



PLAN GOUVERNEMENTAL
DE LUTTE CONTRE LES DROGUES ILLICITES,
LE TABAC ET L'ALCOOL
2004-2005-2006-2007-2008

7, rue saint Georges 75009 PARIS
téléphone 01 44 63 20 50 – télécopie 01 44 63 21 00
www.drogues.gouv.fr

SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
Orientations générales Suivi et évaluation	
1. PREVENIR.....	9
1.1 Cannabis : casser l'expansion du cannabis	
1.2 Drogues de synthèse : surveiller, alerter, informer	
1.3 Alcool : abaisser les consommations d'alcool aux seuils définis par l'OMS	
1.4 Tabac : empêcher ou retarder la première cigarette, inciter et aider les fumeurs à arrêter de fumer, protéger les non fumeurs	
1.5 Sécurité routière et prévention des accidents du travail : dissocier consommation de drogues et d'alcool et conduite de véhicule ou tâches à risque	
2. RESPONSABILISER L'ECOLE, LES PARENTS, LES JEUNES, LES MILIEUX DU TRAVAIL, LA CITE, LE MILIEU PENITENTIAIRE.....	18
2.1 L'Ecole : créer les conditions d'une prévention effective et adaptée à tous les niveaux de la scolarité	
2.2 Parents : renforcer le rôle éducatif des parents dans la prévention	
2.3 Milieux sportifs : sensibiliser les jeunes et les cadres	
2.4 Milieu de travail : adapter les actions de prévention aux conditions d'emploi et de travail	
2.5 Agir dans la cité : intégrer la dimension drogues aux actions dans les zones urbaines sensibles	
2.6 Milieu pénitentiaire : développer la prévention	
3. INFORMER, EXPLIQUER ET CONVAINCRE	25
3.1 Conduire un programme cohérent et diversifié de communication publique à visée préventive	
3.2 Diffuser une information scientifique mise à jour en permanence	
3.3 Consolider des centres de ressources au niveau régional et local comme support du développement de la prévention	
3.4 Diversifier les modes de réponse des services téléphoniques et d'Internet	
4. AMELIORER LA REPONSE DU SYSTEME DE SOINS A L'USAGE NOCIF ET A LA DEPENDANCE.....	30
4.1 Documenter les comportements de consommations, repérer l'abus ou la dépendance le plus tôt possible	
4.2 Développer, organiser et optimiser l'offre de soins	
4.3 Innover, diversifier, consolider les réponses à la toxicomanie	
4.4 Améliorer la prise en charge des usagers incarcérés	
4.5 Développer un programme crack à Paris, aux Antilles et en Guyane	
4.6 Promouvoir l'addictologie comme soutien de l'enseignement, de la formation et de la recherche	

5. RETABLIR LA PORTEE DE LA LOI.....	41
5.1	Faire évoluer et respecter les législations relatives au tabac et à l'alcool
5.2	Faire évoluer le dispositif de sanction de l'usage de stupéfiants par des instructions générales de politique pénale aux parquets
5.3	Rendre plus performante l'articulation Justice/Santé
5.4	Harmoniser les pratiques pénales dans les contentieux de l'usage et de l'incitation à l'usage
5.5	Renforcer les moyens de lutte contre le trafic
5.6	Lutter contre le trafic local notamment par un recours soutenu à l'enquête de patrimoine
5.7	Adapter le dispositif répressif aux nouvelles formes de trafic organisé
6. AMPLIFIER LA MOBILISATION DU DISPOSITIF D'OBSERVATION ET DE RECHERCHE AU SERVICE D'UNE ACTION PLUS EFFICACE.....	52
6.1	Améliorer l'efficacité des protocoles thérapeutiques
6.2	Améliorer les connaissances sur les parcours de consommation, les dommages sociaux et sanitaires induits et les méthodes de prévention et d'éducation à la santé
6.3	Analyser les logiques économiques à l'œuvre sur les grands marchés réglementés
6.4	Appréhender les mécanismes de fonctionnement des marchés de produits illicites
6.5	Améliorer les outils disponibles pour surveiller l'apparition de nouvelles drogues, évaluer leur dangerosité, anticiper les risques
7. RECENTRER L'ACTION EXTERIEURE DE LA FRANCE DANS LA LUTTE CONTRE LA DROGUE	58
7.1	Œuvrer au rapprochement des politiques des Etats de l'Union européenne en matière de substances psychoactives
7.2	Participer plus activement aux débats en cours dans les autres enceintes internationales
7.3	Intensifier les contacts bilatéraux
7.4	Développer les actions d'assistance technique
8. RENFORCER LA COORDINATION INTERMINISTERIELLE AU NIVEAU CENTRAL ET TERRITORIAL	62
8.1	Développer une coordination interministérielle forte
8.2	Optimiser le maillage territorial
9. EVALUER L'ACTION GOUVERNEMENTALE AVEC DES OBJECTIFS QUANTIFIES	68

INTRODUCTION

La consommation d'alcool, de tabac ou de drogues illicites, est un phénomène qui touche -directement ou indirectement- **l'ensemble de la population française**.

En effet, aux dommages sanitaires (mortalité prématurée, maladies), à la désinsertion de l'usager que risquent d'entraîner certaines consommations, s'ajoutent des dommages pour autrui et pour la collectivité (accidents, violences, délinquance).

Les conséquences de cette consommation en font donc *un problème majeur tant de santé publique que de sécurité*.

Pour réduire l'impact des drogues et de leurs conséquences néfastes, **une action efficace est avant tout une action déterminée utilisant tous les leviers de l'action publique** (application de l'éventail législatif, information et prévention, système de soins, coopération internationale) et **mobilisant l'ensemble des acteurs sociaux** qui, chacun (jeunes, parents, enseignants, éducateurs, policiers, juges, soignants, chercheurs, agents économiques, associations), ont un rôle à jouer pour améliorer la réponse de la société aux risques liés à l'usage et à l'abus des drogues.

En particulier, face à l'évolution des consommations il y a **une urgence : créer à l'école une prévention précoce, intense et à tous les niveaux de scolarité**.

- L'action gouvernementale est guidée par des objectifs et des principes clairs.

- **Des objectifs complémentaires :**

- **Réduire les consommations** ; on ne peut accepter aujourd'hui le développement massif, notamment chez les jeunes, de pratiques addictives qui menacent la santé des personnes mais aussi l'ordre public et la cohésion sociale.
- **Réduire l'offre** par une efficacité accrue de la lutte contre les trafics et par le démantèlement des filières d'approvisionnement.
- **Un impératif : l'efficacité**. La politique publique doit rendre des comptes sur les résultats de ses actions ; elle doit inscrire l'évaluation au cœur de son dispositif, afin d'en perfectionner en permanence les instruments et les outils.
- **Une méthode** : pour être efficace, toute action doit **s'appuyer sur des bases scientifiques** régulièrement mises à jour et conduire à un travail de pédagogie et de responsabilisation des citoyens.
- **Une conviction** : le gouvernement doit prendre appui sur la totalité du triptyque de la norme internationale : prévention, réduction de l'offre, réduction de la demande. Il constitue une force de proposition pour la rendre plus efficace notamment pour la lutte contre les nouvelles drogues de synthèse.

- **Des valeurs humaines : respect et refus de toute stigmatisation des personnes.** Ces valeurs accompagnent les actions d'information, de prévention, de soins et de répression. Elles sont animées par une vision humaniste au service de la société et des individus.

- Elle est axée sur des priorités définies, traduites en objectifs opérationnels et épidémiologiques à cinq ans : le plan quinquennal 2004-2008.

- Les jeunes générations inspirent les priorités du plan gouvernemental. Celles-ci consomment de façon de plus en plus précoce et sont confrontées à une offre croissante, en particulier de cannabis et de drogues de synthèse. **Le plan gouvernemental accorde donc une place majeure à la prévention. Un programme ambitieux sera mis en œuvre en direction des adolescents et des jeunes pour empêcher ou retarder l'expérimentation des différentes substances. Les parents et l'école y seront étroitement associés.**
- Une lutte déterminée sur tous les fronts est engagée contre le tabac.
- Le plan s'attaque à l'acceptation encore trop complaisante des nuisances liées à l'alcool.
- Il vise à réduire les inégalités face aux drogues résultant de facteurs sociaux, collectifs et individuels, et mobilise le système de soins contre toutes les formes de dépendance.
- Compte tenu de ces objectifs ambitieux qui nécessitent des changements profonds, la durée du plan a été fixée à cinq ans. Cette durée a été recommandée par la Cour des comptes dans son dernier rapport.

- Elle intègre dans un programme cohérent et global la spécificité des produits dans un objectif d'efficacité.

Ce plan gouvernemental prend en compte les politiques et les programmes déjà engagés dans les domaines de la santé, de l'ordre public, de la justice, de la politique de la ville. Le plan triennal 1999-2002, prenant acte des résultats de la recherche et des évolutions dans les modes de consommation et les populations concernées, a retenu une approche globale de l'ensemble des substances et des conduites addictives. L'information et la communication ont diffusé ce modèle auprès du grand public. De plus, la formation d'un large éventail de professionnels de la police, de la justice, dans le domaine éducatif ou de la santé a contribué à modifier les bases des pratiques professionnelles.

Cependant, comme le souligne le rapport d'évaluation du plan triennal réalisé par l'OFDT, traduire en action ce concept d'approche globale s'est révélé complexe et difficile. En matière de prévention, les objectifs opérationnels sont restés insuffisamment précis. Dans le domaine des soins, les limites à la traduction concrète de ce concept tiennent à un rapprochement encore insuffisant des pratiques et des réponses médicales en l'état actuel des méthodes thérapeutiques. Enfin, l'approche globale méconnaît les différences entre les produits stupéfiants du point de vue de leur licéité.

C'est pourquoi le Gouvernement a décidé de tirer parti de cette approche dans les domaines où elle pouvait être utile sans en faire le principe directeur de son action qui privilégie une approche pragmatique par produits.

Le plan propose des axes stratégiques pour répondre aux situations nouvelles et améliorer l'efficacité de l'action publique là où elle est insuffisante.

Orientations générales

- Un objectif global mais des stratégies spécifiques

Dans l'objectif d'abaisser le niveau des consommations et des risques, la politique publique doit tenir compte des caractéristiques propres de chaque produit, des déterminants des conduites et des phénomènes culturels et générationnels dans lesquels elles s'inscrivent.

Ainsi le plan gouvernemental définit des objectifs et des stratégies d'action publique qui prennent en compte les conditions concrètes de consommation et de diffusion de chacune des substances entrant dans le champ des drogues et produits addictifs¹.

- Une nouvelle dynamique pour la prévention

Jusqu'à présent inorganisée et hétérogène, la prévention sera orientée par des objectifs prioritaires, elle sera structurée dans des programmes régionaux, assise sur des dispositifs pérennes et professionnalisés.

Si le passage de l'usage à l'abus est loin d'être la règle, le potentiel addictif des produits rend la démarche d'arrêt particulièrement difficile. De plus, l'âge précoce des consommations est un facteur de gravité supplémentaire. Empêcher et retarder l'âge de l'expérimentation sous-tend l'action préventive du plan 2004-2008.

L'expansion continue du **cannabis** en fait un axe prioritaire abordé à travers une éducation systématique en milieu scolaire et un dispositif nouveau de consultations spécialisées au sein des structures existantes pour aider les jeunes dont la consommation dérape.

Le caractère récréatif de la consommation des **drogues de synthèse** atténue la perception de leur dangerosité. Les jeunes doivent être informés, alertés et protégés de leurs risques.

Tabac et alcool ont un impact sanitaire très fort en raison de la taille des populations concernées, du caractère durable de ces consommations au cours de la vie, de la dimension sociale et culturelle de celles-ci et des risques de pathologies graves qui leurs sont associés. Longtemps tolérés, ces risques sont aujourd'hui reconnus. Les pouvoirs publics sont engagés dans des programmes ambitieux associant l'action sur l'offre par le jeu des taxes, des

¹ L'abus et la dépendance associent fréquemment à la consommation d'alcool et de drogues celle de médicaments psychotropes, le plus souvent des benzodiazépines et des anti-dépresseurs. C'est au titre de ces associations et des détournements que ces médicaments entrent dans le champ de la MILDT.

limitations très strictes de la publicité, des restrictions de vente en particulier aux mineurs de 16 ans, une communication préventive intense par de multiples canaux. **L'application des mesures limitant la consommation de tabac dans les lieux collectifs sera réactivée** pour protéger les non fumeurs et jouer un rôle dissuasif vis-à-vis des fumeurs. La dissociation entre conduire un véhicule ou effectuer des tâches à risque, notamment dans le travail, et consommer des substances (alcool et cannabis principalement), doit être recherchée par tous les moyens répressifs et préventifs afin de **poursuivre l'amélioration de la sécurité sur la route et en milieu de travail.**

- Un système de soins plus accessible et plus efficace

A côté de cette politique de prévention vigoureuse, le plan doit aussi s'adresser aux personnes dépendantes ou à risque de le devenir.

La réponse du système de soins commence par le **repérage de l'usage nocif de produits addictifs** pour lequel le rôle des médecins généralistes est essentiel et doit être valorisé.

Ensuite, le chemin ardu de la **sortie de la dépendance** nécessite accessibilité, coordination, multidisciplinarité et renouveau des stratégies thérapeutiques. C'est pourquoi le plan gouvernemental met l'accent sur le **renforcement de l'offre et de la coordination des soins.**

Face à des produits comme l'héroïne, la **diversification de l'offre de soins** est indispensable. Le plan gouvernemental prévoit la **création de communautés thérapeutiques, l'adaptation continue des programmes de substitution et l'expérimentation de programmes innovants.**

Cette amélioration de l'efficacité du système de soins dans le repérage et le traitement sera soutenue par la **création de centres de référence en addictologie.**

La recherche de solutions pragmatiques aux effets dévastateurs du **crack** pour les usagers, les habitants des quartiers qui en subissent les dommages au quotidien, en particulier aux Antilles, en Guyane et à Paris, fait l'objet d'un **programme spécifique** qui utilisera tous les registres d'intervention.

- Rétablir la portée de la loi

La loi régit le rapport entre la société et les individus. Au moment où s'engage un programme visant à faire refluer la consommation de masse du cannabis par les adolescents, l'application de la loi contribuera aux objectifs généraux de prévention en luttant de façon déterminée contre les trafics par des moyens juridiques nouveaux et en utilisant l'interpellation pour usage comme une occasion de rappeler l'exigence de respect de l'interdit légal et le cas échéant d'orientation vers des services appropriés aux situations individuelles.

L'application de l'ensemble de l'éventail législatif doit ainsi servir à la fois les objectifs de santé publique et de sécurité, qu'il s'agisse de la loi Evin qui retrouvera pleinement sa portée préventive, de la répression de la conduite sous l'effet de l'alcool et du cannabis pour améliorer la sécurité routière ou de la lutte contre le trafic ou de la dissuasion des usages.

- Une coopération européenne et internationale amplifiée

L'action internationale doit jouer pleinement son rôle au sein de l'Union européenne **pour tendre à une harmonisation des politiques** tant dans le domaine de l'alcool et du tabac que dans la lutte contre le trafic des stupéfiants. Celle-ci passe par **la coopération avec les pays de production et de transit** qui enregistrent une explosion de la demande avec des conséquences catastrophiques pour des populations très vulnérables. Cette coopération se recherche à travers les organisations internationales, les négociations menées au niveau de l'Union européenne et les accords bilatéraux.

Suivi et évaluation

Les objectifs du plan en termes de réduction des consommations et des risques sont déclinés par substance et quantifiés. Ils seront évalués sur la base d'un ensemble d'indicateurs disponibles à travers les enquêtes d'observation ou les systèmes d'information permettant de resituer la période quinquennale dans les évolutions de long terme (*cf. chap. 9*). Leur réalisation repose sur la mise en œuvre de moyens ou de dispositifs. Ceux-ci sont traduits dans un tableau de bord d'indicateurs chiffrés, variables selon les domaines : indicateurs d'accessibilité, indicateurs d'offres, indicateurs de densité des services, indicateurs d'activité, indicateurs de qualité des procédures, indicateurs épidémiologiques...

L'évaluation du plan reposera sur ce tableau de bord mis au point par l'OFDT et soumis à un comité de pilotage. Les programmes nouveaux seront l'objet d'une évaluation de processus ou de résultats.

1 - PREVENIR

La consommation des substances psychoactives est un phénomène massif et multifactoriel. Les stratégies utilisées doivent se situer simultanément à différents niveaux : législatif, environnemental, éducatif, familial et individuel. Pièce centrale de l'action gouvernementale, la prévention a pour objectifs généraux de :

- décourager l'initiation
- repousser l'âge des premières consommations
- encourager et aider l'arrêt
- prévenir l'usage nocif et le prendre en charge
- réduire les conséquences sanitaires et sociales des consommations.

Les grandes orientations de la prévention devront être traduites en programme dans chaque région sous l'égide du GRSP.

1.1 Cannabis : casser l'expansion du cannabis

Des objectifs spécifiques

La consommation de cannabis n'a cessé de progresser et d'être de plus en plus précoce, au point qu'à l'âge de 18 ans plus de la moitié des jeunes en ont fait l'expérience et qu'elle est devenue presque quotidienne pour une fraction non négligeable de la population adolescente et jeune. Ses effets de détente et d'euphorie lorsqu'il est consommé en petites quantités et de façon occasionnelle, occultent les risques qu'il comporte pour les plus vulnérables ou lorsque son usage devient régulier et intensif. Les risques associés à la consommation de cannabis ont été en effet mieux identifiés et quantifiés au cours des dernières années : altération des performances psychomotrices pouvant être à l'origine d'accidents (surtout en cas d'association à l'alcool), désinvestissement de la scolarité et des apprentissages, évolution vers la dépendance, survenue ou aggravation des pathologies mentales, suspicion d'un risque accru de cancer respiratoire notamment. Si ces risques sont statistiquement faibles, le développement de la consommation et l'existence d'un groupe nombreux de consommateurs intensifs amènent à faire du cannabis une priorité de la politique publique.

La consommation de cannabis a presque doublé entre 1993 et 2002 pour les 18-44 ans.

En 2001, un Français sur cinq a déjà expérimenté le cannabis. Au cours de l'adolescence, l'expérimentation de cannabis croît avec l'âge pour concerner plus de la moitié des jeunes de 18 ans. Parallèlement, cette consommation, majoritairement occasionnelle et masculine, devient de plus en plus régulière avec l'âge chez une fraction des jeunes : ainsi, en 2002, à 18 ans, 24% des garçons et 9% des filles ont un usage régulier (au moins 10 fois dans le mois) de cannabis. Toutefois cette consommation s'arrête pour la majorité à l'âge adulte, et l'usage régulier devient très rare au-delà de 40 ans.

L'**impact** de la consommation de cannabis n'est pas quantifiable par la mortalité et les données manquent pour la morbidité. Selon les estimations disponibles dans d'autres pays, la proportion d'utilisateurs dépendants varie autour de 10% mais est toujours inférieure à 20% des personnes ayant consommé dans l'année. En France, les demandes de prise en charge qui donnent une indication des problèmes générés par les consommations ont augmenté de 40% entre 1997 et 1999 dans les CSST. La demande de soins liée au cannabis représentait en 1999, 15 à 25% des nouvelles demandes, soit entre 15 000 et 16 000 recours.

Si l'accroissement du **risque** d'accidents liés à la consommation de cannabis, principalement quand il est associé à l'alcool, est avéré, la part des accidents de la circulation attribuable à cette consommation est en cours d'évaluation. Des travaux récents apportent des arguments à l'association, longtemps incertaine, entre consommation de cannabis et schizophrénie. De même, quelques résultats vont dans le sens d'une association entre consommation de cannabis et certaines localisations de cancers. Compte tenu des niveaux de consommation d'une partie des jeunes, des effets du cannabis sur le fonctionnement cognitif et la mémoire, on peut suspecter un retentissement sur le développement, l'insertion et les apprentissages à l'adolescence. Cependant celui-ci s'intrique à d'autres conduites à risque et la contribution propre de cette consommation aux difficultés d'insertion n'est pas aujourd'hui appréhendée aussi bien qualitativement que quantitativement.

La revente et le trafic de cannabis contribuent à la délinquance associée à l'**économie parallèle** dans laquelle sont impliqués les adolescents et les jeunes, en particulier les plus défavorisés.

Les objectifs du plan sont de renverser la tendance à l'augmentation de la consommation de cannabis par les adolescents :

- établir et diffuser des repères clairs sur les risques de la consommation de cannabis
- prévenir ou retarder l'âge de *l'expérimentation*
- diminuer l'usage et la fréquence de *l'usage régulier*
- prévenir et prendre en charge de façon efficace *l'abus*
- réduire l'accessibilité du produit par une action sur l'offre (voir chapitre 5).

Un programme

Entre la banalisation par les uns et la diabolisation par les autres, les jeunes rencontrent des difficultés pour mesurer l'impact réel de leur consommation de cannabis dans leur vie quotidienne. Ils redoutent d'être raillés par leurs pairs s'ils évoquent leurs difficultés, étiquetés ou poursuivis s'ils s'ouvrent à un adulte au sein d'une institution ou assimilés à un toxicomane s'ils s'adressent à un centre spécialisé. **Les parents sont tout aussi démunis** et ne savent s'ils doivent fermer les yeux face à une pratique courante à l'adolescence ou s'alerter et adresser en urgence le jeune à leur médecin de famille ou à un centre pour toxicomanes.

C'est pourquoi il faut aujourd'hui entreprendre les actions suivantes :

- mener des **campagnes d'information et de communication** qui préviennent ou retardent l'expérimentation, amènent une prise de conscience des risques du cannabis et incitent à une démarche de diagnostic et de soins en cas d'abus ;
- mettre en place un **programme structuré en milieu scolaire** (voir 2.1) ;
- mettre sur pied des **consultations spécifiques** offrant un cadre et des interventions adaptées **aux jeunes usagers, à leurs parents, aux familles.**

Ces consultations à orientation cannabis offriront une évaluation des problèmes posés par la consommation de cannabis et les consommations associées, un conseil personnalisé adapté aux problèmes identifiés. Cette démarche pourra se dérouler sur plusieurs séances et si nécessaire amener une orientation pour une prise en charge à plus long terme.

Les consultations doivent :

- être facilement accessibles grâce à l'anonymat, la gratuité, l'implantation dans un local banalisé, les horaires d'ouverture et les conditions d'accueil ;
- être réalisées par des professionnels formés à l'utilisation d'outils d'évaluation et d'interventions brèves dans le domaine des addictions et capables d'identifier le service social, médical ou psychiatrique adapté pour ceux des consultants qui relèveront d'une prise en charge spécialisée et au long cours ;
- faire l'objet d'une information dans les lieux fréquentés par les jeunes.

Elles pourront être mises en place au sein de structures variées (CSST, PAEJ, CMPP, consultations de tabacologie, CCAA, centres santé jeunes...) dès lors qu'elles acceptent le cahier des charges qui sera défini.

La mise en place de ce nouveau dispositif s'appuiera sur les professionnels déjà engagés sur ce terrain, sur les techniques et outils mis au point dans les dernières années et s'accompagnera d'un dispositif d'évaluation. Celui-ci prendra sa place au sein du programme de recherche associant plusieurs pays d'Europe en vue de servir de support à l'amélioration des politiques de prévention du cannabis.

Parallèlement, au sein de DATIS, une ligne spécifique sera identifiée : écoute cannabis (voir 3.4).

Ce dispositif de prévention s'inscrit dans l'action qui sera menée en direction des parents (voir 2.2), au sein de l'école (voir 2.1) et pour lutter contre le trafic (voir 5).

1.2 Drogues de synthèse : surveiller, alerter, informer.

Les drogues de synthèse consistent en une large gamme de produits comportant l'ecstasy et les amphétamines. En 2002, 4,7% de 17-19 ans ont déjà consommé au moins une fois de l'ecstasy, 2,3% des amphétamines, 1,6% du LSD. D'usage encore peu répandu et le plus souvent occasionnel, l'**impact** sanitaire des drogues de synthèse ecstasy, autres amphétamines et hallucinogènes n'est pas évalué. Leur **dangerosité** tient principalement au contexte d'usage et au retentissement sur le comportement. L'ecstasy peut provoquer des effets toxiques aigus mettant en jeu le pronostic vital. Des effets à long terme sur le cerveau sont suspectés à partir d'études chez l'animal. Leur fréquence et les conséquences fonctionnelles ainsi que les doses associées à de tels effets doivent être précisées chez l'homme.

Des objectifs spécifiques

Faciles à produire à partir de substances chimiques largement accessibles et de procédés de fabrication peu sophistiqués, les drogues de synthèse se renouvellent sans cesse. Apparaissent et circulent ainsi non seulement des comprimés à base de MDMA mais aussi des produits inconnus dont certains ont une toxicité aiguë sévère. Ils ont connu un fort développement au cours des 10 dernières années et sont consommés de façon sporadique dans un cadre festif par des jeunes de tous milieux sociaux.

Ensuite, ce type de consommation, limitée dans le temps et à des situations particulières, conduit chez les usagers à une sous-estimation des risques liés à la toxicité aiguë, à la nécessité de prendre d'autres produits pour faire face aux effets pénibles qui suivent l'état d'excitation et à minimiser le fait que ces usages s'inscrivent dans des profils de **polyconsommation**.

Face à cette situation, les objectifs sont de réduire l'expérimentation et la consommation, et de prévenir les risques aigus.

Un programme

La veille active associant, au niveau national et européen, les services de police, les services sanitaires et les acteurs de terrain, doit permettre d'identifier les produits en circulation et d'évaluer leur toxicité : c'est le rôle du système SINTES qui doit être complété par une mobilisation de laboratoires de référence en biochimie et en toxicologie et du réseau des CEIP coordonné par l'AFSSAPS. Le dispositif d'alerte en direction des services d'urgence, des acteurs du milieu festif (organisateur d'événements festifs, propriétaires ou gérants d'établissements, associations) doit être maintenu et renforcé.

Dans un contexte mouvant, **la présence d'acteurs de prévention lors des événements festifs** permet le contact avec ce public qui ne se perçoit pas en danger. L'identification du MDMA par des techniques rapides (« testing ») qui représentait une accroche avec ces publics a été mise en question. Si cette technique doit être abandonnée, les interventions préventives sur place doivent être maintenues pour apporter des conseils et une assistance en cas d'effets indésirables (hyperthermie, déshydratation...), une information plus large sur les consommations associées et la prise de conscience des effets différés de ces consommations festives. Ces actions devront respecter les règles d'un référentiel d'intervention en réduction des risques, posé en principe par la loi relative à la politique de santé publique et dont l'élaboration a été confiée à la MILDT (cf. 4.3.2).

L'information sur les risques de ces drogues utilisées seules ou en polyconsommation doit être en permanence actualisée et largement diffusée.

1.3 Alcool : Abaisser les consommations d'alcool aux seuils définis par l'OMS

Le nombre de **décès annuels** attribuables à l'alcool en France est évalué en 2000 à 45 000 : 16 000 sont dus à des cancers (14 000 chez l'homme et 2 000 chez la femme), 8 200 à des affections digestives, 7 600 à des accidents et des traumatismes (2 860 décès par accidents de la route attribuables à l'alcool). Au total, l'alcool contribue à 14% des décès masculins et 3% des décès féminins. La moitié des décès liés à l'alcool survient avant 65 ans. L'alcool est en outre directement à l'origine d'un certain nombre de pathologies (cirrhose du foie, névrite optique, polynévrite, syndrome d'alcoolisme fœtal) ; il est également impliqué plus ou moins directement dans la survenue d'un grand nombre d'autres dommages (retard mental, accidents de la route, domestiques et du travail, violences et tentatives de suicide). La quasi-totalité de la mortalité par alcoolisme est évitable.

Le nombre de **consommateurs** à problème est estimé en France entre 4 et 5 millions de personnes, dont 2 millions sont dépendantes de l'alcool. La consommation d'alcool est inscrite dans une tendance de longue durée à la baisse. Cependant en 2002, la France occupait la quatrième place des pays européens pour la consommation en litres d'alcool pur par habitant et par an.

En population générale adulte (18-75 ans), 21% consomment de l'alcool tous les jours et 9% présentent un risque de consommation problématique ou de dépendance actuelle ou passée. Cette tendance est restée stable au cours de la dernière décennie. L'alcool le plus fréquemment consommé est le vin, puis la bière et les alcools forts. 14% des adultes déclarent avoir connu un épisode d'ivresse au cours des douze derniers mois. 4 à 6% des 18-75 ans font des ivresses répétées. La consommation d'alcool reste très inégalitaire en termes de catégories sociales et de disparités régionales. Chez les jeunes, on observe dans les dix dernières années, une stabilité de l'usage assorti d'une fréquence relativement élevée de l'expérience de l'ivresse et un taux stable des ivresses répétées. La première ivresse est postérieure d'environ 2 ans à la première consommation d'alcool (vers 14 ans).

Des objectifs spécifiques

Conformément aux objectifs retenus dans la loi relative à la politique de santé publique, les objectifs assignés à l'action publique pour les cinq prochaines années sont de **réduire de 20% la consommation moyenne d'alcool par habitant** de façon à prolonger la baisse constatée de la consommation moyenne d'alcool et à réduire les inégalités sociales de consommation.

Tenant compte des évolutions à long terme de l'offre et de la consommation d'alcool, ces objectifs sont détaillés pour les différents types de boissons alcoolisées : doublement du rythme de décroissance des volumes pour la bière, prolongation du rythme de décroissance pour le vin, amorce d'une baisse de 10% pour les spiritueux.

Cet objectif repose sur des actions visant l'adoption d'un niveau de consommation faible tel que défini par les normes de l'OMS correspondant à 2 unités d'alcool par jour pour les femmes, 3 pour les hommes, une journée au moins sans alcool par semaine, un maximum de 4 unités en une seule occasion. Il vise également la réduction des ivresses, l'abstention de consommation d'alcool pendant la grossesse et lors d'activités comportant des risques d'accident pour soi ou autrui.

Il s'agit donc d'objectiver la notion de **consommation modérée**, notion floue qui laisse accepter des consommations individuelles excessives.

Les mesures développées pour atteindre ces objectifs portent à la fois sur la consommation moyenne, c'est à dire la baisse du niveau de la consommation pour toute la population et sur les gros consommateurs qui supportent une part importante des risques. En effet c'est une action conjuguée sur les facteurs collectifs (accessibilité, culture, réseaux sociaux) qui gouvernent les usages et sur les comportements individuels qui peut contribuer à une évolution des consommations dans les différentes catégories de buveurs. Pour autant, chacune des actions mises en œuvre s'adresse de façon différenciée aux différents segments de la population car seule une action ciblée sur les usages concrets peut être efficace.

La stratégie de prévention de la consommation d'alcool mise en œuvre depuis 2001 par l'INPES informe le grand public sur les risques liés à l'ivresse, sur les repères de consommation faible et les risques sanitaires liés à une consommation régulière mais excessive d'alcool.

Le ton de la campagne de communication conçue en 2001 par l'INPES était explicite et direct (« L'alcool, pas besoin d'être ivre pour en mourir »). Le dispositif de communication reposait sur la diffusion de spots à la télévision, d'un guide pratique à destination des professionnels, d'un dépliant d'information édité à 4 millions d'exemplaires « Etes-vous sûr de tout connaître sur les risques liés à l'alcool ? » donnant des repères de consommation et alertant sur les conséquences à long terme de l'abus d'alcool. En direction des femmes enceintes, des actions de relations presse ont été menées ainsi que la diffusion d'une brochure dispensant les conseils nécessaires au bon déroulement de la grossesse et abordant la consommation d'alcool en préconisant l'abstinence.

Durant l'automne 2003, cette campagne « L'alcool, pas besoin d'être ivre pour en mourir » a été reconduite et les différents supports rediffusés.

Parallèlement, des actions de communication spécifiques liées à la prévention de l'alcool en usages associés avec d'autres substances ont été menées dans le cadre de la stratégie de communication de la MILDT auprès des adultes et des jeunes. Le thème de l'alcoolisation excessive des jeunes a été abordé sous l'angle des polyconsommations.

Une campagne de presse à destination des adultes a eu lieu durant l'été 2001. Ces annonces presse, portant sur quatre thèmes (alcool, cannabis, ecstasy, polyconsommation), avaient pour objectif d'inciter la communauté des adultes à intervenir auprès des jeunes. Le message insistait sur l'amplification des dangers liés à l'association de substances. Ces annonces presse ont été déclinées en affichettes pour la cible des professionnels.

En janvier- février 2002, une campagne radio en direction des jeunes de 15 à 25 ans a été réalisée afin d'interpeller les jeunes sur leur propre niveau de consommation ou celui de leurs proches. L'objectif était d'alerter les jeunes de 15 à 25 ans

sur leurs consommations problématiques d'alcool, mais aussi de cannabis, de tabac et d'autres drogues. Les jeunes étaient invités à faire leur propre autoévaluation de leur consommation sur un site Internet dédié (drogues-savoir-plus.com), et à téléphoner au 113 (Drogues Alcool Tabac Info Service). Ce dispositif a été complété par des supports interactifs d'e-mailing et de messages SMS.

Enfin, une brochure d'information sur les risques liés à la consommation d'alcool a été éditée et diffusée auprès des publics jeunes depuis janvier 2001 à environ 2 millions d'exemplaires. Elle a été largement diffusée par l'INPES et la MILDT dans les lieux fréquentés par les jeunes, et notamment en milieu festif.

Un programme

Dans le champ de la prévention, ce programme repose sur :

- une **communication publique intensive diffusant les repères d'une consommation objectivement modérée** et reposant sur des messages appropriés aux différents groupes de buveurs ou aux modes de boire (usage quotidien, usage festif, ivresses, usages associés à d'autres substances chez les jeunes...),
- la **prévention des accidents** (voir 1.5),
- le **développement de l'éducation pour la santé en milieu scolaire** au sein d'un programme global qui prendra sa place dans le nouveau cadre proposé plus loin (voir 2.1),
- l'**application effective des mesures réglementaires visant à créer un contexte favorable à une consommation faible** (application de l'interdiction de ventes aux mineurs, veille judiciaire) ou l'adoption de nouvelles mesures,
- un **repérage en médecine générale de l'usage à risque, une motivation et une aide aux buveurs pour réduire leur consommation.**

1.4 Tabac : Empêcher ou retarder la première cigarette, inciter et aider les fumeurs à arrêter de fumer, protéger les non fumeurs

Le nombre de **décès** associés à la consommation de tabac était estimé à 66 000 par an, soit plus d'un décès sur neuf. En France, plus du quart des décès par cancer, soit plus de 30 000, sont attribués au tabac soit 85% des cancers bronchiques, 54 à 87% des cancers des voies aéro-digestives supérieures selon les localisations, 40% des cancers de la vessie et 30% des cancers du pancréas. En dehors des cancers, la consommation de tabac est notamment associée à une augmentation des risques de maladie cardio-vasculaire et de broncho-pneumopathie obstructive. La mortalité par cancer du poumon chez les femmes est en forte augmentation et doublera en 15 ans. Chez les hommes, la mortalité par cancer du poumon baisse mais chez les moins de 65 ans elle reste stable entre 1994 et 1999.

Dans les pays européens ayant des taux de mortalité plus faibles que la France, l'OMS estime ainsi que l'on peut attribuer au tabac 17% de la « charge de morbidité » (mesurée en « années de vie corrigées par l'incapacité »). Cette mortalité est encore actuellement majoritairement masculine et deux décès sur trois surviennent avant 65 ans. Elle est de plus très inégalitaire. Selon les estimations, un fumeur régulier sur deux ayant commencé à fumer à l'adolescence mourra d'une maladie liée au tabac, dont la moitié avant 69 ans. La France occupe le premier rang des pays européens pour la mortalité prématurée par cancer, place qui tient essentiellement aux cancers des voies aéro-digestives supérieures. La France a la première place pour les cancers du poumon avant 65 ans.

La France compte **9 millions de personnes fumant au moins 10 cigarettes par jour**. La moitié des fumeurs ont moins de 25 ans. En 2002, la moitié des hommes et des femmes fument à 18 ans, ce qui laisse prévoir une explosion du nombre de cancers du poumon chez la femme dans les vingt années à venir. En France, d'après l'Institut national d'études démographiques (INED), la montée de la mortalité féminine liée au tabagisme pourrait expliquer le fléchissement de la hausse de l'espérance de vie des femmes observé ces dernières années.

Le **coût social** du tabac pour la collectivité est estimé à 0,8% du PIB, soit près de 10 milliards d'euros, dont 3 milliards environ en dépenses médicales directes (hospitalisations et soins ambulatoires).

Des objectifs spécifiques

La stratégie nationale de lutte contre le tabac a été engagée dès le printemps 2003 dans le cadre du plan cancer. L'impact sanitaire de la baisse de la consommation ne sera mesuré que dans quelques années pour les cancers mais peut être beaucoup plus rapidement sensible sur les maladies cardio-vasculaires.

En terme de baisse des consommations de tabac, les objectifs du plan à cinq ans sont de :

- diminuer l'expérimentation et en retarder l'âge de 14 à 16 ans,
- inciter les fumeurs au sevrage tabagique plus précocement,
- diminuer le tabagisme chez les femmes enceintes de 29,5% à 20%,
- réduire le tabagisme passif.

Un programme

Les hausses de prix jointes à l'interdiction de ventes aux mineurs de moins de 16 ans, l'arrêt de la commercialisation des paquets de moins de 19 cigarettes et l'application stricte de la loi Evin dans les établissements scolaires ont pour objectif principal de réduire l'accès du tabac aux adolescents.

L'application des limitations à la consommation de tabac dans les lieux publics et collectifs prévues par la loi Evin qui a été très inégale, doit être renforcée pour réduire le tabagisme passif, contribuer à la motivation à l'arrêt et jouer un rôle dissuasif sur l'initiation. Certains contextes, par leur fonction sociale (écoles, hôpitaux, transports publics), doivent jouer un rôle moteur dans le changement des attitudes à l'égard de cette règle collective et entraîner les changements dans les milieux de travail, la restauration, les lieux de loisirs.

Le puissant potentiel addictif du tabac oblige à agir pour prévenir l'initiation, mais aussi pour aider les personnes dépendantes à arrêter de fumer car les tentatives de sevrage spontanées sont plus efficaces quand elles sont soutenues par l'utilisation de substituts nicotiques ou de conseils personnalisés. Le programme prévoit ainsi des **campagnes de communication, l'information individualisée et l'orientation** (Tabac Info Service), des **expériences de prise en charge des substituts nicotiques, le développement des consultations d'aide à l'arrêt, la formation des professionnels de santé.**

La nécessité d'agir contre le tabac recueille un large consensus. Cependant, les mesures engagées touchent une fraction très importante de la population en tant que consommateurs et affectent certains secteurs économiques.

Elles doivent donc être :

- expliquées : c'est le rôle des campagnes d'information et de communication,
- accompagnées par des mesures économiques en faveur des buralistes affectés par la diminution des ventes,
- évaluées quant à leur impact effectif sur la consommation et aux effets pervers qu'elles peuvent générer, notamment la contrebande.

1.5 Sécurité routière et prévention des accidents du travail : dissocier consommation de drogues et d'alcool et conduites ou tâches à risque

La consommation de certains produits notamment l'alcool, le cannabis et certains médicaments affecte le comportement et les perceptions. Elle se traduit par un risque accru d'accidents : accidents de la route, accidents domestiques, accidents du travail. La fraction attribuable à la consommation excessive d'alcool est estimée entre 30 et 40%, entre 10 et 20% pour les accidents du travail et à 20% pour les accidents domestiques. Le risque associé au cannabis a été aussi identifié dans des études montrant les altérations des performances et dans des études d'accidentologie menées dans d'autres pays. Cependant, la part d'accidents corporels et, en particulier d'accidents mortels, attribuable au cannabis, n'est pas quantifiée. Il en est de même pour les autres substances de consommation beaucoup plus rare (héroïne, cocaïne notamment). Une large étude nationale dont les résultats seront disponibles fin 2004 permettra de quantifier ces paramètres pour les accidents mortels de la circulation.

L'existence d'un test facile et fiable permet les contrôles préventifs d'alcoolémie, dont 8 millions environ sont réalisés annuellement avec un taux de 1,4% de conducteurs dépassant le seuil. A ce jour, l'absence de tests fiables et aisés ne permet pas de réaliser de tels contrôles pour les autres produits. **De nouveaux tests salivaires seront développés et expérimentés.**

La prévention des accidents dans leurs diverses formes est d'autant plus nécessaire que l'intoxication a des conséquences potentiellement graves pour la personne elle-même, mais aussi pour autrui. Le rappel de la réglementation et des risques sera renforcé au moment de l'apprentissage de la conduite.

1.5.1 - Réduire les comportements à risque et les accidents de la circulation liés aux consommations festives

Les discothèques seront équipées en éthylotest électronique ; ceux-ci seront utilisables gratuitement et indiqueront le dépassement des seuils interdisant la conduite du véhicule. Le financement sera réparti entre les pouvoirs publics et les propriétaires d'établissements.

Parallèlement à des **campagnes régulières** par affichage ou dans les médias grand public, l'action en matière de sécurité routière conjuguera diverses formes.

Les **contrôles préventifs** d'alcoolémie seront organisés pour avoir, par leur fréquence et leurs horaires, une véritable portée dissuasive. La mise en œuvre de cette mesure sera suivie de manière extrêmement précise.

Cette action coercitive doit s'accompagner d'**actions diversifiées** visant à réduire le niveau des consommations dans certaines situations, et à prévenir les risques en cas de consommation excessive par l'information et le partenariat tout particulièrement. Les risques (notamment pour la conduite automobile) d'une consommation associant cannabis et alcool à faibles niveaux doivent faire l'objet d'une information, en particulier dans les lieux de convivialité des adolescents et des jeunes. Des **programmes en partenariat** seront construits avec les organisateurs d'événements ou gérants/propriétaires d'établissements pour offrir les boissons non alcoolisées dans des conditions de prix qui en favorisent la consommation, de l'eau fraîche, former le personnel à intervenir en cas de consommation excessive, organiser des services de transport, mener des actions préventives.

1.5.2 – Sécurité en milieu de travail : agir en priorité dans les métiers les plus exposés

Les transformations techniques et économiques accélèrent la transformation des conditions de travail, le contenu des emplois et les risques d'accidents de travail. Au cours des dernières années, les accidents du travail ont baissé mais le risque d'accidents est plus élevé dans des groupes qui sont aussi ceux dans lesquels la consommation de produits psychoactifs est élevée : hommes, jeunes, de faibles niveaux de qualifications, intérimaires et récemment embauchés. La liste des métiers et situations d'emploi à risque d'accidents, y compris d'accidents de circulation en service et accidents de trajet, doit être actualisée afin **d'identifier les secteurs prioritaires pour mener une action sur les conditions de travail et des actions de sécurité visant à réduire les accidents du travail en lien avec les consommations d'alcool, de cannabis et d'autres produits**. Ces mesures seront concertées et mises en œuvre sur la base de l'accord cadre DGS-DRT.

1.5.3 – Prévention des violences domestiques

La prévention des violences domestiques dans lesquelles l'alcool est impliqué dans 30% des cas, sera envisagée dans le plan Violences et santé actuellement en cours de préparation.

2 – RESPONSABILISER L'ECOLE, LES PARENTS, LES JEUNES, LES MILIEUX DU TRAVAIL, LA CITE, LE MILIEU PENITENTIAIRE

Dans le champ de prévention des pratiques addictives, les actions générales sur l'offre et la demande doivent être accompagnées par des **actions de proximité**.

Celles-ci se définissent en fonction des cadres de vie et s'appuient sur des acteurs privilégiés qui chacun avec des fonctions propres, peuvent faire évoluer les attitudes et les représentations, relayer l'information, apporter une aide, créer un contexte favorable à la limitation des consommations de produits psychoactifs.

2.1 Ecole : créer les conditions d'une prévention effective et adaptée à tous les niveaux de la scolarité

L'école est un cadre privilégié d'action pour toucher les jeunes² en matière de drogues. En effet, l'initiation au tabac et au cannabis s'inscrit dans la socialisation des jeunes et se déroule en grande partie dans l'école ou son environnement immédiat, à l'écart du regard des parents et des adultes. De plus, les conduites addictives s'intriquent aux difficultés scolaires, au niveau individuel et collectif.

Malgré la succession des textes, la prévention des conduites à risque reste insuffisante. La précocité et l'ampleur des usages nécessitent aujourd'hui d'atteindre tous les élèves avec des méthodes nouvelles et des personnels qualifiés. La volonté politique de réaffirmer le rôle éducatif prépondérant de l'école impose de donner à cette institution les capacités de mener à bien l'ensemble de ses missions en particulier dans les domaines de la prévention, du repérage précoce des conduites à risque et du suivi de l'enfant dans et hors l'école.

Les **objectifs prioritaires** du plan visent à atteindre :

- une école sans tabac,
- une école qui offre aux élèves à chaque niveau et dans tous les secteurs d'enseignement, avec un taux de couverture et une qualité satisfaisants, une éducation préventive adaptée contre l'alcool, le tabac, le cannabis et les drogues de synthèse,
- une école dans laquelle la consommation et le trafic du cannabis ou d'autres produits sont considérés par la population scolaire et la communauté éducative comme inacceptables,
- une école au sein de laquelle les jeunes en difficulté avec les produits peuvent trouver un soutien et une orientation.

Les **orientations** du plan quinquennal 2004-2008 visent à mobiliser l'ensemble des adultes par le biais des CESC, pour rendre effective l'application de la loi Evin, introduire la prévention dans les programmes scolaires et construire un véritable suivi ainsi qu'un encadrement efficace des jeunes en difficulté.

² En effet, l'école accueille la grande majorité des jeunes : scolarisation obligatoire jusqu'à 16 ans et sa prolongation au-delà pour une majorité des 16-19 ans (en 2000-2001, 83,6% de cette tranche d'âge étaient scolarisés).

2.1.1 – Mettre en place une éducation obligatoire à la prévention des pratiques addictives à l'école sur le modèle de l'éducation à l'environnement

Tous les jeunes doivent bénéficier au cours de leur scolarité d'**une éducation à la prévention des pratiques addictives** portant sur le tabac, l'alcool, le cannabis et les autres substances licites ou illicites.

L'**efficacité** d'une éducation à la santé et à la prévention repose sur la définition d'objectifs, de stratégies d'actions et d'évaluation permettant des messages adaptés à chaque âge, tout au long de la scolarité de l'enfant, de la maternelle à l'université. Cette démarche s'appuiera en particulier sur les GRSP et le référentiel d'intervention en matière de prévention qui doit être élaboré par l'INPES. Elle prendra également appui sur le travail d'ores et déjà engagé par l'INPES, la direction de l'enseignement scolaire, la direction générale de la santé et la MILDT, qui doit aboutir à la rédaction d'un guide méthodologique et d'une expérimentation en milieu scolaire. Sur cette base, et en intégrant d'éventuelles problématiques liées à une région, une aire géographique ou un établissement, cette éducation sera inscrite dans l'emploi du temps des élèves et traduite en volumes d'interventions à réaliser.

L'ambition d'atteindre l'ensemble d'une population scolaire ne peut reposer sur les seuls services de santé scolaire compte tenu de toutes les autres missions dévolues à ces personnels. Elle ne peut reposer non plus sur le seul volontariat des enseignants ou sur des initiatives dispersées avec une qualification parfois discutable.

Les services et intervenants compétents pour mettre en œuvre les programmes préventifs seront recensés et coordonnés au niveau régional et départemental sous la responsabilité du **GRSP**, des recteurs et inspecteurs d'académie pour mettre en œuvre le programme évoqué ci-dessus. Ces intervenants rassembleront des personnels éducatifs ou sanitaires de l'éducation nationale, des personnels des PFAD et des FRAD, des associations et services préventifs. Des personnels supplémentaires seront formés pour atteindre les objectifs en terme de contenus et de couverture de la population scolaire. Dans les établissements scolaires, la mise en œuvre de ce dispositif de prévention sera pilotée sous la responsabilité du chef d'établissement.

Concernant l'enseignement primaire, en complémentarité des contenus pédagogiques déjà inscrits dans les programmes et en concertation avec les établissements du secondaire du bassin de formation, l'intervention de professionnels de l'enfance (personnels éducatifs ou sanitaires de l'éducation nationale ainsi que les médecins de PMI ou médecins spécialisés dans la prise en charge des enfants) pourra contribuer à assurer la cohérence des messages entre l'école élémentaire et le collège.

2.1.2 – Dynamiser les CESC

Au vu des nombreuses actions déjà conduites, il est nécessaire qu'un effort accru des pouvoirs publics soit engagé pour mettre en place dans chaque établissement public local d'enseignement un **comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC)**. Le CESC d'un collège pourra associer à ses travaux les écoles primaires de son secteur de recrutement. Afin de prendre en compte le contexte territorial, un CESC inter établissement pourra se substituer au CESC d'établissement, notamment dans le cadre d'un bassin d'éducation. Il pourra regrouper les écoles et les établissements d'un même territoire. Le CESC est le lieu de mise en cohérence des partenariats locaux, notamment avec les autres services de l'Etat, les

collectivités territoriales et les milieux associatifs, et de valorisation des projets éducatifs territoriaux en matière de prévention et d'éducation à la santé.

Les CESC doivent contribuer à la responsabilisation des jeunes dans le champ des dépendances, des conduites à risque et de la violence dans le cadre du projet d'établissement. Les personnels spécialisés en interne (médecins, infirmiers, assistants sociaux) et des acteurs extérieurs collaborent au sein de cette structure pour favoriser la prévention, renforcer les liens avec les familles, proposer une aide aux élèves manifestant des signes inquiétants de mal être, apporter un appui aux acteurs de la lutte contre l'exclusion en renforçant les liens entre l'établissement, les parents les plus en difficulté et les autres partenaires concernés.

Application de la loi Evin

L'enquête menée en milieu scolaire en 2002 par l'OFDT à la demande de la MILDT fait apparaître une connaissance encore incomplète de ces dispositions aussi bien chez les élèves que dans les personnels. Elle est cependant meilleure au lycée. Les adultes enquêtés se déclarent favorables à la loi Evin dans leur très grande majorité mais se montrent beaucoup plus partagés quant à son efficacité pour assurer la protection des non-fumeurs. La position des chefs d'établissement varie selon le degré d'enseignement : 64% des directeurs d'école considèrent que la loi est "assez" ou "très" efficace, 73% dans les collèges, 49% dans les lycées.

Concernant les espaces réservés aux élèves de plus de 16 ans : au collège, 7% des responsables en ont déclaré l'existence dans leur établissement. Dans les lycées, ces zones sont plus fréquentes (40%) incluant dans 4% des cas un espace à l'intérieur des locaux.

Concernant les personnels, seuls 20% des directeurs d'école affirment l'existence de zones réservées aux adultes fumeurs, 77% au collège et 65% au lycée. Dans la majorité des cas, la détermination des règles d'usage du tabac s'est faite en tenant compte des accords entre membres du personnel et éventuellement des usages préexistants à la loi. Seuls les proviseurs de lycée mentionnent de façon notable l'existence de "plaintes de non-fumeurs" (22% des cas). Dans bien des établissements, les règles pour le personnel n'ont pas été véritablement "rédigées" et qu'en ce qui concerne les élèves, elles n'ont pas fait l'objet d'une appropriation par la communauté éducative.

Les élèves fumeurs confirment l'importance relative des sanctions au collège et leur moindre fréquence au lycée où l'on recourt plus aux rappels à l'ordre. Les transgressions constatées de la part des adultes sont plus rares et peuvent susciter des remarques de collègues, mais rarement d'autres réactions. L'existence d'une petite proportion d'élèves fumeurs est rapportée dans 4 collèges sur 10. Parmi les 14% des collégiens qui sont fumeurs, seul 1 sur 4 déclare fumer dans l'établissement. Dans le cas des lycées, les transgressions sont observées dans trois quarts des établissements. Pour les élèves fumeurs, le lycée est un des principaux lieux où ils fument : 8 sur 10 fument au lycée et 1 sur 4 fume en dehors des éventuelles zones prévues à cet effet, principalement dans la cour.

Concernant les adultes, les transgressions sont plus rares dans les collèges (dans 70% des collèges, une majorité des répondants adultes rapporte les transgressions comme rares ou absentes), elles sont plus fréquentes dans les lycées et les écoles (seuls 54% des écoles et 46% des lycées n'observent que rarement ou jamais de transgression de la loi par les adultes).

Il est manifeste que tous les élèves n'ont pas bénéficié d'une information préventive régulière depuis 1991. Dans les écoles, 35% des directeurs disent n'avoir connaissance d'aucune action de ce type au cours des 10 dernières années. Seuls 4% à 5% des responsables de collèges et de lycées sont dans ce cas. Les personnels des établissements restituent une information beaucoup moins homogène, suggérant à la fois le caractère parcellaire et non répétitif des initiatives. Quant aux élèves, la faible mémorisation des interventions dont ils sont supposés avoir bénéficié renforce largement l'hypothèse du "saupoudrage".

Elèves touchés par des actions de prévention concernant l'alcool, le tabac et les drogues

En 2000-2001, des actions collectives de prévention des conduites à risque ont été menées auprès de près d'un million d'élèves, en majorité au collège.

90% des 570 000 personnes touchées par l'action des FRAD et des PFAD en 2002 sont des élèves

CESC

En 2002-2003, 77% des établissements étaient dotés d'un CESC avec un taux voisin en collège (78,8%), lycée général et polyvalent (71%) et lycée professionnel (71%).

Cela nécessite la mise en place de rencontres régulières et obligatoires entre les différents membres de la communauté scolaire - élèves et adultes- qui permettent l'émergence des questions que se posent les élèves et les personnels éducatifs, le repérage des problématiques spécifiques à l'établissement et la définition des actions prioritaires à mener dans un « projet de prévention et d'éducation à la santé ». C'est dans ce cadre que seront expliquées les dispositions nécessaires prises pour **l'application effective de la Loi Evin** et que des actions de sensibilisation devront être définies et organisées.

Sur la période du nouveau plan, l'objectif à atteindre est que l'intégralité des établissements scolaires (écoles, collèges, lycées, établissements agricoles, centres d'apprentissage) mette en place **ce dispositif centré sur la vie de l'établissement**. Un cahier des charges pour une évaluation qualitative et quantitative devra être défini conjointement par la direction de l'enseignement scolaire et la MILDT sur des éléments d'appréciation qui permettront d'améliorer ou de réorienter si nécessaire le dispositif.

Le CESC fera appel aux partenaires locaux les plus compétents, représentants des collectivités locales, de la justice, de la police, de la gendarmerie, organismes et associations habilités.

2.1.3 – Accueillir, conseiller et orienter les élèves en difficulté à cause de leurs consommations

Ces actions collectives doivent être complétées par une attention aux difficultés rencontrées individuellement par les élèves en lien avec leurs usages de substances, attention qui relève plus spécifiquement de la **mission des infirmières et des médecins scolaires et des assistants de service social de l'éducation nationale**. Leur rôle est de repérer les jeunes en difficulté par leur consommation, de les conseiller et, si nécessaire, de les orienter vers une structure appropriée.

Cet accueil individuel est soumis au respect strict du secret professionnel. Cette fonction doit être mieux connue des élèves afin de favoriser les recours spontanés. L'orientation pourra être facilitée par la constitution de **bases de données fiables et actualisées**, rassemblant toutes les ressources de proximité en matière d'écoute et de consultation (personnels de santé et sociaux, consultations cannabis, écoute téléphonique, points écoute, consultations de tabacologie, médecin de ville...). Celles-ci seront mises à disposition des personnels de santé dans les établissements. La **formation** de ces professionnels à l'utilisation des outils de repérage contribuera à l'efficacité de cette mission.

2.2 Parents : renforcer le rôle éducatif des parents dans la prévention

La famille est le premier lieu de construction de l'enfant et de transmission des valeurs et des repères et, de ce fait, elle joue un rôle fondamental dans la prévention des conduites à risques. Dans cette fonction d'éducation de leurs enfants, tous les parents sont susceptibles de rencontrer des difficultés. Celles-ci peuvent être accrues du fait des problèmes sociaux que rencontrent certaines familles. Les parents sont souvent désemparés face aux attitudes à adopter en matière de consommation, désarmés dès qu'ils constatent des consommations précoces de produits licites ou illicites chez leurs enfants, désorientés par une information contradictoire ou confuse. Ils le sont plus encore lorsqu'ils sont eux-mêmes dépendants.

L'**effort d'information en direction des parents** doit être poursuivi de façon régulière sur les produits, leurs effets, leurs risques, les signes d'abus, les lieux ressources disponibles pour eux ou pour les jeunes. En effet, une bonne information offre aux parents un terrain qui permet d'amorcer le dialogue avec leurs enfants à la place des injonctions éducatives souvent rejetées à l'adolescence. L'utilisation de moyens divers complémentaires aux informations transmises par le biais de l'école, notamment des brochures adressées par les caisses d'allocations familiales (CAF), l'implication des organismes et des acteurs de prévention locaux permettraient d'atteindre les parents directement et exhaustivement en particulier les familles en difficulté face à l'institution scolaire.

La possibilité pour les parents de formuler leurs difficultés, de connaître les démarches possibles et de trouver des réponses à la situation peut favoriser un comportement actif plutôt que le silence et l'esquive qui s'installent quand ils se sentent démunis. Si la motivation du jeune consommateur pour diminuer ou cesser sa consommation est nécessaire à l'efficacité d'une démarche, les parents peuvent contribuer à la faire émerger. Le **développement de lieux d'accueil des parents** doit être organisé et facilement identifiable au sein de diverses structures intervenant dans le champ, en particulier les points écoute, les consultations cannabis, les centres de consultation en alcoologie et addictions (CCAA) en complément des services d'écoute téléphonique. Ce dispositif devait également offrir une approche familiale à travers des entretiens associant parents et enfants.

La consommation des parents est un facteur qui entre en jeu dans la consommation des enfants. **Les enfants de parents dépendants** sont particulièrement à risque et considérés comme des **groupes prioritaires** pour des actions de prévention spécifiques. En effet, enfants et parents ont parfois à affronter des représentations stigmatisantes et ne peuvent aborder ces questions au cours d'interventions classiques. Ces prises en charge doivent être prévues en lien avec les structures de soins. Un programme spécifique capitalisant les expériences existant en France et dans d'autres pays devra être proposé dans un délai d'un an.

2.3 Milieux sportifs : sensibiliser les jeunes et les cadres

La pratique sportive, qui intéresse de nombreux jeunes, a toujours été considérée comme facteur de bonne santé. Des études récentes ont nuancé cette représentation et identifié une augmentation des consommations de substances psychoactives chez les sportifs intensifs, qui ne bénéficiaient pas d'un encadrement hautement qualifié. Par ailleurs, les périodes d'interruption d'une activité sportive intense peuvent générer des périodes de consommations abusives, voire une dépendance.

Les modifications récentes qui viennent d'être apportées à la réglementation antidopage posent la question de la prévention des stupéfiants en milieu sportif. En effet, les substances considérées par l'Agence mondiale antidopage comme des « drogues sociales », notamment le cannabis, l'héroïne, la cocaïne et les amphétamines, ne sont plus recherchées en dehors des compétitions, ce qui nuit à l'aspect dissuasif des contrôles antidopage inopinés, effectués auprès des jeunes.

Les actions de **formation**, de **sensibilisation** et de **prévention** développées en milieu sportif s'efforceront :

- de participer à la formation de professionnels des champs sanitaire et éducatif à intervenir auprès des différents publics sportifs,
- de renforcer les compétences des éducateurs sportifs à la prévention, au repérage et à l'accompagnement des jeunes consommateurs,
- de rendre les jeunes sportifs autonomes dans leurs choix de comportement de consommation et aptes à demander du soutien.

2.4 Milieu de travail : adapter les actions de prévention aux conditions d'emploi et de travail

Les modifications des conditions de travail et d'emploi au cours des 20 dernières années se traduisent par une augmentation de certains types de contraintes et le développement des emplois à dominante relationnelle. Ceux-ci peuvent induire une charge

mentale et psychique spécifique favorisant l'utilisation de produits psychoactifs comme mode de régulation, en particulier dans les milieux où l'entraide entre collègues est peu développée ou impossible du fait de l'organisation des tâches ou de la nature de l'activité. L'augmentation de certaines conduites de consommation dans la population peut aussi interagir avec les situations de travail et générer des situations à risque. De plus, dans un contexte d'emploi défavorable, l'abus de substances peut majorer les risques d'exclusion du marché du travail.

L'application des dispositions existantes, notamment la loi Evin, aujourd'hui insuffisante, devra être activement recherchée par une mobilisation des partenaires sociaux et des médecins du travail

Les connaissances sur les situations de travail à risque dans le contexte d'emploi seront actualisées afin **d'identifier les emplois et postes associés à des niveaux accrus de consommation** de substances psychoactives et de **renouveler les programmes d'action** autour de situations prioritaires.

Des outils d'information et de formation actualisés (évolution des usages, réponses thérapeutiques, outils et stratégies préventifs) sur les conduites addictives à l'intention des professionnels de la prévention en entreprise seront développés par l'INRS.

Une concertation avec les médecins du travail et les partenaires sociaux sera engagée afin de développer le repérage de l'usage à risque et de l'usage abusif lors des visites de médecine du travail dans un objectif de prévention et d'orientation et dans le cadre d'un strict respect du secret médical et de la confidentialité.

Ces mesures seront mises en œuvre dans le cadre du contrat cadre entre la direction générale de la santé et la direction des relations du travail.

2.5 Agir dans la cité : intégrer la dimension drogues aux actions dans les zones urbaines sensibles

La consommation de l'alcool, du tabac, du cannabis et de certains autres produits psychoactifs est un phénomène très large au sein de la société française. Il y est aussi **inégalitaire** comme l'attestent les données de mortalité.

Les **interactions entre situations sociales, précarité et usages de substances**, produisent une spirale d'aggravation qui retentit à long terme dans la vie des individus, des familles et des communautés. Aux inégalités de santé, s'ajoutent les inégalités vis-à-vis de la sécurité et de la délinquance qui ne font pas l'objet d'une mesure aussi précise. Toutefois l'observation quotidienne, certaines données statistiques et les études sociologiques menées sur la sécurité, la délinquance, la jeunesse et les questions urbaines indiquent qu'exclusion, délinquance et trafic des drogues se renforcent mutuellement, tout particulièrement dans les zones urbaines sensibles, et pèsent particulièrement lourd sur la collectivité des résidents, chaque famille et chaque individu, consommateur ou non. La prégnance de la drogue dans les quartiers est subie plus qu'admise, souvent vécue dans la honte par les populations résidentes quand leurs enfants ou leurs proches sont concernés. Elle est perçue comme un retentissement des difficultés sociales et économiques, une inégalité et une stigmatisation supplémentaires.

Les situations d'exclusion appellent des politiques générales concernant le cadre urbain, l'emploi, les transports, l'implantation des services publics et les interventions sociales. Les politiques successives dans ce domaine ont obtenu des résultats inégaux. Elles ont aussi donné lieu à de nombreuses études, évaluations et comparaisons internationales commanditées par diverses structures (DIV, INHES, MILDT). Cette dimension n'est pas envisagée de façon explicite dans la loi d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine du 1^{er} août 2003. Elle s'inscrit toutefois dans les objectifs généraux de réduction des inégalités sociales et « d'accompagnement social et de rétablissement de la tranquillité et de la sécurité publiques ».

Un bilan des expériences et des recherches doit être réalisé en 2004 par un panel associant chercheurs et acteurs de terrain de tous secteurs pour dégager des méthodes d'intervention nouvelles reposant de façon équilibrée sur la répression, la participation collective, les actions de prévention.

Les actions d'ordre public visant au démantèlement du trafic local sont tout aussi nécessaires et souhaitées par les populations et les élus. Elles doivent utiliser tous les moyens juridiques en particulier l'application de l'art. 222-39-1 du code pénal. La remontée des filières de trafic à partir de l'interpellation des usagers a une efficacité limitée et peut être perçue comme un harcèlement renforçant les tensions entre les jeunes et les forces de l'ordre (voir 5). Les agglomérations où sont situées ces **zones sensibles** sont **prioritaires pour l'implantation des services, notamment les points écoute, les centres cannabis**. Toutefois ces structures doivent être implantées de façon à respecter la confidentialité des recours.

2.6 Milieu pénitentiaire : développer un programme de prévention

Le niveau élevé des conduites addictives dans la population pénale impose de développer un programme de prévention en milieu carcéral.

2.6.1 - Inclure les personnes détenues ayant des conduites addictives dans les programmes d'éducation pour la santé.

Les programmes annuels ou pluriannuels d'éducation pour la santé doivent intégrer des actions visant plus particulièrement les personnes présentant un problème de dépendance aux produits licites ou illicites. Ces programmes doivent notamment inclure les thèmes liés à la réduction des risques de transmission des maladies.

Pour l'élaboration du programme d'éducation pour la santé, il est fortement recommandé de partir des besoins exprimés en ce domaine, par la population pénale.

Il convient en outre, de développer dans les programmes d'éducation pour la santé les actions traitant du tabagisme.

2.6.2 - Développer des actions de réduction des risques infectieux (VIH-VHC) en milieu pénitentiaire.

Conformément à la note interministérielle du 9 août 2001, un repérage des dépendances aux substances psychoactives doit être réalisé par les services sanitaires de l'établissement pénitentiaire dès le début de l'incarcération. Des grilles d'appréciation de la dépendance (grille Mini-Grade et test de Fagerström) sont mises à la disposition du personnel de santé, formé à l'utilisation de ces outils.

La libre mise à disposition des outils de prévention (préservatifs, eau de javel et documents d'information) doit être largement développée. L'utilisation de l'eau de javel comme produit de désinfection, notamment du matériel d'injection, de tatouage et de *piercing*, doit faire l'objet d'une information largement diffusée à la population pénale par les personnels sanitaires. En effet, utilisée sans respecter strictement son protocole d'usage, l'eau de javel perd son efficacité. Les brochures d'information expliquant le protocole de rinçage à suivre doivent être accessibles aux personnes détenues et expliquées par les personnels sanitaires avec les autres messages de prévention.

En matière de réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu pénitentiaire, il est important que les équipes sanitaires et pénitentiaires se rapportent aux recommandations de la mission Santé-Justice (2000) et à celles du rapport Delfraissy (2002).

3 - INFORMER, EXPLIQUER ET CONVAINCRE

Le développement de la recherche au niveau international comme en France a conduit progressivement à unifier le champ des produits psychoactifs. En effet les bases neurobiologiques de l'effet des produits et les mécanismes de la dépendance sont mieux compris. Les risques immédiats et à long terme associés à la consommation de chaque produit, compte tenu de son intensité et de sa durée sont mieux quantifiés, les déterminants des conduites de consommation mieux identifiés. L'évaluation des stratégies préventives et thérapeutiques progresse.

Cette connaissance s'enrichit sans cesse et se renouvelle parallèlement à l'évolution des usages et des pratiques au sein de la population. L'action publique doit donc se fixer de nouveaux objectifs en s'appuyant sur ces connaissances nouvelles et améliorer son efficacité. Les politiques publiques dans le champ du tabac, de l'alcool et des drogues illicites affectent les consommateurs et plus généralement les modes de vie, ont des enjeux économiques, et conduisent à une évolution des pratiques professionnelles dans de nombreux secteurs. Les bases de ces choix politiques doivent être expliquées et débattues. Elles doivent donc faire l'objet d'un important effort d'information. Chacun doit disposer d'une information actualisée et facilement accessible. Elle doit aussi contribuer à une évolution des représentations des produits, à une évolution de la perception des risques et à des changements des normes sociales face à la consommation.

S'agissant de phénomènes collectifs, pour certains profondément ancrés dans les modes de vie, qui concernent à des titres divers de larges secteurs de la population française, la complémentarité et la synergie des vecteurs d'information sont nécessaires comme le montrent les nombreuses évaluations scientifiques des programmes publics. La production d'une information juste et adaptée, la communication par les média grand public, la mobilisation des acteurs de la vie publique et des leaders d'opinion sont le pendant nécessaire des interventions et des actions de proximité évoquées dans les deux chapitres précédents.

3.1 Conduire un programme cohérent et diversifié de communication publique à visée préventive

L'efficacité des campagnes d'information et de communication nécessite qu'elles soient ciblées (sur un usage, un risque ou un sous-groupe particulier par exemple), qu'elles aient une périodicité régulière et, compte tenu de l'intrication des usages et des groupes concernés, qu'il soit veillé à la cohérence des diverses campagnes entre elles. L'INPES est chargé de mettre en œuvre les grandes campagnes en lien avec la MILDT et les administrations concernées.

Le programme **alcool** développé plus haut (cf. 1.3) visant à promouvoir une consommation faible et alertant sur les risques associés à une alcoolisation régulière. Ces actions d'ores et déjà planifiées par l'INPES pour la période 2004-2006 par des campagnes télévisées et des actions hors media s'adressent à la population générale avec l'objectif d'une prise de conscience des consommations régulières excessives ; aux hommes afin de les sensibiliser à la surexposition masculine à l'alcool et à faire évoluer les représentations associant virilité et alcool ; aux femmes enceintes afin de promouvoir l'abstention totale d'alcool pendant la grossesse.

En matière de **tabac** (cf. 1.4), les campagnes déjà prévues pour la prochaine période triennale ont pour objectif de changer la perception du risque tabagique. Elles s'adressent à toute la population à travers des sous-groupes de façon à s'ajuster au plus près aux usages et aux objectifs recherchés. La communication publique utilise ainsi une gamme étendue de moyens : campagnes télévisées et radiophoniques, information par les médecins, presse, Internet. Les objectifs sont d'élever la perception du risque lié au tabac comme exposition active ou passive, de faire évoluer les représentations sociales en s'adressant aux groupes dont la consommation tend à augmenter c'est à dire les jeunes, les jeunes filles et les femmes, d'inciter et d'accompagner la démarche d'arrêt. La communication utilise une variété de ressorts tels la toxicité cancérigène du tabac, le risque pour la grossesse, la contradiction entre séduction et effets sur la beauté ou entre dépendance et recherche de liberté, le caractère inacceptable de l'exposition d'autrui... Des actions d'information seront également menées pour traduire la volonté politique forte de renforcer l'application de la loi Evin.

Concernant les drogues illicites, en rupture avec les campagnes antérieures qui portaient sur l'usage de drogues en général, la communication en direction des jeunes aura pour objectif la prise de conscience de l'usage à risque et de l'abus de **cannabis** compte tenu de la place de cette substance dans la consommation des jeunes, de son évolution et des représentations dont elle est l'objet. Il s'agit d'alerter sur les effets négatifs et les risques bien établis auxquels les jeunes sont sensibles : l'altération de la mémoire et des performances psychomotrices, les intoxications aiguës de type psychotique, un usage nocif passant inaperçu, le risque d'accident de la circulation, le lien entre usage et trafic, les conséquences économiques et sociales d'un usage massif du cannabis en France. Cette campagne préventive sera complétée par un ensemble d'actions d'information et d'explication sur la législation et son application à l'intention de la population générale, des groupes plus exposés à la consommation, des professionnels de tous les secteurs concernés et des élus.

Les femmes enceintes sont destinataires de messages directs ou par le biais des professionnels de santé visant l'abstinence totale d'alcool, de tabac et de drogues pendant la grossesse.

3.2 Diffuser une information scientifique mise à jour en permanence

La MILDT assurera en s'appuyant sur les organismes de recherche, l'actualisation des connaissances scientifiques sur les risques et les conséquences sanitaires des consommations (notamment par le biais des expertises collectives réalisées par l'INSERM) afin de renouveler chaque fois que nécessaire les outils d'information destinés aux différents secteurs du public et des professionnels. **Elle étendra cette forme de recours à l'expertise au champ des recherches en sciences sociales** pour définir des modes d'action plus globaux sur les phénomènes sociaux au sein desquels se développent les usages et les trafics.

L'information s'appuie également sur **la production par l'INPES d'une large variété de matériel d'information** en appui des campagnes grand public et des actions de proximité. Ces outils doivent être les plus accessibles et les plus adaptés aux différents publics (population générale, jeunes, groupes spécifiques au sein de la population, élus, professionnels de différents secteurs...). Parallèlement aux brochures et supports produits par l'INPES, de nombreux services de prévention développent des outils destinés à leurs actions ou proposés à des acteurs de terrain. **La labellisation** de ces outils par la MILDT garantit la validité des informations et la valeur préventive des contenus puisque dans ce domaine

comme dans d'autres, la confusion ou les informations contradictoires sapent la crédibilité des actions préventives et de ceux qui les réalisent. Cette activité sera poursuivie

Une information spécifique en terme de contenu et de mode de diffusion doit être adressée **aux élus, et aux acteurs sociaux et économiques** des secteurs d'activité affectés par les programmes d'intervention publique. Ils sont en effet des relais d'opinion et d'intervention pour expliquer les choix de la politique publique, justifier les coûts qu'elle impose et qui pèsent plus lourdement sur certains secteurs et permettre d'identifier des réponses adaptées.

3.3 Consolider les centres de ressources au niveau régional et local comme support du développement de la prévention

L'efficacité de la politique de prévention dépend de l'articulation entre les différentes composantes des programmes et leur mise en œuvre à tous les niveaux, notamment régional et local. Actuellement le réseau des CIRDD et Toxibase fournissent des ressources documentaires. Ce réseau apporte un support en formation pour les services et les professionnels intervenant dans le champ de la prévention qui doivent définir ou redéfinir leurs modes d'intervention en tenant compte des dimensions nouvelles des connaissances, des orientations et des composantes du plan gouvernemental. Dans l'avenir, le GRSP qui définira les programmes régionaux de prévention devra pouvoir disposer de ressources au plan régional. L'efficacité dépend aussi de la qualité des interventions préventives. Une forte activité de **formation de nouveaux intervenants** est également nécessaire pour disposer d'un personnel qualifié en prévention dans le domaine de l'alcool, du tabac et des drogues. Les capacités de formation sont donc à développer.

A cet effet, le rapprochement des réseaux territoriaux de la MILDT et la définition d'un niveau interrégional pour l'implantation de centres de ressources labellisés, spécialisés dans les drogues et dépendances devraient permettre de constituer un pôle territorial de haut niveau de compétence et d'efficacité, comme le recommande l'audit de l'Inspection Générale de l'Administration (voir 8.2)

3.4 Diversifier les modes de réponse des services téléphoniques et d'Internet

Le 113, créé en juin 2001, a pour mission de :

- proposer une écoute et un moment de dialogue ;
- donner des informations précises ;
- apporter une aide individuelle à la prévention ;
- orienter vers des structures spécialisées.

Le volume des appels traités a considérablement augmenté de 12 000 environ en moyenne mensuelle en 2000, il est passé à 42 000 en 2002 et 53 000 en 2002.

Le recours au 113 concerne pour 47% des usagers, pour 37% leur entourage, pour 12% le grand public et pour 3% les professionnels avec des durées moyennes d'appel respectives de 13,7 minutes, 19,3, 8,6 et 8,9 minutes.

Les services d'information et de conseil par téléphone et sur Internet constituent aujourd'hui des moyens privilégiés de diffuser l'information de la façon la plus large tout en l'ajustant aux besoins de chaque personne dans la singularité de sa situation et de sa demande. Dans le champ des pratiques addictives, ce service repose sur Drogues Alcool Tabac Info Service (le 113 depuis juin 2001) et Tabac Info Service. Les récentes campagnes contre le tabac ont considérablement accru la demande et ces services ne réussissent plus à traiter avec les moyens actuels ce flux croissant. Il convient de **réorganiser les services de téléphonie sociale** en cohérence avec la politique publique afin qu'ils apportent un service plus large et

de meilleure qualité avec une efficacité accrue, ce qui passe notamment par le regroupement des lignes de façon à réaliser des économies d'échelle mais aussi la différenciation de la prise en charge des différents produits pour mieux répondre aux attentes. Cette réorganisation recoupe la problématique générale de la téléphonie sociale d'une part, celle de la spécification des lignes d'appel d'autre part.

L'évolution des usages du téléphone et des technologies de l'information, l'utilisation massive du téléphone portable et l'ouverture du marché des télécommunications ont fait évoluer le paysage dans lequel la téléphonie sociale se développe. D'une façon générale dans le public, la part du budget familial ou individuel consenti à l'utilisation des lignes téléphoniques a considérablement augmenté au cours des 10 dernières années. C'est dans ce contexte que doivent être repensées **la numérotation et la tarification des lignes de DATIS**. L'alternative se pose donc de conserver la gratuité ou d'offrir un service à coût partagé (sur le mode par exemple d'un numéro Azur). Les décisions doivent tenir compte du seuil financier qui peut limiter l'appel du public cible (ici les adolescents et les jeunes en particulier) tout en minimisant les faux appels (erreurs, blagues, etc.). De la même manière, le maintien du numéro d'appel à trois chiffres (de type numéro d'urgence) ne semble pas adapté aux missions d'information et de conseil de DATIS.

Les demandes peuvent être différenciées en deux catégories : l'information traitée par des entretiens courts (75% des appels avec une durée moyenne de 6 minutes) et le conseil qui nécessite des échanges plus longs (30 minutes actuellement en moyenne) et bénéficierait d'une possibilité de suivi au cours de deux ou trois appels. Ces deux services doivent être différenciés au sein de DATIS.

L'évolution de la téléphonie et des technologies d'information dans ce champ doit donc viser à **optimiser la qualité et l'efficacité de la réponse** : à côté d'un numéro généraliste sur les drogues, des numéros d'appels pour chaque type de problème seront créés dès 2004 (problème lié au tabac, au cannabis et à l'alcool) et pour chaque type de demande (information, écoute-conseil) ; l'ensemble des lignes sera regroupé dans une plate forme unique en charge de la stratégie générale, de la gestion, de l'organisation, des moyens techniques, du personnel, des ressources documentaires et de la formation.

4 - AMELIORER LA REPONSE DU SYSTEME DE SOINS A L'USAGE NOCIF ET A LA DEPENDANCE

La consommation des substances psychoactives expose à la survenue de troubles ou de pathologies avec une période de latence plus ou moins longue (cancers respiratoires et des voies aéro-digestives supérieures, cancers digestifs, maladies cardio-vasculaires, petit poids de naissance, syndrome d'alcoolisme fœtal, infection VIH, hépatite C...) mais elle constitue en soi **une véritable pathologie dans les situations d'abus ou de dépendance**³. Dans ces situations, l'individu doit être traité, soutenu et accompagné pour cesser sa consommation, prévenir les rechutes ou contenir le retentissement de ses consommations et de sa dépendance sur sa santé, sa vie personnelle, familiale et sociale. Cette prise en charge comporte une dimension propre à chaque type d'addiction et des traits communs en matière d'accompagnement psychologique et social. Si les personnes dépendantes associent souvent plusieurs produits, l'un d'eux est à un moment dominant et motive la demande de soins.

Alors même que les personnes dépendantes ont une fréquentation des services de soins plus élevée que la moyenne, on observe que **le traitement de la dépendance est souvent tardif, limitant l'efficacité des moyens thérapeutiques disponibles**. En effet, l'abus et la dépendance peuvent n'être pas reconnus comme tels par les consommateurs ou être cachés ou déniés à cause du stigmate qui s'attache à la condition d'alcoolique ou de toxicomane ; de leur côté, les professionnels de santé n'osent pas aborder le problème de dépendance sous-jacent au problème somatique qui motive le recours du patient. Cependant on note dans les dernières années un progrès sensible du repérage des conduites addictives par les généralistes.

La dépendance n'est pas inéluctable. Une fraction importante des personnes dépendantes en guérit. La sortie de la dépendance passe souvent par une trajectoire émaillée de périodes d'abstinence et de rechutes. Pour certains, une prise en charge au long cours est nécessaire. Le système de soins doit donc offrir **une gamme diversifiée de réponses thérapeutiques et de services** de façon à proposer à chaque personne la réponse la mieux adaptée aux différentes étapes de cette trajectoire et s'attacher à **l'amélioration de la qualité des soins**. Cette amélioration doit porter sur la recherche, la formation, les références de pratiques et l'évaluation.

Les objectifs du plan quinquennal dans le domaine du soin sont les suivants :

- **repérer l'abus ou la dépendance le plus tôt possible** pour proposer une prise en charge adaptée en médecine de ville ou en secteur spécialisé par une sensibilisation des consommateurs, une formation des médecins à l'utilisation des outils diagnostiques standardisés ; dans cet objectif, amener consultants et médecins de ville à considérer l'interrogatoire sur les consommations de tabac, d'alcool, de cannabis ou d'autres drogues comme partie intégrante du suivi préventif ;
- **développer, organiser et optimiser l'offre de soins pour en améliorer l'accessibilité et la qualité**, ce qui impose une véritable planification régionale et départementale fonction des indicateurs épidémiologiques, une optimisation de l'offre de soins à travers les CSAPA (Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) permettant de mieux répondre aux besoins avec des structures de masse critique

³ On traitera plus particulièrement ici les dépendances à l'alcool, aux opiacés et les polytoxicomanies, la dépendance au tabac et l'abus de cannabis étant traités dans la partie prévention.

suffisante, une articulation plus efficace entre médecine de ville, services hospitaliers spécialisés et CSAPA.

- **améliorer la qualité et la diversité des réponses thérapeutiques** pour les toxicomanes dépendant de l'héroïne et polytoxicomanes et consolider les programmes de **réduction des risques** en mettant en œuvre les dispositions de la loi de santé publique ;
- **expérimenter des méthodes de prise en charge innovantes** face au problème du **crack** en région parisienne et dans les départements français d'Amérique ;
- **promouvoir l'addictologie comme spécialisation** comportant l'enseignement, la formation et la recherche ; son développement servira de support à la mobilisation des professionnels de santé intervenant dans le domaine des dépendances et de base de diffusion des innovations thérapeutiques et de la recherche clinique. Cette spécialisation doit être ouverte aux médecins généralistes.

4.1 Documenter les comportements de consommation, repérer l'abus ou la dépendance le plus tôt possible

L'usage nocif (abus) est caractérisé par une consommation répétée induisant des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux pour le sujet lui-même, son entourage et la société. Les médecins généralistes s'attachent de plus en plus à connaître les consommations d'alcool et de tabac des consultants (73% pour l'alcool et 84% pour le tabac en 1999). **La généralisation et la standardisation de cette pratique doivent se poursuivre et inclure le cannabis et les autres substances.** La connaissance des comportements de consommation et sa documentation dans les dossiers des patients sont des éléments majeurs pour la prévention. Ils permettent d'apporter des conseils préventifs (conseil d'abstention de tous produits aux femmes enceintes, vaccination des usagers de drogue contre l'hépatite B), d'orienter vers des dépistages ciblés (tests VIH ou VHC) et de repérer les personnes relevant d'interventions spécifiques. Le repérage d'une consommation excessive doit enclencher une discussion en vue d'une motivation à l'arrêt ou à une meilleure maîtrise de cet usage. Les techniques de conseil et d'intervention brève peuvent être très efficaces dans les nombreux cas d'abus d'alcool récent et sans comorbidité sévère.

Les médecins généralistes sont légitimes dans cette position de suivi préventif en population générale. Des guides pratiques à leur intention ont été élaborés et diffusés pour améliorer la qualité de l'évaluation et du conseil. Une campagne dans les cabinets médicaux sera engagée pour faciliter l'acceptation de cette démarche par les consultants. Cette évaluation de la consommation sera prise en compte dans l'élaboration du référentiel des **consultations de prévention** prévues par la loi de santé publique.

4.2 Développer, organiser et optimiser l'offre de soins

Le développement de l'offre de soins doit réduire les inégalités géographiques en mettant la priorité sur les zones où les indicateurs sanitaires sont les plus défavorables. Si ces dernières années, le développement des traitements de substitution et de la politique de réduction des risques a considérablement amélioré l'accès aux soins des héroïnomanes, celui-ci reste très insuffisant pour les personnes en difficultés avec l'alcool et le cannabis. Les carences portent sur l'offre de soins dans certains secteurs, sur la coordination entre structures, en particulier entre médecine de ville et secteurs spécialisés et sur la prise en charge des troubles psychiatriques associés.

L'optimisation du dispositif de soins repose sur la planification de l'offre de soins au niveau régional, la mise en place des CSAPA, l'amélioration de la coordination autour des réseaux.

4.2.1 – Définir un schéma régional de prise en charge des toxicomanies et des dépendances intégrant les structures des champs sanitaire et médico-social

Il importera de veiller à une cohérence entre le schéma relatif aux structures de soins spécialisés mentionné au 9° du I de l'article L312-1 du code de l'action sociale et des familles, arrêté par le représentant de l'Etat dans la région et le schéma régional d'organisation sanitaire mentionné à l'article L6121-1 et suivants du code de la santé publique, arrêté par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. Cet article précise notamment que le schéma régional d'organisation sanitaire tient compte de l'articulation des moyens des établissements de santé avec la médecine de ville et le secteur médico-social et social.

Une réflexion nationale sera engagée sur l'analyse des besoins et les missions des structures thérapeutiques avec hébergement (centres de post-cure, communautés thérapeutiques notamment) ayant un recrutement partiellement extérieur à la région d'implantation.

4.2.2 Réorganiser les centres spécialisés en alcoologie (CCAA) et les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) dans le cadre des CSAPA.

Depuis la loi du 2 janvier 2002, les soins pour les personnes dépendantes de l'alcool, de l'héroïne et plus généralement des autres substances psychoactives sont organisés dans des établissements médico-sociaux dénommés CSAPA. Le dispositif de prise en charge sera réorganisé autour de ces nouvelles structures. Les centres pourront proposer des soins soit simultanément pour les divers types d'addiction, soit exclusivement pour les problèmes d'alcool ou de tabac ou pour les dépendances aux substances illicites ou certaines d'entre elles. Les activités concernant l'alcool, le tabac ou d'autres dépendances devront être définies dans le projet d'établissement dans des programmes distincts (projet thérapeutique, horaires des consultations, personnels affectés etc.). Les programmes de prévention proposés par le CSAPA feront l'objet d'un programme spécifique (actions, population cible, techniques d'intervention) et seront définis en référence à un cahier des charges défini sous l'égide de l'INPES. Les CSAPA peuvent être développés sur un seul site ou associer différentes structures en réseau. L'élaboration du projet d'établissement tiendra compte de la situation épidémiologique et de la structure de l'offre de soins dans le champ des addictions au plan régional et départemental.

L'intérêt d'un tel dispositif est d'optimiser l'offre de soins notamment en vue :

- d'améliorer leur accessibilité, notamment dans les aires géographiques où certains besoins sont encore mal couverts du fait de l'éloignement des structures spécialisées et/ou de l'effectif limité de personnes concernées qui n'ont pas justifié l'implantation d'une structure spécialisée
- de faciliter la prise en charge des personnes présentant une dépendance à plusieurs substances,
- de permettre, grâce à une masse critique suffisante, l'emploi de personnel soignant, social et administratif permettant la prise en charge pluridisciplinaire complémentaire du traitement médical des addictions : notamment, suivi social, insertion professionnelle, coordination avec les services psychiatriques et les services médicaux spécialisés

- de donner au système une lisibilité accrue facilitant la coopération avec la médecine de ville.

4.2.3 – Renforcer et structurer le dispositif spécialisé

Le dispositif spécialisé repose sur les futurs CSAPA décrits ci-dessus et sur les services hospitaliers. Ses missions sont de garantir une prise en charge globale de proximité (sanitaire, psychologique et sociale), de prendre en charge les situations cliniques les plus difficiles en particulier les personnes dépendantes, de compléter des prises en charge assurées par le dispositif de premier recours en médecine de ville.

Depuis janvier 2003, le financement des CSST par l'assurance maladie (enveloppe médico-sociale de l'ONDAM) permet d'assurer dans de bonnes conditions la pérennité du dispositif. Celui-ci est dans l'ensemble suffisant en nombre de structures. Il convient cependant de remédier aux difficultés d'accessibilité aux programmes méthadone dans certains départements faute d'offre effective dans les centres existants, de renforcer la médicalisation (médecins et infirmières) des centres qui est devenue inadaptée aux modes actuels de prise en charge au long cours de personnes associant à la dépendance des pathologies somatiques.

En revanche, le dispositif alcool souffre encore d'une grande disparité en terme de couverture et de qualité puisque seuls 245 services sont ouverts plus de 20 heures par semaine et que la distribution géographique ne correspond pas toujours aux besoins. Le rapport Parquet Reynaud (1998) proposait une norme d'un centre spécialisé en alcoologie pour 100 000 habitants et au moins un par département.

Concernant l'alcool, le dispositif de soins se compose de 659 structures : CCAA et leurs permanences d'accueil, consultations à l'hôpital ou en centres de santé. En 2000, la fréquentation est estimée à 100 000 patients, dont 60 à 65% étaient alcoolodépendants. Toutefois la consommation excessive d'alcool représente une charge très importante pour les services de santé, hospitaliers ou de ville, en raison des pathologies associées : ainsi en 2000, 20,3% des patients présents à l'hôpital un jour donné, 18,2% des consultants en médecine de ville, ont une consommation excessive d'alcool, dont respectivement 7,4% et 5% répondent aux critères de dépendance. La moitié des hommes de 35 à 54 ans hospitalisés un jour donné ont une alcoolisation excessive.

La prise en charge des toxicomanes repose sur 201 CSST à orientation ambulatoire, associatifs ou publics, 47 CSST associatifs avec hébergement, et 16 CSST en milieu carcéral financés par l'assurance maladie assurant la prise en charge d'environ 70 000 personnes.

La diffusion des traitements de substitution a permis aux médecins de ville de prendre en charge les patients toxicomanes et d'évoluer dans leur attitude face aux demandes de ces patients : la proportion de médecins impliqués dans cette prise en charge varie en fonction de la prévalence de la toxicomanie aux opiacés.

Parmi les médecins qui prescrivent des traitements de substitution selon les réponses, 50 à 60% ne suivent qu'un ou deux patients. La concentration géographique des patients et la spécialisation de fait de certains généralistes de ville conduisent à ce qu'au total, 54 à 80% des patients soient suivis selon les sites par moins de 20% des médecins généralistes.

Dans les établissements hospitaliers, il existe 167 équipes de liaison en addictologie.

Le dispositif en alcoologie doit donc être renforcé en tenant compte des indicateurs épidémiologiques sur la base des normes proposées pour les différents types de services par le rapport Parquet-Reynaud, soit par département de moyenne importance :

- une unité hospitalière,
- une structure hospitalière de type hôpital de jour,
- un centre d'alcoologie pour 100 000 habitants ou au moins un par département,
- un centre de soins de suite et de réadaptation alcoologique,
- une équipe de liaison en addictologie
- un réseau ville-hôpital s'appuyant sur les CSAPA et associant les médecins généralistes et les services sociaux,

Cette organisation doit être modulée en fonction des critères épidémiologiques concernant les pathologies liées à l'alcool.

L'équipement actuel en équipes de liaison en addictologie ne répond encore qu'insuffisamment aux besoins. La principale mission⁴ de ces équipes est d'assister les équipes soignantes de l'hôpital pour le repérage et la prise en charge des patients hospitalisés ayant des problèmes d'abus ou de dépendance, d'élaborer des protocoles de soins et de prise en charge pour celles-ci lors des hospitalisations, de contribuer à la formation du personnel hospitalier. La priorité est de doter les départements qui ne le sont pas encore d'une équipe de liaison en addictologie et de renforcer les équipes existantes qui offrent des services trop limités compte tenu de leur taille souvent inférieure à la préconisation d'un temps partiel médical et de 4 ETP de personnel non médical.

4.2.4 – Développer la coordination des soins à travers les réseaux

La prise en charge des personnes dépendantes nécessite une action complexe prenant en compte la durée, les différents intervenants et le traitement conjoint ou successif des problèmes psychiatriques, somatiques et sociaux avec une attention particulière au maintien ou à la reprise du travail. Cette prise en charge est donc nécessairement répartie entre plusieurs acteurs, d'autant que la dépendance se déroule sur un temps long. Tous les acteurs sont importants à un moment donné, chacun voyant sa compétence et son intervention optimisés si les problèmes et responsabilités sont clairement définis. C'est pourquoi la coordination au sein des réseaux est une fonction clé. Il en existe aujourd'hui près de 160 dont les modalités de fonctionnement diffèrent fortement. Certains ont été mis en place dans le cadre de la circulaire du 4 mars 1994 et ont permis le développement des traitements de substitution en coordonnant l'activité des médecins généralistes dans une aire géographique donnée, tandis que **d'autres, en particulier dans le domaine de l'alcoologie, répondent aux objectifs de la loi du 4 mars 2002 dans la logique de réseau de santé visant à une prise en charge pluridisciplinaire.** L'objectif au cours de la période de mettre en cohérence et d'évaluer ces différents réseaux « addictions » et d'assurer une plus grande stabilité dans leur fonctionnement.

4.2.5 – Renforcer la formation des médecins généralistes

Face au phénomène de masse que constituent les consommations d'alcool, de tabac et de drogues illicites, en particulier du cannabis, et à son incidence sur les recours aux soins, les médecins généralistes ont un rôle crucial à toutes les étapes de la prévention, du repérage et du soin en consultation ou en coordination avec des services spécialisés pour les patients à risque de/ou présentant une dépendance. L'efficacité et l'efficience de leurs interventions dans ce champ très important de leur activité seront renforcées grâce à l'utilisation d'outils de repérage et de techniques validées qui restent encore mal connus et par une intégration des avancées thérapeutiques aux pratiques professionnelles. Un programme de formation fondé sur un large éventail de moyens sera mis en place pour diffuser ces outils et pratiques auprès des médecins généralistes.

⁴ Circulaire DHOS/02-DGS/SD6B 2000/460 du 8 septembre 2000

4.3 Innover, diversifier, consolider les réponses à la toxicomanie

Au cours des dix dernières années, la politique de santé en direction des usagers d'héroïne a été renouvelée par les programmes de prévention du sida et des hépatites et par les traitements de substitution. **L'impact positif de ces nouveaux modes d'intervention visant à réduire l'ensemble des risques sanitaires de la consommation de drogue** peut être appréhendé aussi bien par des indicateurs d'activité que par des indicateurs épidémiologiques : nombre de PES et de services à bas seuil, proportion de médecins prescrivant des médicaments de substitution, ventes de seringues, volume de médicaments prescrits, mais aussi baisse de la mortalité par overdose, réduction de la prévalence du VIH, rétention des patients substitués dans les traitements, observance par les usagers séropositifs des traitements de l'infection VIH...

Cependant l'évaluation du dispositif met en exergue **des problèmes persistants** : maintien d'une incidence élevée de contamination par le VHC, injection encore trop fréquente du Subutex® (buprénorphine), détournement d'une fraction de celui-ci sur le marché de rue, répartition déséquilibrée entre méthadone et buprénorphine, nécessité d'améliorer la prise en charge sociale et psychiatrique, discontinuité des traitements lors de l'entrée ou de la sortie de prison, insuffisance des réponses en cas d'échec des traitements ou de polytoxicomanies sévères. Parallèlement persistent les grandes difficultés à définir des interventions efficaces auprès des consommateurs compulsifs de crack ou de cocaïne dont la concentration dans certains quartiers suscite l'hostilité des habitants vis-à-vis de l'implantation de services spécialisés.

La poursuite d'une approche de santé publique en direction de ces groupes d'usagers repose donc sur la prévention, les soins et la réduction des risques et des dommages sociaux. Ce dernier volet introduit dans les politiques publiques depuis le milieu des années 1980 est inscrit dans la loi relative à la politique de santé publique. Elle repose sur un ensemble de mesures qui s'inscrivent dans deux axes : la consolidation et l'amélioration des programmes existants et la diversification de l'offre de soins.

4.3.1 – Innover : communautés thérapeutiques

- Développement des programmes sans substitution, notamment les communautés thérapeutiques

L'offre de prise en charge résidentielle s'est réduite (elle est actuellement de moins de 600 places) alors que les besoins et les types de populations concernées augmentent. Après une période de fort développement des traitements de substitution et dans la perspective d'une prise en charge au long cours, l'offre thérapeutique doit être diversifiée. Le dispositif sera ainsi renforcé par l'ouverture de possibilités en post-sevrage, dans un nouveau cadre thérapeutique notamment en s'appuyant sur les groupes d'entraides d'ex-usagers (sur le modèle de Narcotiques Anonymes par exemple).

Les usagers n'ayant pas d'indication pour un traitement de substitution ou souhaitant un autre type de prise en charge devront pouvoir bénéficier du modèle des **communautés thérapeutiques**. Ce modèle discrédité dans le passé en raison de dérives autoritaires peut être utile pour des usagers ayant une histoire relativement brève avec les produits ou au contraire pour des personnes en échec répété et qui ont besoin d'une prise en charge plus longue et plus structurée que le suivi ambulatoire. De telles structures méritent donc d'être développées dans un cadre strict sur la base d'un modèle garantissant le respect des individus et la valeur

thérapeutique du projet de l'institution. Ces communautés seront développées dans le cadre d'une expérience pilotée par la MILDT et le ministère de la santé. Chaque communauté thérapeutique devrait avoir une capacité moyenne de 30 places. Un code d'éthique et une charte des communautés seront élaborés pour éviter toutes dérives. Une attention particulière sera portée au risque de dérive sectaire qui existe dans ce champ. Ce cadre éthique et professionnel sera élaboré, sous l'égide de la MILDT et du ministère de la santé, par un groupe de travail s'appuyant sur les expériences françaises et étrangères et le bilan des bénéfices et des limites de ce modèle de prise en charge (indications et contre-indications, taux et type d'encadrement, activités occupationnelles et thérapeutiques à promouvoir, critères de suivi et d'évaluation, coordination avec les services de soins, place des traitements médicaux et psychiatriques).

4.3.2 – *Consolider le dispositif*

- Poursuite et adaptation des programmes de réduction des risques

Les toxicomanes usagers d'héroïne restent le groupe de population le plus sévèrement atteint par l'infection VIH et l'hépatite C. Toutefois les mesures de réduction des risques ont permis une très forte décroissance de l'incidence des nouvelles contaminations. La prévalence de l'hépatite C reste par contre de l'ordre de 70% avec une incidence qui ne baisse pas. La couverture de la vaccination contre l'hépatite B est à améliorer dans cette population très exposée. **Les programmes de réduction des risques gardent donc toute leur nécessité** avec des modalités à adapter au niveau de la prévalence, aux modes de transmission du VHC, et aux modes de consommation en évolution constante. Ils doivent aussi prendre en compte les nouvelles populations d'usagers et les formes de précarité et intégrer une forte dimension sociale. Ces actions pour être efficaces doivent se situer au plus près des usages, notamment par une action de rue, des services de première ligne (boutiques, hébergement d'urgence de type *sleep in*), des services d'échange de seringues et en s'appuyant sur des acteurs issus du milieu. **Un référentiel** sera élaboré pour définir le cadre de ces actions de terrain et clarifier leur positionnement par rapport au champ répressif.

- Mise en place de protocoles favorisant les traitements de méthadone par les médecins généralistes.

La répartition actuelle des produits de substitution, très défavorable à la méthadone, n'est pas justifiée par des données scientifiques. Même si elle offre des avantages en terme de sécurité, la buprénorphine a un spectre d'action plus limité que la méthadone et sa galénique actuelle permet, non sans risques, la poursuite de l'injection. Ce déséquilibre résulte du cadre réglementaire différent des deux produits et de la sous-exploitation par les centres spécialisés des possibilités offertes par les textes en vigueur d'adresser les patients volontaires, une fois stabilisés, en médecine de ville. Certains départements n'offrent pas d'accès à ce traitement ou de façon très limitée. S'agissant d'un traitement de longue durée, une partie des centres se trouvent embolisés par une file active lourde et qui se renouvelle peu. Depuis la circulaire du 30 janvier 2002, les établissements de santé peuvent initialiser un traitement de méthadone.

L'augmentation des traitements par la méthadone parmi les personnes sous traitement de substitution devrait permettre d'améliorer l'efficacité globale des traitements. Elle nécessite la définition d'un cadre et de protocole permettant la **primo prescription en médecine de ville et un cadre particulier de délivrance en officine**. Ces protocoles devront préciser les

modalités de coopération avec les centres spécialisés, notamment pour les mesures d'accompagnement psychosocial des personnes traitées.

- Sécurisation de la prescription et de la délivrance des médicaments de substitution afin de protéger leur valeur thérapeutique

Face à une condition chronique comportant des risques élevés et une grande fréquence des rechutes, et en l'absence de voies thérapeutiques nouvelles les moyens thérapeutiques disponibles doivent être précieusement sauvegardés. Le détournement par une petite proportion d'individus de volumes importants de Subutex® sur le marché de rue impose de poursuivre et d'adapter les mesures de sécurisation de la prescription et de la délivrance des médicaments de substitution afin de prévenir les détournements et protéger ainsi leur valeur thérapeutique.

- Diversification de la galénique des médicaments de substitution

Les traitements de substitution conduisent à une forte baisse de la consommation d'héroïne, de cocaïne et de médicaments et à un abandon de l'injection chez la majorité des personnes traitées. Toutefois les comprimés de Subutex® destinés à une absorption sublinguale sont broyés, dilués et injectés par une fraction des personnes traitées avec des complications locales parfois sévères et le maintien des risques infectieux, même à un niveau plus bas. **La galénique de la buprénorphine doit donc être réétudiée pour offrir une forme effectivement non injectable**, notamment par adjonction de naloxone.

De la même façon, une forme orale sèche de méthadone doit être développée qui, tout en conservant les garanties sanitaires liées à sa forme actuelle, doit favoriser le développement des programmes de méthadone en limitant les inconvénients du sirop.

Les politiques en matière de mise sur le marché, de prescription, d'indications et d'évaluation des **médicaments psychotropes** relèvent du champ de la DGS et de l'AFSSAPS. Le recours croissant à ces médicaments psychoactifs est concomitant avec une insuffisance de traitement de certains troubles mentaux avérés. Cette situation relève de l'analyse épidémiologique et de l'évaluation des pratiques médicales compte tenu des recommandations thérapeutiques pour les troubles psychologiques. L'assimilation indistincte de ces médicaments à des drogues risquerait en effet de dévaloriser une ressource thérapeutique précieuse et efficace.

En revanche, l'observation, la prévention et la prise en charge des consommations de médicaments hors d'un usage thérapeutique relèvent du champ de la MILDT en lien avec les administrations concernées, dans le champ sanitaire et répressif notamment, pour ce qui a trait à la circulation illégale de ces médicaments sur les marchés de rue. Les risques des usages abusifs de ces médicaments sont d'ailleurs pris en compte lors des décisions d'autorisation de mise sur le marché, lorsqu'il existe un potentiel d'abus ou de dépendance connu du principe actif ou que la surveillance après commercialisation par les CEIP identifie des mésusages. La commission des stupéfiants et psychotropes de l'AFSSAPS peut alors être saisie en vue de mesures à prendre pour préserver la santé publique. Ces consommations entrent également dans le champ d'observation du phénomène de consommation dans les enquêtes en population.

Seules ces consommations associées doivent donc être prises en compte dans les dimensions de la prévention et du soin développées dans ce plan.

4.4 Améliorer la prise en charge des usagers incarcérés

Les prisons accueillent un grand nombre de personnes ayant des conduites addictives. L'incarcération peut être l'occasion d'**entreprendre une prise en charge et ne doit pas interrompre celles qui sont en cours**, notamment les traitements de substitution. De la même façon, tout doit être mis en œuvre au plan médical, social et pénal **pour assurer la continuité** à la sortie, prévenir les rechutes et les overdoses mortelles pour les toxicomanes.

De nombreuses actions ont été menées ces dernières années pour améliorer la qualité de la prise en charge des personnes incarcérées⁵. Elles n'ont néanmoins pas encore atteint pleinement leur objectif même si une grande partie des établissements se sont engagés dans l'application des mesures pour la prise en charge des addictions définies en commun par la direction générale de la santé et la direction de l'administration pénitentiaire. L'accès aux traitements de substitution s'est amélioré⁶. Néanmoins, les pratiques professionnelles restent encore très disparates. La bonne utilisation de la grille nationale de repérage des conduites addictives à l'entrée en prison est encore incertaine. Les partenariats avec le secteur spécialisé se sont développés mais ne couvrent pas encore l'intégralité des besoins notamment en ce qui concerne la prise en charge des problèmes d'alcool. Les actions développées en matière de consommation de tabac restent éparses et sont laissées à l'initiative locale. Les problèmes d'hébergement restent l'un des problèmes majeurs dans la préparation à la sortie de prison. D'une façon générale, les difficultés d'articulation entre les différents acteurs persistent (cloisonnement, difficultés à passer les relais...).

Compte tenu de ces éléments, le chantier relatif à la mise en place de protocoles concernant la prise en charge des personnes incarcérées ayant des conduites addictives sera relancé et poursuivi notamment autour des axes suivants :

- **renforcement du partenariat des établissements pénitentiaires avec le secteur spécialisé** notamment dans le secteur de l'alcoologie ;
- développement du **partenariat avec le secteur de l'hébergement** afin qu'un hébergement puisse être proposé à tous les usagers de drogues sortant de prison et qui en auraient besoin. Cette question s'inscrira dans une réflexion plus large à mener par le ministère de la justice et le ministère des affaires sociales sur l'hébergement d'urgence et de transition des sortants de prison ;
- amélioration des prises en charge par les traitements validés pour les addictions et accessibilité dans tous les établissements pénitentiaires ;
- développement de **l'accessibilité aux substituts nicotiques par le biais des UCSA et mise en place de cellules non fumeurs** dans les établissements ;
- **mise en œuvre des mesures de réduction des risques préconisées à la suite du rapport sur la réduction des risques en milieu carcéral** ;
- mise en place de formations communes aux acteurs sanitaires, pénitentiaires et sociaux intervenant en milieu pénitentiaire (formations relatives aux traitements de substitution, à la dépendance tabagique, au repérage de l'abus et de la dépendance...) ;
- développement des instruments de suivi destinés à avoir une meilleure connaissance des besoins des personnes incarcérées et du taux de couverture de ces besoins (enquêtes, rapports d'activité, études...).

⁵ Cahier des charges annexé à la note interministérielle du 9 août 2001 relative à l'amélioration de la prise en charge sanitaire des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive. Rapport de la mission Santé Justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral, décembre 2000. Améliorer la prévention et la prise en charge sanitaire des personnes détenues. Ministère de la santé, avril 2002.

⁶ Enquêtes un jour donné sur les traitements de substitution en milieu pénitentiaire mars 1998, novembre 1999, décembre 2001.

4.5 Développer un programme crack à Paris, aux Antilles et en Guyane.

La diffusion du crack est restée circonscrite sur le territoire français mais pose de redoutables problèmes face auxquels les réponses développées pour les héroïnomanes sont insuffisantes. Ces usagers associent au crack d'autres consommations de stimulants, de médicaments ou d'alcool. En région parisienne, cette situation pose des problèmes aigus dans des zones relativement circonscrites tandis qu'aux Antilles et en Guyane, l'usage de crack contribue à l'insécurité. Il affecte même l'économie de ces régions et constitue une entrave à leur développement. La consommation de crack se fait le plus souvent sur un mode compulsif entraînant une spirale de troubles psychiatriques, de troubles somatiques, une dégradation de l'état de santé, pertes de contrôle et marginalisation sociale. Ces conséquences pour la personne elle-même s'accompagnent de graves troubles du comportement social, de délinquance et de violence qui entraînent des réactions de rejet voire d'hostilité des résidents. En métropole comme outre-mer, ceux-ci appellent une intervention des autorités publiques pour éviter la concentration de ces usagers.

Les usagers de grandes quantités de médicaments (notamment de benzodiazépines et d'anxiolytiques) et de stimulants connaissent une situation assez proche.

Les méthodes classiques de prise en charge des toxicomanes à l'héroïne ne sont pas adaptées à ces situations et les professionnels, dans le champ de la santé, du social ou de l'ordre public sont désarmés. Les réponses sont d'autant plus difficiles à trouver qu'il n'existe pas de mesures thérapeutiques ou psychosociales spécifiques autour desquelles organiser une prise en charge. Des expériences reposant sur un ensemble coordonné au niveau local de dispositifs et de prestations sont conduites dans d'autres pays et peuvent contribuer à définir les bases de programmes locaux.

C'est pourquoi il est proposé de développer des solutions novatrices dans le cadre d'un programme spécifique associant les professionnels qui ont déjà engagé des actions et des recherches à Paris et dans les départements français d'Amérique. Ce programme sera mis en place sous l'égide de la MILDT. Il devra conjuguer des prestations en proximité à orientation de réponse aux situations de crises, un *counselling* préventif adapté aux modes de consommation, des conseils aux professionnels confrontés à ces patients, des réponses de long terme comportant soins psychiatriques, interventions sociales et soins médicaux, aide familiale et lien avec les services de police et de justice. Le programme devra aussi développer des modes de concertation avec les résidents, les institutions, les professionnels et les élus pour l'implantation des services dans les quartiers les plus concernés (par exemple sur le modèle du panel citoyen). Le concept de ce programme devra être développé dans un délai de 6 mois pour être mis en place dans le cadre d'un programme expérimental accompagné d'indicateurs d'évaluation.

4.6 Promouvoir l'addictologie comme soutien de l'enseignement, de la formation et de la recherche

L'association des consommations et les polytoxicomanies, les traits communs des addictions tant d'un point de vue neurobiologique que clinique, les coopérations professionnelles existantes plaident en faveur du développement de l'addictologie.. L'organisation de l'enseignement, de la prévention et des soins aux marges du système hospitalier et universitaire ont gêné la formation tant initiale que continue des médecins et des autres professionnels de santé, le développement de la recherche et la diffusion des

innovations thérapeutiques et organisationnelles. Le développement de pôles de référence en addictologie, dans une même structure ou en réseau, permettant d'assurer l'ensemble des missions fondamentales (prise en charge, recherche clinique et formation), d'intervenir directement ou en soutien des autres acteurs, en particulier des médecins généralistes, des réseaux et des services spécialisés, doit être favorisé, selon un cahier des charges qui sera défini sur la base des travaux menés au cours des dernières années.

Leurs missions sont de :

- Promouvoir et diffuser les références de pratiques cliniques et les procédures de prise en charge
- Promouvoir et mettre en œuvre les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles
- Développer la recherche clinique de façon coordonnée avec les autres pôles de référence en France et en international et en lien étroit avec les partenaires régionaux
- Développer la formation initiale et continue des professionnels de santé et de la prévention
- Garantir la meilleure qualité possible au vu des données actuelles de la science
- Prendre en charge les patients les cas les plus complexes
- Développer les référentiels suite aux recommandations de l'ANAES.

Au terme de 5 ans, chaque région devrait être dotée d'au moins un pôle de référence en addictologie.

5 - RETABLIR LA PORTEE DE LA LOI

5.1 Faire évoluer et respecter les législations relatives au tabac et à l'alcool

La loi du 10 janvier 1991, dite « loi Evin », a pour objectif de lutter contre les comportements dangereux liés à la consommation de tabac et d'alcool. Elle a instauré un dispositif propre à chacun des deux types de produits :

Mesures concernant le tabac

- interdiction de la publicité
- information et protection du consommateur (messages sanitaires sur les paquets, mention de la composition et des taux de goudron et de nicotine...)
- protection des non-fumeurs (principe général d'interdiction de fumer dans les lieux affectés à l'usage collectif sous peine d'une contravention de 3^{ème} classe ; zones non-fumeurs dans les restaurants sous peine d'une contravention de 5^{ème} classe...)
- rôle des associations (possibilité de poursuivre en justice les infractions à la loi)

Mesures concernant l'alcool :

- limitation de la publicité (presse écrite adulte, radio dans tranches horaires limitées, affiches et enseignes, catalogues, fêtes et foires traditionnelles)
- information du consommateur (message sanitaire sur les publicités)
- protection du consommateur et des mineurs (interdiction de délivrer des boissons alcooliques par distributeurs automatiques, entre 22 h et 6 h dans les points de vente de carburant, aux jeunes de moins de 16 ans...)
- rôle des associations (possibilité de poursuivre en justice)

La loi Evin a constitué un socle de législation et entraîné une évolution des comportements et des représentations. Depuis, d'autres dispositions ont été prises (ainsi l'interdiction de la vente des produits du tabac à des mineurs de moins de 16 ans instaurée par la loi du 31 juillet 2003) ou sont actuellement discutées (compétences de contrôle données à de nouveaux corps de fonctionnaires dans la loi relative à la politique de santé publique.. Toutefois, tel que l'a rapporté la commission Berger chargée de l'évaluation de la loi Evin (octobre 1999), de nombreuses mesures prévues par cette loi de 1991 souffrent d'un défaut d'application effective, à commencer par l'une de ses novations les plus symboliques, l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs. La MILDT a été chargée par le Premier ministre de prendre de nouvelles initiatives pour **améliorer le respect de l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs**.

Il importe donc, par un effort de communication, de sensibilisation, de formation mais également de contrôle, d'améliorer l'effectivité de la législation relative à la lutte contre le tabac et l'alcool.

En liaison étroite avec le ministère de la santé, de l'éducation nationale et les ministères régaliens, la MILDT animera une politique visant notamment à :

- mieux **protéger les mineurs** (application des mesures interdisant la délivrance de tabac ou d'alcool aux mineurs de 16 ans,...) ;
- renforcer l'application des mesures de **protection des non-fumeurs** (sensibilisation des responsables d'établissements accueillant du public, effectivité des contrôles...)
- mieux **impliquer l'ensemble des administrations compétentes** en matière de réglementations de la prévention du tabagisme et de l'alcoolisme et développer des

- actions de sensibilisation et de formation à leur égard ainsi qu'à destination des juridictions pénales ;
- **adapter les dispositions relatives aux débits de boissons** aux différents lieux d'approvisionnement et de consommation (stations services, buvettes, grande distribution...);
 - **amplifier la vigilance** en créant un réseau de veille judiciaire associant l'ensemble des services compétents (justice, santé, affaires sociales, DGCCRF,...) et les associations de prévention du tabagisme et de l'alcoolisme ; mieux coordonner l'action de ces associations.

5.2 Faire évoluer le dispositif de sanction de l'usage de stupéfiants par des instructions générales de politique pénale aux parquets

En 2002, 81 254 usagers ont été interpellés, dont 73 449 pour usage de cannabis, 3 449 pour usage d'héroïne, 1576 pour usage de cocaïne, 1 384 pour usage d'ecstasy et 854 pour usage de crack. Les mineurs constituaient 13,4% des usagers interpellés.

Dans le cadre de la loi du 31 décembre 1970 et des circulaires de politiques pénales successives, le traitement pénal de l'usager de stupéfiants repose de plus en plus sur le développement des alternatives aux poursuites.

Ainsi, selon une étude menée par la Chancellerie sur les ressorts des cours d'appel de Paris et de Versailles, 16,5% des mineurs interpellés en 2002 ont fait l'objet de poursuites pénales (essentiellement devant le juge des enfants) et 74,8% ont fait l'objet d'une mesure alternative aux poursuites (rappel à la loi ou avertissement pour 63,5%, injonction thérapeutique pour 7,5%). S'agissant des majeurs interpellés la même année, 19% ont fait l'objet de poursuites pénales (essentiellement devant le tribunal correctionnel) et 56% ont fait l'objet de procédures alternatives aux poursuites (rappel à la loi ou avertissement pour 44%, injonction thérapeutique pour 6%, classement avec orientation pour 3%).

L'emprisonnement est rarement prononcé pour des faits d'usage simple. Ainsi, en 2002, 560 condamnations à de l'emprisonnement dont 158 avec un quantum ferme ont été prononcées pour des faits d'usage (l'usage étant l'infraction unique). Néanmoins, l'emprisonnement est plus fréquemment prononcé lorsque l'usage est l'infraction principale (l'usage est dans ce cadre l'infraction la plus grave mais peut être accompagné d'infractions connexes). En 2002, 4803 condamnations à de l'emprisonnement dont 1006 avec un quantum ferme ont été prononcées pour des faits d'usage en infraction principale.

Le nombre d'injonctions thérapeutiques réalisées (la procédure est alors classée suite à la réalisation de la mesure) est resté globalement stable au cours des dernières années (4254 en 1998, 4068 en 2002)

La loi du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses sanctionne l'usage de stupéfiants d'une amende de 3750 € et d'une peine d'emprisonnement d'un an. Elle vise également à favoriser l'entrée dans le soin des personnes interpellées en prévoyant une alternative sanitaire aux poursuites pénales (injonction thérapeutique) ainsi qu'une mesure sanitaire prononçable par la juridiction d'instruction ou de jugement.

Dans les faits, la sanction de l'usage se révèle peu appliquée. Face au développement et à la banalisation de certaines consommations, les risques d'être appréhendé et sanctionné apparaissent faibles. Une grande partie du contentieux est traité par les juridictions par la voie de l'alternative aux poursuites qui, tant pour les professionnels que pour l'opinion publique, manquent de lisibilité et provoquent le sentiment d'une certaine ineffectivité dans la réponse judiciaire. Parmi ces alternatives, le simple rappel à la loi est contesté. Les pratiques pénales apparaissent hétérogènes concernant les critères de poursuite de l'usage et de ses actes préparatoires (détention, transport...) donnant prise au sentiment d'un certain aléa dans la mise en œuvre de la sanction.

Si l'opinion publique comme la grande majorité des professionnels demeurent attachés au maintien d'un interdit pénal, ils tendent toutefois à considérer que l'incarcération pour usage ne se justifie plus. Elle n'est d'ailleurs que très peu prononcée.

La mesure de l'injonction thérapeutique fait l'objet d'un certain nombre de critiques. Les études menées mettent en évidence la lourdeur du dispositif et la forte déperdition existant entre les mesures prononcées et les mesures exécutées. Par ailleurs, l'évolution des consommations et des modes de prises en charge rend la mesure aujourd'hui moins pertinente. La plupart des usagers dépendants ont déjà eu un premier contact avec le système socio sanitaire - notamment grâce au développement des traitements de substitution- et les usagers de cannabis n'ont quant à eux généralement pas besoin d'un suivi au long cours.

Une évolution législative a été envisagée mais elle se heurte à certains obstacles juridiques et ne semble pas opportune actuellement. En effet, au moment où les pouvoirs publics engagent une politique de prévention vigoureuse de l'usage de cannabis auprès des jeunes et où ils renforcent les mesures visant à réduire les consommations d'alcool et de tabac, un changement législatif visant à contraventionnaliser l'infraction pourrait être interprété comme le signal d'une faible dangerosité des stupéfiants et produire une nouvelle augmentation de la consommation et de sa précocité.

C'est donc au travers d'**instructions générales de politique pénale** diffusées aux parquets par le Garde des Sceaux qu'une amélioration et une harmonisation de la réponse judiciaire à l'usage de stupéfiants seront assurées. Cette politique sera orientée vers la prévention de la récidive, tout particulièrement en direction des mineurs.

L'infraction d'usage sera traitée de façon à rendre la sanction plus visible, plus rapide (composition pénale ou audiences dédiées) et plus systématique en utilisant plus largement qu'actuellement la palette des sanctions possibles (amende, suspension de permis de conduire ou immobilisation temporaire d'un véhicule,...).

L'audition sur les pratiques d'usage permettra de déterminer la juste orientation sanitaire des usagers interpellés, sans interrompre le circuit pénal. Il conviendra de s'inspirer de certaines pratiques pénales déjà instaurées localement qui mettent en synergie les services répressifs, le Parquet et certaines associations. Un couplage généralisé avec une orientation vers des centres de consultation des mineurs, voire de certains usagers dépendants, pourrait facilement s'envisager dans ce cadre.

5. 3 Rendre plus performante l'articulation Justice/Santé

Diverses études mettent en évidence la forte prévalence des consommations de substances psychoactives chez les personnes présentées à la justice. En 1999, 32% des entrants en détention déclaraient une utilisation prolongée et régulière de drogues au cours des 12 mois précédents l'incarcération (pour moitié des opiacés) et 33% des entrants déclaraient une consommation excessive d'alcool. Les adolescents suivis par la protection judiciaire de la jeunesse sont également fortement consommateurs de substances psychoactives.

Les enquêtes menées auprès de victimes d'agressions font apparaître que dans un grand nombre de situations l'auteur des faits avait consommé de l'alcool avant son passage à l'acte. Ainsi, selon certaines études, dans le cas de violences conjugales, l'agresseur aurait consommé de l'alcool dans 30% des cas.

Au-delà des infractions à la législation sur les stupéfiants, les conduites addictives se retrouvent dans bien d'autres formes de délinquance. Plus de 100 000 condamnations sont

prononcées tous les ans pour conduite en état alcoolique. Ce contentieux représente environ un quart de l'activité des tribunaux correctionnels. Afin d'améliorer l'orientation socio-sanitaire des usagers de substances présentés à la justice, les conventions départementales d'objectifs justice/santé ont été généralisées à l'ensemble des départements en 1999. Quasiment tous les départements sont aujourd'hui dotés d'une telle convention. Ce dispositif a permis une augmentation du nombre de personnes prises en charge dans le cadre des mesures judiciaires (6 500 en 1998, 37 500 en 2001).

Si la question du lien entre consommation de substances psychoactives et délinquance se pose de façon différente en fonction des individus et du type d'infraction, ces données démontrent la nécessité d'avoir une articulation santé/justice performante au-delà de la seule question des stupéfiants.

Cette question sera abordée autour de trois axes.

5.3.1 – *Rendre plus effectives les obligations de soins*

Lorsqu'un problème d'addiction est repéré chez une personne faisant l'objet d'une procédure pénale, quelle que soit l'infraction reprochée, une obligation de soins peut être prononcée par la juridiction dans le cadre de diverses mesures (contrôle judiciaire, ajournement de peine, sursis avec mise à l'épreuve, travail d'intérêt général ...).

Cette mesure apparaît particulièrement adéquate lorsque la consommation est en lien avec la commission de l'infraction. L'obligation de soins ne se substitue alors pas à la mesure pénale mais en constitue l'une des modalités. Elle est prononcée aussi bien dans l'intérêt de la personne que dans un but de sécurité publique (prévention de la récidive). Son déroulement est facilité par la présence d'un juge référent qui suit le dossier dans la durée (juge de l'application des peines, juge des enfants, juge d'instruction ou juge des libertés et de la détention) et par l'intervention de travailleurs sociaux mandatés par la justice (service pénitentiaire d'insertion et de probation, protection judiciaire de la jeunesse, associations de contrôle judiciaire). Cette obligation de soins ne présente donc pas les mêmes faiblesses que l'injonction thérapeutique. Néanmoins, sa mise en œuvre s'avère souvent difficile dans l'articulation avec le système socio sanitaire.

La possibilité de mettre en place une interface justice/santé sera examinée. Cette interface aura notamment pour mission d'évaluer la situation de l'intéressé, de préparer la passerelle vers le secteur de prise en charge et d'assurer un suivi périodique. Il interviendra en relation étroite avec les travailleurs sociaux mandatés par la justice.

5.3.2 – *Faire évoluer le dispositif des conventions départementales d'objectifs justice/santé (CDO)*

L'évaluation du dispositif des CDO menée en 2002 montre que le dispositif a répondu aux objectifs qui lui étaient assignés en permettant un meilleur repérage sanitaire des publics sous main de justice, une augmentation de l'offre de prise en charge socio-sanitaire de ce public et une mise en réseau renforcée des autorités judiciaires et sanitaires. Néanmoins, elle relève que l'offre de prise en charge n'est pas toujours adaptée aux besoins des publics, que les mineurs et jeunes majeurs sont insuffisamment pris en compte ainsi que les personnes en difficulté avec l'alcool.

Le dispositif des CDO constitue un outil au service du développement de l'articulation justice/santé. Compte tenu des réflexions engagées, le dispositif sera adapté au regard des options retenues notamment dans la redéfinition du cadre juridique de l'injonction thérapeutique et des modalités de mise en œuvre des obligations de soins.

En outre, afin d'assurer leur continuité, la consolidation d'un certain nombre d'actions (notamment les interventions en prison et à la sortie de prison) sera recherchée sur des budgets pérennes de droit commun (sécurité sociale, affaires sociales, santé, justice...).

5.4 Harmoniser les pratiques pénales dans les contentieux de l'usage et de l'incitation à l'usage

Le principe de l'opportunité des poursuites donne au procureur de la République le pouvoir d'engager ou non des poursuites à l'encontre d'une personne ayant commis une infraction au regard de considérations tenant à la gravité de l'infraction, à la réparation du préjudice subi par la victime et au reclassement de son auteur. Il peut ainsi engager une réponse pénale souple, adaptée à chaque situation individuelle. Son pouvoir d'appréciation est toutefois encadré par des orientations de politique pénale générale déterminées par le Garde des Sceaux.

Le pouvoir d'appréciation de chaque procureur dans la décision d'engager ou non des poursuites à l'encontre de l'auteur d'une infraction se traduit **par l'existence de disparités entre tribunaux dans les pratiques pénales**. Dans le domaine des infractions à la législation sur les stupéfiants, ces disparités portent le plus souvent sur la définition du seuil de détention par type de stupéfiants qui, en l'absence de tout autre élément d'enquête, va conduire à orienter les poursuites du chef d'usage ou de trafic. Pour la résine de cannabis par exemple, ce seuil varie en moyenne selon les parquets entre 10 et 50 grammes environ. Des pratiques différentes sont également constatées en matière d'incitation ou de provocation à l'usage et de présentation de l'usage sous un jour favorable. Il s'agit d'incriminations dont il n'est pas toujours aisé de définir le contour et les éléments constitutifs. Considérées isolément, elles peuvent également par le risque pénal encouru fragiliser la réalisation des actions de réduction des risques (élaboration de documentation, conseils de prévention, interventions en milieu festif...) qui, pour demeurer crédibles, doivent s'adresser à l'usager de stupéfiants dans un langage direct.

En accompagnement de la réforme de la sanction de l'usage de stupéfiants, le Garde des sceaux veillera à **favoriser l'harmonisation des pratiques pénales dans le contentieux de l'usage**. Il initiera une réflexion avec les ministères concernés afin de préconiser la prise en compte de repères objectifs dans l'engagement des poursuites (quantité, nature du produit...). Des circulaires à destination des services de police, de gendarmerie et de douane préciseront les conduites à tenir.

Les infractions de provocation à l'usage ou de présentation de l'usage sous un jour favorable feront l'objet d'une large réflexion afin de mieux les définir et de les adapter aux nouvelles problématiques (prosélytisme par Internet, commercialisation de produits ou matériels susceptibles de faciliter l'usage de stupéfiants...). Une information sur le référentiel des actions de réduction des risques (cf. 4.3.2) sera diffusée auprès des autorités administratives et judiciaires. Il sera à la disposition des juridictions pour apprécier le bien fondé des poursuites au regard de la loi pénale lorsqu'elles impliquent des personnes participant à des programmes de réduction des risques.

5.5 Renforcer les moyens de lutte contre le trafic

La lutte contre les trafics de stupéfiants est principalement du ressort de la direction générale de la police nationale du ministère de l'Intérieur (compétente dans les zones urbanisées), de la direction générale de la gendarmerie nationale (compétente en particulier dans les zones rurales et périurbaines) et de la direction générale des douanes et des droits indirects (présente surtout aux points d'entrée et de sortie ainsi que le long des axes de transit routier).

En 2002, l'ensemble de ces services a interpellé 15 486 trafiquants et saisi 57 tonnes de dérivés du cannabis, 476 kg d'héroïne, 3650 kg de cocaïne ainsi que plus de deux millions de cachets d'ecstasy.

La lutte contre les trafics de stupéfiants repose sur l'initiative et la disponibilité des agents des services répressifs : il n'y a en effet pas ou peu de dépôts de plainte obligeant à diligenter une enquête comme dans d'autres types de délinquance. C'est ainsi l'activité des services et leurs succès qui révèlent les faits de trafic de stupéfiants.

Renforcer les moyens de lutte contre le trafic de stupéfiants, c'est donc se donner la possibilité de franchir un nouveau palier dans les résultats obtenus dans cette lutte (depuis plusieurs années, les interpellations pour trafic fluctuent annuellement entre 15000 et 17000). Ce renforcement peut être recherché à travers trois axes :

- l'accroissement des effectifs affectés ou qui concourent à la lutte contre le trafic de stupéfiants (création ou renforcement d'unités type « brigade des stupéfiants ») ;
- une synergie dans l'action de l'Etat par une meilleure adaptation du dispositif et des méthodes de travail de la police, de la gendarmerie et de la douane doit également être recherchée : la création des groupements d'intervention régionaux (GIR) depuis juin 2002 ou la mise en place prochaine d'une plate forme commune de lutte contre les trafics installée en Martinique en sont des exemples ; de même la douane s'est engagée dans une nouvelle carte d'implantation des unités de surveillance ;
- une généralisation des dotations en équipements de surveillance et d'observation à distance aux services d'investigations confrontés à la criminalité organisée ainsi qu'aux unités territoriales les plus importantes devrait être engagée, d'autant qu'un cadre légal pourrait prochainement être donné à certaines surveillances techniques ; une attention particulière devrait également être apportée à la contribution en moyens matériels spécifiques et en formation des unités susceptibles d'être confrontées à certains défis opérationnels (interception des convois routiers à grande vitesse chargés de résine de cannabis depuis l'Espagne, visite approfondie des navires de commerce à quai, intervention dans un laboratoire chimique, lutte contre les trafics au sein des « rave-party », infiltration d'agents...).

La direction générale de la police nationale, la direction de la gendarmerie nationale et la direction générale des douanes et des droits indirects proposeront un plan de renforcement et d'adaptation de leur dispositif sur la base du recensement des moyens actuels en personnels et en équipements de surveillance affectés à la lutte contre les stupéfiants.

5.6 Lutter contre le trafic local notamment par un recours soutenu à l'enquête de patrimoine

L'enquête de patrimoine vise à examiner la licéité des ressources d'un individu ainsi que leur proportionnalité à son activité déclarée. Comme moyen de lutte contre le trafic local de stupéfiants, elle est au cœur de la démarche initiée par l'article L 222-39-1 du code pénal qui punit de cinq ans d'emprisonnement le fait de ne pas pouvoir justifier de ressources correspondant à son train de vie, tout en étant en relation habituelle avec des personnes se livrant au trafic ou à l'usage de stupéfiants. Cet article, issu d'une loi de 1996, est resté très longtemps ignoré des services d'enquête et des magistrats.

L'enquête de patrimoine permet à l'enquêteur de s'attaquer à un trafic par un versant différent de la constatation de la détention ou de la transaction de produits stupéfiants. La création en juin 2002 des groupements d'intervention régionaux (GIR) qui regroupent des agents de différentes administrations et facilitent ainsi les recherches économiques et fiscales a donné un nouvel élan à cette approche, mis en évidence les atouts de la mutualisation des compétences et fourni une vraie visibilité aux résultats obtenus (40% environ des affaires traitées par les GIR concernent le trafic de stupéfiants).

Dans ce contexte la « réactivation » de l'article 222-39-1 du code pénal à partir de **la diffusion large d'une méthodologie opérationnelle d'application devrait encore renforcer la pression portée sur les trafics de stupéfiants**, notamment au niveau local, par tous les services d'investigation.

Le guide méthodologique sur l'enquête à diligenter en application de l'article 222-39-1 du code pénal, rédigé par la Chancellerie à l'issue d'un important travail interministériel, est en cours de diffusion dans les juridictions et les services de police et de gendarmerie. Cette diffusion sera activement accompagnée par les différents ministères concernés (présentation, formation...).

Un suivi des affaires réalisées sera mis en place afin d'identifier les obstacles de droit ou de fait à la pleine application de cet article et, plus largement, aux investigations relatives à la lutte contre les trafics locaux.

5.7 Adapter le dispositif répressif aux nouvelles formes de trafic organisé

Pays non producteur de drogues, la France est un lieu de destination (à l'attention du marché intérieur) et de transit des flux du trafic (en route vers les autres pays européens ou au-delà).

5.7.1 – Croiser les informations pour évaluer les menaces

Réagir à ces flux, à leur diversité, à leur organisation mouvante nécessite un suivi régulier appuyé sur un constat partagé. Le trafic de stupéfiants est en constante évolution : les voies d'acheminement, les moyens de dissimulation, les circuits d'approvisionnement, les modes de revente, évoluent au gré de la structuration des réseaux et de leur adaptation aux stratégies policières et douanières. Il en est de même de la contrebande de tabac, qui mobilise plus particulièrement les services douaniers.

Le suivi des flux de trafic, l'identification des menaces et l'adaptation opérationnelle des services de lutte sont du ressort principal des services spécialisés des ministères répressifs, dont l'Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCCRTIS), doté en ce

domaine d'une compétence et d'une représentation interministérielles et la direction nationale du renseignement et des enquêtes douanières (DNRED).

L'analyse périodique des menaces appuyée sur une mise en commun des grandes tendances des trafics constatées est une nécessité pour l'adaptation du dispositif et l'engagement de stratégies interministérielles *ad hoc*.

Le Président de la MILDT réunira deux fois par an l'ensemble des acteurs institutionnels de la lutte contre les trafics de stupéfiants afin de procéder en commun à un état de la menace et des initiatives en cours ou à lancer.

5.7.2 – Accroître les capacités opérationnelles face à l'intensification du trafic international de cannabis

L'intensification du trafic de résine de cannabis, principalement en provenance du Maroc, est liée à une demande croissante en Europe.

Les pays de l'Union Européenne ont saisi près de 700 tonnes de résine de cannabis en 2002. C'est en Espagne (564 tonnes) que les quantités les plus importantes sont interceptées et prélevées sur un flux massif de cannabis d'origine marocaine qui alimente les marchés européens. La production marocaine de résine est estimée ainsi à plus de 2 000 tonnes.

En France, le cannabis reste le premier produit stupéfiant, tant au niveau des quantités saisies que du nombre d'usagers et de trafiquants interpellés. La résine saisie en France provient quasi exclusivement du Maroc via l'Espagne principalement. 50,8 tonnes ont été interceptées en 2002 contre 58,2 tonnes en 2001. 70% des saisies effectuées en France étaient destinées à d'autres pays européens (Royaume-Uni, Pays-Bas, Italie, Irlande, Allemagne, Belgique)

De nombreux groupes de malfaiteurs se fournissent en cannabis en grandes quantités dans le sud de l'Espagne auprès d'intermédiaires et remontent vers les cités françaises en convoi de plusieurs véhicules rapides, le cas échéant à force ouverte.

Cette situation appelle des engagements opérationnels :

- le renforcement de la coopération opérationnelle avec les services espagnols et marocains
- le développement des capacités d'intervention des services nationaux en zone frontalière
- l'intensification de la conduite d'actions communes avec l'appui des GIR dans les sites qui hébergent, pour une large part, les équipes spécialisées dans la remontée de résine de cannabis

Il conviendra également dans le cadre d'actions globales de surveiller le développement des activités d'autoproduction.

5.7.3 – Poursuivre les initiatives engagées contre le trafic de cocaïne

Sur une production mondiale de cocaïne estimée, en 2002, à près de 1 000 tonnes (dont 650 à 700 tonnes produites en Colombie), la quantité importée vers le marché européen ne cesse de croître et atteindrait actuellement les 200 tonnes. Les services répressifs des pays de l'Union européenne ont saisi en 2001 environ 60 tonnes de cocaïne.

Le trafic de cocaïne a ainsi pris une nette dimension européenne et touche particulièrement l'Espagne, le Portugal, les Pays-Bas, la Grande Bretagne et la France, points d'entrée privilégiés de la cocaïne colombienne.

En France, le trafic de cocaïne porte désormais sur des quantités importantes (3,6 tonnes en 2002) et la voie maritime (cargo ou voiliers de plaisance) représente désormais plus de la moitié des saisies réalisées.

La demande de cocaïne a fortement progressé au cours des dernières années en France. Dans certains quartiers, ce produit circule désormais autant que l'héroïne. La saturation du marché américain a en effet conduit les narcotrafiquants à orienter les flux vers l'Europe, via les pays sud-américains et la Caraïbe. De plus, les enquêtes conduites en France font apparaître que le grand banditisme national y est fortement impliqué. Le centre de gravité de ce trafic en Europe semble se situer en Espagne, plus particulièrement en Galice.

Pour faire face à cette intensification du trafic de cocaïne, différentes initiatives en cours seront appuyées :

- en Colombie : mise en réseau des officiers de liaison français, espagnols et britanniques, au contact direct des services opérationnels colombiens
- dans la Caraïbe : création à Fort-de-France d'une antenne de l'OCRIS tripartite (police/douane/gendarmerie) pouvant accueillir des officiers de liaison étrangers (américains, espagnols, britanniques, colombiens). Cette antenne est appelée à développer son action en s'appuyant, en tant que de besoin, notamment lorsqu'il s'agit de trafic maritime, sur une structure créée au Commandement maritime (COMAR) de Fort-de-France et qui entretient des relations avec l'organisme américain de surveillance de la zone (JIATF de Key West-USA).
- en Espagne : conduite d'actions opérationnelles sur la base d'équipes communes, appuyées sur un centre d'analyses du renseignement sur le trafic maritime (en façade atlantique sud) regroupant des fonctionnaires espagnols, britanniques et français (l'ensemble sur financement européen « AGIS »). Un perfectionnement des conditions techniques d'intervention sur les navires convoyant les stupéfiants sera également mis en oeuvre.

5.7.4 – Améliorer le contrôle des précurseurs chimiques servant à la fabrication de drogues de synthèse

Fabriquées pour une part importante en Europe (Pays Bas et, dans une moindre mesure, Belgique et Allemagne ainsi que certains pays est européens : Pologne, Hongrie, Pays Baltes), les drogues de synthèse sont l'objet d'un trafic intense sur les cinq continents. En 2002, près de 19 millions de comprimés d'ecstasy (principale drogue de synthèse trafiquée et consommée) ont été saisis dans les pays de l'Union européenne, dont plus de 2,1 millions en France.

Un cachet d'ecstasy revient à 40 centimes d'euro et est revendu sur le marché français entre 7 et 10 euros (aux États-Unis : 20 euros).

L'ecstasy se trouvant être un produit d'importation directe de l'étranger depuis « seulement » une quinzaine d'années, les réseaux d'approvisionnement en France ne semblent pas toujours correspondre à ceux impliqués dans le trafic traditionnel. La consommation de drogues de synthèse demeure pour une part importante liée à des manifestations festives (rassemblements techno, soirées en discothèques, concerts...), où la constatation du trafic s'avère délicate à rapporter.

Pour l'ecstasy (qui reste la drogue de synthèse la plus consommée), 80% proviennent des Pays-Bas via la Belgique ou de ce dernier pays. C'est là que sont implantés les laboratoires (souvent mobiles) même si d'autres pays européens (notamment candidats à l'Union) peuvent être impliqués. En revanche, sur le territoire, les enquêtes diligentées n'ont pas fait apparaître à ce jour l'existence de tels laboratoires, hormis quelques cas relevant du « laboratoire de cuisine » ou de la chimie d'amateur.

Pour autant, des affaires récentes réalisées par l'OCRTIS ont établi la relative aisance avec laquelle des individus avaient pu se livrer à la fabrication illicite de petites quantités de drogues de synthèse à partir notamment de certains produits chimiques détournés. Ces produits, dits « **précurseurs chimiques** » car jouant un rôle essentiel dans la synthèse ou l'extraction des drogues, font l'objet (pour 23 d'entre eux classés au niveau international) d'un commerce très réglementé relevant de la surveillance de la Mission nationale de contrôle des précurseurs chimiques (MNCPC) rattachée au ministère de l'industrie..

La MNCPC renforcera son action en matière de prévention du trafic et de recueil de soupçons de détournement auprès des industriels de la chimie. La coordination des administrations compétentes favorisera le déroulement des investigations dès lors qu'un soupçon de détournement aura été signalé. L'arrêté de création de la MNCPC sera revu de manière à prévoir la représentation de la gendarmerie au sein de la structure, aux côtés de la police et des douanes déjà présentes.

La police nationale, en association avec les douanes, continuera à apporter sa contribution à l'unité européenne d'enquêtes sur les précurseurs (*European Joint Unit Precursors*) qui a été mise en place par le Royaume-Uni avec le soutien logistique d'Europol en vue d'améliorer les capacités de lutte contre le trafic des produits précurseurs.

Des investigations seront conduites au sein même des lieux de consommation les plus abondamment alimentés, dans la perspective de mettre fin à l'activité de véritables filières.

5.7.5 – Développer une veille coordonnée des utilisations d'Internet dans le trafic

Internet est un vecteur incontournable de communication et d'échange : son utilisation à des fins de trafic doit être surveillée.

Dans son rapport annuel 2001, l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS) consacrait un long développement aux « défis en matière de répression anti-drogue à l'ère de la mondialisation et des nouvelles technologies ». Il identifiait un impact d'Internet sur la criminalité organisée liée à la drogue (organisation en réseau, amélioration de l'efficacité de la livraison et de la distribution des drogues par des communications sûres et instantanées...), sur la toxicomanie (croissance des ventes de médicaments délivrés sur ordonnance, apologie de la drogue), sur le blanchiment (développement des casinos virtuels, facilitation des manœuvres de blanchiment classique).

Si l'utilisation d'Internet à des fins illicites concerne le spectre entier de la criminalité organisée, il est indéniable que les drogues constituent une part importante de la « matière » proposée sur la Toile : ainsi la recherche à partir du mot « ecstasy » sur Google amène 1,4 million de pages en réponse !

Cette utilisation du réseau Internet est préoccupante. Il est en effet très simple de passer commande de cannabis ou de diverses drogues de synthèse sans quitter son domicile. Des sites proposant des cigarettes (souvent contrefaites) sont également apparus en nombre. L'hébergement de ces sites commerciaux dans des pays étrangers à la législation plus permissive gêne considérablement les possibilités de s'opposer à ces flux pourtant illicites sur le territoire. Enfin, la rapidité et la discrétion des communications par Internet sont susceptibles d'offrir de nouvelles possibilités aux trafiquants dans la « gestion » et l'animation des réseaux criminels et nécessitent une attention des services spécialisés.

Une action de sensibilisation et de vigilance sera menée auprès des opérateurs français d'Internet (administrateurs des moteurs de recherches, fournisseurs d'accès...) afin de lutter contre les dérives prosélytes ou commerciales. Afin d'évaluer le « risque Internet » en matière

de trafic de stupéfiants et d'engager ainsi toute stratégie utile, une réunion des cellules de veille des ministères et des correspondants Internet des services d'enquête sera organisée périodiquement. Une réflexion sera menée sur l'adaptation juridique de certains moyens de lutte contre le trafic de stupéfiants (infiltration, livraison surveillée...) en vue de leur mise en œuvre sur le réseau Internet par les services spécialisés.

5.7.6 – Lutter contre la contrebande de tabac

Au cours de l'année 2003, les services des douanes ont effectué la saisie de 219,2 tonnes de cigarettes d'une valeur estimée à 49 millions d'euros (218,9 tonnes en 2000, 214,6 en 2001 et 172,9 en 2002). La typologie de cette fraude a peu évolué. La France apparaît toujours comme un pays de transit. Les cigarettes entrent par les lieux où se concentrent les flux de marchandises, comme la frontière espagnole, le tunnel sous la Manche et les grands ports français. Des voies d'approvisionnement passent également par l'Allemagne et la Belgique. A 60%, les cigarettes saisies en France sont destinées au marché britannique. La part des cigarettes contrefaites s'accroît dans les saisies.

Jusqu'à présent essentiellement destinée au Royaume-Uni, la contrebande de cigarettes risque de se développer sur le territoire. Elle peut en effet constituer une voie de diversification d'activité importante tant pour les groupes criminels français que les grands réseaux transnationaux de la criminalité organisée. Signe préoccupant, la revente illicite au détail paraît augmenter et constituer une nouvelle source d'irrigation de l'économie souterraine dans certaines grandes métropoles, comme Marseille, Toulouse ou Paris.

La gestion des procédures et réglementations en matière de tabac ainsi que la lutte contre les trafics illicites en la matière, relèvent de la mission de police des marchandises dévolue à la douane. Cette compétence de principe n'exclut pas l'intervention, outre celle du service national de la douane judiciaire, des services de police et de gendarmerie lors de procédures judiciaires ou à l'occasion d'actions contre la revente au détail sur la voie publique.

La lutte contre la contrebande de cigarettes sera renforcée, tant dans sa dimension de trafic organisé que de vente illicite au détail.

6 - AMPLIFIER LA MOBILISATION DU DISPOSITIF D'OBSERVATION ET DE RECHERCHE AU SERVICE D'UNE ACTION PLUS EFFICACE

Stimuler les avancées de la connaissance scientifique dans ces domaines et, en corollaire, veiller à leur diffusion et à leur appropriation constituent une priorité pour la MILDT.

Dans le précédent plan du gouvernement, cinq programmes ont été mis en œuvre :

- renforcement du dispositif d'observation statistique et épidémiologique des niveaux et des modes de consommation des drogues
- mise en place des outils nécessaires à l'évaluation des effets de l'action publique
- synthèse des connaissances acquises sur des sujets controversés dans l'objectif de mettre à disposition du plus grand nombre l'état des connaissances sur un sujet donné et d'éclairer le débat public
- incitation au développement de connaissances nouvelles au moyen d'appels à projets dans les trois grands champs disciplinaires concernés : neurosciences, recherche clinique, recherches en sciences humaines et sociales et en santé publique
- aide à la structuration des milieux de recherche et au renouvellement des équipes par une politique de distribution d'allocations de recherche fléchées à des doctorants.

Les deux premiers programmes d'action ont été mis en œuvre par l'OFDT, les trois autres programmes ont été pilotés par la MILDT, au travers de son conseil scientifique et de son pôle « recherche », en collaboration avec l'INSERM, le CNRS et le ministère de la recherche.

L'évaluation du plan triennal 1999-2002 a mis en lumière un certain nombre d'effets positifs découlant de la mise en œuvre des programmes d'action en matière d'observation et de recherche : amélioration des performances du système d'observation grâce à la mise en place d'enquêtes régulières en population générale et du dispositif TREND-SINTES pour le repérage précoce des tendances émergentes qui constitue un projet pilote au niveau européen ; amorce d'une réelle dynamique de recherche sur la thématique des drogues, en particulier dans les secteurs jusqu'alors peu investis dans ce champ (sciences humaines et sociales, psychologie clinique) grâce à une politique suivie d'appel à projets et de distribution d'allocations de recherche.

Dans le même temps, ces actions incitatives ont révélé des limites de nature structurelle : faiblesse et dispersion du potentiel de recherche mobilisable dans certains domaines, inadaptation des modes de financement par appel d'offres pour des projets « ambitieux », difficulté de pilotage de recherches plus finalisées.

Il apparaît donc impératif de poursuivre l'effort engagé en matière d'observation et de recherche sur les drogues et même de l'amplifier car un certain nombre de besoins en connaissance restent non couverts alors qu'ils constituent des enjeux importants de l'action des pouvoirs publics et des acteurs de terrain.

6.1. Améliorer l'efficacité des protocoles thérapeutiques

En dépit de progrès très sensibles enregistrés depuis une quinzaine d'années dans les domaines du soin et de la prise en charge (essor des traitements de substitution, émergence et consolidation d'une médecine des addictions, développement de la réduction des risques), des inconnues demeurent ou apparaissent : montée des phénomènes de polyconsommations face auxquels beaucoup de cliniciens de terrain se sentent désarmés, devenir à long terme des patients traités, diversité des demandes de soins qui n'émanent pas toutes de personnes dépendantes. Ces incertitudes et ces faits nouveaux contribuent à mettre en difficulté les intervenants du milieu sanitaire et social ainsi que les autorités de santé en charge de la planification sanitaire et du financement des structures de soins dans le champ de l'addictologie.

Il apparaît prioritaire de développer de façon résolue la recherche clinique et, plus largement, l'observation et la recherche sur les prises en charge. Cette priorité se décline en quatre propositions complémentaires.

6.1.1 – Impulser des recherches sur l'évaluation des protocoles de soins et de prises en charges existants

Ces protocoles visent à obtenir la diminution ou l'arrêt de la consommation ou encore le transfert de la consommation sur des produits de substitution médicalement contrôlés (protocoles de sevrage tabagique ou alcoolique, traitements de substitution aux opiacés, thérapies comportementales orientées vers la modération de la consommation ou le maintien de l'abstinence, psychothérapies d'accompagnement...). Les études à mener concernent le devenir des patients à moyen terme afin de quantifier mais aussi de comprendre les phénomènes de rechute ou de transfert de la consommation vers d'autres produits.

6.1.2 – Développer un programme de recherche sur les interventions brèves en direction de jeunes consommateurs qui ne sont pas encore dépendants, en particulier pour le cannabis

Compte tenu de la priorité mise par le plan sur les consommations de cannabis et de drogues de synthèse parmi les adolescents et les jeunes adultes cet axe d'étude est prioritaire. La recherche jouera un rôle fédérateur de ce champ professionnel émergent afin d'évaluer rapidement les stratégies de prise en charge et de diffuser rapidement les avancées obtenues en France ou à l'étranger. En effet, ce programme de recherche s'inscrit dans un programme associant plusieurs pays au sein de l'Union Européenne

6.1.3 – Mettre en place un système d'observation pérenne documentant le nombre et les caractéristiques des populations bénéficiant d'une prise en charge ainsi que la nature de celle-ci.

Il s'agit là d'un des cinq indicateurs épidémiologiques clés définis au niveau européen que la France ne documente pas de façon satisfaisante à l'heure actuelle.

6.1.4 – Développer des recherches sur de nouvelles voies thérapeutiques, en particulier pour les polyconsommateurs

Compte tenu de la progression des comportements de polyconsommation parmi les populations qui recourent au système de soin et de l'inadaptation des protocoles de prise en charge existants pour cette frange de patients, cet axe étude est essentiel. Il doit prendre fortement appui sur les avancées récentes des neurosciences. Par ailleurs, il semble important de stimuler la recherche relative à la mise au point et à l'évaluation de nouvelles thérapies cognitives et comportementales ou de nature psychothérapeutiques centrées sur la question cruciale de la gestion du « manque ».

6.2. Améliorer les connaissances sur les parcours de consommation, sur les dommages sociaux et sanitaires induits ainsi que sur les méthodes de prévention et d'éducation à la santé

Les travaux de recherche conduits depuis les trente dernières années, aussi bien en sciences de la vie qu'en sciences de l'homme et de la société, ont permis de progresser de façon très sensible dans l'identification et la caractérisation des facteurs impliqués dans le démarrage des consommations mais aussi dans l'installation des conduites de dépendance comme par exemple la précocité des consommations ou l'influence des pairs. Les connaissances restent en revanche très fragmentaires sur la question clé de l'articulation entre ces différents déterminants et facteurs de risque au cours du temps et selon les individus : en d'autres termes, on ne dispose pas aujourd'hui de connaissances bien établies sur les « parcours de consommation » des individus (ce que certains sociologues appellent les « carrières » de consommation) et surtout, sur les logiques à l'œuvre dans ces parcours.

Sur le versant des dommages induits par ces parcours de consommation, si un certain nombre de dommages sanitaires sont aujourd'hui largement documentés, beaucoup de zones d'ombre subsistent par ailleurs, en particulier dans les champs correspondant aux modes de consommation dominants chez les adolescents et les jeunes adultes (usage régulier de cannabis, usage périodique de drogues de synthèse, comportements de polyconsommation).

Il apparaît prioritaire de faire progresser les connaissances disponibles sur les parcours-types de consommation afin de parvenir à une vision compréhensive de l'entrée dans des consommations problématiques, de poursuivre l'effort de documentation des dommages sanitaires et sociaux associés et de commencer à structurer un potentiel de recherche digne de ce nom en prévention et en éducation à la santé.

6.2.1 – Favoriser des analyses longitudinales des parcours de consommation

A partir d'un bilan circonstancié de l'existant, il s'agit de définir une stratégie de recherche permettant d'initier des analyses longitudinales des parcours de consommation. Cette stratégie pourrait combiner plusieurs options complémentaires. Quels que soient les choix finalement retenus, il faudra envisager d'emblée un dispositif d'incitation particulier (du type appel d'offres restreint) et, dans l'hypothèse de la mise sur pied d'une étude de cohorte spécifique, la constitution d'un pool de financeurs élargi incluant, si possible, les fonds européens.

6.2.2 – Impulser des recherches sur les dommages sanitaires et sociaux induits par l'usage problématique et la dépendance à divers produits psychoactifs

On s'intéressera en priorité aux effets sanitaires à long terme ou à distance de l'usage de certaines drogues (cannabis, drogues de synthèse, champignons hallucinogènes, produits dopants) et aux conséquences des consommations au sein de populations vulnérables : femmes enceintes, préadolescents et adolescents présentant des signes de fragilité psychique, polyconsommateurs, population des jeunes et des adultes handicapés.

Sur la question plus spécifique des dommages sociaux induits par la consommation de drogues, les expertises collectives réalisées ces dernières années par l'INSERM ont confirmé la nécessité de poursuivre la recherche notamment sur les accidents domestiques, les accidents du travail, les accidents de la route.

6.3 Analyser les logiques économiques à l'œuvre sur les grands marchés réglementés

Les enjeux économiques et sociaux des grands marchés réglementés de tabac et d'alcool sont considérables et impliquent tant le niveau national, européen qu'international. Les mécanismes de fonctionnement des grands marchés réglementés de produits licites restent mal connus : les interactions entre les stratégies des offreurs, les comportements des consommateurs et les politiques conduites par les pouvoirs publics et sur leurs résultats à moyen terme. L'impact des mesures tarifaires et fiscales d'une part, de la réglementation de la publicité et des conditions de vente d'autre part sur la transformation des marchés constitue un axe de recherche prioritaire.

6.4 Appréhender les mécanismes de fonctionnement des marchés de produits illicites

L'action publique bénéficierait d'une meilleure connaissance des mécanismes de fonctionnement et les transformations en cours des marchés des drogues illicites.

Les manques essentiels ont trait à la connaissance des circuits et des techniques de production et de distribution avec la question sous-jacente des échelles de trafic et des logiques de trafic (organisées, d'opportunité, libertaire...). Ces inconnues sont d'ailleurs amplifiées par les transformations en cours sur ces marchés : essor du trafic de drogues de synthèse, systèmes d'approvisionnement à flux tendus, explosion de l'Internet.

En amont de ces questions, les instruments de mesure du trafic ainsi que les données relatives aux stratégies de lutte et à leur impact sont, dans l'état actuel, très insatisfaisants. Le trafic de stupéfiant est une infraction dont la mesure est actuellement donnée par les seuls indicateurs comptabilisant les saisies et les interpellations réalisées annuellement par les services répressifs. Or ces indicateurs ne reflètent que partiellement le trafic et rendent mal compte de l'impact des actions menées contre celui-ci.

Il s'agit d'apporter aux pouvoirs publics des éléments d'appréciation validés ainsi que des indicateurs pertinents sur les transformations affectant les différents marchés de drogues illicites (opiacés, cocaïne, cannabis, drogues de synthèse) afin d'accroître leur capacité d'anticipation et contribuer aussi à l'identification de nouveaux moyens de lutte contre les phénomènes de trafic. Cette priorité pourrait se concrétiser avec les deux propositions suivantes.

6.4.1 – Elaborer des indicateurs sur la disponibilité et l'accessibilité des produits illicites

Il s'agit d'initier une réflexion en vue de la construction d'un système d'observation en temps réel des évolutions de l'offre de produits illicites susceptible, à terme, de mesurer l'élasticité du trafic aux actions répressives.

6.4.2 – Susciter des recherches sur les dynamiques de transformation des marchés de produits illicites avec focalisation sur le phénomène de l'essor des marchés internet

Dans un premier temps l'effort de recherche portera sur deux types de phénomènes récents qui sont susceptibles de modifier profondément le contexte et les conditions de la lutte contre le trafic : l'essor de « marchés immatériels » de produits classés stupéfiants et de drogues de synthèse reposant sur les possibilités ouvertes par l'Internet. En regard de ces travaux, il serait également intéressant d'initier quelques études évaluatives sur les nouvelles approches de la lutte contre le trafic mises en œuvre par les services répressifs (investigations patrimoniales, coordination par les GIR notamment) et sur leurs effets mesurables.

6.5 Améliorer les outils disponibles pour surveiller l'apparition de nouvelles drogues, évaluer leur dangerosité, anticiper les risques

L'apparition périodique de nouvelles drogues de synthèse sur le marché, l'incertitude actuelle sur l'évolution des consommations des adolescents d'aujourd'hui à l'horizon des cinq prochaines années, la fragmentation des lieux d'usage, la croissance des phénomènes de polyconsommation, le développement de conduites dopantes aussi bien en milieu professionnel que dans les sphères du sport amateur sont autant de phénomènes. Face à ces évolutions multiformes et potentiellement dangereuses, la puissance publique doit pouvoir accroître ses capacités de prévision, d'anticipation et d'alerte. Ceci implique une consolidation et un enrichissement du dispositif d'observation, de veille et d'expertise scientifique dans le champ des drogues. Concrètement, quatre propositions complémentaires peuvent permettre d'atteindre cet objectif.

6.5.1 – Etendre le dispositif d'observation aux jeunes adultes (18-25 ans) aux espaces festifs (abord quantitatif) et inclure le cannabis dans le dispositif TREND-SINTES

En matière d'observation des consommations, le dispositif actuel d'enquêtes statistiques et épidémiologiques couvre de façon satisfaisante la population préadolescente et adolescente ainsi que la population adulte. Ce dispositif doit être pérennisé et consolidé. En revanche, il n'existe à l'heure actuelle aucun dispositif spécifique d'enquête pérenne pour la population des jeunes adultes (de 18 à 25 ans), à commencer par la population étudiante alors que l'entrée dans la vie adulte est généralement la période de basculement, et pour certains, d'une consommation occasionnelle dans une consommation problématique. La mise en place d'une enquête régulière centrée spécifiquement sur la tranche d'âge 18 – 25 ans constitue donc une priorité.

S'agissant du cannabis, la mise en place d'un dispositif d'observation continue dédié à cette substance est une question d'actualité. Compte tenu de son augmentation chez les plus jeunes et des interrogations qui subsistent, il est proposé de combiner la mise en place d'un système de recueil régulier d'informations sur les produits (à travers l'extension au cannabis du dispositif TREND-SINTES) avec des analyses centrées sur les usagers et les contextes de consommation en partant des sources de données préexistantes.

Par ailleurs, les temps festifs sont fréquemment des moments privilégiés pour la consommation de produits psychoactifs. L'espace festif de la culture techno est déjà l'objet d'observations qualitatives fréquentes et régulières (dispositif TREND). Toutefois, seul un abord quantitatif régulier des expérimentations et des consommations des jeunes adultes fréquentant divers espaces festifs permettrait de décrire avec précision les fréquences d'usage, les profils des usagers, les différentes formes d'usage et une partie de leurs conséquences et de suivre ensuite dans le temps l'ensemble de ces indicateurs. Une fois le protocole établi, sa réalisation fournira des éléments pour estimer l'ampleur des évolutions observées.

6.5.2 – Accroître les performances du système d'observation sur la frange des « consommateurs problématiques »

Le dispositif actuel d'observation permet de suivre l'évolution dans le temps de la prévalence des consommations des principaux produits psychoactifs (alcool, tabac, cannabis, opiacés et autres drogues illicites) à l'aide d'outils de mesure de type macroépidémiologique : prévalence vie entière, prévalence sur l'année ou le mois précédent l'enquête. Pour des raisons de puissance statistique, les enquêtes transversales en population générale ne

permettent pas toujours d'affiner ces instruments de mesure afin d'évaluer plus précisément la proportion de consommateurs plus intensifs ainsi que les polyconsommateurs. C'est pourquoi il paraît indispensable de développer des travaux méthodologiques sur la question du repérage des consommateurs « problématiques » de drogues dans le cadre d'investigations de type statistique et épidémiologique.

6.5.3 – renforcer les capacités d'analyse rapide de la dangerosité des nouvelles molécules de synthèse en circulation

Le dispositif SINTES fournit, dans des délais courts, une caractérisation chimique quantitative et qualitative et une première expertise toxicologique des drogues de synthèse saisies par les services répressifs ou recueillies par le réseau socio sanitaire. Ce système de veille toxicologique mériterait d'être complété par la mise en place d'un dispositif d'analyse plus approfondie de la dangerosité potentielle des nouvelles molécules chimiques en circulation, en particulier pour évaluer leur potentiel d'abus et de dépendance en vue d'un classement éventuel. Pour parvenir à ce résultat, il est proposé d'impulser une action structurante consistant à mettre en réseau les laboratoires de toxicologie implantés en milieu hospitalier et au sein des administrations répressives avec une plate-forme d'analyse chimique, pharmacologique et toxicologique animée par un pool de laboratoires de recherche en chimie analytique, en neuropharmacologie et en neurotoxicologie.

6.5.4 – Mobiliser la compétence « recherche »

Il s'agit de permettre aux pouvoirs publics de tirer parti des données et des ressources scientifiques existantes en mobilisant des réseaux d'experts scientifiques à géométrie variable pour répondre à des questions de nature scientifique portées par l'actualité. Compte tenu de son utilité évidente, cet axe d'action doit être consolidé et conforté dans le cadre du présent plan quinquennal.

7 - RECENTRER L'ACTION EXTERIEURE DE LA FRANCE DANS LA LUTTE CONTRE LA DROGUE

L'action internationale dans ce domaine revêt une importance particulière dans la mesure où la lutte contre la drogue appelle une approche transnationale.

Les données et analyses disponibles amènent à un double constat :

- d'une part, à travers le monde, et au premier chef à l'échelle de l'Union européenne, les types et modes de consommation de produits psychoactifs tendent à converger. Cette évolution est notamment marquée par une banalisation de l'usage du cannabis, une augmentation des ivresses répétées chez les jeunes, le maintien de la consommation de tabac à un niveau élevé, une augmentation de l'utilisation de la cocaïne, une stagnation de celle de l'héroïne, notamment parmi les « 15 », une arrivée massive des drogues de synthèse, et le développement des pratiques dopantes qui dépassent largement le cadre du sport de haut niveau ;

- d'autre part, si les circuits du trafic sont assez mouvants, l'origine des drogues consommées en France est circonscrite à quelques zones bien identifiées : le Maroc pour le cannabis ; les Pays-Bas, à la fois principal producteur de drogues de synthèse et plate-forme de répartition au sein de l'Union européenne de l'héroïne en provenance d'Afghanistan, via les Balkans ; la Bolivie, la Colombie et le Pérou, pour la cocaïne, qui transite par la Caraïbe.

Durant la période 2004-2008, l'action menée vers l'extérieur s'articulera autour des quatre objectifs suivants :

- œuvrer au rapprochement des politiques des Etats de l'Union européenne en matière de substances psychoactives ;
- participer plus activement aux débats en cours dans les autres enceintes internationales ;
- intensifier les contacts bilatéraux dans et hors de l'Union européenne ;
- développer les actions d'assistance technique.

7.1 Œuvrer au rapprochement des politiques des Etats de l'Union européenne en matière de substances psychoactives

Les nouvelles possibilités offertes grâce aux révisions prévues par le traité d'Amsterdam de développer une approche commune au sein de l'Union européenne tant en ce qui concerne la réduction de la demande (article 152 du traité instituant la Communauté européenne) que la réduction de l'offre (article 29 du traité sur l'Union européenne) ont été jusqu'ici insuffisamment utilisées. Pour y remédier, il convient de dynamiser les différentes enceintes européennes traitant de la drogue et d'y pousser certaines initiatives.

7.1.1 – Dynamiser les diverses enceintes européennes traitant de la drogue

Cette dynamisation sera obtenue en veillant à ce que les travaux des divers groupes du Conseil (Groupe horizontal drogues, Groupe de coopération policière, Groupe de coopération douanière), les initiatives et les débats débouchent sur des recommandations concrètes communes et contribuent ainsi à renforcer la cohésion de l'Union sur ces questions. En outre les réunions semestrielles des responsables nationaux de la coordination des politiques en matière de drogues seront utilisées pour donner une impulsion politique aux travaux entrepris dans les divers groupes du Conseil.

7.1.2 – Prendre ou poursuivre des initiatives concrètes

Plusieurs initiatives méritent d’être plus spécifiquement poursuivies ou lancées :

Dans les travaux des divers groupes du Conseil ainsi que dans la prochaine stratégie de l’Union européenne, qui sera arrêtée en 2004, la France agira pour que l’ensemble des produits psychoactifs, y compris les substances licites (alcool, tabac, médicaments, produits dopants), soient pris en compte dans les politiques de prévention et de traitement.

Le système d’observation européen des nouvelles formes des consommations parmi les jeunes en milieu festif, lancé en 2000, sous présidence française, qui s’appuie à la fois sur l’Observatoire européen des drogues et des toxicomanies et sur l’Agence européenne du médicament sera élargi des 8 pays actuels à l’ensemble des Etats de l’Union.

Le projet d’études et de recherches intitulé *Synthes Lab*, dont la France est à l’origine et qui vise à une harmonisation des protocoles d’analyse pour les drogues de synthèse de type ecstasy, afin de réagir plus rapidement à l’explosion de la production, du trafic et de la consommation de ce type de substance, sera développé et étendu à l’ensemble des "25" ;

L’implication dans les travaux d’Europol sera renforcée en vue d’une orientation plus opérationnelle.

En matière de tabac, un rapprochement du niveau de taxation dans les différents Etats membres sera recherché afin de lutter plus efficacement contre la contrebande.

Les liens noués à l’occasion d’un jumelage avec de nouveaux membres de l’Union européenne seront approfondis, afin de permettre à ces Etats d’intégrer pleinement l’acquis communautaire en la matière. Dans le cadre du réseau européen sur la prévention de la criminalité, la France s’attachera à développer la coopération en matière d’échange de bonnes pratiques sur la prévention de la criminalité liée à la drogue.

Un recueil européen d’informations sur les recherches en cours dans les pays membres dans le domaine de la drogue sera proposé.

7.2 Participer plus activement aux débats en cours dans les autres enceintes internationales

Il apparaît essentiel de participer plus activement aux débats en cours dans les différentes enceintes multilatérales, par exemple sur le cannabis, sur la réduction des risques ou sur les traitements de substitution. Cela est d’autant plus utile que certains Etats européens prennent des mesures qui suscitent des critiques, y compris de la part des pays du Sud. Il importe donc que la France puisse faire entendre sa voix dans les différentes instances compétentes pour y expliquer sa position, faire partager ses vues et orienter les travaux de ces organisations.

En plus des divers groupes de travail de l’Union et du conseil d’administration de l’OEDT, il en va ainsi en particulier :

- pour les structures relevant du système des Nations Unies (tout particulièrement à la Commission des stupéfiants, à certaines sessions de l’Organisation mondiale de

la santé ou d'ONUSIDA) ; la France s'emploiera à ce que, dans ces diverses enceintes, les Etats de l'Union européenne fassent taire leurs divergences et s'expriment, autant que faire se peut, d'une seule voix ;

- de certaines structures régionales (tels le Groupe Pompidou au sein du Conseil de l'Europe ou la Commission interaméricaine pour le contrôle anti-drogues ou CICAD).

Outre l'exposé des éléments clés de la stratégie française, il conviendra de rappeler l'attachement aux principes suivants :

- approche globale de l'ensemble des produits psychoactifs et reconnaissance de la spécificité de chaque produit : alcool, tabac et drogues illicites ;
- approche équilibrée prenant en compte la réduction de l'offre et de la demande ;
- approche coordonnée, afin que les stratégies répressive et sanitaire se renforcent mutuellement ;
- principe de la responsabilité partagée ;
- respect des droits de l'homme et de la souveraineté des Etats dans l'application de la politique française en matière de lutte contre la drogue.

7.3 Intensifier les contacts bilatéraux

Aucun pays n'a jusqu'à présent été en mesure d'apporter une réponse globale et définitive à la problématique complexe et en constante mutation de la drogue, tant en ce qui concerne la réduction de la demande que la réduction de l'offre.

En ce qui concerne la réduction de la demande, il est impératif que s'intensifient les échanges et la coopération avec les Etats qui, au cours des dernières années, ont été à l'origine d'avancées en matière de prévention, de traitement ou de réduction des risques.

A cet égard, les contacts bilatéraux existants avec plusieurs pays de l'Union européenne et avec la Suisse devront être poursuivis et approfondis. De manière plus générale, de tels échanges devraient être systématiquement établis avec les partenaires européens ; la réflexion au sein des divers groupes de l'Union européenne pourrait s'en trouver relancée. De manière concrète, l'échange d'expérience et de savoir-faire pourrait s'appuyer par exemple sur la coopération avec les Pays-Bas en matière de recherche et de pratiques préventives ou thérapeutiques, sur des opérations conjointes avec l'Allemagne (campagne de prévention ; recherche ; actions communes en Iran) ou sur des contacts plus étroits avec la Grande-Bretagne et avec l'Espagne.

Il conviendrait également de renforcer la coopération avec les autres pays développés sur les meilleures pratiques dans le domaine de la réduction de la demande : notamment concrétiser les premiers contacts établis avec la province du Québec devraient être relancés pour aboutir à une première concrétisation et restaurer en priorité le dialogue avec les Etats-Unis, qui, sur cette problématique, n'a pas connu de développement depuis plusieurs années.

Dans la lutte contre le trafic, les interventions, à la fois diplomatiques et opérationnelles, se focaliseront sur les Etats où sont produites ou stockées ou sur le territoire desquels transitent les drogues consommées en France.

Le renforcement de la répression du trafic prendra différentes formes, telles que celles mentionnées au chapitre 5 relatif à l'application de la loi.

7.4 Développer les actions d'assistance technique

Face au dénuement d'un certain nombre de pays qui n'ont pas encore adopté de dispositions en matière de lutte contre la drogue et qui sont confrontés à des problèmes d'une particulière acuité, la France se doit d'apporter son concours.

L'assistance, directe par voie bilatérale ou indirecte, par le biais des structures multilatérales (notamment contributions à des programmes du PNUCID et de l'OMS), restera ciblée sur les quatre zones prioritaires retenues dans le précédent plan pour leur intérêt en termes de retour pour la sécurité intérieure et pour la santé publique, à savoir les pays de la CEI, l'Afrique, l'Asie centrale et les pays de l'Amérique latine et de la Caraïbe.

Fondées sur une approche équilibrée associant réduction de l'offre et réduction de la demande, les actions prendront en compte la dimension socio-sanitaire du problème des drogues et la question de la réduction des dommages et des risques. Pour éviter les doublons, l'on veillera à ce que ces actions bilatérales, en particulier en Amérique latine, soient mieux coordonnées avec celles des autres pays de l'Union européenne et des Etats Unis ainsi qu'avec les initiatives multilatérales lancées dans le cadre du PNUCID et de la CICAD.

Diverses actions pourront être développées ou mises en œuvre, comme par exemple :

- l'aide à la constitution de cellules de ciblage dans les aéroports de pays d'où partent pour la France de nombreux "passeurs" transportant des produits stupéfiants ;
- ou le renforcement des actions de formation du CIFAD au bénéfice des Etats de la Caraïbe et d'Amérique latine ;

Pour faciliter la mise en œuvre de ces objectifs, la connaissance du phénomène de la drogue dans le monde doit être améliorée, la coordination entre tous les ministères concernés doit s'accroître, l'outil diplomatique doit être davantage mobilisé et une évaluation régulière de nos actions doit être effectuée.

8 - RENFORCER LA COORDINATION INTERMINISTÉRIELLE AU NIVEAU CENTRAL ET TERRITORIAL

Une politique publique ambitieuse, impliquant une vingtaine de départements ministériels, ne peut se construire sur la seule addition des stratégies spécifiques développées par les ministères en charge de ces différents champs : au cloisonnement traditionnel des services, s'ajoute en effet la diversité des cultures au sein des administrations.

La question de la drogue reste un sujet de société complexe qui engendre souvent des approches isolées et des prises de position contradictoires et idéologiques. Celles-ci sont sources de blocages et de dysfonctionnements préjudiciables à l'efficacité et à la lisibilité de l'action publique.

8.1 Développer une coordination interministérielle forte

8.1.1 – *Renforcer le rôle de la MILDT*

Il convient d'**assurer la cohérence des différents axes de la lutte contre les drogues en dépassant les cloisonnements et oppositions des administrations pour développer une politique globale** faisant coïncider les points de vue et donnant du sens à l'action publique : il s'agit de permettre ainsi l'émergence d'une véritable politique publique de lutte contre les drogues s'appuyant sur l'ensemble des ressources des administrations et mobilisant toutes les volontés. Cela implique de développer le pilotage interministériel à la fois fort et permanent de la MILDT.

La création, il y a plus de vingt ans, sous des intitulés divers et successifs, d'une mission interministérielle témoigne, en effet, de la nécessité de confier à une structure spécifique le soin de la coordination. Depuis le 24 avril 1996, conformément aux recommandations de la Cour des comptes, cette mission est rattachée au Premier ministre. Ce rattachement qui vient d'être confirmé, conforte le rôle de la MILDT.

Le décret du 15 septembre 1999 confie à la MILDT le rôle d'animation et de coordination des actions des ministères compétents en matière de lutte contre la drogue et la toxicomanie. Il s'agit d'une mission permanente qui doit lui permettre au-delà des réunions institutionnelles et ponctuelles de devenir le lieu où s'élabore de façon continue et reconnue le travail interministériel sur les drogues.

Dans ce cadre, il appartiendra à la MILDT :

- **d'impulser et coordonner la réflexion des acteurs publics** afin de proposer les objectifs de l'action du gouvernement : la MILDT organisera, tant au niveau des cabinets que des services, les réunions nécessaires à la mise en œuvre du plan, au suivi et à l'analyse critique de sa mise en œuvre ;
- **de veiller à la cohérence de la politique gouvernementale** dans la mise en œuvre des différents programmes du plan ;
- **d'étudier les implications des programmes de chaque ministère** dans le champ des drogues en s'assurant de leur bonne articulation ;
- **d'expérimenter des programmes innovants** qui devront être relayés, s'ils se révèlent efficaces, par les ministères en charge de ce volet d'action. Ces services

- devront s'y engager, la MILDT n'a pas vocation à se substituer à eux et à pérenniser des actions qui relèvent de leur ressort ;
- de mettre à la disposition des ministères **les outils communs d'information et de connaissance**, nécessaires à la conduite de leur action dans le champ des drogues ;
 - de communiquer régulièrement sur les grands objectifs de la politique gouvernementale inscrits dans le plan et sur les actions entreprises ;
 - **de veiller à l'évaluation du plan** en proposant au comité interministériel les évolutions qui pourraient s'avérer nécessaires compte tenu des évolutions dans le domaine de la recherche ou des types de consommation.

8.1.2 – Conserver l'autonomie budgétaire de la MILDT

Les crédits de la MILDT, inscrits actuellement sur le budget du ministère de la Santé sont identifiés dans un chapitre 47-16 spécifique intitulé « action interministérielle de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances ». Ce chapitre budgétaire permet à la MILDT d'afficher devant le Parlement la globalité et la lisibilité de la politique interministérielle du gouvernement

Les trois articles (10, 20, 30) concernent respectivement :

- les crédits transférés aux 20 ministères membres du comité interministériel pour accompagner les projets entrant dans le champ du plan ;
- les aides de la MILDT à la recherche à l'observation à l'information du grand public et au partenariat avec le réseau associatif national ;
- les crédits déconcentrés aux chefs de projet leur permettant d'engager localement des programmes de prévention.

Or la LOLF prévoit dès 2006, après la période d'expérimentation en cours, un nouveau cadre budgétaire structuré en missions, programmes et actions devant favoriser l'identification des politiques publiques et la transparence des informations budgétaires. **Les crédits de la MILDT doivent en conséquence trouver leur place au sein de cette architecture nouvelle** qui verra la disparition du chapitre identifiant son budget. L'objectif est de conserver la spécificité budgétaire de la MILDT : ses crédits ne seront pas agglomérés avec ceux d'un programme de santé. Ils retraceront la globalité de la politique publique de lutte contre la drogue dans son aspect interministériel qui ne se limite pas à la prise en charge sanitaire.

A cet effet, il a été décidé la création d'une entité budgétaire indépendante de type « programme » qui rassemblera et sanctuarisera les crédits d'intervention et de fonctionnement de la MILDT, y compris les emplois.

Les crédits de la MILDT seront présentés et votés par le Parlement au niveau de cette entité : la représentation nationale doit pouvoir identifier et valider la volonté de l'Etat en matière de lutte contre les drogues et la toxicomanie et apprécier l'impact réel du budget qui y est affecté. Dans cette optique, il serait également opportun de renforcer les outils de présentation consolidée des actions engagées et des moyens consacrés par les différents ministères à la lutte contre les drogues et la toxicomanie : la cohérence et la lisibilité de l'action publique s'en trouveraient renforcées.

Chaque année la MILDT présentera au Parlement à l'appui de sa demande de crédits en loi de finances **un rapport de performance** faisant apparaître son bilan et son projet de

performance : celui-ci précisera ses projets d'action, leurs coûts et les résultats attendus mesurés au moyen d'indicateurs fiables.

8.1.3 – Conforter le budget consacré à la lutte contre la drogue. Le rôle du fonds de concours

A l'issue de la réunion interministérielle du 25 janvier 1994, il a été décidé de créer un fonds de concours regroupant les produits des recettes provenant de la confiscation des biens mobiliers et immobiliers des personnes coupables d'infraction en matière de stupéfiants. Ce fonds de concours était destiné au financement des actions interministérielles de lutte contre la drogue. Créé par le décret du 17 mars 1995, ce fonds est rattaché par arrêté du 23 août 1995 au chapitre 47-16 relatif aux crédits de la MILDT. L'efficacité de son fonctionnement exige que les engagements suivants soient pris :

- dans le cadre de la mise en œuvre de la LOLF, **le fonds de concours doit rester rattaché au programme interministériel** créé pour identifier et rassembler les crédits de cette mission, afin de permettre à la MILDT de piloter l'ensemble du dispositif financier permettant la mise en œuvre de la politique publique de lutte contre la drogue ;
- le fonds de concours, dont le rendement avait été initialement estimé entre 5 et 6 millions d'euros par an, n'a eu depuis sa création le rendement escompté en raison de l'absence de traçabilité et d'identification claire des saisies relatives à des affaires de trafic. Il a donc été décidé **d'évaluer très précisément les dysfonctionnements actuels et d'organiser un système pertinent de suivi des saisies effectuées** dans le cadre des affaires de trafic de drogues et de blanchiment afin que leur produit revienne systématiquement au fonds de concours à l'issue du jugement. Ce dispositif qui a déjà donné des résultats positifs en 2004 permettra d'amplifier la rentabilité effective du fonds, à l'image de ce qui se passe dans certains pays de l'Union européenne (Italie, Pays-Bas, Espagne) dans lesquels la lutte contre la drogue est largement financée par le fonds de confiscation.

La clé de répartition des sommes rassemblées par le fonds de concours, prévue en 1995 qui affecte majoritairement celles-ci aux ministères régaliens, **devra être revue** dans l'objectif d'un nouvel équilibre entre la prévention des dépendances et de la répression des trafics.

8.1.4 – Clarifier la place des organismes rattachés à la MILDT

La MILDT finance directement et entièrement plusieurs structures :

- le GIP de téléphonie sociale **DATIS**, créé en décembre 1990 en associant plusieurs ministères et grandes associations autour de l'information et de la prévention des usages de drogues ;
- l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (**OFDT**), créé en 1997, sous la forme juridique de GIP. Il assure la fonction d'observation des drogues, de synthèse et de diffusion des données.
- l'association **Toxibase**, réseau national d'information et de documentation dans le champ des drogues.

Il paraît aujourd'hui indispensable de renforcer la cohérence des actions menées par ces structures. La MILDT confiera **aux corps d'inspection compétents les études nécessaires sur ces organismes afin de mieux appréhender leur inscription dans la mise en œuvre du plan gouvernemental**. S'agissant de la fonction documentaire présente tant à la

MILDT que dans ses satellites, une étude spécifique clarifiant les relations entre ces structures a été menée. Elle préconise un rapprochement des documentations centrales (MILDT, OFDT, TOXIBASE, DATIS) et des réseaux territoriaux, avec un système d'indexation commun. La MILDT étudiera les différentes solutions de rapprochement afin de rendre le dispositif plus efficace et de renforcer son pilotage.

8.1.5 – *Créer un conseil d'orientation*

Le conseil scientifique de la MILDT examine les projets déposés dans le cadre de l'appel d'offre annuel MILDT/INSERM, qui couvre les champs des sciences humaines et sociales, les neurosciences et la recherche clinique. En outre, il suit, en collaboration avec le ministère de la recherche, l'attribution d'allocations de recherche fléchées pour des doctorants intéressés par le champ des drogues. Les professionnels sont unanimes sur la qualité du travail scientifique accompli par le conseil.

Un conseil d'orientation de la MILDT ne devra pas se substituer à cette instance. En revanche, un **conseil de « sages » consultatif**, éclairant la direction de la MILDT sur les grands phénomènes de société qui interfèrent avec les enjeux liés aux substances psychoactives sera créé. Il sera composé pour une part de professionnels compétents dans le domaine de la recherche, de la prévention ou de l'application de la loi, et pour une autre part, par des personnalités reconnues pour leurs travaux scientifiques, leur œuvre intellectuelle ou leur engagement dans l'action collective, sans que cette reconnaissance ait forcément un lien avec les addictions.

8.2 Optimiser le maillage territorial

L'organisation déconcentrée de la MILDT s'articule aujourd'hui autour de deux dispositifs : les chefs de projet territoriaux et le réseau de Centres d'information et de ressources sur les drogues et dépendances (CIRDD) venant en appui à ces chefs de projet et aux opérateurs locaux.

8.2.1 – Faire des chefs de projet de véritables relais de la politique nationale

La circulaire du 13 septembre 1999 relative à la lutte contre la drogue et la prévention de la dépendance a organisé le dispositif local de coordination de la politique de lutte contre la drogue et la toxicomanie autour de deux instances : le chef de projet départemental drogues et dépendances et le comité de pilotage de la lutte contre la drogue et la prévention des dépendances présidé par le préfet. Les chefs de projet, nommés par le préfet, sont chargés d'animer la politique interministérielle locale de lutte contre la toxicomanie et d'articuler leur action avec les dispositifs locaux existants. Chaque année, ils reçoivent de la MILDT une délégation de crédits qui leur permet de mener des actions correspondant au contexte local en veillant à l'harmonisation avec le programme national. Ils tiennent un tableau de bord des actions menées et établissent un rapport annuel d'activité adressé au Président de la MILDT. Ils s'accompagnent dans 11 régions de coordonnateurs territoriaux.

Or quatre obstacles freinent l'efficacité du dispositif :

- le temps partiel des chefs de projet sur cette fonction qui exige une grande disponibilité,
- leur appartenance majoritaire au cadre des DDASS qui parfois limite leur capacité à mobiliser les autres administrations,
- une certaine confusion dans l'articulation départementale de l'instance locale de la MILDT avec les nombreux dispositifs régionaux existant, tant dans les administrations de l'Etat que dans les collectivités locales,
- l'imprécision des missions des coordonnateurs territoriaux qui ne sont d'ailleurs pas nommés dans toutes les régions.

L'objectif du plan doit donc être de conforter le pilotage local pour mieux faire exister l'interministérialité au niveau déconcentré. A cet effet, il convient de mieux définir les rôles de chaque échelon de l'Etat et de donner une légitimité plus forte aux correspondants territoriaux de la MILDT.

La mission d'audit confiée à l'IGA a permis, au delà de l'aspect documentaire, d'aborder la question plus globale du réseau déconcentré de la MILDT. Les propositions suivantes, qui renforcent le pilotage territorial, seront mises en œuvre :

- **généraliser la création de coordonnateurs régionaux, placé auprès des préfets de Région.** Ces coordonnateurs verront leur mission mieux formalisée : ils participeront aux instances régionales mises en place (schéma régional d'éducation à la santé, plan régional de santé publique, projet académique, prévention de la délinquance ...) et à la préparation des contrats de plan.

- **Permettre au dispositif départemental d'allier la compétence technique et la légitimité interministérielle** : la mise en place d'un **binôme** comprenant un **coordonnateur** sous préfet d'arrondissement (ou sous préfet ville) chargé d'une mission départementale et un **chef de projet** issu d'un service déconcentré renforcera la lisibilité de l'action territoriale de la MILDT.

8.2.2 – Rénover les CIRDD (Centres d'information et de ressources sur les drogues et les dépendances)

Le plan triennal 1999-2002 a prévu la constitution d'un réseau de CIRDD, à vocation départementale, interdépartementale ou régionale. Les CIRDD s'adressent à un public de professionnels, afin de promouvoir les connaissances, les axes de la politique gouvernementale, les bonnes pratiques et les méthodes d'intervention dans le champ des drogues. Le paysage actuel des CIRDD est diversifié, hétérogène et incomplet. Il est également peu articulé avec les autres dispositifs territoriaux. La mise en place de coordinateurs régionaux implique en outre qu'une réflexion soit menée sur le niveau pertinent d'implantation et d'animation des CIRDD.

Une évaluation du dispositif a été conduite. Elle a concerné l'organisation interne souhaitable des CIRDD, le niveau pertinent d'implantation, l'articulation avec les dispositifs existants, les conditions d'une animation nationale. A l'issue de cette étude, il paraît nécessaire de simplifier le dispositif actuel et de mieux organiser sa maîtrise par la MILDT.

Un rapprochement des réseaux territoriaux (DATIS, OFDT, CIRDD, Toxibase) sera systématiquement recherché avec la mutualisation des moyens de fonctionnement et la réunion dans une structure juridique unique donnant une meilleure lisibilité au dispositif. Ce rapprochement s'accompagnera de la définition d'un niveau interrégional pour l'implantation des points d'appui territoriaux de la MILDT : des centres de ressources interrégionaux de haut niveau et labellisés regrouperont dans les grandes métropoles les organismes actuels ; ils pourront passer, à l'initiative des chefs de projet des conventions avec des structures locales. En outre, la MILDT renforcera le pilotage et le contrôle de ces réseaux territoriaux.

9 EVALUER L'ACTION GOUVERNEMENTALE AVEC DES OBJECTIFS QUANTIFIES

Afin de rendre compte de la réalisation et de l'impact du plan gouvernemental les objectifs généraux ont été assortis d'indicateurs quantitatifs définissant les niveaux à atteindre à l'issue de la période de 5 ans. Ces indicateurs doivent rendre compte d'une part des résultats en terme d'évolution des consommations et de perception des risques, d'autre part de la mise en œuvre des dispositifs proposés dans le plan. Ces indicateurs sont issus des statistiques d'activité ou des enquêtes régulières en population permettant de resituer la période couverte dans des évolutions de long terme. Dans certains domaines de nouveaux systèmes d'observation devront être mis en place en lien avec les administrations concernées. Ces indicateurs principaux, permettant d'évaluer la réalisation des objectifs du plan et son impact global, seront complétés par des indicateurs plus détaillés rendant compte de façon fine de la mise en œuvre et des résultats obtenus dans chaque domaine de façon à apprécier la contribution des divers leviers de l'action publique. Ce choix d'un ensemble simplifié d'indicateurs permettra de réserver l'allocation de ressources à une évaluation approfondie des actions nouvelles et à l'expérimentation de nouvelles stratégies sur la base de protocoles détaillés. La collecte des indicateurs et la mise en forme des tableaux de bord de suivi seront confiées à l'OFDT.

Objectifs et indicateurs

ABAISSEZ LA PREVALENCE DU TABAGISME (EN VISANT PARTICULIEREMENT LES JEUNES ET LES AUTRES POPULATIONS PRIORITAIRES)

- Diminution de la part des jeunes de moins de 14 ans qui ont expérimenté le tabac.
Niveau de réussite escompté : moins 25% au terme de la période quinquennale
 - . Indicateur disponible pour les années 2003 et 2007. Résultats de 2007 attendus en 2008.
 - . Dernier niveau connu :
 - En 2003, la part de jeunes de 12 et 13 ans ayant expérimenté le tabac est respectivement de 19% et 34% (les jeunes de 15 et de 16 ans – nés en 1988 et 1987 – qui déclarent avoir expérimenté le tabac avant 14 ans est quant à elle de 45% pour chaque groupe d'âge).

- Diminution de la prévalence du tabagisme quotidien chez les jeunes.
Niveau de réussite escompté : moins 10% au terme de la période quinquennale
 - . Indicateur disponible pour les années 2004 et 2008. Résultats de l'année 2008 attendus en 2009.
 - . Dernier niveau connu :
 - En 2003, 11% des garçons de 15 ans et 21% de ceux de 16 ans fument quotidiennement contre respectivement 14% et 24% chez les filles. En 2002, ils étaient 40% des garçons et 39% des filles parmi les 17-19 ans.

- Diminution de la part de femmes qui fument au cours de leur grossesse.
Niveau de réussite escompté : divisé par deux entre 2004 et 2008.
 - . Indicateur disponible pour les années 2004 et 2008. Résultats des années 2004 et 2008 attendus respectivement en 2005 et 2009.
 - . Dernier niveau connu : 2000
 - En 2000, 29% des femmes ont fumé au cours de leur grossesse. .

REDUIRE LE TABAGISME PASSIF EN MILIEU SCOLAIRE, DANS LES TRAINS ET DANS LES ETABLISSEMENT DE SANTE POUR EN FAIRE A TERME DES LIEUX EXEMPLAIRES SANS TABAC.

- Baisse du pourcentage de fumeurs déclarant qu'il leur arrive de fumer à l'intérieur des trains.
Niveau de réussite escompté : divisé par 3 au terme de la période quinquennale
 - . Indicateur disponible mais demandant quelques adaptations pour les années 2004 et 2008 : il conviendrait de cerner cet indicateur précisément pour les trains. Résultats attendus respectivement dans le courant de 2005 et 2009.
 - . Dernier niveau de cadrage connu :
 - En 2000, le pourcentage de personnes déclarant fumer dans les transports publics est d'environ 5%.

- Diminution du pourcentage de personnel hospitalier qui fume durant les heures de travail.
Niveau de réussite escompté : divisé par 2 au terme de la période quinquennale
 - . Indicateur disponible mais non publié et pour lequel la reconduction de l'enquête doit être définie. Résultats de 2003 attendus en mars 2004. Selon la périodicité de l'enquête

encore non établie (biennale ou triennale), les résultats seront également disponibles concernant les années 2006 ou 2007.

. Dernier niveau connu : Résultats de l'année 2003 à paraître.

AMELIORER LE RESPECT DE L'INTERDICTION DE FUMER DANS LES ESPACES NON RESERVES SUR LES LIEUX COLLECTIFS (MILIEU SCOLAIRE, HOPITAUX, TRANSPORTS, LIEUX DE TRAVAIL, RESTAURANTS ET ADMINISTRATIONS)

- Augmentation de la part des personnes qui estiment que les zones non-fumeurs sont respectées.

Niveau de réussite escompté : plus 20% au terme de la période quinquennale

. Indicateur disponible à adapter sensiblement (élargissement du questionnaire aux hôpitaux) pour les années 2004 et 2008. Résultats respectivement attendus dans le courant de 2005 et 2009.

. Données de cadrage :

En 2000, 47% des Français estimaient que les zones non-fumeurs étaient respectées dans les établissements scolaires (école, lycée et université), contre 60% en ce qui concerne les transports publics, 69% les lieux de travail et 46% les restaurants.

- Augmentation du personnel hospitalier constatant que la loi Évin est respectée durant les heures de travail.

Niveau de réussite escompté : plus 20% au terme de la période quinquennale

. Indicateur disponible mais non encore publié et pour lequel la reconduction de l'enquête doit être définie. Résultats de 2003 attendus en mars 2004. Selon la périodicité de l'enquête encore non établie (biennale ou triennale), les résultats seront également disponibles concernant les années 2006 ou 2007.

. Dernier niveau connu : Résultats de l'année 2003 à paraître.

REDUIRE LE TABAGISME CHEZ LES PROFESSIONNELS DE SANTE

- Diminution du pourcentage de médecins généralistes qui consomment du tabac (régulièrement ou occasionnellement).

Niveau de réussite escompté : moins 5% au terme de la période quinquennale

. Indicateur disponible pour les années 2003 et 2007. Résultats des années 2003 et 2007 attendus respectivement dans le courant de 2004 et 2008.

. Dernier niveau connu :

En 1998, 32% dont 34% d'hommes et 25% de femmes.

DIMINUER LA CONSOMMATION TOTALE D'ALCOOL

- Prolongation du rythme observé de décroissance de la consommation de vin par habitant, accélération pour la consommation de bière et de spiritueux.

Niveau de réussite escompté : moins 20% de la consommation moyenne d'alcool par habitant au terme de la période quinquennale

. Indicateur disponible pour les années 2001 à 2008. Résultats annuels disponibles un après la collecte.

- Meilleure perception de la dangerosité de la consommation quotidienne d'alcool.
Niveau de réussite escompté : Le seuil moyen de dangerosité perçue est ramené à 3 verres/jour pour les hommes et 2 verres/jour pour les femmes au terme de la période quinquennale
 - . Indicateur disponible pour les années 2004 et 2008. Résultats des années 2004 et 2008 attendus respectivement en 2005 et 2009.
 - . Dernier niveau connu :
 - En 2000, 3,7 verres pour les hommes et 3 pour les femmes.

- Diminution de la consommation régulière d'alcool chez les jeunes
 - . Indicateur disponible pour les années 2002, 2003, 2005 et 2007. Résultats des années 2005 et 2007 respectivement attendus pour 2006 et 2008.
 - . Dernier niveau connu :
 - En 2002 12,6% des 17-19 ans (soit 6,1% des filles contre 18,8% des garçons) déclarent boire régulièrement de l'alcool (au moins 10 consommations par mois).

- Baisse de la prévalence des comportements d'ivresse répétée (plus de 3 ivresses pendant l'année) chez les hommes.
Niveau de réussite escompté : moins 20% au terme de la période quinquennale
 - . Indicateur disponible pour les années 2004 et 2008. Résultats des années 2004 et 2008 attendus respectivement en 2005 et 2009.
 - . Dernier niveau connu :
 - En 2000, 48% en 2000.

- Diminution de la part des hommes présentant une alcoolisation à risque.
 - . *Indicateur dont la mise en place est à l'étude dans le cadre de la future loi de santé publique*, à travers l'adaptation d'une enquête biennale existante (dernier exercice 2002) en combinant les tests DETA positifs et les consommations quotidiennes importantes et/ou les consommations excessives occasionnelles (lors d'une même occasion). [ESPS 2004, 2006, 2008]
 - . Données de cadrage :
 - En 2000, 33% des hommes de 16 ans ou plus présents à l'hôpital un jour donné et 32% de ceux vus une semaine donnée en médecine généraliste de ville présentaient un risque d'alcoolisation excessive (estimé à partir des résultats aux tests DETA, AUDIT et de l'évaluation du praticien sur l'existence d'un problème avec l'alcool et de signes de dépendance physique). Ces taux avoisinaient respectivement 33% et 24% parmi les 16-24 ans contre 40% et 30% des 25-34 ans. [Enquête Alcool DREES FNORS de 2000].

- Diminution de la proportion d'accidents corporels ou mortels de la circulation routière impliquant un conducteur avec une alcoolémie supérieure au taux légal autorisé.
Niveau de réussite escompté : moins 30% au terme de la période quinquennale.
 - . Indicateur disponible annuellement de 2002 à 2008. Résultats de 2008 prévus pour 2009.
 - . Dernier niveau connu :
 - En 2002, 26% des accidents corporels de la circulation routière et 52% des accidents mortels intervenus la nuit, le week-end, impliquaient un conducteur avec une

alcoolémie supérieure au taux autorisé par la loi. Sur l'ensemble des accidents intervenus dans l'année, ces pourcentages étaient respectivement de 10% et 30%.

AMELIORER L'ACCESSIBILITE DU SYSTEME DE SOINS POUR LES PERSONNES EN DIFFICULTE AVEC L'ALCOOL

- Meilleure couverture géographique des centres spécialisés de prise en charge des problèmes liés à l'alcool.

Niveau de réussite escompté : Un centre spécialisé "alcool" pour 100 000 habitants au terme de la période quinquennale.

. *Indicateur à mettre en place* pour les années 2004 et 2007. Résultats attendus respectivement dans le courant de 2005 et 2008.

. Données de cadrage :

En 2000, on décompte au moins un CCAA par département.

- Systématisation des pratiques du repérage des consommations à risque d'alcool par les médecins généralistes.

Niveau de réussite escompté : plus 20% au terme de la période quinquennale

. *Indicateur à mettre en place*. La question du suivi des recommandations adressées aux médecins généralistes quant au repérage des pratiques à risque de leurs patients devra être considérée par les autorités sanitaires.

. Données de cadrage :

En 1998, 72,7% des médecins généralistes avaient noté des indications sur la consommation d'alcool de leur dernière patiente de 50 à 60 ans.

- Augmentation de la proportion de médecins généralistes utilisant des instruments standardisés pour le repérage de la consommation abusive d'alcool de leurs patients.

Niveau de réussite escompté : plus 80% au terme de la période quinquennale.

. Indicateur disponible pour les années 2003 et 2007. Résultats des années 2003 et 2007 attendus respectivement dans le courant de 2004 et 2008.

. Dernier niveau connu :

En 1998, 4,5% des médecins généralistes utilisaient des instruments standardisés pour le repérage de la consommation abusive d'alcool de leurs patients.

RETARDER L'AGE DE LA PREMIERE CONSOMMATION DE CANNABIS

- Diminution de la part des jeunes ayant expérimenté le cannabis avant 15 ans.

Niveau de réussite escompté : moins 25% au terme de la période quinquennale

. Indicateur disponible pour les années 2003 et 2007. Résultats de 2007 attendus en 2008.

. Dernier niveau connu :

En 2003, 22% des jeunes âgés de 16 ans déclarent avoir expérimenté le cannabis avant 15 ans.

INVERSER LA TENDANCE A L'AUGMENTATION DE LA CONSOMMATION REGULIERE DE CANNABIS PAR LES ADOLESCENTS

- Baisse de l'usage régulier de cannabis parmi les adolescents.

Niveau de réussite escompté : moins 25 % au terme de la période quinquennale

. Indicateur disponible pour les années 2002, 2003, 2005 et 2007. Résultats des années 2005 et 2007 respectivement attendus pour 2006 et 2008.

. Dernier niveau connu :

En 2002 14,7% des 17-19 ans (8,0% des filles contre 21,2% des garçons).

REDUIRE L'ACCESSIBILITE DU CANNABIS

- Diminution de la part des adolescents qui connaissent au moins un endroit où pouvoir acheter facilement du cannabis.

Niveau de réussite escompté : moins 10 % au terme de la période quinquennale

. Indicateur disponible pour les années 2003 et 2007. Résultats respectivement attendus en mars 2004 et 2008.

. Dernier niveau connu :

En 1999, 19% des garçons et 14% des filles à 14 ans contre 65% des adolescents de 16 ans.

- Diminution de la part des adolescents qui pensent pouvoir acheter facilement du cannabis à l'école.

Niveau de réussite escompté : moins 50 % au terme de la période quinquennale.

. Indicateur disponible pour les années 2003 et 2007. Résultats respectivement attendus en mars 2004 et 2008.

. Dernier niveau connu :

En 1999, 38% des adolescents de 16 ans.

FAIRE PRENDRE CONSCIENCE DE L'EXISTENCE DE L'ABUS DE CANNABIS

- Augmentation de la proportion des adolescents qui pensent que les gens consommant régulièrement du cannabis courent un grand risque (physiquement ou d'une autre façon).

Niveau de réussite escompté : plus 30 % au terme de la période quinquennale.

. Indicateur disponible pour les années 2003 et 2007. Résultats de 2007 attendus en 2008.

. Dernier niveau connu :

En 2003, 64% des jeunes de 16 ans pensent que les gens consommant régulièrement du cannabis courent un grand risque (physiquement ou d'une autre façon). Ils étaient 60% en 1999.

AMELIORER L'EFFECTIVITE DES SANCTIONS PRONONCEES A LA SUITE D'UNE INTERPELLATION POUR USAGE SIMPLE DE STUPEFIANTS

- Augmentation de la part de mineurs ou de réitérants interpellés pour usage simple de cannabis qui sont effectivement vus en consultation à la suite d'une décision pénale d'orientation sociosanitaire.

Niveau de réussite escompté : multiplié par cinq au terme de la période quinquennale.

. Indicateur à mettre en place. Pas de niveau de départ pour l'année d'entrée en vigueur du Plan.

. Données de cadrage :

En 2002 : environ 3% des mineurs interpellés seraient effectivement vus e

consultation ; parmi les 8,9% de mineurs interpellés orientés par le parquet vers une structure sanitaire et sociale ou une injonction thérapeutique, on fait l'hypothèse d'un tiers de déperdition entre l'orientation pénale et le suivi effectif ; chiffre valable pour l'ensemble des stupéfiants. Pas de chiffre connu pour les réitérants

- Diminution du délai moyen de traitement pénal à la suite d'une interpellation pour usage simple de cannabis.

Niveau de réussite escompté : à définir.

. *Indicateur disponible grâce aux statistiques annuelles des parquets généraux.*

INVERSER LA TENDANCE A L'AUGMENTATION DE LA CONSOMMATION D'ECSTASY

- Stabilisation de la fréquence de la consommation d'ecstasy au cours de l'année chez les jeunes adultes.

Niveau de réussite escompté : stable au terme de la période quinquennale

. Indicateur disponible pour les années 2004 et 2008. Résultats de l'année 2008 attendus en 2009

. Dernier niveau connu :

En 2000 0,8% chez les 15-34 ans en France. En 2002, 2,3% des Français de 17-19 ans : 1,6% des filles et 2,9% des garçons)

RENFORCER LA MEDICALISATION DU DISPOSITIF SPECIALISE AMBULATOIRE

- Augmentation du temps médical dans les centres spécialisés.

Niveau de réussite escompté : tous les centres spécialisés disposent de temps médical (seuil à définir par les autorités sanitaires).

. Indicateur disponible annuellement depuis 2001. Résultats de 2007 attendus en 2008.

. Dernier niveau connu :

En 2000-2001, 10% à 12% de CSST ambulatoires sans ETP médical.

AMELIORER LA COUVERTURE DES EQUIPES DE LIAISON EN MILIEU HOSPITALIER

- Augmentation de la couverture des équipes de liaison spécialisées pour les problèmes de substances psychoactives en milieu hospitalier.

Niveau de réussite escompté : doublement au terme de la période quinquennale du nombre d'équipes de liaison dans les établissements de santé comportant des urgences ou l'ensemble de disciplines hospitalières de base.

. *Indicateur à mettre en place* : les outils de collecte existent d'ores et déjà et pourront être exploités par les DDASS. Le premier exercice et la périodicité de cette enquête sont à définir par les autorités sanitaires responsables.

REDUIRE LES DETOURNEMENTS DE SUBUTEX®

- Diminution du pourcentage de patients qui se sont fait prescrire la BHD par un médecin ou plus ayant reçu au total une posologie supérieure aux doses maximales recommandées.

Niveau de réussite escompté : divisé par trois au terme de la période quinquennale

- . Indicateur disponible annuellement depuis 2002. Résultats de 2007 attendus en 2008.
- . Dernier niveau connu :
 - En 2002, 19%, 15% et 6% pour une dose supérieur à 16 mg, 18 mg et 32 mg respectivement.
- Diminution du pourcentage de patients qui se sont fait prescrire la BHD par cinq médecins ou plus dans le semestre.

Niveau de réussite escompté : divisé par trois au terme de la période quinquennale

 - . Indicateur disponible annuellement depuis 2002. Résultats de 2007 attendus en 2008.
 - . Dernier niveau connu :
 - En 2002, 6% des patients.

AMELIORER L'ACCESSIBILITE DES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION PAR METHADONE

- Meilleure couverture géographique des centres spécialisés proposant un traitement de substitution par la méthadone en France métropolitaine.

Niveau de réussite escompté : au moins un centre méthadone par département

 - . Indicateur disponible annuellement depuis 2002. Résultats de 2007 attendus en 2008.
 - . Dernier niveau connu :
 - En 2003, 8 départements en France métropolitaine étaient dépourvus des centres spécialisés proposant un traitement de substitution par la méthadone.
- Meilleur accès à la méthadone à l'hôpital.

Niveau de réussite escompté : les traitements de substitution par la méthadone sont accessibles dans tous les établissements publics de santé, au terme de la période quinquennale.

 - . *Indicateur à mettre en place* : les outils de collecte existent d'ores et déjà et pourront être exploités par les DDASS. Le premier exercice et la périodicité de cette enquête sont à définir par les autorités sanitaires responsables.
- Augmentation parmi les patients sous traitement de méthadone, de la part de ceux qui sont suivis en médecine de ville.

Niveau de réussite escompté : plus 50% à 5 ans

 - . Indicateur disponible annuellement à partir de 2004. Résultats de 2007 attendus en 2008.
 - . Dernier niveau connu :
 - En 2003, 44% des patients sous traitement de méthadone étaient suivis en médecine de ville.
- Meilleure accessibilité de la méthadone en prison

Niveau de réussite escompté : Les traitements de substitution par la méthadone sont accessibles dans tous les établissements pénitentiaires

 - . Indicateur disponible de façon biennale à partir de 2004. Résultats de 2008 attendus en 2009.
 - . Dernier niveau connu :
 - En 2001, 35% des établissements pénitentiaires prescrivaient au moins un traitement à la méthadone des patients.

- Meilleure connaissance des usagers de drogues de moins de 25 ans de leur statut sérologie vis à vis du virus de l'hépatite C.

Niveau de réussite escompté : réduction de moitié.

. *Indicateur à mettre en place* : l'adaptation d'un système d'information existant permettra prochainement de croiser les déclarations sur la sérologie VHC avec les résultats de tests biologiques. Le premier exercice et la périodicité de cette enquête sont à définir. [

- Diminution de la prévalence biologique chez les jeunes usagers de drogues (opiacés, stimulants) de moins de 25 ans.

Niveau de réussite escompté : divisé par deux au terme de la période quinquennale

. *Indicateur à mettre en place* : comme pour l'indicateur précédent, l'adaptation d'un système d'information existant permettra d'estimer la prévalence de l'infection VHC chez les usagers de drogues à partir de tests biologiques.

. Données de cadrage :

En 2002, la prévalence déclarée pour le VHC chez les moins 26 ans qui est de 19%.