa situation stratégique, c'est un pays relais, voisin du producteur de cocaïne le plus important du monde, et propice au blanchiment des capitaux. “Quand on voit des enfants abandonnés et que dans les cerros “collines” se propage l’oisiveté, on pense immédiatement que cette population a une tendance très claire au vice, et cela est parfaitement connu par les organisations qui trafiquent les drogues, lesquelles offrent aux enfants des substances afin qu’ils deviennent des toxicomanes qui à l’avenir feront tout ce qui est possible pour se la payer et la consommer”⁷⁵

4.4.1. Consommation

En 1998, la Fondation le Venezuela Libre de Drogues a fait état, en ce qui concerne la consommation de drogues, d'une augmentation parmi la population de moins de

11-12 ans. Toutes les couches sociales sont concernées, le crack étant une des drogues les plus consommées.

En ce qui concerne le trafic et la consommation, la préoccupation repose sur l'incidence que cela peut avoir sur la situation socio-économique très précaire du pays, dans le sens qu'un secteur important de la population peut entrer dans le trafic et la distribution comme une alternative pour obtenir des ressources économiques rapides.

4.4.2. Prévention

Selon l'avis d'Evelyn Guiralt⁷⁵ (vice-président de la Fondation le Venezuela Libre de Drogues), on a encouragé des réunions entre les organisations Gouvernementales et Non Gouvernementales qui travaillent dans cette zone, dans le seul objectif d'établir des accords permettant la mise en œuvre d'un travail intersectoriel plus intégré.

Par la suite de ces rencontres, on s'est mis d'accord pour considérer la prévention intégrale comme l'attitude la plus appropriée, en considérant l'intégralité comme le développement des actions préventives spécifiques et directes sur des problématiques précises et la génération de processus de construction sociale, de promotion du développement d'alternatives individuelles, familiales, éducatives, du travail et communautaires.

Pour E. Guiralt, la prévention doit envisager la mise en œuvre d'un ensemble de stratégies générant des conditions positives pour le développement personnel et la coexistence sociale. Cela exige de comprendre les actions qui doivent être développées au niveau social de la personne, l'école, la société, la famille et la communauté, en vue de la création des habiletés appropriées. C'est pourquoi il faut dépasser les stratégies ponctuelles d'information et de formation, et prendre en considération les processus d'intervention sociale.

⁷⁵ Gral. Hernández “www.cyberven.com/alianza/sumario.html

⁷⁶ “INTERCAMBIO” Ed. FAD. N°3; pp.20-21. Décembre 1998.

Le modèle d'action le plus appliqué dernièrement est le modèle communautaire, qui développe des pratiques sociales alternatives et crée des actions valables et réelles tendant à modifier les facteurs qui rendent possible la naissance et la consolidation d'un problème qui affaiblit l'individu et la société.

La Fondation le Venezuela Libre de Drogues développe des programmes qui s'occupent des domaines familial, communautaire, éducatif et du travail. Ses objectifs sont de développer des programmes permanents, didactiques et simples, afin d'informer et prévenir sur les effets du trafic et de la consommation des drogues. La population cible serait formée par les intégrants des domaines éducatif, familial, communautaire et du travail.

4.5. Colombie

Depuis les années 90 la Colombie possède une économie illégale diversifiée, générée et dynamisée par la présence de production, de transformation et de trafic de coca, de pavot et de marijuana. Au cours des années 70, la Colombie était connue au niveau mondial comme un pays producteur et exportateur de marijuana. Vers la fin de ces années et au cours des années 80, l'image de la Colombie a changé pour devenir celle d'un pays où la cocaïne était traitée et, surtout, le pays siège des principales organisations du narcotrafic avec une capacité d'exportation vers les marchés consommateurs des Etats-Unis et de l'Europe. Au cours de cette période, les chiffres officiels sur la production de coca ont été situés entre 16.000 et 35.000 hectares, ce qui a conduit le pays à devenir le principal importateur de base de coca de Bolivie et du Pérou, afin de répondre à une demande internationale en augmentation permanente.

4.5.1. Des changements dans le circuit des drogues dans le monde

Tandis que le marché de la cocaïne à l'intérieur des Etats Unis a connu vers la fin des années 80 une saturation de l'offre qui a influencé la diminution du prix, qui est arrivé à 14.000 dollars/Kilo en 1990, le marché européen a atteint, à partir de cette

période, et dans le circuit de la vente en gros de la cocaïne, des prix variant entre 50.000 et 60.000 dollars/kilo.

“Au cours des années 90, se crée une stimulation de l’offre faite par le marché européen avec une incidence continue et significative sur le volume des cultures de coca en Colombie. Et en même temps, les tendances de diminution des prix aux Etats-Unis tendent à changer de nouveau avec des récupérations stables qui les placent sur les 20.000 dollars/kilo, en moyenne.” (Ricardo Vargas M⁷⁷. 1998)

Vers septembre 1995, avec la détention du cartel de Cali en Colombie, la région d’Alto Huallaga (Pérou) a subi une baisse des prix très grave du fait de sa dépendance très notable envers les trafiquants de la Vallée du Cauca. Ce fait a provoqué des situations de famine dans cette zone, qui ont été à l’origine des déplacements de paysans vers d’autres régions. En plus, cette baisse des prix d’Alto Huallaga a fait augmenter les prix de la base de coca en Colombie, que les salaires bas et les conditions de production du Pérou aidaient à maintenir bas. En effet, depuis la fin 1995 les zones productrices de la Colombie ont vu une augmentation du prix de la base de coca jusqu’au mois de juin 1996, qui les a placés à 1200 dollars le kilo, tandis qu’en 1995 la moyenne était de 600 dollars le kilo de base.

En ce qui concerne la coca péruvienne, il faudrait ajouter aux maladies biologiques, les effets dissuasifs, pour les trafiquants colombiens, des mesures prohibitives du gouvernement péruvien contre le déplacement des avionnettes sur la frontière colombo-péruvienne, avec l’ordre de tirer contre les avions non identifiés.

Il faut souligner la propagation de la demande d’héroïne à l’intérieur des Etats-Unis avec des caractéristiques autres que celles de la consommation intraveineuse (héroïne fumée ou reniflée). Cela a généré une transformation des rituels de la consommation, qui participe à la circulation de la drogue dans réseaux propres à la cocaïne, ainsi qu’à la perte de la “perception de dangerosité” traditionnellement liée à la seringue et à la transmission possible du VIH. Cette nouvelle forme de consommation a rompu

⁷⁷ Chercheur du Centre de la Recherche et de l’Education Populaire (CINEP), Bogotá, Colombie.

la stabilisation du nombre d'héroïnomanes, estimé à 500.000 pendant des années, et elle est aujourd'hui une des drogues dont l'augmentation est la plus importante, en ce qui concerne la demande intérieure. Ces caractéristiques du nouvel essor de l'héroïne sont l'une des causes de l'accession des narcotrafiquants colombiens à une partie du marché nord-américain des opiacés. L'augmentation des cultures de pavot en Colombie est en rapport avec ce phénomène.

4.5.2. Pauvreté rurale: l'essor des cultures illicites

Le secteur agricole se trouve dans une situation grave: une faible incidence des nouvelles technologies, des rendements faibles en produits de base, une capacité d'accès aux crédits limitée des paysans, et une baisse progressive du prix du café au début des années 90.

Selon Ricardo Vargas, les faits sont devenus plus graves encore avec les politiques d'internationalisation de l'économie, ce qui est à l'origine d'une faible capacité de compétence du secteur face aux importations légales et illégales, et le tout s'est traduit par une énorme insécurité sociale qui a abouti à la pauvreté la plus absolue à la campagne.

La pauvreté rurale a augmenté de 26 à 31% entre 1991 et 1992. La diminution de l'emploi explique l'aggravation de la pauvreté rurale.

4.5.3. Violence sociale

Il existe une situation de violence, dérivée tant de la guerre intérieure, que d'une violence sociale qui reflète les niveaux d'impunité du pays, qui se trouvent entre 97 et 99%. Dans une seule région, le Putumayo, la violence sociale a atteint le chiffre de 425 morts violentes sur cent mille habitants, en opposition avec des zones très problématiques telles que Urabá, avec 350 sur cent mille; la Colombie elle-même dans son ensemble présente des taux de 77 morts violentes sur cent mille, tandis que les taux des pays tels que la France ou la Suisse sont de 5 sur cent mille.

Il faut mentionner aussi la restructuration silencieuse du groupe de Medellín, lequel, selon R. Vargas, participe aujourd’hui de la diminution relative du monopole des drogues du groupe de Cali, avec des groupes régionaux de la côte atlantique, les deux de Santander, le centre du pays, le centre et le nord de la Vallée du Cauca, Huila-Tolina, Llanos Orientales, et d’autres. Dans ces processus de nouveaux ré-emplacements participent aussi des groupes mexicains qui commencent à avoir une certaine influence en tant qu’importateurs de la matière première produite au Pérou et en Bolivie.

La perte relative d’espace par le groupe de Cali a été accompagnée de quelques actions violentes contre des membres de la famille des narcotrafiquants Rodríguez Orejuela, et contre leurs alliés, ce qui semble une rébellion et la naissance de nouveaux capos au nord de la Vallée du Cauca qui luttent pour obtenir le leadership dans le contrôle du circuit illégal des drogues.

4.5.4. Cultures du pavot

La confluence de ces phénomènes intérieurs et extérieurs a collaboré à un essor jamais connu auparavant des cultures de pavot en Colombie, dans la zone andine (sur la côte de 1800 à 3000 mètres), qui touchent très négativement les bois d’où sont issus les fleuves principaux. L’extension des opiacés est estimée entre 15000 et 20000 hectares.

4.5.5. Capacité d’exportation

Vers le marché des Etats Unis, 300 tonnes, avec un prix moyen de 20.000 dollars/kilo en gros, ce qui produit des revenus de 6 milliards de dollars.

Vers le marché européen, 100 tonnes, avec un prix moyen de 50.000 dollars/kilo en gros, avec des revenus de 5 milliards de dollars.

Vers d’autres marchés (Afrique, Asie), 50 tonnes, avec un prix moyen de 35.000 dollars/kilo en gros, ce qui produit des revenus de 1,75 milliards de dollars.

Le marché de l'héroïne reste limité pour l'essentiel à la demande des Etats-Unis, car il n'existe pas encore de preuves fiables d'exportation d'héroïne colombienne vers l'Europe (ce qui est en opposition avec les saisies concernant des flux d'opiacés depuis plusieurs zones de l'Asie vers l'Europe orientale et centrale).

Sur la base d'un calcul de 15.000 hectares de pavot, et en tenant compte que chaque hectare produit 6 kilos de latex, et deux récoltes par an, on aurait 12 kilos par hectare, et un résultat de 18.000 kilos par an. La relation de la conversion en héroïne est calculée à 10 kilos de latex pour produire un kilo d'héroïne, ce qui donne un potentiel de production de 18 tonnes d'héroïne. Le prix en gros de l'héroïne est à peu près de 50.000 dollars/kilo, ce qui donnerait des revenus de 900 millions de dollars.

Les revenus de la cocaïne, estimés à 12,75 milliards de dollars, plus ceux de l'héroïne, de 900 millions, produisent un mouvement de 13,65 milliards de dollars. Si l'on ajoute les revenus de la marijuana, estimés à 250 millions de dollars, on obtient un montant total de 13,9 milliards de dollars, auxquels il faut retrancher les coûts de 20% (2,7 milliards), ce qui représente un revenu net de 11,2 milliards de dollars. En tout état de cause, ce montant n'est pas réinvesti en totalité dans l'économie colombienne, même si le calcul n'en est pas clairement établi, un tel marché ne peut générer qu'un réinvestissement estimé entre 2,5 et 4 milliards de dollars.

4.5.6. Engagements antidrogues

Les forces de sécurité ont opté pour une stratégie de "guerre aux drogues" qui vise un autre point: les régions de cultures illicites, notamment la région amazonienne, Guaviare, Caquetá et Putumayo.

En Amazonie colombienne, la colonisation agraire a eu lieu au cours des années 50, issue du modèle des grandes propriétés rurales, cette colonisation s'est consolidée par l'expulsion violente de paysans vers les forêts du sud. Oubliés par l'Etat, et après plusieurs échecs, les colons ont trouvé dans la coca le seul produit rentable et facile de commercialiser dans cette région. A partir des années 90, la surface consacrée aux

cultures de coca est arrivée à des chiffres qui, selon les habitants des ces régions, approchent les 150.000 hectares, et on estime à 300.000 le nombre de personnes qui dépendent directement de cette économie.

En même temps, ces zones ont été placées sous le contrôle des guérillas, lesquelles perçoivent des revenus importants par le biais des impôts exigés des cultivateurs moyens, des intermédiaires de la cocaïne et surtout des laboratoires de cristallisation et des réseaux clandestins d'embarquement de la cocaïne. Avec cet argent ils tentent d'augmenter leur capacité logistique et de communication pour la guerre.

Dans ce sens, l'armée considère le colon cultivateur de coca comme un collaborateur direct de la guérilla. Selon Vargas, la décision de mener la lutte anti-drogue comme une lutte contre les cultures à partir de la thèse de la “narco-guérilla”, a eu pour résultat un ensemble d'actions contre les paysans qui habitent ces zones, accompagnées de violations très graves des droits humains (telles que l'incendie de maisons et l'expulsion violente de ces territoires, comme cela arrive encore au Guaviare depuis 1996).

Ces zones sont visées par les décrets 900 et 717, qui créent des “zones particulières” dans lesquelles le pouvoir civil perd ses attributions constitutionnelles et dont les régions sont contrôlées par les forces de sécurité de l'état. C'est ici qu'ont eu les mobilisations de plus de 200.000 colons et paysans depuis août 1996, à la suite des violences subies par les travailleurs de la campagne et la décision d'en finir de manière radicale avec le seul produit qui permet des excédents aux colons de l'Amazonie.

Selon ce même auteur, le Département d'Etat a reconnu, dans le rapport sur les droits humains de 1996, que “lors des confrontations, les forces du gouvernement en général, et suivant en cela les ordres dudit gouvernement, n'ont pas fait usage d'une force disproportionnée. En tout état de cause, les soldats ont provoqué des morts parmi les manifestants et divers abus ont été mentionné. Des enquêteurs d'une association d'ONG ont attribué 13 morts à l'armée, un à la police et quatre à la

guérilla. Ils ont immédiatement averti que le nombre de morts pourrait être plus élevé” (Département d’Etat, 1997).

4.5.7. Programme présidentiel de la Colombie pour faire face à la consommation de drogues⁷⁸

Le Programme Présidentiel de la Colombie pour faire face à la consommation de drogues, le programme “Rumbos”, a été créé le 26 octobre 1998. Le programme tente d’apporter une réponse aux préoccupations que le Président de la République a identifiées chez les citoyens, en ce qui concerne la consommation de drogues, toujours en augmentation, lesquelles l’ont amené à considérer ce sujet comme prioritaire et à l’inscrire parmi les 10 points essentiels de son programme de gouvernement.

4.5.8. Traitement

Dans ce sens, un Directoire National sera établi avec tous les centres d’envoi, et leurs caractéristiques: localisation, nombre de contingents, coûts, etc. Toutes les institutions du pays qui travaillent dans le domaine du traitement recevront une convocation afin qu’elles mettent en place des réseaux. Une ligne téléphonique disponible pour l’assistance immédiate sera constituée (ligne 9800).

Selon Augusto Pérez Gómez (Directeur de “Rumbos”) l’Etat apportera son support à des centres de traitement par le biais de contingents disponibles, à la condition qu’ils acceptent des contrôles et implantent des systèmes d’évaluation et de suivi. Les 50 institutions les plus solides offriront, dans tout le pays, conseil et formation permanents aux parents d’enfants consommateurs, afin de les aider à faire face à la situation. Pour ce faire, elles recevront une gratification annuelle. Ce service sera évalué par ses usagers de manière continue.

Les Services sociaux de la Santé et les Secrétariats à la Santé assumeront la responsabilité d’assurer le contrôle du fonctionnement des Institutions et présenteront des rapports semestriels au programme Rumbos”.

4.6. Bolivie

4.6.1. L'économie de la coca en Bolivie

Les paysans qui produisent la coca en Bolivie sont de petits producteurs dont l'activité se fonde surtout sur la disponibilité de la force du travail familial, et qui ne consacrent pas plus de la moitié de leurs terrains aux facteurs de production essentiels de la cocaïne. La plupart de ces terrains, voire tous, se trouvent dans des zones de colonisation récente, c'est-à-dire, dans des zones d'expansion de la frontière agricole. Tous ces producteurs cultivent la coca comme une partie d'une stratégie de diversification productive et de travail avec une grande variété de produits, notamment alimentaires, tels que le riz, le yucca (manioc), les bananes, le palmier, l'ananas, et autres fruits.

Il ne faut pas oublier que la feuille de coca est un produit parmi d'autres, pour comprendre la logique de sa production comme partie d'une stratégie de diversification utilisée souvent par les petits producteurs paysans.

4.6.2. Pourquoi produisent-ils la feuille de coca?

Selon Laserna⁷⁸ la première réponse, immédiate, est la plus fréquente: parce qu'elle est rentable, parce que les prix sont élevés et permettent un rendement plus important que celui des autres produits agricoles. Cela n'est vrai qu'en partie, comme le prouve le fait que la baisse des prix qui a eu lieu au cours des dernières années (de la pâte base) n'a pas déplacé l'activité économique des paysans vers d'autres produits. On a pu même observer que, dans quelques cas, la baisse des prix de la coca, était suivie d'une augmentation de l'effort de production. En effet, même si quelques-uns ont abandonné les cultures, beaucoup d'autres ont continué à produire la coca et ont même accru l'extension de leurs cultures. "Cela veut dire que les paysans lors qu'ils cultivent la coca ne cherchent pas seulement le rendement ou un bénéfice complémentaire issu de cette production, ils cherchent aussi une certaine régularité du flux de leurs revenus" (R. Laserna, 1997).

⁷⁸ INTERCAMBIO. N°4. Juin 1999.

Ce qui fait en sorte que la coca soit aussi importante en tant que source d'un flux d'argent plus ou moins stable, c'est d'abord le fait qu'il s'agit d'une culture permanente, c'est-à-dire qu'après les semaines la plante est économiquement rentable pendant dix à treize ans. Au niveau agricole, il s'agit alors d'une culture très avantageuse du fait que, bien qu'elle requière un grand effort initial, on doit simplement entretenir le champ et faire la récolte des feuilles périodiquement.

En second lieu, le coca est une plante très résistante aux maladies, elle nécessite beaucoup moins de soins que le café ou le thé, par exemple.

En troisième lieu, à cause du fait que le produit de la récolte n'est pas un produit fini, mais intermédiaire, on peut obtenir plusieurs récoltes au cours de l'année (en général trois, parfois quatre récoltes par an). Cela permet au paysan, s'il s'occupe bien de ses cultures, de récolter un peu de coca tous les mois, voire tous les quinze ou vingt jours, et avoir ainsi une relation permanente avec le marché.

De plus, à cause du fait que l'on utilise la feuille séchée, elle peut être conservée et entreposée plus facilement que la plupart des produits qu'un paysan peut cultiver dans la zone de la forêt. Et du fait aussi de sa valeur élevée par rapport à son poids, elle est aussi un produit très approprié dans des zones dont le réseau routier est défectueux. Il est en effet beaucoup plus facile de transporter sur son dos cent pesos boliviens de coca, que cent pesos boliviens d'oranges ou d'ananas. En fait, pour les oranges et les ananas, c'est même impossible sans un camion.

Enfin, il s'agit d'un produit dont le marché a toujours été relativement assuré. Il est évident que ce marché est aujourd'hui fortement influencé par la demande des producteurs de drogues, mais même avant l'essor de la coca –avant les années 80- il s'agissait déjà d'un produit très demandé et très estimé.

4.6.3. Impacts de l'économie de la feuille de coca

Au niveau macro-économique, il faut souligner que cette économie représente des possibilités de revenus pour les paysans, lesquels sans la coca auraient des relations

⁷⁹ LASERNA, R. "La grieta de las drogas: La economía de la coca en Bolivia (...)" N.U. New York, 1997.

beaucoup plus précaires et plus instables avec l'économie de marché. De plus, la phase illégale de la production et du trafic des produits dérivés de la coca, offre des possibilités très alléchantes à nombre de commerçants, transporteurs, artisans et chômeurs. En tout état de cause, à cause de l'incertitude de ces activités, elles n'ont pu faire l'objet d'investissements à moyen ou à long terme, et leur impact sur la croissance économique est quasiment nul.

Au niveau macro-économique, la production et l'exportation des drogues illégales permet à l'économie nationale de compter sur un flux important de devises de libre disponibilité, dont la plupart financent des importations, ce par quoi on pallie la pression de la demande sur les ressources gérées par le système officiel des changes.

Il faut accepter le fait que, pour la Bolivie, l'économie de la coca soit une plate-forme de négociation internationale, qui lui a permis d'accéder à des traitements préférentiels dans plusieurs domaines. En effet, c'est la seule possibilité qu'ont trouvé les gouvernements boliviens pour acquérir visibilité et importance dans leurs relations avec les Etats-Unis et l'Union Européenne.

4.6.4. Impacts de la lutte contre les drogues

La relation de l'économie de la coca et du circuit international de cocaïne, a fait augmenter la vulnérabilité politique de la Bolivie et a placé les gouvernements dans une position soumise aux manipulations et aux pressions internationales.

Les politiques internationales de lutte au narcotrafic se sont traduites en Bolivie également par une législation qui induit une insécurité juridique lors qu'elle met en question, sous prétexte de lutter contre les drogues, les droits essentiels des citoyens. Les soupçons ont force de preuve, et les citoyens vivent sous la menace d'être obligés de prouver leur innocence dans des prisons pleines de prisonniers sans jugement, ni faute.

4.7. Le Nicaragua

A partir de la moitié des années 80, le Nicaragua a vu son activité économique stagner, avec une croissance négative du produit intérieur brut, une baisse vertigineuse des salaires, l'augmentation du chômage, la diminution de la capacité de production et, par conséquent, l'angoissante augmentation de la pauvreté.

La crise économique et les déchirements de la guerre ont eu un impact généralisé sur les conditions de vie de toute la population, et les secteurs les plus pauvres sont ceux qui ont subi le plus intensément les effets de la récession économique.

Le Nicaragua a et aura jusqu'au début du troisième millénaire, une structure de population très jeune, avec 40% ou plus de la population âgée de moins de 15 ans. On estime actuellement à 46% le nombre de nicaraguayens âgés de 0 à 14 ans, l'âge moyen de la population étant de 16 ans.

Au cours des dernières années, le nombre d'enfants et de jeunes (5 à 18 ans) consommateurs habituels de drogues a augmenté. Ces groupes montrent des conduites destructives, tant pour eux que pour la société, et n'ont pas d'alternatives pour faire face à ce qui a été ci-dessus exposé (il n'existe pas de politique ni de stratégie réelle, visant ce type de projets). Théoriquement, il existe un cadre légal pour faire face au problème, mais en fait la situation sociale ne permet pas d'affecter les ressources nécessaires à son application.

En 1992 l'Assemblée Nationale de la République du Nicaragua a établi la législation en matière d'activités illicites en rapport avec la culture, la fourniture, l'acquisition et l'exportation de stupéfiants, psychotropes et substances contrôlées.

Le Ministère de l'Education a indiqué que des informations sur les facteurs de risque et de prévention en matière de drogues et d'autres problèmes sociaux devaient faire partie des programmes scolaires.

Le Ministère de la Santé est chargé du contrôle général des différents médicaments pouvant provoquer des dépendances et qui sont distribués sur le territoire national.

C'est dans ce contexte qu'a lieu l'intervention, en matière de prévention, de la Fondation FÉNIX (Nicaragua) et de la Fondation FAD (Espagne), avec le travail suivant:

Projet⁸⁰

Développement communautaire à partir du travail de prévention des toxicomanies parmi la population jeune de la ville de Managua.

Période d'exécution

Vingt-quatre mois.

Description du Projet

Création d'un dispositif de travail sur la prévention des toxicomanies orienté vers la population jeune de Managua à partir de la mise en place de sept programmes de prévention (six d'intervention communautaire et un de prévention scolaire), et de support aux étudiants de formation professionnelle issus de quartiers urbains marginaux, par le biais de la mise en œuvre d'un programme pilote de développement continu de micro-entreprises.

Le travail de prévention proposé, est né de l'identification des facteurs de risque de consommation, dont le résultat est un Projet de Développement Communautaire dont la composante de lutte contre l'exclusion des jeunes a pris une importance particulière, à partir du développement de propositions d'auto-emploi viables.

La mission est composée de:

Création d'un "Dispositif Central" pour la mise en oeuvre et la réalisation de l'expérience, à partir de l'infrastructure de la Fondation FÉNIX.

Pour le travail de prévention: localisation et constitution des ressources de participation existant dans les six quartiers choisis.

⁸⁰ INTERCAMBIO. Ed. FAD. N°2. Juin 1998.

Connexion des programmes de prévention avec les ressources existantes en matière de formation professionnelle, pour la formation des enseignants et la création de quatre expériences pilote de micro-entreprises de développement continu, à partir de:

- Implémentation de la qualification professionnelle et de la capacité de gestion, d'un groupe de deux cents étudiants appartenant à quatre branches professionnelles (menuiserie, mécanique, commerce et informatique).
- Sélection de vingt élèves pour la création de quatre micro-entreprises, à partir de la concession de micro-crédits à fonds perdus, avec le support d'activités complémentaires destinées à assurer leur viabilité.

En contrepartie, une convention de collaboration entre FÉNIX et les bénéficiaires sera signée, pour leur participation dans des activités de formation futures.

Objectifs stratégiques

- Collaborer dans la genèse d'activités de prévention à Managua, à partir du développement professionnel et institutionnel de la Fondation FÉNIX.
- Rendre possible, depuis le commencement du Projet, le développement continu des actions, lorsque le financement extérieur sera épuisé.
- Créer un réseau de débat et de réflexion qui apportera son support et assurera la continuité du Projet.

Le résultat attendu est la production d'antécédents de prévention pour la population de jeunes urbains marginaux de Managua, à partir de l'utilisation du "tissu associatif du quartier", en relation avec ses ressources formelles.

PRÉVENTION

1. Approche conceptuelle
2. Matériels
3. Caractéristiques essentielles de la Prévention
4. Définition opérationnelle des termes
5. Quelques réponses
6. Prévention en Europe Occidentale 1
7. Prévention en Amérique du Nord
8. Prévention en Amérique Latine

CHAPITRE SIXIÈME

PREVENTION

1. Approche conceptuelle

Selon le Dr. Domingo Comas⁸¹, implémenter tout type de programme de prévention des toxicomanies implique de disposer des éléments suivants: a) un budget spécifique, b) un groupe de professionnels plus ou moins expérimentés, même si ce n'est que pour assistance, c) des matériels de formation plus ou moins fermés et d) un cadre possible, institutionnel ou social, d'action qui nous ait été cédé, qui se trouve abandonné, ou pour lequel les acteurs institutionnels qui possèdent les compétences pertinentes nous aient appelés.

2. Matériels

Les matériels utilisés en général dans la plupart des pays sont, d'un côté des matériels informatifs, et de l'autre, des matériels qui combinent la formation théorique et méthodologique avec l'information sur les drogues. Dans ces derniers, les "pratiques précises et bien délimitées" jouissent en général de plus d'espace que la formation théorique.

Il semble clair que, vu la confusion des interventions *in situ*, la méthodologie, les résultats des recherches sociologiques orientés vers la dimension macro et les évolutions subies par les départements universitaires, "la *prévention des toxicomanies* n'est pas ni ne peut être, une technique ou une méthodologie fermée ou définitive. Au contraire, elle ne peut être qu'un programme de recherche, nécessaire

⁸¹ COMAS, D. est docteur en Sciences Politiques et Sociologie de l'Université Complutense de Madrid, Président du Groupe Interdisciplinaire sur les drogues (GID). Secrétaire de la Société Européenne de Professionnels en Intervention en Toxicomanies (ITACA).

sans aucun doute, mais récent, immature comportant peu de résultats pouvant être prouvés" (Domingo Comas, 1998).

Selon ces affirmations, agir en prévention signifie assumer le fait que l'on fait partie d'un processus de recherche, de construction d'une théorie et d'une explication que l'on ne possède pas encore.

En pratique, on considère la plupart des programmes de prévention comme des actions réalisées par des professionnels nantis du support public "qui préfèrent se plier aux demandes et aux indications opérationnelles des responsables institutionnels, et qui laissent de côté le fait qu'ils soient en train de travailler dans le programme de recherche en Prévention des toxicomanies" (Comas, 1998).

Cet auteur croit que cette ignorance est encore plus importante si le programme inclut parmi ses objectifs la dynamisation sociale, le développement de réseaux sociaux et la mise en oeuvre d'initiatives communautaires pour lesquelles la présence du professionnel qui conçoit, organise, anime, coordonne et évalue est aussi indispensable que la participation effective de groupes de citoyens qui, sur la base d'une formation appropriée, agissent avec une grande autonomie à l'intérieur du programme.

3. Caractéristiques essentielles de la Prévention

Selon l'avis des techniciens et des chercheurs de la Fondation d'Aide contre la Toxicomanie (FAD), la Prévention doit avoir, au moins, quelques-unes des caractéristiques suivantes:

- **Elle doit être vivante:** s'ajuster aux changements du contexte social.
- **Elle doit être continue:** et ne pas se centrer dans des actions isolées.
- **Elle doit être globale:** et impliquer différents agents et groupes sociaux.

- **Elle doit être technique:** et éviter les actions volontaristes.

- **Elle doit être évaluable:** afin de connaître son efficacité et sa portée.

4. Définition opérationnelle des termes

A l'objet est d'obtenir une certaine homogénéité et sans prétendre offrir de définitions absolument consensuelles, nous offrons une liste de termes très fréquents en matière de Prévention. Les termes sont ordonnés alphabétiquement.

Animateurs: personnes qui agissent dans un programme en qualité de médiateurs, et qui facilitent la participation du groupe cible par le moyen d'activités sociales ou de loisir.

Centre responsable: Institution, organisation ou centre public ou privé, chargé de l'implantation du programme.

Consommateurs de drogues: personnes qui s'auto-administrent de manière continue des substances psychoactives.

Consommateurs expérimentaux de drogues: personnes qui font usage d'une ou de plusieurs substances psychoactives dans une première étape de consommation. Ce terme est appliqué parfois à des personnes dont la consommation est non fréquente ou non persistante.

Désintoxication: Intervention thérapeutique destinée à éliminer de l'organisme du toxicomane les substances psychoactives ou leurs métabolites et à contrôler le syndrome de sevrage.

Evaluation: Scientifiquement et systématiquement recueillie, traitement et analyse des données concernant l'implantation du programme, afin d'évaluer son efficacité et son efficience.

Evaluation de la planification du programme: Il s'agit de la phase de planification et de conception. L'évaluation, dans cette phase commence, au plus tard, une fois précisée l'idée de commencer l'intervention. C'est le moment où les objectifs et les méthodes sont choisis. L'évaluation de la planification du programme reflète le processus de définition du problème, le besoin d'intervention, la population cible et les objectifs. Elle comprend aussi l'évaluation des ressources et finit avec la planification des prochaines évaluations.

Evaluation du processus (de formation): elle évalue l'implantation de l'intervention et ses effets sur les différents participants. Elle se demande où et comment l'intervention a eu lieu, si celle-ci a été réalisée comme elle avait été conçue et si elle a atteint le groupe cible. L'évaluation de la formation aide à expliquer les résultats et à améliorer l'intervention à l'avenir.

Evaluation (résultats et impact): évaluation des résultats finaux du programme par rapport aux objectifs fixés. Elle comprend la description de l'échantillon, du temps de mesurage, des méthodes et des instruments utilisés, ainsi que les résultats et la discussion de l'évaluation.

Facteurs de protection: sont ceux qui réduisent la possibilité de l'usage de drogues.

Facteurs de risque: sont ceux qui augmentent la possibilité de l'usage de drogues.

Groupe d'auto aide: groupe de personnes touchées par le problème des drogues, qui s'organisent afin de s'entraider et d'être mieux informées sur les sujets concernant les drogues (groupes d'ex-toxicomanes, les associations familiales, Alcooliques Réabilités, etc.).

Groupe cible stratégique / agents de change: la population intermédiaire utilisée pour arriver à la population cible finale et en conséquence atteindre l'objectif final.

Groupe/population cible: la population sur laquelle on veut obtenir le/les changements définis dans l'objectif général.

Indicateurs d'évaluation: éléments mesurables par rapport aux objectifs et exprimés en un nombre permettant le contrôle de l'évaluation des changements attendus par rapport à la situation initiale.

Insertion ou réinsertion: activités visant à incorporer l'ex-toxicomane dans le réseau social et de l'emploi, afin de garantir qu'il pourra mener sa vie dans un réseau social, psychologiquement stable et vivre de son travail.

Instruments d'évaluation: ressources techniques et instruments spécifiques utilisés pour faire l'évaluation.

Intervention dans la première enfance: actions visant à promouvoir des styles de vie sains dans la famille où à l'école des petits enfants (jardin d'enfants), en augmentant la santé émotionnelle et physique de l'enfant en tant que façon précoce de prévenir la consommation de drogues.

Méthodes d'évaluation: méthodologie utilisée dans le processus d'évaluation. Elle comprend des méthodes quantitatives et qualitatives.

Objectif spécifique: résultats intermédiaires nécessaires pour atteindre l'objectif général.

Objectif général: résultat final par rapport à la solution ou la modification du problème/situation établi. Sa définition doit comprendre une description brève du changement attendu, une mesure quantifiée du résultat par rapport à la population et une estimation du moment où le changement est obtenu.

Organisations concernées: Institutions, organisations ou centres qui soutiennent ou coopèrent au développement, au financement, à l'implantation ou à l'évaluation du programme.

Personne, département ou service de contact: personne de référence pouvant informer sur le programme ou les activités.

Personnes concernées: individus qui travaillent à l'implantation du programme et qui appartiennent à l'équipe de professionnels ou au secteur des bénévoles.

Principes essentiels: les notions théoriques qui orientent la méthodologie choisie pour atteindre les objectifs du programme. Des exemples du cadre théorique: le modèle des styles de vie, le modèle des alternatives, le modèle de substitution des drogues, le modèle comportemental, la théorie de l'apprentissage social, etc. Les stratégies choisies peuvent émaner de modèles déjà existants ou peuvent être tout à fait nouvelles. Dans ce cas, il faut une explication brève de l'hypothèse qui est à l'origine de cette stratégie.

Programme

Ensemble des activités coordonnées pour lesquelles il existe des ressources. Un programme essaie de couvrir des objectifs généraux en connexion avec les drogues.

Programme communautaire: activités réalisées dans le cadre communautaire avec la participation des représentants communautaires ou des institutions (écoles, centres des jeunes, associations de voisins, quartiers, etc.) et visant à intervenir dans l'environnement immédiat des personnes et faciliter la participation active dans le contexte social.

Programme dans le cadre judiciaire: toute activité dirigée vers les consommateurs de drogues ayant tout type de relation avec le Système Judiciaire, par exemple lorsqu'ils sont arrêtés, lorsqu'ils comparaissent devant le juge, lorsqu'ils sont détenus ou sortent de détention.

Programme de réduction de dommages: toute activité conçue pour arrêter les habitudes de consommation néfastes ou pour diminuer les problèmes sociaux et de santé liés aux drogues. Il ne prétend pas que le consommateur n'ait pas recours aux drogues ou soit réinséré.

Programme scolaire: ensemble coordonné d'activités et de ressources conçu pour les enfants scolarisés. Très souvent, la prévention de la consommation de drogues est

intégrée dans le programme officiel de l'éducation pour la santé. Les éléments caractéristiques de cette orientation sont souvent les matériels spécifiques pour le professeur, la formation sur les drogues des professeurs et la réorganisation du programme quotidien de l'école dans le but de stimuler la participation active des élèves et des parents.

Programme pour les jeunes en dehors du cadre scolaire: activités dirigées vers jeunes en dehors du cadre scolaire, qui vont de l'organisation d'activités de loisir à des interventions spécifiques pour ceux qui quittent l'école (événements culturels, production de vidéos, expositions, activités avec le groupe de partenaires, événements sportifs, etc.)

Programmes de substitution ou de maintien avec opiacés: activités et ressources coordonnées dans le but d'aider les consommateurs de drogues à utiliser des drogues alternatives, en général la méthadone, sous contrôle médical afin de réduire le dommage social et de santé, en particulier le risque de contamination par le VIH. La substitution de drogues peut être ordonnée comme une partie d'un traitement à court ou à long terme avec l'objectif de l'abstinence ou du maintien à long terme.

Ressources de l'évaluation: ressources humaines et financières utilisées pour faire l'évaluation.

Services de bas seuil: services qui offrent des soins aux toxicomanes en ce qui concerne les besoins de tous les jours, pour éviter une détérioration plus grave. Ces services ne requièrent pas de motivation élevée du consommateur de drogues, et offrent pour l'essentiel le logement, l'hygiène et l'alimentation. Leur objectif est d'établir ou de rétablir les relations sociales et de garder contact avec les populations cachées des consommateurs de drogues (services ou unités roulantes, centres d'urgence sociale, etc.).

Service général de la santé: assistance pour contrôler les conséquences sur la santé de la consommation de drogues nécessitant un effort médical plus important que celui demandé pour les besoins normaux du groupe d'âge correspondant de la

population générale (manière d'envisager la santé publique, formation des médecins, etc.).

Situation initiale: description de la situation préalable à l'implantation de l'action ou du programme selon les différentes variables liées aux drogues dans la population, la situation socio-économique et démographique. Elle comprend aussi la disponibilité des données et de leurs sources, la perception sociale et le discours public sur la situation.

Téléphone d'aide: services de téléphone aux horaires très étendus, qui fournissent une information sur les drogues, un conseil sur la prévention et les centres de traitement pour les parents, les professeurs, les jeunes et les consommateurs de drogues.

Travail de rue (outreach work): activités au niveau communautaire qui visent à contacter des personnes qui ne se rendent pas dans les services thérapeutiques existant. Un élément clé de cette orientation est le contact actif avec les groupes à risque dans un environnement où ils se sentent à l'aise, et l'établissement de relations étroites avec eux plutôt que d'attendre qu'ils se rendent dans les services. Il comprend des actions préventives de soins de santé et de conseil pour les usagers de drogues non traités.

Traitemen ambulatoire: ensemble étendu et flexible de services de soins et de traitement pour les toxicomanes et leurs familles dans leur environnement social. Il comprend aide psychosociale, intervention en cas de crise et/ou support social et éducatif réalisé par des professionnels.

Traitemen dans un contexte clinique: services de soins et de traitement pour toxicomanes dans un cadre clinique où les patients restent demeurent en permanence et reçoivent un traitement multidisciplinaire dans le système de soins de santé mentale, dans des hôpitaux généraux ou spécialisés ou dans des communautés thérapeutiques.

5. Quelques réponses

- Quelle est l'étiologie de la consommation de drogues ?

Il n'existe pas une cause unique. Autrement il ne serait pas si difficile d'arrêter. Ceux qui veulent simplifier font montre d'intransigeance et se considèrent porteurs d'une sorte de *baguette magique*, infaillible contre les drogues. Les plus prudents ne peuvent pas laisser de reconnaître qu'il est très difficile de répondre à cette question.

D'une manière sommaire, les causes de la consommation de drogues seraient les suivantes:

Génétiques:

1. Antécédents familiaux. 2. Troubles Neurobiologiques.

Psychologiques:

1. Personnalité. 2. Réflexes conditionnés.

De l'environnement:

1. Structure familiale toxicomane. 2. Marginalité. 3. Manque d'information sur le sujet. 4. Disponibilité des drogues. 5. Chômage (non marginal)

- Tous ceux qui goûtent une drogue, deviennent-ils toxicomanes ?

Non. les drogues ne feront des ravages qu'auprès des personnes possédant une certaine vulnérabilité (prédisposition). Mais toute personne court un risque important lors qu'elle consomme la première drogue.

Parmi les facteurs de personnalité qui peuvent prédisposer à l'addiction, on distingue: l'immaturité psychologique, l'insécurité, l'instabilité émotionnelle, l'introversion et la timidité.

L'existence de maladies psychiques telles que l'anxiété, la dépression, les psychoses et les troubles du contrôle des impulsions, peuvent aussi prédisposer à la consommation abusive de drogues.

- Les toxicomanes sont-ils des malades?

Toutes les organisations nationales et supranationales, y compris l'Organisation Mondiale de la Santé, considèrent les toxicomanes comme des malades, en ce qui concerne leurs droits et leurs devoirs.

Il est aussi vrai qu'ils sont des malades particuliers, différents, avec des traits quelquefois difficiles à comprendre surtout pour les personnes qui n'ont jamais eu rien à voir, ni au niveau personnel ni au niveau de la famille, avec les toxicomanies.

“Les toxicomanes sont des patients très problématiques, incommodes, manipulateurs, agressifs, même pour les médecins qui désirent les aider. Mais il faut avoir les idées très claires et agir sans ambiguïtés. Le toxicomane est surtout un malade qui a besoin d'aide et de compréhension” (J. Cabrera Forneiro⁸², 1999)

- Les drogues synthétiques, sont-elles une nouveauté?

Pas du tout, la plupart sont des substances anciennes et utilisées en médecine. Ce qui est nouveau, ce sont les modifications réalisées sur leurs molécules visant à changer ou renforcer leurs effets initiaux (drogues à la carte).

Presque toutes les drogues synthétiques sont des stimulants dérivés des amphétamines, élaborés dans de simples laboratoires. Parmi ces drogues, le populaire Ecstasy (méthylendioxyméthamphétamine), dont la première saisie a eu lieu dans l'île d'Ibiza, la Pilule de l'amour, très connue aussi (méthylendioxyamphétamine) et le dérivé amphétaminique connu sous le nom de Eve (méthylendioxyéthylamphétamine).

⁸² Docteur en Médecine et Chirurgie par l'Université Complutense de Madrid. Directeur Gérant de l'Agence Antidrogue de la Communauté de Madrid, représentant en Espagne de l'Observatoire Européen des Drogues de Lisbonne et membre de la Commission Technique de l'Observatoire Espagnol sur les Drogues.

Les principaux problèmes socio-sanitaires causés par ces drogues sont d'une part, qu'elles sont faussement considérées comme des substances peu dangereuses et, d'autre part, la difficulté de poursuivre ceux qui en font commerce étant donné qu'une simple modification de leurs molécules permet de sortir la substance du cadre légal, interdit, laissant le trafiquant dans l'impunité.

La plupart des drogues de synthèse sont des dérivés de substances qui existent depuis longtemps en médecine, dérivés des amphétamines, du fentanyl, de la Pétidine, des Arilhexilamines et de la Méthaqualonne.

6. Prévention en Europe Occidentale

L'école est toujours le cadre principal des activités de prévention et elle est, bien sûr, l'une des meilleures manières de rejoindre les enfants. La formation des professeurs et la participation des parents sont essentielles, et elles sont promues dans toute l'UE, même si le rôle de la famille et en particulier celui des parents change selon les pays.

6.1. Consommation de drogues par les écoliers

La plupart des Etats membres de l'UE ont mené des enquêtes nationales dans les écoles au cours des dernières années, quelques-unes faisant partie du *Projet Scolaire Européen d'Enquêtes sur la Consommation d'Alcool et d'autres Drogues* (ESPAD).

Dans la plupart des Etats membres, le cannabis est la substance illégale dont la consommation est la plus élevée. La consommation chez les adolescents de 15 à 16 ans varie entre 5% (Portugal et Finlande) et 40% (Irlande et Royaume Uni).

En général, les solvants volatils sont la deuxième substance de consommation habituelle parmi les jeunes de 15 et 16 ans: 3-4% (Communauté Flamande de Belgique, Espagne et Luxembourg) et 20% (Royaume Uni). En Grèce et en Suède, la consommation de solvants volatils est plus fréquente que celle de cannabis.

La consommation d'amphétamines varie entre 1 et 13% des adolescents de 15 à 16 ans (2-8%, dans la plupart des cas), l'ecstasy 1 et 9% et le LSD et autres hallucinogènes entre 1 et 10% (2-5% dans la plupart des cas). L'Irlande, les Pays Bas et le Royaume Uni ont des chiffres comparativement plus élevés de consommation d'amphétamines, d'hallucinogènes et d'ecstasy que d'autres pays.

Entre 1 et 3% des élèves ont consommé de la cocaïne, et moins de 1% de l'héroïne, bien que le pourcentage soit de 2% au Danemark, en Irlande, en Italie et au Royaume Uni.

En général, au cours de ces dernières années, la tendance à la hausse de la consommation de cannabis par les jeunes continue toujours, ainsi que la consommation d'amphétamines et d'ecstasy, bien qu'avec des taux plus faibles. En tout état de cause, la consommation de cannabis chez les jeunes en Finlande et au Royaume Uni s'est stabilisée.

6.2. La Politique Européenne en matière de Prévention

Le Plan Européen de Lutte contre les Drogues que la Commission des Communautés Européennes a envoyé au Conseil Européen pour la période 2000-2004, a réuni une quantité importante de matériel visant à encourager et coordonner le travail réalisé par les Etats membres dans le domaine de la prévention des toxicomanies.

Le Plan, conformément à l'information recueillie sur la situation actuelle en matière de réduction de la demande, établit deux constantes:

On observe une tendance générale vers la **diversification** dans le domaine de la prévention, faisant appel à une stratégie à deux niveaux: un grand effort d'éducation et de promotion de la santé adressé au grand public, et des actions spécifiques adressées aux groupes à risque.

En Europe, l'**aide aux usagers de drogues** prend de plus en plus la forme de services différenciés, adressés à l'individu, par le biais d'une coordination simultanée avec les services existants et l'amélioration des structures de coopération.

En ce qui concerne la **prévention**, on remarque une tendance à réaliser des programmes éducatifs à un niveau précoce, comme moyen pour introduire des facteurs de dissuasion à la consommation ultérieure de drogues.

Bien qu'il n'existe pas une évaluation des campagnes dans les **médias**, certains signes indiquent qu'elles peuvent permettre d'améliorer la prise de conscience.

L'**Internet** est de plus en plus utilisé pour diffuser de l'information. A cet égard, l'UE doit jouer un rôle essentiel pour fournir des services aux programmes et aux acteurs qui travaillent dans le domaine de l'évaluation et de l'échange d'expériences.

En ce qui concerne l'intervention précoce et les groupes à risque, le Plan a choisi de poursuivre un grand effort visant à avertir les jeunes du danger de l'ecstasy et des substances associées.

Prévention des maladies infectieuses: Les mesures préventives très importantes prises dans ce domaine ont eu un effet considérable sur l'apparition de nouveaux cas de VIH/ sida, mais il n'en va pas de même pour les cas d'hépatite C, qui ont augmenté de manière alarmante.

En ce qui concerne l'information donnée par l'**Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies** (OEDT) dans son Mémoire de 1999, le caractère du Plan susmentionné a été ratifié. La prévention de la consommation de drogues est une question privilégiée du programme de travail de l'UE, laquelle a été appuyée, d'année en année, lors de la **Semaine Européenne de la Prévention de la Consommation de drogues**.

Selon celle qui date de 1998, soit la dernière dont nous disposons d'information au moment d'écrire ce rapport, le principal objectif a été de renforcer la coopération au niveau européen en ce qui concerne les aspects sanitaires du phénomène de la consommation de drogues, de souligner des activités de prévention à long terme dans les Etats membres et d'augmenter la sensibilisation publique sur le problème.

La Semaine de 1998 a été la première qui ait été organisée et réalisée dans le contexte du Programme d’Action de l’UE pour la Prévention des Toxicomanies (1996-2000).

- Quelques stratégies élaborées dans La Semaine

Une campagne à l’échelle communautaire “*Parler, voici le premier pas*” a souligné l’importance du dialogue dans la prévention de la consommation de drogues. La campagne était adressée aux adultes en contact permanent avec des jeunes, y compris les parents, les professeurs, les animateurs socio-éducatifs, les moniteurs et les entraîneurs sportifs.

La campagne dans les **médias** était constituée d’une annonce à la télévision en 18 langues, d’une annonce de publicité radio en 6 langues, d’une affiche présentée en 19 langues, d’un prospectus en 13 langues, d’une annonce de presse en 12 langues et d’un communiqué de presse en 18 langues.

En ce qui concerne ses effets au **niveau économique**, plus de 1000 initiatives ont été mises en œuvre dans les Etats membres dans le cadre de l’UE, ainsi qu’à l’échelle nationale, régionale et locale; la commission a accordé à ces initiatives une contribution de 950.000 euros.

Plusieurs Etats membres ont identifié de nouveaux groupes cible dans les textes de prévention communautaires, tels que les minorités ethniques et les très jeunes enfants. En Autriche par exemple, au cours des “Séances de l’été 98”, des experts autrichiens, allemands et hongrois ont examiné un ensemble de possibilités de prévention de la consommation de drogues chez les enfants de trois à six ans, et le Centre de l’Information de la Prévention de Vienne a organisé une conférence sur la prévention de la consommation de drogues dans les jardins d’enfance.

Chaque Etat a répondu au défi en renforçant la coopération et les orientations interdisciplinaires de manière différente. Par exemple, les Pays-Bas ont créé un comité de direction national constitué de représentants du Gouvernement et des ONG responsables de la prévention de la consommation de drogues, afin d’élaborer et

d'appliquer des programmes nationaux conformément aux directives de la Commission européenne. D'autres initiatives des Etats membres ont tenté de mettre en relief les efforts de prévention de la consommation de drogues en s'adressant aux personnes qui travaillent avec des jeunes, aux structures déjà actives dans le domaine de la prévention de la consommation de drogues et au grand public, pour favoriser leur coopération.

- Suiivi

Le programme d'action de l'UE pour la prévention des toxicomanies (1996-2000), est évalué de manière globale avec le support de l'"Association of Schools of Public Health in the European Region" (Association des Ecoles de Santé Publique dans la Région Européenne, ASPHER).

L'objet de la méthodologie de l'évaluation est de garantir que les Etats membres apportent une information coordonnée sur la Semaine. C'est pourquoi la Commission a transmis à tous les *coordinateurs nationaux* un questionnaire d'information établi par l'OEDT visant à échanger des informations sur l'action de réduction de la demande de drogues (EDDRA).

6.3. Le rôle de l'UE dans le cadre de la Santé Publique: Le Traité de Maastricht

Dans le cadre de la santé publique, le rôle de la Communauté est devenu plus important avec le temps, notamment à partir de la ratification du Traité de Maastricht, qui a donné à la Communauté un rôle spécifique dans la promotion de la santé et la prévention des maladies. Par la suite, huit programmes différents ont été créés en matière de santé et dans d'autres domaines, depuis les programmes de lutte contre le cancer, le SIDA et les toxicomanies, jusqu'à la réalisation de rapports sur l'état de la santé en Union Européenne et des conseils sur la sécurité du sang.

- Fondement juridique

La Communauté n'avait pas eu la possibilité de développer de stratégie cohérente en matière de santé publique jusqu'au Traité de Maastricht, et les nouvelles dispositions

qu'il apporte dans ce domaine. **Le paragraphe o) de l'article 3** a donné à la communauté le nouvel objectif "d'atteindre un niveau élevé de protection de la santé", qui est appliqué dans toutes les politiques communautaires. En effet, **l'article 129 du Traité** établit un cadre pour les activités de santé publique en vue d'atteindre cet objectif.

Les principales dispositions de cet article sont les suivantes:

La Communauté participera à l'obtention d'un niveau élevé de protection de la santé humaine (...)

L'action communautaire en matière de protection de la santé sera orientée vers la prévention des maladies

Les activités communautaires dans le cadre de la santé publique privilieront les *maladies les plus graves et les plus répandues, y compris la toxicomanie.*

- Le développement des activités communautaires de santé publique depuis Maastricht

Programmes d'action

Sur la base de l'analyse réalisée dans la Communication de 1993, la Commission a proposé la réalisation de huit programmes d'action en matière de santé publique, dont cinq ont été adoptés. Les programmes d'action sur le SIDA et d'autres maladies transmissibles, le cancer, la toxicomanie et la promotion de la santé ont été développés dès 1996. Le Cinquième Programme sur la surveillance de la santé a été adopté en juin 1997. **Le Programme sur la prévention de la toxicomanie est lié à d'autres mesures politiques et législatives, y compris la création de l'Observatoire Européen de la Drogue et des Toxicomanies.** L'orientation coordonnée pour lutter contre l'offre et la demande de drogues a été approuvée par les Etats membres et reflétée dans le Plan d'action de l'Union Européenne en matière de lutte contre la drogue (le plan actuel est déjà en vigueur pour la période 2000-2004).

7. Prévention en Amérique du Nord

7.1. Canada

The Office of Alcohol, Drugs, and Dependency Issues, dépendant du *Minister of Public Works and Government Services*, mentionne que la prévention au Canada est destinée à protéger et à informer *les mineurs*, afin qu'ils protègent leur santé, cette stratégie étant considérée essentielle pour que les mineurs parviennent à vivre sans recourir aux drogues.

Parmi une énorme variété d'interventions, quelques indications sont à souligner, comme celles qui apportent une information importante pour les parents qui doivent parler du problème de la consommation de drogues avec leurs enfants très jeunes; ils reçoivent des conseils sur la façon de dialoguer avec eux.

D'autres initiatives sont adressées aux parents qui ont eu des problèmes avec l'alcool ou d'autres drogues, ces derniers sont encouragés à faire de la prévention auprès de leurs enfants, considérés une population à risque. Ces programmes ont de nombreuses ramifications auprès de communautés à haut risque du fait de leurs caractéristiques socio-économiques.

D'autres programmes sont mis en œuvre entre le gouvernement, les organisations non gouvernementales et le secteur privé (l'industrie de l'alcool elle-même, parmi d'autres) en vue de faire prendre conscience aux jeunes des énormes problèmes que l'abus d'alcool peut provoquer, et du danger de mort lié à la conduite de véhicules sous l'influence de substances psychoactives.

Dans des milliers d'écoles des initiatives sont destinées à faire prendre conscience aux jeunes sportifs des problèmes découlant de l'usage des substances favorisant leurs performances, c'est-à-dire des campagnes anti-dopage.

La transmission du VIH, parmi les jeunes usagers de drogues par voie intraveineuse est une autre des préoccupations importantes des professionnels en toxicomanies qui

observent une augmentation continue et alarmante de la transmission du virus parmi les jeunes usagers par voie intraveineuse.

Il existe aussi de nombreuses activités de prévention en milieu pénitentiaire, visant surtout la réduction des dommages et la diminution de la transmission du VIH.

Bien sûr, on trouve aussi les campagnes de prévention classiques dans les médias.

7.2. Etats Unis

Après vingt ans de recherches sur l'abus de drogues, le *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) a identifié des principes importants des programmes de prévention dans la famille, l'école et la communauté. Ces principes ont été mis à l'épreuve dans des programmes à long terme pour la prévention de l'abus de drogues et ont été jugés efficaces.

7.2.1. Enseignements de recherche sur la Prévention

- Les programmes de prévention doivent être conçus pour augmenter les facteurs de protection et réduire les facteurs de risque connus. Les facteurs de protection sont ceux qui réduisent la possibilité de l'usage de drogues. Les facteurs de risque sont ceux qui augmentent la possibilité de l'usage de drogues.
- Les facteurs de protection comprennent des liens forts et positifs dans la famille: surveillance des parents, des règles claires de conduite appliquées de manière constante dans le cadre familial, la participation des parents dans la vie des enfants; les succès à l'école; des liens forts avec des institutions sociales telles que les organisations scolaires et religieuses et l'adoption des normes conventionnelles sur l'usage des drogues.
- Les facteurs de risque comprennent des environnements familiaux désagrégés, notamment si les parents sont aussi des usagers de substances ou s'ils ont des problèmes de santé mentale; une éducation inefficace, surtout pour des enfants dont le caractère est difficile ou qui présentent des troubles du comportement; le manque d'affection et d'amour; un comportement timide ou agressif non approprié à l'école;

l'échec scolaire; des connaissances pratiques non suffisantes pour faire face à la société; la pression des pairs négative; et la perception que dans le cadre de la famille, du travail, de l'école, des camarades et de la communauté, la conduite liée à l'usage de drogues est approuvée.

- Les programmes de prévention portent sur une variété de drogues d'abus, telles que le tabac, l'alcool, les solvants volatils ou la marijuana, ou bien sur un seul aspect de l'abus de drogues, tel que le mauvais usage des médicaments vendus avec ou sans ordonnance.
- Les programmes de prévention devraient inclure le développement d'habiletés de vie et de techniques visant à refuser les drogues lorsqu'elles sont offertes; ils devraient également renforcer l'attitude et les engagements personnels contre l'usage de drogues et augmenter l'habileté sociale (c'est-à-dire, les communications, les relations avec les amis, l'efficacité personnelle et la confiance en soi).
- Les programmes de prévention pour les enfants et adolescents devraient inclure des méthodes interactives adaptées à l'âge de la personne, telles que des groupes de discussion entre les copains, la résolution des problèmes et la prise des décisions en groupe, au lieu d'offrir seulement de techniques didactiques d'enseignement.
- Les programmes de prévention devraient inclure aussi des composantes permettant aux parents et aux personnes qui s'occupent des enfants de renforcer ce que les enfants apprennent sur les drogues et leurs effets néfastes, et ils devraient donner des possibilités pour tenir des discussions sur l'usage des substances licites et illicites et la position de la famille sur cet usage.

7.2.2. Stratégies de Prévention: les programmes à long terme

D'après les recherches du NIDA, les programmes de prévention devraient être appliqués à long terme (les années scolaires), avec plusieurs interventions visant à renforcer les objectifs prévus. Par exemple, les activités portant sur les étudiants des enseignements moyens et primaires, devraient inclure des séances de support afin de

les aider lors de la transition toujours difficile de l'école moyenne à l'école secondaire.

7.2.3. Prévention intégrale

- Les activités de prévention destinées à la famille sont beaucoup plus efficaces que celles visant seulement les parents ou les enfants.
- Les programmes communautaires qui comprennent des campagnes dans les médias et la modification des politiques, telles que les nouveaux règlements qui limitent l'usage de l'alcool, du tabac et d'autres drogues, sont plus effaces s'ils sont accompagnés d'interventions scolaires et familiales.
- Les programmes communautaires doivent renforcer les normes contre l'usage de drogues dans tous les domaines de la prévention, tels que la famille, l'école, le travail et la communauté.
- Les écoles permettent de rejoindre toutes les populations, de plus, elles sont un environnement important pour des sous-populations spécifiques qui sont en danger de tomber dans l'abus de drogues, telles que les enfants qui ont des problèmes de comportement ou des troubles de l'apprentissage et tous ceux qui bien sûr ne finiront pas leurs études.
- La programmation de la prévention doit être adaptée afin de s'occuper de la nature spécifique du problème de l'abus de drogues dans la communauté locale.
- Plus élevé est le niveau de risque de la population cible, plus intense doit être l'effort de prévention et plus tôt doit-il commencer.
- Les programmes de prévention doivent être dirigés vers des groupes d'âge spécifique et ils doivent être appropriés à l'étape du développement et sensibles aux différences culturelles.

7.2.4. Prévention: efficacité et économie sociale

Les programmes de prévention sont rentables: Pour chaque \$1 dépensé dans la prévention de l'usage de drogues, la communauté peut épargner \$4 ou \$5 sur le coût de l'orientation psychologique et du traitement contre l'abus de drogues.

7.2.5. Conception des programmes de Prévention

Des aspects essentiels doivent être pris en considération lors de la conception d'un programme de prévention, incluant:

Les relations familiales

Les programmes de prévention peuvent apprendre aux parents des enfants très jeunes des techniques qui aideront la famille à mieux communiquer, à établir et à appliquer une meilleure discipline, ainsi que des règles fermes et constantes. La recherche montre aussi que les parents ont besoin de jouer un rôle plus actif dans la vie de leurs enfants, parler des drogues avec eux, surveiller leurs activités, connaître leurs amis et comprendre leurs problèmes et leurs soucis personnels.

Les relations avec les amis

Les programmes de prévention sont axés sur la relation d'un individu avec ses amis. Ces programmes développent des connaissances sociales et des pratiques appropriées, avec une meilleure communication, un accroissement des relations positives avec les amis, une intensification des comportements sociaux positifs et des techniques visant à être capable de refuser l'offre de drogues.

L'environnement scolaire

Les programmes de prévention sont aussi centrés sur le succès scolaire et le renfort du lien entre l'étudiant et l'école, étant donné que ces derniers apportent aux étudiants un sens de l'identité et du succès et font diminuer les possibilités de décrochage scolaire. La plupart des programmes d'étude comprennent le renforcement des relations positives avec les amis et un élément d'éducation

normative conçu pour corriger la perception erronée voulant que tous les étudiants soient des consommateurs de drogues. La recherche a découvert aussi que les enfants ne désirent pas commencer à utiliser des drogues s'ils en comprennent les effets négatifs (physiques, psychologiques et sociaux) et s'ils perçoivent que leur famille et leurs amis n'aprouvent pas l'usage de drogues.

L'environnement de la communauté

Au niveau communautaire, les programmes de prévention des drogues fonctionnent avec les organisations civiques, religieuses, judiciaires, policières et gouvernementales. Ces programmes soulignent les normes antidrogue et la conduite sociale au moyen des modifications des politiques ou des règlements et des programmes communautaires de sensibilisation. Les programmes communautaires pourraient inclure des nouvelles lois et voir à leur application, des restrictions publicitaires et des zones scolaires sans drogues; le tout conçu pour obtenir un environnement plus sécuritaire et sans drogues.

8. Prévention en Amérique Latine

A cause des différences culturelles entre les pays qui composent l'Amérique latine, nous avons décidé de traiter la "Prévention selon le type de population", sur la base de la maxime suivante: "*chaque contexte social exige la compréhension du problème et la création de solutions*". Cela veut dire que, au-delà des images diffusées surtout par les médias, il faut identifier et rendre explicites, depuis la subjectivité individuelle, familiale et du groupe, tous les éléments qui vont nous permettre de comprendre les significations particulières en rapport avec l'objet drogue, afin de pouvoir, de cette manière, discerner les relations qui existent entre tous les événements.

Cette manière de s'approcher de la réalité de chaque groupe exige une recherche, il faut observer, proposer des hypothèses, vérifier et contraster.

A ce point de vue, chaque groupe, à partir de la construction et de la compréhension de son problème, doit rendre possible la construction d'un type de prévention cohérente et appropriée.

Bien que certains principes, composantes ou même stratégies de prévention puissent être communs à des communautés ou à des groupes différents, il existe des éléments particuliers qui définissent des types différents de prévention au-delà des classifications établies par la Santé Publique ou par d'autres Organisations Sociales.

De ce point de vue nous estimons approprié d'exposer le travail réalisé sur la Prévention en Amérique Latine, comme un ensemble de programmes précis mis en œuvre dans les différents pays qui la composent, ce qui apporte une idée claire de ce que l'on fait dans ce sous-continent.

8.1. Réunion hispano-américaine

Avant d'exposer les programmes, il faut mentionner la **REUNION HISPANO-AMERICAINE⁸³** qui a eu lieu à la **Fondation d'Aide contre la Toxicomanie** (FAD), du premier au 5 février 1999, avec l'assistance de 11 ONG travaillant dans le domaine de la prévention des toxicomanies dans plusieurs pays d'Amérique Latine (Colombie, Pérou, Nicaragua, Venezuela et Equateur), ainsi que de techniciens en prévention de la FAD.

8.1.1. Milieu Educatif

Il a été établi que l'école est un milieu privilégié pour réaliser des actions préventives, étant donné qu'elle offre les avantages suivants:

- A cause de leur âge, les enfants et les jeunes se trouvent dans une étape d'acquisition des valeurs, des attitudes et des habitudes pour leur développement personnel et social.
- L'école permet de donner une formation et une information sur le phénomène des drogues, structurée, systématique et appropriée à chaque groupe d'âge.

- Elle peut offrir une action intentionnelle, spécifique et planifiée, pouvant être évaluée et continuée au fil du temps.
- Le travail n'est pas limité aux élèves, mais on peut aussi collaborer avec les professeurs et les parents avec un objectif commun.

En guise de résumé, plusieurs aspects essentiels selon les signes d'identité du modèle partagé, ont été mentionnés:

- Le professionnel qui s'occupe de la prévention en milieu scolaire doit être celui qui s'occupe de tout le travail quotidien.
- Pour travailler en prévention en milieu scolaire, les espaces spécifiques ne sont pas nécessaires car dans le curriculum scolaire, il s'agit d'une tâche transversale qui doit influencer toute l'action éducative.
- Pour que la prévention soit efficace, il faut un programme écrit établi en fonctions des signes d'identité de chaque centre.
- Il faut établir des actions de formation et d'information, ainsi que des propositions alternatives de loisir et de temps libre, l'identification des facteurs de protection en représentant le trait d'union.
- La prévention dans le domaine scolaire doit être envisagée comme faisant partie des actions préventives d'une communauté.

- Formation des professeurs

Tous les participants sont d'accord sur l'existence d'un ensemble d'étapes préalables à la mise en fonctionnement des processus de formation qui, si elles ne sont pas respectées, peuvent influencer de manière négative le résultat final ou rendre les actions préventives postérieures invivables, parmi ces étapes, il faut mentionner:

- Connaître le profil des professeurs et leur disponibilité pour s'occuper de ce sujet.

⁸³ "INTERCAMBIO" Ed. FAD. N° 4, Juin 1999.

- Sensibiliser et impliquer les équipes de direction des centres scolaires.
- Sensibiliser les organes gouvernementaux à la tâche réalisée, afin d'ajouter une visibilité et un effet multiplicateur à l'action.

8.1.2. Gestion des programmes

La prévention des drogues est liée à l'idée d'une gestion sociale, entendue comme un aménagement des différentes forces vives et saines de la société. Dans ce sens, les actions doivent prendre en considération la participation du groupe cible dans la conception des actions, ainsi que les possibilités réelles d'un effet multiplicateur. Dans cette conceptualisation, l'interdisciplinarité et la vision partagée sont essentielles.

Et si la gestion sociale est prise comme point de départ, la gestion des programmes ne pourra jamais oublier les aspects relatifs à la modernité et à la globalisation, mais sans oublier non plus la singularité propre imposée par l'identité culturelle.

- Milieu communautaire

On a constaté la difficulté actuelle de trouver un profil de **médiateur social** qui s'ajuste, sans un grand effort de formation, aux différents programmes de caractère social mis en œuvre dans la communauté. En connexion avec cette idée, on a remarqué l'importance du fait que le médiateur social soit impliqué depuis leur source, afin de favoriser un changement de connaissance et d'attitude au moment de faire face aux nouveaux problèmes qu'il rencontrera durant l'exercice de sa tâche.

On a parlé aussi du besoin d'attirer et de former les "leaders communautaires" au travail préventif étant donné que dans un milieu difficile, la formation des membres de la communauté elle-même semble être la stratégie qui convient pour faire face, de l'intérieur, aux défis de la prévention.

Pour atteindre les objectifs des programmes, on estime nécessaire d'établir un processus de suivi et de recyclage afin d'assurer que le médiateur s'est adapté d'une

manière correcte à son action, et donne ainsi des réponses aux besoins pour lesquels il a été formé.

8.1.3. Promotion avec des associations

On a convenu qu'il fallait envisager le problème au niveau structurel, avec des actions de support, destinées à garder ouvertes les voies de communication et à garder une présence active au cours de l'exécution des propositions de prévention.

On a remarqué que le développement doit être collectif et individuel, qu'il faut agir dans le cadre social en suivant une ligne de **prévention intégrale** et que la mobilisation communautaire doit être un **processus continu à long terme**; la préoccupation la plus importante est de trouver une proposition méthodologique appropriée à chaque réalité pouvant animer la participation du groupe cible.

- Le cadre structurel

On a analysé le besoin de coordonner des pratiques sociales mises en oeuvre par des ONG n'appartenant pas au domaine des drogues, et apparemment sans rapport avec la problématique de la consommation, mais qui dans leurs objectifs finaux répondent parfaitement au modèle d'intervention proposé. Dans ce sens, on a remarqué le besoin de former au niveau préventif les moniteurs qui travaillent dans ces institutions et qui peuvent imbriquer la tâche préventive de forme transversale, dans leur proposition actuelle de prévention.

Les **principes essentiels d'action**, en ce qui concerne le **travail avec des associations**, sont proposés à partir de:

- Tout d'abord, ne pas oublier que chaque communauté a ses caractéristiques propres, en conséquence les actions doivent s'ajuster à ces particularités.
- Deuxièmement, l'importance de travailler avec les ressources locales car, si les gens de la communauté s'engagent dans le projet, ils vont le considérer comme quelque chose qui leur appartient, dans lequel ils ont placé leurs efforts, et seront plus intéressés à le mener à terme.

- En troisième lieu, renforcer les ressources humaines possédant des habiletés essentielles pour résoudre des problèmes locaux, car cela a un très important effet de synergie dans la communauté.
- En quatrième lieu, créer des alliances stratégiques au niveau local avec des organismes déjà existants, tels que les écoles, les organismes officiels, les associations de voisins...
- En dernier lieu, assumer que l'intervention communautaire est un processus à long terme et qu'il ne s'agit pas d'un événement accidentel.

8.1.4. Les enfants travaillant dans la rue

Cette population présente une problématique particulière qui doit être traitée d'une manière spéciale, dans laquelle des aspects tels que le travail des enfants et les mauvais traitements acquièrent une importance essentielle.

On a souligné le fait que la consommation de solvant volatils et d'alcool par les enfants est une des conséquences négatives du travail des enfants dans la rue, les causes du problème se trouvant dans les circonstances très dures, physiques (froid, faim) et sociales (exclusion sociale, pauvreté) dont ils essaient de sortir en utilisant ces substances

Le rôle des écoles a été mis en question, étant donné que ces dernières sont éloignées de l'objectif d'intégration et que leur réaction face au problème est l'exclusion ou l'expulsion des élèves quand on découvre des consommations de drogues.

Trois objectifs ont été établis concernant le travail des enfants de la rue, énumérés comme suit:

- Diminuer les situations de risque de l'enfant et de l'adolescent dans la rue, mais sans oublier que les risques de la rue existeront toujours et que les enfants vivent grâce à la rue.

- Améliorer la socialisation des enfants, tant au point de vue de la société que de l'enfant lui-même.
- Favoriser l'intégration communautaire de ces enfants et adolescents à partir des familles, même si on sait qu'il s'agit souvent de familles problématiques, création d'espaces communautaires facilitant l'intégration.

- La violence communautaire

Il s'agit d'une réalité très présente dans les familles qui se trouvent dans des situations difficiles, en particulier dans des environnements urbains marginaux, créant un effet multiplicateur qui rétro alimente la société même qui en est la cause, aboutissant en un cercle vicieux avec entre autre une présence significative de la consommation de drogues et d'alcool.

Les abus sexuels à la maison ont été signalés comme l'un des facteurs les plus importants à l'origine de la violence, en effet, lorsqu'un enfant est ainsi abusé, il garde en lui-même une grande partie de la douleur, qui plus tard s'extériorisera sous la forme d'actes de violence sur les plus faibles.

La promotion de contextes favorables à l'affection et à la justice sociale a été envisagée comme la meilleure solution pour limiter la violence, dans la mesure du possible.

8.1.5. Formation et matériels

Une analyse des besoins de formation a été réalisée pour choisir les caractéristiques et les contenus devant être présents parmi les matériels. Sur la base de ce que les futurs formateurs sont prêts à faire (vouloir), on essaie de connaître quelles sont les capacités et la disponibilité nécessaires pour l'exercice de leur tâche (pouvoir), afin de les traduire en besoins de formation (savoir faire).

- Formation des formateurs

En ce qui concerne la préparation des matériels utilisés dans la **formation des formateurs**, il a été convenu qu'il faut d'abord recueillir une sélection et un agencement des contenus généraux de la prévention, afin que le destinataire de la formation connaisse et fasse facilement usage de la terminologie qu'il utilisera dans les processus de formation qui devra diriger à l'avenir.

L'étude des caractéristiques et des singularités des processus d'enseignement-apprentissage, est une autre partie essentielle de la formation des formateurs, ainsi que la formation aux habiletés de l'enseignement. On a aussi profité de l'expérience des ONG participantes dans la réunion, du besoin de mettre en rapport les matériels de formation avec la mise en œuvre et l'exécution des programmes préventifs que développeront plus tard les futurs médiateurs sociaux. Dans ce sens, l'importance des agents de prévention dans le maintien, la viabilité, la visibilité et l'effet multiplicateur des actions réalisées, a été soulignée.

- Formation des médiateurs

Trois éléments doivent être pris en considération lors de la conception des matériels pour la **formation des médiateurs**:

Il faut connaître, avant de concevoir les matériels, leur importance dans les processus de formation, et s'ils seront utilisés par la suite pour la mise en œuvre des tâches préventives.

Actualiser de manière constante la tâche de production de matériels, implémentée à partir des changements qui ont eu lieu dans la réalité sur laquelle on désire intervenir.

Analyser la possibilité d'impliquer les futurs usagers des matériels dans leur conception et leur actualisation.

- Population cible des programmes préventifs

Il ne faut pas oublier la diversité culturelle qui existe très souvent dans un même pays, et qui exige nécessairement une étude préalable en vue d'ajuster les matériels aux différents groupes cible. Il faut remarquer le besoin de disposer de stratégies de diffusion différentes, en fonction des caractéristiques de la population cible, ainsi qu'évaluer périodiquement leur impact.

8.2. Situation par pays

8.2.1. Argentine

Projet Institutionnel “**Promotion de la Santé Globale de l’Adolescent**” par le Dr. Jorge Jozami.

Nous prenons cette expérience pour exemple, parce que nous considérons que le travail réalisé par la Maison du Jeune, pourrait être réalisé par une Communauté Thérapeutique avec ses Professionnels de la Prévention.

Cadre conceptuel

Les concepteurs du programme considèrent que si l'on veut vraiment établir des règles de vie, modifier des habitudes et développer de meilleures aptitudes, il faut connaître les formes culturelles de la population sur laquelle on agit, pour rendre effectives l'action de prévention des maladies (toxicomanie), l'arrêt de leur évolution, le fait d'éviter les séquelles, allonger la vie, promouvoir la santé au plan physique et mental, par le biais d'un effort conjoint des équipes de santé, des institutions éducatives, de récréation et de la communauté en général.

L'équipe précise ne pas croire dans une prévention sporadique, sans continuité ni participation. Selon ses membres, la formation des promoteurs de la santé est essentielle, avec pour objet de réaliser des activités dans des groupes, de s'impliquer dans leur communauté, de créer des stratégies qui facilitent les processus d'éducation de prévention et de promotion de la santé.

Ils jugent important d'encourager des activités dynamiques qui favorisent le développement personnel dans le but de prendre soin de soi. Pour cela, il faut mobiliser les ressources propres des institutions et de la communauté afin de chercher d'une manière créative des espaces pour développer des intérêts et des aptitudes à rencontrer les "autres".

Pouvoir travailler depuis une situation de "penser en santé" est une priorité, il s'agit de renforcer les facteurs de protection d'une communauté. La prévention devrait en effet jouer un rôle essentiel dans les stratégies du secteur santé, dans un éventail large et intersectoriel. Pouvoir travailler de manière interdisciplinaire par le biais de rôles définis, en articulant les ressources existantes dans la communauté: non gouvernementales, religieuses, leaders communautaires, etc.

Systématisation de l'expérience

Historique de la Demande:

Le programme, qui se situe dans la ligne recherche-action, est le résultat d'une systématisation d'actions réalisées au cours de deux étapes différentes. La première appartient à l'organisation et à la mise en œuvre du travail Institutionnel de l'Ecole, la deuxième, à la Formation des Promoteurs, avec évaluation et suivi.

Ces interventions ont été réalisées dans le cadre d'une demande faite par une institution scolaire au service de Prévention de la Maison du Jeune. Cette préoccupation naît à la fin 1996 avec la demande de soins faite par un professeur pour quelques-uns de ses élèves qui avaient des difficultés avec *l'alcool*.

A partir de cette situation un rapprochement inter-institution a eu lieu, avec la possibilité de mettre en œuvre des activités de prévention à l'école, avec la première étape de *diagnostic*. De cette manière, un suivi de plus en plus approfondi et détaillé de la demande a été réalisé et le Service de Prévention a proposé que cet intérêt personnel du professeur soit communiqué aux autorités dont il dépendait, dans le but de créer et de concrétiser un espace de travail avec l'Ecole et quelques professeurs intéressés à y participer.

A la suite de cet échange, on propose de réaliser des activités avec des professeurs à l'Ecole; les activités retenues sont les suivantes:

- 1) La Maison du Jeune assure la formation des "Promoteurs de Santé", élus par vote dans les différents cours; convocation de professeurs bénévoles dans le rôle de professeurs guide.
- 2) Dans l'Institution scolaire, des réunions conjointes entre les professeurs, les tuteurs et les élèves sont organisées afin d'informer sur le projet et de mener une enquête destinée à choisir les contenus à développer au cours des activités.

La deuxième Etape, commence au début du programme de Formation des Promoteurs de la Santé.

Méthodologie du travail

Cette dernière est établie sur la base de l'atelier en tant qu'espace et moment "d'expérience, de réflexion" et "de conceptualisation" synthèse du penser, du sentir et du faire, soit le lieu de la participation, de l'apprentissage et de la systématisation des connaissances.

L'atelier en tant que modalité opérationnelle nécessite un travail de groupe. La construction et la consolidation des groupes implique un processus dans lequel les participants se préparent à éprouver leur réalité propre, en prenant conscience de celle des autres.

L'*objectif* principal de la dynamique du groupe est d'aider dans les processus de personnalisation dans lequel *on passe de la pluralité à l'unification*, la formation de l'équipe de support est réalisée dans le but de favoriser la participation organisée des matières réelles.

Développement

Les professionnels de la Maison du Jeune ont accepté la demande du professeur, qui a été communiqué à la Directrice et aux professeurs bénévoles en vue d'obtenir un

espace commun de diagnostic et d'élaborer les propositions de travail. Dans cette première réunion, il a été décidé de réaliser un Projet de Promoteurs de la Santé pour l'Institution, lequel comporte:

Des Professeurs Bénévoles qui ont la responsabilité de travailler transversalement, selon les thématiques présentées par les professionnels de la Maison du Jeune.

Des Professeurs Guide, qui ont la responsabilité de l'élaboration et de l'exécution du projet avec les élèves.

Des Elèves Promoteurs de la Santé Bénévoles, élèves élus par le vote des leurs camarades de classe, et engagés à suivre une formation mensuelle à la Maison du Jeune et à travailler de manière continue dans ces domaines, à l'Ecole et dans l'environnement scolaire, avec le support des professeurs guides et les professionnels de la Maison du Jeune.

Et l'Institution Scolaire, qui, conjointement à l'équipe psycho-éducative et les professeurs, assiste les élèves bénévoles dans le but de *mener une enquête* dans l'Institution pour connaître les besoins systématiques de leurs camarades.

Cette enquête a été réalisée sur 600 élèves de l'école. Les *sujets* sélectionnés comme étant prioritaires ont été: *addictions violence sexualité*.

Les ateliers de la maison du Jeune ont eu lieu dans le courant *d'une année, chaque mois, avec conseil tous les quinze jours*. En ce qui concerne les activités développées par les élèves promoteurs à l'Ecole, elles ont été:

- Présentation du Groupe de Promoteurs

- Conférences dans les différents cours

- Projection de vidéos de prévention

- Organisation de journées sportives

- Concours sur des idées de prévention

- Elaboration d'un dossier avec les sujets traités dans les différentes réunions.

- Evaluation et clôture

Les indicateurs pris en compte pour l'évaluation finale sont:

Assistance: a) **Elèves promoteurs**, mesuré selon le nombre d'élèves inscrits, soit 32, le nombre de filles n'a pas changé, celui des garçons a diminué de 20 à 10. b) **Professeurs**, mesuré selon le nombre des inscrits, 16; des bénévoles qui travaillaient selon les matières assignées, et les professeurs guides. Parmi ces derniers, sept sont restés et ont formé le groupe de professeurs guides (il faut remarquer qu'il s'agissait exclusivement de femmes).

Engagement des élèves avec leur rôle. Evalué selon les activités qu'ils ont convenu de réaliser à l'école et celles qui ont pu être menées à bien.

Les activités suivantes ont été menées à bien:

- Ils ont établi un espace de travail hebdomadaire, où ils ont consolidé le groupe et les activités proposées.
- Ils ont continué leur contact avec la Maison du Jeune.
- Ils ont travaillé en groupe pour l'élaboration d'un logo de promoteurs afin de les identifier.
- Présentation d'affiches sur les sujets traités.
- Elaboration d'un dossier sur les sujets traités.
- Organisation d'activités de loisir et programme de fermeture de fin d'année.

Evaluation de chaque atelier

Ils ont travaillé en groupe et individuellement, par le biais de questions anonymes concernant le contenu thématique des professionnels, technique utilisée pour le

développement de l'atelier et la participation individuelle et en groupes des élèves, en ce qui concerne l'acquisition de connaissances.

- Fédération d'Organisations Non Gouvernementales d'Argentine pour la Prévention et le Traitement de l'Abus de Drogues (FONGA)

Cette Fédération est constituée de 44 institutions qui travaillent dans le domaine de la prévention et des soins aux personnes toxicomanes. Les programmes d'aide comprennent des communautés thérapeutiques et des programmes de traitement ambulatoire.

L'objectif de FONGA est de mettre en rapport les différentes institutions dans le développement de politiques complémentaires de formation et d'intégration des ressources, des projets communs de prévention et de recherche, et, en même temps d'établir des conventions avec les pouvoirs publics et d'agir en tant qu'organisme conseil des structures gouvernementales.

En septembre 1993 elle a signé une convention de coopération technique avec le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale du pays.

En 1994 elle a signé une convention avec le Secrétariat pour la Prévention et les Soins des Addictions de la province qui a permis de réaliser trois projets: 1. **Fondroga**, un service gratuit, fonctionnant 24 heures par jour, destiné à la communauté: information et orientation pour des personnes et des familles aux prises avec des problèmes d'abus de drogues. 2. **Formation dans des communautés thérapeutiques**, sous la modalité d'hébergement. 3. **Cours de formation sur la problématique addictive**, destinés aux magistrats, fonctionnaires et personnel du Département Judiciaire.

En 1996, elle a organisé le Séminaire Itinérant: "Drogues et Addictions: Prévention et Traitement", réalisé dans le cadre du **PROGRAMME CONOSUR**, subventionné par l'Union Européenne.

FONGA a constitué le réseau des institutions assurant des soins en Toxicomanies (**RIPAD**) constitué de représentants des institutions de FONGA.

8.2.2. Chili

Le Conseil National pour le Contrôle des Stupéfiants (CONACE) fait état de plusieurs initiatives pour la Prévention des Toxicomanies:

Création et développement du Système National d'Information sur les Drogues

Ce système comprend la réalisation de diagnostics périodiques par le biais d'enquêtes nationales, études qualitatives et études auprès de populations spécifiques, mises en œuvre par le secrétariat exécutif du CONACE.

Comité Coordinateur de Prévention

Ce comité fonctionne depuis 1992. Constitué de tous les ministères représentés dans le Conseil National, il a été établi dans le but de coordonner toute l'action qui résume la réponse publique en la matière, et analyse l'évolution de onze programmes, projets et actions, au niveau national, dont la responsabilité est placée sous l'égide d'un, voire deux ou trois Secrétariats d'Etat. Financé par le gouvernement allemand, ce comité a mis en œuvre un projet visant à renforcer l'image corporative du CONACE ainsi que l'ensemble des activités, réseaux sectoriels et réponse publique en général quant à l'axe stratégique de l'élaboration, de la production et de l'application de matériels de prévention, et des actions menées auprès populations concernées.

Coordination avec des Organismes Non Gouvernementaux

A partir de 1995 une coordination permanente a été établie avec les organismes non gouvernementaux qui développent des actions de prévention, de traitement, de recherche ou autres, en rapport avec la consommation de drogues tant au niveau régional que national. Cette coordination se traduit par:

- Des réunions bilatérales ou multilatérales chaque mois, dans le but d'échanger des opinions sur des sujets spécifiques, ainsi que des expériences sur des travaux en cours.
- Participation dans l'organisation, la planification et l'exécution de séminaires et d'événements selon les besoins nouveaux.

Au cours de l'année 1996 a eu lieu le Séminaire "Les Drogues, une Vision de l'Etat et de la Société Civile", qui a créé un espace de réflexion sur la relation qui devrait exister entre l'état et les organismes non gouvernementaux. Un premier séminaire itinérant a été aussi mis en œuvre, le programme **CONOSUR**, qui dépend au Chili de l'**Université "Diego Portales"**, pour la formation du personnel socio-sanitaire dans le domaine de la demande de drogues, et destiné à faciliter l'analyse des expériences en Argentine, au Paraguay et au Chili et dans quelques pays de la Communauté Européenne.

- Fréquence des comportements à risque chez les adolescents dont les parents sont des buveurs excessifs

Dans le but de prévenir les addictions chez les mineurs, la Faculté de Médecine de l'Université du Chili a réalisé une étude visant à expliquer comment la consommation d'alcool des parents détermine des comportements à risque chez les enfants. L'ensemble de ces comportements était défini comme les comportements susceptibles d'augmenter la possibilité de voir survenir des problèmes de santé dans l'avenir. A cet effet, 1904 jeunes de la ville de Santiago ont été interrogés, entre la septième primaire et la quatrième moyenne. La sélection, stratifiée, a été réalisée par le biais de conglomérats, en trois étapes, avec une marge d'erreur de 2,5% et un niveau de confiance de 95%. Ils ont été soumis à une version modifiée et éprouvée au Chili du "Minnesota Adolescent Health Survey", comportant des questions sur la consommation de substances chimiques (tabac, alcool, marijuana, cocaïne, solvants volatils, amphétamines et autres drogues), les attitudes antisociales (vandalisme, agression individuelle, en groupe et vol) et sur la présence de symptômes émotionnels.

Les résultats ont mis en évidence une différence statistiquement significative entre les enfants de parents buveurs occasionnels et le groupe étudié, au sens où ce dernier présentait une fréquence plus élevée de consommation de substances chimiques, d'attitudes antisociales et de symptôme émotionnels. On conclut que le fait d'être l'enfant d'un alcoolique ou d'un buveur fréquent d'alcool constitue un facteur de vulnérabilité face à une consommation plus importante de substances chimiques et à d'autres conduites à risque pendant l'adolescence.

La consommation abusive d'alcool par le père ou la mère est en rapport direct avec la consommation d'alcool et d'autres substances chimiques par les adolescents, comme cela a été prouvé par ce travail.

Les conduites antisociales telles que le vandalisme (la destruction d'objets), l'agression individuelle ou en groupe et le vol sont aussi plus fréquentes chez les jeunes dont les parents sont des buveurs abusifs d'alcool.

Les résultats sont statistiquement significatifs en ce qui concerne la corrélation entre la consommation abusive d'alcool chez les parents et l'apparition de conduites à risque chez leurs enfants.

L'impact de la consommation d'alcool par la mère est encore plus frappant, ce qui peut être expliqué à différents niveaux: l'importance du lien mère-enfant est corroborée, ainsi que le fait que l'alcoolisme chez la femme soit plus sévère et ait une base génétique plus élevée.

Ces données sont très intéressantes pour la création d'activités de prévention, tant au niveau de la prévention primaire que secondaire. La multicausalité de ces problèmes exige que les interventions soient abordées d'une manière intégrale et sous une optique systématique, portant sur l'adolescent et son environnement, notamment familial.

- La Prévention prénatale: consommation et grossesse

Le nombre alarmant de femmes enceintes consommatrices de pâte base, exige sans retard la mise en place d'un programme pour leur protection.

Depuis 1994, *le service de la santé métropolitaine sud orientale* (SSMSO) a diagnostiqué 110 enfants de mères consommatrices de pâte base et de chlorhydrate de cocaïne, substances prises seules ou associées à de l'alcool ou à d'autres drogues. 70 enfants ont été étudiés, dont 34% présentaient un poids faible à la naissance, 20% sont petits en rapport à l'âge de gestation. Il existe aussi une augmentation de la fréquence de cardiopathies congénitales (10%), convulsions (10%), apnées (14%), morts soudaines, 23 sur mille, hyperactivité, troubles du sommeil et agressivité. Leurs hospitalisations sont plus fréquentes, plus graves et plus longues; en général, ils ont besoin de mesures de protection qu'ils reçoivent de plusieurs institutions. Tout cela se traduit par des limitations physiques, intellectuelles et sociales pour ces mineurs, et des frais sociaux considérables en santé, éducation, justice, etc. C'est pourquoi la toxicomanie fœtale nécessite une prévention urgente.

La Toxicomanie Fœtale

La consommation abusive de drogues pendant la grossesse, notamment de pâte base, est très répandue dans la Zone Métropolitaine Sud Orientale (AMSO) de Santiago; de nombreuses communes sont touchées. Cette zone comprend une population de 1.200.000 habitants et subit les problèmes socio-économiques les plus graves de toute la Zone Métropolitaine.

A la maternité de l'Hôpital Sótero del Río, seul un tiers voire un quart des femmes enceinte consommatrices de pâte base sont détectées à cause de la difficulté de détecter les antécédents de toxicomanie, il en est de même pour les adolescentes enceintes qui sont contrôlées par l'Unité de la Santé des Adolescentes du Service de Pédiatrie.

Plus de 110 enfants de mères consommatrices de pâte base ont été diagnostiqués au cours des dernières années. Seuls les antécédents de 70 d'entre eux ont pu être

analysés étant donné que ces mères fréquentent très peu le Service de la Santé. 41% sont suivis assez régulièrement, soit ceux qui ont été pris en charge par des membres de la famille ou par des personnes étrangères à la famille; les autres, 59%, ont un suivi irrégulier ou aucun suivi du tout.

Les caractéristiques des femmes enceintes consommatrices de pâte base, sont les suivantes:

25% sont adolescentes, 51% célibataires, plus de 34% en situation légale irrégulière; le total est de 85%, ce qui représente un problème économique énorme et une charge sociale considérable pour l'Etat.

Conclusions

On peut conclure que la consommation de drogues au cours de la grossesse provoque des dommages sérieux et irréversibles pour le fœtus, dont de nombreux troubles physiques, intellectuels, ainsi que des conséquences sociales.

- Des altérations du système nerveux central avec un retard du développement psychomoteur, des troubles du langage, de l'intelligence et du comportement; ces enfants auront besoin d'un traitement médical particulier, autant que possible supervisé par une équipe multidisciplinaire, et ils auront également besoin d'une éducation spéciale.
- Dénutrition prénatale et/ou postnatale entraînant un besoin de support nutritionnel ou, dans les cas les plus graves, une prise en charge par les centres nutritionnels.
- Augmentation de la morbidité et la mortalité due à une déficience immunitaire, ce qui, ajouté à un environnement familial défavorable, provoque des pathologies plus sévères en évolution continue exigeant des hospitalisations longues dans des unités plus complexes, avec une dépense de santé plus importante.
- Abandon familial entraînant un besoin de support social, avec des ressources de protection afin que ces mineurs soient adoptés, accueillis ou pris en charge par d'autres membres de la famille.

- Difficulté de rééducation des parents, à cause du manque de prise de conscience de leur maladie et de l'addiction rapide aux drogues, notamment à la pâte base. De plus, les groupes psychothérapeutiques et les institutions consacrées à la rééducation ne sont pas appropriées, ni en nombre ni en capacité, à ces très longues thérapies.

8.2.3. Uruguay

La Junta Nacional de Drogas mentionne que la réduction de la demande est une priorité pour les organisateurs des différentes interventions qui luttent contre l'abus de substances psychoactives. Cette dernière doit être menée à bien par le biais de la coordination et de l'exécution d'actions de prévention de la consommation de drogues. Concrètement, les démarches suivantes sont proposées:

Activités et programmes

- Organisation Coordination de *Foros Por la Vida*
- Information/Sensibilisation/Capacité des Professeurs de l'Education Publique et Privée.
- Coordination avec le Secteur Santé: médecins, licenciés et assistants en soins infirmiers.
- Coordination des activités avec les ONG
- Participation à des événements nationaux et internationaux en représentation de la *Junta Nacional de Drogas* (JND)
- Coordination de la Coopération Internationale afin de donner un support à la Prévention, Promotion, Traitement et Rééducation.
- Coordination de campagnes de diffusion dans les médias de masse et les médias moins importants.
- Conception de matériel de support, graphique et audiovisuel.

Initiative “Vivre”

Orientée vers les parents et les éducateurs qui sont invités à rappeler leur propre adolescence, afin d'aider ceux qui la vivent au moment présent, les adolescents avec qui ils vivent ou qu'ils sont chargés d'éduquer.

“Vivre” appelle à rappeler ce cycle de vie:

- Une morale autonome apparaît; les règles émanent des relations de réciprocité et de coopération, et non de l'imposition des adultes.
- Il s'agit d'une période où surviennent des changements corporels, affectifs, cognitifs, des valeurs et des relations sociales.
- L'adolescent a un besoin énorme de reconnaissance et d'acceptation pour façonner une idée positive de lui-même.

Les adolescents et la consommation de drogues

- Il est essentiel d'essayer de retarder le plus possible le moment du premier contact, car plus jeune est la personne qui commence la consommation, plus élevé est le risque d'avoir par la suite des problèmes avec les drogues.

Il faut donc intensifier les actions préventives auprès des adolescents, en travaillant surtout les relations des élèves avec leurs groupes d'amis, étant donné que les premières consommations ont lieu presque toujours avec le groupe d'amis.

- La drogue la plus consommée chez les écoliers de 14 à 18 ans est l'alcool (plus d'un tiers des écoliers consomment de l'alcool de façon régulière)
- Il faut avertir les élèves des techniques marketing de vente d'alcool.
- Il faut réfléchir avec les adolescents sur l'idée qu'ils se font de la consommation d'alcool, laquelle n'est pas très différente de celle de l'ensemble de la société: les risques de l'usage des drogues légales sont sous-évalués face à ceux des drogues illégales.

- Renforcer la capacité de résistance à la pression du groupe.
- Atténuer la relation entre la maturité et l'habitude de fumer ou de boire.

La consommation plus intensive des week-ends montre l'association existant entre loisir et consommation de drogues, ce qui implique le besoin de promouvoir des habitudes saines pendant les temps libres.

Cannabis

Une consommation tardive de marijuana est un des objectifs majeurs de la prévention, car elle retarde le moment du premier contact avec l'ensemble des drogues illicites.

Tranquillisants

Beaucoup de jeunes déclarent avoir consommé parfois des tranquillisants non prescrits. Cela implique que la disponibilité de ces drogues devrait être réduite et qu'il faudrait aussi éviter d'offrir des modèles de consommation abusive.

Ecstasy, LSD et Speed

Ces trois drogues sont les plus consommées par les jeunes au moment où ils commencent une spirale de consommation.

Pour certains jeunes consommateurs les drogues sont un but en soi, lié au plaisir, à la musique et à la vie nocturne, et un signe d'identité qui les distingue des non consommateurs.

Les effets expliqués par les consommateurs d'ecstasy (MDMA et similaires) nous fournissent une indication sur la cause de son succès auprès des jeunes: étant donné que cette drogue **agit surtout en augmentant la sociabilité et en apportant une cohésion du groupe pratique et rapide (mais fictive)**, on ne doit pas s'étonner de voir son usage se répandre aussi facilement, du fait du cadre de référence qu'il apporte à la vie sociale dans ce groupe d'âge.

En conséquence, renforcer la résistance à la pression du groupe, favoriser la capacité d'établir des relations qui ne dépendent pas de ce groupe et promouvoir des signes d'identité contraires à l'usage de drogues sont des objectifs prioritaires de notre intervention.

De plus, les nouvelles formes d'exploitation économique du loisir des jeunes (macro-discothèques où l'on danse sur une musique plus ou moins "hypnotique") ont favorisé des règles d'utilisation du temps libre qui combinent l'usage des drogues avec la danse, la musique, le mouvement...

En conséquence, la mise en place d'alternatives de temps libre et l'éducation des attitudes favorables à une occupation créative du loisir (le développement de hobbies et d'intérêts) est aussi une tâche préventive de premier ordre.

Autres drogues

La consommation d'autres drogues, dont l'un usage est plus ou moins fréquent dans notre société (cocaïne), a une influence très faible parmi les écoliers. Pour un pays tel que l'Uruguay cependant, le problème de la cocaïne équivaut à la place qu'elle occupe dans le discours social, car elle est par excellence le symbole de "la drogue".

8.2.4. Nicaragua

- Programme de prévention intégrale adressé à des jeunes à risque.

Managua (Nicaragua)

Organisme commanditaire: *Ayuntamiento de Sevilla*.

- Période d'exécution

12 mois

- Partenaire local

ACRA-INPRHU⁸⁴

- Antécédents et contexte

La situation au Nicaragua est très influencée par la guerre et les catastrophes nationales, qui précarisé l'économie et influencé l'apparition de très graves problèmes sociaux:

- 620.000 personnes déplacées
- 10.000 infirmes de guerre
- 600.000 enfants vivant dans des circonstances difficiles, dont 6.000 vivent dans la rue en situation d'abandon.

La plupart des mineurs en situation à risque vivent dans des "foyers" familiaux incomplets et cohabitent souvent avec les nouveaux partenaires de leurs mères. Cette situation associée à l'extrême pauvreté provoque des cas d'abandon, d'abus sexuels et d'enfants maltraités, ce qui dans un pourcentage élevé conduit les mineurs dans la rue.

Une augmentation dangereuse du nombre d'enfants et de jeunes (5-18 ans) consommateurs réguliers de drogues a été notée. Ces groupes ont des comportements destructeurs tant pour eux mêmes que pour la société, et il n'existe pas d'alternative viable à cette situation (il n'existe pas de politiques ou de stratégies réelles sur ce type de projets).

"Au niveau théorique, il existe un cadre légal permettant de faire face au problème, mais en réalité la situation sociale ne permet pas d'attribuer des ressources à son application" ("Intercambio" 1999)

⁸⁴ **ACRA**: ONG italienne en activité depuis 30 ans, qui travaille en Afrique et en Amérique Latine, orientée vers des projets de développement rural continu. **INPRHU**: ONG nicaraguayenne possédant une longue expérience de travail avec des populations marginales, et des activités aux endroits où le Projet est mis en oeuvre.

En général, consommer procède d'une raison thérapeutique: on consomme pour suivre une situation telle que:

- Désagrégation de la famille
- Maltraitance et abus sexuels
- Travail des enfants
- Manque de scolarisation
- Infrastructures très déficientes
- Attention sanitaire insuffisante (premières manifestations de malaria à cause de la proximité de plusieurs localités du Lac de Managua).

- Objectifs du Programme

Objectif général

Améliorer la qualité de vie et les perspectives d'avenir de la population cible, à partir du développement d'actions de prévention des toxicomanies qui influencent les facteurs de risque de manière directe.

Objectifs Spécifiques

- Donner la formation nécessaire à un groupe de promoteurs et de médiateurs en vue du développement d'actions préventives, en leur apportant les ressources techniques et l'assistance nécessaires au développement de leur tâche.
- Etablir les programmes de prévention à partir de la mise en fonctionnement d'ateliers de formation pré-emploi.
- Supporter les mineurs et les jeunes à risque qui font partie des actions programmées.

- Impliquer les ressources formelles et informelles du proche environnement prochain, dans le développement des actions préventives.
- Favoriser le suivi et la diffusion des objectifs atteints, au sein du réseau des ONG travaillant dans le domaine de la prévention des toxicomanies au Nicaragua, afin d'appuyer l'effectivité des actions en cours et d'augmenter leur effet multiplicateur.

- Actions à réaliser

- *Action 1*

Mise en application du Programme et implication des classes concernées dans son développement.

- Acteur: Coordinateur du Programme.

Afin d'équilibrer les coûts, le cours de formation des formateurs est programmé comme suite de cette activité.

- *Action 2*

Mise en œuvre d'un cours de formation de formateurs, pour former les techniciens des institutions partenaires du Projet, en vue du travail de prévention.

Acteurs

Deux techniciens espagnols connaissant bien la formation et la mise en œuvre de programmes de prévention des toxicomanies.

Destinataires

- Ressources humaines du Partenariat ACRA-INPRHU: 14 techniciens.
- Responsables scolaires et communautaires des foyers pour l'extension des programmes préventifs: 12 promoteurs (4 par foyer).
- Responsables gouvernementaux de type local.

- 6 agents locaux (2 par foyer).
- Membres du réseau des ONG qui travaillent dans le domaine de la prévention (à cet égard, et même si par la suite ils ne sont pas directement impliqués dans le projet, le but est de rentabiliser l'effet multiplicateur de l'action, d'accroître sa visibilité et de trouver des supports pour une autosuffisance future).

- Action 3

Révision et édition de matériels pour la formation et l'extension des programmes préventifs, à partir du fonds éditorial de la FAD.

Acteurs

Equipe technique de la FAD, en coordination avec l'équipe technique d'ACRA-INPRHU.

Destinataires

Matériel destiné à la formation de médiateurs et mise en fonctionnement des Programmes préventifs: 150 jeux de matériel.

Matériel destiné à la population cible: 1.500 jeux de matériel, séparé selon deux niveaux d'âge.

- Action 4

Réalisation de trois cours de formation de médiateurs, un par foyer, dans lesquels on travaille la formation des assistants et l'élaboration et la mise en fonctionnement des futurs programmes de prévention des toxicomanies dans des ateliers de pré-emploi et en connexion avec les parcelles de socialisation des populations cible, l'école et la communauté.

Acteurs

Les 14 techniciens formés dans le processus de formation de formateurs, seront les responsables de la mise en œuvre des cours de formation de médiateurs, ainsi que de la mise en fonctionnement des programmes de prévention (trois cours, un par foyer)

Destinataires

- Les moniteurs des ateliers pré-emploi: 6 moniteurs (2 par foyer).
- Les éducateurs sociaux qui exercent leur tâche dans les foyers: 9 éducateurs sociaux (3 par foyer)
- Membres des plates-formes de participation communautaire: 12 leaders des communautés (4 par foyer)
- Professeurs des centres scolaires susceptibles d'être en lien avec la population cible: 12 professeurs (4 par foyer)
- Médiateurs d'autres ONG qui développent des programmes communautaires dans les foyers concernés par le Programme: 15 médiateurs (5 par foyer).

- Action 5

Mise en fonctionnement des programmes de prévention, à partir des ateliers de pré-emploi. Les zones de travail, parmi lesquelles un atelier pour chaque foyer sont sélectionnées, en fonction des possibilités réelles d'emploi du milieu: sérigraphie, menuiserie, boulangerie.

Acteurs

- L'équipe de coordination: 4 coordinateurs (1 coordinateur général et 1 coordinateur par foyer)
- Le reste des acteurs de cette action sont ceux qui ont participé à l'action 4.

Destinataires directs

- Participation dans les ateliers de pré-emploi: 180 jeunes (60 par foyer).

- Les jeunes avec qui les médiateurs formés travaillent et qui reçoivent le matériel préventif: 1.320 jeunes.

- Action 6

Support psycho-éducatif donné à une population de 45 jeunes à risque, à partir d'une équipe multiprofessionnelle constituée des coordinateurs du foyer, d'un psychoéducateur possédant une expertise de travail avec une population marginale, qui coordonne l'action de l'équipe.

Acteurs

Equipe psycho-éducatrice: 4 membres.

Destinataires

45 jeunes en situation à risque: 15 par foyer.

- Action 7

Apporter un support à l'implémentation des programmes préventifs en cours, ainsi qu'aux possibilités de viabilité et d'autosuffisance, à partir de l'implication d'organismes de type local ou régional.

Acteurs

Expert espagnol en coordination avec le responsable local du Projet.

- Action 8

Des réunions périodiques (trimestrielles) permettant la participation et le suivi du projet par les représentants des ONG qui font partie du réseau de Prévention.

- Action 9

Mission d'évaluation finale du Projet

Acteurs

Expert espagnol en coordination avec le responsable local du Projet.

8.2.5. Colombie

Les ressources de l'Etat ont été destinées historiquement à résoudre le problème de la consommation par des systèmes de répression et seule une proportion très faible de ces ressources est destinée aux programmes d'éducation et de prévention. La prévention possède une histoire très récente en Colombie, soit de 15 à 20 ans, il s'agit d'un processus en construction. Les stratégies centrées sur la crainte et la peur ont été remplacées par des stratégies d'empowerment de la personne quant à la prise de décisions, le soin de soi-même et la prise de conscience.

“On utilise des stratégies d'information et de formation qui mettent l'accent sur la situation sociale, familiale, scolaire, individuelle et de travail; pour tenter de construire sur cette base une pensée nouvelle, des façons de communiquer différentes dans lesquelles le respect de soi, de l'autre et de l'environnement social, sont des éléments clés dans la dynamique de prévention.”⁸⁵

D'un autre point de vue, soulignons le travail de l'organisation ‘**SURGIR**’, dont le directeur, Jorge Melguizo, commente les caractéristiques des ses propositions pour la prévention des toxicomanies.⁸⁶

L'optique de SURGIR est déterminée par le modèle des facteurs de risque et des facteurs de protection, ainsi que par une influence importante du modèle psychosocial, qui prend en considération l'ensemble des relations sociales de la personne et de comment celle-ci détermine ses positions idéologiques et ses attitudes, en ce qui concerne les drogues et les situations découlant de leur consommation.

Une des stratégies les plus utilisées, est la captation de médiateurs sociaux (professeurs, leaders communautaires, animateurs de groupes de jeunes, etc.) qui sont formés afin de mener à leur tour les actions de prévention à l'école.

⁸⁵ TELLO, Angela, Directrice Exécutive de la Coorporation Caminos. “Intercambio” N°.5.1999.

⁸⁶ “Intercambio” Ed. FAD. N°2, 1998.

Au moment d'intervenir en prévention, tant au niveau général que depuis SURGIR, la nouvelle tendance est de promouvoir la mise en place de réseaux de participation sociale permettant de renforcer les instances de discussion et d'analyse des propositions éducatives et préventives présentées tant au niveau local qu'au niveau national.

Avec la mise en œuvre de son projet “**L'aventure de la Vie**” elle est présente dans les départements de la Vallée du Cauca dans 19 institutions éducatives; dans le Département d'Antioquia dans 7 Communes, et à Medellín et son aire Métropolitaine, où son développement est plus intense.

Avec le projet “**Projet Réseau**” de formation d'éducateurs pour la prévention de l'usage abusif de drogues, réalisé pour le Vice-ministère de la Jeunesse, elle a implanté des actions de prévention en milieu scolaire, dans 25 départements, 95 communes, 190 institutions éducatives.

8.2.6. Bolivie

Selon le guide pour l'action sociale “**Carte de la pauvreté**” publié par le Ministère du Développement Humain de Bolivie, plus d'un tiers des familles boliviennes vivent dans une extrême pauvreté (31.7% des familles vivent dans des conditions de marginalité, et 33% présentent une pauvreté modérée). Cette réalité socio-économique détermine l'âge du début du travail en Bolivie, soit 8 ans, avec une tendance importante à réduire encore cet âge à 6 ans, au moment où la personne commence à peine à comprendre sa propre existence.

Il existe dans ce pays quelque 569.000 enfants et adolescents qui travaillent, c'est-à-dire, 28.5% de la population comprise entre 7 et 18 ans. 138.000 travaillent avec leurs familles sans rémunération et 431.000 travaillent avec rémunération, dont environ 164.000 dans les zones urbaines.

Pour faire face à cette situation, **Enda-Bolivia** a proposé la mise en œuvre d'un programme alternatif de prévention intégrale de l'exclusion chez la population des enfants et des jeunes de et dans la rue de Bolivie, dont la tâche essentielle serait le

développement d'un processus pédagogico-social alternatif incluant une formation intégrale en faveur de l'enfant en situation de risque.

Objectifs essentiels

- Diminuer le risque des enfants et des adolescents dans la rue.
- Améliorer leur socialisation.
- Favoriser leur intégration communautaire.

Etapes

Le programme se développe suivant cinq étapes constituant le processus pédagogico-social d'Enda-Bolivia, à savoir:

- Sous-culture de la rue.
- Intégration communautaire précoce.
- Responsabilité personnelle.
- Réinsertion dans le monde du travail.
- Insertion sociale.

Aires du Programme

En vue d'assurer l'intégrité du développement des enfants de et dans la rue, Enda-Bolivia travaille avec une équipe multidisciplinaire de professionnels afin de couvrir toutes les aires importantes en vue d'atteindre cet objectif.

Aire socio-juridique

- Réinsertion familiale, support et suivi social.
- Renforcement de l'emploi.

- Incorporation au monde du travail.
- Organisation communautaire.
- Dortoirs communautaires et d'urgence.
- Système d'épargne social communautaire.

Aire psycho-éducative

- Réinsertion, suivi, support et évaluation.
- Orientation professionnelle et formation.
- Culture, sport et récréation.

Aire de la Santé et de la nutrition

- Soins de santé: médecine générale, odontologie, infirmerie et pharmacie.
- Santé préventive: réunions éducatives et programmes de santé.
- Nutrition: salles à manger et réunions éducatives.

Aire des ressources de travail

- Pré-ateliers.
- Unités sociales productives.
- Banque d'emplois.
- Formation pour le travail.

Aire de recherche, communication et projets

- Recherche sociale sur la problématique des enfants de et dans la rue.
- Information, diffusion et communication de l'expérience institutionnelle.

- Elaboration de projets.

Stratégies du programme

Pour atteindre les objectifs du programme et dans le but de mettre en œuvre tous les projets et avant-projets, les stratégies suivantes ont été envisagées:

- Stratégie de recherche et de communication.
- Stratégie de gestion participative.
- Stratégie de services.
- Stratégie de ressources de travail.
- Stratégie d'insertion dans le monde du travail.
- Stratégie de formation de ressources humaines.

Villes d'action

Enda-Bolivia travaille aujourd’hui dans les villes les plus pauvres de Bolivie.

En tant que programme, Enda-Bolivia travaille dans les villes de El Alto (La Paz) zone de l’Altiplano et les villes de Trinidad, Guayaramerín et Riberalta du Département Beni, une zone tropicale amazonienne frontalière du Brésil.

8.2.7. Vénézuela

Le Centre de Recherches pour l’Enfance et la Famille, de l’Université Métropolitaine de Caracas, a organisé un Forum appelé “Prévention de l’usage et de l’abus de drogues dans le cadre communautaire, familial et scolaire”. Les conseils suivants ont été donnés:

- Une politique de **prévention intégrale**. Dans le domaine de la prévention, une coordination intersectorielle des différents ministères et institutions des domaines

éducatif, judiciaire, social et de santé, a été mise en pratique. L'ensemble des éléments de cette coordination composent la Commission National Antidrogues.

- Le besoin de passer d'une orientation reposant sur la réduction de l'offre des drogues, à une **réduction de la consommation par le biais de l'éducation**.

- **L'éducation est comprise** comme le processus qui commence à la maison, **dans le sein de la famille**, dans les tâches de tous les jours, et qui repose entre les mains des premiers et véritables éducateurs des enfants: les parents.

- **L'école**, avec sa capacité pour détecter les facteurs de risque, pour intervenir de manière précoce dans le milieu des enfants et des adolescents et dans leur communauté, est considérée comme **un partenaire la prévention**.

- **Nécessité de mettre en liaison les réseaux nationaux et internationaux dans le but de travailler de manière conjointe dans le domaine de la prévention**, en optimisant les ressources matérielles et humaines. L'importance des programmes de coopération internationale a été constatée au Venezuela par la participation à des programmes régionaux tels que ceux que la **FAD** a réalisé avec succès dans les rencontres de Lima et de Medellín en août 1996, avec la participation de **19 ONG des pays du Pacte Andin**. Ce programme a renforcé les organisations au niveau institutionnel, en favorisant un consensus méthodologique, ainsi que le développement technique de ces institutions. Il a donné un cadre de référence pour la coopération dans le domaine des drogues, et il est devenu un pont bi-directionnel pour les programmes entre l'Europe et l'Amérique Latine.

8.2.8. El Salvador

“**FUNDASALVA**” est une institution à but non lucratif et non politique, qui travaille dans le domaine la prévention depuis 1989, à partir d'une initiative d'un groupe de professionnels et d'entrepreneurs, dans le but de lutter contre l'augmentation de l'usage abusif de drogues.

- Département et Prévention

“**FUNDASALVA**” travaille avec tous les groupes de population, en privilégiant les programmes destinés aux enfants et aux jeunes.

Les programmes destinés au secteur formel ont atteint une couverture nationale grâce à la coordination avec le Ministère de l'Education, sous la forme d'une convention, depuis 1990.

Dans le secteur non formel, les programmes ont été appliqués de manière directe avec les communautés en voie de développement, les communautés rurales et les communautés urbaines marginales.

- La convention avec le Ministère de l'Education a capitalisé à ce jour, une importante expérience de programmes:

- Programme modèle d'éducation préventive intégrale, niveau primaire.
 - Programme de service social des étudiants “Jeune sain”.
 - Ecole de parents.
 - Support au processus de réforme éducative au niveau d'éducation moyen (Aire de formation appliquée).
 - Prévention et attention psychosociale pour les enfants de la communauté éducative des anciennes zones difficiles.
 - Prévention et diminution de la violence chez les étudiants.
 - Programme de prévention dans les communautés identifiées à taux élevés de violence et présence de Maras (écoles EDUCA)
- Dans le secteur non formel, des Programmes ont été mis en oeuvre dans des Communes et Communautés en voie de développement, par le biais:**

- Des efforts coordonnés avec le Ministère de la Santé Publique et l'Assistance Sociale depuis 1992, par le biais d'une convention souscrite avec ce Ministère.
- Des interventions directes.

LA RÉINSERTION EN TOXICOMANIES

- Introduction
- 1. Support Institutionnel à la Réinsertion
- 2. Clarification terminologique
- 3. Ejemplo de Fase de Reinserción en programa de CT
- 4. Programa específico en CT de corta duración
- 5. Intervenciones y experiencias en España
- 6. Situación en Italia
- 7. Iniciativas en Grecia
- 8. Un Ejemplo Francés
- 9. Portugal: La ONG DIANOVA como Empresa de Inserción

CHAPITRE SEPTIEME

LA REINSERTION EN TOXICOMANIES

- Introduction

Les termes réinsertion, intégration ou incorporation sociale, indépendamment d'autres considérations sur les différences conceptuelles pouvant exister entre eux, sont utilisés indistinctement pour désigner la partie de l'intervention en toxicomanies qui est en rapport avec les processus de socialisation et de normalisation des individus en traitement.

Si, en général, on parle dans les programmes de réinsertion de cinq *aires* essentielles: des relations interpersonnelles, du travail, de la formation, de la santé et des loisirs, en pratique, toutes les ressources (Centres de Jour, Communautés Thérapeutiques, Centres de Traitement Ambulatoire, etc.) interviennent surtout dans l'aire du travail et, avec moins d'intensité, dans les aires de la formation, des relations interpersonnelles et des loisirs.

La réinsertion sociale d'une personne toxicomane est un processus qui commence à partir du premier jour de traitement, bien que dans de nombreux programmes cette phase soit située après la désintoxication. Ce modèle, si commun, est aujourd'hui périmé à cause de l'augmentation remarquable des programmes méthadone.⁸⁷

Il faudrait aussi parler de réinsertion dans l'environnement social de l'individu, au lieu de réinsertion dans la "société" en général, et cela serait déjà suffisant. Par ailleurs, pendant ce processus et au cours de la vie de tout patient, se succèdent une série de cycles, avec des avancées et des retours en arrière, jusqu'à la réinsertion sociale.

⁸⁷ En Espagne: 1.401 centres prescripteurs et/ou distributeurs de méthadone. 63.030 usagers. (Mémoire du Plan National Sur les Drogues, 1999)

A partir de ces cinq formules essentielles de réinsertion sociale, chaque patient montrera des points de vulnérabilité différents; ce qu'il est assez facile d'obtenir pour quelques-uns, peut être très difficile pour les autres. De quoi dépend cette variabilité ? Pour Jesús Cancelo⁸⁸, essentiellement des facteurs psychologiques et sociaux qui accompagnent tout individu.

Si on considère que les sociétés occidentales se sont adaptées au problème des drogues, il est raison de penser qu'aujourd'hui elles sont plus tolérantes avec ces dernières. Cela se traduit par un refus social moins remarquable, et par des changements qui peuvent être vérifiés sans difficultés, dans le domaine législatif, judiciaire, policier, sanitaire, du travail, de la formation, des services sociaux, etc., dont la philosophie semble favoriser l'intégration sociale du toxicomane. L'idée de "maladie" est de plus en plus acceptée en lieu et place des idées moralisatrices et répressives.

Mais, si les choses sont en train de changer, qu'est ce qui empêche les toxicomanes de s'intégrer de manière appropriée dans leur environnement social? Plusieurs facteurs: Manque de ressources sociales, de soins, de travail, etc. En tout état de cause, le postulat suit un autre chemin; il ne s'agit pas de tout voir en fonction du manque de moyens; les moyens matériels ne sont pas tout; si l'individu n'est pas prêt psychologiquement pour la réinsertion sociale ou s'il ne trouve pas de sens au fait de se réinsérer socialement, tôt ou tard, il échouera.

Il existe beaucoup d'expériences qui montrent l'intérêt presque inexistant des patients, par exemple, sous méthadone, pour participer aux activités de formation et de travail qui leur sont offertes (non stimulées économiquement): écoles de santé, activités sportives, groupes d'auto aide, etc. L'offre toute seule n'est pas suffisante, si elle n'est pas accompagnée de l'effort des professionnels pour encourager et conserver la motivation, jour après jour.

⁸⁸ CANCELO, J. "Re inserción en Drogodependencias: una respuesta a la Exclusión Social" (*réinsertion dans le domaine des pharmacodépendances, une réponse à l'exclusion sociale*) dans: procès-verbaux de la Rencontre Internationale. Ed. Junta de Castilla-La Mancha et GID.

Ceux qui approchent le phénomène des toxicomanies d'un point de vue de "missionnaire", se trompent. Les toxicomanes, en général, ne sont ni infirmes, ni handicapés mentaux, même si, au vu des résultats, on aurait pu le croire. Ils possèdent les qualités pour fonctionner comme tout un chacun, mais ils ne le font pas. Ils ont besoin d'attachement, mais ne savent pas agir seulement avec l'attachement. Ils ont besoin qu'on leur offre une occasion, mais quand cela arrive, souvent ils ne sont pas capables d'en profiter. C'est pourquoi il faudrait créer une "Théorie scientifique de la réinsertion sociale", pour mettre de l'ordre là où il n'y en a pas, pour éliminer l'improvisation et le "tout est bien", afin de faciliter la prise de décisions, en fonction de l'évolution de chaque patient.

En outre selon Jesús Cancelo, les deux facteurs qui nuisent le plus à la réinsertion sont: le facteur consommation (de drogues) et les variables psychologiques liées à la "personnalité" de chaque individu. Si le premier est éliminé, c'est-à-dire si l'individu abandonne la consommation de drogues illégales (programmes sans drogues, programmes de substitution, etc.), la plupart des patients peuvent arriver à une réinsertion acceptable, même par ses propres moyens.

En ce qui concerne le deuxième facteur, psychopathologique, il faudra l'aborder depuis une optique multidisciplinaire, et notamment aux niveaux psychothérapeutique et éducatif, à l'objet de modifier ou d'atténuer les attitudes et les comportements peu favorables à la réinsertion sociale.

Une quantité énorme de circonstances personnelles et biographiques conditionnent la réinsertion. Les uns ont été exclus à cause de la consommation de drogues, les autres, au contraire, se droguent parce qu'ils sont déjà exclus ou afin de mieux supporter l'exclusion; les uns présentent des symptômes psychopathologiques qui provoquent le déracinement, les autres des symptômes d'anxiété, de peur de l'échec, ou un manque d'habiletés sociales et d'estime de soi. Le renforcement positif ne fonctionne pas toujours, et le négatif moins encore.

Les uns veulent s'intégrer et ne peuvent pas, les autres fondent leur intégration sur la marginalité et sur la dépendance aux institutions. Cette manière d'être leur donne une identité et, même si cela semble contradictoire, une place dans le tissu social.

Devant cette situation chaotique, où pas même la notion de réinsertion n'est claire, il est impossible de prédire ou d'annoncer avec succès, le l'avenir de réinsertion de chaque individu. Les surprises apparaissent les unes après les autres. On ne peut pas dire que "tout dépend de l'individu", ni laisser tout à la "volonté du patient", car même si en fin de comptes c'était vrai, cela ne nous amènerait à rien. Il appartient à tous, et aux professionnels en particulier, de "guérir", de motiver, de créer des stratégies, de mobiliser des ressources, de sensibiliser la société, d'être des catalyseurs des changements, le tout à partir d'une théorie de la réinsertion sociale de plus en plus scientifique. (Cancelo, J., 1999).

1. Support Institutionnel à la Réinsertion

1.1. Le Cadre Institutionnel de l'Union Européenne⁸⁹

1.1.1. Les Fonds Structurels

Avec le fond de Cohésion, les Fonds Structurels⁹⁰ constituent le principal instrument de développement de la cohésion économique, sociale et territoriale de l'UE, et le facteur principal de sa modernisation productive.

Les Fonds Structurels appartiennent à des domaines thématiques d'intervention de la politique communautaire et financent des actions de modernisation des Etats membres, dans le domaine spécifique de leur action.

Ces Fonds sont:

⁸⁹ FRANCI, J. "Gestión de la Formación Continua en las Organizaciones". (*gestion de la formation continue dans les organisations*) Université de Barcelone, 1999.

⁹⁰ Instrument créé en 1992 en faveur des quatre pays les moins prospères de l'UE: l'Espagne, l'Irlande, le Portugal et la Grèce.

- FSE: Fonds Social Européen
- FEDER: Fonds Européen de Développement Régional
- FEOGA: Fonds Européen d'Orientation et Garantie Agricole
- IFOP: Instrument Financier d'Orientation à la Pêche. Fond de Cohésion.

Objectifs des Fonds Structurels

Trois objectifs prioritaires:

Objectif 1. Promouvoir le développement; l'ajustement structurel des régions moins développées.

Objectif 2. Appuyer la reconversion économique et sociale des zones en difficulté structurelle.

Objectif 3. Appuyer l'adaptation et la modernisation des politiques et des systèmes d'éducation, de formation et d'emploi. Cet objectif intervient financièrement en dehors des régions visées dans l'objectif 1 et assure un cadre de référence politique pour l'ensemble des actions en faveur des ressources humaines sur un territoire national, sans préjudice des spécifications régionales.

Le Fonds Social Européen

Le FSE intervient pour appuyer les mesures de prévention et de lutte contre le chômage et en faveur du développement des ressources humaines et d'intégration dans le marché du travail. Il a pour objectif de promouvoir un niveau d'emploi élevé, l'égalité entre les hommes et les femmes, le développement et la cohésion économique et sociale.

Le FSE participe spécialement à favoriser les actions mises en œuvre dans le cadre de la Stratégie Européenne de l'Emploi et des Lignes Directives pour l'emploi établies toutes les années. La Direction Générale de l'Emploi, des Relations du

Travail et des Affaires Sociales de la Commission, est le responsable communautaire de la gestion du FSE.

Structure de Support INTEGRA, Fonds Social Européen.⁹¹

A partir de la Structure de Support d'INTEGRA nous pouvons établir un bilan partiel de ce que les Initiatives Communautaires de l'Emploi, et notamment le chapitre INTEGRA, ont apporté dans le développement des actions et/ou des politiques précises destinées à des communautés connaissant des difficultés particulières d'insertion, dont les toxicomanes. Le chapitre INTEGRA porte aussi sur les immigrants, la population gitane, les personnes sans domicile, les femmes seules chargées de famille, etc.

Au début des années 90, la Commission Européenne a invité les Etats membres à présenter des demandes avec des programmes opérationnels nationaux, afin de mettre en œuvre de projets précis et innovateurs permettant l'accès au marché du travail des communautés qui présentent des difficultés particulières d'insertion, parmi lesquelles se trouvent les toxicomanes. Durant la période 1991-1994 et celle de 1994-1999, ces programmes opérationnelles articulaient et définissaient toute une série d'aspects que tout projet devait et/ou doit respecter. Il s'agit de projets dont la caractéristique principale est l'INNOVATION. Ils doivent représenter un pas qualitatif, un espace de laboratoire et d'essai, dans le travail direct avec ces communautés. L'idée de TERRITORIALITE implique d'agir depuis et dans le territoire, et en conséquence de se trouver plus près des besoins et de donner des réponses directes à ces besoins, en collaboration toujours avec toutes les organisations qui travaillent sur le terrain. Il s'agit de ce que l'on a appelé optique "en bas-en haut". Dans ce sens, le travail des organisations qui sont plus proches et plus liées à la problématique précise des communautés est essentiel, ainsi que le travail en réseau avec d'autres organisations présentes sur le territoire dont la participation dans les programmes améliore et augmente les possibilités de donner des réponses aux problèmes d'une manière INTEGRALE.

⁹¹ Rencontre Internationale "La Reinserción en drogodependencias: una Respuesta a la Exclusión Social" Ed. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha et GID. Toledo 1999.

Avec ce type de projets, on tente, une fois que sont connus les résultats et reconnues les bonnes pratiques de ces résultats, de les étendre à d'autres contextes où ces nouveaux procédés peuvent aussi être utiles, afin d'éviter ainsi de tomber dans les mêmes erreurs. En conséquence, ce que l'on appelle l'effet multiplicateur exige que ces bonnes pratiques de projets soient assumées par les organismes publics responsables qui ont financé les projets, ce par quoi ils influenceront les politiques générales qui concernent l'intervention dans ces communautés, incluant les toxicomanes.

La dernière des caractéristiques notable des Initiatives Communautaires de l'Emploi est la TRANSNATIONALITE, c'est-à-dire non seulement l'enrichissement de chaque organisation par la suite de l'échange d'information et de connaissances avec d'autres organisations européennes, mais aussi la réalisation d'outils qui ajouteront une valeur à la tâche des promoteurs de chaque Etat membre. De plus, un échange d'usagers entre les pays a eu lieu dans de nombreux projets. Le fait que ces personnes aient la possibilité de sortir de leur pays, ou même de leur proche environnement, très souvent pour la première fois, a une valeur très positive en soi, au-delà de ce que cette expérience peut leur apporter au niveau de la formation et du travail.

Les limites et le faible développement des politiques officielles de l'emploi, destinées de manière traditionnelle à la population en général, ont empêché de voir le manque de protection des personnes exclues ou proches de l'exclusion sociale, telles que les chômeurs de longue durée, les jeunes de milieux sociaux marginaux, les minorités ethniques, les immigrants, les ex-toxicomanes, etc. Dans ces cas, les personnes qui ne possèdent pas d'historique de travail normalisé, se trouvent hors de portée de la couverture des politiques d'emploi relatives aux prestations compensatoires, la formation, les services d'information, le support... Il faut ajouter à tout cela le fait que les capacités pour l'emploi des personnes issues de ces communautés sont presque toujours limitées par les problèmes de déstructuration personnelle, influençant les attitudes, les aptitudes et les habitudes appropriées à l'accès au travail, et à l'exercice normalisé de l'activité de travail. La tâche des

projets communautaires est de pallier ces déficiences. En ce qui concerne le travail avec des toxicomanes, ces projets exigent de dépasser le simple traitement thérapeutique et interviennent d'une manière intégrale dans le domaine social et du travail, considéré comme l'un des garants d'une réelle insertion. Les projets INTEGRA qui agissent auprès des toxicomanes sont assez différents les uns des autres, dépendamment surtout s'il s'agit de personnes qui ne se trouvent pas en milieu pénitentiaire, ou de personnes qui s'y trouvent ou qui viennent d'en sortir, mais il existe quelques éléments communs à tous ces traitements.

Tout d'abord, le développement d'actions de formation préalable et/ou primaire est essentiel, non seulement avec des actions d'alphabetisation, mais aussi des habiletés sociales et du travail, telles que le savoir agir et le travail groupe, la résolution des conflits, la promotion de l'estime de soi, etc. En principe, ces actions de pré-formation étaient établies comme un module initial avant de commencer les actions de formation ou de travail. L'expérience a prouvé que très souvent la continuité de ces actions de formation préalables au processus de formation professionnelle et/ou d'insertion est très adéquate, car il s'agit de capacités qui doivent être acquises avec le temps et qui peuvent servir, à un moment donné, pour résoudre les conflits qui apparaîtront.

Lors de la définition de la formation professionnelle à offrir, il est essentiel que cette formation soit directement liée aux exigences potentielles du marché, et qu'il y ait un équilibre entre les capacités et les demandes des usagers/bénéficiaires, les futurs travailleurs. Ce rapport est adéquat non seulement dans la définition des domaines de la formation, mais aussi, et peut-être plus spécialement encore, dans la définition et la concrétisation des projets possibles des entreprises. En conséquence, les études de marché ou de prospection économique, préalables à la conception des projets de formation et de travail sont indispensables.

Les stages dans les entreprises à l'issue de la formation professionnelle, ainsi que la formation en alternance, semblent des modèles de formation-insertion très appropriés, non seulement en ce qui concerne le contenu de la formation lui-même,

mais aussi en ce qui concerne l'expérience vitale de "monter sur la scène de l'entreprise" et la connaître de l'intérieur.

Dans ce sens, les ateliers de simulation d'entreprises, obtiennent de bons résultats, et plus tard, ils peuvent devenir des projets d'entreprises réels et viables, lesquels ont été accompagnés au long du processus de constitution et auxquels, dans quelques cas, on a assuré un marché protégé, au moins lors de la mise en marche de l'entreprise.

La diffusion des objectifs des projets et des actions de sensibilisation dans le secteur des entreprises constituent maintenant un élément indispensable des actions que tout projet d'insertion dans le monde du travail avec ces communautés doit prendre en considération.

Beaucoup de projets d'Initiatives comptent sur une personne qui remplit les fonctions de promoteur d'emploi, tuteur ou intermédiaire du travail, chargée d'établir les liaisons et les supports entre le futur travailleur et le secteur des entreprises, dans l'objectif d'obtenir quelques-unes des options sus-mentionnées, ou directement un contrat de travail. Cette personne assume la responsabilité de répondre et d'appuyer le travailleur/la travailleuse dans l'exercice de son travail, ainsi que de résoudre les possibles incidences, en coordination et en communication toujours avec le personnel de l'entreprise. Il s'agit en fin de compte de donner une expérience de travail normalisée pouvant servir de support à une insertion sociale réelle.

Le succès de cette manière d'organiser les projets repose en partie sur la définition d'itinéraires d'insertion individualisés qui prennent en considération les capacités, les potentialités et les demandes des usagers, dont le suivi est aussi individualisé pendant tout le processus.

Le fait que ces itinéraires soient définis et convenus avec les bénéficiaires des actions eux-mêmes, implique de les responsabiliser à leur propre processus d'insertion, de les motiver et de les former afin qu'ils deviennent les agents de leur propre changement.

Les expériences d'insertion dans le monde du travail sont nombreuses et variées: il existe des exemples d'insertion dans le monde du travail tant pour autrui qu'à son propre compte. Dans le cas du travail à son compte, le support dans la définition des produits, la gestion et le développement des compétences d'entreprise, l'orientation et la connaissance du marché, etc., sont essentiels. Les figures juridiques des entreprises généralement appliquées, passent par les coopératives (quelques-unes de travail associé), les sociétés anonymes de travail et les travailleurs indépendants. Dans ce sens, l'économie sociale joue avec succès un rôle important.

Il s'agit souvent d'entreprises dédiées au recyclage: certains projets de récupération de résidus solides urbains, des ateliers artistiques de recyclage et d'autres expériences sont vraiment intéressants. La régulation des entreprises d'insertion, très espérée, donnerait la couverture légale nécessaire au développement d'initiatives d'insertion auprès de personnes qui présentent des difficultés particulières.

En tout état de cause, et indépendamment des spécifications juridiques, il semble adéquat de mettre en rapport ces nouvelles initiatives d'emploi avec les demandes et les potentialités du marché.

Un autre aspect en discussion est l'hétérogénéité ou non de la constitution des entreprises: certaines expériences n'apportent que le support de la constitution de coopératives avec des ex-toxicomanes; d'autres jugent indispensable de constituer des entreprises avec des personnes ex-toxicomanes, mais aussi sans ex-toxicomanes. Nous pensons que la richesse apportée par le travail avec des personnes qui possèdent des expériences différentes peut être un facteur positif pour la normalisation sociale et du travail de l'ex-toxicomane.

Le suivi et la continuité du support par les professionnels, sont essentiels pour contrer les rechutes possibles des usagers.

Comme il a été déjà exposé, les mesures de sensibilisation du secteur de l'entreprise sont un autre des éléments essentiels dans les processus d'insertion. En tout état de

cause, il faut ajouter le travail avec les familles et avec la société en général à ces mesures adressées au monde de l'entreprise.

Il existe beaucoup d'exemples de projets INTEGRA qui montrent des façons nouvelles de comprendre le travail avec cette communauté et qui ne sont pas des exemples du changement nécessaire fait par l'intervention sociale. Quelques associations qui traditionnellement s'étaient exclusivement consacrées au traitement thérapeutique des toxicomanes, ont commencé à envisager l'insertion dans le monde du travail comme une phase essentielle d'une réelle insertion.

Il existe d'autres projets orientés aux détenus des centres pénitentiaires (quelques-uns en libération conditionnelle, ou troisième degré) qui ont mis en œuvre des actions de formation hors milieu pénitentiaire et ont favorisé le travail à son compte, comme par exemple la constitution de producteurs agricoles en qualité de travailleurs indépendants, auxquels a été offert un support dans la gestion et auxquels les organisations publiques locales ont cédé des terrains cultivables. Dans d'autres cas, l'insertion dans le monde du travail choisie a été celle d'un travailleur employé, dans des entreprises de la région, ou avec des contrats à durée déterminée dans des sociétés publiques.

Il est important de remarquer que lorsque nous parlons d'insertion sociale et de travail pour les ex-toxicomanes, nous faisons toujours allusion à des PROCESSUS INTEGRAUX, où la participation de plusieurs agents qui assument la responsabilité de donner des réponses aux différents domaines d'intervention demandées par la problématique propre à l'ex-toxicomane, est essentielle. Si les besoins essentiels de ces personnes ne sont pas satisfaits, tout effort pour leur insertion sera stérile.

Dans la société où nous vivons, l'intégration et la “normalisation” des individus passe absolument par le TRAVAIL. La possession d'un emploi représente non seulement une source de revenus nécessaire pour vivre, mais il octroie aussi du pouvoir social, du fait qu'il rend possible les relations sociales et favorise l'estime de soi et la reconnaissance sociale, éléments essentiels pour se développer et devenir un citoyen de plein droit.

- Mesures éligibles dans le FSE (2000-2006)

Les mesures éligibles sont celles qui peuvent être financées par des ressources communautaires du Fonds en vertu de ses dispositions réglementaires.

Pour la période 2000-2006, il s'agit des suivantes:

Assistance en faveur des personnes, pour les activités de développement des ressources humaines suivantes, qui pourrait faire partie des itinéraires d'insertion professionnelle:

- (a) Education et formation professionnelle (y compris la FP équivalente à la scolarité obligatoire), apprentissage, formation préalable, y compris l'acquisition et l'amélioration de compétences essentielles, rééducation professionnelle, mesures d'encouragement de l'aptitude pour l'emploi dans le marché du travail, orientation, conseil et perfectionnement professionnel.
- (b) Aides à l'emploi et au travail à son compte.
- (c) Formation universitaire de troisième cycle et formation de cadres et de techniciens dans les centres de recherche et dans les entreprises, le tout dans le domaine de la recherche et le développement scientifique et technologique.
- (d) Développement de sources d'emploi nouvelles, y compris le secteur de l'économie sociale.

Aides à des structures et des systèmes, en vue d'augmenter l'efficacité des activités d'assistance en faveur des personnes:

- (a) Développement et amélioration de la formation professionnelle, l'éducation et la qualification, y compris la formation des professeurs, des moniteurs et du personnel, et amélioration de l'accès des travailleurs à la formation et à la qualification.
- (b) Modernisation et amélioration de l'efficacité de services de l'emploi.

(c) Développement des liens entre le monde du travail et les centres d'enseignement, de formation et de recherche.

(d) Développement de systèmes d'anticipation des changements de l'emploi, et des qualifications, notamment en ce qui concerne les nouvelles modalités et formes d'organisation du travail, prenant en considération qu'il faut concilier la famille et le travail, et permettre aux travailleurs âgés d'accomplir une activité stimulante jusqu'à la retraite; les pré-retraites avancées ne bénéficieraient pas de financement.

Mesures d'accompagnement, afin d'augmenter aussi l'efficacité des activités d'assistance en faveur des personnes:

(a) Assistance à la prestation de services à des bénéficiaires, y compris la mise à disposition de services et de structures de soins pour les personnes dépendantes.

(b) Promotion de mesures socio-éducatives d'accompagnement, afin de faciliter un itinéraire intégré d'insertion professionnelle.

(c) Sensibilisation, information et publicité.

Mesures d'assistance technique à l'ensemble d'interventions du FSE dans le cadre des Objectifs 1 et 3, ainsi que sur l'initiative de la Commission Européenne elle-même.

Les interventions du FSE seront concentrées à un nombre limité d'aires ou de sujets, sur les besoins les plus importants et les actions les plus efficaces, à partir des priorités établies dans les Plans Nationaux d'Action pour l'Emploi. Lors de la distribution des crédits disponibles entre chacun des cinq domaines politiques d'action, les priorités nationales seront prises en compte.

- Instruments communautaires de développement de la formation professionnelle, pour la période 2000-2006.

- Le Fonds Social Européen (ci-dessus exposé)

- L'initiative communautaire EQUAL: synthèses et dépassement des initiatives pour la période (1994-1999) ADAPT ("Adaptation de la main d'œuvre au changement industriel") et EMPLOI.
- Le programme Leonardo da Vinci II.

- L'initiative communautaire EQUAL⁹².

L'objet de l'initiative EQUAL est d'intensifier la coopération entre les Etats membres et la Commission afin de renforcer les moyens nouveaux destinés à lutter contre toute forme d'exclusion, de discrimination et d'inégalité dans le marché du travail, dans le cadre de l'application de la stratégie européenne pour l'emploi et des plans des actions nationales. Cette initiative fait partie de la réforme de la politique structurelle de l'Union pour la période 2000-2006, dont l'origine se trouve dans l'"Agenda 2000", approuvée par le Conseil le 21 juin 1999.

Dans l'objectif d'améliorer la coopération pour atteindre les objectifs mentionnés, EQUAL apportera son support à:

- (a) Les associations d'acteurs (partenaires publics, privés et ONG) et l'essai de nouvelles perspectives, méthodes et pratiques de coopération transnationale;
- (b) La formulation des politiques des Etats membres et la diffusion des meilleures pratiques par le biais de la mise en réseau des associations nationales, et en rendant plus facile l'accès à l'innovation et les meilleures pratiques dans d'autres zones de l'Union;

- Les antécédents dont EQUAL s'alimente: Adapt et Emploi

Initiative EMPLOI:

EMPLOI est une initiative communautaire du Fonds Social Européen orientée vers les communautés qui connaissent des difficultés particulières pour accéder à un emploi à cause des leurs qualifications et de leurs très faibles possibilités.

⁹² Texte extrait de la page web de la Commission Européenne.

L'initiative est composée de quatre chapitres. Dans chaque chapitre, EMPLOI expose les problèmes de chaque communauté spécifique: les femmes à NOW; les personnes handicapées à HORIZON; les jeunes sans qualification à YOUTHSTART. En 1997, un quatrième chapitre d'EMPLOI a été créé, appelé INTEGRA⁹³, destiné à renforcer l'initiative communautaire. Ce collectif est composé surtout des personnes qui faisaient partie du sous-chapitre "démunis" dans HORIZON. A savoir, les émigrants, le réfugiés, les personnes sans domicile, les toxicomanes, les travailleurs itinérants, les mères célibataires, les détenus et les ex-délinquants.

Les projets d'EMPLOI

Les projets sont le noyau de l'activité de l'Initiative. Ils sont financés à partir des conditions suivantes:

- (a) Ils doivent être opérationnels pendant trois ans.
- (b) Chacun d'eux fait partie d'un partenariat avec d'autres projets EMPLOI choisis par d'autres Etats membres.
- (c) Chaque projet doit refléter les priorités de son pays, établies entre la commission et les autorités nationales.
- (d) Chaque projet est sélectionné au niveau national, parfois régional, selon le procédé établi dans son Etat.
- (e) Chaque projet reçoit conjointement un financement communautaire et national, celui-ci pouvant être public ou privé.

Toutes les expériences, innovations ou produits significatifs d'EMPLOI seront diffusés et mis à la disposition des réseaux européens, dans l'objectif de profiter des résultats et des réalisations d'expériences positives, et même négatives, ainsi que d'analyser leur utilisation possible d'une manière généralisée. Encore une fois, l'exploitation de l'innovation apparaît comme la clé pour le financement et l'effort fait par EMPLOI et les autres IC.

⁹³ Ci-dessus commenté.

Les mesures d'EMPLOI.

De plus, chaque projet EMPLOI doit participer à une ou plusieurs des mesures en rapport avec les objectifs de l'Initiative:

- (a) Développement de nouveaux systèmes d'orientation, de formation et d'emploi.
- (b) Offre de plans de formation.
- (c) Création d'emplois et support à la création d'entreprises.
- (d) Divulgation de l'information et actions de sensibilisation parmi les employeurs sur les problèmes d'accès à l'emploi de chaque groupe bénéficiaire.

Le chapitre INTEGRA introduit de plus une cinquième mesure: le développement de modèles de création et de pratiques, qui améliorent l'accès et la qualité des services publics, le renfort des capacités locales et la promotion d'actions visant l'intégration ou la réintégration des bénéficiaires.

2. Clarification Terminologique⁹⁴

Nous estimons approprié d'unifier et de clarifier l'usage des termes que font les techniciens: dispositif, programme et ressource, car ils sont souvent utilisés d'une manière non différenciée et cette ambiguïté terminologique contribue également à une confusion au niveau conceptuel.

Cette clarification apparaît comme suit:

- Les **dispositifs** font référence aux espaces physiques où a lieu l'intervention.
- Les **programmes** font référence à la formulation des objectifs et aux actions qui devront être mises en œuvre pour atteindre ces objectifs.

Il peut exister une certaine confusion car, depuis une perspective constitutionnelle, l'appellation programme est très marquée par la planification budgétaire. Si on fait référence à l'intervention, ces programmes institutionnels deviennent des ressources, pouvant être utilisées ou non pour l'élaboration d'un programme d'intégration d'un sujet précis. C'est pourquoi il faut différencier les programmes institutionnels des programmes individualisés.

- Les **ressources** sont les outils, les moyens utilisés pour la mise en œuvre des ces actions.

- Proposition pour mettre en ordre l'intervention:

- Premier secteur: Des dispositifs spécifiques destinés à l'assistance, qui ont des objectifs liés à l'intégration ou la réinsertion sociale. Ici, la stratégie centrale est la différenciation entre les objectifs, la différenciation entre les types d'intervention d'assistance et celles qui portent sur l'intégration.
- Deuxième secteur: Des ressources spécifiques d'intégration sociale, indépendamment de la dynamique d'assistance, destinés exclusivement aux toxicomanes. Ces ressources peuvent être supportées, soit par des dispositifs spécifiques pour toxicomanes, soit par des dispositifs accessibles à tous types de population. Dans ce cas, la stratégie viserait à coordonner d'une manière appropriée l'ensemble des ressources afin de les optimiser et de les diriger vers les sujets appropriés à partir du réseau d'assistance ou de l'organisme de coordination s'il existe.
- Troisième secteur: Les ressources générales ou la prestation générale. Elles sont dans les réseaux généraux et peuvent être utilisées pour tout le monde. La stratégie est la création d'une référence, car sans cette référence spécifique pour les toxicomanes, les personnes ne s'y rendent pas, se sentent perdues et se méfient des systèmes généraux.

⁹⁴ JIMENEZ, A; Comas, D; Carrón, J “Los programas de integración social de drogodependientes” (*les programmes d'intégration sociale des toxicomanes*), Ed. GID, Madrid 1995.

A partir de ce qui est, au lieu de ce qui devrait être, des stratégies différentes sont possibles, avec comme dénominateur commun la différenciation entre l'assistance et l'intégration sociale.

Indépendamment des niveaux certains individus n'ont bien entendu pas besoin d'utiliser des ressources d'intégration, mais tout simplement un programme de soins.

La différenciation de ces niveaux unit, augmente et complète le développement du processus d'intervention en ce qui concerne les aspects suivants:

A) En ce qui concerne la population vers laquelle ils sont orientés

- Premier secteur: Vers tous les individus qui présentent un problème de toxicomanies.
- Deuxième secteur: Seulement vers les personnes toxicomanes en processus de rééducation qui, en raison de leur toxicomanie, présentent des caractéristiques et/ou des problèmes qui rendent nécessaire de faire appel à des structures intermédiaires, qui offrent les conditions voulues pour pouvoir accéder à l'assistance, niveau un, à la normalisation, niveau trois.

La défense de ces ressources spécifiques d'intégration repose, justement, sur l'existence de ce type de personnes toxicomanes qui voient leur processus de rééducation interrompu du fait qu'ils n'ont pas ces structures de passage.

- Troisième secteur: Orienté vers la population en général, le critère définitif pour son utilisation étant la situation de besoin et non celle de toxicomanie.

B) En ce qui concerne les objectifs poursuivis

- Premier secteur: Il s'agit essentiellement d'objectifs de type thérapeutiques qui ont surtout une incidence sur la relation de l'individu avec lui-même et avec la substance.

- Deuxième secteur: Il s'agit d'objectifs concernant essentiellement la relation de l'individu avec son milieu social. Dans les cas des ressources supportées par des dispositifs spécifiques, on peut dire que les objectifs se trouvent à mi-chemin entre l'objet éducatif-formatif et l'objet thérapeutique, tandis que dans le cas des ressources de deuxième niveau supportées par des dispositifs non spécifiques, les objectifs sont de type essentiellement formatifs, liées surtout à des aspects du travail.
- Troisième secteur: Il s'agit d'objectifs d'intégration sociale proprement dits, où l'individu commence à accéder aux structures sociales de son environnement comme tout autre citoyen.

C) En ce qui concerne les actions mises en œuvre

- Premier secteur: Les dispositifs de soins appelés Centres de traitement ambulatoire ou Centres de soins pour toxicomanes, qui à leur tour peuvent influencer les objectifs d'intégration sociale par le biais de l'élaboration de programmes d'intégration sociale pour chaque individu, prenant en considération l'utilisation de ressources de deuxième et/ou de troisième niveau.
- Deuxième secteur: Des ressources reposant sur des dispositifs spécifiques pour les toxicomanes (Centres de Jour, Centres d'Activités, Cours d'Activités, Ateliers spécifiques, etc.) et des ressources qui, bien que spécifiques aux personnes toxicomanes, reposent sur des dispositifs non spécifiques. (Programme Réseau d'artisans, programmes d'emploi pour ex-toxicomanes, etc.).
- Troisième secteur: Les ressources généralisées que tout citoyen a le droit d'utiliser.

D) En ce qui concerne les critères de financement

- Premier secteur: Des critères liés en priorité à la capacité de l'individu d'atteindre à l'abstinence et de le demeurer, dans un programme sans drogues, et/ou à réduire les risques associés à la consommation de drogues dans les programmes de réduction des dommages.

- Deuxième secteur: Des critères liés en priorité à la capacité de l'individu d'apprendre à réaliser une tâche précise et à respecter les exigences de son exécution.
- Troisième secteur: Critères liés à l'obtention de l'intégration et la permanence de l'individu dans les ressources normalisées.

En fait, il est clair que l'utilisation de l'un ou de l'autre niveau d'intervention, sera déterminée par l'évaluation individualisée de la personne, de même que la conception d'un programme d'intervention pour la personne. Il faut remarquer à cet égard que l'intervention dans ces niveaux peut avoir lieu de manière simultanée et que, c'est justement l'adaptation entre l'ordre de l'intervention et les besoins et caractéristiques de l'individu qui influencera l'atteinte des objectifs proposés, avec plus ou moins de succès.

3. Exemple de Phase de Réinsertion dans le Programme de Communauté Thérapeutique

Dans la Phase de Réinsertion, la Communauté se montre ouverte au moyen qui offre une structure de support aux nouvelles émotions émanant de l'incorporation socio-familiale et du travail.

Les objectifs à atteindre sont:

- Acquérir un degré plus élevé d'autonomie, développer ses potentialités, clarifier son échelle de valeurs et acheminer ses difficultés.
- Donner une insertion complète dans son environnement vital (familial, relations d'amitié, travail...).

Structure

Cette phase est en général structurée en trois périodes qui réduisent d'une manière progressive le contact avec le programme (Phases A, B et C).

- La Première, d'une durée d'environ 3 mois, est la seule qui a lieu en régime d'hébergement du lundi au vendredi.
- Au cours des deux autres Phases, l'intéressé se rend dans le groupe thérapeutique une fois par semaine (Phase B) ou tous les 15 jours (Phase C). La durée de ces deux dernières phases dépend des processus personnels de chacun des patients.

Programme de Réinsertion

Il est composé en général d'une série de "Plans":

Plan d'Entraînement en Habilés Sociales

- Réhabilitation fonctionnelle et modèle de conduites.
- Essai de conduites.
- Ateliers d'auto-contrôle émotionnel, entraînement assertif et habiletés sociales.

Formation compensatoire

- Alphabétisation et attitudes essentielles.
- Pré-primaire / Primaire.
- Secondaire

Actions combinées de formation et emploi

- Formation professionnelle: actions réalisées auparavant avec d'autres sources de financement.
- Cabinet d'orientation et de conseil de travail.

Intervention communautaire et sensibilisation du contexte.

- Plan de formation d'agents.

- Plan de sensibilisation sociale.

4. Programme spécifique pour des personnes qui n'ont pas besoin d'une longue période d'hébergement dans la CT.

Pour des usagers dont le logement n'est considéré ni convenable ni nécessaire, après une période longue en Accueil, pour ne pas les éloigner de leur environnement vital. C'est pourquoi, ce travail aura lieu sous le régime ambulatoire. Avec une structuration en Trois Niveaux, pour tenter d'atteindre les objectifs de la Communauté Traditionnelle (aire comportementale, affective et de connaissance personnelle); avec ceux de la CT de Réinsertion (une plus grande autonomie depuis l'interdépendance de leur environnement, afin de rendre possible une insertion complète dans leur environnement vital).

La durée approximative de ce processus est de 14 mois (6, 5 et 3 mois, respectivement pour chacun des 3 Niveaux).

5. Interventions et Expériences en Espagne.⁹⁵

5.1. L'intervention du FSE et les Lignes Directives de l'Emploi (LD)

LD1- Améliorer la capacité d'insertion professionnelle

- Le FSE joue un rôle essentiel dans la promotion de mesures activées pour l'emploi, du fait que son importance quantitative atteint 0,40% du PIB, c'est-à-dire, plus d'un tiers du volume total des mesures activées du travail en Espagne.
- Lutter contre le chômage des jeunes et prévenir le chômage à longue durée, par le biais du cofinancement d'actions de:

⁹⁵ **Budget selon les aires: Prévention** 16.476.586 Pts. **Intervention d'assistance et incorporation sociale:** 97.673.676 Pts. **Formation, documentation et recherche,** 1.824.333 Pts. **Coordination institutionnelle** 14.011.159 Pts.

- (a) Formation Professionnelle Occupationnelle (FPO): cofinancement, dans le cadre des Objectifs 1 et 3, du Plan FIP (Programme de Formation et Insertion Professionnelle), géré par l'INEM (Institut National de l'Emploi) et les Communautés Autonomes (C.A) avec des compétences dans cette matière (la Catalogne) et adressé aux jeunes en situation de chômage et aux chômeurs de longue durée.
- (b) Ecoles Atelier et Maisons de Métier: cofinancement, dans le cadre des objectifs 1 et 3 de ce programme de formation/emploi pour donner une qualification à des jeunes de moins de 25 ans dans des secteurs tels que la récupération du patrimoine artistique, culturel, naturel, historique, l'environnement ou l'amélioration des villes. Ce programme est administré par l'INEM en collaboration avec les administrations locales.
- (c) Orientation Professionnelle: support du FSE aux actions et services d'orientation organisées par l'INEM et les CA pour des jeunes et les chômeurs de longue durée.
- (d) Faciliter la transition de l'école au travail. Le FSE participe, dans les objectifs 1 et 3, au développement et à la mise en place du Système Educatif. Ce programme est administré par le MEC et les CA ayant des compétences dans cette matière. L'objectif principal du nouveau système est de renforcer la relation entre le système éducatif et le monde du travail et par la suite de faciliter la transition de l'école au travail. C'est pourquoi, la Formation dans les Centres de Travail (stage dans des entreprises) a été incorporée comme une matière obligatoire dans les plans d'enseignement de la FP initiale. De plus, le FSE participe à l'insertion professionnelle des jeunes qui subissent l'échec scolaire et des jeunes démunis, au moyen du cofinancement des Programmes de Garantie Sociale. Ces programmes s'occupent des jeunes de plus de 16 ans qui finissent la scolarisation obligatoire sans aucune qualification ni scolaire ni professionnelle afin de les aider à accéder au marché du travail, ou des jeunes démunis, dans l'objectif de leur offrir une formation de base et une formation professionnelle qui vont leur permettre d'accéder à la vie active ou de retourner dans le système éducatif.

LD2- Développer l'esprit d'entreprise

- Faciliter le lancement et la création d'entreprises. Dans le cadre des Objectifs 1,2,3 et 5b⁹⁶ le FSE collabore à la création d'auto-emploi et d'entreprises nouvelles, au moyen du cofinancement de deux types de mesures: les aides pour la mise en place de travailleurs indépendants et les cours spécifiques de formation.
- Exploiter les nouvelles occasions de création d'emploi:
 - (a) Soutenir le développement local et urbain, dans l'objectif de faciliter le développement des services de proximité et les tâches des agents de développement.
 - (b) Intervention du FSE dans des champs nouveaux de l'activité économique non couverts encore par le marché, notamment en ce qui concerne les nouvelles sources d'emploi.
- Transformer le système fiscal pour qu'il soit plus favorable à la création d'entreprises. Participation du FSE au financement d'aides pour la création d'emploi stable, selon les conditions établies par les agents dans leur accord d'avril 1997.

LD3- Favoriser la capacité d'adaptation des entreprises et de leurs collaborateurs.

Support aux actions de formation continue:

- Cofinancement des activités administrées par le FORCEM dans le cadre du programme de l'Objectif 4⁹⁷. La collaboration implique un effet multiplicateur dans l'ensemble de la Formation Continue, qui facilite la participation des groupes les moins favorisés -femmes, travailleurs peu qualifiés, Pymes (Petites et Moyennes Entreprises)- dans les plans de formation.
- De plus, le FSE contribue à développer une culture d'anticipation en ce qui concerne la formation dans l'entreprise, avec l'introduction depuis 1995 d'actions d'amélioration et d'accompagnement de la formation (analyses des besoins

⁹⁶ L'objectif 5b de l'ancien Plan 1994-1999 est absorbé par l'objectif 2 du Plan 2000-2006.

⁹⁷ Ibidem.

formatifs, évaluation intermédiaire des actions et programmes, adaptation de la formation aux caractéristiques des entreprises et des travailleurs, support à la création de services de formation et consultation pour les Pymes, etc.).

- Enfin, le FSE cofinance, dans le cadre des objectifs 1,2 et 5b, les actions de formation et de support à la création de micro-entreprises administrées par les CA.

LD4- Renforcer les politiques d'égalité ded possibilités

- Cofinancement d'actions en faveur de l'égalité de possibilités dans le cadre des Objectifs 1 et 3: aides pour la formation et la création d'emploi féminin, développement d'itinéraires d'insertion professionnelle y compris l'orientation et l'accompagnement de l'emploi. Bien que la participation des femmes dans les programmes cofinancés par le FSE soit élevée (50%), les évaluations réalisées considèrent qu'il faut augmenter les ressources destinées en Espagne au support de cette ligne directive, à cause du niveau élevé du chômage féminin existant et du bas taux d'activité.

5.2. Entreprises d'Insertion

L'intégration sociale des personnes qui, pour des motifs très différents, se trouvent en situation d'exclusion, constitue l'objectif principal des organisations de type social qui travaillent dans plusieurs domaines. Et elles sont toutes d'accord pour remarquer l'importance de l'emploi dans les processus d'insertion du fait de son caractère normalisateur et intégrateur, et parce qu'il est un outil d'apprentissage d'habitudes et de connaissances.

Dans ce sens, on peut affirmer qu'aujourd'hui il existe en Espagne de nombreuses expériences d'insertion au niveau économique. Et elles ont des formes juridiques et d'organisation différentes, et dans des secteurs très différents aussi.

Le besoin de conjuguer les efforts et de coordonner les réalités existantes a conduit plusieurs expériences à la constitution de la Fédération Espagnole d'Organisations d'Entreprises d'Insertion (FEDEI). Au début, cette fédération était formée par les

organisations suivantes: Asociación Española de Recuperadores de Economía Social y Solidaria –AERESS, Asociación Catalana de Recuperadores de Economía Social y Solidaria – ACERESS, Asociación Madrileña de Empresas de Inserción – AMEI, CARITAS Española, Asociación EMAUS en Espagne, Red de Economía Alternativa y Solidaria – REAS et Red ANAGOS et elle est ouverte à l'incorporation de nouvelles organisations.

FEDEI est née avec la volonté de coordonner et de représenter toutes les organisations qui travaillent dans l'intégration sociale et du travail des communautés en situation d'exclusion sous la formule d'Entreprises d'Insertion.

A cet effet, elle s'est dotée d'une structure reposant sur la participation, soit par le biais de Coordinateurs ou de Fédérations territoriales, soit par le biais des organisations au niveau de l'état.

Les Statuts qui régissent le fonctionnement de la FEDEI recueillent en plus, les buts et les objectifs établis pour la défense, la promotion et la représentation des Entreprises d'Insertion en Espagne.

Comme la première action et la plus essentielle, à cause de l'inexistence d'un cadre pour régler et favoriser la création et le développement des Entreprises d'Insertion, FEDEI donne son support à l'approbation d'un texte législatif qui recueille une réalité sociale qui existe déjà.

Quand nous parlons d'Entreprises d'Insertion nous faisons allusion à l'insertion au niveau économique d'un collectif déterminé. Le collectif dont nous parlons est un des plus démunis, connu comme: marginaux, handicapés sociaux, exclus... qui comprend pour l'essentiel les personnes exclues au niveau social et du travail qui subissent une claire déstructuration personnelle et/ou familiale. L'exclusion et la déstructuration sont très liées et elles peuvent être toutes les deux, indistinctement la cause l'une de l'autre.

L'exclusion de ces collectifs présente, en générale, une ou plusieurs des caractéristiques suivantes:

- Pénurie économique chronique. Les besoins essentiels, alimentation, habitation, éducation, santé, etc., ne peuvent pas être satisfaits.
- Un niveau culturel bas: Le manque d'alphabétisation et de formation professionnelle est à l'origine du manque de ressources pour sortir de la pauvreté.
- Déstructuration familiale. Si les relations familiales sont précaires, l'apparition de difficultés économiques est à l'origine des mauvais traitements, alcoolisme, toxicomanies, trafic de drogues, abandons de la famille, prison, etc.
- Une détérioration physique et de la santé grave (médication permanente)
- Insécurité totale et auto-estime faible. La problématique présentée par les exclus est plus grave que celle présentée par la plupart des autres communautés, et ils ne peuvent pas exercer, d'eux-mêmes, de pression sociale ce qui les amène à un manque total de défense.
- Des problèmes psychiques avec des altérations de comportement.
- Déracinement social.
- Manque d'habitude du travail. Ils n'ont jamais travaillé, sont des chômeurs à longue durée, ou font de petites tâches de manière sporadique.
- Manque de possibilités suffisantes.
- Dépendance institutionnelle. Du fait qu'ils n'ont pas de ressources, ils dépendent des aides de tiers ou d'institutions.

Il faut d'abord que les personnes aient un processus global d'insertion. Et tout processus d'insertion requiert un itinéraire prévu où sont énumérés les différents domaines d'intervention, ainsi que les particularités et les éléments différents les uns des autres.

En effet, on peut différencier les principaux domaines d'intervention sociale et du travail en quatre groupes:

1. Le domaine des PRESTATIONS ESSENTIELLES, comprend toutes les mesures visant à satisfaire les besoins essentiels de subsistance, dont:

- Appartements et centres d'accueil.
- Habitations protégées de location ou vente.
- Restaurants populaires.
- Distribution d'aliments.
- Revenu Minimal ou Salaires Sociaux.
- Aides d'urgence.
- Autres aides économiques pour la subsistance, etc.

2. Le domaine d'ACCOMPAGNEMENT PERSONNEL comprend toutes les actions concernant les traitements spécifiques des problématiques ajoutées aux besoins essentiels qui empêchent un développement personnel et social normal: A savoir:

- Traitements ou programmes de désintoxication: alcool et drogues.
- Centres de santé mentale.
- Support psychoaffectif.
- Traitements médico-sanitaire.
- Programmes de loisir et temps libre, etc.

3. Le domaine de FORMATION HABITUDE DU TRAVAIL comprend tous les programmes et interventions visant à améliorer les connaissances, au niveau théorique et au niveau pratique, adressés aux communautés exclues. Pour l'essentiel:

- Formation non réglée.
- E.P.A. (Enseignement primaire)
- Formation compensatoire.
- Cours de Formation Professionnelle.
- Cours d'Initiation professionnelle.
- Ateliers de travail.
- Formation en stage (Bourses-salaire), etc.

4. Domaine d'ACCES A L'EMPLOI. Comprend toutes les expériences d'insertion au niveau économique de manière normalisée. L'insertion est obtenue avec les modalités suivantes:

- Auto-emploi:

Individuel (Travailleur à son compte, Communauté de Biens, Professionnels).

Collectif (Coopératives et Sociétés de Travail).

- Embauche pour le compte d'autrui. Par des sociétés sous des formes commerciales très différentes, surtout des entreprises ordinaires. Y compris aussi, les Centres Spéciaux d'Emploi, les Ateliers Protégés et les Entreprises d'Insertion.

5.2.1. Objectifs et buts de la FEDEI

- Représenter et défendre les intérêts des personnes et des communautés en situation d'exclusion sociale, aux niveaux politique, social et économique auprès de

toutes personnes, sociétés et organismes publics ou privés, nationaux ou internationaux.

- Promouvoir les Entreprises d'Insertion liées aux nouvelles sources d'emploi et à la création d'emploi.
- Coordonner et harmoniser les intérêts des Entreprises d'Insertion à l'échelle nationale et internationale.
- Réclamer des Pouvoirs Publics et des agents sociaux et politiques, en particulier, et du monde des entreprises et de la société en général, une attention et une collaboration préférentielle dans le domaine de l'insertion sociale et du travail.
- Informer, conseiller et négocier avec les Administrations Publiques pour ce qui concerne l'élaboration, le développement, l'application et la modification des dispositions légales susceptibles de toucher les personnes et les communautés en situation d'exclusion, dans le domaine de l'insertion sociale et du travail.
- Etablir, garder et favoriser des contacts et des collaborations avec des associations et sociétés nationales et internationales qui partagent les intérêts de cette Fédération.
- Informer et conseiller les associés de toutes les affaires pouvant être d'un intérêt pour eux, favoriser l'échange d'information et d'expériences en vue d'une mise en œuvre plus positive de leurs activités.

5.3. Programmes d'Incorporation Sociale en Espagne

Parmi les programmes et les services que les Communautés Autonomes, les Villes et les Organisations non Gouvernementales ont mis en œuvre depuis 1998, dans le but de faciliter les conditions de vie des toxicomanes et de promouvoir une autonomie financière qui leur permette de se placer en marge des circuits de l'exclusion, les programmes liés au domaine du travail occupent le premier plan. Dans ce sens, se confirme l'augmentation des programmes de formation spécifiquement destinés à

l'incorporation au travail, avec 7.891 élèves, sur un total de 11.289 usagers des différents programmes d'éducation et de pré-formation professionnelle.

Programmes d'incorporation sociale. Type, nombre de programmes et ressources, et nombre d'usagers.		
	Nombre de programmes et/ou centres	Nombre d'usagers
Centres de Jour	67	3.272
Programmes de Support Résidentiel	171	3.249
Programmes d'Education et de Formation professionnelle	367	11.289
Programmes d'intégration professionnelle	138	6.400

Parmi les programmes d'intégration au monde du travail, les “programmes spéciaux d'emploi”, qui comptent plus de 5.000 bénéficiaires (79% du total), semblent être les mieux appropriés à fournir un emploi rémunéré aux personnes toxicomanes, suivis par les ateliers artisanaux (1.003 bénéficiaires), dont le taux d'utilisation est bien moindre.

Dans les programmes de support résidentiel (qui comprennent des appartements, des foyers et l'accueil chez des familles), notons l'accroissement du nombre de toxicomanes logés dans des “appartements” pendant les différentes phases du processus de rééducation, soit 76% du total.

D'autre part, dans le cadre de l'accord signé en 1997 entre le ministère de l'Intérieur et le ministère du Travail et des Affaires Sociales, pour la collaboration de l'Institut National de l'Emploi (INEM) avec la délégation du gouvernement pour le Plan

National sur les Drogues, vingt projets d'écoles ateliers et maisons de métiers ont été approuvés, pour un total de 591 élèves. De plus, 416 élèves toxicomanes en cours de réadaptation ont participé aux cours du Plan National de Formation et d'Insertion Professionnelle.⁹⁸

5.3.1. Exemple de Programme Autonome

Programme d'insertion “AVANCE”

Fondements

Le projet “Avance” est issu de la philosophie d'intervention suivante, avec d'une part la loi Solidarité de Castilla La Mancha, qui définit le cadre général des principes essentiels de l'intervention dans des situations de précarité sociale et d'autre part les actions concernant la communauté cible du projet, avec les objectifs du Plan Régional des Drogues.

- Loi Solidarité de Castilla La Mancha (5/1.995, 23 mars):

En préambule à la loi Solidarité de Castilla La Mancha, il est établi que le principe de solidarité requiert la promotion de mesures d'action positive au bénéfice des personnes en situation de précarité sociale, dans l'objectif de faciliter leur développement et leur participation pleine et entière à la société dans des conditions d'égalité.

Cette loi définit l'exclusion sociale comme l'absence des éléments essentiels permettant de considérer qu'une situation donnée est acceptable au niveau humain et social.

Les processus d'exclusion sociale ont augmenté à cause entre autres de l'évolution du marché du travail, et surtout de l'accroissement du chômage. Le chômage est un facteur commun à l'exclusion. L'accès à l'emploi, à l'activité du travail, à la

⁹⁸ Plan National Sur les Drogues, Mémoire 1998.

formation professionnelle, est une étape indispensable pour que les personnes aient confiance en elles-mêmes et entreprennent de s'insérer socialement.

Le chapitre II de la loi de Solidarité de Castilla La Mancha porte sur les programmes d'insertion. Dans son article 46 ces derniers sont définis comme les programmes qui visent à promouvoir le développement d'activités, d'habitudes et de formation sociale et professionnelle chez les personnes qui se trouvent en situation d'exclusion sociale, par la mise en œuvre d'activités éducatives, de formation professionnelle et d'emploi protégé.

- Plan Régional des Drogues (1996-1999)

Dans le domaine de l'insertion, la philosophie du Plan Régional des Drogues repose sur trois principes essentiels:

1. La normalisation des toxicomanes par le biais de l'utilisation de ressources normalisées dans leur processus d'incorporation (celles qui sont destinées à la population générale).
2. Travailler dans ce processus de normalisation sur la base d'itinéraires individuels d'insertion.

Nous entendons par itinéraires individuels d'insertion la planification de l'intervention sur la base du processus de socialisation de chacun des individus, c'est-à-dire, la détection des déficits concernant l'acquisition d'habitudes, les connaissances, l'inclusion et l'appartenance à des groupes, la capacité de relation, etc.; et l'intervention sur ces déficits.

3. Evaluation continue: le développement et l'évaluation d'un programme d'insertion dont le point de départ était cette philosophie même (normalisation et itinéraires individuels d'insertion) dénommé "Projet d'Emploi Exit", ont été essentiels pour la conception et la mise en œuvre de ce projet. Il s'agissait de l'insertion de toxicomanes dans le monde du travail par le biais des ressources créées sur la base de l'itinéraire individuel d'insertion de chacun des bénéficiaires.

Au cours de l'évolution, on a observé que le niveau de formation professionnelle des toxicomanes était inférieur à celui de la population soignée, au contraire du niveau de formation primaire.

Dans la conception du projet, l'emploi salarié et l'auto emploi étaient tous deux pris en considération. En général, nous savons bien que les personnes précarisées obtiennent de meilleurs résultats par le biais de l'emploi salarié. Cette tendance est apparue plus clairement encore chez les toxicomanes que chez les autres bénéficiaires.

Tout cela a été le point de départ de la création d'un programme qui d'un côté renforce la formation professionnelle destinée à l'emploi et de l'autre, crée des espaces d'emploi protégés, permettant aux bénéficiaires de travailler dans des conditions de moindre compétitivité.

- Processus d'Insertion (cadre général du projet):

Les concepteurs sont partis de l'hypothèse selon laquelle le groupe auquel s'adresse le projet, nécessite un travail intermédiaire dans des espaces d'emploi protégé, avant d'entrer dans le monde du travail normalisé. Cela a permis d'influencer directement et individuellement les déficits au niveau de la formation et du travail.

Pour atteindre cet objectif, les concepteurs ont requis la participation de plusieurs institutions et d'organisations non gouvernementales leur permettant d'une part d'obtenir la flexibilité requise par le travail d'insertion depuis un organisme à but non lucratif et d'autre part de conserver une structure stable comme celle de l'administration locale et le Plan Régional des Drogues (leur réseau d'assistance), structures susceptibles d'avoir une vision globale des différents communautés qui connaissent des problèmes d'insertion sociale et de travail, et pouvant agir sur les déficits que cette "non intégration" provoque au niveau de plusieurs disciplines. Cette vision globale leur permet d'élaborer un itinéraire d'insertion individualisé et complet pour chacune des personnes susceptibles d'être admises dans le projet.

Objectifs du Projet

- Objectif général

Création de ressources stables d'insertion sociale et au travail pour des toxicomanes en cours de réinsertion dans la région, sous la méthodologie des entreprises d'insertion, dédiées à des activités économiques dans le cadre général des nouvelles sources d'emploi, en essayant d'obtenir la normalisation de ces ressources par le biais de l'intégration dans ces mêmes ressources de personnes non toxicomanes issues des ressources d'attention primaire des Services Sociaux.

- Objectifs spécifiques

1. Donner aux toxicomanes en cours d'insertion, et à la population issue des Services Sociaux qui en fait la demande, la formation appropriée sur les connaissances nécessaires pour travailler dans ces ressources d'insertion.
2. Apporter aux toxicomanes bénéficiaires du projet, ainsi qu'au reste de la population visée par le projet et en particulier aux femmes chargées de famille, un soutien psychosocial au cours de leur itinéraire individuel d'insertion.
3. Apporter le soutien technique requis par la création d'entreprises d'insertion dans la région, en tant que ressource stable d'insertion sociale et du travail.
4. Favoriser la création d'emploi par le biais de subventions aux nouveaux emplois.
5. Favoriser l'auto emploi sous le régime d'entreprises d'économie sociale.

Orientation des bénéficiaires (Itinéraires d'Insertion)

L'itinéraire des groupes bénéficiaires du projet (toxicomanes en traitement et population "normalisée") commence à des étapes différentes, se rejoint dans les structures locales, pour continuer dans les différentes phases des ressources utilisées dans le projet.

Le profil des bénéficiaires du projet, même si leurs caractéristiques divergent, se rejoint sur les objectifs propres au projet, c'est-à-dire sur le besoin d'ajuster des situations de carences personnelles aux exigences que possèdent le reste de la population en vue d'accéder de façon autonome aux ressources sociales et du travail.

L'itinéraire de la population cible commence dans les équipes de traitement des toxicomanes (E.A.D), où sont sélectionnés les usagers qui ont le profil approprié pour accéder au programme. Ce profil est:

- Usagers sous traitement depuis 6 mois au moins.
- Carences de formation en vue d'accéder au monde du travail, dans un des deux niveaux établis dans le projet.
- Besoin d'utiliser, en fonction de leurs carences personnelles, une ressource protégée d'emploi avant d'accéder au monde du travail normalisé.

Préalablement à l'orientation, et pendant la durée du projet, il faudra travailler avec l'individu tous les déficits liées à son problème d'addiction et maintenir un suivi et un support.

Une fois que la personne sélectionnée arrive au centre du traitement, les structures locales seront informées de ses caractéristiques et de ses besoins individuels, afin d'établir conjointement l'itinéraire des actions à réaliser et leur durée.

Une fois l'itinéraire établi, les professionnels des deux ressources conviendront de la période de coordination et d'information.

Si, en plus des actions mises en œuvre dans la structure locale, l'usager a besoin de passer aux actions décrites dans la deuxième phase, les espaces protégés d'emploi, l'itinéraire sera établi conjointement par les trois partenaires: les équipes de traitement, les structures locales et l'entreprise d'insertion.

En dernier lieu, la décision voulant que l'usager doive poursuivre dans l'espace protégé après la formation, si celui-ci n'est pas prêt à accéder au monde du travail,

sera prise d'un commun accord par les trois partenaires ci-dessus mentionnés, avec l'autorisation de la commission de suivi.

Du fait qu'il faille travailler avec chaque usager au plan individuel, dans le but de déterminer son itinéraire de manière spécifique, tous les patients ne suivront pas un parcours linéaire et continu; en d'autres termes, ce n'est pas l'usager qui doit s'adapter aux actions, mais les actions qui doivent s'adapter à l'usager, afin d'atteindre l'objectif final de le préparer à faire face aux demandes du marché du travail.

Sociétés qui participent et cofinancent le projet:

Nom de la Société	Type de collaboration
Plan Régional de Drogues-Service de Santé	Société d'Assistance Technique qui cofinance la Coordination Régionale
Les 8 Mairies, siège des structures locales du projet	Sociétés gérantes qui cofinancent les structures locales
“Antigua Usanza, C.B.” (Albacete)	Administre et cofinance le projet d'entreprises de la province d'Albacete
Association “Nuevos Horizontes” (C. Real)	Administre le projet d'entreprises de la province d'Albacete
La mairie de Valdepeñas (C.Real)	Cofinance le projet d'entreprises de la province de Ciudad Real.
“SEMFORD, C.B.” (Cuenca)	Administre et cofinance le projet d'entreprises de la province de Cuenca
La mairie de Guadalajara	Administre et cofinance le projet d'entreprises de la province de Guadalajara.
La mairie de Talabera de la Reina (Toledo)	Administre et cofinance le projet d'entreprises de la province de Toledo.

Fonctions

- Sociétés à but non lucratif
 1. Administrer les projets d'entreprises
 2. Donner une formation professionnelle
 3. Commercialisation du produit.
 4. Coordination avec les bureaux locaux pour la sélection conjointe des bénéficiaires qui arrivent à la formation professionnelle.
 5. Suivi du personnel usager pendant la durée du programme.
- Fédération des communes et provinces de Castilla La Mancha
 1. Coordination avec les 8 structures locales.
 2. Coordination avec le P.R.D.
 3. Coordination avec les sociétés à but non lucratif.
 4. Coordination avec l'unité administratrice du Fonds Social Européen.
 5. Elaboration des budgets annuels de toutes les sociétés participantes et contrôles du budget.
 6. Transnationalité et transrégionalité.
 7. Gestion des aides pour le projet depuis d'autres institutions de la Junta de Communautés.
- Structures Locales
 1. Coordination avec les ressources de la mairie, de l'emploi, des services sociaux et des finances.

2. Sélection de la population en provenance des services sociaux.
3. Coordination avec l'E.A.D du domaine de santé pertinent pour la sélection des toxicomanes en traitement.
4. Coordination avec les sociétés administratrices des projets d'entreprises en vue de l'orientation des bénéficiaires appropriés pour la formation professionnelle.
5. Coordination avec l'E.A.D du domaine de santé pertinent pour la sélection des toxicomanes en traitement.
6. Coordination avec les sociétés administratrices des projets d'entreprises pour l'orientation des bénéficiaires appropriés pour la formation professionnelle.
7. Réalisation de la formation préalable, primaire et pré-professionnelle, orientation du travail et conception de l'itinéraire individuel d'insertion, suivi et évaluation des bénéficiaires.
8. Administrer les aides à l'emploi et l'auto emploi.

- Plan Régional des Drogues

1. Par le biais des E.A.D orientation vers les structures locales de la population cible du projet (toxicomanes en traitement avec les E.A.D en phase de réinsertion).
2. Direction finale du projet.
3. Support technique.
4. Suivi global du projet.

6. La situation en Italie.⁹⁹

6.1. Le travail en tant que promotion

Après avoir surmonté les premières phases d'urgence, après avoir collaboré à la réalisation et à la diffusion des communautés thérapeutiques et des services publics, après avoir fait face à des interventions de récupération par le biais de l'utilisation d'activités ergo thérapeutiques, l'intervention sociale dans le domaine des toxicomanies, a décidé actuellement de suivre la ligne d'une logique résolument curative des soins de la personne toxicomane.

La mise en œuvre de processus de promotion des ressources individuelles et collectives d'intégration sociale et du travail, est jugée nécessaire. Ce désir/besoin (soit des agents sociaux, soit des personnes toxicomanes et des ex-toxicomanes), considère le travail comme un instrument important en tant que facteur d'évolution et de changement. La thématique "travail" dans les projections liées à la toxicomanie représente déjà quelque chose de très différent du stéréotype d'assistance/répression, depuis quelques années.

En conséquence, le travail n'est plus seulement une ressource économique pour les services, mais aussi un instrument thérapeutique, éducatif et d'intégration sociale. Selon Vaccari, le travail est vécu pour la personne toxicomane comme un moment de récupération et d'encouragement à sa propre existence, comme un moment et un lieu de promotion de ses propres compétences, de construction/reconstruction de son identité personnelle et sociale, de reconnaissance de ses capacités. En conséquence, le travail en tant qu'instrument exige une culture qui prend en compte la complicité active et visible de la personne et son désir d'autonomie réelle, plutôt sociale qu'économique. Si au cours de ces dernières années, il y a eu un intérêt de plus en plus important pour la thématique travail/toxicomanie dans les services et les réalités du secteur social privé, les ressources et les remarquables compétences acquises n'ont pas encore eu la possibilité de devenir un patrimoine commun. La preuve en est

⁹⁹ VACCARI, G "Estrategias de gestión de recursos multisectoriales en un territorio". (*stratégies de gestion des ressources multisectorielles dans une région*) Dans: "Encuentro Internacional (...)" Junta Castilla-La

le manque d'études spécifiques sur la projection, la réalisation, les modèles et les méthodes utilisés, et sur le follow-up (suivi) des interventions qui montrent d'une manière articulée l'évolution des projets et le devenir des personnes toxicomanes ou ex-toxicomanes qui ont fait appel à des ressources thérapeutiques ou d'insertion du travail.

De ces réflexions naît le besoin de:

- Concevoir et promouvoir une éducation pour l'intégration dans le monde du travail;
- Définir très clairement les objectifs, les méthodes, les actions ou les actes et les résultats prévus par les projets;
- Réfléchir aux fonctions, au professionnalisme, aux compétences et pratiques in situ, et méditer sur quels processus, parmi ceux qui sont réalisés et les nouvelles compétences qui sont acquises, peuvent par la suite être considérés comme pouvant servir de modèle à la perspective de projection future.
- Vérifier et évaluer les projets.

Il faut surmonter les petites expériences partielles, pour arriver à une projection articulée et utiliser toutes les ressources locales. Cela permettrait l'élaboration d'une culture, d'une pratique théorisée, des instruments et des techniques utiles et prioritaires au processus d'accompagnement, de support, de développement et de confrontation avec les réalités pendant la resocialisation des toxicomanes. En bref, la mise en œuvre d'une réflexion dont l'objectif serait d'ordonner et de restructurer la thématique "travail" et de l'ouvrir à une logique de promotion et de développement.

Il faut en particulier développer des projets d'insertion du travail des toxicomanes dans des entreprises sociales, artisans et usines "profit" (lucratives), et qui plus est activer des formes d'initiatives sociales où serait mis en valeur le rôle principal joué par beaucoup de jeunes en situation de précarité sociale.

6.2 Processus d'insertion

Selon Giuseppe Vaccari, le processus d'insertion peut être en Italie divisé en trois phases:

1. L'activation de l'insertion du travail

Après l'élaboration d'un projet individualisé et l'individualisation de l'unité productive où aurait lieu l'insertion dans le monde du travail (la conjonction parfaite serait la combinaison de la personnalité de l'individu avec les caractéristiques de l'emploi), on arrive à l'activation formelle de l'insertion du travail qui prévoit des instruments tels que les accords pour l'insertion du travail (c'est l'instrument qui "domine" entre les parties: entreprises, candidat, coopératives), la règle thérapeutique (un instrument utilisé par plusieurs services pour réaffirmer les engagements entre le candidat et le service lui-même).

2. La gestion de l'insertion

Après la mise en œuvre du processus d'insertion dans le monde du travail, il faut le contrôler, le monitoriser, et vérifier périodiquement son évolution.

3. L'évaluation de l'insertion

L'évaluation exige de sonder le succès ou l'échec du processus entrepris. Très souvent, on évalue négativement une insertion dans le monde du travail qui au moment où la période prévue est finie, ne s'est pas concrétisée par un travail continu et stable. Cependant, il faut aussi considérer le fait que l'évaluation de l'insertion dans le monde du travail doit prendre en compte non seulement la transformation du traitement entre la personne insérée et l'entreprise, mais aussi les changements vécus par l'individu lui-même (vision de l'avenir, intégration sociale).

6.3. Quelques outils:

6.3.1 Evaluation projective

L'un des aspects les moins connus et les moins développés dans le domaine de l'insertion dans le monde du travail, selon Vaccari, est l'évaluation projective, c'est-à-dire la lecture critique des interventions réalisées afin de vérifier le succès ou l'échec de ces interventions. Il faut évaluer les succès de l'intervention par rapport aux attentes des interlocuteurs concernés (acteurs privés et publics, personnes responsables des processus d'insertion au travail, patrons, collègues de travail), le tout en fonction des objectifs prévus. Cette activité permet de mettre en évidence les forces ou les faiblesses du projet d'insertion. L'utilisation d'instruments et de tables statistiques partagées peut fournir une évaluation plus objective.

6.3.2. Promotion

Avec la création des bases visant à un contact entre le fait social et le monde du travail, qui prend fin lorsque la disponibilité des réalités de l'entreprise a été obtenue, on établit l'itinéraire de l'insertion immédiate dans le monde du travail, et le chemin est tracé pour les agents sociaux qui interviennent dans le contact direct avec l'entreprise. La campagne de diffusion par l'envoi d'un prospectus et d'une lettre d'accompagnement, est une stratégie personnalisée de promotion. Dans la mesure du possible, il faut utiliser les "mass media" locaux, surtout s'il s'agit de journaux de l'administration ou d'associations publiquement reconnues.

6.3.3 Sensibilisation

Au moyen du contact direct avec les entreprises (responsables du personnel, patrons, chefs), on a la possibilité de communiquer et de transmettre une culture sociale de l'intégration dans le monde du travail.

La publicité peut être une activité de sensibilisation, mais elle est adressée à un nombre limité d'acteurs (responsables du personnel, quelques entreprises). En tout état de cause, la sensibilisation vise un plus grand nombre d'unités productives et les

objectifs demandés sont plus spécifiques (faire face à des situations de besoins spécifiques).

6.3.4. Activités de monitorisation, d'épidémiologie et de recherche

Les activités de monitorisation, d'épidémiologie et de recherche sont indispensables dans le domaine de la toxicomanie. L'activité de recherche doit faire partie de la programmation des services, et doit avoir des objectifs précis et définis, tels que:

- Connaître les aspects, les formes et les processus de développement et de modification de la toxicomanie.
- Connaître les caractéristiques et les particularités du phénomène de la toxicomanie dans son environnement propre.
- Fournir des données documentées pour l'activité de programmation, régionales et des entreprises.
- Acquérir les éléments de connaissance et d'évaluation des méthodes et des instruments qui doivent intervenir.
- Trouver des instruments nouveaux et plus opérationnels.

6.3.5. Vérification des interventions

Afin de trouver les instruments prioritaires, d'optimiser les réponses et d'utiliser les ressources qui permettent l'extension, l'expansion et la diffusion des modalités d'intervention, ainsi que la rétention ou la correction de celles qui ont été jugées peu efficaces, il convient de vérifier constamment chaque intervention et d'en évaluer les résultats.

La vérification des interventions et l'évaluation des résultats obtenus par rapport aux objectifs, est la condition pour continuer l'expérience et d'accéder au financement public.

Dans les cas des traitements appliqués aux personnes aux prises avec des problèmes de dépendance aux substances psychoactives, il faut très bien connaître les conditions physiques, psychiques et sociales de l'individu, et avoir une évaluation diagnostique documentée immédiate (pas plus de 15/30 jours), sur la base du respect de la personne et prenant en compte ses indications. Le diagnostic doit être le résultat d'un ensemble de professionnels nécessaires aux besoins de l'interprétation et de l'intervention de la toxicomanie. Le diagnostic est l'instrument essentiel de la réorganisation de la personne dans sa globalité.

7. Initiatives en Grèce¹⁰⁰

En Grèce, les premiers programmes pour toxicomanes ont débuté au cours des années 80, lorsque l'addiction est devenue un problème social.

Après la thérapie, la réintégration sociale est rapidement devenue une question prioritaire non seulement au niveau des programmes thérapeutiques et des patients, mais aussi pour la communauté.

Deux lois ont été promulguées pour faire face au problème de l'addiction.

La première législation (1729/87) a permis de mettre sur pied l'organisation OKANA destinée à lutter contre l'abus de drogues; cette législation permet d'étudier, de proposer et d'organiser la politique nationale dans le domaine de la prévention, de la thérapie et de la réintégration sociale, de plus, elle subventionne aussi ces programmes.

Cette législation a également fourni le cadre légal et les directives nécessaires à la création de communautés thérapeutiques et de centres de rééducation.

Elle a fourni également aux personnes qui sont issues de ces programmes, le droit légal de demander au tribunal que les condamnations antérieures liées à l'usage de

¹⁰⁰ REZITI, V “Situación en Grecia” Dans: Ibidem.

drogues ne figurent pas dans l'extrait du casier judiciaire demandé par les chefs d'entreprise.

La deuxième loi (2161/93) a permis à d'autres institutions (municipalités, Eglise, etc.) en plus du ministère de la Santé et des Services Sociaux, de créer des programmes de réintégration sociale dans la communauté, sous la direction et le support d'OKANA.

La plupart des programmes thérapeutiques qui sont offerts dans des centres de réadaptation visant la réinsertion sociale des ex-toxicomanes, sont ci-après énumérés:

7.1. KETHEA

Il s'agit d'une association non gouvernementale à but non lucratif placée sous la protection du ministère de la Santé et des Services Sociaux.

Kethea est le premier centre à avoir créé en 1983 un programme thérapeutique sans drogues reposant sur la philosophie des communautés thérapeutiques. Kethea offre traitement, formation professionnelle et réadaptation sociale pour les personnes toxicomanes.

Aujourd'hui, Kethea administre de nombreux programmes thérapeutiques partout dans le pays. L'organisme compte neuf centres de soins, six communautés thérapeutiques, six programmes familiaux, sept programmes pour toxicomanes incarcérés, deux programmes de travail de rue et huit centres d'hébergement destinés à la réintégration sociale des ex-toxicomanes.

Dans le but d'obtenir la réintégration sociale, Kethea tente de pallier les carences et d'augmenter les habiletés sociales et professionnelles. Les cours sur l'orientation professionnelle font partie de la thérapie.

Kethea a commencé une série de programmes de formation professionnelle financés par la commission Européenne, en collaboration avec le ministère du Travail, l'Institut National de l'Emploi, l'Université de Pantio, l'Administration de la

Jeunesse et plusieurs municipalités, visant à surmonter les difficultés de l'emploi et d'aider les ex-toxicomanes à faire face à leurs problèmes légaux.

Les ex-toxicomanes qui, après leur thérapie désirent travailler à Kethea en qualité de thérapeutes ou dans un autre programme en rapport avec les toxicomanies, reçoivent la formation pertinente.

Kethea participe aux initiatives INTEGRA et YOUTHSTAR de la Commission Européenne.

7.2. PROGRAMME 18

Ce programme financé par l'Hôpital psychiatrique de l'Attique a été créé en 1985. Aujourd'hui, de nombreux programmes existent à Athènes et Thessalonique; rééducation thérapeutique et centres de thérapie familiale, programmes pour jeunes toxicomanes et femmes toxicomanes sans domicile fixe, etc. Le Programme 18, considère la phase de réintégration sociale comme la dernière partie de la thérapie et la plus essentielle, son objectif est de faire en sorte que le patient soit capable d'organiser sa vie sur la base d'une signification nouvelle et de faire face à la réalité sans fuir les difficultés et les déceptions.

Le programme thérapeutique est la transition nécessaire pour un retour lent et douloureux dans la société. Par le biais de la thérapie, les patients se rendent compte qu'ils appartiennent au cadre thérapeutique, au groupe. C'est peut-être la première fois qu'ils sentent qu'ils font partie d'un groupe et, en même temps, qu'ils sont indépendants.

L'emploi renforce les sentiments d'indépendance et accroît leur responsabilité, leur reconnaissance sociale, leur estime d'eux-mêmes. Il favorise l'établissement de relations nouvelles, d'une nouvelle forme de vie et d'un changement continu.

Les objectifs thérapeutiques dans les processus de réintégration sociale sont les suivants:

- Formation professionnelle et du travail créatif

- Participation aux activités éducatives et autres
- Stimulation aux hobbies
- Participation aux activités sportives
- Participation aux activités culturelles et artistiques
- Participation aux groupes d'auto support (A.A.N.A)
- Apprendre à faire face aux crises et aux situations à haut risque.
- Création d'un réseau social de support
- Création de relations nouvelles dans l'esprit de la participation communautaire
- Adopter un rôle important pour soi-même et pour les autres dans le cadre d'un style de vie sans drogues, avec des valeurs, des significations et des objectifs.
- Rechercher/atteindre une certaine qualité de vie.
- Acquérir le respect et le contrôle de soi et le sens de sa propre aptitude.
- Développer une forme de pensée critique parallèle à l'expression émotionnelle; respecter ce qui est différent.
- Etre capable de programmer et de planifier à long terme. S'engager dans des responsabilités.
- Indépendance par rapport à la famille d'origine à tous les niveaux
- Assurer et protéger tous les droits humains et démocratiques contre la discrimination et le racisme.

7.3. THISEAS

Ce programme a été créé dans la municipalité de Kallithea en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services Sociaux. Thiseas accepte des ex-toxicomanes

qui ont achevé un programme thérapeutique et qui font face à des difficultés de réintégration sociale et professionnelle.

L'objectif du programme n'est pas seulement la réintégration sociale. Son objectif est d'être capable d'intervenir dans toutes les activités liées à la réintégration sociale des ex-toxicomanes, et ce dans la politique nationale et les réseaux de support social jusqu'à la sensibilisation de la société.

Les services offerts par ce programme comprennent:

- Groupes d'auto support
- Groupes d'activités sociales
- Groupes de prévention des rechutes
- Thérapie de groupe drame
- Cours d'orientation et de formation professionnelle.
- Soins médicaux
- Aide légale
- Activités culturelles et sportives
- Cours de navigation

7.4. OKANA

En 1996, OKANA a commencé deux programmes de substitution (méthadone) à Athènes et Thessalonique.

Ces programmes comprennent une phase de désintoxication et une de rééducation.

Au cours de la phase de désintoxication, les patients reçoivent de la méthadone, aucune autre substance n'est permise. La durée maximale est de deux ans pour la désintoxication progressive de méthadone, par la suite le patient entre dans la phase

de rééducation sociale. Au cours de la phase de désintoxication, les patients participent à des thérapies individuelles et de groupe. Des subventions sociales, des soins médicaux et l'accès à des activités culturelles et artistiques leur sont aussi offerts.

Vers la fin 1996 le programme a offert aux patients des cours de formation professionnelle en coopération avec l'administration pour la formation professionnelle et l'OAED (Organisation pour l'Emploi). On pensait que la socialisation pouvait commencer avant la phase de rééducation. La socialisation peut être entreprise pendant la désintoxication et le patient peut s'adapter progressivement au processus de formation et d'emploi.

Les travailleurs sociaux ont encouragé les patients intéressés par le travail, à en faire la demande à l'OAED, l'organisation responsable de trouver un emploi aux chômeurs. En 1997, OKANA a entrepris le programme d'"aide légale" destiné aux patients qui participaient aux programmes OKANA. Vers la fin de l'année, des cours de formation en prévention ont été donnés aux patients qui suivaient la thérapie d'une manière correcte. Quelques-uns de ces patients ont travaillé plus tard dans un programme d'OKANA de travail de rue.

En décembre 1997 a eu lieu le transfert des premiers patients depuis le centre de désintoxication jusqu'au centre de rééducation. Pendant les premiers mois de la rééducation, la naltrexone est proposée aux patients qui sont encouragés à en prendre, dans le but de réduire le risque de rechute.

Une analyse statistique a montré que seulement 10% des patients qui avaient participé au programme à son début en 1996 sont parvenus aux centres de rééducation sociale. Les autres 90% sont retournés dans la rue surtout parce qu'ils ont été renvoyés du programme à cause de la consommation d'autres substances ou d'un comportement violent.

Le centre de rééducation offre une thérapie individuelle et de groupe, ainsi que plusieurs occasions de participation à des groupes ou des événements artistiques et

culturels. Ses services sociaux coopèrent avec des institutions publiques et privées et avec des municipalités dans le but de fournir aux ex-toxicomanes une formation professionnelle et des possibilités de travail. Le programme a une durée d'une année. Une fois ce cours achevé, ceux qui désirent fonder leur propre entreprise peuvent demander un prêt professionnel à l'OAED.

8. Un Exemple Français: Le Centre de Traitement “LE PEIRY”¹⁰¹

Depuis 1974, “Le Peiry”, centre de traitement spécialisé pour personnes toxicomanes, accueille, dans le Département français du Lot, au nord de Toulouse, des consommateurs de drogues, hommes et femmes, qui ont consommé surtout de l'héroïne par voie intraveineuse, ou des médicaments psychotropes. La plupart proviennent des centres urbains (Paris et région parisienne, le département du Nord, l'est, la Provence, la Côte d'Azur, etc.) d'où ils sont originaires et où ils vivent dans des situations d'exclusion sociale, physique, sociale et culturelle. En général, comme tous les toxicomanes du monde ils disent qu'ils souhaitent comprendre les raisons de leurs dépendances de la drogue, à l'exception de l'alcool et du cannabis; ils ont un désir profond de mieux se connaître, de vivre comme tout le monde, une vie normale, honnête, sans violence, sans vols, sans mensonges et sans histoires.

Il y a quelques années, nous avons reçu des usagers (60%) sous traitements de substitution par Méthadone ou Subutex (buprénorphine haut dosage) et sous traitements médicaux: anxiolytiques et hypnotiques, antidépresseurs et, plus rarement, neuroleptiques.

Selon Massaloux, ce qui a changé davantage est l'environnement social et c'est aussi ce qui pose les problèmes. Le vagabondage, la précarité, le chômage, la pauvreté, les familles monoparentales, le sida, l'hépatite B et C sont les changements principaux. C'est pourquoi, au-delà du travail psychothérapeutique, ce sont les objectifs d'insertion qui ont tout à fait changé.

Pour “Le Peiry”, l’accompagnement social du toxicomane ne consiste plus seulement au traitement de la marginalité ou de la précarisation par rapport à l’insertion au travail. Nous croyons que, selon l’analyse de Robert Castel, ces déficits reflètent davantage “un manque d’organisation sociale, qui ne donne pas à ses membres les moyens nécessaires pour s’intégrer” qu’“une incapacité propre de l’individu pour satisfaire les exigences requises”.

- Comment satisfaire cette exigence sociale?
- Comment élaborer des stratégies pour la réinsertion des toxicomanes, en se méfiant en même temps des catégorisations effectuées à partir des définitions établies par les politiques sociales?
- Comment accompagner la recomposition de l’identité sociale, l’inscription sociale, l’insertion sociale, si ce n’est avec la mise en valeur de la justice sociale et la récréation de liens?

Pour répondre à ces questions, le représentant de “Le Peiry” fait appel, avec beaucoup d’originalité, à Freud, qui, en 1929, dans son œuvre “Malaise dans la Civilisation”, affirme que “ce que l’être humain supporte très difficilement, c’est la relation avec ses semblables”. Selon lui, l’un des facteurs les plus importants de cette dysharmonie dans sa relation avec l’Autre, c’est l’agressivité. Il écrit aussi que “c’est une représentation de la pulsion de mort”.

Selon “Le Peiry”, le travail principal serait, dans cette époque de mutation plus que jamais, d’aider la personne toxicomane à renouveler une relation avec l’Autre, en intégrant sa difficulté dans cette relation. Et ils essaient de le faire tous les jours, soit au centre, dans l’atelier d’imprimerie et d’entretien de petits patrimoines, soit au Centre de Méthadone, soit dans le réseau des familles d’accueil.

Depuis la création de “Le Peiry”, le conseil d’administration de l’association et les équipes pluridisciplinaires travaillent sans interruption dans l’insertion de

¹⁰¹ MASSALOUX, C. “La inserción de drogodependientes (...)” (*la réinsertion de toxicomanes*) Dans: Ibídem.

l'institution, le principe inéluctable pour éviter la désunion socio-économique, voire socio-politique.

Tous les acteurs de cet univers volontairement limité, s'inscrivent dans une multitude de réseaux économiques et sociaux, qui existent autour de l'association, avec leur patrimoine, leurs traditions, leur culture, très profondément enracinées. Ils tentent d'offrir un environnement de sécurité, de tranquillité, approprié à la restructuration de la personnalité.

Selon Massaloux, la région, malgré ses attraits touristiques, est toujours profondément rurale et reflète bien les traits de l'homme enraciné à sa terre. Et le réseau dont nous parlions, auquel sont invités nos résidents, du même que l'évolution rurale, ont été tissés peu à peu dans l'illustration des valeurs particulières, propres de l'environnement, construit sans bruit, dans la prudence, les hésitations et la persévérance. Malgré l'habitat dispersé et les infrastructures absurdes, il existe un esprit fraternel et solidaire qui émane de milliers de malheurs réunis au cours du temps.

Bien que le confort, la mécanisation, l'électronique et l'informatique aient maintenant une importance énorme dans la vie quotidienne, les moments de vie que nous proposons, sous le froid, le soleil ou la pluie, façonnent, jour après jour, et favorisent un mouvement profond qui, peut-être, reflète un premier sens de la redécouverte d'un sens social oublié...

8.1. La spéléologie en tant qu'activité de réinsertion

“Le Peiry”, continuant sa ligne très originale, propose la spéléologie en tant qu'activité de réinsertion sociale. Voyons comment:

Environnement et moyen souterrain

Comme beaucoup d'autres activités, la spéléologie exige que l'objectif soit fixé d'une manière exacte, que les indications soient marquées sur une carte (itinéraires),

une reconnaissance du terrain (initiatives locales), ce qui veut dire parler avec les habitants du lieu pour s'informer.

Une telle expédition exige une préparation soigneuse et minutieuse du matériel collectif et individuel. Il faut préparer le repas en fonction du temps imparti. Quand on est de retour, l'inspection et le nettoyage sont nécessaires. Ce sont des tâches pénibles et ennuyeuses et, il faut le dire, le volontaires sont tout prêts à laisser tomber.

Presque tous les précipices exigent des parcours de reconnaissance, qu'il faut faire avec des charges très lourdes. Les cavités sont en général, difficiles à découvrir. L'entrée, très étroite, est cachée sous un bois de genévrier et c'est parmi les épines agressives qu'il faut chercher (hostilité sociale), et parfois pendant un bon moment. Quelques-uns capitulent et laissent les autres compagnons plus persévérand ou plus impatients se charger de continuer la recherche.

S'il fait beau, ils s'allongent au soleil, sur l'herbe, et s'il pleut ou s'il fait très froid, tous les arguments sont bons pour se serrer dans les voitures. Soudain, des cris, la grotte a été découverte avec plus ou moins de joie. En effet, la spéléologie ne répond pas à "tout, tout de suite, ici, et maintenant" et le plaisir est retardé.

Les baptêmes d'argile, l'obscurité, la nuit, les silences imposants ou les bruits étranges touchent même les plus résistants. Les plus vandales montrent un respect surprenant lors qu'il s'agit d'ouvrir des chemins entre les concrétions immaculées.

Les ombres féeriques projetées sur les murs et mélangées aux stalagmites et aux stalactites, offrent un spectacle troublant. Les gouttes d'eau minuscules déposées sur un petit bout de calcite fournissent des sujets de discussions sur les siècles écoulés et, inexorablement, le sujet du vieillissement apparaît, inéluctable, sujet très apprécié par le toxicomane.

Au contraire de ce que l'on pourrait penser, le toxicomane – à quelques exceptions près - n'est pas une personne très téméraire, ni suicidaire, bien au contraire, il connaît la peur, la panique, avec toute la difficulté de devoir cacher ses émotions quand il se

trouve dans ce genre d'endroits. Les tremblements, les palpitations cardiaques, les malaises sont inévitables dans ces lieux; ils exigent un contrôle et une maîtrise de soi peu communs. Le toxicomane commence alors à se laisser envahir par des sensations autres que celles liées aux plaisirs chimériques...

Les conditions spécifiques exigées par toute expédition assurent un apprentissage sans erreur. L'exploration d'une grotte est très codifiée à tous niveaux. Les transgressions sont rares, filles et garçons respectent les règles (lois sociales et du travail), et ils savent qu'un mousqueton mal serré peut représenter une sanction immédiate.

Le passage dans des zones étroites, des félures ou des chatières éveille très souvent des angoisses terrifiantes: "Je ne peux pas passer! Je vais rester coincé!"

Les mouvements pendulaires dans les puits verticaux, la montée dans un escalier très étroit, capricieux, exigent un rythme changeant ou une synchronisation, plutôt que des efforts intempestifs et agressifs ou la seule force musculaire.

L'assimilation de ces réflexes joue un rôle essentiel, qui demande au toxicomane non seulement l'apprentissage d'un grand effort, mais aussi un peu d'ambition et beaucoup d'optimisme.

La pratique de la spéléologie ne résulte pas du hasard ou de la rencontre fortuite d'éléments ou d'individus, à un moment donné, dans un lieu déterminé.

Cette pratique encourage la définition d'objectifs précis (itinéraires), à s'équiper de matériels et d'instruments adaptés (formation): "On ne peut pas utiliser une corde de 30 mètres pour descendre dans un puits de 50 mètres".

Prévenir et dominer ses propres faiblesses, oser repousser ses limites et ne pas se déconcentrer devant le moindre obstacle, ce sont les caractéristiques essentielles éprouvées dans ces situations.

Selon Massaloux, l'apprentissage de cette discipline passe par des stades différents de peur, d'acclimatation, et doit apporter les moyens de s'orienter dans un

environnement aux limites toujours incertaines. Ils fluctuent constamment entre deux visions différentes, et font très souvent l'analogie avec l'ambivalence et l'incohérence de certains adultes aux réponses évasives et hypocrites. Il s'agit alors de donner aux toxicomane, dans un corps de nouveau sexué, des certitudes, des points de repère fixes, le plaisir et la jouissance de l'autonomie.

Le seul objectif de ce détour souterrain –continue Massaloux- est d'aborder un sujet essentiel de notre projet thérapeutique, le renouvellement de la relation avec l'Autre, qui permet de faire la paix avec soi-même.

Le point suivant à aborder est l'insertion même dans le centre, introduction inéluctable qui peut permettre des ambitions de réinsertion.

L'association possède une petite imprimerie, un atelier d'entretien et patrimoine, et un centre d'aide à la vie active. Ils pratiquent aussi le "savoir de base", une approche au monde actuel où ils apprennent les milliers de processus administratifs, ainsi qu'un apprentissage des nouvelles technologies de la communication.

Ces ateliers ne sont ni occupationnels ni ergo thérapeutiques; ils ont une mission productive et produisent des revenus. Ils sont aussi obligatoires avec un travail à mi-temps. Ce revenu gagné (sans charges et sans impôts pour le résident), représente à peu près 1.300 francs français par mois. Cela permet un autofinancement partiel du séjour et une partie contribue à un principe d'autonomie.

Le résident a le droit de garder 50% de ce montant comme argent de poche; un quart est ajouté à une réserve collective administrée par le groupe, et utilisée pour des projets extérieurs de loisir.

Il s'agit d'un instrument qui, à cause de ce qui est en jeu, permet de normaliser une certaine dynamique autour de l'argent et de son pouvoir. Mais occasionnellement, car la couverture sociale qui atteint 60 à 70%, peut être utilisée pour financer de que l'on appelle l'urgence médicale.

Le dernier quart est administré individuellement et constitue un petit capital d'épargne pour les projets d'insertion, capital qui pour certains est ajouté à d'autres ressources perçues pendant leur séjour, telles que le RMI (Revenu Minimal d'Insertion), une allocation pour les handicapés ou les allocations de la sécurité sociale.

Mais le contexte de cette fin de siècle –continue Massaloux- leur fait hésiter en ce qui concerne ces actions. Ils envisagent une autre façon d'aborder la réinsertion en 2000. Ils ont des doutes sur leur organisation globale; comme pour n'importe quelle entreprise, l'objectif n'est plus d'obtenir une production très importante.

Les difficultés économiques leur empêchent toute prévision. La concurrence est importante et l'apparition de nouvelles entreprises trouble leur micro-organisation.

Les problèmes d'investissement, les réglementations et le renforcement des législations, avec les nouvelles dispositions, la TVA, les charges sociales, les impôts...

Inspirés par le reengineering, une idée de gestion organisationnelle qui réunit des ressources de l'entreprise autour des procédés de base, ils essayent aujourd'hui une restructuration, en fonction de leurs objectifs plutôt qu'en fonction de leurs ressources, et plus exactement en fonction des activités qu'ils pratiquent pour satisfaire les besoins de leurs résidents.

9. Le Portugal

9.1. L'Organisation DIANOVA en tant qu'entreprise d'insertion.

L'Association DIANOVA Portugal connaît de nombreuses difficultés dans son objectif de créer des emplois, non seulement parce que l'univers de ses travailleurs est très particulier, mais aussi à cause de l'accroissement des frais que la situation exige.

Avec la candidature des entreprises d'insertion, l'association apporte un soutien à ses bénéficiaires les plus faibles professionnellement, et leur dispense une formation professionnelle rémunérée (co-financée par l'Etat). Ce financement permet à l'association d'implémenter la capacité de production de quelques-unes de ses activités telles que la floriculture, l'élevage, etc., ce qui augmente les possibilités d'obtenir des contrats de travail pour ces personnes.

La plupart des futurs travailleurs de l'association, proviennent de groupes qui sont dans une situation très déficitaire devant l'emploi, dont les niveaux d'études sont très bas, et qui n'ont pas de qualification professionnelle. Ils présentent des faiblesses importantes au niveau personnel pour l'exercice d'une profession dans une organisation de travail. Le manque de support familial est un problème qui s'ajoute à la participation sociale et professionnelle.

La situation des futurs travailleurs exige une promotion de leurs conditions d'emploi, au moyen de la résolution de leurs besoins essentiels, par le biais d'une formation professionnelle appropriée à leur situation, à leurs capacités et à une intervention globale de support à la réorganisation de leur vie, avec un accompagnement dans la recherche et dans le maintien de l'emploi.

Ces exigences dépassent les moyens de l'association, et elle nécessite des supports extérieurs. Dans ce contexte, les entreprises d'insertion créées par le décret N° 348-A/98 du 18 juin, sont une des mesures prévues dans le Plan National de l'Emploi, destinées à répondre aux besoins déjà mentionnés. Les entreprises d'insertion sont des structures administrativement et financièrement autonomes, qui s'intègrent dans l'organigramme de l'association par le biais de ses activités économiquement viables et auxquelles participent les bénéficiaires de l'association.

En tant qu'entreprise d'insertion, l'Etat portugais apporte son support technique à l'association pour la préparation du processus d'insertion et pour l'accompagnement des personnes en processus d'insertion, depuis l'admission jusqu'à l'intégration effective dans le marché du travail, ainsi que des supports financiers à l'investissement et au fonctionnement des activités qui composeront l'entreprise

d'insertion. Un prix d'intégration est aussi perçu pour chaque contrat de travail obtenu par l'association avec des personnes en processus d'insertion.

COMMUNAUTÉS THÉRAPEUTIQUES

1. Adaptation des CCTT à la chronicité et comorbidité des toxicomanes
2. Origine et développement, SYNANON, DAYTOP-VILLAGE
3. La CT à origine anglo-saxonne. Développement et caractéristiques, MAXWELL JONES
4. La C.T.D. selon DAYTOP et la CT selon M. JONES
5. Europe: La Nouvelle Communauté Thérapeutique
6. Indicateurs de Qualité dans les CCTT. Européennes
7. Définition de Communauté Thérapeutique Professionnelle
8. Proposition d'un ensemble d'indicateurs de qualité
9. Critères d'aptitude en CT
10. Evaluation cognitivo-comportementale d'héroïnomanes en CT
11. La Rétention dans les Communautés Thérapeutiques
12. Evaluation économique des services d'une CT Professionnelle
13. Critères essentiels pour considérer une institution comme CT. professionnelle

CHAPITRE HUITIEME

COMMUNAUTES THERAPEUTIQUES

La communauté thérapeutique pour toxicomanes (CTD) est une méthode thérapeutique qui repose sur l'interaction permanente entre l'usager, les parents et l'équipe, sur une intervention intensive, multidisciplinaire et coordonnée dont l'objectif est la réadaptation globale du toxicomane.

Le traitement en CT implique l'abstinence de drogues d'abus et un changement global du style de vie qui comprend le comportement, des modèles de réponse cognitifs et affectifs, des attitudes et des valeurs, l'équilibre psychologique et un engagement actif dans la résolution des conséquences de l'abus de drogues. Les agents du changement sont des stratégies d'intervention appliquées par une équipe spécialisée, l'assistance intégrale, l'apprentissage social dans un contexte groupal, l'auto support et la motivation personnelle au changement.

Les communautés thérapeutiques professionnelles pour toxicomanes, en Espagne¹⁰² comme dans d'autres pays européens, offrent un modèle de réadaptation très utile pour une population de toxicomanes nécessitant un environnement sûr et une intervention plus intensive. L'évolution de ces programmes vise leur adaptation aux nouvelles caractéristiques des usagers, ainsi que l'utilisation maximale des ressources.

¹⁰² COMAS, D “Criterios y Normas para la Homologación de Comunidades Terapéuticas Profesionales para Toxicómanos” (*critères et normes d'homologation des communautés thérapeutiques professionnelles pour toxicomanes*) APCTT. 1994.

1. Adaptation des CT à la chronicité, à la comorbidité des toxicomanes et aux nouveaux modèles de consommation.

L'évidence clinique montre qu'un pourcentage de plus en plus important d'usagers présente des troubles psychiatriques co-existant ou antérieurs, notamment des troubles affectifs et des troubles de la personnalité. De plus, les données disponibles montrent que les usagers de CT sont dépendants depuis plusieurs années et ont suivi plusieurs traitements sans succès. Ces deux caractéristiques (chronicité et comorbidité) apparaissent en général associées à de mauvais résultats du traitement pour abus de drogues.

Plusieurs CT, en Europe et aux U.S.A., adaptent leurs programmes aux patients chroniques (par exemple, le traitement par méthadone), et aux patients présentant des troubles psychiatriques concomitants (médication psychopharmacologie).

L'expérience clinique actuelle montre qu'un pourcentage des patients en traitement par la méthadone ne réussissent pas à atteindre les objectifs thérapeutiques et continuent les pratiques à risque (utilisation de drogues, comportement sexuel à risque, etc.). Les CT commencent d'apporter des alternatives thérapeutiques à ces patients qui ne s'adaptent pas aux programmes de traitement par la méthadone sous régime ambulatoire.

2. Origine et développement. SYNANON, DAYTOP-VILLAGE. Caractéristiques essentielles.

2.1. SYNANON

En 1958, en Californie (U.S.A.), un groupe de personnes toxicomanes à l'héroïne, dont le leader était Charles Diederich, s'est organisé (suivant le modèle des Alcooliques Anonymes) dans une communauté d'accueil: SYNANON, dans lequel tous les types de toxicomanes étaient acceptés. Ils se sont constitués comme un groupe d'auto support et ont refusé la participation de professionnels de santé

mentale. La communauté de SYNANON prétendait être une sorte de famille de substitution et s'organisait comme une communauté de vie alternative qui, à partir d'une soi-disant incompatibilité entre le toxicomane et la société, exigeait que ses membres restent un temps indéterminé dans l'organisation afin d'assurer qu'ils demeurent abstinents. De cette façon, l'abandon ou l'expulsion de SYNANON impliquait l'impossibilité d'y revenir. (Roig-Traver¹⁰³, 1986; Comas¹⁰⁴, 1987).

Cette communauté a adopté une structure intérieure très fortement hiérarchisée où le résident occupait des lieux différents en fonction de ses changements d'attitude et/ou de conduite. Ils tentaient d'obtenir ce qu'ils nommaient "auto-identification" ou "découverte de soi" et pour ce faire, utilisaient des "Jeux de SYNANON", des dynamiques groupales très particulières de "Confrontation", sous la direction des résidents les plus anciens, où lesquelles on dénonçait devant le groupe les comportements ou les attitudes négatives de quelques-uns de ses membres. A SYNANON le nouveau venu était considéré "comme un enfant" qui dans la communauté entre dans un processus d'apprentissage pour arriver à la maturité.

Cette organisation, qui s'est étendue jusqu'à compter plusieurs milliers de membres, a commencé un processus intense de détérioration, jusqu'à devenir une secte fondamentaliste et autoritaire, placée sous la férule tyrannique et délirante de Charles Diederich, qui a fini par mettre un serpent venimeux dans la boîte aux lettres d'un membre dissident, en 1987. SYNANON a donc fini complètement isolée et repliée sur elle-même, sans aucune projection réelle de soins. (OTTENBERG¹⁰⁵, 1982; MANN¹⁰⁶, 1987).

¹⁰³ ROIG-TRAVER, A. "El modelo americano de Comunidad Terapéutica y su difusión en Europa". (*Le modèle américain des communautés thérapeutiques et sa diffusion en Europe*) XIII Journées Nationales de Sociodrogalcohol. Palma de Mallorca, 1986.

¹⁰⁴ COMAS, D. "El tratamiento de la drogodependencia y las Comunidades Terapéuticas." (*le traitement de la toxicomanie et les communautés thérapeutiques*) Ministère de la Santé et la consommation. PNSD. Madrid, 1988.

¹⁰⁵ OTTENBERG, D. "The Therapeutic Community today" (*la communauté thérapeutique aujourd'hui*) C.I.S. Rome. 1974.

¹⁰⁶ MANN, R.D; Wingard, J. "A cross-cultural study of drug rehabilitation methodologies in Sweden and the United States ". (*Une étude transculturelle des méthodes de réhabilitation des drogues en Suède et aux Etats-Unis*) Dans: Eisman, S. ED. Drug Abuse. Foundation for a psychosocial approach. Farmingdale.Baywood, 1987.

Mais, comme O'Brien¹⁰⁷ l'a remarqué en 1985: "L'influence et l'impact de SYNONON sur les communautés thérapeutiques pour toxicomanes actuelles, est incontestable".

2.2. DAYTOP-VILLAGE

En 1964, un groupe de membres de SYNONON a été engagé par un organisme public américain pour planifier, en collaboration avec une équipe de professionnels de la santé mentale, un centre de traitement pour toxicomanes.

Ainsi est né DAYTOP-VILLAGE, la première C.T. dont le service est assuré par une équipe mixte, composée d'ex-toxicomanes et de professionnels de la santé mentale. DAYTOP est déjà conçue comme une ressource de soins pour la désintoxication et la réinsertion sociale du toxicomane. Elle propose une durée limitée d'hébergement dans la communauté, de 16 à 18 mois et le retour à la société au moyen de ce qu'ils nomment un programme intermédiaire, incluant l'usage d'appartements urbains et de psychothérapie de support.

Elle garde de SYNONON la prétention d'arriver, au moyen de la discipline et de l'auto-support, à un degré de maturité personnelle qui manque, paraît-il, au toxicomane. Elle croit toujours que la vie en communauté et les activités réalisées dans cette communauté ont des effets positifs sur le résident, et elle reproduit une structure intérieure très hiérarchisée, similaire aussi à celle de SYNONON.

Les techniques d'intervention, groupales surtout, sont nommées: "Groupes de Rencontre", "Dynamique", "de Contrôle", "Spéciales", etc. et sont parfaitement cadrées. L'intervention sur les familles, au moyen des groupes appelées "Groupes de Rencontres familiales" a été progressivement utilisée comme un autre élément très important de cette modalité d'intervention en toxicomanies (Comas, 1987).

Toutes les études sont d'accord sur le fait que DAYTOP sera la matrice et le modèle que suivront la plupart des communautés thérapeutiques pour toxicomanes qui

¹⁰⁷O'BRIEN, W. "The therapeutic Community –static or moving" (*la communauté thérapeutique: statisme ou évolution*) Procès-Verbaux VIII Congrès Mondial des Communautés Thérapeutiques. Rome, C.I.S. 1985.

commencent à proliférer dans plusieurs pays, au fur et à mesure que la toxicomanie, en tant que phénomène social, se répand de plus en plus. (Ottenberg, 1985; Comas, 1987).

3. La Communauté Thérapeutique d'origine anglo-saxonne: développement et caractéristiques essentielles, MAXWELL JONES.

Au cours des années 40, après la seconde guerre mondiale, un important mouvement de réforme psychiatrique apparaît en Angleterre. Les asiles d'aliénés sont remis en question et le véritable caractère des fonctions qu'ils remplissent est alors dénoncé: asile, garde et contrôle social, au-delà des objectifs supposés de soins et de rééducation. En même temps on dénonce également ces asiles qui chronicisent, marginalisent et dépersonnalisent les patients de ce type d'institutions.

Se basant sur plusieurs domaines théoriques - psychanalyse, psychiatrie sociale, thérapie occupationnelle et psychologie sociale - un groupe d'auteurs cherchent des alternatives au traitement dans les institutions psychiatriques.

En 1946, T.F. Maine publie un article "L'hôpital en tant qu'Institution Thérapeutique" sur les travaux des psychiatres du groupe de Northfield, parmi lesquels se distinguent W. Bion et Richkman.

M. Jones, à partir de son travail de directeur de plusieurs hôpitaux pendant plus de vingt ans, a publié plusieurs textes où il expose le concept réformateur de la communauté thérapeutique.

R.N. Rapoport publie sa propre étude dans laquelle il apporte des éléments opérationnels pour le fonctionnement de la CT. Son affirmation sur "le besoin de différencier clairement le niveau psychothérapeutique du niveau des activités visant l'acquisition d'habitudes sociales" est très intéressante.

Ainsi naît la CT qui définit la réadaptation et la réinsertion du patient dans l'environnement communautaire normalisé comme son objectif et sa raison d'être, et qui refuse absolument tout type d'isolement.

4. La C.T pour toxicomanes selon DAYTOP et la C.T. selon M. JONES

Selon D. Comas, les nouvelles CT pour toxicomanes fondées sur le modèle de DAYTOP ont représenté une régression par rapport aux progrès de la CT selon le modèle de JONES, selon lui: "sous prétexte que les professionnels sont incapables de s'occuper des toxicomanes, elles ne proposent pas d'alternative aux systèmes psychiatriques, mais elles reconstruisent les hôpitaux psychiatriques de type asile, la vieille psychiatrie morale et le lien hiérarchique intrahospitalier. Et plus encore, elles remplissent une fonction répressive, au moment où le Droit Pénal commence à envisager l'efficacité de pénaliser des conduites telles que la consommation de drogues" (Comas, 1988).

Le même auteur mentionne l'avis de R. Castel¹⁰⁸ qui affirme que, lorsqu'un toxicomane est envoyé dans l'une des ces institutions "le juge sait qu'il ne risque rien en faisant preuve de cette indulgence apparente, parce que ces communautés, même si elles ne sont pas des prisons gérées par des représentants officiels de l'Etat, sont aussi des institutions totalitaires" (Castel, R. 1984).

Selon Comas "Ce qui est arrivé aux U.S.A. entre la fin des années 50 et le début des années 60, soit la période durant laquelle on a connu l'un des cycles les plus élevés de la consommation d'héroïne, c'est justement que les institutions de santé mentale, en pleine réforme, ne pouvaient pas jouer le rôle répressif que le toxicomane exigeait, nombre d'institutions sanitaires n'étant pas suffisamment totalitaires ou répressives pour répondre aux besoins d'une communauté qui vivait la liberté comme un risque". (Comas, 1988).

¹⁰⁸ CASTEL, R. "La sociedad psiquiátrica avanzada" (*la société psychiatrique avancée*) Anagrama, Barcelone, 1984.

Selon ces opinions, il semble que nombre de ces patients toxicomanes demandaient à se fondre dans un tout groupal, en suivant toujours une image d'autorité. Il est bien connu qu'il s'agit de l'une des formes les plus efficaces pour obtenir une sorte d'annulation de la subjectivité, permettant par la suite d'amener plus facilement l'individu à nier sa propre réalisation en tant que citoyen de plein droit. On trouve ainsi une collectivité dirigée par un leader incontestable et, peu à peu, tout-puissant, et on entre dans un domaine proche de la violation des Droits Humains les plus élémentaires.

Maxwell Jones a même déclaré en 1979, que DAYTOP n'était pas vraiment une communauté thérapeutique. Cependant en 1985, invité au Huitième Congrès Mondial des Communautés Thérapeutiques, qui a eu lieu à Rome organisé par le Centre Italien de Solidarité (Progetto Uomo), proche de DAYTOP, il a nuancé en partie sa position, selon Comas à la suite de l'évolution des CT pour toxicomanes et de leur professionnalisation et institutionnalisation progressives.

Issu de DAYTOP, un autre grand groupe de CT est fondé en Italie: le Progetto UOMO (Projet Homme). Le Progetto Uomo a pris des éléments essentiels de Daytop, associés à des instruments plus adaptés à la réalité culturelle et familiale de la famille européenne latine.

L'entrée à Daytop se fait au moyen des SPAN (Special Project Against Narcotics), le candidat devant montrer intérêt et constance pour être admis. On peut exiger de lui quantité de coups de téléphone ou des comparutions à des heures intempestives et à plusieurs reprises, et même la remise des objets qu'il aime le plus (sa guitare par exemple) ou la séparation de son partenaire.

5. L'Europe. La nouvelle communauté thérapeutique

5.1. Professionnalisme

Comme nous l'avons déjà dit, le mouvement des CT en Europe a débuté en 1970. Dès l'origine, il a bénéficié d'un prestige particulier du fait qu'en Angleterre, aux Pays-Bas et en Belgique, où le mouvement avait commencé, elles comptaient davantage de professionnels qu'en dehors de l'Europe. En 1970, le Dr. Martien Kooyman a fondé Emiliehoeve à Bloemendaal (La Haye, Pays-Bas). En Belgique, les trois communautés thérapeutiques (De Kiem, De Sleutel et Trampoline) *ont été fondées au cours des années 70 sous la gestion de trois directeurs du programme licenciés en psychologie, éducation ou sciences sociales* (J. Maertens à "De Sleutel"; E. Broekaert à "De Kiem" et G. Van der Straten à "Trampoline"). Ils ont reçu une formation de thérapeutes, et ils ont séjourné aussi dans une CT.

Les premières études à "De Kiem" ont porté non seulement sur les caractéristiques psychosociales et les diagnostics psychiatriques des résidents, mais aussi sur la structure communicative dans la CT, le programme d'action et le suivi des premiers quarante-cinq résidents. Autres pionniers de la recherche: des prêtres, comme par exemple Mario Picchi du *Centro Italiano Di Solidarieta*.

Sans oublier Maxwell Jones, dont la perspective a été très importante au cours des années 70.

En Suède, la fondation Vallmotorp (Lars Bremberg) reposait sur la Milieu Therapy (thérapie du milieu). En Allemagne, la communauté thérapeutique s'est développée d'une manière assez indépendante, souvent commençant à partir du système clinique. En France, la CT a été ignorée depuis le commencement. En général, le professionnalisme a été mis en valeur surtout dans les pays du Centre et du Nord d'Europe, tandis que dans ceux du Sud les tâches des bénévoles était beaucoup plus importantes.

Au cours des années 80, le rôle des professionnels a changé. Il existait une différenciation entre les professionnels qui agissaient en tant que directeurs

techniques, ceux qui faisaient partie du personnel médical et ceux qui travaillaient à la recherche.

5.2. Recherche

Aujourd’hui, plusieurs chercheurs font encore partie du personnel de la CT. La plupart recueillent des données épidémiologiques sur les caractéristiques des résidents et recherchent des données de suivi visant à prouver le fonctionnement approprié des programmes.

Vers la fin des années 90, des réseaux de recherche ont été établis avec le support de la Communauté Européenne. Quelques réseaux importants: le groupe pour l’évolution du traitement COSTA A-6 (Uchtenhagen, Coletti, Tempesta et al.) et le groupe IPTRP-Biomed 2, pour l’amélioration du traitement psychiatrique dans des programmes en hébergement pour des groupes nouveaux de toxicomanes, par le biais de la prévention des rechutes. (Kaplan, Broekaert, Derkx, Morival et al.)

Il existe dans ces réseaux nombre d’intérêts scientifiques, tant au niveau de la politique et des instruments de recherche quantitatifs (EuropaAsi, MAPS, MSNA) que qualitatifs (VACT –vidéo- test de défi à l’addiction). La collaboration très étroite avec les chercheurs des CT dans ce domaine (Papanastasatos (“Kethea”, Athènes), Van der Meer&Hendriks (“Emiliehoeve”, La Haye), Raes (“De Sleutel”, Belgique) est prise en considération d’une manière très importante. Il faut aussi souligner que le réseau le plus ancien, EWODOR, existe toujours, et il est en train de s’étendre.

Il existe parfois des tensions entre les chercheurs indépendants et le personnel de la CT. Trouver l’équilibre parfait entre une idée ou système de croyances et une optique scientifique n’est pas toujours très facile.

5.3. Formation

En CT, les professionnels responsables de la formation participent aussi à la formation des membres du personnel. Au cours des années 90, les programmes universitaires de l’UE, tels qu’Erasmus ou Socrate, ont commencé à influencer le

monde des CT. Une gamme innovatrice d'activités formatives et éducatives centrées sur les étudiants universitaires est favorisée par toutes les universités Européennes et Américaines, en collaboration étroite avec les CT. L'institut Modena a été créé il y a quatre ans, comme une initiative conjointe de la CT Modena, la EFTC (Fédération Européenne des Communautés Thérapeutiques) et l'université de Gand, qui collaborent au projet Socrate avec des universités italiennes, espagnoles, portugaises, écossaises, hollandaises et suédoises.

5.4. Réseaux

Comme il a été ci-dessus expliqué, la communauté thérapeutique originale, sans drogues, était caractérisée par sa structure hiérarchique. Le programme de la CT était formé par une phase d'induction, une autre de traitement et une troisième de réinsertion. Au commencement, la thérapie familiale était très peu utilisée. Grâce à l'influence de H.Bridger du groupe Tavistock, les premiers systèmes ouverts ont commencé à être envisagés. M. Picchi et J. Corelli ont commencé à développer un système de traitement des résidents qui se centrait d'une manière explicite sur la structure de leurs familles, notamment sur le rôle joué par la mère du toxicomane. En tout état de cause, la plupart des communautés thérapeutiques intégraient l'optique familiale dans le projet éducatif général. Elles ne voulaient pas être considérées comme les disciples d'une école précise. En revanche, elles utilisaient des aspects de nombreux modèles de traitements différents, par exemple: inter-génératif (Nagy), stratégique (Haley), structuré (Minuchin), cybernétique (Selvini) et stratégique structurel (Stanton & Todd). En Italie et dans d'autres pays du sud de l'Europe, on a observé une influence notable de Cancrini & Coletti.

Quelques collaborateurs de CT italiennes et espagnoles ont utilisé le terme "collaboration familiale" au lieu de thérapie, pour indiquer qu'ils utilisaient les ressources de la famille en faveur du client.

En tout état de cause, l'influence de l'optique systémique a augmenté et une gamme d'applications connue comme les "nouvelles communautés thérapeutiques" a été établie; aujourd'hui, il n'est pas rare de voir des réseaux de CT incluant des CT pour

des patients présentant des problèmes de santé mentale, d'autres pour adolescents, pour patients de programmes par méthadone, pour mères et enfants, pour immigrants, pour groupes minoritaires, pour toxicomanes en crise, etc.

5.5. Valeurs

Jusqu'aux années 90, la consommation de drogues était considérée comme le mal absolu et les lois et les optiques des traitements avaient des objectifs clairs. Ces dernières années cependant, des éléments nouveaux sont apparus: une tolérance de la consommation du cannabis, de nouvelles drogues synthétiques, une consommation massive d'ecstasy et d'autres substances dans des mega-fêtes dance et espaces de loisir, un impact limité de la répression, de nouveaux programmes de réduction des dommages, une économie de libre marché caractérisée par une concurrence très sévère et une perte de solidarité.

Le postmodernisme a participé d'une perte de valeurs et d'un certain relativisme. La complexité de l'information et des possibilités exige un processus de prises de décisions intelligent. Le système de valeurs doit reposer sur la flexibilité. Il est cohérent qu'à cette époque d'incertitude les personnes recherchent de nouveau les systèmes basés sur les valeurs traditionnelles, tels que celui de la CT. Par ailleurs, la CT doit trouver l'équilibre entre les nouveaux défis et la sécurité des origines. Il faut que ce changement soit ouvert, mais qu'il ne perde pas ses aspects essentiels.

On ne doit pas oublier les valeurs sur lesquelles repose la CT. Il n'existe pas que la "science" de la CT, mais aussi l'"art", l'expérience approfondie et la sagesse des travailleurs de la CT dans leurs tâches de tous les jours.

6. Indicateurs de qualité dans les communautés thérapeutiques européennes

L'idée de qualité dans un programme de réadaptation en toxicomanies est difficile à définir, théoriquement et opérationnellement. Le manque d'un corps de connaissances solidement établi sur l'étiologie et le maintien des troubles de

l'addiction favorise l'existence d'un grand nombre de manières théoriques d'approcher ce sujet. Ce fait est associé à un manque de modèles théoriques généralement acceptés et de bases empiriques fermes pour définir ce qui devrait être un traitement “standard et approprié”.

“De plus, l'idée de qualité propres aux production artisanales ou industrielle devient plus complexe lorsqu'il s'agit de services, où “le produit”, qui consiste surtout en l'intervention entre individus, n'est pas immédiatement “tangible” et ne peut donc être absolument planifié à l'avance ni mesuré par la suite”. (Fernández Gómez¹⁰⁹, 1998)

La qualité des services de soins, pourrait être définie dans un sens très large comme “l'ensemble des caractéristiques du service qui lui confèrent l'aptitude de satisfaire les besoins de l'usager ou du client, ceux-ci également compris au sens large.” (Silva, Monturiol et Rodríguez¹¹⁰, 1991)

Ces caractéristiques réunissent des composants de qualité scientifico-technique, efficacité, efficience, adaptation et satisfaction du consommateur (usagers satisfaits, familles, institutions et communauté globale) et du professionnel. Les aspects traditionnellement les plus en rapport avec la qualité des services de soins médicaux, y compris le domaine des toxicomanies, impliquent de spécifier les règles essentielles que les agences de traitement doivent respecter dans leur réponse aux besoins des clients.

Les manuels des règles de qualité essentielles spécifient des critères concernant plusieurs aspects de ces services de soins: organisation, gestion et financement du programme; milieu physique; gestion des registres individuels; évaluation des patients; processus de traitement; droits du patient; formation, gestion et développement du personnel; évaluation du programme, etc.

¹⁰⁹ FERNÁNDEZ Gómez, C. “Investigaciones y desarrollo de la calidad en Comunidades Terapéuticas Europeas” (*recherches et développement de la qualité dans les communautés thérapeutiques européennes*) Groupe ERIT sur Indicateurs de Qualité. Rev. “Adicciones” Vol.10.N°3. 1998.

¹¹⁰ SILVA, A; Monturiol, F; Rodríguez, I. “Calidad Asistencial Aplicada a los Servicios de Drogodependencias” (*qualité des soins, appliquée aux services de toxicomanie*) Rencontre Nationale Sur

Même si ces aspects de la qualité ne suffisent pas à un traitement parfait ou même approprié aux besoins du patient, ils sont un précurseur de ce traitement approprié.

Plus encore, “il est extrêmement difficile de donner un traitement approprié dans une institution qui n'a pas de lignes d'action orientées vers les aspects structurels et généraux mentionnés” (Mattick et Grenyer¹¹¹, 1990).

La Fédération Européenne d'Associations d'Intervenants dans les Toxicomanies (ERIT) a, parmi ses objectifs généraux, l'amélioration de l'assistance. Plus précisément, l'objectif de l'ERIT est de favoriser le développement de recherches et d'études communes entre les intervenants européens des programmes de soins, et de favoriser la participation de ces professionnels dans une politique européenne en matière de drogues.

Quelques institutions associées à ERIT ont développé très récemment des systèmes et normatives pour la garantie de la qualité, par exemple Neviv aux Pays-Bas (Von Ooyen-Houben¹¹², 1997), FDR en Allemagne, SCODA en Angleterre, etc.

D'autres, telles que l'Association d'Intervenants en Communauté Thérapeutique (I.C.T., Espagne), ont été créées afin de définir et de développer un modèle sur la base de critères de professionnalisme et de qualité, dans une offre adressée aux besoins du patient toxicomane en réadaptation. Cet objectif est commun à d'autres professionnels de communautés thérapeutiques en Italie, Allemagne, Portugal, France, Belgique, etc.

Récemment, des initiatives ont été développées en Europe pour mettre en commun des critères qui définissent le modèle de communauté thérapeutique professionnelle. En tout état de cause, il n'existe pas de normes européennes régissant la qualité des

Sociologie et Toxicomanies. Colegio Nacional de Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología. 357-386. Madrid, 1991.

¹¹¹ MATTICK, R; Grenyer, BF “Quality Assurance in drug and alcohol treatment: the development of standards for treatment content” (*assurance de qualité dans le traitement de la drogue et de l'alcool: développement de standards cliniques*) Drug and Alcohol Review 9, 75-79. 1990.

¹¹² VON Ooyen-Houben, M. “ISO-PLUS+. Framework for Appraising the Quality of Addiction Treatment and Care” (*cadre d'évaluation de la qualité des traitements et soins dans le domaine des toxicomanies*) Neviv. Trimbos Institut. Utrecht, 1997.

programmes de traitement établies par des discussions, des échanges, des accords et des collaborations d'intervenants des différents pays de l'Union Européenne.

Cette carence est également évidente dans le domaine des communautés thérapeutiques pour toxicomanes.

7. Définition de communauté thérapeutique professionnelle.

En 1996, avec le support de l'Union Européenne et par l'intermédiaire de la Direction Générale V (DGV), ERIT a élaboré un projet visant à former un groupe d'experts européens visant à étudier et à développer le concept de qualité en communauté thérapeutique. Ce projet a été proposé par le représentant d'ICT à ERIT. (Jesús Martín Pozas. Fondation Girasol. Sous sa présidence de l'Association de Professionnels de Communautés Thérapeutiques pour Toxicomanes, a été publié l'étude déjà classique de Domingo Comas Arnau "Critères et Normes pour l'Homologation des Communautés Thérapeutiques Professionnelles pour Toxicomanes" (*Criterios y Normas para la Homologación de Comunidades Terapéuticas Profesionales para Toxicómanos*¹¹³).

Il existe une énorme diversité de programmes de désintoxication des toxicomanies. Cette diversité est aussi notable en ce qui concerne les programmes qui se définissent eux-mêmes comme des "communautés thérapeutiques".

Les programmes associés dans l'Association d'Intervenants dans des Communautés Thérapeutiques (ICT) et les autres programmes représentés dans ce groupe de travail d'ERIT se définissent eux-mêmes comme des communautés thérapeutiques professionnelles européennes, lesquelles:

Sont gérés par une équipe professionnelle, qui développe un programme d'activités thérapeutiques et éducatives explicite, destiné à aider le client dans son insertion sociale en tant qu'individu de plein droit.

Affirment l'utilité de la communauté thérapeutique professionnelle comme une ressource de plus pour atteindre l'objectif précité, communauté intégrée à d'autres modalités sous le régime d'hébergement ou en ambulatoire (traitement pharmacologique, thérapie individuelle, etc.).

8. Proposition d'un ensemble d'indicateurs de qualité

Après avoir étudié et analysé la documentation recueillie, les critères qui peuvent être considérés comme des "indicateurs de qualité" dans le traitement des toxicomanies, ont été réunis suivant des aires spécifiques dans une liste dénommée "Document Base". Ce "Document Base" a été soumis à l'évaluation du groupe. Chacun des membres a évalué chaque critère ou indicateur selon deux échelles: L'échelle dénommée VALEUR (de 1 à 5) qui évalue la validité de l'item en tant qu'indicateur de qualité dans une communauté thérapeutique. L'échelle INDICATION qui évalue si l'indicateur ou critère de qualité doit être pris en considération toujours (E = "essentiel"), dans la mesure du possible (A = "applicable"), ou s'il ne doit pas être appliqué dans une communauté thérapeutique (N = "non applicable"). Les réponses des membres du groupe ont été mises en commun, et le nombre moyen de points obtenus pour chaque critère ou indicateur a été calculé. Ensuite, les indicateurs ayant obtenu AU MOINS une qualification d'"applicable" sur l'échelle d'INDICATION et une qualification moyenne de 4 (indicateur notable de qualité) sur l'échelle VALEUR, ont été retenus.

A la suite de ce choix, un ensemble de 120 indicateurs de qualité, groupés en 12 aires du fonctionnement de programmes de traitement de toxicomanies, ont été sélectionnés.

La teneur générale des différentes sections du Questionnaire ou Listing d'Indicateurs de Qualité, est la suivante:

¹¹³ COMAS, D. "Criterios de Homologación de Comunidades Terapéuticas Profesionales para Toxicómanos" (*critères d'homologation des communautés thérapeutiques professionnelles pour toxicomanes*) APCTT, 1994.

ASPECTS FORMELS (3 items). Les indicateurs retenus concernent le respect des conditions exigées par les administrations en vue du fonctionnement, de l'accréditation/homologation de qualité par l'administration ou d'autres collectifs et l'importance du programme dans l'offre de soins.

ACTIVITE ECONOMIQUE ET QUESTIONS FINANCIERES (6 items). Comprend des indicateurs de qualité en rapport avec l'existence d'un système de comptabilité et de contrôle financier, viabilité économique du projet, adaptation au cadre légal de fiscalité, etc.

RELATION AVEC LA COMMUNAUTE ET AVEC D'AUTRES SERVICES (7 items). Comprend des critères de qualité qui consistent en l'existence d'un programme spécifique visant la coordination avec d'autres services d'assistance et collectifs professionnels; l'organisation et la participation dans des activités adressées à des professionnels et à l'éducation communautaire. L'existence d'un programme visant la projection extérieure est aussi prise en considération.

MILIEUX PHYSIQUES, ENVIRONNEMENT, CONTROLE SANITAIRE (14 items) Comprend des indicateurs qui portent sur l'espace, les installations et les matériels utilisés pour le programme, climat social, mesures pour le contrôle sanitaire,

EQUIPE TECHNIQUE: COMPOSITION, FORMATION ET SURVEILLANCE (10 items). Concerne l'existence d'une équipe technique professionnelle et multidisciplinaire, et ses caractéristiques de structure, formation de base et continue, coordination, surveillance et gestion.

TRAITEMENT: GENERALITES, ACTIVITES ET PROGRAMMES EDUCATIFS (16 items). Les indicateurs sélectionnés concernent l'existence d'une description documentée et précise du programme thérapeutique et éducatif. L'existence d'un programme transparent au niveau théorique et idéologique, bien connu et divulgué, adapté et individualisé, permanent, intégré et révisé de manière périodique avec le patient, orienté spécifiquement vers la réinsertion sociale de ce patient, est prise en

considération. Ainsi que l'existence de critères spécifiques et objectifs pour l'application de techniques, pouvant être mesurés et évalués.

PROCESSUS D'ADMISSION (9 items). Concerne l'existence d'un processus d'administration structuré et détaillé, avec des critères clairs d'indication pour le traitement dans la CT, l'autonomie du programme en ce qui concerne les admissions, l'évaluation à faire avec le patient, l'information demandée et enregistrée de chaque demande d'admission, etc.

FINALISATION, ORIENTATION ET SUIVI (7 items). Les éléments pris en considération sont: l'existence de critères définis pour la finalisation du programme, la planification de la sortie, l'existence d'un programme de suivi convenu avec le patient, la famille et d'autres ressources, etc.

REGISTRE INDIVIDUEL DE PATIENTS (7 items). Comprend des indicateurs sur l'existence d'un dossier ou registre de chaque requérant et de chaque patient; une information qui comprend: qualité, usage et utilité de l'information enregistrée pour le programme; mise à jour et conservation des dossiers ou registres.

DIAGNOSTIC ET EVALUATION DES PATIENTS (12 items). Concernant l'existence d'un processus formalisé pour le diagnostic et l'évaluation des patients dans des aires différentes (des problèmes lors de l'admission, au cours du traitement et au moment de finir le programme). La qualité des protocoles d'évaluation et leur utilité pour la planification et l'évaluation des traitements sont prises en considération.

DROITS DU PATIENT (8 items). Enumère les critères qui doivent être respectés par une CT, afin de garantir la protection des droits humains, légaux et statutaires du patient.

GARANTIE DE QUALITE (20 items). Cette aire d'indicateurs parle de l'existence d'un programme systématique pour la garantie de la qualité dans le programme. Elle comprend plusieurs alinéas: 1. L'aire de recherche et évaluation du programme; 2. évaluation du personnel: droits et responsabilités médicaux et développement

professionnel; 3. révisions de l'utilisation des services et des ressources; 4. révisions de cas individuels et contrôle de l'attention au patient.

9. Critères d'aptitude dans la communauté thérapeutique

Le choix du contexte et de la modalité d'intervention devrait reposer sur les demandes d'un plan de traitement, les besoins du patient et les caractéristiques des services disponibles.

A priori, les patients devraient être traités dans l'environnement le moins restrictif possible en ce qui concerne l'accès aux substances et aux autres conduites à risque, et qui ait le plus de probabilités de sécurité et d'effectivité.

Les décisions sur le lieu de traitement devraient prendre en considération: **a)** le désir et la capacité du patient pour coopérer et bénéficier du traitement; **b)** son besoin de structure, support et surveillance afin de rester sûr et éloigné d'activités et de milieux l'encourageant à l'usage et l'abus de substances; **c)** le besoin spécifique de traitements pour comorbidité médico-psychiatrique; **d)** les besoins de traitements particuliers ou une intensité de traitement disponible dans des environnements spécifiques; et **e)** la préférence pour un traitement donné.

Les patients devraient être orientés d'un niveau d'assistance à un autre en fonction de ces critères et de l'évaluation clinique du patient et la possibilité de bénéficier d'un niveau de soins d'une moindre intensité. (Hoffman NG et al.¹¹⁴ 1991).

Les études qui établissent des comparaisons entre les bénéfices relatifs des différentes modalités de traitement, présentent plusieurs problèmes méthodologiques découlant de l'hétérogénéité des échantillons et types de programmes, des taux

¹¹⁴ HOFFMAN, NG, Halikas JA, Mee-Lee D et col. "Patient Placement Criteria for the Treatment of Psychoactive Substance Use Disorders" (*critères d'orientation des patients dans le traitement des désordres liés à l'abus de SPA*) American Society o Addiction Medicine. Washington DC, 1991.

élevés d'abandons, des façons différentes de mesurer les résultats, etc. (Apsler R¹¹⁵. et al. 1991). Mais il est possible d'indiquer plusieurs critères pouvant définir l'aptitude au traitement en communauté thérapeutique pour les problèmes d'abus ou de dépendance aux drogues.

Ces critères d'aptitude devraient faire l'objet d'une recherche systématique, afin de contribuer à établir le profil de l'usager le plus approprié pour les CT et les autres programmes de soins pour les toxicomanes.

Les services disponibles dans les programmes de communauté thérapeutique comprennent: désintoxication, évaluation et traitement des problèmes généraux de type médical, évaluation psychologique, psychosociale, familiale et vocationnelle, thérapie individuelle, groupale et familiale, intervention psycho-éducative et de motivation, rééducation, prévention des rechutes, introduction au concept et aux techniques d'auto-support et élaboration d'un plan post-traitement. Très souvent la CT donne aussi (dans son environnement ou en collaboration avec d'autres ressources) des conseils sur la vocation, la préparation à l'emploi, le traitement psychopharmacologique et psychiatrique.

Peuvent être aptes aux CT sous régime plus restrictif, toujours avec consentement signé:

- Des patients avec comorbidité psychiatrique d'intensité modérée; avec un contrôle faible des impulsions ou avec un risque élevé d'usage de drogues; avec un risque d'overdose ou d'autres risques pour eux-mêmes ou pour d'autres personnes, ne pouvant être traités d'une manière sûre en milieu ambulatoire.
- Des patients avec des historiques documentés de manque d'implication ou de bénéfice dans des traitements moins intensifs et dont la problématique d'abus représente un risque pour leur santé physique ou mentale.

¹¹⁵ APSLER, R; Harding WM "Cost-effectiveness analysis of drug abuse treatment: current status and recommendations for future research" (*ratio coût/efficacité dans le traitement des toxicomanies: situation actuelle et recommandations de recherche future*) Dans: Background Papers (...) NIDA, 1991.

Le traitement en CT est surtout approprié pour des patients dont le fonctionnement vital et l'interaction sociale se sont centrés principalement ou exclusivement sur l'usage ou l'abus de substances, ou qui ne possèdent pas la motivation ou le support social suffisants pour rester abstinents dans un milieu ambulatoire, ou qui ne possèdent pas les critères pour une hospitalisation, avec comorbidité médicale ou psychiatrique sévère. (Llorente del Pozo, JM¹¹⁶ et al., 1998).

D'une manière spécifique, les patients présentant une dépendance aux opiacés, à la cocaïne ou à plusieurs substances, peuvent être aptes pour un traitement d'hébergement de moyenne ou de longue durée, surtout s'il existe peu de possibilités qu'ils bénéficient d'un traitement ambulatoire. (De León G¹¹⁷, et al., 1989).

La CT fournit un environnement sûr et sans drogues d'abus, où la modélisation comportementale peut être très utile pour les patients qui ont besoin d'un environnement très structuré pour commencer le traitement.

Les critères de durée du traitement en hébergement, devraient être établis en fonction du temps nécessaire pour atteindre des critères spécifiques d'utilisation, qui à leur tour, prédisent une transition réussie vers un environnement moins restrictif: par exemple: motivation connue pour continuer un traitement ambulatoire, capacité et motivation pour demeurer abstinents dans des situations à risque de rechute, disponibilité d'un hébergement et d'un support social favorisant l'abstention, stabilisation de la comorbidité médicale et psychiatrique à des niveaux pouvant être traités sous régime ambulatoire, et existence d'un plan de suivi comprenant un plan de réadmission sous un régime en hébergement, si nécessaire.

¹¹⁶ LLORENTE del Pozo, JM.; Fernández, C. Et al “Las Comunidades Terapéuticas en el tratamiento del abuso y dependencia de sustancias” (*les communautés thérapeutiques dans le traitement de l'abus et de la dépendance aux substances*) Dans: Adicciones, Vol.X.N°6, 1998.

¹¹⁷ DE LEÓN G, Rosenthal, MS “Treatment in residential therapeutic communities” (*traitement en communautés thérapeutiques résidentielles*) Dans: Treatment of Psychiatric Disorders: A Task Force. Report of the American Psychiatric Association, vol. 2. Washington DC, APA, 1989.

10. Evaluation cognitivo-comportementale des héroïnomanes en C.T.

Les modalités de traitement de la dépendance aux substances psychoactives sont très variées. Parmi les types de traitements de réadaptation, appliqués après la désintoxication, on peut distinguer ceux qui sont directement orientés au problème de l'addiction, et ceux liées d'une manière indirecte ou hypothétique au problème central, par exemple les modèles psychiatriques des troubles de la personnalité (Gossop, 1993) ou les troubles familiaux dans lesquels la conduite addictive est considérée comme le symptôme d'un problème plus important. Les optiques thérapeutiques de l'addiction sont axées sur le comportement lié à la consommation de substances, sur les situations où celle-ci a lieu, et sur les facteurs qui la favorisent. Le modèle d'évaluation utilisé est très souvent l'analyse fonctionnelle du comportement et les stratégies de traitement sont celles qui sont utilisées dans la modification du comportement.

En tout état de cause, dans une communauté thérapeutique pour réadapter des héroïnomanes, le comportement dérivé de la consommation ne peut pas être soumis ni à évaluation ni à étude, du fait que les individus sont abstinents. En conséquence, l'objectif est d'évaluer et de modifier les comportements qui peuvent provoquer le retour à la consommation, la rechute. Ces stratégies d'évaluation et d'intervention peuvent donc être considérées comme des stratégies de prévention des rechutes et en général, elles reposent sur les modèles cognitivo-comportementaux (Marlatt, 1993).

Il existe plusieurs modèles cognitivo-comportementaux de prévention des rechutes (Leukefeld et Tims, 1989; Tucker et al., 1992). Ces modèles se distinguent entre eux par la définition opérationnelle des notions de récupération et de rechute, le type des variables sur lesquelles ils sont axés, (de situation, comportementales, cognitives ou psychophysiologiques et l'interaction entre elles), par les mécanismes et les concepts explicatifs proposés en tant que facteurs qui déterminent le processus du retour à la consommation (facteurs de risque, facteurs qui facilitent la récupération) et par les méthodes spécifiques d'évaluation en intervention qu'ils utilisent.

Les modèles centrés sur les variables de l'environnement analysent le comportement de consommation selon les caractéristiques de l'environnement de l'individu en ce qui concerne la disponibilité de la substance, la pression sociale vers la consommation et les ressources de support à l'abstinence.

En général, les interventions portent sur le conseil et les interventions éducatives: familiales, de la vocation et du travail, en vue de modifier le style de vie et d'obtenir des facteurs de protection découlant de l'activité prosociale (Leukefeld et Tims, 1989; Catalano, 1991).

Les modèles cognitivo-comportementaux évaluent le stress perçu par l'individu dans des situations potentiellement associées à la consommation, le répertoire de réponses de l'individu visant à gérer ces situations, ses possibilités d'éviter la consommation et ses réponses affectives et cognitives.

Le traitement tente d'augmenter chez l'individu sa connaissance des risques, d'augmenter le répertoire de réponses cognitivo-comportementales de gestion du risque et de diminuer le niveau de stress par le biais de l'accroissement de l'auto-efficacité.

Par la suite, les interventions concernent le changement du style de vie, favorisent l'engagement pour l'abstinence, diminuent les attentes positives de la consommation de substances psychoactives (Brownell et Marlatt, 1986; Annis, 1990; Echeburúa, 1986).

Les modèles motivationnels-conditionnés se centrent sur l'analyse des stimulations extérieures et/ou intérieures qui déclenchent le désir de consommation, et sur la fréquence et l'intensité de cette consommation. (Rohsenow et al., 1991). Les interventions visent la modification du désir de consommation au moyen de la prévention des réponses, extinction, ou conditionnement de réactions négatives vers les stimulations qui provoquent le désir de consommation, et l'établissement de conduites alternatives à la consommation (O'Brien et al., 1986; Chidress et al., 1991).

11. La rétention dans les communautés thérapeutiques

Les recherches sur les facteurs associés à la rétention dans les traitements pour abus de drogues ont obtenu des résultats très peu concluants. Cependant, selon une étude réalisée dans 22 CT espagnoles, les individus qui finissaient le traitement ou qui étaient orientées vers d'autres services représentaient à peu près 50% du total au cours de la période 1991-1994¹¹⁸

Au cours des dernières années, les recherches sur la rétention se centrent de plus en plus sur l'étude des facteurs dynamiques et motivationnels de l'individu, en tant que précurseurs de l'abandon. La plupart des auteurs considèrent que chaque programme devrait étudier systématiquement l'association entre la rétention et les résultats, ainsi que les facteurs individuels, du programme et de l'interaction individu-programme, qui influencent la rétention et, indirectement, les résultats du traitement.

12. Evaluation économique des services d'une communauté thérapeutique professionnelle

En 1990, les barèmes en vigueur selon le statut des travailleurs et les conventions et règlements sanitaires ont été appliqués à de nombreuses personnes (roulements, vacances, congés, repos minimum obligatoires, etc.). On a pu vérifier qu'aucun centre de soins en régime d'hébergement ne peut fonctionner, même avec un nombre de places réduit, avec moins de dix/douze surveillants, moniteurs, adjoints et personnel de garde, sans compter le personnel des tâches thérapeutiques et éducatives spécialisées.

Le fait que l'on applique pas les mêmes barèmes (et salaires) aux communautés thérapeutiques professionnelles n'est pas juste; même si revendiquer l'égalité soit encore assez utopique. C'est pourquoi, un calcul plus réaliste et positiviste - et plus en accord avec la culture et les attentes des communautés thérapeutiques

¹¹⁸ FERNÁNDEZ, C; Llorente, JM; Carrón, J. "Sistema Estándar de Evaluación de la APCTT" APCTT, 1995 (*système standard d'évaluation de l'APCTT*)

professionnelles - nous indique que le personnel minimum requis serait de sept personnes (Comas, D. 1994)

Cette équipe minimale peut être complétée par deux/trois techniciens (psychothérapeutes, éducateurs, moniteurs spécialisés et direction) et d'autres employés à mi-temps (médecin, assistant technique sanitaire, assistant social, autres moniteurs, etc.) Le résultat est une équipe minimum de dix/onze personnes dont le coût (contrat de travail, cotisation à la sécurité sociale, sans faire appel à des prestations de services et autres mécanismes de précarisation pas tout à fait légaux, et avec un salaire équivalent à celui des catégories similaires du réseau de santé publique) ne peut pas en 1990 être inférieur à trente millions de pesetas par an, ce qui aujourd'hui signifie quelque 60 millions de pesetas par an. Et cela pour une équipe de 10-12 personnes et 15 bénéficiaires.

En ce qui concerne ce budget minimal, deux stratégies sont possibles:

- Utiliser exclusivement ce budget minimal et par conséquent n'avoir que cette équipe minimale (10-12 personnes) et un nombre limité de places, estimé à moins de 20.
- Augmenter le budget, l'équipe et le nombre de places pour réduire les coûts unitaires.

Les deux stratégies sont licites et présentent des difficultés, mais la première semblait impossible à court et moyen terme pour un ensemble de communautés thérapeutiques professionnelles qui ne peuvent, de loin, envisager de tels frais. La deuxième peut permettre un ajustement coût/efficacité plus rapide, mais aux dépens de la dynamique de groupe thérapeutique. L'augmentation du nombre de places peut se faire en augmentant l'équipe à un nouveau membre chaque 5-7 places.

Selon les critères d'homologation décrits par le Dr. Comas, un maximum de cinquante places a été établi, étant donné que l'on considère ce chiffre comme la limite de l'intervention de type "communauté thérapeutique".

Au début des années 90, avec le commencement des homologations, une donnée déjà connue au moment de la mise en œuvre du système a été vérifiée empiriquement: seuls trois des vingt-six centres analysés avaient un budget égal ou supérieur au budget minimum estimé, le montant de la plupart des budgets des autres centres se trouvant dans la moitié inférieure du budget minimum.

13. Critères essentiels pour reconnaître une institution en tant que communauté thérapeutique pour toxicomanes à caractère professionnel.¹¹⁹

Les communautés thérapeutiques à caractère professionnel doivent exercer leurs activités selon la législation et les règles en vigueur dans la région où elles sont situées, ainsi que selon les législations et normes, sanitaires, de travail et fiscales, notamment celles qui concernent les droits des personnes et qui sont définies dans la constitution et les déclarations internationales des droits de la personne.

Dans ce sens, on considère que:

- L'entrée dans le centre est toujours volontaire et les toxicomanes ont le droit d'abandonner le traitement lorsqu'ils le décident.
- Le séjour du toxicomane dans la communauté doit avoir une durée limitée, préalablement fixée.
- L'assistance et des soins appropriés aux problèmes biopsychosociaux présentés par la plupart de toxicomanes, doivent être garantis.
- Lors de l'entrée dans le centre, les toxicomanes doivent connaître leurs droits et obligations et les accepter, soit par le biais d'un contrat thérapeutique, soit par le biais d'un règlement de régime interne.

¹¹⁹ COMAS, D. "Criterios y Normas para la Homologación de Comunidades Terapéuticas Profesionales para Toxicómanos" (*critères et normes d'homologation des communautés thérapeutiques professionnelles pour toxicomanes*) Ed. APCTT. 1994.

- Il ne peut y avoir lieu aucun endoctrinement idéologique des patients, ni aucun prosélytisme.

- L'institution ne peut tirer profit du travail et des activités réalisées par les patients.

La qualité de communauté thérapeutique professionnelle est acquise en outre:

- Par l'existence d'une équipe multidisciplinaire parfaitement différenciée du groupe des patients, avec contrat de travail.

- Par le fait que cette équipe possède les diplômes et la préparation appropriés pour remplir les tâches professionnelles exigées par une communauté thérapeutique pour toxicomanes.

- Par le fait de l'existence d'un programme thérapeutique décrit, connu et identifié, dans l'optique du savoir et de la formation scientifique, sans que cela implique l'exclusion d'orientations ou de pratiques thérapeutiques.

- Par le fait que ces programmes sont appropriés aux caractéristiques du centre, aux disponibilités matérielles et à la capacité de l'équipe.

De plus, il faut exiger:

- L'existence de critères d'évaluation, diagnostic, admission et sortie, reposant sur des protocoles médicaux, psychologiques et sociaux qui rendent possible l'existence de systèmes d'évaluation, et que ces derniers soient utilisés pour l'autocritique et l'amélioration permanente du processus d'assistance.

- La collaboration avec les programmes d'assistance et avec d'autres institutions qui se consacrent au traitement du toxicomane ou dont les objectifs sociaux généraux sont similaires à l'objectif essentiel des communautés thérapeutiques: La réintégration du toxicomane à la vie sociale dans les meilleures conditions de santé et de qualité de vie possibles.

GESTION DE QUALITÉ CONCERNANT LES TOXICOMANIES

1. Evolution de la qualité dans les toxicomanies

CHAPITRE NEUVIEME

GESTION DE LA QUALITE DANS LE DOMAINE DES TOXICOMANIES

1. Evolution de la qualité

L'évolution de la qualité dans le domaine des toxicomanies peut être établie dans quatre étapes fondamentales:

- Au cours des années 70 la qualité n'était pas envisagée. Avec une demande de soins très supérieure à l'offre, le service prêté était considéré comme une obligation, les critères d'évaluation des rendements (s'ils existaient) était l'élément le plus important.
- Au cours des années 80 la demande a commencé à être absorbée par les réseaux de soins, et des mécanismes de qualité reposant sur deux aspects ont commencé à être mis en place: d'une part, l'appareil structurel (la norme qui développe les autorisations administratives et les accréditations, pour l'essentiel) et de l'autre, l'aspect du contrôle à la fin du processus (concernant surtout les notions de rétention et de rechutes).
- Au cours des années 90 l'offre d'assistance présente une couverture presque universelle et l'idée est déjà clairement exposée, selon laquelle la non-qualité représente un coût économique et social plus élevé que la qualité, tandis que le contrôle du processus et des mécanismes de gestion de la qualité totale commencent à être instaurés.
- Un peu plus tard, la tâche de l'équipe acquiert une importance capitale et prioritaire, et l'entité qui prête le service est considérée comme un tout. Les notions

d'inspection et de contrôle sont remplacées par les engagements de responsabilité acceptée et partagée (Pascual Fernández, C. 2000)¹²⁰

Aujourd’hui, la qualité des organisations constitue une “valeur que le client reçoit du service”. En conséquence, l’idée de qualité est devenue un élément dynamique lié à l’évolution des besoins, des préférences et des demandes des bénéficiaires. La qualité est devenue un facteur stratégique d’une importance capitale pour apporter un service avec succès, soit l’assistance aux personnes toxicomanes.¹²¹

1.1. Notion de valeur

Un client (bénéficiaire) dans une ressource d’assistance des toxicomanies est semblable à toute personne qui reçoit un service et s’attend à un niveau de qualité déterminé.

Aujourd’hui les bénéficiaires des services de soins des toxicomanies (nos clients) sont mieux éduqués, exigent plus des services, et ont élevé leurs expectatives de qualité.

En général, les bénéficiaires font une estimation de la valeur que les différents services leur fournissent, ils créent des attentes déterminées sur la valeur du service qu’ils espèrent recevoir et ils sont en accord avec ces attentes. Plus tard, leur niveau de satisfaction est conditionné par leur perception de la valeur reçue, et la probabilité qu’ils ont d’utiliser de nouveau le service est une garantie d’efficacité.

En résumé: dans les services de soins, les comportements des usagers de drogues ne sont pas les mêmes dans tous les cas, *les clients des services de soins pour toxicomanes demandent ou ont besoin que les services soient adaptés à eux, qu'ils remplissent des conditions répondant à leurs besoins.*

¹²⁰ PASCUAL Fernández, C.”Gestión de la calidad en drogodependencias” (*gestion de la qualité en toxicomanie*) Dans: “Adicciones” Vol.12, n°1.2000.

¹²¹ ENOR “Normas para el aseguramiento de la calidad” (*normes pour assurer la qualité*) AENOR, Madrid 1992.

En conséquence, les usagers s'adressent au service qui leur garantit une valeur maximale (**valeur espérée**). La **valeur reçue** est la différence entre les valeurs positives et les négatives. Le total des valeurs positives est constitué par l'ensemble de bénéfices que les clients reçoivent d'un service (abstinence, amélioration de l'état de santé, amélioration de leurs conditions sociales, accueil, autres prestations...) tandis que les valeurs négatives sont déterminées par les inconvénients et les difficultés qu'ils perçoivent pour y accéder, ou au cours de la prestation du service (listes d'attente, traitement reçu, difficultés administratives, conditions d'accès...).

Il faut prendre en considération qu'en fin de comptes, notre client (bénéficiaire) a toujours le dernier mot. La détermination du résultat final de la prestation du service dépend en dernier ressort du patient lui-même.¹²² Bien que nous ne nous trouvions pas dans une situation de marché compétitif dans le domaine des services de soins pour toxicomanes, il existe des alternatives différentes offertes par la réalité de l'assistance, provenant du réseau public ou du réseau privé, et il appartient au bénéficiaire de décider s'il doit ou non recevoir la prestation de notre service.

1.2. Qualité de l'assistance

En ce qui concerne la qualité de l'assistance, on peut distinguer trois aspects:

Qualité nécessaire: La qualité nécessaire est ce dont le client a besoin et ce qu'il attend, même si parfois il ne le sait pas ou ne peut l'exprimer clairement. En conséquence, il faut un interlocuteur pouvant comprendre le client, qui connaisse le service.

Qualité programmée: La qualité programmée tente d'ajuster ce dont le client a besoin et ce qu'il demande à ce que l'organisation peut lui offrir. En conséquence, il faut une bonne communication.

¹²² MEDINA, G. "La importancia de la participación en los Programas de Calidad" (*l'importance de la participation dans les programmes de qualité*) Alta Dirección, nº179; 93-100. 1991

Qualité réalisée: La qualité réalisée est tout ce qui est obtenu par la prestation du service. Elle dépend de l'accord entre celui qui conçoit et programme et celui qui exécute.

1.3. Facteurs qui influencent la production de qualité

Régulariser la qualité pour l'assurer et l'améliorer pendant la prestation d'un service est possible si les facteurs suivants sont pris en considération:

- Le facteur humain dans la prestation des services est essentiel.
- Le flux d'information interne (gestion de la connaissance) doit être complet et rapide.
- La prestation du service ne peut pas reposer sur des règles rigides, mais exige un processus dynamique et flexible.
- Dans de nombreux cas, la réparation de la prestation d'un service défectueux n'est pas possible, ce qui oblige à être très soigneux dans la qualité de ces services.
- Le contrôle de la qualité doit toujours se faire de manière parallèle à la prestation du service.
- La définition d'indicateurs objectifs n'est pas une condition suffisante et il faut considérer le degré de perception du client.
- Décomposer le processus de prestation du service en fonctions et détailler chacune de ces fonctions, est un instrument essentiel des systèmes de qualité.

1.4. Perception de la qualité

La qualité a beaucoup à voir avec le service prêté mais, surtout avec la perception que le client a de la prestation du service. En conséquence, lors de l'implantation des politiques de gestion de la qualité, il faut prendre en considération un ensemble de considérations quant à la perception du service:

- Les autres perçoivent le service d'une manière différente de celle comme le service est perçu par lui-même.
- Les autres perçoivent le service d'une manière différente de celle dont le service croit être perçu.
- Des groupes différents de clients perçoivent le service de manière différente.
- Enfin, le niveau du service perçu dans une aire de ce même service est représentatif de tout le service.

En conséquence, il faut prendre en considération l'opinion que les clients extérieurs (bénéficiaires) ont du service et, bien sûr, celles des professionnels qui prêtent le service en qualité de clients internes¹²³ Par conséquent, la qualité perçue du service dépend du rapport entre le service attendu et le service reçu.

1.5. Systèmes de qualité

Etablir tout système de gestion de qualité en toxicomanies, du même que dans tout autre domaine socio-sanitaire, exige une philosophie préalable d'amélioration continue de la qualité.

Etablir un système ou un programme de gestion de la qualité, implique un ensemble d'éléments structurels et d'activités dont l'objectif est d'améliorer la qualité dans le cadre d'une culture nouvelle de toute l'organisation, qui concerne tous ses membres.

Le système ou programme de gestion de la qualité est composé de la structure d'organisation, des responsabilités, des procédés, processus et ressources nécessaires à la mise en œuvre de la gestion de la qualité. Cela implique:

- *L'existence d'une philosophie ou d'une politique expresse d'amélioration de la qualité.* Le système ou le programme de la qualité est développé et implanté comme un moyen pour remplir les politiques et atteindre les objectifs de qualité. En

¹²³ DONABEDIAN, A. "La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación" (*La qualité des soins médicaux. Définition et méthodes d'évaluation*) La Prensa Médica Mexicana, S.A. México DF 1982.

conséquence, toutes et chacune des activités en rapport avec la qualité du service doivent faire partie intégrante du système ou du programme de qualité.

- *Une structure d'organisation pour développer cette politique.* Tout système ou programme de gestion de la qualité doit posséder une structure d'organisation pouvant être clairement identifiée, laquelle doit être incluse dans l'organigramme de l'organisation. Il faut aussi un développement des normes définissant le partage des responsabilités, les circuits d'information des données sur la qualité et les mécanismes d'élaboration des plans d'amélioration de la qualité; soit des normes de fonctionnement, souvent recueillies dans un manuel de qualité.

- Des activités précises visant l'obtention, le contrôle et l'amélioration de la qualité, qui peuvent être structurées en trois groupes:

1. Activités visant l'identification et l'analyse des problèmes et les possibilités d'amélioration (cycles d'amélioration, cycle d'évaluation ou cycle de garantie de qualité).
2. Activités visant la conception et l'élaboration d'indicateurs, et leur monitorisation ultérieure (monitorisation de la qualité).
3. Activités visant la conception des processus d'amélioration de la qualité (conception de la qualité).

1.6. Optiques de la qualité¹²⁴

La qualité peut être structurée autour de deux optiques:

1. Qualité intérieure, centrée sur le contrôle de:

- La conception du service.
- Les processus et systèmes de fonctionnement.

¹²⁴ PALMER, RH. "Evaluación en la asistencia ambulatoria. Principios y práctica." (*Evaluation des soins ambulatoires. Principes et pratique*) Ministère de la Santé et la Consommation. Madrid 1989.

- Le service prêté.
- La matière première: les professionnels et leur formation.

2. Qualité extérieure centrée sur le contrôle de la relation service-bénéficiaire

- La prestation du service et les résultats obtenus.
- L'attention aux réclamations.

1.7. Principes pour l'obtention d'un service de qualité

Lors de la mise en place des services de qualité, il faut prendre en considération que:

- Les solutions faciles et rapides n'existent pas. La qualité totale est une stratégie à long terme qui implique un changement de culture, c'est donc un processus difficile.
- Une façon unique et supérieure aux autres n'existe pas. Toutes les organisations et les personnes qui les composent sont différentes, par conséquent, il n'existe pas de façon unique de commencer un processus d'amélioration de la qualité, mais il en existe autant qu'il existe d'organisations ou de groupes humains.
- Les personnes sont plus importantes que les systèmes. La qualité n'est pas un système, mais une culture, qui repose sur les personnes, parce que ce sont les personnes qui font de la qualité une réalité tangible.

Il faut absolument éviter les informations fausses, et il faut consacrer du temps à une formation rigoureuse et scientifique

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE MENTIONNÉE DANS LE RAPPORT

ALONSO, J; Prieto, L. & Cols. "La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36)" *La version espagnole du SF-36 Health Survey (Questionnaire de Santé SF-36)*. Dans: Med Clin (Barc) 104:771-776, 1995.

ARIAS Horcajadas, F.; Ochoa Mangado, E. "Programas de deshabituación con Naltrexona" *Programmes de désintoxication avec Naltrexone*. Dans: Adicciones. Vol.10, n°6.1998.

APSLER, R; Harding WM "Cost-effectiveness analysis of drug abuse Treatment: current status and recommendations for future research" Dans: Background Papers (...) NIDA, 1991.

AURICOMBE, M & Cols (1994) "Tratamiento de sustitución a base de metadona y buprenorfina, para las adicciones a la heroína" *Traitemet de substitution avec méthadone et buprénorphine, pour des addictions à l'héroïne*. Dans: Colloque Toxicomanies. Saint-Tropez, 1993.

Ibídém (1996) "Por qué razón la buprenorfina es una molécula original en el tratamiento de la farmacodependencia a los opiáceos" *Pour quelle raison la buprénorphine est une molécule originale dans le traitement de la pharmacodépendance aux opiacés*. Dans Colloque Toxicomanies. Cannes, 1995.

BICKEL & collaborateurs "Un ensayo clínico con buprenorfina: comparación con la metadona en la desintoxicación de heroinómanos" *Un essai clinique avec buprénorphine: comparaison avec la méthadone dans la désintoxication d'héroïnomanes*. Dans: Clin. Pharmacol. Therap; 43, pp.72-78.1988.

CALENTANO, A. & Cols. "Mujer, Prostitución y VIH/SIDA" *Femme, Prostitution et VIH/SIDA*. Faculté de C.C. Politiques. Université de Rosario, 1999.

CANCELO, J. "Reinserción en Drogodependencias: una respuesta a la Exclusión Social" *Réinsertion en Toxicomanies: une réponse à l'Exclusion Sociale*. Dans: Procès-Verbaux de la Rencontre Internationale. Ed. Junta Castilla-La Mancha et G.I.D. Toledo, 1999.

CASTAÑO, GA. "Drogas en América Latina y reducción del daño" *Drogues en Amérique Latine et réduction des dommages*. Dans: Adicciones. Vol.11, nº4, pp.387-393. 1999.

CASTEL, R. "La sociedad psiquiátrica avanzada" *La société psychiatrique avancée*. Anagrama. Barcelone, 1984.

COMAS, D. "Los estudios de seguimiento" *Les études du suivi*. Ed. G.I.D. Madrid.

COMAS, D. "Criterios y Normas para la Homologación de comunidades Terapéuticas Profesionales para Toxicómanos" *Critères et normes pour l'Homologation des Communautés Thérapeutiques Professionnelles pour Toxicomanes*. APCTT, 1994.

COMAS, D. "El tratamiento de la drogodependencia y las Comunidades Terapéuticas" *Le traitement de la toxicomanie et les Communautés Thérapeutiques*. Ed. Ministère de la Santé et la Consommation. PNSD. Madrid, 1988.

CONACE "Tercer Estudio Nacional de Consumo de Drogas en Chile" *Troisième Etude Nationale de Consommation de Drogues au Chili*. Secrétariat Exécutif, 1999.

CONASIDA "Boletín epidemiológico" *Bulletin épidémiologique*. M. De la Santé du Chili. Sep. 1997.

DE REMENTERIA, I. "Grieta de las drogas: Desintegración Social y Políticas Públicas en América Latina". *Crevasse des Drogues: Désintégration Sociale et Politiques Publiques en Amérique Latine*. Ed. Nations Unies. New York, 1997.

DE LEON, G.; Rosenthal, MS. "Treatment in residential therapeutic communities"
Dans: Treatment of Psychiatric Disorders: A Task Force. Report of The American
Psychiatric Association. Vol.2. Washington DC, APA, 1989.

DEPARTAMENT de Recherches sur les Narcotiques (DENARC) "Repertorio
anual" *Répertoire Annuel* Sao Paulo, 1996.

DONABEDIAN, A. "La calidad de la atención médica. Definición y métodos de
evaluación". *La qualité des soins médicaux. Définition et méthodes d'évaluation*.
Dans: La Prensa Médica Mexicana, SA. México DF, 1982.

ELIZAGÁRATE, E.; Gutiérrez Fraile, M. "Antagonización rápida de opiáceos.
Eficacia en una muestra de 91 pacientes" *Antagonisation rapide d'opiacés. Efficacité
sur un échantillon de 91 patients*. Hôpital Santiago Apostol. Vitoria, 1996.

EMCDDA "Annual report on the state of the drugs problem in the European Union".
1998

Ibídem, 1999.

ENOR "Normas para el aseguramiento de la calidad" *Normes pour l'assurance de la
qualité* AENOR. Madrid, 1992.

FERNÁNDEZ Gómez, C. "Investigaciones y desarrollo de la calidad en
Comunidades Terapéuticas Europeas" *Recherches et développement de la qualité
dans les communauté thérapeutique Européennes*. Groupe ERIT sur indicateurs de
qualité. Dans: Adicciones. Vol.10, nº3.1998.

FERNÁNDEZ, C.; Llorente, JM.; Carrón, J. "Sistema Estándar de Evaluación de las
APCTT". *Système standard d'Evaluation des APCTT*.

FRANCI, J. "Gestión de la formación continua en las Organizaciones" *Gestion de la
formation continue dans les organisations*. Université de Barcelone, 1999.

FERNÁNDEZ Miranda, JJ & Cols. "Calidad de vida y severidad de la adicción en heroinómanos en mantenimiento prolongado con metadona" *Qualité de vie et gravité de l'addiction chez des héroïnomanes sous traitement long avec méthadone*. Dans: Adicciones. Vol. 11, n°1.1999.

FUNDACIÓN Venezuela Libre de Drogas "Estudio sobre consumo de drogas entre estudiantes" *Etude sur la consommation de drogues chez les étudiants*. Dans: Grupo Interinstitucional para la Investigación del Consumo de Sustancias Psicoactivas en una Universidad Venezolana. CEPRODUC; Université de Carabobo, 1994.

GRONBLADH, L.; Öhlund, LS & Cols "Mortality in heroin addiction: impact of methadone treatment". Dans: Acta Psychiar Scand. 82: 223-227; 1990.

HOFFMAN, NG & Cols "Patient Placement Criteria for The Treatment of Psychoactive Substance Use Disorders" American Society o Addiction Medicine. Washington DC, 1991.

HUTEFEUILLE, M. "El Temgèsic: nuevo producto, vieja ilusión" *Le Temgèsic: un nouveau produit, une vieille illusion*. Dans: Opciones Terapéuticas, Opciones Políticas: sufrimiento individual y miedos sociales. *Options Thérapeutiques, Options Politiques: souffrance individuelle et peur social*. Actes des XII Journées Nationales de l'AINIT. Interventions, n°30-31; p.27-29.1991.

HUTEFEUILLE, M; Polomeni, P."El resistible desarrollo de una droga legal" *Le résistible développement d'un drogue légale*. Dans: Journal du Sida, n° 35. 1992.

INTERCAMBIO "Entrevista a Evelyn Guiralt. Fundación Venezuela Libre de Drogas" *Entrevue à Evelyn Guiralt. Fondation Venezuela Libre de Drogues*. Ed. F.A.D. n°3. Décembre 1998.

INTERCAMBIO "Programa Presidencial de Colombia (...)" *Programme Présidentiel de la Colombie*. FAD. n°4. Juin 1999.

INTERCAMBIO "Entrevista Jorge Melguizo. Director de SURGIR" *Entrevue Jorge Melguizo. Directeur de SURGIR*. FAD. n°2. Juin 1998.

INTERCAMBIO “Metodología de prevención educativa sobre drogas”
Méthodologie de prévention éducative sur les drogues. FAD. n°4. Juin 1999.

INTERCAMBIO “Entrevista a Angela Tello. Corporación Caminos” *Entrevue à Angela Tello. Corporation Caminos.* FAD. n°5. 1999.

JIMÉNEZ, A; Comas, D.; Carrón, J. “Los programas de integración social de drogodependencias” *Les programmes d'intégration sociale de toxicomanies.* Ed. G.I.D. Madrid, 1995.

KREEK, MJ “Estados Unidos y Europa: perspectivas para el futuro tratamiento de los pacientes adictos a los opiáceos (...)” *Les Etats-Unis et l'Europe: perspectives pour le traitement futur des patients toxicomanes aux opiacés.* Lyon Méditerranée Mèdical-Medicine du Sud-Est; Tome XXXIV, n°1.1998

KOSTEN, Thomas R. & Cols. “Síntomas Depresivos de los Adictos a los Opiáceos durante el Tratamiento de Sustitución a base de Buprenorfina” *Symptômes Dépressifs des Toxicomanes aux Opiacés pendant le Traitement de Substitution avec Buprénorphine.* Journal of Substance Abuse Treatment, vol.7; pp. 51-54. 1990.

LASERNA, R “La grieta de las drogas: Alteración de la sociabilidad por efecto (...)” *La Crevasse des drogues: Altération de la sociabilité à cause de.* N.U. New York, 1997.

LEX, O “Estudio de los tratamientos a base de medicamentos” *Etudes des traitements avec des médicaments.* Cahiers de la Dépendence, 15; pp. 33-51. Belgique, 1991.

LING, W & Cols. “Mantenimiento de la buprenorfina en el tratamiento de los pacientes adictos a los opiáceos: un ensayo clínico multicéntrico y aleatorio” *Maintien de la buprénorphine dans le traitement des patients toxicomanes aux opiacés: un essai clinique multicentrique et aléatoire.* Dans: Adicciones; vol.9, n°1, pp.475-486.1998.

LLORENTE del Pozo, JM.; Fernández, C.; et al “Las Comunidades en el tratamiento del abuso y dependencia de sustancias” *Les Communautés dans le traitement de l'abus et la dépendance des substances*. En: Adicciones. Vol.X, nº6. 1998.

MANN, RD.; Wingard, S. “A cross-cultural study of drug rehabilitation methodologies in Sweden and the United States. En: Eisman, S. Drug Abuse. Foundation for a psychosocial approach. Farmingdale. Baywood, 1987.

MASSALOUX, C “La inserción de drogodependientes (...)" *L'insertion des toxicomanes*. Dans: Rencontre Internationale (...)” Ed. Junta Castilla-La Mancha et G.I.D. Toledo, 1999.

MELLO, Nancy K. & Cols. “Análisis sobre los efectos de la buprenorfina en los heroinómanos” *Analyse sur les effets de la buprénorphine chez les héroïnomanes*. Dans: The Journal of Pharmacology and Experimental Therapies; 233, nº1, pp.30-39.1982.

MEDINA, G “La importancia de la participación en los Programas de Calidad”. *L'importance de la participation dans les Programmes de Qualité*. Alta Dirección, nº179; 93-100.1991

MIGUEZ, HA “Uso intravenoso de la cocaína en Argentina” *Usage intraveineux de la cocaïne en Argentine*. Dans: Acta Psiquiat Psicol Am Lat. 44 (1) 41-49. 1998.

MATTICK, R; Grenyer, BF “Quality Assurance in drug and alcohol treatment: The development of standards for treatment content” Dans: Drug and Alcohol Review 9, 75-79. 1990.

O'BRIEN, W “The Terapeutic Community: static or moving” Dans: Procès-verbaux VIII Congrès Mondial des Communautés Thérapeutiques. Rome, 1985.

OTTENBERG, D “The Therapeutic Community Today” C.I.S. Rome, 1974.

OVIEDO, E “Grieta de las drogas: Alteración de la sociabilidad por efecto (...)" *La Crevasse des drogues: Altération de la sociabilité à cause de.* Ed. N.U. New York, 1997.

PALMER, RH “Evaluación en la asistencia ambulatoria: Principios y práctica” *Evaluation de l'assistance ambulatoire: Principes et pratique.* Ministère de la Santé et la Consommation. Madrid, 1989.

PASCUAL Fernández, C “Gestión de la calidad en drogodependencias” *Gestion de la qualité concernant les toxicomanies.* Dans: Adicciones; vol.12, n°.1.2000.

PÉREZ Gómez, A “Consumo de Cocaína en América Latina” *Consommation de Cocaïne en Amérique Latine.* Dans: Symposium International Coca et Cocaïne. Santafé de Bogotá. Octobre, 1995.

PLAN NATIONAL SUR LES DROGUES “Características de los centros con tratamientos de metadona en España” *Caractéristiques des centres avec des traitements de méthadone en Espagne.* Ministère de l’Intérieur, 1997.

REINSINGER, M “Uso de la buprenorfina durante el embarazo” *Usage de la buprénorphine pendant la grossesse.* Dans: Research and Clinical Forum; vol.19 n°.2; pp. 43-45. 1997.

RESNICK, RB & Cols. “Buprenorfina: un tratamiento alternativo a la metadona para heroinómanos” *Buprénorphine: un traitement alternatif de la méthadone pour les héroïnomanes* Dans: Psychopharmacology Bulletin; vol.28; n°.1; pp.109-113. 1992.

REZITI, V “Situación en Grecia” *La situation en Grèce.* Dans: Rencontre Internationale La réinsertion au cas des toxicomanies. Ed. Junta Castilla-La Mancha et G.I.D. Toledo, 1999.

ROIG-TRAVER, A “El modelo americano de Comunidad Terapéutica y su difusión en Europa” *Le modèle américain de Communauté Thérapeutique et sa diffusion en Europe.* Dans: XIII Journées Nationales de Sociodrogalcohol. Palma de Mallorca, 1986.

ROTH, E.; Jung, JE "Panorama Actual de la Prevención del Consumo de Drogas en Bolivia" *Situation Actuelle de la Prévention de la Consommation de Drogues en Bolivie*. La Paz; CIEF/Development Associates, 1995.

SAN, L & Cols. "Valoración y manejo del síndrome de abstinencia en los individuos adictos a la buprenorfina" *Evaluation et conduite du syndrome de sevrage chez les toxicomanes à la buprénorphine*. En: British Journal of Addiction; 87, pp. 55-62. (Cet article émane de la section de Toxicomanies de l'Hospital del Mar à Barcelone, 1992.)

SÁNCHEZ-Carbonell, J; Brigós, B. Et al "Evolución de una muestra de heroinómanos, dos años después del inicio del Tratamiento" *Evolution d'un échantillon d'héroïnomanes, deux ans après le commencement du traitement*. (Project EMETYST) Dans: Med Clin (Barc) 92: 135-139; 1989.

SILVA, A.; Monturiol, F.; et al "Calidad Asistencial Aplicada a los Servicios de Drogodependencias" *La Qualité de l'Assistance Appliquée aux Services de Toxicomanies*. Dans: Rencontre Nationale Sur Sociologie et Toxicomanies. Colegio Nacional de Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología. 357-386. Madrid, 1991.

TRACQUI & Cols. "Intoxicaciones agudas debidas al tratamiento sustitutivo a base de elevadas dosis de buprenorfina; 29 observaciones – 20 casos mortales" *Intoxications aiguës dues au traitement de substitution avec des doses élevées de buprénorphine; 29 observations – 20 cas mortels*. Dans: Press Med.; 27; pp.557-561. 1998.

UNODCCP "Global Illicit Drug Trends" Ed. N.U. New York, 1999.

VACCARI, G. "Estrategias de Gestión de recursos multisectoriales en un territorio" *Stratégies de Gestion des ressources multisectorielles sur un territoire*. Dans: Rencontre Internationale (...) Ed. Junta de Castilla-La Mancha y G.I.D.

VAILLANT, GE "Outcome research in narcotic addiction-problems an perspectives"
En: Am J Drug Alcohol Abuse; 1: 25-26; 1974.

VON Ooyen-Houben, M. "ISO-PLUS + Framework for Appraising The Quality of
Addiction Treatment and Care" Trimbos Institut, 1997.

World Health Organization "Option for the methadone in the Treatment of drug
dependence" WHO Division of Mental Health, 1999.