

Ce qu'il faut savoir sur la sécurité routière

Le Capitaine James DRÈGE, Inspecteur de la Sécurité Routière-Réagir, dans le cadre de ses fonctions au sein du SDIS 47, ne pouvait que cautionner les écrits du "Mémento Sécurité Routière", édité en mai 1997, dans lequel figure même, en préambule, un extrait du Code de la Route de M.J. PERRIGOT, paru en 1905, qui comportait 10 articles de... savoir vivre...

Son article 7 était le suivant :

"En cas d'accident il faut s'arrêter et porter secours, dans toute la mesure du possible, aux victimes de l'accident.

Quand les blessés seront en sécurité et que les soins médicaux leur seront assurés, on devra s'occuper à recueillir sans tarder tous les témoignages capables d'établir les circonstances de l'accident".

Quant à l'Article 8

"Une automobile croisant au moment de l'accident devra également s'arrêter pour offrir son assistance la plus complète aux blessés d'abord puis aux auteurs de l'accident toujours présumé involontaire".

Extraits du "Mémento Sécurité Routière"

Les chiffres clés de 1996

125 406 accidents corporels (dont 7 178 mortels)
133 913 blessés légers
36 204 blessés graves (plus de 6 jours d'hospitalisation)
8 080 tués (décès sur le coup ou dans les 6 jours) :
- 987 piétons
- 300 cyclistes
- 478 cyclomotoristes
- 741 motocyclistes
- 3 554 conducteurs de voitures de tourisme
- 1 686 passagers de voitures de tourisme
- 20 conducteurs ou passagers de voiturettes
- 139 conducteurs ou passagers de camionnettes
- 113 conducteurs ou passagers de poids lourds
- 34 conducteurs ou passagers de tracteurs agricoles
- 8 conducteurs ou passagers de transports en commun
- 20 conducteurs ou passagers d'engins divers

Coût de l'insécurité routière :

118 milliards de Francs
8 541 tués à 30 jours : 32,7 milliards de F
35 743 blessés graves : 14,1 milliards de F
133 913 blessés légers : 11,2 milliards de F
Accidents matériels : 60 milliards de F

Trafic et réseau

30 295 000 véhicules "quatre roues" immatriculés (au 31 décembre 1995)
970 000 motocyclettes immatriculées (au 31 décembre 1995)
500 milliards de kilomètres parcourus
0,5 tué pour 100 millions de kilomètres parcourus sur autoroutes
2,3 tués pour 100 millions de kilomètres parcourus sur routes nationales
1,7 tué pour 100 millions de kilomètres parcourus sur tous réseaux
959 300 kilomètres de réseau routier :
- 6 300 km d'autoroutes concédées
- 2 000 km d'autoroutes non concédées

- 28 000 km de routes nationales
- 360 000 km de routes départementales
- 563 000 km de routes communales (y compris réseau urbain)

Alcool

Il y a 10 grammes d'alcool dans :
- 10 cl de vin à 12,5°
- 25 cl de bière à 5°
- 3 cl de whisky à 40°
- 8 cl d'apéritif à 16°

Il faut 9 secondes pour avaler un verre et 90 minutes pour l'éliminer.

Le casque et les deux roues à moteur

Historique des mesures

1973 :

port obligatoire du casque hors agglomération.

1975 :

port obligatoire du casque en agglomération.

1980 :

(1^{er} janvier) obligation généralisée du port du casque.

1990 :

loi portant sur l'immobilisation immédiate du deux-roues en cas de circulation sans casque.

1994 :

le non-port du casque ou le port d'un casque non-homologué est sanctionné par une amende de 4e classe. Pour le conducteur d'un deux-roues nécessitant un permis de conduire, il entraîne la perte d'un point. Le port du casque est obligatoire pour le passager d'un cyclomoteur, qui ne doit pas être âgé de plus de 14 ans.

1995 :

à compter du 15 mai, les casques vendus doivent être conformes à la norme française NF S 72 305 (et porter l'étiquette verte), ou au règlement R 22-04 de Genève (et marqués E).

1996 : (à compter du 1^{er} janvier, en application de la directive européenne, les cyclomoteurs à boîte de vitesse sont autorisés, les nouveaux modèles mis en vente sont obligatoirement équipés de "feux stop".

1996 :

(à compter 4 juillet) tout titulaire du permis B depuis au moins deux ans peut conduire une motocyclette légère de 125 cm³ maximum et de puissance limitée à 11 kW (15 CV). En application de la directive européenne, le permis A motocyclette ne permet pendant les deux premières années que de conduire des motos "sages", définies par une puissance inférieure à 25 kW (34 CV) et un rapport puissance/poids inférieur à 0,16 kW/kg. Cependant, dès l'âge de 21 ans, à condition d'avoir satisfait à une épreuve spécifique, on peut avoir accès à la conduite de toutes les motocyclettes. Tout conducteur de cyclomoteur doit être âgé d'au moins 14 ans et être titulaire du brevet de sécurité routière (BSR) s'il n'a pas atteint l'âge de 16 ans. Tout conducteur de quadricycle léger à moteur doit être âgé d'au moins 16 ans.

Le brevet de sécurité routière.

Depuis le 5 juillet 1996 (décret du 4 juillet), l'ASSR de premier niveau tient lieu de BSR. Elle est exigée pour conduire un cyclomoteur pour tous les jeunes ayant 14 ans après l'entrée en application de la réglementation.

Avant la fin de l'année 1997, le brevet de sécurité routière devrait être complété par une formation pratique de 3 heures.

Pour obtenir son BSR, le jeune devra participer à une séquence de conduite en circulation avec un moniteur qualifié de l'enseignement de la conduite des deux-roues. Il sera fait appel à deux réseaux de formateurs, celui des BEPECASER (brevet pour l'exercice de la profession d'enseignant de la conduite automobile et de la sécurité routière, mention deux-roues) et celui des BEES (brevet d'état d'éducation sportive, premier degré, option motocyclisme, qualification sécurité routière des cyclomotoristes).

Pour assurer une bonne couverture de l'ensemble du territoire, ces formations pourront être dispensées par les 5 000 motos écoles, par des associations ou des individus titulaires des brevets d'enseignement.

La France était le dernier pays de l'Union Européenne (avec l'Italie) à permettre l'accès aux cyclomoteurs à l'âge de 14 ans sans aucune formation préalable.

En 1996, 6 252 blessés et 102 tués ont été déplorés parmi les cyclomotoristes âgés de 14 à 16 ans.

Les accidents de deux-roues à moteur

En 1996, 20 634 cyclomotoristes ont été victimes d'accidents de la route. 478 ont été tués, 4 597 blessés gravement et 15 559 blessés légèrement.

Le taux de tués pour 100 impliqués s'est élevé à :

- 1,7 pour les usagers casqués ;
- 4,5 pour les non casqués.

En 1996, 17 097 motocyclistes ont été victimes d'accidents de la route. 741 ont été tués, 4 299 blessés gravement et 12 057 blessés légèrement.

Le taux de tués pour 100 impliqués s'est élevé à :

- 3,9 pour les usagers casqués ;
- 5,7 pour les usagers non-casqués.

Les sanctions

En 1995, les forces de l'ordre ont relevé 95 225 infractions au non-port du casque.

Le montant de l'amende forfaitaire pour non-port du casque est de 900 F, pouvant être ramené à 600 F en cas de paiement immédiat.

Perte d'un point pour le conducteur si le deux-roues qu'il conduit nécessite un permis de conduire.

LA CEINTURE DE SÉCURITÉ

Historique des mesures

1903 :

Gustave-Désiré LEBEAU dépose un brevet relatif à des bretelles protectrices

1964 :

obligation, pour les voitures neuves, d'avoir trois points d'ancrage, en vue de l'installation de ceintures de sécurité aux places avant.

1970 :

équipement des véhicules neufs de ceintures à trois points aux places avant.

1973 :

port obligatoire de la ceinture aux places avant, hors agglomération.

1975 :

port obligatoire de la ceinture en agglomération, de nuit (22 heures à 6 heures) et sur les voies rapides urbaines.

1976 :

obligation pour les véhicules utilitaires d'avoir trois points d'ancrage pour des ceintures avant.

1977 :

installation obligatoire de ceintures traditionnelles aux places arrière et de ceintures à enrouleur aux places avant, sur les voitures neuves.

1979 :

obligation généralisée, le 1er octobre, du port de la ceinture aux places avant.

1989 :

obligation du port de la ceinture dans les véhicules utilitaires de moins de 3,5 tonnes.

1990 :

exemptions du port de la ceinture ne peuvent être accordées que par les commissions médicales départementales. Obligation du port de la ceinture aux places arrière, à dater du 1er décembre, pour les véhicules équipés.

1992 :

obligation de transporter les enfants de moins de 10 ans, à compter du 1er janvier, dans des dispositifs homologués.

1994 :

le non port de la ceinture par le conducteur entraîne la perte d'un point sur son permis de conduire.

1995 :

à compter du 10 mars, le non-port de la ceinture n'est plus accordé aux occupants des véhicules EDF et GDF. Les exemptions au port de la ceinture peuvent être accordées par les autorités compétentes de la CEE ou de l'EEE.

La chasse aux idées fausses

■ On peut résister à une collision en se cramponnant au volant ou aux poignées latérales.

→ C'est faux car, quand une automobile heurte un mur à 50 km/h, son passager, qui pèse 75 kg, est projeté en avant avec une force dont l'intensité maximum atteint plus de deux tonnes. Or, nos bras ne nous permettent de résister qu'à une force de quelques dizaines de kg. La ceinture, elle, résiste à une force de 2,5 à 3 tonnes.

■ La ceinture de sécurité n'est pas utile à faible vitesse.

→ C'est faux. 70 % des blessés non-ceinturés le sont à moins de 50 km/h. Un choc à 50 km/h correspond à une chute du 4^e étage.

SANS CEINTURE : on s'expose à des blessures mortelles même en cas de choc à 30 km/h

AVEC CEINTURE : un choc n'est pratiquement jamais mortel aux vitesses couramment pratiquées en ville.

■ La ceinture de sécurité n'est d'aucune utilité pour les petits déplacements.

→ C'est faux. 65 % des accidents ont lieu à moins de 15 km du domicile

■ Je suis enceinte, donc dispensée du port de la ceinture.

→ C'est faux.

■ La ceinture peut se bloquer, par contre l'éjection sauve du risque d'être brûlé vif ou noyé.

→ C'est faux. Depuis que la ceinture est obligatoire aux places avant, les cas de ceinture bloquée sont restés rarissimes et aucun n'a pu être prouvé ces dernières années.

→ De plus :

- 90 % des tués au cours des retournements sont des éjectés

- en cas d'incendie, le risque de mort est divisé par 5

- en cas d'immersion, la ceinture multiplie par 3 les chances de survie.

- la ceinture permet de rester conscient, pour pouvoir se dégager seul du véhicule.

■ Chacun est libre de courir les risques qu'il choisit puisqu'il ne crée pas de préjudice à autrui.

→ C'est faux. En cas d'accident, la collectivité doit intervenir et prendre à sa charge les secours, frais d'hospitalisation, etc. Les accidents de la route coûtent 118 milliards de francs par an (1996) à la société française. De plus, en quoi la ceinture représenterait-elle une atteinte aux libertés individuelles, alors que de nombreuses consignes de sécurité sont communément admises dans la vie courante (port du casque sur les chantiers, ceinture dans les avions, etc) ?

■ Le nombre des handicapés de la route a augmenté depuis le port obligatoire de la ceinture de sécurité.

→ C'est faux.

■ Depuis 20 ans les voitures sont tellement sûres que la ceinture n'est plus utile.

→ C'est faux.

■ Ma voiture possède un sac gonflable (Airbag) : pas besoin de ceinture !

→ C'est faux. Le sac gonflable est une protection supplémentaire contre les chocs frontaux violents, qui empêche le contact entre la tête et le volant ou le tableau de bord. Associé à la ceinture, il en améliore l'efficacité de 10 % environ.

La ceinture peut sauver de nombreuses vies.

Le non-port de la ceinture est l'un des principaux facteurs de mortalité. Il intervient dans plus du tiers des accidents de voiture. Le taux de mortalité des non-ceinturés est deux à trois fois plus élevé que celui des ceinturés. Sur 100 conducteurs tués dans un accident de la circulation alors qu'ils ne portaient pas la ceinture, 40 auraient eu la vie sauve en la portant.

Le nombre de morts est passé de 16 600 à 13 500 entre 1972 et 1974. Le tiers de ces vies sauvées, soit 1 000, peut être porté au crédit de la ceinture (le reste étant porté à l'actif des limitations de vitesse).

Des nouvelles dispositions ayant été prises en octobre 1986 pour augmenter le taux de port, le gain

"ceinture" a été évalué à 700 vies sauvées en 87.

En 1989, 900 passagers ont été tués à l'arrière des automobiles. Le gain, en admettant un taux de port de 100 %, aurait été d'environ 400 vies humaines.

En 1993, plus du tiers des victimes dans les voitures n'avait pas attaché la ceinture.

En gagnant seulement 5 % de port de la ceinture sur tous les réseaux, à l'avant et à l'arrière, plus de 200 vies pourraient être épargnées. Si tout le monde la portait aujourd'hui, ce geste simple et facile sauverait 700 vies, sans compter les souffrances épargnées aux blessés et à leurs familles.

En ville, le taux de port peut aisément s'améliorer. En 1993, seulement 62 % des automobilistes portaient leur ceinture en agglomération. En 1996 ils sont 74 %, avec de fortes disparités régionales (Metz 88 %, Avignon 56 %, Paris 66 %).

Les meilleurs résultats en matière de sécurité routière sont enregistrés dans les pays où l'obligation du port de la ceinture est respectée. Dans tous les pays de la CEE le port de la ceinture est obligatoire aux places avant et arrière des voitures particulières. Le port de la ceinture est bien respecté en Suisse, Suède, Finlande, Australie, Japon, RFA, Norvège... Autant de pays qui ont tous, et de loin, de meilleurs résultats que nous en matière de sécurité.

NOTA : Les campagnes, et la perte d'un point sur le permis, ont entraîné une augmentation spectaculaire du taux de port de la ceinture de sécurité. Un non porteur sur trois a décidé de s'attacher, y compris en agglomération.

Dispositifs de détente des ceintures

Ce sont les dispositifs type "pince à linge" qui détendent la ceinture. Ils sont fortement déconseillés, car ils diminuent l'efficacité de la ceinture.

Les essais faits par les constructeurs prouvent que dans le cas d'un choc à 48 km/h (l'essai normalisé se fait maintenant à 50 km/h) :

- le conducteur qui a une ceinture ajustée n'a pas de lésion à la tête (elle ne frappe pas le volant), ni de lésion au thorax (pas de choc avec la ceinture) ;
- le conducteur qui a détendu sa ceinture de 5 cm va heurter le volant et risque un traumatisme crânien léger et aussi des fractures de côtes dues à la collision contre la ceinture ;
- le conducteur qui a détendu sa ceinture de 15 cm risque un traumatisme crânien avec fractures faciales et perte de connaissance, des fractures des genoux, fémurs ou bassin et enfoncement thoracique avec lésions souvent mortelles.

Donc, pour un maximum de sécurité, la ceinture doit être ajustée.

Dispositif Sac gonflable (AIRBAG - EUROBAG)

C'est incontestablement un plus en matière de sécurité, à condition de porter sa ceinture.

Hier c'était une option chère proposée sur des véhicules "haut de gamme".

Aujourd'hui, de plus en plus de constructeurs le proposent en série. L'Airbag latéral est aussi proposé sur certaines voitures.

L'EUROBAG, mis au point par ECIA, une filiale de Peugeot et Autoliv Klippan, a été choisi par une demi-douzaine de constructeurs, dont RENAULT et PEUGEOT.

Plus compact que l'Airbag américain, l'EUROBAG a été étudié comme un complément à la ceinture de sécurité et coûte moins cher. Cet équipement de sécurité est souvent utilisé comme argument publicitaire par les constructeurs pour valoriser leurs modèles.

Une étude faite aux États Unis démontre que l'AIRBAG fait :

- baisser le nombre des tués ceinturés de 10 % environ
- baisser le nombre des tués non ceinturés de 13 %

Autres dispositifs

Les constructeurs développent et recherchent toujours de nouveaux dispositifs. Certains, comme la ceinture à prétensionneur, la ceinture à retenue programmée ou les barres de renfort latéral dans les portes, commencent à équiper certains véhicules.

Dispenses

Depuis le 1er janvier 1990, les certificats d'exemption délivrés par les Médecins de famille n'ont plus aucune valeur. Ce certificat doit être délivré par la commission médicale départementale, chargée d'apprécier l'aptitude physique des candidats au permis de conduire et des conducteurs, qui en fixe la durée de validité, ou (depuis l'arrêt du 10 mars 1995) par les autorités compétentes d'un État membre de l'Union Européenne ou d'un État partie de l'accord sur l'espace économique européen (EEE).

NOTA : Depuis le 10 mars 1995, les occupants des véhicules d'intervention d'Électricité de France et de Gaz de France, effectuant des missions d'urgence, ne sont plus exemptés du port de la ceinture.

Sanctions

En 1995, les forces de l'ordre ont relevé 583 597 infractions au non-port de la ceinture. L'amende forfaitaire encourue pour le non-port de la ceinture de sécurité est de 230 F par ceinture (ou 150 F payables immédiatement) aux places arrière comme aux places avant. Elle est dressée à l'encontre du ou des contrevenants et non du seul conducteur du véhicule. Perte d'un point sur le permis du conducteur ne portant pas sa ceinture.

NOTA : Le conducteur est responsable du port de la ceinture de tous ses passagers de moins de 13 ans.

Assurances

Les indemnités versées aux victimes des accidents sont diminuées de 25 % si la nature des blessures laisse supposer qu'elles ont pu être causées ou aggravées par le non-port de la ceinture (convention passée entre les compagnies d'assurance et la Sécurité Sociale en 1983).

LE PERMIS À POINTS

Historique des mesures

1988 :

27 octobre. Le comité interministériel décide de la mise à l'étude du permis à points.

1989 :

une loi du 10 juillet crée le permis à points.

1992 :

mise en place du permis à points. La date initiale du 1er janvier 1992 a été reportée au 1er juillet. Le 1er décembre, le capital de points est porté à 12 et le barème de perte des points est modifié.

1994 :

retrait d'un point sur le permis pour non-port de la ceinture de sécurité ou non-port du casque ou port d'un casque non-homologué par le conducteur. Retrait de quatre points pour une alcoolémie entre 0,7 et 0,89/litre.

1995 :

retrait de trois points pour une alcoolémie entre 0,5 et 0,89/litre.

Un système dissuasif

- qui vient en plus de ce qui existait.
- qui vise les récidivistes.
- qui conduit à une invalidation automatique du permis à l'épuisement du capital des 12 points, avec interdiction de se représenter à l'examen avant un délai de 6 mois.

Un système pédagogique

Le permis est fragile et tout conducteur a intérêt à modifier son comportement.

Il n'est pas pénalisant pour celui qui commet rarement des infractions, mais c'est un bon rappel à l'ordre ou à la prudence.

Le "rachat" de points est possible en s'inscrivant volontairement à un stage de sensibilisation.

Le mécanisme

Un capital initial de 12 points.

Un délit entraîne la perte de 6 points :

- homicide ou blessures involontaires entraînant une incapacité de travail de plus de 3 mois
- conduite avec un alcoolémie égale ou supérieure à 0,8 g/l
- refus de se soumettre aux vérifications d'alcoolémie
- délit de fuite
- refus d'obtempérer, d'immobiliser le véhicule, et de se soumettre aux vérifications
- entrave ou gêne à la circulation
- usage volontaire de fausses plaques d'immatriculation, défaut volontaire de plaques et fausses déclarations
- conduite en période de suspension de permis de conduire.

Les contraventions suivantes entraînent la perte de 4 points :

- blessures involontaires entraînant une incapacité de travail n'excédant pas 3 mois
- non-respect de priorité
- non-respect de l'arrêt imposé par le panneau "stop", le feu rouge fixe ou clignotant
- dépassement de 40 km/h ou plus de la vitesse maximale autorisée
- circulation de nuit ou par temps de brouillard, en un lieu dépourvu d'éclairage public, d'un véhicule sans éclairage, ni signalisation
- marche arrière ou demi-tour sur autoroute ;
- circulation en sens interdit.

Les contraventions suivantes entraînent la perte de 3 points :

- conduite avec une alcoolémie comprise entre 0,5 et 0,79 g/l
- circulation sans motif sur la partie gauche de la chaussée
- franchissement d'une ligne continue seule ou, quand elle n'est pas doublée par un ligne discontinue, du côté de l'usager
- changement important de direction sans que le conducteur se soit assuré que la manœuvre est sans danger pour les autres usagers et sans qu'il ait averti ceux-ci de son intention
- dépassement de la vitesse maximale autorisée compris entre 30 km/h et moins de 40 km/h
- pour les conducteurs titulaires du permis de conduire depuis moins de deux ans, dépassement de moins de 40 km/h de la vitesse maximale autorisée

- dépassement dangereux
- arrêt et stationnement dangereux
- stationnement sur la chaussée la nuit ou par temps de brouillard, en un lieu dépourvu d'éclairage public, d'un véhicule sans éclairage ni signalisation
- circulation sur la bande d'arrêt d'urgence.

Les contraventions suivantes entraînent la perte de 2 points :

- dépassement de la vitesse maximale autorisée compris entre 20 km/h et moins de 30 km/h
- accélération de l'allure par le conducteur d'un véhicule sur le point d'être dépassé
- circulation ou stationnement sur le terre-plein central d'autoroute.

Les contraventions suivantes entraînent la perte de 1 point :

- dépassement de moins de 20 km/h de la vitesse maximale autorisée
- maintien des feux de route gênant les conducteurs venant en sens inverse malgré leurs appels de phares
- chevauchement d'une ligne continue seule ou quand elle n'est pas doublée par une ligne discontinue du côté de l'usager
- non-port de la ceinture de sécurité par le conducteur
- non-port du casque ou port d'un casque non-homologué par le conducteur.

Un délit + une contravention entraînent au plus la perte de 8 points.

Plusieurs contraventions entraînent au plus la perte de 6 points.

La perte de point est effective et automatique après paiement de l'amende ou décision de justice définitive.

Reconstitution des points

L'ensemble du capital, si l'on ne commet pas d'infraction sur une période de 3 ans ou si l'on repasse son permis après une invalidation ou une annulation.

En suivant un stage de deux jours de sensibilisation à la sécurité routière, on récupère 4 points, sans pouvoir dépasser 11 points. Le délai entre deux stages ne peut pas être inférieur à deux ans.

Réattribution automatique des points perdus au cours de l'année n-10.

Pour retrouver son permis

Il faut être reconnu apte après un examen psychotechnique et un examen médical, et réussir les épreuves de l'examen du permis de conduire.

Si plus de 3 ans de permis (on tient compte du permis le plus ancien), seule l'épreuve théorique de l'examen du permis de conduire doit être subie. En cas de réussite, on récupère l'ensemble des catégories d'autorisation de conduite détenue auparavant.

Évaluation du permis à point au 31 décembre 1996

Nombre de conducteurs sanctionnés : 3 000 837, dont 1 011 674 en 1996.

Nombre de points retirés : 8 691 590, dont 2 837 280 en 1996.

8 443 conducteurs ont perdu la totalité de leurs points au cours de l'année 1996. Ils avaient été 352 en 1993, 2 885 en 1994 et 5 213 en 1995.

VITESSE LIMITÉE... UNE HISTOIRE DE FREINAGE

En 1967, 10 % des voitures françaises alors produites dépassaient 150 km/h. En 1987 ce taux atteignait 73 %. Aujourd'hui, après la disparition de la 2 CV, il doit avoir dépassé allégrement la barre des 90 %.

L'évolution régulière des performances des véhicules, tant sur le plan de la vitesse de pointe que celui de l'accélération ou du freinage fait que le discours en faveur de la limitation de vitesse a du "mal à passer".

On pourrait bien rouler à 160 km/h sur autoroute ! Pourquoi vouloir limiter la vitesse à 50 km/h en agglomération ? Entend-t-on régulièrement.

Comment argumenter le bien fondé des mesures réglementaires ?

On peut toujours expliquer qu'entre 60 km/h et 50 km/h la différence de distance d'arrêt est de 8 m, qu'entre 160 et 130 elle est de 53 m et montrer "l'escargot" des vitesses et des temps d'arrêt !

On peut toujours expliquer que, en cas de choc, l'énergie cinétique à dissiper est proportionnelle à la masse du véhicule et au carré de sa vitesse initiale et ressortir la bonne vieille formule $E_c = 1/2 MV^2$!

On peut toujours comparer un choc à 60 km/h avec la chute du 5e étage et celui à 50 km/h avec la chute du 4e étage !

On peut aussi montrer, grâce au graphique ci-après, comment évolue la vitesse d'un véhicule, de la découverte du danger à l'arrêt complet de ce dernier.

Et démontrer (1) qu'un conducteur roulant à 50 km/h qui, 24 mètres avant un passage pour piétons, aperçoit un enfant traverser, arrivera à s'arrêter alors que celui qui roule à 60 km/h percutera l'enfant à 38,5 km/h.

De même sur autoroute le conducteur se rendant compte de la présence d'un véhicule arrêté 121 mètres devant lui, arrivera à s'arrêter s'il roule à 130 km/h et viendra le percuter à 99 km/h s'il roule à 160. Ne parlons même pas de celui qui roulerait à 200 km/h car la collision se produirait à 160 km/h !

Le conducteur roulant vite n'ayant aucune raison de voir de plus loin un danger. Pour limiter les risques, il faut donc rouler moins vite !

(1) hypothèses de calcul : Temps de réaction 3/4 s, décélération 7 m/s/s

On recense 96 % d'hommes.

520 849 conducteurs ont retrouvé leur capital initial à l'issue de trois ans sans autre infraction.

1 030 978 infractions ont entraîné une perte de points en 1996

La vitesse : 45 %
(moins de 20 km/h : 10,9 %, de 20 à 30 km/h : 38,1 %, de 30 à 40 km/h : 32,9 %, plus de 40 km/h : 18,1 %)

Les règles de priorité : 14,3 %

La ceinture, le casque : 22,6 %

L'alcool : 8,5 %

Dépassements, sens interdits : 7 %

Homicides et blessures : 1,5 %

Autres : 1,1 %

Sexe et âge des conducteurs qui ont perdu des points en 1996

81 % d'hommes :

- de moins de 26 ans : 18,9 %

- de 26 à 35 ans : 25,2 %

- de 36 à 50 ans : 24,5 %

- de 51 à 65 ans : 9,6 %

- de plus de 65 ans : 2,6 %

19 % de femmes :

- de moins de 26 ans : 3,5 %

- de 26 à 35 ans : 6 %

- de 36 à 50 ans : 6,9 %

- de 51 à 65 ans : 2,3 %

- de plus de 65 ans : 0,5 %

Les hommes qui effectuent 63 % des kilomètres parcourus annuellement en France sont responsables de 81 % des infractions.

Les stages de récupération de points et stages alternatifs en 1996.

Ils se sont déroulés dans 441 centres agréés.

Les chiffres :

- 746 stages alternatifs

- 27 523 stagiaires "alternatifs"

- 1 837 stages mixtes
- 12 678 stagiaires "récupération"
- 365 stages de récupération

Permis - Sanctions

Le décret du 5 mai 1995 fixe la liste des contraventions pouvant donner lieu à la suspension du permis de conduire. La circulaire du 10 août 1995 donne la liste des infractions relevant de la forfaitisation (amende et points perdus). Ces mesures sont entrées en vigueur le 1er septembre 1995.

Suspension du permis de conduire

Peuvent donner lieu à la suspension du permis de conduire les contraventions suivantes :

- non-respect de la priorité au débouché d'une route non ouverte à la circulation publique, d'un chemin de terre ou d'une aire de stationnement
- non-respect de la priorité à droite
- non-respect du signal cédez le passage
- non-respect du signal 'Stop'
- non-respect du feu rouge fixe ou clignotant
- dépassement de 40 km/h ou plus de la vitesse maximale autorisée
- circulation la nuit ou par temps de brouillard, en un lieu dépourvu d'éclairage public, d'un véhicule sans éclairage ni signalisation
- marche arrière sur autoroute ou demi-tour sur autoroute, notamment en traversant la bande centrale séparative des chaussées ou en empruntant une interruption de celle-ci
- circulation en sens interdit
- conduite avec alcoolémie égale ou supérieure à 0,80 g/l de sang
- utilisation d'un appareil, dispositif ou produit destiné à décélérer la présence ou à perturber le fonctionnement de certains instruments servant à la constatation d'infractions

- non-respect de l'obligation d'assurance
- non-respect des dispositions concernant le franchissement des barrières de dégel et le passage sur les ponts.

Forfaitisation de certaines infractions

Cette mesure répond à un souci de simplification, dans la mesure où les infractions ne font plus l'objet d'une suspension tant administrative que judiciaire du permis de conduire.

Elle répond à un souci de rapidité, le retrait de point pouvant être opéré dès paiement de l'amende.

Elle répond au souci de crédibilité, puisqu'elle n'adoucit pas la répression actuelle.

Elle répond au souci d'égalité, puisque le traitement par l'amende forfaitaire a pour effet d'entraîner une répression égale pour tous.

Récapitulatif des amendes forfaitaires

■ Amende forfaitaire de 4^e classe de 900 F, minorée de 600 F, majorée de 2 500 F, retrait de 3 points pour les infractions suivantes :

- conduite avec alcoolémie comprise entre 0,5 et 0,79 g/l de sang
- circulation sur la partie gauche de la chaussée en marche normale
- franchissement d'une ligne continue
- dépassement de la vitesse entre 30 et moins de 40 km/h
- dépassement de la vitesse de moins de 30 km/h pour les jeunes conducteurs
- dépassement dangereux
- arrêt dangereux.

■ Amende forfaitaire de 4^e classe de 900 F, majorée de 2 500 F (non minorée), retrait de 3 points pour les infractions suivantes :

- stationnement dangereux
- stationnement d'un véhicule sans éclairage ni signalisation sur la chaussée par temps de brouillard, en un lieu dépourvu d'éclairage public.

■ Amende forfaitaire de 4^e classe de 900 F, minorée de 600 F, majorée de 2 500 F, retrait de 2 points pour les infractions suivantes :

- accélération d'allure par un conducteur sur le point d'être dépassé
- dépassement de la vitesse entre 20 et moins de 30 km/h
- pénétration ou séjour sur bande centrale séparative des chaussées.

■ Amende forfaitaire de 4^e classe de 900 F, minorée de 600 F, majorée de 2 500 F, retrait de 1 point pour les infractions suivantes :

- maintien des feux de route à la rencontre des véhicules dont les conducteurs manifestent par des appels de projecteurs la gêne que leur cause le maintien de ces feux
- dépassement de la vitesse de moins de 20 km/h
- chevauchement d'une ligne continue ;
- non-port du casque, ou port d'un casque non-homologué par le conducteur.

■ Amende forfaitaire de 4^e classe de 900 F, minorée de 600 F, majorée de 2 500 F, sans retrait de point pour :

- absence de contrôle technique, etc.

■ Amende forfaitaire de 2^e classe de 230 F, minorée de 150 F, majorée de 500 F, retrait de 3 points pour les infractions suivantes :

- circulation sur la bande d'arrêt d'urgence
- changement important de direction sans que le

conducteur ne se soit assuré que la manœuvre est sans danger pour les autres usagers et sans qu'il ait averti ceux-ci de son intention.

■ Amende forfaitaire de 2^e classe de 230 F, minorée de 150 F, majorée de 500 F, retrait de 1 point pour non-port de la ceinture par le conducteur.

■ Amende forfaitaire de 2^e classe de 230 F, minorée de 150 F, majorée de 500 F pour non-titulaire ou non-présentation dans les 5 jours du brevet de sécurité routière.

Informations diverses

Code Pénal et répression des infractions à la circulation routière

Le nouveau Code Pénal, entré en vigueur le 1^{er} mars 1994, se traduit par un renforcement du taux des amendes correspondant aux infractions routières. Il introduit également un nouveau délit : mise en danger de la vie d'autrui.

Le Code de la route est modifié en conséquence, pour être cohérent avec les nouveaux barèmes.

Contravention	Piéton	1 ^e classe	2 ^e classe	3 ^e classe	4 ^e classe	5 ^e classe
Ancien Code	X	30 à 250 F	250 à 600 F	600 à 1 300 F	1 300 à 3 000 F	3 000 à 6 000 F
Nouveau Code	X	250 F maximum	1 000 F maximum	3 000 F maximum	5 000 F maximum	10 000 F maximum
Amende forfaitaire Minorée	X	X	150 F	300 F	600 F	X
Amende forfaitaire	30 F	75 F	230 F	450 F	900 F	X
Amende forfaitaire Majorée	50 F	220 F	500 F	1 200 F	2 500 F	X

La répression du délit de fuite et de l'homicide involontaire est par exemple :

	PEINE PRINCIPALE		PEINE COMPLÉMENTAIRE	
	Ancien code	nouveau code	ancien code	nouveau code
Homicide involontaire	SPC 3 mois-2 ans 1 000 à 30 000 F	SPC 3 ans 300 000 F maximum	SPC 3 ans	SPC 5 ans
Délit de fuite	SPC 2 mois-2 ans 2 000 à 30 000 F	SPC 2 ans 200 000 F maximum	SPC 3 ans	SPC 5 ans

(SPC : suspension du permis de conduire)

Communication Sécurité Routière

Une étude qualitative globale a été conduite au premier trimestre 1994, qui a conclu à la poursuite de la stratégie établie en 1988 et confortée en 1991 : implication personnelle et vis-à-vis de ses proches, messages informatifs non valorisants, rejet des images chocs les plus violentes, qui conduisent directement au rejet de la faute sur les autres.

Une nouvelle étude a été lancée en 1997.

Contrôle de la vue

Tout candidat au permis de conduire devrait à l'avenir faire effectuer un contrôle médical de sa vue. Les modalités d'application de ce contrôle sont en cours d'élaboration.

Correspondants Sécurité Routière

Dans un certain nombre de services il existe un correspondant sécurité routière : Équipement, Éducation Nationale... Il est souhaitable que tous les services départementaux des principales administrations concernées puissent avoir leur correspondant.

Éthylotest

La marque NF-Éthylotest représente pour l'utilisateur de cet objet, devenu maintenant courant, une référence de contrôle de qualité et donc de confiance. Dans un premier temps, cette marque s'applique aux seuls éthylotests chimiques.

Insertion des jeunes par l'apprentissage de la conduite

La Direction de la Sécurité et de la Circulation Routières est bénéficiaire du concours du Fonds Social Européen (FSE) au titre de l'objectif 3 pour la période 1995-1999 pour le cofinancement de l'action intitulée "Apprentissage de la conduite et insertion professionnelle".

Les demandes de participation doivent être présentées dans le cadre du PDASR.

Médicaments, drogue et Sécurité Routière

Un livre blanc a été rédigé sous la présidence du Professeur Georges LAGIER, publié en juillet 1995.

Modération de la circulation en ville

Les possibilités de modulation de la vitesse à 30, 50, et 70 km/h devraient être plus largement utilisées. Les panneaux d'agglomération doivent être placés à l'entrée effective de la zone bâtie. Ils seront plus perceptibles et compréhensibles par les usagers.

PDASR

Les moyens financiers de l'État inscrits dans les Plans Départementaux de Sécurité Routière et les contrats (PDASR) sont regroupés et déconcentrés au niveau des Préfets de département, qui les affectent à un programme pluriannuel tenant largement compte des spécificités locales et associant les acteurs concernés.

Radiotéléphone

L'évaluation des conséquences pour la Sécurité Routière de l'usage en circulation des radiotéléphones sera poursuivie. Les auteurs d'une étude canadienne réalisée à Toronto concluent : l'usage du portable modifie la vigilance du conducteur et multiplie par quatre (ou plus) le risque de collision automobile.

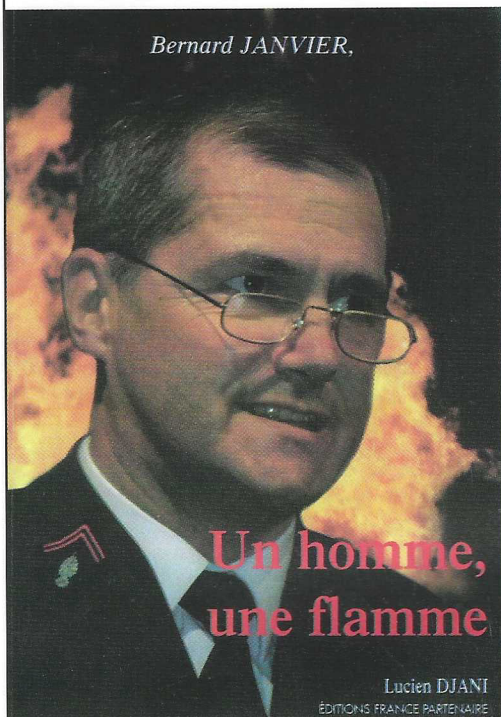
Schéma directeur d'exploitation de la route (SDER)

Dans chaque département, un schéma directeur d'exploitation de la route a été élaboré. Les routes ont été classées en quatre réseaux.

Vitesse

Le Gouvernement a décidé de retirer la proposition du comité interministériel du 17-12-1993, qui visait à retirer 6 points pour le dépassement de plus de 50 km/h de la vitesse maximale autorisée.





Bernard Janvier, un homme, une flamme

Cet ouvrage est à lire devant la cheminée, comme à la veillée. Ce n'est pas un conte. Les personnages qui s'y côtoient, par dizaines, ne sont pas fictifs.

L'auteur, Lucien DJANI, a rencontré celles et ceux qui ont croisé le chemin du Colonel Bernard JANVIER : parents, amis, collaborateurs, interlocuteurs divers. Ces témoignages sont enrichis de la propre analyse de l'intéressé qui, entre coups de cœur et coups de griffes, regarde dans le rétroviseur de sa vie.

Le Colonel Bernard JANVIER, un homme rare

La lecture de cette biographie sera encore plus attrayante pour ceux parmi vous, Sapeurs-Pompiers, qui avez participé à la manifestation du 1^{er} décembre 1990, à Paris.

Cet épisode unique de la vie fédérale est restitué dans le livre, de son projet à son déroulement. L'émotion est encore vive, pour ceux qui étaient présents, d'autant que rien n'est encore vraiment réglé et que d'aucuns songent déjà à renouveler l'opération, en cas de besoin.

L'émotion est également au rendez-vous, au fil des témoignages recueillis par l'auteur, de celles et ceux qui ont côtoyé le Colonel Bernard JANVIER.

D'autres personnages sont évoqués, dans cette saga Sapeurs-Pompiers, compagnons ou interlocuteurs des bons et des mauvais jours, souvent avec humour, parfois avec férocité, toujours avec respect.

Adresser vos commandes à :

EFP - 73, rue Lafayette - 75009 PARIS

Tél. : 01 40 16 11 37 - Fax : 01 40 16 17 08

Prix : 95 FF FRAIS DE PORT : 20 FF

Bénéfices reversés à l'Œuvre des Pupilles Orphelins de Sapeurs-Pompiers



L'eau et le feu

Dans le département du Lot-et-Garonne, comme partout en France, les risques d'incendie hantent les esprits. Heureusement, depuis longtemps, les hommes du feu et ceux de l'eau ont appris à collaborer étroitement. En effet, les Pompiers et les agents de la Compagnie Générale des Eaux se connaissent bien, s'estiment et travaillent en équipe. La surveillance des bornes incendie, par exemple, est commune : les uns et les autres se signalent toute anomalie.

Mais c'est au feu qu'ils donnent toute la mesure de leur solidarité. Les incendies, notamment lorsqu'ils menacent des installations importantes, mobilisent plusieurs casernes. Celles-ci ont besoin de beaucoup d'eau, tout de suite. Les hommes de la Compagnie sont donc toujours sur le qui-vive et capables de livrer d'énormes quantités d'eau. A noter que cette eau est fournie gratuitement et non facturée.

La nuit comme les jours fériés, dans les usines comme sur le réseau de distribution, chacun est prêt à intervenir. Les professionnels sont, avec les Pompiers, les premiers sur les lieux du sinistre et ne le quittent qu'à l'extinction de la dernière flammèche.

Cette excellente coordination a permis jusqu'ici de circonscrire rapidement les plus gros incendies. L'eau et le feu ont trouvé un terrain d'entente avec les Pompiers ; qu'ils en soient remerciés.



Secteur du Lot-et-Garonne

Rue du Château d'eau

47303 VILLENEUVE SUR LOT

Une cause juste : la lutte contre la drogue

"Il est essentiel qu'en démocratie les citoyens se mobilisent pour une juste cause. La drogue menace les libertés et le bonheur de vivre ensemble. Il nous faut être reconnaissants à la Fédération Nationale de la Protection Civile de s'être engagée courageusement, au-delà de ses objectifs premiers, dans l'information et la prévention. Le dossier qui nous est présenté aujourd'hui rend compte du problème honnêtement, ce qui est déjà important mais, plus encore, d'une manière complète et extrêmement bien documentée. J'espère qu'il sera diffusé largement, lu et ainsi qu'il pourra servir aux parents, aux éducateurs et aux adultes-relais".

Le 11 avril 1991
Professeur OLIEVENSTEIN

Le constat : des faits, des chiffres

Les statistiques annuelles de l'Office Central pour la Répression du Trafic des Stupéfiants (OCRIS) donnent, à partir des interpellations effectuées, une idée assez précise du profil type du toxicomane du début des années 1990 et de ses habitudes.

C'est un garçon (88,47 % des cas), âgé de 16 à 25 ans (71,26 %), résidant en Ile-de-France (41,42 %), de nationalité française (81,78 %) et sans profession (47,18 %). À près de 64 % des interpellés, c'est un consommateur de cannabis. Mais l'héroïne (32,74 %) est le danger numéro un : elle est à l'origine de 86,48 % des décès par overdose.

Au-delà des chiffres bruts recueillis, l'OCRIS apporte un certain nombre de précisions, tout en soulignant que, "pour des raisons très diverses, les services répressifs constituent de mauvais observateurs du phénomène et ne révèlent qu'une faible part des infractions commises".

Il n'en demeure pas moins que l'analyse arithmétique des données recueillies et surtout la comparaison d'une année à l'autre, toutes causes d'erreurs demeurant égales, permettent de dégager des appréciations d'ordre qualitatif et des tendances.

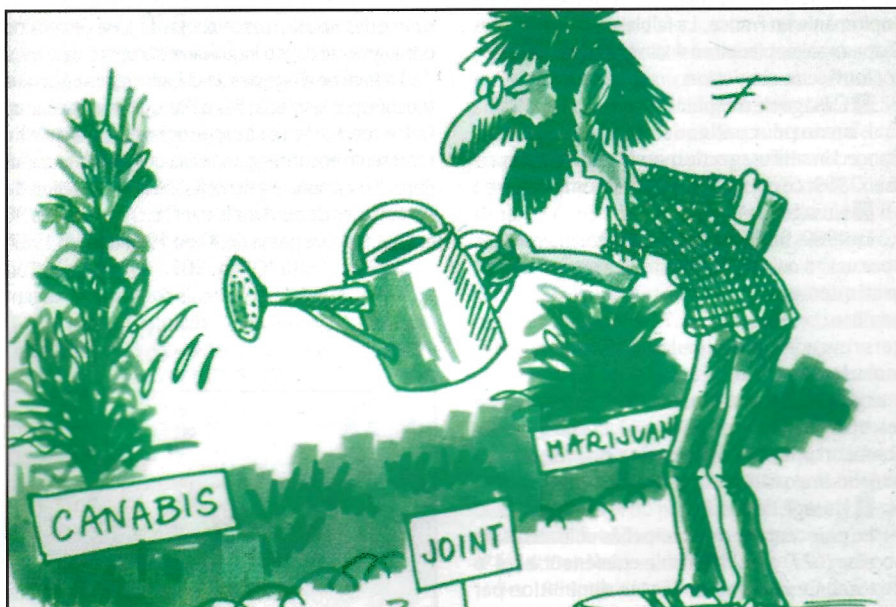
Le sexe des interpellés :

La répartition des interpellés par sexe ne fait pas apparaître, en 1989, de modifications importantes par rapport aux années antérieures. Les hommes constituent toujours très largement le groupe prédominant : 87,16 % en 1986, 87,85 % en 1987, 87,88 % en 1988 et 88,47 % en 1989, soit une proportion en progression constante.

L'âge des interpellés :

Le vieillissement de la population toxicomane interpellée, observé ces dernières années, semble se perpétuer en 1989. Mais la prudence doit toujours être de rigueur. En effet, l'on a assisté en 1989 à une augmentation sensible des usagers de moins de 20 ans. La situation, sans être alarmante, est néanmoins préoccupante.

Cela étant, c'est encore la tranche d'âge des 21 à 25 ans qui fait l'objet du plus grand nombre d'interpellations : la proportion dans la masse totale des interpellés passe de 41,74 % à 39,77 %.



La deuxième tranche d'âge, par importance, est celle des 16 à 20 ans. En tête des interpellations avant 1984, elle a reculé en nombre absolu et en proportion jusqu'en 1988, passant de 33,42 % en 1987, à 29,87 % en 1988 et 31,49 % en 1989.

La tranche des 26 à 30 ans vient en troisième place, mais marque une pause dans son ascension : de 16,84 % en 1987 à 18,80 % en 1988 et 18,42 % en 1989.

Les tranches de 31 à 35 ans et 36 à 40 ans marquent une progression constante, passant pour l'une de 6,21 % à 6,69 % des interpellations et pour l'autre de 1,82 % à 1,90 %.

La tendance au vieillissement ainsi constatée se retrouve essentiellement parmi les usagers d'héroïne de la catégorie 22-25 ans.

Répartition géographique des interpellations de toxicomanes

Si l'on considère l'ensemble des interpellations enregistrées par tous les services confondus, en prenant comme critère géographique, le ressort des Services Régionaux de Police Judiciaire et la Préfecture de Police, on peut procéder aux observations suivantes.

C'est à Paris intra-muros que l'on comptabilise, comme par le passé, les chiffres d'interpellations les plus forts : 5 280, soit 18,15 % du total.

Si l'on ajoute les chiffres des trois départements de la petite couronne (92-93-94), on obtient - pour l'ensemble du ressort de la Direction Régionale de Police Judiciaire de la Préfecture de Police - un total de 9 453 interpellations, qui demeure le plus important sur le plan national.

Hors l'agglomération parisienne, les plus forts chiffres d'interpellations sont enregistrés sur les ressorts des Services Régionaux de Police Judiciaire suivants :

- Lille	3 209
Soit 11,03 % du total	
- Versailles	2 999
Soit 10,31 % du total	
- Marseille	2 525
Soit 8,68 % du total	
- Lyon	1 718
Soit 5,91 % du total	
- Strasbourg	1 608
Soit 5,53 % du total	
- Montpellier	1 282
Soit 4,41 % du total	

Répartition des interpellés par catégories socioprofessionnelles

Les usagers "sans activité professionnelle" constituent, comme par le passé, la catégorie la plus représentée, mais dans une proportion moindre : 47,18 % au lieu de 48,82 % l'année précédente.

Pour la première fois, la catégorie des ouvriers occupe la deuxième place, supplantant celle des employés. Ce phénomène est l'aboutissement d'une hausse régulière constatée depuis 1986.

La catégorie des employés régresse à la troisième place.

Répartition des interpellés par type de produit

La prise en compte des interpellations pour faits d'usage et d'usage-revente, en fonction des produits stupéfiants utilisés, permet de dégager les tendances suivantes :

1 L'usage d'opium

La diminution enregistrée depuis 1986 s'est confirmée en 1989 ; le nombre des individus est passé de 69 en 1986 à 25 en 1987, à 15 en 1988 et enfin à 14 en 1989. Cette tendance ne fait que confirmer le caractère marginal du phénomène de l'opiomanie en France. La faiblesse des quantités d'opium saisies (environ 4 kilogrammes en 1989) conforte cette conclusion.

2 L'usage de morphine

L'on ne peut parler de morphinomanie en France. Un seul usager de morphine a été interpellé en 1989, ce qui se passe de tout commentaire.

3 L'usage d'héroïne

En 1989, 9 525 personnes ont été interpellées pour usage ou usage-revente de ce produit, soit pratiquement 1 % de moins qu'en 1987. Ce nombre correspond à 32,74 % du total des usagers revendeurs interpellés. L'héroïne est toujours le danger numéro UN en France et en Europe. La situation qu'entoure cette drogue reste préoccupante pour les services chargés de le combattre, puisque l'offre et la demande en sont toujours importantes.

4 L'usage de cocaïne

Le pourcentage des interpellés utilisateurs de cocaïne (677) demeure faible et inférieur à 2,4 % du total. Ce nombre, en légère diminution par rapport à 1988 (707), ne reflète en aucune manière la situation réelle en France et s'explique principalement par la discrétion traditionnelle des usagers de cocaïne.

5 L'usage de cannabis

Comme les années précédentes, le cannabis, sous ses différentes formes (herbe, résine, huile) constitue très largement la drogue la plus utilisée. 18 544 personnes, soit 14 % de plus que l'année dernière, ont été interpellées pour usage et usage-revente de cannabis, soit près de deux tiers des usagers et usagers revendeurs (63,74 %).

6 L'usage de LSD

Les interpellations ont diminué de 4,24 % mais la faiblesse des données en rapports relativise la portée de cette évolution, puisque les cas passent de 70 à 67 et représentent 0,23 % du total des interpellés.

7 L'usage de substances stupéfiantes et/ou psychotropes

Psychotropes : sous ce terme, sont regroupées les autres substances psycho-actives inscrites au tableau des stupéfiants. Il s'agit, en général, des médicaments détournés des circuits légaux à des fins toxicomaniaques (Palfium, Mandrax, Immenoctal, etc.) ainsi que des drogues illicites à diffusion confidentielle comme la

Mescaline, la Phencyclidine, la Méthadone, le MDA et le MDMA. En 1989, les services de Police ont dénombré 235 cas d'usage, ce qui marque une augmentation de 3,98 % par rapport à 1988.

Les décès dus à l'usage de stupéfiants

En 1989, les services répressifs ont enregistré 318 cas de décès liés à l'usage de drogues (c'est-à-dire surdosages "stricto sensu" ainsi qu'accidents divers directement et immédiatement liés aux conditions d'administration de la substance).

Ce chiffre ne recouvre que les cas de décès portés à la connaissance des services de Police ou de Gendarmerie : le plus souvent, il s'agit des cas survenus dans les lieux publics ou sur la voie publique.

Le nombre de décès constatés montre une réelle progression par rapport à l'année précédente, puisque l'on enregistre 318 cas, contre 236 en 1988.

Traditionnellement, le premier produit en cause dans les décès comptabilisés est l'héroïne. La tendance est à l'aggravation : en 1984, 70 % des décès pouvaient lui être imputés, en 1985 75 %, en 1986 80 %, en 1987 84,65 %, en 1988 83,90 % et en 1989 86,48 %.

Les médicaments constituent encore la deuxième source des décès, mais ceux liés à la prise de cocaïne ont augmenté dans d'inquiétantes proportions.

La tranche d'âge des 21-25 ans demeure la plus touchée par les décès liés à l'usage de stupéfiants. Cette tendance est à rapprocher du fait qu'elle représente encore la grande majorité des interpellations. Il est à noter également une augmentation du nombre des décès dans la tranche d'âge de 26 à 30 ans. Le nombre passe de 47 en 1986 à 61 en 1987, et de 72 en 1988 à 101 en 1989.

Enfin, les décès de français constituent l'essentiel : 288 cas, soit 90,57 % du total.



Toxicomanie et délinquance, vols de produits toxiques et d'ordonnances

Comme à l'accoutumée, le marché clandestin, outre le trafic illicite, est alimenté également par des substances détournées de leur destination normale à la suite de vols commis au préjudice de Médecins, pharmaciens, établissements hospitaliers, ou grâce à l'utilisation d'ordonnances contrefaites ou falsifiées.

Le ralentissement de cette délinquance, observé depuis quelques années, a semblé se stabiliser en 1989. En effet, en 4 ans, l'on a pu noter une diminution de près de moitié de l'ensemble de ces infractions : cambriolages et tentatives de cambriolages des pharmacies, vols avec violence de pharmaciens et Médecins, vols au préjudice de Médecins, vols de toxiques dans d'autres établissements. Si cette dernière observation est plutôt réconfortante, il n'en demeure pas moins que les toxicomanes ont recours à d'autres formes de crimes ou délits pour "financer leurs achats". Le nombre de vols à l'arraché, cambriolages et vols à

main armée qui sont le fait de toxicomanes (le chiffre noir est considérable en la matière) est en pleine expansion. De plus en plus fréquemment, les dealers sont des receleurs auprès desquels les bijoux ou le matériel Hi-Fi volés sont directement troqués contre de la "poudre". Ce phénomène ne manque pas d'inquiéter, à divers titres, d'autant que par nature ou manque de "professionnalisme", ces auteurs d'agression accompagnent leur geste de violences.

Quelques définitions

Au moment d'entrer plus avant dans ce problème humain complexe qu'est la drogue, il est utile de connaître un certain nombre de définitions. Dans ce domaine, il n'existe pas de vérité scientifique absolue. La terminologie fait encore l'objet de certaines controverses. Les définitions suivantes peuvent cependant être retenues, empruntées à la brochure "La drogue, Informer, Prévenir", éditée par le Secrétariat d'État chargé de la Jeunesse et des Sports, avec le concours du Comité d'études et d'information sur la drogue (Centre Pey-Berland, à Bordeaux).

Qu'est-ce qu'une "drogue" ?

La définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) est très large : "On appelle drogue toute substance qui, introduite dans un organisme vivant, peut modifier une ou plusieurs de ses fonctions. En ce sens, tout médicament peut être désigné par le mot drogue. Selon l'usage qui en est fait, les drogues peuvent être employées à des fins médicales ou non médicales.

Seules les substances susceptibles de modifier la fonction psychique seront retenues comme drogues. Ce sont les drogues psychotropes, c'est-à-dire l'ensemble des substances d'origine naturelle ou synthétique qui peuvent, par leur action sur le système nerveux central, modifier l'activité mentale, les sensations, les comportements. La notion de drogue suppose qu'il s'agit d'une substance susceptible d'engendrer une dépendance et de porter atteinte à la liberté.

Qu'est-ce qu'un stupéfiant ?

Le terme "stupéfiant" a d'abord été utilisé pour désigner une substance qui produit un engourdissement, par une sorte d'inhibition des centres nerveux. Par la suite, l'usage de ce terme a été étendu à de nombreux produits psychotropes. Certaines substances (morphine, héroïne, cannabis, etc.), connues le plus souvent de longue date pour leurs effets nocifs et les abus auxquels elles donnent lieu, ont fait l'objet de conventions internationales et ont été placées sur des listes annexées à celles-ci. En France, les stupéfiants sont les produits inscrits au tableau B des substances vénéneuses. Ce tableau comprend non seulement les stupéfiants des listes internationales, mais aussi d'autres psychotropes faisant l'objet d'abus comparables.

Qu'est-ce qu'un "drogué" ?

Ce terme flou, à connotation souvent péjorative, devrait être évité. Il n'y a pas un seul type d'usager de drogues. On lui préférera d'autres dénominations selon le type d'usage :

- les usagers occasionnels, parfois appelés "récréatifs", qui n'ont pas perdu leur liberté par rapport au produit.

- les toxicomanes, qui ont une relation de dépendance avec leur drogue, dont la vie quotidienne est largement ou exclusivement centrée sur la recherche et l'usage du produit.

On peut noter ainsi des dérives dans le langage courant : un fumeur occasionnel de cannabis sera considéré - à tort - comme un toxicomane, alors que l'est vraiment un alcoolique qui ne peut s'abstenir d'alcool mais que nul ne désignera comme "drogué".

En dehors d'une véritable toxicomanie, l'usage de certaines drogues, même occasionnel, peut entraîner des conséquences physiques ou psychiques non négligeables (solvants, LSD...).

Qu'est-ce que la tolérance ?

C'est l'adaptation de l'organisme aux effets d'une drogue : à dose égale, les effets diminuent. Ceci implique l'augmentation des doses pour obtenir les mêmes effets.

Qu'est-ce que la dépendance ?

C'est le fait, pour une personne, de ne plus pouvoir se passer d'un produit, quels que soient les risques et dangers liés à la poursuite de son usage. Le terme **pharmacodépendance** est habituellement utilisé dans le sens général de toxicomanie. Il existe deux types de dépendances qui peuvent être ou non associés :

- **dépendance physique** : l'organisme finit par avoir besoin du produit.

- **dépendance psychique** : les toxicomanes disent eux-mêmes à ce propos : "C'est dans la tête que ça se passe". L'arrêt des prises entraîne un sentiment de malaise, d'angoisse, parfois de dépression.

Qu'est-ce que le sevrage ?

Le sevrage consiste à interrompre l'utilisation de produits toxiques de façon à mettre un terme à la dépendance. Le sujet dépendant (toxicomane), privé de son produit, est dit en état de manque (aussi appelé "syndrome de sevrage"). On retrouve dans le sevrage les deux aspects qui caractérisent la dépendance :

- **sevrage physique**, qui consiste à libérer l'organisme du besoin de drogue. L'interruption des prises entraîne des manifestations physiologiques plus ou moins violentes : douleurs, convulsions, dont la nature dépend de la drogue utilisée (certaines drogues n'entraînent aucune dépendance physique). Huit à quinze jours peuvent suffire pour réaliser, selon diverses méthodes, un sevrage physique.

- **sevrage psychique**, qui est beaucoup plus long et beaucoup plus délicat. Il vise à ce que la drogue cesse d'occuper "la tête" de l'usager. Le chemin vers le sevrage, qui peut bénéficier de l'aide d'intervenants spécialisés, est souvent ponctué de nombreuses rechutes.

Qu'est-ce qu'une surdose ("overdose") ?

C'est la conséquence, pour l'organisme, de l'administration d'une dose trop forte de produit. Le tableau présenté (ensemble des symptômes) est variable selon la drogue en cause, la dose administrée et la tolérance du sujet. On observe généralement un coma, spontanément réversible ou pouvant évoluer jusqu'à la mort. Une situation de surdose impose le recours d'urgence à la réanimation.

Les différentes drogues : effets immédiats, conséquences sur la santé

Pour comprendre l'itinéraire des toxicomanes, il est indispensable de bien connaître les drogues, les plaisirs qu'elles engendrent dans un premier temps, les dangers qu'elles font courir. Plusieurs classifications des produits ont été proposées, selon leur origine, leurs effets sur le comportement humain ou selon le type de dépendances qu'elles provoquent. Elle a le mérite de désigner les différents groupes de drogues par des noms très évocateurs :

La première, celle de Lewin, date de 1924.

- **EUPHORICA** : "calmants" de l'activité psychique, dont les principaux sont l'opium et ses dérivés. Lewin y associe la cocaïne, plutôt incluse dans le groupe des stimulants.

- **PHANTASTICA** : y sont regroupées les drogues hallucinogènes, en particulier les dérivés du cannabis et le peyotl. Des produits de synthèse comme le LSD, de découverte plus tardive, doivent y être rattachés.

- **INEBRIANTA** : substances enivrantes telles l'alcool, l'éther et les différents solvants volatils.

- **HYPNOTICA** : de nombreux somnifères, essentiellement de type barbiturique.

- **EXCITANTIA** : différents stimulants psychiques : caféine, amphétamines... auxquels se sont ajoutés par la suite des produits comme le crack, l'ice ou l'ecstasy.

Il y a lieu de préciser que l'alcool et le tabac, malgré les conséquences désastreuses qu'ils ont sur la santé, ne seront pas abordés.

On en parle

La méthadone, remède miracle ?

La Méthadone est elle-même une drogue, un dérivé synthétique de la morphine, largement diffusé sous surveillance médicale à l'étranger comme produit de substitution de l'héroïne, utilisé dans les cures de sevrage.

Les "programmes méthadone" consistent à donner quotidiennement sa dose au toxicomane, en remplacement de l'héroïne, après avoir vérifié par une analyse d'urines qu'il ne triche pas, c'est-à-dire qu'il ne prend pas d'autre produit. Administrée sous forme de cachets ou de solution buvable, elle permet au toxicomane de ne plus "galérer" à la recherche d'une poudre de qualité douteuse, de prendre ses distances par rapport au "milieu" de la drogue. Bref, elle permet une vie pratiquement normale, au prix d'un contrôle quotidien.

Mais la méthadone induit elle aussi une dépendance. Le sevrage est même plus long, plus douloureux que celui de l'héroïne. On comprend bien, dans ces conditions, les réticences de la majorité des praticiens français à l'égard de ce traitement. À l'heure actuelle, deux Centres volontaires seulement, en France, ont été autorisés par le Ministère de la Santé à prendre en charge les toxicomanes qui souhaitent se soumettre au "programme méthadone". Il s'agit des centres d'accueil spécialisés de l'hôpital Fernand Widal et de l'hôpital Sainte-Anne, à Paris.

Lsd. : La rumeur...

Le 26 septembre 1988, M. Roland Blum attire l'attention de M. le Ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale sur le risque d'introduction en France des tatouages pour enfants appelés Blue Star. Il s'agit d'une feuille de papier blanc contenant des petites étoiles bleues imprégnées de LSD qui peuvent être enlevées et portées à la bouche lors du transfert des images représentant les principales figures des dessins animés américains. Diffusés aux USA, on en trouve trace au Canada ; ces tatouages pourraient être diffusés dans notre pays. Une campagne d'information utilisant tous les médias devrait alerter les parents, les mettre en garde contre ce nouveau danger. Il lui demande quelles dispositions il envisage de prendre pour interdire l'entrée en France de ces tatouages et, le cas échéant, pour en interdire la commercialisation.

Réponse : le Ministre indique que ces derniers mois a circulé en France une rumeur, véhiculée sous forme de tracts, sur un prétendu trafic de LSD dans les milieux scolaires. Selon le texte de ces tracts, il s'agirait de timbres, utilisés comme tatouage par les enfants. Imprégnés de LSD, ces timbres constitueraient "la nouvelle façon de vendre de l'acide". La rumeur a commencé à circuler à partir de la mi-avril 1988, dans la région de Nice. Elle semble s'être étendue à la quasi-totalité du territoire, son contenu se modifiant au fil des semaines. Le Ministre apporte le plus ferme démenti à toutes les allégations contenues dans ces tracts non signés ou se réclamant abusivement d'organismes publics. Sans aucun fondement, les informations contenues dans ces tracts ont été infirmées dès le mois de juin 1988 par la brigade des stupéfiants et du proxénétisme. Des enquêtes judiciaires sont actuellement en cours, pour tenter d'identifier leurs auteurs initiaux. Au mois de juillet 1988, les directions départementales des affaires sanitaires et sociales et les directions des écoles, lycées et collèges du ministère de l'éducation nationale ont été averties de ce démenti. Devant la persistance de la rumeur, notamment lors de la rentrée scolaire, le Ministre a adressé aux directions départementales des affaires sanitaires et sociales, le 21 novembre 1988, une note technique élaborée par la direction générale de la santé, dans le but de guider et aider celles-ci à enrayer au niveau local le développement de la rumeur, aujourd'hui en voie d'extinction.

Pourquoi la drogue ?

Si la drogue est aujourd'hui à la Une de nos journaux et de nombreuses émissions à la radio ou à la télévision, si elle fait effectivement partie de notre environnement, elle a toujours été - dans l'histoire de l'humanité - une préoccupation quotidienne. À titre anecdotique, on en trouve trace 5 000 ans avant J.-C. parmi les peuples Sumériens : sur leurs tablettes, un idéogramme désigne l'opium comme synonyme de "joie", de "réjouissance". En France, la drogue est réellement des-

cendue dans la rue avec les contestataires de 1968. Peu à peu, elle a touché la jeunesse des banlieues. Elle est sortie de la clandestinité où elle était jusqu'alors contenue pour la marginalité, déferlante aujourd'hui, qui inquiète, questionne, rend nécessaire une politique, des mesures, des moyens.

À quels besoins répond-elle ? Pourquoi les jeunes se droguent-ils ?

Pourquoi se drogue-t-on ?

Question complexe

S'il n'est pas possible de répondre simplement à cette question, cela tient au fait que "se droguer" est loin d'être une conduite homogène. Il y a plusieurs types de relations possibles entre une personne et une drogue, plusieurs types de drogues et d'effets recherchés ou ressentis, plusieurs contextes familiaux ou sociaux, plusieurs significations différentes à prendre en compte, selon les cas.

Pour tenter de clarifier cette question aux multiples dimensions, on peut proposer des approches selon 3 axes : l'individu et sa personnalité, l'environnement familial, les aspects sociaux.

L'usager de drogue et sa personnalité

Si l'on tient compte du fait que, dans les 15 dernières années, le phénomène s'est surtout développé chez des sujets jeunes, on peut regrouper les usages de drogues selon 3 types :

- usages occasionnels dans le cadre des difficultés normales de l'adolescence. Il ne s'agit pas ici de toxicomanies. Ces conduites s'apparentent à d'autres conduites de l'adolescence qui mettent en jeu la curiosité, la confrontation à la limite et à l'interdit, la conformité au groupe de pairs. Ces comportements relèvent des rites d'appartenance et des normes liant les membres d'un groupe entre eux (fonction conviviale du "joint"), normes opposées de préférence à celles des adultes. Quand ces comportements sont le fait d'une personnalité "saine", vivant dans un entourage capable de réagir de façon adaptée aux difficultés normales de l'adolescence, ils ne pressentent habituellement pas d'évolution inquiétante.

- usages comme signes de difficultés plus sérieuses. Ici, le malaise existentiel est plus profond, peut être dû à des raisons très diverses, comme le fait d'avoir à "gérer" en même temps la crise de l'adolescence et une crise familiale sévère (séparation des parents, accident grave ou décès de l'un d'eux, par exemple). Le groupe peut servir de refuge et de mode de rencontre avec la drogue. La prise du produit répond davantage au malaise de l'individu qu'à la pression du groupe. La drogue sert alors à la fois de moyen de fuir le problème et de signal d'appel en direction des adultes. L'évolution dépendra, bien entendu, de la nature des facteurs de la crise, mais aussi, pour l'essentiel, de la capacité à écouter, comprendre et aider le jeune, dont feront preuve les personnes de son entourage.

- usages comme symptômes d'une fragilité de la personnalité. Les toxicomanies les plus lourdes s'inscrivent dans cette catégorie. Ici, les racines du problème ne se situent pas uniquement dans la période adolescente et dans l'environnement du moment. Elles sont à rechercher en profondeur dans le processus de structuration de la personnalité du sujet

S'il n'y a pas de structure type du toxicomane, il n'en reste pas moins que, derrière les toxicomanies rencontrées, on peut généralement retrouver des déficits dans la maturation de la personnalité, en particulier dans ce que les psychologues appellent le "processus de séparation-individuation". Le rapport à la mère, le rapport à l'autre, restent marqués de traits propres à la petite enfance : vouloir "tout, tout de suite", sans limites intégrées par le sujet.

Ces personnalités fragiles, aux prises avec une problématique de la séparation impossible, sont enclines à la dépendance. Le rapport à la drogue viendra s'inscrire, plus tard, dans cette logique de la dépendance, à l'âge où il s'agirait de mettre en œuvre une autonomie qui s'avère inaccessible. On comprend que le lien avec la drogue soit ici tyrannique, marqué par le manque et le comblement, le projet d'arrêter et le besoin de continuer, la transgression des limites jusqu'au risque de la mort (risque qui n'a jamais dissuadé un toxicomane).

La famille du toxicomane

Il arrive que l'on puisse retrouver des facteurs familiaux dans l'apparition ou l'entretien d'une toxicomanie. Certains sujets ayant connu des carences précoces, abandonnés et placés de façon instable, risquent de chercher à reconstituer - dans la relation à la drogue - une relation archaïque à la mère, dont ils ont été dépourvus. De même, et pourtant à l'inverse, il est des familles où le processus de prise de distance (cheminement vers l'autonomie) engagé au moment de l'adolescence est particulièrement douloureux, notamment lorsqu'il s'agit du dernier enfant ou d'un enfant unique. Certaines des attitudes surprotectrices des parents, l'établissement de liens familiaux complexes, peuvent constituer des facteurs favorisant le passage de cette dépendance familiale à cette autre dépendance qu'est la toxicomanie.

Ces liens contribuent parfois longtemps à entretenir la toxicomanie, par exemple à travers des situations de dépendance financière pouvant aller jusqu'au remboursement de dettes liées à la drogue par la famille du toxicomane.

Un essai d'explication : les facteurs sociaux

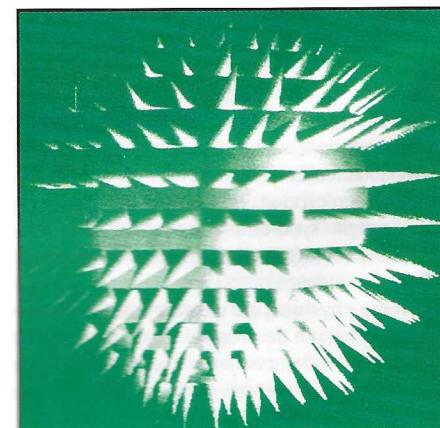
Toute société a sa ou ses drogues, dont les usages sont permis de façon codifiée : alcool, tabac, médicaments psychotropes en France. De tout temps et dans toute société, ces usages ont une ou plusieurs des fonctions suivantes : accès au surnaturel et au sacré, thérapeutique, fête et lien social. À côté du grand nombre d'usages licites et contrôlés, la transgression et l'abus ont toujours existé. Dès lors, on peut s'interroger sur ce qu'il y a de particulier dans la situation d'aujourd'hui. Pourquoi l'usage de drogue chez des sujets jeunes ? Pourquoi l'intense émotion de l'opinion et l'inflation médiatique, démesurées par rapport à la réalité du phénomène ?

On a coutume d'incriminer pêle-mêle les facteurs les plus divers : mutation de la société, chômage, remise en cause des valeurs et de la famille etc. Il est difficile de montrer toutes les interférences entre ces paramètres et les usages actuels de drogues. Deux pistes, parmi d'autres, peuvent cependant être suivies : la société actuelle est "en crise", elle est "une société de consommation".

- une société en crise : crise des valeurs, des structures, incertitude sur l'avenir, difficulté ou impossibilité pour les aînés de proposer des références et des repères. La crise de la société a pour effet d'accroître, parmi ses membres les plus jeunes, le nombre de ceux qui sont marginalisés, recourent à la violence ou retournent cette violence contre eux-mêmes : suicides, toxicomanie. Quelle que soit l'approche, on voit que la société en crise augmente le nombre des exclus, faisant peser sur une partie de la population le poids de handicaps multiples qui, souvent, se cumulent : pauvreté, chômage, difficultés de logements, échec scolaire, problèmes familiaux, etc.

- une société de consommation, qui entend convaincre que le bonheur et l'équilibre se trouvent dans la surconsommation de biens matériels. "Consommez tout, tout de suite, sans effort, sans limite", répètent les messages publicitaires de notre temps. Parmi les produits à consommer pour "être bien", les médicaments psychotropes, les tranquillisants occupent une place de choix, parfois même dès le berceau. Ainsi, nombreux sont les facteurs qui convergent pour qu'un sujet fragile se trouve rapidement sur la double pente de la marginalisation et de la consommation sans limite de drogues.

Drogue et SIDA



Ce sujet tourne autour d'une seule question, fondamentale : est-il possible de limiter la contamination par le VIH* dans cette population à haut risque que constitue le milieu des toxicomanes et, à partir d'elle, vers les autres populations ? Seul exemple d'une action menée dans ce domaine pendant une durée relativement longue : celui des États-Unis. Ce n'est pas une réussite, malgré les formes différentes prises par l'action, tant préventive que curative.

Si la mise en place d'un travail de rue auprès de nouvelles marges toxicomanes a été prônée par tous, personne ne peut dire qu'elle ait son efficacité.

Nous devons admettre que la question de la prévention, de la contamination par le VIH et la toxicomanie passe également par la prévention primaire et la prévention secondaire :

- la prévention primaire implique une conjonction permanente, régulière et répétitive contre la drogue et la prévention contre le SIDA.

■ la prévention secondaire pose deux problèmes : celui de l'accès au groupe concerné et celui du dispositif institutionnel à mettre en place.

On comprendra aisément que, pour cela, il faille aborder - sinon régler - les problèmes épidémiologiques, médicaux et éthiques.

Nous sommes confrontés à une situation épidémique. Nous ne pouvons pas réfléchir à froid. Il nous faut, avec un nouvel état d'esprit, oser des expériences dont nous devons admettre que certaines d'entre-elles échoueront. Si nous sommes très prudents nous ne réglerons pas ce problème. Mais si nous sommes très imprudents, nous risquons de ressusciter les grandes peurs et le grand renfermement du Moyen âge.

Contrairement à une opinion très répandue, pour peu qu'on arrive à les atteindre, la grande majorité de toxicomanes est accessible à la pédagogie. Ils peuvent s'inscrire dans les protocoles thérapeutiques. Cette notion offre un certain espoir pour l'avenir. Il n'en reste pas moins vrai qu'il est illusoire de sensibiliser les toxicomanes par un message ordinaire. Nous devons inventer tous moyens de contacts, mettre en place des adultes-relais crédibles auprès des usagers. Encore faut-il que le message soit personnalisé, réellement adapté à chaque situation.

Se pose le problème angoissant d'organiser des toxicomanies "propres". Certes, nous ne réglerons pas les problèmes de société par des mesures biologiques. Nous devons nous méfier de toutes déviations idéologiques, pour inventer une écologie qui permette à chacun de vivre.

La situation européenne

Il est évident que l'exemple Européen ne doit pas s'appliquer tel quel dans d'autres pays, en particulier dans les pays du tiers-monde. Si nous croyons utile de développer ces réflexions, c'est parce qu'on doit partir de quelque part pour essayer d'éviter un certain nombre d'erreurs.

La plupart des pays ont organisé un système national de surveillance rapportant les cas avérés de Sida, mais peu de chose sur la séropositivité. Au 31 décembre 1987, 10 181 cas de Sida ont été rapportés en Europe. La France était le pays le plus touché, avec 3 073 cas. Au cours du seul premier trimestre 1988, 550 cas supplémentaires ont été déclarés. En France, il y a 55 cas de Sida par million d'habitants.

La plupart des pays sont confrontés à une situation épidémique. L'analyse de la distribution des cas montre en premier lieu que le groupe de transmission par voie homo ou bisexuelle est le plus représenté. Le groupe des toxicomanes est le deuxième, par ordre d'importance, avec : 20 % des cas.

L'évolution des groupes à risque montre l'augmentation du nombre et du pourcentage des toxicomanes atteints, les autres groupes diminuant ou restant stables. On observe une contamination hétérosexuelle, non chiffrée, par des sujets résidant dans des pays d'endémie ou des sujets ayant été infectés par un partenaire hétérosexuel d'origine Européenne, toxicomane la plupart du temps.

Un quart des sidéens toxicomanes est constitué de femmes, et la moitié des femmes atteintes du Sida est toxicomane. Ce qui pose évidemment

le problème de la grossesse et des enfants. La progression des toxicomanes en France est passée de 8 % à environ 20 %. La distribution par âge montre que 70 % des toxicomanes ont moins de 30 ans, c'est dire qu'il s'agit d'un groupe extrêmement jeune avec les répercussions économiques et démographiques que cela implique.

La pathologie est différente, par rapport aux autres groupes : par exemple le sarcome de Kaposi est une pathologie que l'on ne retrouve que rarement chez les toxicomanes. Par contre, les infections opportunistes sont multiples, ce qui entraîne une hospitalisation souvent plus longue.

Qu'en est-il de la transmission mère-enfant :

Parmi les cas pédiatriques, la grande majorité concerne des enfants contaminés par transmission de la mère à l'enfant. La majorité des mères est toxicomane par voie intraveineuse. Ceci pose le problème de la prévention et de l'information de ces femmes.

Quant à l'évolution, alors que les premiers cas chez les homosexuels ont été diagnostiqués vers 1981, les premiers cas de Sida ne sont apparus chez les toxicomanes qu'en 1984, ce qui explique bien des inconnues sur la question. En France le doublement du nombre de cas de Sida se fait en 13 mois chez les homosexuels. Chez les toxicomanes, il est plus court : de l'ordre de 5 à 6 mois. Cette croissance rapide est probablement due au fait que l'épidémie en est encore à sa phase de début, dans cette population dont les habitudes évoluent désormais.

Soins en faveur des toxicomanes porteurs et/ou malades du VIH (Virus de l'Immuno-déficience Humaine)

L'organisation des soins comporte 2 volets :

- volet sanitaire
- volet social

Le volet sanitaire : il est nécessaire de mesurer quantitativement l'ampleur du problème, afin de mieux cerner la nature et le volume de la réponse. À l'Assistance Publique de Paris, plus de 50 000 journées d'hospitalisation ont été consacrées en 1987 à la pathologie du VIH. Cette pathologie a utilisé 3 % des lits hospitaliers disponibles dans la ville de New-York. Les projections épidémiologiques américaines estiment qu'à la fin de l'année 1991, 270 000 cas seront déclarés aux USA. À cette date, 8,1 % des lits de New York seront occupés par cette pathologie...

Des choix difficiles de stratégies de santé devront être réalisés dans le futur. Le premier choix sera d'éviter une inégalité d'accès aux soins. En France depuis 1990, nous aurons environ 7 000 nouveaux cas de Sida à enregistrer chaque année, dont environ 45 % dans la région parisienne.

En 1989, Alain SOBEL estimait que 50 000 toxicomanes au moins, étaient infectés par le VIH en France. Il prévoyait que, sur ce nombre, 5 000 auraient des Sida à la fin de l'année. Cela implique des besoins en personnel infirmier, des besoins budgétaires et des problèmes spécifiques. La grande majorité des services hospitaliers concernés est composée de services de Médecine. Il faut augmenter d'un tiers environ la densité du personnel dans ces services, si l'on veut assurer une certaine qualité de soins. Les besoins extra-hospi-

taliers devront suivre en proportion. Cela implique des exigences budgétaires à la fois pour les suivis médicaux des séropositifs et pour les hospitalisations. À l'Assistance Publique de Paris, le soin de la pathologie du VIH entraînera un surcoût qui atteindra de 7 à 23 %. L'administration d'AZT coûte, chaque jour, 140 francs français. Les toxicomanes présentent des problèmes spécifiques : après le groupe de ceux infectés par voie sexuelle, ils représentent un deuxième choc-Sida avec une durée d'hospitalisation plus longue, une prise en charge extra-hospitalière, médicale et sociale plus lourde.

Il serait vain de nier les difficultés spécifiques rencontrées dans la distribution des soins aux toxicomanes infectés. La toxicomanie existe, l'infection VIH existe. Il est peu vraisemblable qu'elle s'adapte à un système classique. Le contraire est donc souhaitable. Il faut penser en terme de redéploiement pour le système de santé et d'action sociale, mais il faut faire vite, il faut utiliser les filières de prise en charge déjà connues, vaincre les réticences du personnel et le former.

Dans un premier temps, après le résultat de l'examen sérologique, il existe une angoisse régressive très demandeuse d'intervention d'un système, qui doit obligatoirement proposer une solution provisoire, qui comporte au minimum écoute et orientation.

L'accueil médicalisé propose une réponse technique, mais il est incapable - dans la très grande majorité des cas - de proposer une prise en charge spécialisée en toxicomanie, de proposer un suivi prolongé.

Pour les centres spécialisés en toxicomanie, c'est exactement l'inverse et leur fonctionnement risque d'être menacé. Pourtant, l'institution spécialisée doit s'adapter à l'épidémie, au risque de devenir inutile : à elle revient ce travail de prévention, qui consiste à accompagner la séropositivité qui n'a pas besoin de traitement, d'aider les sujets à mourir s'il y a lieu. Nous ne pouvons plus nous contenter de l'amateurisme et de la naïveté d'autrefois.

Dès lors, les réponses opérationnelles sont centrées autour de 2 axes : formation du personnel et articulation des compétences avec tout un système de relais, qui permettent aux uns et aux autres d'intervenir à leur place. Si l'information est utile, elle ne peut en aucun cas remplacer la formation. Pour ce faire, des associations spécifiques se sont créées dans beaucoup de pays. De tels relais permettent d'alléger le coût global et la durée des soins hospitaliers, de continuer le suivi médical et psychologique. Ils constituent par ailleurs un poste permanent et fixe de références.

La pression quantitative imposera inévitablement une démarche adaptative et qualitative, qui sera indispensable lorsque le Sida aura perdu son aspect de maladie vedette.

De la séropositivité au SIDA

Résumé d'une analyse, effectuée à partir d'une institution de soins pour toxicomanes, qui avait pour thème la séropositivité et le Sida.

"Le service a mis en place, mi 1984, une sérothèque. Tous les toxicomanes hospitalisés en ont été informés. Ainsi, dès qu'un test de dépistage a été mis au point, on a pu tester rétrospectivement tous les sérums et poursuivre cette opération jusqu'à fin 1987. Dans le même temps, un projet de recherches a été conçu, associant 14 institutions dans la même région, pour faire une étude longitudinale du devenir des patients. L'anonymat a

compliqué la tâche et a nécessité, ce qui semble positif, des contacts de proximité. Pour des raisons budgétaires, au fur et à mesure, le suivi s'est rétréci. La population concernée était constituée de toxicomanes par voie intraveineuse, au total 143 personnes, dont 45 femmes. Son âge moyen était de 24 ans. L'âge moyen des débuts d'utilisation de la seringue était de 18 ans. Les opiacés représentaient 100 % des produits injectés.

Ces mêmes personnes auraient eu en moyenne 3 partenaires sexuels durant les 6 derniers mois. Les antécédents suicidaires étaient très fréquents (68 % des cas), ainsi que la présence d'anticorps du virus de l'hépatite B (75 % des cas). Lors du contact initial, 23,5 % des 183 toxicomanes étaient séropositifs. Ce chiffre tombait à 14,9 % pour les femmes.

On a posé en 1986 la question : savez-vous si vous êtes porteur du virus ? La réponse a été négative dans 83 % des cas. Pourtant, à la question : "Voulez-vous savoir si vous l'êtes ou non ? 90 % ont répondu OUI.

En mai 1986, 65 % des sujets prêtaient leur seringue et 55 % ne la désinfectaient jamais, seuls 12 % utilisaient des seringues à usage unique. Quant au comportement sexuel à cette époque, seuls 6 % avaient une activité homosexuelle alors que 11,7 % n'avaient aucune activité sexuelle. Le taux de prostitution était de 6,4 %.

Un an après, s'établissait un nouveau contact. 49 % des sujets y ont répondu. Dans la quasi totalité des cas, il y a eu contact direct entre toxicomanes et l'équipe qui les suivait. Une seule séroconversion a été trouvée et il n'y avait aucune aggravation clinique chez les séropositifs initiaux. 15 mois en moyenne après la cure, 58,5 % des sujets utilisaient la seringue contre 100 % initialement. Le pourcentage de ceux qui prêtaient leur seringue restait inchangé, de même que le pourcentage de ceux qui ne prenaient aucune précaution. Par contre 50 % des sujets interrogeaient leur partenaire, contre 28,2 initialement, 18 % en ce qui concerne l'utilisation des préservatifs, contre 3 % initialement.

Si l'on compare la situation de cette époque, soit fin 1986 début 1987, à celle d'aujourd'hui, nous pouvons dire que la situation s'est nettement améliorée et justifie l'emploi de la pédagogie préventive. Un sondage fait sur 3 semaines, à Marmottan, en 1989, montre que 61 % de la population de notre Centre ne prête plus ses seringues, que 80 % de notre population a fait un test de dépistage. Cette enquête mesure à la fois le chemin parcouru et le chemin à parcourir dans le domaine de la prévention. Cela se justifie encore davantage si l'on étudie la situation des toxicomanes en prison.

La toxicomanie en

prison

À la prison de Fresnes, une étude réalisée en juin 1985 montre un taux de séropositivité de 61 % parmi les toxicomanes. Sur un total de 500 détenus, entre toxicomanes et non toxicomanes, le taux de séropositivité était de 12,6 %. Quand on sait que ce sont les plus pauvres qui vont en prison, on mesure toute l'importance du problème.

En 1987, la sérologie était pratiquée avec le consentement du patient. Seuls 10 % des toxicomanes l'avaient refusée. Parmi les sujets séropositifs, 34 % avaient déjà des signes cliniques. Par contre, plusieurs études ont montré que le taux de détenus séropositifs variait de 10,5 % à 15 % selon les établissements. Cette situation est évidemment liée au nombre de toxicomanes dans la population des détenus. Le temps de doublement du nombre de malades atteints du Sida est, en prison, de l'ordre de 5 mois. Il laisse présager un accroissement considérable de cas de Sida en milieu carcéral. Le risque de contamination sexuelle et sanguine en prison justifierait le développement d'une nouvelle politique à l'égard de cette population.

Les toxicomanes incarcérés connaissent mal les structures de soins et n'y ont guère recours. Ils vivent à l'écart des grands circuits d'information de nos sociétés. Or, cette population est en contact avec d'autres populations à haut risque, notamment les prostituées ou les suicidaires. Cette rencontre des sujets séropositifs et d'autres populations à haut risque pose des problèmes particuliers.

Certains pays commencent à mettre en place une véritable politique d'information préventive et de dépistage des maladies virales liées à l'usage des stupéfiants. À la prison de Bordeaux, une feuille d'information est remise dès l'admission. Tout entrant toxicomane bénéficie d'une information orale complémentaire. Il lui est systématiquement proposé un bilan biologique standard. Les détenus sont informés verbalement par les Médecins des résultats de leur bilan. S'il s'agit d'une femme toxicomane, son attention est particulièrement attirée sur le risque de la grossesse pour elle et son enfant et sur les dangers de la prostitution. Tout toxicomane séropositif est pris en charge à sa sortie par une antenne de Médecine interne avec qui une liaison est assurée pendant l'incarcération. Si le toxicomane séropositif le souhaite, le service médical reçoit le conjoint ou la famille. L'accent est mis également sur l'absence de contagiosité au cours des actes de la vie courante. Enfin, un suivi social tente de se mettre en place lors de la sortie. Il va de soi que la prévention n'est pas limitée au seul toxicomane détenu, mais à l'ensemble de la population carcérale.

On constate, en prison comme dans les institutions, que le toxicomane est demandeur d'une information et d'un dépistage. Les sujets séropositifs réclament le plus souvent un suivi. Contrairement à l'opinion admise, les toxicomanes se préoccupent de leur santé et ne sont pas imperméables aux mesures de prévention tertiaire. Mais si le non-partage des seringues est assez facile à obtenir, l'habitude d'utiliser des préservatifs est plus difficile à acquérir. Il faut dire que l'annonce par un Médecin de la séropositivité, faite dans le cadre d'une prise en charge personnalisée n'induit pas - dans l'immense majorité des cas - une réaction psychologique catastrophique. Il faut répéter l'information, car souvent on assiste à la mise en place de mécanismes de déni. La prévention auprès des toxicomanes incarcérés se justifie d'autant plus que ce travail est souvent impossible à réaliser à l'extérieur. Sauf à être de mauvaise foi, on ne peut nier la fréquence des relations homosexuelles en prison et le risque de contamination des autres détenus qui en découle. Ceci amène à envisager ce qui se passe à l'extérieur, dans la rue.

Les adultes-relais ont eux aussi besoin d'information

Deux exemples :

un pharmacien d'officine et un policier.

Le pharmacien d'officine est pourvoyeur de drogues, c'est-à-dire de produits détournés de leur usage. Il est également pourvoyeur d'informations.

Très souvent, les toxicomanes tentent d'obtenir des produits par la ruse, la fraude ou la violence. Lorsqu'on parle de la drogue, on parle de seringues et de préservatifs. Actuellement, après 17 années d'interdiction, la vente des seringues est devenue libre. Ce changement brutal d'attitude ne s'est pas passé facilement : beaucoup de pharmaciens, qui n'ont pas encore mesuré le danger du Sida, restent réfractaires à cette vente.

On attend également du pharmacien un travail de pédagogie à chaque vente de seringues. Quant aux préservatifs, ils réapparaissent en masse et les pharmaciens devraient faciliter la vente, fournir des indications pratiques pour leur usage. Le pharmacien est souvent le seul interlocuteur de santé des toxicomanes très marginalisés.

À l'opposé du pharmacien se trouve le policier.

Dans un pays comme la France, il y a eu 40 000 interpellations pour usage de stupéfiants en 1988, ce qui témoigne une sorte d'essoufflement de la toxicomanie en France. Une personne sur trois utilise de l'héroïne, la drogue la plus responsable de toxicomanie par voie intraveineuse.

Les policiers s'étonnent de l'ambiguïté du décret sur les seringues, indiquant que la vente aux mineurs sans ordonnance reste prohibée. Ils suivent attentivement les expériences d'échange de seringues. D'après les policiers Hollandais, cette mesure contribue efficacement à la prévention de la contamination par le virus du Sida. Aux USA, où la vente des seringues n'est pas libre, existe un marché noir florissant. Les policiers sont sceptiques sur l'effet des mesures de prévention et estiment que le Sida n'est qu'un risque supplémentaire que les toxicomanes acceptent de courir. Ils estiment que la mesure de libéralisation n'influe en rien sur le volume du phénomène toxicomaniaque. Ils craignent que, de mesure en mesure, on aille jusqu'à décriminaliser l'usage de l'héroïne. Comme les autres, les policiers constatent que la crainte du Sida est de nature à modifier le comportement des toxicomanes. Ils sont aussi inquiets sur le fait que les toxicomanes jettent les seringues sans précaution après usage. Enfin, les policiers s'inquiètent de leur contamination et voudraient être mieux informés, car une certaine peur se glisse dans leurs rangs.

Conclusion

Toutes les données quantitatives et qualitatives montrent que les toxicomanes qui fréquentent les institutions changent de comportement. Cependant, la consommation d'héroïne n'est pas associée au fait d'être en bonne santé. Plus on s'éloigne de la population suivie en institution, moins la réflexion sur le rapport entre Sida et drogue se fait. Par ailleurs, les notions de maladie et de bonne santé sont très confuses chez le toxicomane. Pour un toxicomane, être malade ce n'est pas attraper le Sida, c'est ne pas être normal. La question du Sida vient bouleverser les ordres de représentation des toxicomanes.

Le Sida, maladie grave, n'est pas lié à la drogue, mais à la pratique de l'injection et des

rapports sexuels. Elle implique, pour le malade, un pronostic qui relève du destin ou de la fatalité. Cette mentalité est d'autant plus marquée que les sujets sont plus désocialisés. Dans l'état actuel de nos connaissances, nous disposons de différents moyens, dont la conjugaison peut permettre une prévention efficace. Nous manquons d'une conception qui ne soit pas globaliste, qui prenne en considération la complexité du contexte social de la toxicomanie. Il faut mettre dans la rue autant d'anthropologues que de travailleurs sociaux, car c'est à partir de la rue, non pas à partir de l'hôpital, que nous arriverons à contrôler la propagation du Sida, que nous pourrions éviter le grand renfermement qui a eu lieu autrefois pour la lèpre ou la peste.

Comment reconnaître que son enfant s'adonne à la drogue ?

La "cécité familiale" est constante : un temps de latence (de une à plusieurs années parfois) sépare le début de la consommation d'héroïne et la découverte de la toxicomanie par la famille, même quand le jeune habite encore au domicile de ses parents.

Pourtant, toutes sortes d'appels ont été lancés : échec scolaire, fugues, manifestations dépressives... Encore faut-il pouvoir les interpréter.

Certains parents disent avoir eu des doutes, mais rarement ont-ils entraîné une discussion entre eux et leur enfant. Un malaise s'est installé progressivement. Les parents remarquent un comportement différent, un peu "bizarre", un amaigrissement... Malgré cela, une impossibilité à parler subsiste.

Face à ce silence, le jeune va souvent provoquer la crise, laisser traîner une seringue quelque part... Cette découverte va jouer un rôle primordial dans l'histoire des relations familiales. Les réactions des parents sont très diverses. Certains, très culpabilisés de la toxicomanie de leur enfant, sont prêts à en assumer la responsabilité. D'autres rejettent au contraire toute responsabilité et accusent de façon véhémement les dealers, les trafiquants, les copains...

Il faut retenir le caractère insupportable de cette découverte pour les parents. Il semble que la plupart d'entre eux aient, à ce moment-là, une sensation d'abattement et d'impuissance. Le mythe de la famille unie et sans problème s'effondre.

Le problème majeur de la toxicomanie est un problème d'écoute et de communication.

À partir du moment où la toxicomanie est nommée, la famille va de crise en crise. Entre chaque crise, une sorte de statu quo se réinstalle. On peut souvent observer deux faits :

- la réinstallation du "déli" familial après la "découverte" de la toxicomanie de l'enfant. Entre chaque crise les parents refusent de voir que le jeune se drogue toujours.

- l'existence de relations beaucoup plus faciles entre le jeune et la famille, lorsqu'il se drogue toujours.

La conduite à tenir

Les parents sont les personnes les mieux placées du monde pour savoir s'ils doivent ou non s'inquiéter. Ne connaissent-ils pas leur enfant mieux que quiconque ?

Le sens de leur demande, lorsqu'ils consultent un thérapeute, tient en fait à la difficulté à cerner le normal et le pathologique dans la conduite d'un adolescent : à partir de quand des phases d'opposition, de repli sur soi, un fléchissement scolaire ou des fugues deviennent-ils alarmants ?

Tous les adolescents passent par une phase difficile. Ils ont besoin de leur jardin secret, auquel les parents n'ont pas accès. Ils ont aussi besoin de prouver leur valeur, parfois de prendre des risques... Il est donc difficile pour les parents de savoir si leur inquiétude justifie ou non d'en appeler à un Médecin ou à un spécialiste.

Avant d'entreprendre une telle démarche, ils préféreraient avoir leur propre idée sur la question. Cela peut même guider le Médecin pour cerner le caractère inquiétant des troubles d'un adolescent : tant que sa conduite est un appel et s'adresse à l'entourage, elle n'est pas trop pathologique. Même si le contact est difficile, voire violent, le dialogue n'est pas rompu et c'est là l'essentiel. Quand le jeune s'isole, ne s'adresse plus aux autres, il peut être utile de faire appel à un tiers extérieur. Et il est évident qu'en un ou deux entretiens avec un adolescent, le spécialiste saura assez exactement où celui-ci en est. Souvent, même, il est possible d'avoir une idée assez claire, simplement en discutant une ou plusieurs fois avec les parents. Mais cette démarche n'est pas facile. C'est pourquoi le Médecin de famille reste le plus souvent le premier interlocuteur des parents.

Les différentes possibilités de traitement

Plusieurs solutions s'offrent au toxicomane. Elles ont un point commun qui, s'il ne constitue pas une condition suffisante au succès, n'en est pas moins indispensable : le jeune doit avoir décidé lui-même d'en finir avec la drogue, de se soumettre à un traitement.

La cure de désintoxication en milieu hospitalier est une des solutions proposées.

Elle est toujours courte (8 à 10 jours), se décide entre le toxicomane et le spécialiste. Elle doit surtout être préparée :

L'hospitalisation en urgence, pour se sortir d'un problème quelconque (judiciaire, pression familiale...) est toujours un échec.

La préparation se fait au cours de consultations avec le thérapeute et un infirmier de l'hospitalisation, qui expliquent au jeune le contrat moral par lequel il s'engage à respecter les règles de l'institution qui va l'accueillir. Ce contrat peut se résumer ainsi : pas de drogue, pas de violence, pas de visites, pas de sortie, pas de téléphone durant cette hospitalisation. Les soignants, eux, s'engagent à être présents, disponibles le plus possible, à aider le jeune durant cette période difficile qu'est le sevrage.

Le rôle du thérapeute est aussi de ne pas entretenir l'illusion d'un sevrage "miracle", qui va résoudre tous les problèmes.

Afin de calmer les effets physiques du manque, un traitement adapté est proposé à titre d'aide : quelques tranquillisants, sans abus, des antispasmodiques décontractants, des médicaments susceptibles de calmer les symptômes du manque sans entraîner de dépendance (ce qui exclut les produits opiacés, les barbituriques et les amphétamines), des hypertenseurs.

Les centres spécialisés sont peu nombreux, submergés de demandes d'hospitalisation.

Une cure de sevrage peut très bien être conduite dans un hôpital général. De plus en plus de services acceptent de recevoir des toxicomanes pour un sevrage. À Paris, il n'existe qu'un centre spécialisé possédant sa propre hospitalisation : le centre médical Marmottan. D'autres équipes spécialisées assurent les consultations pour toxicomanes et hospitalisent en milieu psychiatrique (à Paris, c'est le cas de la consultation à Sainte-Anne) et en hôpital général. Les hôpitaux généraux et les hôpitaux psychiatriques acceptent les toxicomanes pour une cure de sevrage dans leurs propres services d'hospitalisation.

Il existe aussi des cures en ambulatoire, sans hospitalisation.

Bien entendu, lors d'un sevrage ambulatoire, le jeune aura intérêt à renoncer à voir ses amis toxicomanes, à éviter les endroits de fréquentation habituels, rompre tout contact avec la drogue ou ce qui la lui rappelle. Ce type de sevrage offre souvent de meilleurs résultats à long terme. Cependant, la cure ambulatoire est une période difficile, qui nécessite souvent une aide médicamenteuse, un soutien du spécialiste qui le guide et de l'entourage.

La cure hospitalière et la cure ambulatoire ne sont qu'une étape très courte dans le trajet qui permet de sortir de la dépendance à un produit. Ce serait un leurre de penser que les médicaments, même bien adaptés pour soulager, vont tout résoudre.

Le soutien psychologique à long terme, l'entourage, la famille, l'environnement ont une importance bien plus grande que n'importe quel médicament "miracle".

Les centres de postcure.

Les cures de sevrage ne "guérissent" pas les toxicomanes. Il ne suffit pas d'arrêter un produit pour considérer que tout est résolu. Il y a l'après-sevrage.

Que peut-on proposer à un toxicomane qui désire se couper de son milieu : "se mettre au vert", la postcure.

Il existe des centres de postcure en province ou à Paris. Le passage par une postcure n'est pas indispensable. Une majorité des toxicomanes n'y passe pas et ne ressent pas le besoin de partir en postcure. Ils préfèrent partir chez des amis en province, dans leur famille, ou retourner chez eux.

La postcure et la réinsertion sont deux étapes différentes : les post-cures ne sont pas des lieux de formation professionnelle. Les centres de postcure ont souvent un fonctionnement différent mais ont les mêmes principes de base : la première exigence est l'abstinence du sujet, indispensable à la poursuite des soins. La reprise de l'intoxication entraîne en général l'exclusion immédiate du centre.

Diverses activités sont proposées dans les centres de postcure, qui permettent une mise à distance de la dépendance, le retour d'un nouveau rythme de vie, à la fois physique et moral. À travers la vie en commun avec les éducateurs, la

En cas de besoin

Il n'est pas dans les intentions de la Fédération Nationale de Protection Civile de donner une liste exhaustive des différents centres, services, associations qui existent partout en France pour aider les toxicomanes et leurs familles. La FNPC préfère limiter ces renseignements d'ordre pratique à quelques éléments, soigneusement sélectionnés :

■ numéros de téléphone où chacun sera sûr, à tout moment, quel que soit le lieu de son appel, d'obtenir un conseil ou les coordonnées de l'établissement le plus proche capable de répondre à son besoin du moment : écoute, aide psychologique, demande de traitement, informations pratiques,

■ serveurs Minitel susceptibles de fournir la liste complète des différentes structures qui existent dans ce domaine, la liste très détaillée des différents services qu'elles peuvent rendre.

Si vous utilisez le téléphone

■ Centre médical Marmottan, 19 rue d'Armaillé 75017 Paris. Tél. : 01 45 74 00 04

■ Hôpital Fernand WIDAL, 200 rue du Faubourg Saint-Denis 75010 Paris. Tél. : 01 40 36 89 88

■ Centre hospitalier Sainte-Anne, Pavillon Benjamin Ball, 1 rue Cabanis 75014 Paris. Tél. 01 45 65 80 64

■ Centre Didro, 9 rue Pauly 75014 Paris. Tél. 01 45 42 75 00

Si vous utilisez le minitel

■ 3615 code TOXITEL.

Ce serveur présente un annuaire (classé par région) des centres spécialisés dans l'aide aux toxicomanes (soins, contacts téléphoniques...). La plupart du temps, la fiche de chaque organisme donne ses coordonnées, la liste des services qu'il peut rendre (accueil, information, documentation, formation, soins, sevrage, suivi, réinsertion), ainsi que des informations très précises sur les heures d'ouverture, les critères d'admission, etc. Toxitel propose aussi une documentation : livres pour les professionnels de l'éducation et du socio-éducatif, pour les jeunes et pour les familles, titres de films vidéo et adresses où l'on peut se les procurer, ou encore adresses de centres de documentation. Toxitel fournit en outre une information Sida.

■ 3613 code JUSTEX

C'est le serveur du Ministère de la Justice. En 4 chapitres, il fournit les renseignements essentiels que l'on peut souhaiter, lorsque l'on est confronté à un problème de drogue :

- prévention (conseils aux parents)
- répression
- centres d'accueil et de soins
- documentation destinée aux jeunes (par tranche d'âge).

dynamique du groupe, les activités d'éveil et de rencontre, une communication va s'établir. Presque tous les centres de posture actuels mettent l'accent sur la dimension relationnelle dans leur façon d'accueillir les toxicomanes. Leur principal souci est de ne pas créer une nouvelle dépendance non plus à un produit mais à une institution faisant du toxicomane "guéri" de drogue un assisté à vie.

Les familles d'accueil.

Considérée en premier lieu comme un espace chaleureux et personnalisé, la famille d'accueil est souvent le lieu d'une communication plus spontanée. Elle peut être un point de repère supplémentaire, où les retours sont possibles, ou le point de départ vers un essai de vie provinciale simplement, ponctuellement, un lieu de repos, de mise à distance.

La diversité des lieux et des personnes apporte une grande souplesse d'actions dans les possibilités d'accueil. Le choix des familles est rigoureux. L'équipe chargée de les sélectionner s'intéresse aux motivations de chacun des membres de la famille, aux conditions de vie qu'aura le toxicomane, à la capacité d'écoute des uns et des autres.

Les motivations des familles d'accueil sont diverses. L'argent ne peut pas en être une. En effet, la DDASS (Direction Départementale de L'Action Sanitaire et Sociale) donne une indemnisation très modeste (de l'ordre de 100 à 120 francs par jour). Certaines familles possèdent de petites entreprises artisanales ou agricoles et proposent un accueil et une réinsertion professionnelle. D'autres, s'étant retirées dans des campagnes isolées (Ardèche ou autre), ont tout simplement envie de faire partager leur vie, le retour à la nature, à un jeune en difficulté. C'est aussi une façon pour eux de rompre leur isolement. Malgré une forte demande, il y a peu de familles sélectionnées et les échecs sont aussi imprévisibles que fréquents. Nous avons à reconsidérer les séjours en famille d'accueil avec plus de justesse et offrir un accompagnement plus attentif sur place, tout au long du séjour, l'élaboration de contrat évolutif individualisé débouchant parfois sur une autonomie personnelle sociale progressive dans la région d'accueil.

Le secouriste face à un toxicomane en état de détresse

En France, chaque année, 100 à 200 personnes meurent d'une overdose. Ce sont, presque toujours, des adultes jeunes. Ces centaines de morts sont tout à fait évitables. S'il apparaît hélas difficile de diminuer le nombre de toxicomanes, il est par contre très facile d'éviter que la dose injectée pour obtenir un paradis artificiel ne devienne une overdose, responsable d'un décès. Les situations de détresse que l'on peut rencontrer chez un toxicomane sont en fait de deux types : l'état d'agitation aiguë et la détresse ventilatoire aiguë. Dans chacune des deux, le secouriste a un rôle important à jouer.

L'état d'agitation aiguë :

Il est très fréquent, dû au produit lui-même : LSD, cocaïne, amphétamine etc. Le plus souvent le toxicomane, même occasionnel, présente une

personnalité fragile, mal structurée. Le contact avec autrui est difficile, le toxicomane se réfugie dans une évasion, une ivresse, qui lui donne l'impression de communiquer, s'épanouir. L'appartenance à un groupe (la bande), l'adoption de références particulières (musiques, vêtements, langage) sont autant de manifestations de cette difficulté de communiquer, de se situer dans la société. L'état d'agitation doit être compris comme un langage, une tentative de communiquer avec les autres. Ce mode d'expression est frustré, mal structuré, agressif, mais dirigé vers autrui pour signifier une souffrance interne, un désir de communication. Il faut donc que le secouriste reste un "interlocuteur valable" pour permettre cet échange. Un état d'agitation est souvent secondaire à l'impossibilité de cet échange. C'est par la parole et les mimiques que les hommes communiquent entre eux. Pour rétablir le contact, qui est perdu ou se fait mal, le secouriste doit parler à l'agité, montrer que son discours est amical : ton de parole mesuré et sincère, gestes apaisants.

Comment s'y prendre :

Il convient tout d'abord d'éviter que l'agitation de la victime ne se transforme en agression contre les autres ou contre lui-même. Écarter tout ce qui pourrait servir d'armes éventuelles (cou-teaux, objets pointus ou contondants), attention aux fenêtres en hauteur d'où elle pourrait se précipiter. Éventuellement sortir d'une pièce dangereuse pour aller dans une autre pièce au contenu moins agressif (chambre). La contention physique ne sera réalisée que devant un risque agressif pour les autres ou pour lui-même évident. Établir un contact en permettant au sujet de s'exprimer verbalement. Ce n'est pas difficile, le plus souvent il suffit de lui parler calmement, sans détour, sans feinte, avec sincérité et considération : se présenter soi-même, dire pourquoi on est là, demander son nom à la victime, lui faire raconter son histoire, lui faire se raconter. Dès que le contact verbal est rétabli, il ne l'est en général qu'avec une seule personne, l'entretenir sans essayer de se substituer au Médecin, à la famille, au conjoint, etc. Il faut se méfier du groupe que constituent les sauveteurs, la victime a l'impression d'être agressée par ce nombre et ne peut avoir un dialogue avec tous. Il faut donc savoir sortir du groupe et s'adresser à l'agité "d'homme à homme", ce qui facilitera pour lui sa prise de parole. Trop souvent ce mode d'expression rudimentaire et inapproprié qu'est l'agitation, est traité par une agitation équivalente du groupe "sauveteur", qui ne fait qu'entretenir le tableau. Il faut savoir sortir du cercle vicieux. Ce n'est pas facile et il faut beaucoup de sang froid et de self contrôle. Mais reconnaître cette situation de blocage et vouloir y remédier est souvent récompensé par une accalmie et une aide de la victime d'autant plus gratifiante qu'elle rétablit un contact souvent perdu depuis longtemps.

La détresse ventilatoire aiguë

C'est la cause de la mort brutale des toxicomanes. C'est cette détresse que le secouriste doit savoir prendre en compte absolument. Son mécanisme est double. Il doit être bien compris.

La perte de connaissance

Ces produits entraînent un trouble de la conscience. Trop fortement dosé, il vient entraîner

une perte de connaissance et un coma plus ou moins long. C'est d'ailleurs l'effet recherché par le toxicomane. Au moment de la prise de drogue (particulièrement en injection), le drogué est assis ou accroupi. Sous l'effet de l'absorption du toxique, il perd conscience et s'affale (sa tête tombe en avant, en flexion) ou s'allonge sur le dos. Dans les deux cas, s'installe une obstruction des voies aériennes supérieures par la langue et l'épiglotte. Cette obstruction est majorée par une hypersécrétion due aux produits. Cette perte de vigilance installe une obstruction obligatoire des voies aériennes supérieures qui impose : déflexion de la tête par manœuvre tête basculée en arrière associée à l'élévation du menton, et, si une ventilation est rétablie après deux insufflations, installation en position latérale de sécurité (PLS). Une surveillance attentive particulièrement de la ventilation est alors nécessaire jusqu'à récupération d'une conscience parfaite.

La dépression ventilatoire

C'est le deuxième mécanisme : les produits dérivés de la morphine inhibent le centre de commande des mouvements du diaphragme et du thorax qui assurent la ventilation. Le centre de commande de la ventilation, placé dans le cerveau (plancher du 4^e ventricule) est désactivé. Le cerveau n'envoie plus d'influx nerveux qui provoquent la ventilation. Le sujet ne ventile plus. Lorsqu'on s'approche de lui, on constate qu'il s'est pratiqué une injection (matériel en place ou à proximité), il est affolé ou bien inconscient, ne présente pas de ventilation. C'est l'overdose, le sujet est en danger de mort par anoxie. Le plus souvent, son cœur bat encore, un pouls carotidien est perceptible.

Il faut alors immédiatement dégager ses voies aériennes supérieures (par les manœuvres habituelles de désobstruction et de bascule de la tête en arrière - élévation du menton) et pratiquer une ventilation artificielle. Celle-ci est le plus souvent très efficace et peut faire revenir rapidement le sujet à la conscience. Mais il faut savoir que le produit n'a pas encore été totalement éliminé et que, si l'on arrête la ventilation artificielle, la victime va retomber dans le coma.

C'est donc une véritable assistance ventilatoire, qu'il faut savoir effectuer, en attendant (10 minutes à 20 minutes le plus souvent) que le produit soit suffisamment éliminé pour permettre au centre de commande de la ventilation de reprendre son activité. Cette détresse ventilatoire aiguë est la cause des morts par overdose. La conduite à tenir est simple : examiner le sujet, constater qu'il est inconscient, vérifier la ventilation, le pouls. Le plus souvent le pouls est présent, il s'agit d'une overdose : allonger la victime si ce n'est pas déjà fait, basculer la tête en arrière - relever le menton, pratiquer deux insufflations. Si la ventilation ne reprend pas, continuer la ventilation artificielle, si elle reprend d'une manière satisfaisante (plus de 6 mouvements par minute, sans cyanose), installer la victime en PLS et surveiller. Il conviendra d'alerter ou de faire

alerter les secours (18 ou 15) pour obtenir le renfort d'une équipe de secouristes avec son matériel et/ou une équipe médicalisée.

En cas de détresse cardio-ventilatoire associée (arrêt de la circulation, arrêt de la ventilation), il conviendra de pratiquer l'association ventilation-massage cardiaque externe.

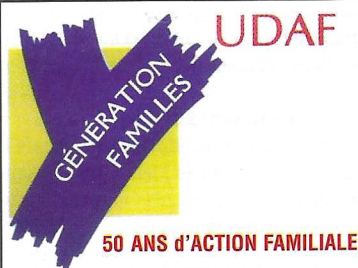
Conclusion

Si le problème général de la toxicomanie dépasse l'action du secouriste, bien qu'il puisse et doive y contribuer positivement par une attitude volontariste de lutte contre ce fléau social, la prise en charge des états de détresses aiguës, qui en sont secondaires, sont directement de son ressort.

Chaque année, deux cents jeunes meurent de consommation de drogue. Si leur camarade, le témoin occasionnel, le secouriste présent, mettaient immédiatement en œuvre les manœuvres simples de secourisme que sont libération des voies aériennes et ventilation artificielle, nul doute que ce chiffre serait diminué de façon considérable. L'image de l'adolescent, recroquevillé dans les WC publics, abandonné par la "bande" qui a contribué à le mettre dans cet état de détresse ventilatoire aiguë, ne devrait plus exister en cette fin de XX^e siècle.

Dégager les voies aériennes, ventiler par bouche à bouche suffit à éviter la mort de ce jeune, qui paie trop cher son évasion artificielle, pour qui son "mal de vivre" adolescent a revêtu effectivement et définitivement l'image de la mort ■

Par la "Fédération Nationale de Protection Civile" ("Protection Civile" n°25)



UNION DÉPARTEMENTALE DES ASSOCIATIONS FAMILIALES DE LOT-ET-GARONNE

7, rue Roger Johan

BP 219 - 47006 AGEN Cedex

Tél. : 05 53 69 37 37 - Fax : 05 53 69 37 85

L'UDAF, ses missions

Les Unions Départementales des Associations Familiales - UDAF - sont présentes dans tous les départements français. Organisme semi-public, régi par le Code de la Famille, elles ont pour missions de :

- 1) Donner leur avis aux pouvoirs publics sur les questions d'ordre familial et de leur proposer les mesures qui paraissent conformes aux intérêts matériels et moraux des familles ;
- 2) Représenter officiellement auprès des pouvoirs publics l'ensemble des familles et, notamment, désigner ou proposer les délégués des familles aux divers conseils, assemblées ou autres organismes institués par l'Etat, le département, la commune ;
- 3) Gérer tout service d'intérêt familial dont les pouvoirs publics estimeront leur confier la charge ;
- 4) Exercer devant toutes les juridictions l'action civile relativement aux faits de nature à nuire aux intérêts des familles.

UDAF 47, familles du Lot-et-Garonne

Au cœur de l'Action Familiale, l'UDAF avec ses 71 associations et 5 218 familles adhérentes, peut vous aider à apporter des solutions dans les domaines suivants :

SERVICES GÉNÉRAUX

- 1 - Secrétariat du Conseil d'Administration. 2 - Aide aux Associations. 3 - Documentation et information. 4 - Secrétariat de la Médaille de la Famille Française.

SERVICE SOCIAUX

- 1 - Tutelles aux Prestations Sociales Enfants. 2 - Tutelles aux Prestations Sociales Adultes. 3 - Tutelles aux Majeurs Protégés. 4 - Soutien Scolaire en Milieu Familial.

Union Départementale des Associations Familiales du Lot-et-Garonne

7, rue Roger Johan - BP 219 - 47006 AGEN Cedex

Tél. : 05 53 69 37 37 - Fax : 05 53 69 37 85

Médailles d'honneur des Sapeurs-Pompiers.

Promotion du 14 juillet 1997.

Or :

M. André VENIER

Vermeil :

M. Gilles PITOUX
M. Jean-Claude GRODECOEUR
M. Henri BARBECANNE
M. Bernard GARDERE
M. Jacques CONSOLLE
M. Jean-Pierre DUPRE
M. René BENCE
M. René MONDOT
M. José LHERISSON
M. Francis POUZALGUES
M. Alain PARREL
M. Jean BROUENS

Argent :

M. Philippe TEULIERE
M. Jean-Michel COURBIN

M. Christian BAUDEQUIN
M. Michel CARTAUD
M. Philippe MASSA
M. Dominique CHASTEAU
M. Jean-Pierre TEYSSIER
M. Iréné HUMEAU
M. Jean-Claude MOURLEAU
M. Christian DOUMERGUE
M. Jean-Claude DENIEUL

Promotion du 1^{er} janvier 1998.

Or

Lieutenant Jack BETOULIERES ... CS La Sauvetat

Vermeil

Sapeur Christian DESCUBE CPI Bruch
Lieutenant Alain LACRAMPE CS Aiguillon
Sergent Robert TROUGNAC CS Monflanquin
Caporal Robert MARENGO CS Barbaste
Serg.-Chef François DELMON ... CS Castillonnes
Sapeur Roger HUGOU CS Castillonnes

Sapeur J. BARRIEU CS Port-Sainte-Marie
Sapeur André BEZOS DFCI
Sergent-Chef Claude BESSE CS Villereal
Sergent-Chef CS Meilhan-sur-Garonne
Jean-Claude PIOVESAN

Argent

Capitaine Pierre BLIN CS Miramont
Sapeur Alain SEUBE CPI Bruch
Caporal-Chef Yvon BORDES DFCI
Capitaine Bernard CHAUVINEAU CS Duras
Sapeur Jean-Pierre LABONNE CS Duras
Sapeur Jean-Louis COAN CS Duras
Sergent-chef Alain ESPAGNE .CPI Mas d'Agenais
Sergent Frédéric DUJARDIN District de
l'agglomération Agenaise
Caporal-Chef
Gilbert VAN DEN BON CPI Lamontjoie

Carnet et nominations

Mariage

Sergent-Chef Jean-Louis LAMBROT, du Centre de Secours de la Sauvetat de Savères, le 28 juin 1997.



Naissance

Géraldine est très heureuse de vous annoncer la naissance de son petit frère Victor, le 3 août 1997, au foyer de ses parents, Marie-Christine et Jean-François DELAGARDE, à Aiguillon, où son papa est adjoint au Chef de Corps

Nomination

Le Sergent Jean-Louis LAMBROT est nommé Chef de Corps par intérim des Sapeurs-Pompiers Volontaires de la Sauvetat de Savères, à compter du 24 septembre 1997.



LE LABORATOIRE DES EAUX

(Laboratoire Départemental d'Hygiène)

"L'eau, GUENON cette substance universelle" René

L'eau est tout à la fois notre mère, puisqu'elle est la première matrice de la vie, et notre compagne, puisqu'elle habite toutes nos cellules.

Mais plus prosaïquement, et en pratique, l'eau est d'usages divers : elle désaltère la soif, elle prend toutes les formes, elle est vecteur, elle dissout, elle purifie, etc.

L'eau est un patrimoine irremplaçable soumis à un cycle : elle descend des cieux et sourd des entrailles de la terre.

Un vieux texte indien résume bien ce cycle de l'eau, qui symbolise la régénérescence **"de l'océan viennent les nuages. Des nuages nous vient la pluie. De la pluie naissent les rivières. Et des rivières naît l'océan. Ainsi va le cycle de l'eau. Ainsi va le cycle du monde"**.

Nous avons ici les trois fonctions symboliques essentielles de l'eau :

1. Source de vie, par le mystère de nos origines
2. Purification par ses multiples usages
3. Régénérescence par son propre cycle.

Notre intervention, en tant que Laboratoire Départemental d'Hygiène (appelé Laboratoire des Eaux), va consister à **contrôler l'état de l'eau** empruntée et restituée à son cycle naturel.

L'eau, en perpétuel mouvement, va passer de l'état naturel au "robinet" afin d'assumer différents usages humains. Ces usages multiples et variés vont constituer de véritables boucles de dérivation dont il faudra assurer la maîtrise :

- des ressources
- de la distribution
- de l'assainissement
- de l'épuration.

La maîtrise du cycle de l'eau est fondamentale, pour répondre aux exigences d'une eau de qualité et d'un environnement respecté. C'est à ce niveau du contrôle de la qualité de l'eau que se situe notre action. Notre rôle de Laboratoire d'Hydrologie agréé par le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Environnement est double : référence et conseil.

- contrôle sanitaire des eaux de consommation humaine, d'après les décrets établis par les ministères : analyses bactériologiques, analyses physico-chimiques, analyses spécialisées (pesticides, métaux lourds...)
- contrôle des eaux de loisirs (baignades, piscines...)
- contrôle des stations d'épuration, de rejets d'usine, de lixiviats de décharge
- rôle de conseil auprès des consommateurs et des usagers.

Aujourd'hui, chacun a compris que l'eau dans ses multiples aspects est un élément de notre patrimoine et doit être respecté comme tel ; il est donc nécessaire de surveiller, de contrôler la qualité de l'eau ; nous y participons modestement au niveau départemental.

Si chacun, dans son domaine (privé, collectif, professionnel...) agit avec sagesse, on peut espérer que nos enfants penseront à nos rivières en récitant La Fontaine :

"L'Onde était transparent ainsi qu'aux plus beaux jours..."

Négligence et incurie seront alors prosrites et les laboratoires de contrôle devenus inutiles ; mais cela est une autre histoire !

Philippe CALESTÉMÉ
Capitaine, Pharmacien Chef Adjoint du SDIS



**Avec nous,
consommez tranquille**

**LABORATOIRE DES EAUX
CENTRE HOSPITALIER D'AGEN**
Route de Villeneuve - 47923 Agen CEDEX 9
Tél et fax : 05 53 69 75 11

Le laboratoire départemental du Centre Hospitalier d'Agen effectue pour le compte de l'État des analyses d'eau, mais également pour les collectivités, entreprises, particuliers...

Le laboratoire est agréé par le Ministère de la Santé et de l'Environnement.

Son équipe :

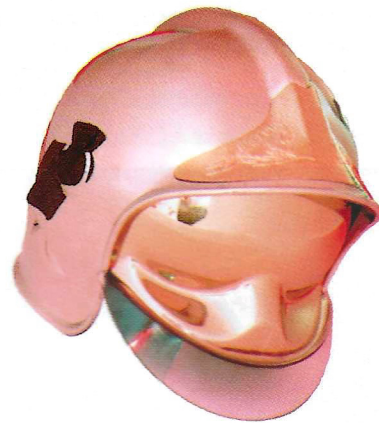
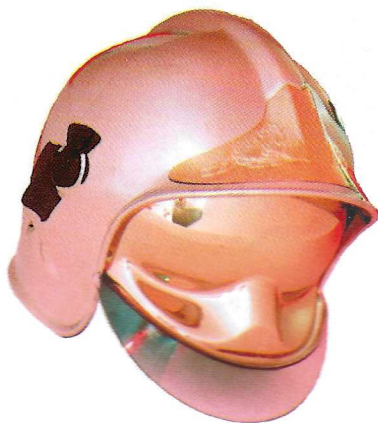
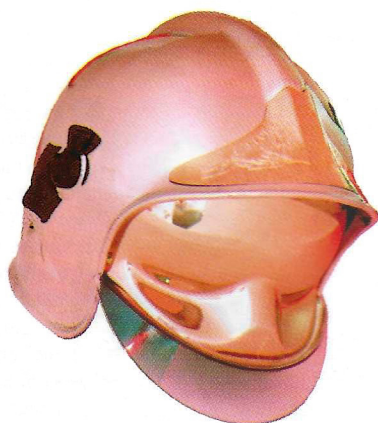
- Responsable : Dr Philippe CALESTÉMÉ
- Techniciennes : Maryse COLIN et Liliane QUENON.

Son rôle :

- Contrôle sanitaire des eaux de consommation humaine, d'après des décrets établis par le ministère de la santé et de l'environnement.
- Contrôle des eaux de loisirs, conformément aux décrets
- Conseil auprès des consommateurs et usagers.

Permanence :

du lundi au vendredi, de 8 heures à 16 h 30



Casteljaloux :

congrès départemental des Sapeurs-Pompiers de Lot-et-Garonne

Pas de précipitation pour la départementalisation !

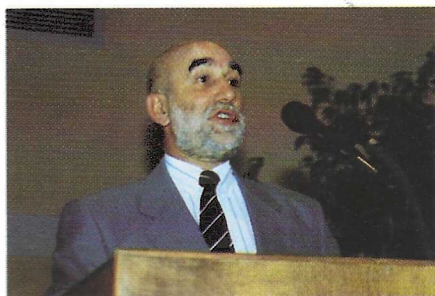
C'est dans un climat de sérénité que s'est déroulé le congrès départemental de l'UDSP 47, à Casteljaloux, selon le programme suivant :

- 8 h 30 à 11 h 45 : assemblée générale de l'Union Départementale des Sapeurs-Pompiers de Lot-et-Garonne, salle polyvalente.
- 11 heures à 11 h 45 : arrivée des autorités, fin des travaux et discours de clôture.
- 12 heures : défilé motorisé de 26 véhicules.
- 12 h 15 : réception et vin d'honneur offert par la municipalité de Casteljaloux.
- 13 heures : banquet officiel.

UN NOUVEAU BUREAU A ÉTÉ FORMÉ, AINSI COMPOSÉ :

- Président : Capitaine GILLES CAZALIS (Damazan)
- Présidents délégués : Capitaine THÉMISTA (Casteljaloux) et Sergent-Chef Danièle DUCOUSSO (Mézin)
- Vices-Présidents : Lieutenant SALINAIRES (Agen), Lieutenant FÉLTRE (Villeneuve-sur-Lot), Lieutenant VERGNE (Marmande) et Caporal-Chef LATASSE (Nérac)
- Secrétaire Général : Adjudant CROZET (Buzet)
- Trésorier Général : Lieutenant DARQUÉ (Cocumont)
- Secrétaire adjoint : Caporal-Chef ELOY
- Trésorier adjoint : Lieutenant ANTOINE

"La départementalisation sera ce que nous en ferons", a indiqué sans ambage le **Président André TOURON**, nouveau "patron" du **Conseil d'Administration du SDIS 47**, face aux inquiétudes des uns et à la volonté des autres de faire avancer ce dossier encore épineux. Il a récemment tenu le même discours consensuel, fin novembre dernier, en recevant une délégation mandatée par l'UDSP 47 et conduite par son Président, venue déposer une motion, dont les différents points ont retenu son attention.



Le Président TOURON

Auparavant, le congrès avait été ouvert par le Lieutenant-Colonel DUFUST, DDSIS 47. Suivaient les traditionnels mots de bienvenue prononcés par le Maire de Casteljaloux.



Le Directeur Départemental, Lieutenant-Colonel DUFUST



Le Maire, Monsieur GUÉNIN

Prenant place à la tribune, le **Président CAZALIS** ouvrait la séance : "Chers amis, au nom de l'Union Départementale des Sapeurs-Pompiers de Lot-et-Garonne, je tiens à vous exprimer toute notre gratitude pour avoir accepté que ce congrès se tienne à Casteljaloux et d'avoir mis également à notre disposition, les moyens matériels et techniques relatifs à son bon fonctionnement. Mes remerciements vont également au Lieutenant-Colonel DUFUST, DDSIS et Chef de Corps de la DFCI de Lot-et-Garonne, ainsi qu'aux gradés et Sapeurs qui n'ont pas ménagé leur temps pour organiser notre congrès. Qu'ils en soient fortement félicités.

Je déclare ouvert le 23^e congrès de l'Union Départementale des Sapeurs-Pompiers de Lot-et-Garonne. Bon congrès à tous et encore merci M. le Maire de Casteljaloux d'avoir bien voulu organiser

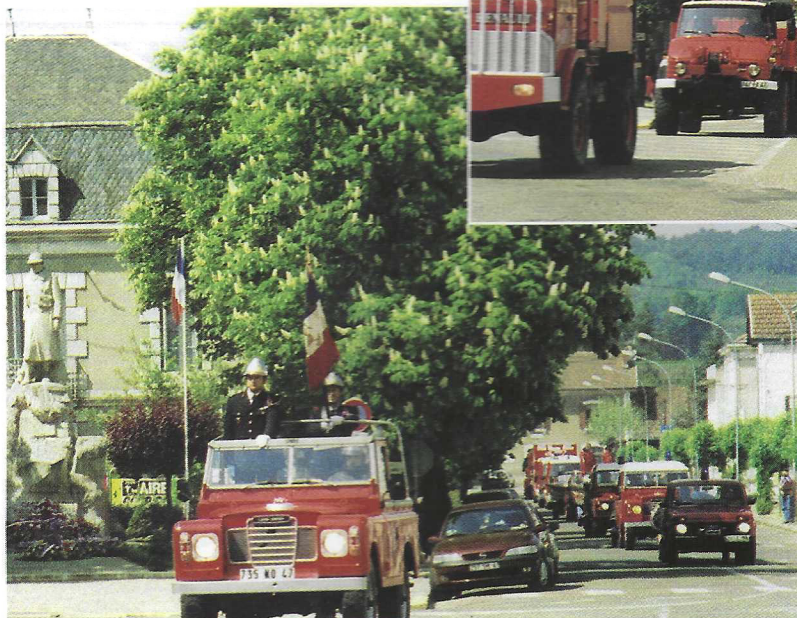
ce congrès dans votre commune qui, me semble-t-il, deviendra au fil des ans un important centre thermal où les Sapeurs-Pompiers pourront devenir des curistes de qualité, en venant s'y ressourcer".

Le Secrétaire Général, l'Adjudant CROZET, procédait à la lecture du rapport moral :

"Voilà un an, nous étions en congrès à Laplume, dont nous gardons d'ailleurs un excellent souvenir, par une journée ventilée et sèche. Aujourd'hui, la situation est encore plus tendue et ne fait que mettre en valeur le mérite des organisateurs, de nos amis qui nous reçoivent, car ils doivent avoir un œil sur le bon déroulement du congrès, mais aussi sur nos forêts. Qu'ils en soient remerciés. Espérons que tout le monde puisse profiter de cette journée, qui s'annonce studieuse et agréable.

Tout de suite après le rapport financier de notre Trésorier Général vous seront présentés les rapports de nos différentes commissions. Je peux vous assurer que ces commissions ont fonctionné dans un excellent état d'esprit.

Pour parfaire ce fonctionnement, notre Conseil d'Administration s'est réuni trois fois cette année, conformément aux statuts. Nous pouvons cependant regretter de ne pas être davantage sollicités. Je sais que votre présence ici traduit un minimum d'intérêt, mais il faut être conscient qu'à l'aube de la départementalisation, notre Union Départementale est la seule instance représentative reconnue par



les autorités et la Fédération. Il paraît donc imprudent de se disperser en d'autres groupes... Il convient, et c'est urgent, de mettre en commun nos idées et nos énergies, nous rassembler tous, sans différence de grade, de qualité ou de catégorie, sous la bannière de l'Union. Plus de la moitié de l'effectif des Sapeurs-Pompiers du Lot-et-Garonne adhère à l'Union. C'est bien, mais ce n'est pas assez.

Nous pouvons nous réjouir du respect et de la reconnaissance dont bénéficient nos candidats sortants. En effet, aucune candidature nouvelle m'a été enregistrée, garantissant ainsi leur réélection, dont celle de notre Président. Cette situation ne peut que conforter notre Président qui, tout au long de l'année, se démène contre vents et marées, compensant même les faiblesses des uns et des autres par son énorme disponibilité. Merci Président !

Mais plutôt que de se faire cirer les pompes, je suis persuadé qu'il préférerait avoir à défendre beaucoup plus de dossiers, à débattre de nombreux autres problèmes. Pour ceci, je crois aussi qu'il est bien entouré. Alors nous vous y invitons : vous avez sûrement des questions à poser, des problèmes à résoudre, des critiques à émettre. Pour ce faire, vous avez nos coordonnées, ou l'occasion de nous rencontrer au hasard des différentes manifestations. Parlez-nous, haut et fort, mais ne jasons pas. Une ruche est tellement plus agréable quand elle ne contient que des abeilles et pas de faux bourdon !



Le Secrétaire Général de l'UD 41,
Adjudant CROZET

Concernant la départementalisation, trop peu d'entre vous ont répondu à la lettre du Président. Peut-être avez-vous eu l'occasion de poser vos questions aux différentes réunions de groupements. Dans ce cas tant mieux. L'application des lois du 3 mai 1996 se précise. Cependant, subsistent ou apparaissent des inquiétudes : taux de vacation, acquis sociaux et avantages divers. Malgré le ton paternaliste et rassurant de notre Directeur, il y a des questions sans réponse et aussi des points pour lesquels la loi n'a rien prévu. Tout devra être traité au cas par cas, souligne notre Directeur, très attentif à nos soucis. Il faut le saluer pour cette disponibilité et cette souplesse de dialogue. Il conviendra de constater que ces lois incitent beaucoup et obligent peu. Elles emploient plus souvent le "pourra" que le "devra". Alors, M. le Directeur, encore un exercice de style. Est-ce que celui qui pourra devra et est-ce que celui qui devra pourra ?



Enfin, j'aborderai un dernier chapitre, qui me tient à cœur : le rôle, voire l'avenir des Corps de Première Intervention. Notre Directeur nous a rassurés à maintes reprises : pas question de se passer des 350 Volontaires constituant l'effectif des CPI du Lot-et-Garonne. Mais il aurait été si simple de les englober dans le cadre des lois. Bien que nous fassions confiance à notre Directeur, il n'empêche que nous faisons figure de parents pauvres. Et pourtant : mêmes contraintes, même formation, même disponibilité. Mais voilà, de par un règlement opérationnel qui a sûrement besoin d'être dépoussiéré, qui nous contraint de n'intervenir que sur la commune siège du centre, et encore avec certaines limites, contraintes de regarder passer devant nos casernes les collègues des Centres voisins, même si nous sommes les plus proches du sinistre. Pour ce qui est des appels en renfort, alors on parle carrément d'utopie.

Alors certains diront, ce n'est pas du ressort de l'Union. Mais en lisant les statuts on trouve ceci, chapitre I, 6^e paragraphe : "L'Association a pour but d'étudier toutes questions se rattachant à l'organisation des Sapeurs-Pompiers, au développement et à l'amélioration du service public dont ils ont la charge dans le domaine du secours, de la prévention et de l'incendie, du temps de paix comme du temps de guerre, dans le cadre communal et départemental, ainsi qu'à l'intérieur des districts ou communautés urbaines. Alors, en tant que Secrétaire Général, c'est un appel que je lance. J'espère qu'il sera entendu.

Avant de passer la parole au Lieutenant DARQUÉ, notre Trésorier Général, merci pour votre attention et bon congrès !"

Le rapport moral du Secrétaire Général était voté à l'unanimité, de même que celui des finances, sanctionnant ainsi très positivement une saine trésorerie, après approbation du Commissaire aux comptes.



La Clique des SP de Mezin

Le Lieutenant FELDRE ouvrirait le feu des rapports de commission, faisant un point précis sur la situation du Volontariat.

Lieutenant FELDRE

Suivaient le rapport du Service de Santé et de Secours Médical, par le Médecin-Commandant HORDERN, puis celui des sports, par le Capitaine THEMISTA.

Capitaine THEMISTA



Le rapporteur de la Mutuelle Nationale des Sapeurs-Pompiers, M. JARRIGE, prenait à son tour la parole :



"Je voudrais remercier tout d'abord le Président de l'Union Départementale d'avoir accordé un temps de parole à la Section Départementale de la MNSPF. Après 3 ans d'existence, j'en rappelle très brièvement le rôle :

- défense et information des adhérents,
- représentation auprès des instances départementales

Elle voit l'ensemble de ses efforts, en matière de communication, récompensés. En effet le nombre d'adhérent ne cesse de se multiplier et le cap des 720 Sapeurs-Pompiers adhérents est aujourd'hui dépassé.

Dans leur rôle de défense et d'information des adhérents, les délégués du département ont obtenu des avancées :

- adoption, par la MNSPF, des souhaits formulés par de nombreux adhérents. À savoir : attribution d'une prime naissance de 400 F pour les couples mutualistes et revalorisation du forfait optique de 250 F (passé de 500 F à 750 F), à compter du 1er janvier 1997.

Les délégués ont aussi déposé auprès du Conseil d'Administration de la MNSPF un catalogue de propositions, dans le cadre de l'amélioration des prestations délivrées portant sur :

- la revalorisation du forfait chambre particulière,
- la mise en place d'un forfait prothèses dentaires,
- la refonte du calcul des cotisations prenant en compte la situation professionnelle des adhérents.

De plus, dans le souci permanent de veiller à l'essence même du mouvement mutualiste c'est-à-dire la SOLIDARITÉ, le référent social de la section départementale, M. BIRGINIE, voit sa tâche se multiplier, en raison du développement de la précarité, qui touche également le monde des Sapeurs-Pompiers. Je rappelle que son action se limite à la politique d'aide arrêtée par la MNSPF, en liaison et à la demande des correspondants locaux. Celle-ci vient en complément de la mission dévolue au délégué social départemental désigné par chaque Union Départementale, qui agit au sein du service social de la Fédération Nationale des Sapeurs-Pompiers. Grâce à la présence de plus en plus nombreuse des correspondants locaux et des Chefs de Corps aux réunions préparatoires des assemblées générales de la MNSPF, à la concertation de plus en plus étroite avec l'Union Départementale, la section de Lot-et-Garonne, 1re section créée au niveau national, représente une force de propositions son négligeable auprès de la MNSPF et du mouvement mutualiste, qui se trouve en pleine mutation. Il convient donc de poursuivre dans cette direction et de rester vigilants quant à l'avenir, notamment par rapport à la départementalisation.

Je termine mon propos en soulignant que la Mutuelle Nationale des Sapeurs-Pompiers, Mutuelle de tous les Sapeurs-Pompiers, n'existera et n'évoluera que par vous, avec vous !



Un point était présenté par le Lieutenant LATASTE, sur la situation des Professionnels, qui elle aussi est en position d'attente de la parution de décrets.

Les Vétérans étaient également au cœur des débats, représentés par le Lieutenant MEROT.



Le Lieutenant MEROT Jean, Président, au sein de l'UDSP 47, de la Section Vétérans. Pilier revendiquant avec force, le social des Vétérans, et des reversions aux veuves de leur allocation.



Concernant l'action sociale, Danièle DUCOUSSO présentait un remarquable dossier :

"Mes propos, une fois encore, vont concerner uniquement l'Œuvre des Pupilles. Tout d'abord, je voudrais évoquer la mémoire du Colonel JAMAIN qui, durant de nombreuses années, a œuvré au service des pupilles. Je vous demande, en toute simplicité, d'avoir une pensée pour "Papa JAMAIN", de garder en mémoire la valeur de son travail. Je vous demande également une minute de silence.

L'année dernière j'avais présenté mon premier bilan sur les Pupilles de notre département. À cette liste, s'ajoutent six enfants :

- de Lavardac : Christophe MARTINEZ (19 ans), Mickaël MARTINEZ (16 ans) et Damien MARTINEZ (13 ans). Leur père, le Caporal MARTINEZ, est décédé hors service.

- de Castillonnès : Virginie GAILLARD (10 ans), Jérôme GAILLARD (8 ans) et Sylvain GAILLARD (4 ans). Leur père, le Sapeur GAILLARD, est également décédé hors service.

L'Œuvre des Pupilles est une magnifique machine qui, tout au long des années, suit nos jeunes dans leurs études, leurs vacances.

Les Corps du Lot-et-Garonne ayant cotisé cette année, directement ou par l'intermédiaire de l'UDSP 47, sont :

- Aiguillon, Damazan, Port Saint Marie, Sainte Livrade, Villereal, Buzet, Laplume, Tombeboeuf, Castillonnès, Mezin, Clairac, Monflanquin, Duras, Layrac

Soit 14 corps d'intervention sur 47

Je vais reprendre mes propos de l'an passé, qui n'ont apparemment pas atteint beaucoup d'entre nous ici présents : "Nous ne devons pas ignorer que le destin peut frapper n'importe qui, n'importe quand, n'importe où. Il n'est pas normal que les uns paient pour les autres, alors que nous sommes tous rangés sous la même bannière".

Je vais encore une fois vous parler chiffres ! Nous sommes 900 à être affiliés à la Fédération. Celle-ci reverse à l'Œuvre un franc par adhérent. Notre moyenne par Sapeur-Pompier est de 14,72 F Notre cotisation pour 1996 est de 14 088 F

Il faut savoir que la somme versée par l'Œuvre à nos familles pour le 4e trimestre 1996 est de 22 220 F en hors service. La cotisation demandée est une vacation horaire par an et par Sapeur-

Pompier. Le compte n'y est vraiment pas ! Des questions, face à cet état de fait, me viennent à l'esprit :

- que faire pour que nous nous sentions tous concernés ?
- dois-je prendre un bâton de pèlerin, et faire le tour du département ?
- dois-je faire une lettre circulaire, qui ne sera certainement pas communiquée, comme la plupart des informations ?
- comment puis-je trouver une écoute dans chaque Corps ?
- il y a peut-être des Sapeurs-Pompiers, en Lot-et-Garonne, qui ne connaissent pas l'Œuvre, ni son action ?
- peut-être se dit-on : "Ce n'est pas la peine de cotiser, on n'en aura pas besoin" ?

Les personnalités lors du dépôt de gerbes, au monument aux morts.



En 1996, 16 de nos collègues sont décédés laissant 31 orphelins. Depuis le 1er janvier 1997, 7 décès et 9 orphelins. Total d'orphelins à l'heure actuelle : 486.

Si tous les départements cotisent aussi peu que le nôtre, que vont devenir les enfants ? La réponse m'a été donnée par l'Œuvre : C'est tout simple, si cela continue, le Lot-et-Garonne ne

bénéficiera plus d'aide et il ne faudra pas venir pleurer.

Après trois disparitions tragiques, depuis notre dernière assemblée générale, l'année a été très sereine.

Je n'ai pas voulu être désobligeante, mais j'ai la fâcheuse habitude de dire ce que je pense, ce que je ressens.

J'espère, simplement :
- pouvoir être "fière" (le mot est faible) de la contribution Lot-et-Garonnaise.

- pouvoir dire : "Les enfants, vous n'avez plus de papa, mais vous nous avez tous !"

Dernier rapporteur à s'exprimer, le Lieutenant VERGNE, a brossé le tableau des JSP :



"Il me revient l'honneur de vous parler des Jeunes Sapeurs-Pompiers du Lot-et-Garonne. Seulement 2 écoles de Cadets subsistent aujourd'hui, qui se partagent 29 jeunes : 15 pour Tonneins, 14 pour Duras.

Ces jeunes, âgés de 11 à 17 ans, apprennent tout ce qui fait le travail du Sapeur-Pompier. Le programme, établi par la commission JSP de la Fédération, est très complet.

● instruction civique, structures et organisation des Corps, Constitution, collectivités territoriales, secourisme AFPS CFAPAS, feu et combustion, matériel d'extinction, engins, RIM, marche générale des opérations, établissements, manœuvres et nœuds, port de l'ARI, transmissions, sport (athlétisme et PSSP).

Ces cours sont dispensés par des Sapeurs-Pompiers Volontaires, qui prennent sur leur temps de loisirs pour s'occuper de ces jeunes, à raison d'1/2 journée par semaine, alternativement : sport, secourisme, techniques Pompiers.

Cette formation débouche sur un examen : le brevet de JSP, organisé en 1996 à Marmande. Que le Commandant DUCHENE et les responsables formation du SDIS en soient ici remerciés. Quatre jeunes ont obtenu ce brevet, en 1996 : trois de Tonneins et un de Duras.

Pour 1997, cette épreuve aura lieu le 17 mai, toujours à Marmande, où nous accueillerons des candidats du Gers.

Ce brevet est un diplôme national, il dispense le Sapeur-Pompier Volontaire de l'année de stage et du TGO. D'autre part, c'est une formation intéressante pour le concours PAO nouvelle formule. Bien sûr, tous ces jeunes ne seront pas Sapeurs-Pompiers Militaires, Professionnels ou Volontaires. Mais tous garderont de leur passage l'état d'esprit d'entraide et d'abnégation qui est le propre de notre profession. Il en est cependant qui sont depuis quelques années à la BSPP ou Professionnels dans de grandes villes. D'autres encore sont venus grossir nos rangs de Volontaires. Ce n'est ni à Tonneins ni à Duras que nous manquerons de Volontaires. C'est là notre plus grande récompense.

Des résultats, les JSP en obtiennent également en sport. Toujours présents dans nos manifestations départementales, ils sont les plus fiers représentants, souvent les seuls, du Lot-et-Garonne, dans les épreuves régionales comme à Saint Jean d'Angely en 1996 ou aux nationales, comme à Auxerre, où Lionel CONSTANTIN, de Duras, a obtenu la 8^e place au PSSP.

Pour une saine émulation, il serait souhaitable de voir s'ouvrir d'autres écoles. La demande est importante ! Si cela est un travail important, la satisfaction qu'en retirent les formateurs l'est encore plus.

Une implication plus grande de la Direction inciterait certainement d'autres Corps à ouvrir une école. Si vous souhaitez mettre en place cet enseignement, le Commandant RAPIN et moi-même sommes à votre disposition pour vous y aider. Je vous encourage à essayer..."

L'arrivée des autorités mettait un terme aux travaux internes. Le Capitaine Gilbert CAZALIS ouvrait le ban des discours :

"Au nom de l'Union Départementale des Sapeurs-Pompiers de Lot-et-Garonne, je voudrais tout d'abord remercier très sincèrement les autorités, qui ont bien voulu honorer de leur présence cette manifestation.

Depuis notre dernier congrès départemental de Laplume, le 21 avril 1996, il s'est passé tellement d'événements qu'il n'est pas possible de garder le silence sur différentes dispositions réglementaires, notamment les lois du 3 mai 1996.



Je ne parle que de la loi relative au développement du Volontariat chez les Sapeurs-Pompiers, qui constitue la première reconnaissance légale de ceux qui, à travers le territoire, assument quotidiennement la sécurité de leurs concitoyens. Celle portant sur l'organisation et le fonctionnement des Corps de Sapeurs-Pompiers sera explicitée par notre Directeur, le Lieutenant-Colonel DUFUST.

Après des années d'attente, de surprises et de déceptions, les Sapeurs-Pompiers Volontaires disposent d'un cadre légal qui leur assure une

égalité par rapport aux Sapeurs-Pompiers Professionnels, à savoir :

- une protection sociale comparable à celle de n'importe quel salarié en charge des accidents ou maladie survenus en service commandé, au titre du régime accident de travail et non plus au titre du régime général maladie.

- l'organisation officielle de la disponibilité pour les Sapeurs-Pompiers, tant Volontaires que Professionnels

J'ai réussi à centraliser autour de moi leur collaboration, leurs espérances, partagées autour de notre Directeur, attentif à nos approches.

J'observe :

- que toute la France et dans tous les domaines est secouée par des manifestations...

- que tous les Sapeurs-Pompiers se mobilisent en silence autour de leur Fédération leur Union Régionale, leur Union Départementale.

- que les contraintes demandées, disponibilité formation (nécessaire) sont prises à bras le Corps par les Centres responsables et leurs personnels

J'observe : les restrictions financières incompatibles avec l'avenir

J'observe : le blocage des revalorisations des vacations, encore, à l'heure actuelle !

- que le futur observatoire départemental sera privé de la présence du Président de l'Union Départemental

- que le "Politique Responsable Financier" choisit le Volontaire comme cible principale et facile.

- que les Vétérans sont sacrifiés, ainsi que leur épouses et leur veuves, sur le 1/3 départemental de la mutuelle complémentaire

- l'assise sûre, syndicale, de nos collègues Professionnels, alors que les Volontaires n'ont que leur Unions pour évoquer leur aspiration.

Je voudrais rêver le contraire, mais que l'on sache que rien n'est plus mystérieux que le silence, arme redoutable mais incontrôlable, quand le raz le bol s'installe.

J'ai confiance en notre Directeur qui, jusqu'à alors, après avoir bien écouté, observé, fait le maximum pour que nos rapports soient sans nuages, met à notre disposition les moyens qui nous manquent.

La disponibilité concerne la formation, l'opérationnel et le recyclage. Dans cette rubrique, une

mention spéciale a été faite pour les cadres spécialisés, en particulier les Médecins, Pharmaciens et Vétérinaires de Sapeurs-Pompiers.

Enfin une égalité des chances pour tous les Sapeurs-Pompiers : si on exige d'eux des niveaux de qualification de plus en plus importants (et ceci semble logique), vu la complexité actuelle des interventions, ils ont obtenu en contrepartie des avantages identiques.

Voilà, en quelques mots, ce que les Sapeurs-Pompiers ont obtenu de leur autorité de tutelle qu'est l'État, ces deux dernières années.

En ce qui concerne les Sapeurs-Pompiers de Lot-et-Garonne, je voudrais, en leur nom, exprimer sincèrement leur inquiétude. Par ailleurs, à la suite de réunions territoriales organisées dans le département de Lot-et-Garonne, au cours desquelles des élus départementaux participaient, il semblerait que le Conseil Général de Lot-et-Garonne ne participe plus au tiers des cotisations sociales versées aux Sapeurs-Pompiers Volontaires pour les nouveaux adhérents. Si cette information s'avère fondée, je considère qu'il s'agit d'une régression dans la protection sociale des Sapeurs-Pompiers Volontaires, pourtant votée par le Conseil Général de Lot-et-Garonne depuis plus de 20 années. Et qui, à cette époque, portait sur une grande reconnaissance des soldats du feu par le département. Je souhaite donc, M. le Président du Conseil Général, que vous puissiez apporter un démenti à cette rumeur.

D'autre part, après un refus de l'assemblée départementale de verser le 1/3 de la cotisation familiale des retraités, est-ce que cette subvention sera figée ou pourra-t-elle être reprise sur le budget de la départementalisation ou sur l'enveloppe budgétaire du Conseil Général ?

Pour ce qui intéresse l'allocation de vétérance, versée par le SDIS aux anciens Sapeurs-Pompiers Volontaires, les nouveaux retraités seront-ils compris dans l'enveloppe financière départementale ? Actuellement, sur une année, ces retraités (Officiers confondus) perçoivent 5,06 francs par jour, soit 1 848 F par an pour 25 ou 30 années de service ! Le montant de cette allocation pourra-t-il être revalorisé sur des critères portant sur l'attribution d'au moins deux vacations horaires par année de service, avec un maximum de 25 années. Reste bien entendu l'aval de l'État pour obtenir cette nouvelle disposition qui, je le rappelle, est demandée depuis plusieurs années, sans résultat.

M. le Préfet, je m'adresse à vous pour renouveler l'inquiétude des Sapeurs-Pompiers Volontaires du département de Lot-et-Garonne, sur deux points particuliers, à savoir :

- la création de l'observatoire départemental des Sapeurs-Pompiers Volontaires, prévu par un texte ministériel, qui ne semble pas avoir vu le jour. Qu'en est-il ?

- la revalorisation des vacations horaires versées aux Sapeurs-Pompiers Volontaires. D'ailleurs, la circulaire ministérielle portant sur les nouveaux taux des vacations horaires n'a pas été diffusée par notre autorité de tutelle, au titre de l'exercice 1997. Que peut-on en penser ?

Avant de terminer mon propos, je remercie tous ceux qui nous ont apporté et nous apportent jour après jour leur concours.

M. le Préfet, merci d'être aussi proche de nous, nous avons ressenti à travers chacune de vos déclarations votre volonté de soutien sincère et attentionné.

M. le Président du Conseil Général, l'amour que vous portez et à travers vous, toute l'assemblée départementale, à nos Sapeurs-Pompiers nous

touche très profondément. Rien ne peut se faire sans compréhension mutuelle et vous facilitez, par tous vos moyens, le dialogue et la concertation. Bien que quelques zones d'ombres subsistent et qui, je le souhaite, se régleront dans l'avenir. Nous vous remercions très sincèrement pour votre attachement si fervent.

Messieurs les élus, merci de rester à notre écoute, pour les démarches que vous avez déjà entreprises ou que vous serez amenés à entreprendre pour nous, dans le cadre de la départementalisation des Services de Secours et d'Incendie notamment.

M. le Maire de Casteljaloux, votre belle cité accueille pour la première fois le congrès départemental des Sapeurs-Pompiers. Nous avons tous été enchantés de préparer avec vous et vos responsables cette manifestation. Votre détermination et votre soutien ont éclairci la situation aux moments critiques. Les Sapeurs-Pompiers de Lot-et-Garonne vous remercient chaleureusement pour l'accueil réservé. Merci à tous vos collaborateurs, tant élus, qu'administratifs ou techniques.

Mon Colonel, Directeur des Services d'Incendie et de Secours de Lot-et-Garonne, la clairvoyance du fonctionnement des Corps de Sapeurs-Pompiers que vous avez sous vos ordres nous fait réellement plaisir. Vous savez diriger vos hommes, avec détermination et conviction, mais vous êtes le premier à donner l'exemple. Notre tâche commune, que nous avons à accomplir, mission parfois périlleuse, parfois décourageante, toujours passionnante. Permettez-moi de formuler le vœu de continuer à œuvrer aussi positivement dans les années à venir.

Aujourd'hui, nous sommes réunis pour faire le point sur des sujets préoccupants et d'actualité. Nous devons continuer à réfléchir, à nous concerter et à imaginer notre service public du XXI^e siècle. "L'avenir est à ceux qui osent", dit-on généralement.

J'aimerais, en guise de conclusions, dire un proverbe : "La route n'enseigne pas au voyageur ce qui l'attend à l'étape".



Nous dirons donc en paraphrasant cette maxime : "Il n'est pas facile de deviner - pour qui que se soit - ce que sera l'avenir. C'est en faisant bien ce que nous avons à faire aujourd'hui que nous le préparons le mieux !"

Des réponses étaient apportées par le Président du Conseil Général et le Préfet, aux questions posées par le Président CAZALIS, qui apportèrent de l'espoir dans les rangs.

Ainsi, de tous les débats menés lors de ce congrès, il ressort que chacun est pour la départementalisation, d'ailleurs inéluctable, mais dans le cadre d'un dialogue préalable, constant et constructif.

Les décorés du Congrès de Casteljaloux furent nombreux en cette année 1997.



NE VIVONS PAS DE CE QUE NOUS RECEVONS MAIS DE CE QUE NOUS DONNONS

Si vous désirez
AIDER LES ORPHELINS DE SAPEURS-POMPIERS DÉCÉDÉS
EN SERVICE COMMANDÉ

Vous pouvez le faire :

- en effectuant un legs,
- en faisant un don à notre Œuvre.

Parlez-en à votre Notaire, il vous conseillera.

NOUS VOUS REMERCIONS DE VOTRE AIDE



Œuvre des Pupilles Orphelins de Sapeurs-Pompiers
27, rue de Dunkerque 75010 PARIS
Tél. 01 45 26 54 39

Association déclarée conformément à la Loi de 1901
Reconnue d'Utilité Publique (décret du 28 janvier 1928)

AUX ANNONCEURS

*L'Union Départementale des Sapeurs-Pompiers de Lot-et-Garonne
et l'Agence de Presse "Société Française de Diffusion"*



*tiennent vivement à remercier
les fidèles annonceurs qui figurent dans cette revue.*

*Organe de communication et d'information,
ce "Sapeur-Pompier de Lot-et-Garonne"
ne saurait être édité sans votre soutien.*

*Que le vent du succès gonfle les voiles de votre dynamisme,
tel est le vœu que nous formulons à votre égard.*

*Toutefois, nous vous mettons en garde contre certains démarcheurs
peu scrupuleux qui, abusant de l'image des Sapeurs-Pompiers,
servent avant tout leurs intérêts personnels, basement matériels.
Merci de faire la différence en nous honorant de votre confiance.*

*Notre délégué, J-L. AYACHE,
est la seule personne habilitée par l'Union Départementale
des Sapeurs-Pompiers de Lot-et-Garonne
à recueillir vos insertions publicitaires au nom de la revue
"Le Sapeur-Pompier de Lot-et-Garonne".*

**POUR TOUS RENSEIGNEMENTS, AVANT SIGNATURE,
PRENEZ CONTACT AUPRÈS DU :**

Capitaine Gilbert CAZALIS

**Président de l'Union Départementale
des Sapeurs-Pompiers de Lot-et-Garonne
Centre de Secours - 47160 DAMAZAN
Tél. : 05 53 88 73 18**