

Wir haben für sie gelesen Nous avons lu pour vous

Le DDT, la santé et l'environnement. Communiqué OMS/13, 12 février 1971.

«La suppression du DDT serait une catastrophe sur le plan de la santé humaine et d'immenses populations dans les régions impaludées du monde subiraient les effroyables ravages du paludisme endémique et épidémique. Cette suppression n'est pas justifiable dans l'état actuel de nos connaissances.» Tel est l'avis de l'Organisation mondiale de la Santé exprimé dans une déclaration après consultation avec des experts en matière de santé publique, d'écologie et de toxicologie.

«Compte tenu du nombre considérable de cas de mortalité et de morbidité dont il est responsable, le paludisme occupe la première place parmi les maladies transmises par les vecteurs.»

Plus d'un milliard d'individus ont été libérés de l'emprise du paludisme au cours des 25 dernières années grâce au DDT. Il s'agit là d'une «réalisation sans précédent dans les annales de la santé publique». Aujourd'hui encore 329 millions d'habitants de régions impaludées bénéficient de pulvérisations de DDT pour lutter contre le paludisme ou parvenir à son éradication totale.

On sait aujourd'hui que l'interruption temporaire de l'emploi du DDT pour l'éradication du paludisme peut sérieusement remettre en cause les résultats acquis. Ainsi, à Ceylan, le paludisme avait presque complètement disparu, le nombre de cas qui était de 2,8 millions en 1946 étant tombé à 110 en 1961, et les décès causés par le paludisme de 12 587 à zéro; après avoir interrompu trop tôt les pulvérisations de DDT Ceylan se trouve de nouveau menacé par la maladie et on a signalé déjà en 1968 et 1969 un total de 2,5 millions de cas de paludisme.

Contre le DDT: l'accusation

On estime que l'emploi du DDT a eu depuis une vingtaine d'années deux conséquences particulièrement graves sur l'environnement: 1. une diminution et une contamination des produits de la pêche dans les cours d'eau, les lacs et les eaux côtières, et 2. l'extermination progressive de certaines espèces d'oiseaux prédateurs.

On sait depuis longtemps que le DDT tue les crustacés aquatiques à des concentrations très faibles, les poissons à des concentrations plus élevées,

et les vertébrés terrestres à des concentrations relativement fortes. De plus, l'accumulation progressive de DDT dans l'organisme des poissons peut empêcher la survie de leurs embryons. L'accumulation de DDT dans la chaîne alimentaire s'est révélée plus importante que son effet mortel direct. Les oiseaux qui se trouvent au sommet de la chaîne — ceux, par exemple, se nourrissant de poissons et d'autres oiseaux — en ont gravement souffert.

Du point de vue de la conservation de la nature, le problème est devenu critique: on a observé la disparition progressive de certains faucons ou aigles en Amérique du Nord et en Europe, due en grande partie, semble-t-il, à ce que leurs œufs ne parviennent plus à éclosion. On attribue ce phénomène à un amincissement de leur coquille, imputable à son tour à la teneur de l'œuf en DDE, qui est l'un des principaux métabolites du DDT, encore plus stable que le produit lui-même.

Le contraste entre les effets adverses du DDT sur certaines formes de faune et son innocuité pour l'homme ne s'explique pas par une immunité quelconque de l'homme. Ce phénomène tient en partie à ce que la dose absorbée par l'homme reste relativement très inférieure à celle qu'absorbent les oiseaux de proie et certains animaux, et aussi à l'existence de différences entre les espèces.

Pour le DDT: la défense

Le relèvement du niveau de santé grâce aux campagnes antipaludiques a permis de rompre le cercle vicieux de la pauvreté et de la maladie et a apporté aussi des bénéfices économiques certains: augmentation de la productivité de la main-d'œuvre, accroissement de la production de riz par exemple aux Philippines, en Thaïlande et au Venezuela, mise en culture de vastes régions vierges en Inde, au Népal et à Taiwan, et un meilleur rendement de terres qui auparavant ne permettaient qu'une agriculture de subsistance (Kunduz en Afghanistan, Cham au Cambodge, Mindanao aux Philippines).

Une étude sur les répercussions économiques de la campagne d'éradication en Syrie signale que si l'incidence du paludisme était restée au niveau des années 50, tout l'effort de développement entrepris pendant la dernière décennie aurait été compromis du fait des journées de travail perdues, de la productivité diminuée de la main-

d'œuvre, et sans doute aussi de l'augmentation de la mortalité.

Sécurité du DDT pour l'homme

Le DDT, depuis qu'il est employé, a eu vraiment le minimum de nocivité pour l'homme. A l'époque où sa production atteignait un record, plus de 400 000 tonnes par an étaient utilisées dans l'agriculture, la sylviculture, la santé publique, etc. Des millions d'individus ont donc été en contact avec le DDT pendant des périodes prolongées sans aucun malaise même chez les travailleurs qui y étaient particulièrement exposés. Les seuls cas patents d'accidents sont ceux d'ingestion massive accidentelle ou délibérée du produit. Les adversaires du DDT pensent qu'il risque d'être carcinogène ou mutagène, mais il n'y a aucune preuve de cet effet sur l'homme.

L'environnement

Le DDT dans la lutte antipaludique est appliqué sous forme de pulvérisations à l'intérieur des maisons et une faible partie seulement de l'insecticide est donc susceptible de contaminer l'environnement. On a calculé que dans des zones rurales d'une densité moyenne de 100 habitants au kilomètre carré, où le DDT est appliqué à des fins antipaludiques dans les maisons, on aboutit à un dépôt de 10 g de DDT par hectare, soit 200 fois moins que la dose standard de 2 kg par hectare appliquée par exemple aux cultures de coton.

Protéger l'environnement

Désormais, il faut réduire au minimum l'emploi du DDT à l'extérieur, et ne s'en servir que dans des pulvérisations intérieures contre les moustiques vecteurs du paludisme, contre les puces qui transmettent la peste et contre les poux du typhus. Le DDT ne doit pas être appliqué sur des plans d'eau ni répandu par avion. On doit s'entourer de toutes les précautions utiles pour traiter les habitations sur pilotis qui surplombent des nappes d'eau. Pour lutter contre la simulié, la mouche vecteur de l'onchocercose, il y a lieu de tirer parti des insecticides de remplacement qui existent déjà et il faut étudier d'urgence la possibilité d'utiliser des produits biodégradables pour lutter contre la mouche tsé-tsé.

On espère ainsi supprimer bientôt l'emploi du DDT dans la lutte contre les vecteurs en pleine nature mais les efforts déployés en ce sens n'auront guère de résultats s'ils ne s'accompagnent pas d'une action parallèle dans l'agriculture. L'application du DDT aux cultures continue en outre de créer des difficultés du fait de la résistance au DDT des moustiques vecteurs du paludisme, phénomène qui compromet le succès de la lutte contre cette maladie par pulvérisation à l'intérieur des maisons. Bien que le degré de contamination de l'environnement imputable à ces pulvérisations domestiques soit déjà faible, il faut s'attacher à le réduire encore.

DDT et épidémies

Le DDT a servi à réduire ou à supprimer quantité de maladies épidémiques, non seulement le paludisme mais la peste, le typhus, la fièvre jaune, la dengue, la fièvre hémorragique, l'encéphalite, la filariose, la maladie du sommeil, l'onchocercose, la leishmaniose, etc.

Heureusement, des insecticides de remplacement ont été trouvés pour la plupart de ces maladies. Mais le DDT reste indispensable pour la lutte contre le paludisme et contre la maladie du sommeil. Sauf pour la lutte contre ces deux grandes endémies, l'emploi du DDT diminue déjà. La production annuelle est de quelque 200 000 à 250 000 tonnes dont 15 à 20 % sont consacrés à la santé publique. Le coût des opérations antipaludiques à l'aide du DDT est aujourd'hui de 60 millions de dollars par an. Le remplacement du DDT pourrait porter le coût des opérations à \$ 184 millions si l'on adoptait le malathion, et à environ \$ 510 millions si l'on utilisait le propoxur. Si l'on tentait de remplacer le DDT dans l'ensemble du programme d'éradication du paludisme, la production actuelle des insecticides de remplacement serait insuffisante.

Conclusions

1. Les pulvérisations de DDT à l'intérieur des locaux d'habitation, dans le cadre des opérations de routine de lutte antipaludique, ne créent pas de risque sérieux pour l'homme et pour la faune sauvage. La cessation de l'emploi du DDT dans les programmes de lutte antipaludique serait pleine de dangers, et n'est pas justifiable dans

l'état actuel de nos connaissances. L'Organisation doit faire tout ce qui est en son pouvoir pour faire en sorte qu'on continue à disposer du DDT pour ces programmes.

2. L'utilisation de DDT à l'extérieur devrait être évitée dans toute la mesure du possible.

3. De nouvelles recherches sont nécessaires sur les insecticides et les méthodes de remplacement, en particulier en ce qui concerne la mouche simule et la mouche tsé-tsé.

Comment lutter contre l'abus de l'alcool et des drogues. Par Dale C. Cameron. Chronique OMS 25, 9-18 (1971).

Depuis toujours, l'Organisation mondiale de la Santé se préoccupe des problèmes que suscite l'abus des médicaments. Du fait des obligations qui lui incombent aux termes de divers accords internationaux sur le contrôle des stupéfiants, il va de soi qu'une grande partie de son action initiale dans ce domaine a été centrée sur les médicaments eux-mêmes, et en particulier l'identification des drogues engendrant la toxicomanie (comme on les désignait alors), ainsi que sur les travaux visant à retirer aux stupéfiants utilisés comme analgésiques leurs propriétés toxicogènes par une modification de leur composition chimique.

Dès leurs premières réunions, les comités OMS d'experts ont souligné le fait que certains médicaments psychotropes non soumis au contrôle international pourraient - s'ils ne le faisaient déjà - donner lieu à des abus. En novembre 1946, la Commission intérimaire de l'Organisation mondiale de la Santé a décidé de constituer un Comité d'experts sur les Stupéfiants, qui prit par la suite le nom de «Comité d'experts des Médicaments engendrant l'Accoutumance», car on estimait en effet que certaines substances, bien que n'étant pas des stupéfiants, devraient néanmoins être étudiées par le Comité en raison de leur aptitude à engendrer la dépendance. C'est ainsi qu'en 1949 on constata qu'il pouvait être fait un usage abusif des amphétamines et, en 1950, que les barbituriques étaient aptes à engendrer la «toxicomanie». Quant aux hallucinogènes, on considérait dès 1963 qu'ils posaient le même problème.

A mesure qu'augmentaient le nombre et la diversité des médicaments donnant lieu à des abus, il

devenait de plus en plus évident que les nombreuses acceptions dans lesquelles était employé le terme «toxicomanie», non seulement lui faisaient perdre beaucoup de sa signification, mais encore pouvaient créer la confusion et être cause de malentendus. Il est possible que la difficulté ait découlé de ce qu'on avait cru pouvoir désigner par ce seul terme ou notion deux choses: d'une part, la nature des états observés chez les personnes affectées, et, d'autre part, le fait que ces états pouvaient être nuisibles à l'individu ou à la société (ce qui semblait impliquer que des mesures devaient être prises pour la mise sous contrôle des médicaments qui les provoquaient). On essaya donc de faire une distinction entre «toxicomanie» et «accoutumance», mais la difficulté n'en fut pas résolue pour autant car, dans un cas comme dans l'autre, on se retrouvait en présence des deux mêmes questions, à savoir la nature de l'état créé chez l'individu, et la nécessité de prendre des mesures. Et les termes «accoutumance» et «médicaments engendrant l'accoutumance» en vinrent eux aussi à être employés dans des acceptions très diverses.

En 1963, un Comité OMS d'experts des Drogues engendrant la Toxicomanie exprima l'avis que «l'élément commun [à la toxicomanie et à l'accoutumance] semble être un état de dépendance, qu'il soit psychique ou physique, ou qu'il ait ce double caractère». Aussi a-t-il recommandé de substituer le terme «dépendance» aux termes «toxicomanie» et «accoutumance» en le précisant par l'indication du type de drogue auquel cette dépendance correspond, de manière à différencier les classes de drogues les unes des autres. Dans la définition de la «dépendance» qui figure dans le rapport du Comité, il n'est fait aucune mention du préjudice causé à l'individu ou à la société par la dépendance à l'égard d'une drogue. Il semble que l'intention première du Comité d'experts ait été de montrer clairement que différents types de drogues produisent différents types de dépendance, ayant des manifestations cliniques et des conséquences distinctes.

Dans le rapport d'un Comité OMS d'experts de la Pharmacodépendance qui s'est réuni en 1968, on trouve la définition suivante:

«*Pharmacodépendance.* Etat psychique et quelquefois également physique résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un médica-

ment, se caractérisant par des modifications du comportement et par d'autres réactions, qui comprennent toujours une pulsion à prendre le médicament de façon continue ou périodique afin de retrouver ses effets psychiques et quelquefois d'éviter le malaise de la privation. Cet état peut s'accompagner ou non de tolérance. Un même individu peut être dépendant de plusieurs médicaments.»

Au sujet des critères de la nécessité d'un contrôle, ce même Comité a déclaré :

«Pour qu'on puisse considérer qu'un médicament a besoin d'être contrôlé, il faut que l'une au moins des deux conditions suivantes soit réalisée :

1. on sait que l'usage abusif de la substance n'est pas seulement sporadique ou localisé, que ses effets ne concernent pas seulement l'utilisateur, que son mode de propagation implique une communication entre le drogué actuel et des consommateurs potentiels et que la substance en cause commence à faire l'objet d'un trafic illicite;

2. on prévoit l'utilisation de la substance en médecine et les données expérimentales indiquent qu'elle comporte un risque important de dépendance psychique ou physique; la drogue est ou pourrait être commercialisée.

Si aucune de ces conditions n'est remplie, il n'est pas nécessaire d'envisager le contrôle.»

Cela ne veut pas dire qu'il ne faille pas prendre les précautions voulues à l'égard de médicaments exclusivement utilisés pour la recherche, tels que certains tétrahydrocannabinols.

L'Organisation, qui n'a jamais sous-estimé l'importance de l'utilisateur de drogue (l'hôte) et de son milieu, se préoccupe de plus en plus depuis quelques années de cet aspect du problème sans négliger pour autant les agents de la pharmacodépendance, car, s'il n'y avait pas de demande pour ceux que l'homme fabrique, l'offre perdrait sa raison d'être et il ne serait pas nécessaire d'exercer un contrôle sur les disponibilités qui existent dans la nature.

L'évolution de la question, esquissée ci-dessus, se reflète dans les noms des différents comités OMS d'experts qui se sont occupés de la question : Comité d'experts des Médicaments engendrant l'Accoutumance (1949); Comité d'experts des Drogues susceptibles d'engendrer la Toxicomanie (1950 à 1955); Comité d'experts des Drogues engendrant la Toxicomanie (1956—1963); Comité d'experts des

Drogues engendrant la Dépendance (1963—1966); et Comité d'experts de la Pharmacodépendance depuis 1968.

L'alcoolisme, en tant que problème de santé publique, n'a jamais cessé de préoccuper l'OMS, qui le considère maintenant comme une forme de pharmacodépendance. L'Organisation est évidemment consciente des différences et des analogies importantes qui existent, du point de vue de la nature de la dépendance et des problèmes qu'elle soulève, entre l'alcoolisme et les autres types de pharmacodépendance. On trouve d'ailleurs les mêmes analogies et les mêmes différences lorsqu'on compare entre elles des formes de pharmacodépendance dans lesquelles l'alcool n'intervient pas. En 1953, un Comité OMS d'experts de l'Alcool, acceptant la définition alors utilisée par le Comité d'experts des Drogues susceptibles d'engendrer la Toxicomanie, et constatant que les symptômes présentés par les consommateurs d'alcool différaient à certains égards de ceux que provoquent les drogues du type de la morphine «est convenu que l'alcool ne peut être classé parmi les drogues engendrant la toxicomanie». Le Comité est également arrivé à la conclusion qu'on ne pouvait simplement classer l'alcool dans le groupe des drogues engendrant l'accoutumance, pour la double raison que sa consommation excessive avait de graves conséquences sociales et que des symptômes de sevrage se manifestaient souvent chez les grands buveurs qui en sont soudainement privés; il a donc jugé nécessaire de faire figurer l'alcool dans une catégorie distincte, intermédiaire entre celle des drogues engendrant la toxicomanie et celle des drogues engendrant l'accoutumance. L'année suivante, un autre comité, tout en classant l'alcool dans la même catégorie intermédiaire, a estimé que les réactions provoquées par le sevrage dans le cas de l'alcoolisme et dans celui de la toxicomanie offraient plus de ressemblances qu'on ne le pensait jusqu'ici, et que les premiers phénomènes étaient «plus dangereux pour la vie de l'individu que ne le sont les symptômes de sevrage dans le cas de la morphine».

En 1966, un comité d'experts chargé d'étudier les services de prévention et de traitement de la dépendance à l'égard de l'alcool et des autres drogues a estimé que «si la dépendance à l'égard de l'alcool diffère de la dépendance à l'égard des

autres drogues, il existe néanmoins de nombreuses et importantes similitudes dans l'étiologie et le traitement de ces deux états. La nature et l'ampleur du problème — définies par le type de dépendance et les modalités de l'emploi normal et abusif — varient largement d'un pays à l'autre mais certains facteurs — passage relativement fréquent d'une drogue à l'autre, abus assez courant de plusieurs drogues associées, complexité et mobilité des pratiques abusives, mise au point rapide de nouveaux médicaments se prêtant à un emploi abusif — obligent à considérer la dépendance à l'égard de l'alcool et la dépendance à l'égard des autres drogues comme deux aspects d'un même problème dont le facteur commun est un certain asservissement psychique. Dans la mesure où les drogues qui engendrent une dépendance perturbent sensiblement les fonctions normales de l'individu qui en abuse ou constituent un problème pour l'entourage et pour la société, elles posent des problèmes de santé qui se prêtent à une identification, une classification et un traitement médicaux. Mais les problèmes à résoudre ne sont pas tous d'ordre médical. Des facteurs sociaux, culturels, juridiques, économiques, etc. jouent également un rôle dans l'étiologie, le traitement, la prévention et le contrôle. *Il est indispensable de bien voir que la dépendance à l'égard des drogues (alcool y compris) crée des problèmes sanitaires graves qui doivent être étudiés non seulement par référence aux substances elles-mêmes, mais aussi en fonction de l'homme et du milieu.*

Une approche commune des deux sortes de dépendance ne convient pas également à tous les aspects de la question. Il faut tenir compte des conditions locales, telles que la structure sociale, les attitudes individuelles et culturelles, l'incidence et la prévalence de la dépendance vis-à-vis de certains agents. En général, l'approche commune est parfaitement valable pour la recherche, un peu moins pour le traitement et l'éducation préventive et moins encore pour le contrôle.»

L'asservissement psychique étant considéré comme le facteur commun, le comité d'experts a toutefois constaté que «dans certains pays, en particulier ceux où l'absorption régulière de vin est un phénomène sociologique de premier plan, il arrive que certaines personnes abusent de l'alcool au point d'être soumises à une dépendance

physique avec toutes ses complications, sans qu'une dépendance psychique marquée apparaisse».

Quand peut-on dire qu'il y a dépendance psychique? Comme pour presque tous les phénomènes biologiques, en particulier les phénomènes comportementaux, aucune démarcation précise n'apparaît. On observe plutôt une chaîne de phénomènes à un bout de laquelle il n'existe indiscutablement pas de dépendance psychique, tandis qu'à l'autre elle est indéniable. Entre ces deux extrêmes, le comportement du sujet ne présente aucune caractéristique assez nette pour que l'on puisse se prononcer.

Pour juger de la présence ou de l'absence de dépendance psychique chez un sujet, il faut tout d'abord savoir: 1. si la drogue occupe une place importante dans l'organisation de sa vie, c'est-à-dire s'il emploie une grande partie de son temps et de son énergie à s'en procurer, à y penser, à s'y adonner ou à en parler; 2. si l'usage de la substance considérée prend le pas sur d'autres mécanismes d'adaptation, c'est-à-dire si le sujet tend à réagir en face des diverses circonstances de sa vie et de ses états d'âme en recourant à la drogue au lieu de faire agir les autres mécanismes qui sont à sa disposition. Ceux-ci, faute de servir, tendent à s'atrophier et le sujet met du temps à trouver les moyens d'y suppléer pour réagir à des situations nouvelles ou anciennes.

Il serait utile d'étudier certains des facteurs qui sous-tendent la dépendance psychique, puisque celle-ci paraît un élément commun à tous les types de pharmacodépendance. Il ne faut pas oublier que les raisons de faire usage de drogues varient suivant les individus et que, chez une même personne, elles seront différentes selon les moments. Ces facteurs sous-jacents sont habituellement multiples, et l'utilisateur peut très bien ne pas en être conscient. L'influence des attitudes culturelles, qui feront accepter ou rejeter le recours aux drogues pour satisfaire divers besoins psychiques, varie suivant: a) le groupe culturel, b) la nature du besoin psychique, c) la mesure dans laquelle l'intéressé fait usage de la drogue, et, plus particulièrement, d) la nature de celle-ci. Considérons maintenant quelques-uns des facteurs qui paraissent fréquemment associés à l'usage de drogues, ainsi qu'à l'apparition et à la persistance de la dépendance psychique.

L'alcool, les opiacés et les barbituriques sont souvent utilisés pour échapper, par une atténuation de l'acuité des sensations, à la douleur, à l'anxiété, à la crainte, à l'ennui, à un milieu déplaisant et à des inhibitions, ou encore pour remédier à une passivité excessive. L'évasion peut également être obtenue si l'attention du sujet est dirigée vers une expérience différente et plus satisfaisante, agréable ou captivante, ou vers quelque moyen d'exalter les facultés intellectuelles. Les drogues qui engendrent la dépendance de type morphinique, l'héroïne en particulier, paraissent servir à s'évader d'un état pour s'enfermer dans un autre, tendant ainsi à obnubiler la conscience de la nature et de l'intensité des problèmes du moment, en même temps qu'elles créent un état agréable, euphorique et qui participe du rêve. Il semble que, pour ce qui est des opiacés, la tolérance à leur effet euphorisant se produise plus rapidement que dans le cas des effets psychiques de refoulement et certains effets de dépendance physique. Nombre d'utilisateurs d'héroïne disent qu'à mesure que la tolérance s'accroît et que la dose est augmentée, la drogue leur permet seulement de se sentir dans un état «normal», et qu'elle n'a plus guère — ou même plus du tout — d'effet «euphorisant».

A propos du phénomène que certains utilisateurs de drogue qualifient de «voyage», il a été parlé d'expériences agréables ou passionnantes, et l'on a fait cas de l'exaltation des facultés intellectuelles. Le désir de connaître une sensation nouvelle, originale, agréable, captivante, euphorique ou intensément stimulante ne se rattache pas forcément à un désir de masquer un problème, à moins qu'il ne s'agisse de l'ennui. Comme on l'a dit plus haut, on peut recourir à l'héroïne et aux drogues apparentées pour satisfaire un désir de connaître quelque chose de nouveau ou d'extraordinaire. Les drogues engendrant la dépendance du type cocaïnique ou amphotaminique et peut-être aussi, dans une moindre mesure, celles du type du cannabis ou des hallucinogènes, sont également utilisées couramment à cette fin. La cocaïne et les amphétamines tendent à produire un effet exhilarant marqué, surtout émotif et non intellectuel. Le cannabis et les hallucinogènes (tels que le LSD), à des doses qui ont un effet exhilarant moins prononcé que celui des stimulants du système nerveux central, entraînent souvent une déformation

plus grande de la perception et de la pensée. Tel qu'il en est fait communément usage, le cannabis provoque en général des sensations moins intenses que celles que procure le LSD aux doses auxquelles il est pris d'ordinaire.

Il n'est pas rare que des personnes ressentant fortement le besoin de pénétrer plus profondément leur nature, ou le sens de la vie et du monde, soient attirées par des drogues du type du cannabis et des hallucinogènes, qui engendrent la dépendance. Ces personnes paraissent souvent avoir aussi un puissant besoin de se sentir capables de créer. Si à la faveur de l'intoxication par ces substances elles ont le sentiment d'un élargissement de leurs possibilités de perception, de compréhension et de création, ce sentiment persiste souvent au-delà de la phase aiguë de l'intoxication. Toutefois, ce ne sont là que phénomènes subjectifs, dont on n'a jamais constaté qu'ils s'accompagnaient de progrès démontrables et observables par autrui; il s'agirait plutôt d'une disponibilité accrue aux incitations des stimuli, tant externes qu'internes.

Nombre de sujets recherchent dans ces substances une sensation de bien-être, de libération et de détente: dans certaines sociétés cette recherche prendra la forme d'un cocktail avant le dîner; dans d'autres, elle aura celle d'une pipe de kif fumée à la fin de la journée de travail. Les drogues peuvent aussi servir à rendre plus aisés les contacts sociaux, par exemple dans une réception. Relèvent d'un ordre d'idée très voisin des habitudes quasi rituelles, comme celle de prendre un verre ou de fumer une pipe ensemble, habitudes qui consacrent des liens créés par l'amitié, l'appartenance à un cercle restreint ou l'adhésion aux concepts et idéaux d'un groupe plus vaste. L'usage de l'alcool et du cannabis dans de telles circonstances est fréquent. Ces coutumes sont admises dans de nombreuses sociétés pour ce qui est de l'alcool, et dans quelques-unes pour ce qui est du cannabis, même si ces substances — en particulier le cannabis — sont l'objet d'une prohibition officielle. D'une manière générale, il semble qu'il y ait, selon le milieu culturel, un rapport inverse entre la mesure dans laquelle chacune de ces deux substances — employée avec modération — est acceptable, bien que dans certains pays la frontière entre «celle-ci ou celle-là» paraisse s'estomper. La curiosité, il est vrai, est l'un des prin-

cipaux traits de caractère de l'homme, et elle peut suffire à inciter certaines personnes à essayer telle ou telle drogue pour en expérimenter les effets sur elles-mêmes. Si un usage modéré d'une drogue donnée est admis, on accepte du même coup qu'il soit fait une expérience personnelle de cette substance, pourvu que cette expérience soit également modérée.

Du point de vue social, l'usage de drogues comme moyens «d'évasion» est souvent moins admis que les autres motivations exposées plus haut. Naturellement, on fera immédiatement observer que le désir d'évasion est indéniablement présent chez qui recherche dans une drogue une sensation de bien-être, de libération et de détente. Nous avons dit que les normes culturelles de nombreuses sociétés permettent l'usage d'une drogue dès l'instant qu'il s'agit de la substance «coutumière» et qu'on n'en abuse pas. Aussi peut-il être plus important dans certains cas, lorsqu'on se propose de déterminer si la ou les motivations en cause sont admissibles sur le plan culturel, de considérer le caractère de la drogue et la mesure dans laquelle il en est fait usage que la nature des motivations elle-même. Certaines de ces motivations, toutefois, peuvent cesser d'être acceptées par la société lorsqu'il devient fréquent qu'elles conduisent à l'usage abusif d'une drogue admise du point de vue culturel, ou à l'emploi restreint ou expérimental d'une substance qui ne l'est pas. Quelle que soit la drogue, la motivation qui incite à en faire usage tend à devenir inadmissible si elle paraît avoir une intensité excessive ou différer substantiellement de celles auxquelles obéissent la plupart des membres du groupe social le plus important.

Deux des facteurs les plus importants de l'apparition de la dépendance psychique sont liés à la formation de l'identité. Le premier est le besoin d'être accepté en tant que personne par au moins quelques autres êtres humains, et d'appartenir à un ou plusieurs groupes sociaux; il en a déjà été question à propos de l'usage de drogues qui relève d'habitudes sociales quasi rituelles. L'usage de l'alcool et du cannabis semble être fréquent dans les us et coutumes de certains groupes et traduit bien plus l'appartenance au groupe que le désir d'éprouver les effets pharmacodynamiques de ces substances. Le nouveau venu qui est admis à participer à un acte symbolique de l'apparte-

nance au groupe est ipso facto accepté par les autres membres de celui-ci, avec lesquels il tend à s'identifier. En répétant, en qualité de membre du groupe, cet acte symbolique, il entend souvent montrer qu'il veut ne pas être confondu avec les membres d'autres groupes, y compris, quelquefois, celui des gens en place.

Former son identité ne consiste pas seulement à découvrir à qui l'on ressemble et de qui l'on diffère; il faut encore s'affirmer comme une personne en quelque sorte unique et distincte des autres: être comme les autres pour pouvoir s'intégrer dans le groupe, mais en même temps en différer par certains caractères essentiels sans lesquels il ne peut y avoir identité personnelle. Même l'habillement doit être conforme à la mode adoptée d'une manière générale par la sous-culture (traditionnelle, hippie, etc.) à laquelle le sujet appartient, mais en même temps se distinguer par des détails personnels. La formation de l'identité implique aussi que l'on s'affranchit des autres et qu'on devient capable de prendre sa vie en mains, avec les responsabilités que cette décision comporte. Un individu peut prendre des drogues pour se prouver à lui-même et montrer aux autres qu'il s'est libéré de l'autorité parentale et de celle d'autres personnes. Cette émancipation, qui fait partie du processus normal du développement de l'être humain, peut devenir rébellion si l'entourage y fait obstacle ou si le sujet est psychologiquement anormal et trouve difficile d'assumer la responsabilité de ses actes. Dans ces circonstances, entre autres, le recours aux drogues peut être considéré comme un acte de rébellion et d'hostilité.

Il est évident que des besoins psychiques comme ceux qui sont décrits ci-dessus, même s'ils sont assez puissants, ne conduisent pas toujours à vouloir faire l'expérience de drogues, pas plus que cette expérience, si elle a lieu, n'entraîne nécessairement la dépendance psychique. Le besoin de détente, celui de contacts humains, d'acceptation par tel ou tel groupe et d'affirmation de son identité, ainsi que la recherche d'expériences nouvelles ou agréables, d'ordre affectif ou intellectuel, font partie des phénomènes psychiques normaux. Cependant, les personnes chez qui ce besoin est d'une intensité ou d'une qualité inhabituelles sont davantage, semble-t-il, exposées au risque de dépendance psychique que les sujets

normaux si, pour quelque raison, elles viennent à faire usage de drogues engendrant la dépendance. Il semble que les personnes présentant des signes de névrose et de troubles caractériels soient sur-représentées parmi les utilisateurs de drogues. De tels signes tendent à précéder, plutôt qu'à suivre, l'usage de drogues, mais ils peuvent néanmoins s'aggraver, en liaison avec cet usage, sous l'influence d'attitudes culturelles hostiles et de sanctions, ainsi que des effets psychiques, physiques et toxiques particuliers de certaines drogues.

Laissant maintenant les facteurs de personnalité auxquels l'usage de drogues peut être rapporté dans une grande mesure, examinons brièvement un certain nombre d'autres facteurs importants, socio-culturels ceux-là, c'est-à-dire associés au milieu. En général, dans une culture où l'usage d'une drogue donnée est accepté par la société, il est modéré et tend à être très répandu; et quand il s'étend à un grand nombre de personnes, et surtout lorsque les attitudes à l'égard de l'enivrement sont indulgentes ou ambivalentes, une forte proportion des utilisateurs tendent à devenir dépendants. En revanche, dans une culture où l'usage d'une drogue n'est pas admise, son usage tend à devenir abusif encore qu'en général il soit peu répandu. Le recours à la drogue paraît souvent associé à une évolution socio-économique rapide. S'il en est bien ainsi, il pourrait être lié à un amoindrissement des normes culturelles au moment où de nouveaux modes de comportement se substituent aux anciens. Le fait de quitter un milieu familial pour vivre dans des conditions et avec des personnes différentes peut contribuer, temporairement du moins, à un relâchement des normes culturelles, comme cela se voit souvent à la suite d'une urbanisation rapide. La dépendance à l'égard de drogues est sans rapport avec le niveau social: bien que le désir d'échapper momentanément à une misère écrasante ait souvent été mentionné pour expliquer le recours à des drogues, il apparaît maintenant que l'usage de celles-ci soit favorisé par les loisirs plus nombreux que permet une aisance matérielle relative.

L'extension et la rapidité des moyens de communication et de transport permettent de nos jours à un grand nombre de personnes de savoir très vite ce qui se passe dans le monde entier. Le tour sensationnel qui est parfois donné aux nouvelles

concernant les drogues et leurs utilisateurs, ainsi que la facilité avec laquelle se répandent les rumeurs et les fausses informations sur les prétendus «bienfaits» que procurent les drogues peuvent inciter certains sujets à en faire l'essai. Les progrès techniques ont multiplié le nombre des substances engendrant la dépendance, et aussi bien l'ampleur que la rapidité des moyens de transport en ont rendu l'acquisition plus simple que jamais. Des drogues comme la morphine, l'alcool et les barbituriques, qui engendrent une dépendance physique notable, auront vraisemblablement cet effet chez toute personne qui en usera régulièrement et en quantité suffisante pendant un certain temps. La crainte des symptômes de sevrage, ou leur apparition effective, incite presque toujours l'utilisateur à se procurer ces drogues, bien que l'intensité de cette incitation puisse varier selon la substance et selon la personne en cause; elle sera, par exemple, plus forte chez les personnes sevrées d'opiacés que chez celles qui prennent des barbituriques ou de l'alcool. Cela ne veut pas dire que les syndromes de sevrage qui accompagnent la privation d'alcool et de barbituriques soient moins graves ou moins menaçants pour la vie que ceux du sevrage d'opiacés; en fait, c'est généralement le contraire, mais les sujets qui souffrent d'un sevrage de barbituriques ou d'alcool et qui ne reçoivent pas le traitement voulu sont souvent incapables de faire l'effort nécessaire pour se procurer la drogue qui leur manque. Toutes les drogues engendrant la dépendance, qu'elles provoquent ou non la dépendance physique, peuvent engendrer la dépendance psychique chez certains sujets. Chez d'autres, cette dernière n'apparaît pas, même si pour une raison ou une autre ils ont pris de façon régulière et en quantité substantielle pendant des périodes prolongées des drogues entraînant la dépendance physique. Il n'est pas rare que des sujets devenus physiquement dépendants de la morphine, après en avoir reçu de fortes doses pour soulager une douleur intraitable, perdent tout intérêt pour cette drogue lorsque la cause de la douleur a été supprimée et que le syndrome physique de sevrage a disparu. A moins qu'un sujet ne soit sensible aux effets psychiques d'une drogue engendrant la dépendance, il est peu probable qu'il fera, de sa propre initiative, usage de cette drogue au point d'en devenir dépendant. Ainsi, s'il est possible de

prédire avec une très grande exactitude la probabilité de l'apparition, chez un individu donné, de la dépendance physique à l'égard de telle ou telle drogue s'il en fait usage d'une certaine manière, il n'est pas encore possible de prévoir avec le même degré de précision quelles sont les personnes qui trouveront assez d'attrait dans une drogue toxicomanogène pour être incitées à en prendre jusqu'à en devenir psychiquement dépendantes. A la vérité, la mesure dans laquelle tel sujet est susceptible de cette dépendance peut varier selon les moments et suivant les modifications du milieu.

On est beaucoup trop peu renseigné sur l'histoire naturelle de l'usage de drogues dans les différentes cultures. Les travaux effectués dans ce domaine ont surtout porté sur le nombre des utilisateurs et sur leurs traits distinctifs, sur les effets à court et à long terme de l'usage des drogues, sur les raisons qui motivent cet usage et sur les circonstances qui le favorisent jusqu'au point de la dépendance. De toute évidence, la disponibilité de données fiables de ce genre est en rapport avec la mise sur pied de programmes d'éducation et de prévention. Cependant, s'il est utile de savoir pourquoi certaines personnes ont recours aux drogues, il ne l'est pas moins de rechercher les raisons pour lesquelles il y en a tant qui ne le font pas. Des études beaucoup plus nombreuses sont nécessaires pour découvrir pourquoi, dans un groupe de personnes sur lesquelles s'exercent les mêmes forces socio-culturelles et qui ont apparemment une structure de personnalité et des besoins psychiques comparables, il en est qui adoptent, et d'autres qui rejettent, l'usage de drogues dans leur mode de vie.

Je suis convaincu que la plupart des personnes essentiellement normales qui n'ont jamais fait usage de drogues jusqu'à en devenir dépendantes ne le deviendront pas si on leur donne, sans attitudes moralistes ou autoritaires, des informations pertinentes et exactes sur les effets des drogues engendrant la dépendance.

On discute depuis longtemps «du bien ou du mal que l'on peut faire en renseignant sur la dépendance des groupes relativement peu avertis. Il faut considérer, d'une part, qu'une action intelligente ne peut se fonder sur l'ignorance ou sur l'erreur. D'autre part, [il ne semble pas] qu'il soit bien utile d'entreprendre intensivement l'éducation préven-

tive du grand public et de chacun des nombreux groupes particuliers d'une population s'il n'y a pas de problème actuel ou de difficultés menaçantes. Cependant, étant donné les formes rapidement mouvantes que prend la dépendance, il importe que les autorités médico-sociales, et en particulier le corps médical, soient bien renseignés tant sur les manifestations des divers types de dépendance que sur les moyens de prévention, de traitement et de réadaptation.»

Alors que des personnes essentiellement normales, convenablement renseignées, sont en général capables de former des jugements sains et d'y conformer leurs actes, il en va différemment pour d'autres qui présentent certains traits de personnalité s'écartant de la normale; même si ces sujets sont eux aussi capables de former des jugements sains, il est fréquent qu'ils ne parviennent pas à s'y tenir dans leur comportement. Il serait donc vain d'espérer qu'une action éducative s'adressant à des personnes normales réussisse à empêcher celles qui se trouvent le plus exposées au risque de faire l'expérience de drogues de tomber sous leur dépendance; en fait, il se pourrait même qu'elle favorise cette expérimentation chez des sujets dont les besoins psychiques ont un caractère et/ou une intensité inhabituels. Il faudrait donc élaborer des programmes éducatifs spécialement conçus pour ces personnes. Etant donné que des mesures éducatives peuvent ne pas suffire à elles seules à prévenir la pharmacodépendance, il semblerait indiqué de prendre des mesures propres à modifier les forces socio-culturelles en jeu et à limiter les possibilités de se procurer des drogues; mais c'est une chose de parler de mesures, et une autre chose de les mettre en œuvre.

La préparation et l'exécution de programmes destinés à combattre et à réduire l'abus actuel des drogues ainsi qu'à empêcher dans toute la mesure du possible que cet abus ne se répande à l'avenir exigent que l'on prenne en considération non seulement les analogies et les différences que l'on observe entre les divers types de pharmacodépendance, mais aussi celles qui existent entre l'épidémiologie de cette dépendance considérée comme une affection transmissible et l'épidémiologie de certaines maladies infectieuses. Les caractéristiques communes aux deux épidémiologies sont les suivantes:

1. l'existence d'hôtes actuels et potentiels, présentant à des degrés divers une résistance à l'affection ou à la maladie considérées;

2. l'existence de facteurs de milieu influant fortement sur le risque d'une exposition effective à l'affection ou à la maladie considérées, et, au cas où cette exposition a lieu, la rapidité avec laquelle on peut s'attendre à voir cette affection ou cette maladie se propager;

3. la présence d'un «agent pathogène», qu'il s'agisse du parasite du paludisme, de l'héroïne ou de l'alcool;

4. l'existence ou l'absence d'un vecteur: de même que le moustique est le vecteur du paludisme, le trafiquant est le vecteur de la pharmacodépendance. Il ne faut pas oublier que l'utilisateur de drogue fait souvent du prosélytisme, et qu'ainsi il est à la fois vecteur et hôte. C'est particulièrement le cas en ce qui concerne l'alcool, le cannabis et les hallucinogènes, mais toute forme de pharmacodépendance implique presque toujours un certain degré de contagion entre un hôte et un autre. Quant aux différences épidémiologiques, il y en a deux qui sont très importantes. En premier lieu, dans le cas des maladies infectieuses, l'agent pathogène est habituellement vivant et se perpétue par conséquent dans l'organisme: d'une manière générale ce n'est pas l'homme qui le produit. Pour se propager, cet agent bénéficie parfois de l'aide d'un vecteur tel que moustique, puce, ou de telle ou telle personne ignorante ou négligente qui n'est généralement pas consciente de son rôle dans la transmission de la maladie. Dans le cas de la pharmacodépendance, c'est l'homme qui fabrique ou prépare l'agent pathogène et le distribue.

En second lieu, dans le cas de la pharmacodépendance, l'hôte recherche habituellement la drogue ou l'agent pathogène de façon active, alors que dans le cas des maladies infectieuses il essaie généralement de l'éviter, ou en tout cas ne le recherche pas. Seules en effet, parmi les maladies contagieuses qui affectent l'homme, les affections vénériennes impliquent de la part de l'hôte une «recherche», mais ce n'est évidemment pas l'agent pathogène qui en est l'objet. Du fait de l'ingéniosité considérable apportée par l'homme à fabriquer, à distribuer et à se procurer des drogues engendrant la dépendance, on rencontre, pour combattre et prévenir les affections qui leur

sont imputables, des difficultés qui ne se présentent généralement pas dans le cas des maladies transmissibles.

La quête de drogues désirées par les sujets tombés sous leur dépendance fait entrer en jeu la loi de l'offre et de la demande. Bien appliquées, des mesures visant à contrôler la production et la distribution de drogues peuvent être très utiles pour réduire la dépendance et, en particulier, empêcher que l'usage de ces substances ne se répande. La «demande» de drogues par des utilisateurs éventuels — et par voie de conséquence l'incitation à en augmenter l'offre — devraient être relativement faibles si ces substances n'acquiescent pas l'attrait du fruit défendu; mais si la demande est déjà forte du fait que la dépendance à l'égard de drogues atteint un grand nombre de personnes, et qu'il existe par là même une incitation à accroître l'offre en conséquence, il serait vain d'espérer pouvoir empêcher tous ces sujets d'obtenir de la drogue occasionnellement, sinon de manière régulière. Il faut donc, si l'on veut agir efficacement sur l'offre et empêcher la multiplication des cas de dépendance, réduire la demande. Pour celle qui vient des sujets tombés sous la dépendance de drogues, cela implique le recours à des méthodes de traitement et de réadaptation tendant à permettre à ces sujets, soit de cesser complètement d'utiliser de ces substances, soit d'en diminuer les doses; dans ce dernier cas, il s'agit non seulement de réduire les quantités introduites dans l'organisme pendant les périodes où les intéressés prennent des drogues, mais aussi d'augmenter la durée des périodes d'abstinence.

Revenant à la question de l'élaboration et de la mise en œuvre de programmes destinés à prévenir et à combattre la dépendance à l'égard de drogues, ainsi qu'à traiter et à réadapter les personnes qu'elle tient assujetties, je voudrais tout d'abord rappeler l'observation suivante, que l'on trouve dans le rapport du Comité OMS d'experts de la Santé mentale:

«Une approche commune [de la dépendance à l'égard de l'alcool et à l'égard des drogues] ne convient pas également à tous les aspects de la question. Il faut tenir compte des conditions locales, telles que la structure sociale, les attitudes individuelles et culturelles, l'incidence et la prévalence de la dépendance vis-à-vis de certains agents. En général, l'approche commune est par-

faitement valable pour la recherche, un peu moins pour le traitement et l'éducation préventive et moins encore pour le contrôle.»

J'aimerais ensuite souligner quelques principes, applicables à la préparation des programmes:

Etant donné que les problèmes multiples posés par l'étiologie, la prévention, le contrôle et le traitement de la dépendance dépassent la compétence d'une seule profession et d'un seul groupe spécialisé, une approche multi-disciplinaire peut seule permettre de mettre sur pied et d'exécuter un programme efficace.

Des plans valables, assurant la faisabilité d'un programme, ne peuvent être établis qu'avec la coopération et la participation pleines et entières:

a) de personnes connaissant bien les coutumes et les ressources du pays ou du lieu où le programme doit être mis en œuvre, ainsi que les attitudes de la population;

b) de personnes parfaitement au courant des problèmes spéciaux que posent le traitement et la réadaptation de sujets tombés sous la dépendance de drogues, ainsi que le contrôle à exercer sur l'offre;

c) des personnes auxquelles incombera en définitive la mise en œuvre du programme.

Il faudrait, pour les programmes de grande ampleur, s'appuyer sur des faits scientifiquement démontrés, ou à leur défaut sur certaines hypothèses largement acceptées par des personnes bien informées de la question. Toute méthode s'inspirant d'autres conceptions devrait d'abord être éprouvée au niveau d'un projet pilote, et n'être appliquée à une plus grande échelle qu'après avoir fait ses preuves.

Les plans devaient prévoir la succession des étapes du programme: décisions quant à l'ampleur de celui-ci (types de drogues à considérer, zone géographique à couvrir, recherche, action éducative, traitement, etc.); mise en place de différents types de services et d'importance relative à leur donner à mesure du déroulement du programme; recrutement et formation du personnel nécessaire avant le début de chaque étape, et mise en place de tous autres moyens et installations matériels qui pourraient être nécessaires.

Lors de la préparation d'un programme comportant plusieurs étapes, il convient de répartir les

personnes tombées sous la dépendance d'une drogue en plusieurs groupes, suivant les services qu'exige leur état.

Les services de traitement et de réadaptation destinés à ces personnes devraient, autant que possible, être intégrés dans les autres programmes de santé publique, d'assistance sociale et de développement économique, et pouvoir se prêter aux besoins de chaque sujet en traitement; ils devraient également être en mesure d'assurer la continuité des soins lorsque l'intéressé passe d'un type de service à un autre. Il faudrait que ces services soient conçus selon le principe de la participation volontaire des malades, mais le traitement obligatoire, dont la valeur a été démontrée, devrait également être assuré.

Les moyens d'apprécier l'efficacité des divers éléments d'un programme devraient faire partie intégrante des plans; quant aux critères d'évaluation des progrès accomplis, il faudrait y inclure non seulement le degré d'abstinence atteint, mais aussi les améliorations qui se manifestent dans le comportement social et professionnel des malades, ainsi que dans leurs relations humaines.

J'ai tenté, dans le présent article, de montrer que la dépendance psychique est associée à tous les types de dépendance provoquée par des drogues psychotropes, y compris l'alcool. La question de savoir si un sujet donné, qui fait usage d'une drogue engendrant la dépendance, tombera effectivement sous cette dépendance, dépend d'une interaction complexe entre le preneur de la substance en cause, son milieu socio-culturel et la pharmacodynamique de cette substance. On est trop peu renseigné sur l'histoire naturelle des divers types de dépendance à l'égard des drogues dans les différentes cultures. Dans l'étude de cette question, il importerait de chercher des explications au comportement, non seulement des preneurs de drogues, mais aussi des personnes qui n'en usent pas alors même qu'elles paraissent avoir une personnalité comparable à celle des utilisateurs, vivent dans le même milieu socio-économique et culturel et disposent des mêmes facilités pour s'en procurer. Etant donné que des problèmes de personnalité très divers semblent jouer un rôle dans l'apparition et la persistance de la dépendance à l'égard des drogues, on ne peut espérer qu'une conception donnée de la prévention puisse avoir la même efficacité dans tous les cas.

Pour l'élaboration et la mise en œuvre de programmes visant à prévenir et à combattre la dépendance, ainsi qu'à traiter et à réadapter les personnes assujetties, on aura utilement recours à

nombre des principes sur lesquels sont fondés les autres programmes de santé publique dont les ramifications s'étendent largement dans le domaine social.