

# QUESTIONS PÉNALES

## POLITIQUES EN MATIÈRE DE DROGUES ET MORTALITÉ DES TOXICOMANES EN EUROPE

*Axel GROENEMEYER, sociologue, enseignant à l'Université de Bielefeld (Allemagne) et chercheur invité au CESDIP, conduit des recherches sur les problèmes sociaux et sur les sorties de carrières déviantes. Il présente ici une réflexion sur les effets des politiques en matière de drogues sur la mortalité des toxicomanes.*

**L**es décès dus à la toxicomanie passent pour un des indicateurs les plus pertinents pour évaluer la dimension et la gravité de ce problème social ; il sert également de critère à l'évaluation des politiques nationales en matière de drogue, comme pour établir des comparaisons internationales.

### 1. La sélectivité des statistiques administratives

La première question est celle de la définition des décès dus à la toxicomanie. En France, la définition est très restrictive : on ne compte que les cas de "surdoses" au sens strict, ainsi que les accidents liés aux conditions d'administration de la substance, constatés par les services de police et de gendarmerie, soit 465 décès en 1995. En revanche, en Allemagne comme en Suisse, on utilise une définition plus large, comprenant les décès à la suite d'un long usage de drogues, les suicides et les accidents liés aux circonstances d'une vie de toxicomane. Aux Pays-Bas, on utilise, en principe, une définition analogue à celle de la France, à l'exception d'Amsterdam où on se réfère à une définition semblable à celle de l'Allemagne. Les possibilités de comparaison internationale sont donc limitées : d'une part, il n'y a pas une seule manière de compter ; d'autre part, dans bien des pays, plusieurs institutions sont responsables du dénombrement.

Même avec une définition unique, on se heurte à d'autres problèmes : il n'existe pas de mesure fixe de la concentration de drogue dans l'organisme permettant de définir la surdose. La dose mortelle varie, avec la tolérance à la drogue, l'état de santé et la combinaison des substances administrées. Une dose, supportée sans problèmes par un usager régulier, peut être mortelle après une période d'abstinence. Il existe même des recherches fondées sur l'analyse des concentrations de drogue trouvées dans les seringues des victimes qui concluent qu'il n'y a pas de cas de "surdoses", mais que les décès sont dus plutôt à une réaction allergique aux impuretés des injections.

Dans la pratique, l'enregistrement du décès dépend des conditions variables de la découverte du corps. Un classement comme décès dû à la toxicomanie est en substance liée à deux éléments : premièrement les conditions de la découverte et deuxièmement ce que l'on sait de la personne

décédée. Si on trouve à proximité du mort seringue, cuillère, acide ascorbique, etc., ou sur lui des traces de piqûres récentes ou si d'autres personnes présentes sont connues comme toxicomanes, un classement comme décès par toxicomanie est probable. Bien entendu, il est possible que, pour éviter de plus amples investigations, des tiers aient écarté tous les indices d'usage de drogue.

La mort doit être attestée par un médecin, qui, sans examen approfondi, en évalue la cause et complète le certificat de décès. En France, les certificats de décès sont collectés et centralisés par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM). La fréquence des surdoses, ainsi calculée, est sous-estimée : un certain nombre de décès, qui seront, après enquête, attribués à cette cause, est enregistré sous la mention "cause inconnue".

Les services de police sont toujours impliqués dans le cas où la possibilité d'un crime ne peut pas être exclue. Dans ce cas, le parquet peut ordonner une autopsie. Elle n'aura pas d'influence sur la statistique de l'INSERM ou de la police, car les classements initiaux ne sont jamais rectifiés.

En France, il y a donc deux, voire trois manières d'enregistrer la mortalité liée à l'usage de drogue : premièrement, les certificats de décès enregistrés à l'INSERM dans les cas où un médecin a attesté un décès par surdose et où les services de police ne sont pas impliqués ; ces cas sont donc inconnus de l'Office Central pour la Répression du Trafic Illicite des Stupéfiants (OCRTIS). Deuxièmement, les cas qui ont été enregistrés par l'INSERM sous la rubrique "cause inconnue", mais pour lesquels un service de police est intervenu et qui figurent à ce titre dans la statistique de l'OCRTIS. Ces derniers cas se subdivisent en deux : ceux pour lesquels on a ordonné une autopsie, et qui figurent également, pour cette raison, dans la statistique des instituts médico-légaux, et les autres, sans autopsie, qui n'y figurent pas, mais apparaissent seulement dans les chiffres de l'OCRTIS.

Selon une recherche menée à l'INSERM<sup>1</sup>, portant sur les décès par surdose de 1992, aux 499 morts recensés par l'OCRTIS, il y a lieu d'ajouter 58 décès supplémentaires

<sup>1</sup> F. Hatton, A. Michel, A. Le Toullec, 1994 : *Mortalité et toxicomanie en France*, III<sup>ème</sup> colloque scientifique international sur les drogues illicites les 5 et 6 mai 1994 à Paris, Mairie de Paris, p. 169-180.

repérés par l'INSERM et ignorés de l'OCRTIS, soit au total 557 décès. Sur la base des données INSERM, il faudrait donc redresser les chiffres de l'OCRTIS de 12 %. Si on ajoute encore les 195 cas pour lesquels l'usage de drogue ou la toxicomanie était mentionnée par l'INSERM comme cause de décès associée, on arrive à 752 décès en 1992, soit un redressement des chiffres de l'OCRTIS de 51 %. En ajoutant également les 967 décès dus au SIDA des toxicomanes connus, on atteindrait un chiffre de 1 719 décès où l'usage de drogue a joué un rôle important. Si on utilisait la définition la plus extensive proposée par la police allemande, qui inclut les cas où l'usage de drogue n'est pas interprété comme cause directe, mais comme un des éléments d'un mode de vie à risque, le nombre de décès de ce type serait considérablement augmenté.

Une estimation du nombre des décès dus à la drogue est donc toujours liée à la construction des critères de la définition : on ne peut jamais la juger juste ou fautive, mais uniquement l'apprécier d'après sa finalité. Le souci de dénombrer les décès dus à la toxicomanie s'inscrit dans une préoccupation politique qui tend à ériger le nombre de morts en symbole du danger de l'usage de drogues illicites. Cette préoccupation se reflète dans le choix des catégories statistiques utilisées.

Bien entendu, cette fonction politique n'épuise pas l'utilité du dénombrement et de l'analyse épidémiologique de la mortalité des toxicomanes. On peut supposer que les toxicomanes ont un mode de vie qui favorise le décès prématuré lié à des risques très différents tels que surdose, accidents, maladies associées, SIDA et suicides. Le développement d'une politique dirigée contre ces risques dépend d'une connaissance précise de leur nature et de leurs interrelations, ce qui appellerait la définition la plus large du décès lié à l'usage de drogue.

## 2. Les décès des toxicomanes permettent-ils d'évaluer les politiques des drogues ?

La publication annuelle des chiffres officiels de mortalité due à la toxicomanie offre toujours l'occasion d'indiquer les succès de la politique et/ou de demander de nouveaux moyens, que les chiffres aient diminué ou augmenté par rapport à l'année précédente.

Une comparaison des politiques en matière de drogues dans différents pays repose souvent sur l'hypothèse que les pays disposant de programmes de substitution ambitieux, de programmes de réduction de risques et manifestant une plus grande tolérance vis-à-vis des toxicomanes ont un taux de mortalité plus bas que les pays ayant une politique plus répressive.

En comparant les Pays-Bas et l'Allemagne, cette hypothèse paraît, à première vue, confirmée d'une manière impressionnante. Ainsi, on a recensé en 1989, aux Pays-Bas, 0,3 décès par toxicomanie pour 100 000 habitants, contre 1,6 en Allemagne. En revanche, les chiffres de la Suisse, qui a, comme les Pays-Bas, une politique libérale, semblent contredire cette hypothèse (4,3 pour 100 000 habitants).

Mais une comparaison à ce niveau pose plusieurs problèmes méthodologiques. Tout d'abord l'enregistrement des décès n'est pas réglé uniformément. Mais, même si les chiffres officiels étaient comparables, la référence à la population totale n'a pas beaucoup de sens, car, selon les pays, la proportion de toxicomanes est très variable. Il serait plus approprié de se référer au nombre de toxicomanes, mais celui-ci ne peut être estimé que de façon très imprécise.

En estimant, par exemple, à 100 000 le nombre de toxicomanes en France, on obtiendrait en 1991, avec 411 décès officiels, un taux de la mortalité de 4 pour mille. Les chiffres comparables seraient pour les Pays-Bas d'environ 2, pour l'Italie 6, pour l'Espagne 5, pour le Danemark 19, pour l'Autriche 13 et pour la Suisse à peu près 7 (tableau 1).

Tableau 1 : Taux de mortalité sur la base d'une estimation du nombre de consommateurs de drogues dures

	<i>toxicomanes</i>	<i>décès</i>	<i>taux de mortalité (pour mille)</i>
<i>A</i>	6 - 7 000	86 (1988)	12 - 14
<i>CH</i>	28 - 56 000	403 (1991)	7 - 14
<i>DK</i>	6 - 10 000	188 (1991)	19 - 31
<i>D</i>	50 - 100 000	2 125 (1991)	21 - 43
<i>E</i>	100 000	579 (1991)	6
<i>F</i>	60 - 150 000	411 (1991)	3 - 7
<i>I</i>	100 - 200 000	1 382 (1991)	7 - 14
<i>NL</i>	20 - 24 000	42 (1991)	1 - 2

Sources : Conseil de l'Europe, étude multi-villes : *Tendances de l'abus de drogues dans treize villes européennes*, synthèse rédigée par Richard Hartnoll, Les éditions du Conseil de l'Europe, 1994.

WHO, Regional Office for Europe, *European Summary on Drug Abuse*, First Report (1985-1990), Copenhagen, 1992.

Toutefois, si l'on admet le chiffre indiqué ci-dessus de 752 décès par surdose en 1992, le taux de la mortalité pour la France se situe plutôt entre 8 et 13, suivant le nombre de toxicomanes retenu. En outre, le taux pour les Pays-Bas serait plus bas, si on prenait en considération le fait que les néerlandais ne représentent que 30 à 40 % des morts par surdose survenant dans ce pays, le reste provenant surtout d'Allemagne et des autres pays européens, dont les citoyens sont exclus du système de soins néerlandais.

La politique des drogues et le système de soins ne sont pas seuls en cause. La mortalité est également influencée par les différences sociales et culturelles (voire sous-culturelles) et l'organisation du marché de la drogue. Aussi faut-il se garder de toute explication univoque.

L'une de ces différences tient, par exemple, au mode de consommation de l'héroïne, injection ou inhalation. Cette dernière pratique est très répandue en Angleterre et au Pays-Bas. Si on ne considère que les 40 % environ de toxicomanes qui s'injectent de l'héroïne, les Pays-Bas ont encore avec 5 ‰ (dont seulement 2 ‰ de néerlandais), un taux beaucoup plus bas que la France, l'Allemagne, l'Autriche ou le Danemark.

A ce stade de l'analyse, il reste que la qualité et la comparabilité des données n'est pas suffisante pour établir l'existence d'un lien entre faible mortalité et politique libérale.

Une recherche sur cette question doit plutôt partir de l'analyse des risques liés à l'usage de drogues illicites.

## 3. Les risques liés à l'usage de drogues

### 3.1 Usage intermittent et récédive

Le risque d'une surdose accidentelle augmente avec la diminution de la tolérance due aux périodes d'abstinence, suite à un séjour en prison ou dans un établissement thérapeutique ou après une cure de désintoxication. Diverses recherches allemandes attribuent près d'un quart des sur-

doses à ce phénomène : les victimes n'avaient pas utilisé de drogue pendant quelques semaines avant le décès. Le nombre de piqûres récentes trouvées à l'occasion de l'autopsie montre que c'est rarement le premier usage de drogue qui est mortel, parce qu'après une période d'abstinence, la reprise se fait prudemment. Le risque apparaît lorsque l'on augmente trop rapidement les doses après la première reprise.

Bien entendu les périodes d'abstinence ne sont qu'une modalité des fluctuations dans l'usage de drogues. Lorsque la consommation diminue soit pour des raisons financières, soit en raison d'un choix personnel, soit encore à la suite d'un changement temporaire de produit ou de médicament, la tolérance est également affectée. De même, si les prises ne sont pas régulières et que l'on a, par conséquent, moins d'expérience de la qualité de la drogue disponible sur le marché. L'ampleur de ce risque semble avoir été largement sous-estimée jusqu'ici ; une recherche allemande a montré que, si l'on ajoute aux abstinents les consommateurs irréguliers, on explique deux-tiers des surdoses.

### 3.2 Variation de la pureté

On peut supposer que les variations de la pureté de l'héroïne du marché noir sont un autre facteur important de surdose. Mais les tentatives de vérification de cette hypothèse n'en sont qu'à leur début. Les recherches existantes montrent, par exemple pour Hambourg, un développement parallèle de la pureté de l'héroïne et des chiffres de la mortalité. Elles révèlent, en particulier, qu'une augmentation rapide de la pureté après une phase d'héroïne de mauvaise qualité, par exemple à la suite d'une saisie importante par la police, a pour conséquence une augmentation rapide de la mortalité. C'est ce que reflète aussi le taux de concentration de morphine trouvé dans le sang lors des autopsies. Mais dans l'ensemble, l'étude des relations entre la pureté de l'héroïne de la rue et la mortalité, et donc de celle-ci avec les saisies policières, n'a pas dépassé le stade de la plausibilité. Quelques études menées aux Etats-Unis sur ce sujet vont dans le même sens : c'est moins le degré de pureté de l'héroïne, qui est décisif, que l'importance de la variation de sa qualité qui peut se trouver dans une fourchette allant de 5 % à 70 %.

Par ailleurs, il n'y a pas de recherche permettant d'estimer le risque de mortalité dû aux diverses impuretés entrant dans la composition de l'héroïne du marché noir.

### 3.3 Polyconsommation

La consommation simultanée, occasionnelle ou systématique, de différentes drogues et médicaments crée un risque supplémentaire de mortalité. Au premier rang de cette consommation mixte se trouve l'alcool, dont les résultats d'autopsie révèlent la présence dans près de la moitié des cas. Toutefois, l'influence de la consommation d'alcool sur les décès dus à la drogue est mal connue. L'alcool peut agir de deux façons : soit en diminuant l'attention du sujet aux risques inhérents à la consommation de drogue, soit en augmentant les effets toxiques. En outre, les médicaments de substitution ou de complément jouent un rôle important dans le risque de décès. Les concentrations de chaque substance active trouvées lors des autopsies se situent rarement dans une zone critique ; on peut en déduire que c'est leur combinaison qui a été fatale.

Il y a de grandes différences régionales dans la consommation annexe de médicaments, dues aux différentes pratiques de prescription des médecins. Les plus importants et

les plus dangereux, outre les produits de substitution comme la codéine et la dihydrocodéine, sont les tranquillisants à base de benzodiazépine et les barbituriques qu'on trouve dans environ 10 % à 20 % des cas. Par contre, la méthadone, quoique souvent évoquée, reste une exception comme cause de décès.

### 3.4 Circonstances de la consommation

Les décès de toxicomanes se produisent surtout dans des domiciles privés. Il y a de grandes différences régionales, selon les conditions de logement des toxicomanes et la zone de chalandise de la "scène" des toxicomanes. L'endroit où est consommée la drogue semble être décisif pour la survie ; c'est ce que révèle une comparaison des lieux de découverte des décès et de ceux des urgences. Ceux qui ont survécu à une surdose sont découverts plus fréquemment dans des lieux publics, davantage soumis à un contrôle social. Ceci permet une prise en charge médicale plus rapide et donc une réanimation plus efficace. Les personnes concernées doivent donc la vie au public. En ce sens, la consommation de drogue - surtout en solitaire - dans des lieux privés crée un risque supplémentaire, la probabilité d'un secours étant moindre.

Diverses études ont constaté un lien entre la tendance à une privatisation de la consommation de drogue et les interventions policières sur la "scène" publique des toxicomanes. Pour fuir le harcèlement policier dans les lieux publics, les toxicomanes se sont retirés dans des domiciles privés, où ils courent un risque plus grand de ne pas être découverts à temps en cas d'urgence.

### 3.5 Situation psychologique et sociale avant le décès

On a jusqu'à présent rarement étudié la biographie et la carrière des toxicomanes au regard des risques mortels encourus. En général, cette question est étudiée en comparant ceux qui ont "décroché" et les décédés. Les résultats des recherches internationales sont très variables ; il n'y a même pas de consensus sur le point de savoir si des indicateurs de risque existent.

Au contraire, le mode de vie avant le décès semble avoir une plus grande importance ; les situations de crise personnelle sont un indicateur de tendance au suicide. D'autre part, de bonnes relations sociales sont importantes, non seulement pour une découverte à temps en cas d'urgence, mais aussi pour une réduction du risque de suicide.

Les rares études, portant sur la situation personnelle avant le décès, restent à un niveau descriptif, parce qu'il manque un groupe de comparaison et qu'il est donc difficile d'estimer correctement l'importance des différents aspects.

On peut même y trouver certains effets paradoxaux : les toxicomanes qui courent le risque le plus élevé semblent être les mieux intégrés socialement, du point de vue de l'emploi, des relations sociales et du logement. On peut toutefois l'expliquer par l'augmentation du risque lié à un usage irrégulier de drogue, surtout de ceux qui sont peu intégrés dans la sous-culture de la drogue. Visiblement, les morts par toxicomanie n'appartiennent pas nécessairement au groupe des *junkies* classiques.

Si on tente de résumer les résultats empiriques sur le décès des toxicomanes, on voit clairement qu'il est impossible de tirer une conclusion simple sur la question des rapports entre la mortalité des toxicomanes et la politique suivie à leur égard. A un niveau agrégé de comparaison internationale sur les orientations fondamentales des politiques, on ne dispose que d'affirmations plus ou moins plausibles, en raison des problèmes méthodologiques et du manque de

données épidémiologiques valides. Cependant, l'ébauche d'un lien se dessine : les états ayant des programmes de réduction de risque et de substitution faciles d'accès semblent avoir un taux de mortalité inférieur à ceux qui ont une politique plus répressive.

Ces risques de mortalité dépendent de plusieurs facteurs, directement ou indirectement influencés par la politique. Le risque majeur lié à la drogue réside dans l'impossibilité d'un contrôle individuel du dosage, qui découle de la situation d'illégalité et du marché noir qu'elle engendre.

L'image du toxicomane mort dans les toilettes publiques que propagent les médias correspond rarement à la réalité. Il semble au contraire que l'appartenance à la sous-culture publique offre justement une certaine protection qui diminue le risque en permettant une aide plus rapide en cas d'urgence. Mais même dans ce cas, l'aide se heurte souvent à la crainte de poursuites pénales. Des expériences menées dans différents pays montrent que les risques diminuent lorsqu'on peut consommer les drogues dans des lieux où une aide médicale immédiate est possible ou lorsqu'on peut contrôler leur dosage et les distribuer sous une forme médicalement acceptable.

**Axel GROENEMEYER**

(E-Mail : [axel.groenemeyer@post.uni-bielefeld.de](mailto:axel.groenemeyer@post.uni-bielefeld.de))

POUR EN SAVOIR PLUS :

GROENEMEYER Axel :

- Was wissen wir über den Drogentod ? *Soziale Probleme*, 1994, 1/2, 60-89.
- Drogenberatung und alltagsorientierte Sozialarbeit - Möglichkeiten und Folgen niedrigschwelliger Drogenarbeit am Beispiel der Drogenberatung Bielefeld, *Reader zur niedrigschwelligen Drogenarbeit in NRW. Erfahrungen, Konzepte, Forschungen*, Berlin, INDRO e.V., 1994, 39-145.

---

## VIENT DE PARAÎTRE

---

TOURNIER (P.), *Prisons : Façons d'en sortir*, 2<sup>ème</sup> rencontre nationale des intervenants en alcoologie auprès des populations pénales (APECAPP), Ecole Nationale de la Magistrature, Bordeaux.

TOURNIER (P.), *Prisons d'Europe*, *La revue de la Gendarmerie Nationale*, n° 180, 1996, p. 8-12.

ROBERT (Ph.), *Comment concevoir et bâtir l'étude du crime ?*, Conférence à l'Université d'Albacete (Espagne), 14 juin 1996.

ROBERT (Ph.), *Verbrechen, Recht und Staat*, in TROTHA (T. von) (Hrsg.), *Politischer Wandel, Gesellschaft und Kriminalitätsdiskurse*, Nomos, Baden-Baden, 1996, pp. 51-76.

---

Directeur de la publication : René LÉVY  
Coordination : Sylvie ZEMB  
Diffusion : Ghislaine CAPDEVIELLE, Claudine CHARPENTIER & Stéfane YORDAMIAN  
Maquette : Isabelle PASSEGUÉ

Imprimerie : C.N.R.S. - Meudon  
Dépôt légal : 3<sup>ème</sup> trimestre 1996  
Reproduction autorisée moyennant l'indication de la source et l'envoi d'un justificatif.