



ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2005 –

**Concrétiser la politique de prévention des
pratiques addictives**

Groupe n° 30

Florent BRIL, Sylvie CHOQUET, Geneviève COTTAVOZ, Romann DATUS, Franck ESTEVE, Elise GATESOUBE, Jennifer HUGUENIN, Frédéric MACABIAU, Rodolphe PORTEFAIX, Corinne SONZOGNI et Saïd TAYEBI

Animatrice

– Laetitia VINCONT

Sommaire

AVANT PROPOS	1
INTRODUCTION	3
METHODOLOGIE	5
1 EN CONSACRANT LE PROCESSUS DE REGIONALISATION DE LA POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE ET EN AFFIRMANT LA PLACE DE LA PREVENTION, LA LOI DE SANTE PUBLIQUE DU 9 AOUT 2004 A VOCATION A PALLIER LES DYSFONCTIONNEMENTS DES DISPOSITIFS PRECEDENTS	7
1.1. Une mise en œuvre tardive d'une politique régionale de santé publique révélant des insuffisances	7
1.1.1 Un processus de régionalisation sanitaire récent, centré sur l'offre de soins et marqué par sa faible cohérence institutionnelle	7
1.1.2 L'émergence d'une politique régionale de santé publique	8
1.1.3 Les faiblesses du dispositif régional de santé publique	9
1.2 Le nouveau dispositif mis en œuvre par la loi relative à la santé publique du 9 août 2004	11
1.2.1 L'affirmation du rôle central de l'Etat et la nécessaire articulation avec l'échelon régional	11
1.2.2 L'instauration d'une programmation pluriannuelle	12
2. TOUTEFOIS, DE NOMBREUSES DIFFICULTES D'ARTICULATION AVEC LES INITIATIVES LOCALES DEMEURENT ET PAR CONSEQUENT UNE CONCRETISATION EFFICACE DE LA POLITIQUE DE PREVENTION DES PRATIQUES ADDICTIVES NECESSITE UNE REFLEXION SUR DES AXES D'AMELIORATION ENVISAGEABLES	17
2.1 Dispositif existant et regard critique des acteurs en Région Bretagne	17
2.1.1 L'organisation institutionnelle et le point de vue des acteurs sur le nouveau cadre législatif	17
A) Dispositif institutionnel de prévention des pratiques addictives en Bretagne.....	17
B) Regard critique des acteurs institutionnels sur l'organisation des dispositifs.....	19
2.1.2 L'organisation opérationnelle et le point de vue des acteurs sur le nouveau cadre législatif	21
A) Dispositif opérationnel de prévention des pratiques addictives en Bretagne	21

B) Regard critique des acteurs opérationnels sur l'organisation des dispositifs.....	22
2.2 Perspectives d'amélioration du dispositif de prévention des conduites addictives en Région Bretagne	24
2.2.1 Assurer une réelle information des acteurs.....	24
2.2.2 Clarifier et rationaliser les modes de financement	25
2.2.3 Améliorer la formation des acteurs.....	26
2.2.4 Mettre en œuvre une politique d'évaluation cohérente	27
2.2.5 Assurer une articulation des dispositifs	27
CONCLUSION	29
BIBLIOGRAPHIE.....	31
LISTE DES ANNEXES	I

Remerciements

L'ensemble des membres du groupe ayant rédigé ce rapport tient à remercier vivement les nombreuses personnes qui ont accepté de partager leur expérience, constituant un apport très précieux pour notre recherche.

Sans ces rencontres, il nous aurait été difficile d'élaborer ce document et d'apporter l'éclairage du terrain à la bibliographie consultée.

Nous tenons également à remercier très sincèrement Laetitia VINCONT pour son soutien et ses éclairages sur ce sujet complexe.

Nous avons ainsi pu visiter les sites et interroger les personnes suivantes :

- La Brigade de Prévention de la Délinquance Juvénile de Rennes
– M. AMON

- L'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie à Paris
- M. BEN BOUALI

- L'Association Régionale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
- Mme BERTRAND

- La Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales de Rennes
- le Dr. BRUNET

- L'Association d'Aide aux Toxicomanes, de Prévention et de Formation de Rennes
- M. CALIPEL

- Le Comité Départemental d'Education pour la Santé de Rennes
- Mme CANIS

- Le Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie de Rennes
- Mme DEVY

- Le CHRS "L'Oasis" de Rennes
- M. GALLIENNE

- Le Département POLITISS de l'ENSP
 - M. LECORPS

- L'Association Auto Support des Usagers de Drogues à Nantes
 - Mme MARTIN

- Le Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Pontchaillou
 - le Dr. MOIRAND

- L'association « la Croix d'Or » à Chavagne
 - M. MOUREAU

- Le Comité Régional d'Education pour la Santé à Rennes
 - Mme PALICOT

- Le Centre de Soins Spécialisés pour Toxicomanes à RENNES
 - M. PORAS

Liste des sigles utilisés

AATPF : Association d'Aide aux Toxicomanes, de Prévention et de Formation
ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie
ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation
ARS : Agence Régionale de Santé
CCAA : Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie
CESC : Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté
CFES : Comité Français d'Evaluation à la Santé
CH : Centre Hospitalier
CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHS : Centre Hospitalier Spécialisé
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIRDD : Centre d'Information et de Ressources sur les Drogues et Dépendances
CMU : Couverture Médicale Universelle
CNS : Conférence Nationale de Santé
CNSP : Comité National de Santé Publique
CODES : Comité Départemental d'Education pour la Santé
CRÉS : Collège Régional d'Education pour la Santé
CRIJ : Centre Régional d'Information Jeunesse
CROSS : Comité Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale
CRS : Conférence Régionale de Santé
CSST : Centre de Soins Spécialisés pour Toxicomanes
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DDEC : Direction Diocésaine de l'Enseignement Catholique
DDPJJ : Direction Départementale de Protection de la Jeunesse et des Sports
DGS : Direction Générale de la Santé
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
FNPEIS : Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information à la Santé

GIP : Groupement d'Intérêt Public
GIR : Groupement d'Intervention Régional
GRSP : Groupement Régional de Santé Publique
HCSP : Haut Conseil de Santé Publique
INPES : Institut National de Promotion et d'Education pour la Santé
INSERM : Institut National de la Santé Et de Recherche Médicale
INVS : Institut National de Veille Sanitaire
MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ORS : Observatoire Régional de Santé
OFDT : Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies
PASER : Projet d'Action Stratégique de l'Etat en Région
PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse
PRAM : Plan Régional d'Assurance Maladie
PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PREPS : Programme Régional d'Education pour la Santé
PRS : Programme Régional de Santé
PRSP : Programme Régional de Santé Publique
SGAR : Secrétariat Général pour les Affaires Régionales
SREPS : Schéma Régional d'Education pour la Santé
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
TREND : Tendances Récentes Et Nouvelle Drogue
URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

AVANT PROPOS

La loi relative à la politique de santé publique promulguée le 9 août 2004 mentionne, parmi les plans stratégiques quinquennaux, la lutte contre les conduites addictives. Avant d'analyser les modalités de mise en œuvre d'une politique de prévention des pratiques addictives, il nous a semblé nécessaire de disposer d'une terminologie claire et précise.

Concept de conduites addictives

L'addiction peut se définir comme un comportement pathologique ayant pour fonction de procurer du plaisir et/ou de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives (Goodman, 1990). De manière restreinte, l'addiction est un comportement qui s'exerce à l'égard des substances psychoactives, définies comme les drogues illicites, l'alcool, le tabac et les médicaments psychoactifs (neuroleptiques, anxiolytiques, anti-dépresseurs, tranquillisants). Dans une approche plus large, les conduites addictives sont associées à de nombreux comportements qui n'impliquent pas l'utilisation de substance psychoactive exogène (dépendance affective, dépendances au travail, aux jeux d'argent, à l'activité physique ou sexuelle, troubles du comportement alimentaire – anorexie/boulimie, kleptomanie, conduites d'achat compulsif, etc.). Toutefois, dans un souci de cohérence, nous nous concentrerons au cours de cette étude sur la consommation de substances psychoactives.

Au sein de cette consommation, il existe des **pratiques addictives** et des **conduites addictives**. Les pratiques addictives regroupent deux comportements : l'usage et l'usage nocif ou abus. **L'usage** se caractérise par une consommation qui n'entraîne ni dommage ni complication somatique (les seules complications sont sur le plan pénal ou social). Il existe trois modalités de consommation :

- ✓ La non consommation (10% des Français ne consomment pas d'alcool, 66% ne fument pas, 90% ne consomment pas de produits illicites).
- ✓ La consommation socialement et individuellement réglée (tolérance, valorisation d'une substance par une société donnée)
- ✓ La consommation à risque (dommages potentiels)

L'usage nocif (OMS) ou **l'abus** (Association américaine de psychiatrie) est une consommation répétée dans le temps qui induit des dommages somatiques, psychologiques ou sociaux sur le consommateur lui-même et sur son entourage familial, social, professionnel ou sur ses relations à l'ordre public. Il n'est pas fait référence au caractère licite ou illicite du produit.

Les conduites addictives concernent quant à elles les comportements de **dépendance**. La dépendance désigne un comportement psychopathologique spécifique dominé par un désir compulsif de produit avec difficulté de contrôle de la consommation et nécessité de reprise du produit pour éviter le syndrome du sevrage. L'augmentation des doses est indispensable pour maintenir l'effet du produit¹.

Développer une politique de prévention des pratiques addictives

De manière générale, une politique de prévention a pour objectif d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pour contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident.

Les concepts de conduites et de pratiques addictives permettent de développer une politique de prévention large. L'objectif de la prévention sera alors de modifier les comportements de consommation présentant un risque pour le sujet ou susceptibles d'induire des dommages. Les différents objectifs poursuivis seront :

- Empêcher ou reculer les premières consommations : il s'agit de rendre la personne capable de ne pas consommer lorsqu'il lui sera proposé de consommer une substance psychoactive.
- Éviter la survenue de dommages induits par les conduites addictives et rendre la personne capable de gérer sa consommation : c'est la politique de réduction des risques. Cette partie de la prévention s'adresse plus particulièrement aux personnes ayant déjà développé un comportement d'usage, mais il s'agit d'éviter que celui-ci n'évolue vers un usage nocif ou une dépendance.
- Éviter le passage de l'usage nocif à la dépendance

Une politique efficace de prévention des conduites addictives peut également passer par un travail sur le concept d' « **éducation pour la santé** » : en effet, pour pouvoir tirer profit des actions de prévention mentionnées ci-dessus, la personne doit auparavant avoir acquis les compétences et les moyens lui permettant de promouvoir sa santé et sa qualité de vie, ainsi que celle de la collectivité. Elle doit être capable de faire des choix en matière de santé, de valoriser les conduites positives et de refuser les conduites dommageables pour sa santé. Cette dimension est particulièrement importante dans le cadre d'une prévention des conduites addictives, le consommateur de substances psychoactives défiant par son geste l'idéal de santé.

¹ cf. annexe n°6 sur le trouble addictif de Goodman

INTRODUCTION

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la France est dotée du système de santé le plus performant au monde, cependant, le niveau de mortalité prématurée (décès survenu avant 65 ans) y est plus marqué que dans des pays comparables. Cette mortalité peut être prévenue par une meilleure prise en charge en matière de dépistage et de soins ainsi que par une action sur les risques liés aux comportements (certains cancers, cirrhoses, accidents de circulation, suicide, sida). Depuis une quinzaine d'années, l'importance de la prévention dans le système de santé est reconnue, mais le rapport entre les actions curatives et les actions préventives demeure fort déséquilibré au profit des premières. Dans ce contexte, la loi relative à la santé publique promulguée le 9 août 2004 élève la prévention au rang de priorité nationale et affirme la responsabilité de l'Etat en matière de santé publique.

Le texte, qui propose cent objectifs à atteindre durant les cinq ans à venir, a l'ambition de remédier aux faiblesses actuelles du système sanitaire français (niveau de mortalité prématurée élevé, prévalence d'obésité en forte croissance, nombre important d'accidents de circulation, pathologies mentales en augmentation) et de réduire les écarts d'état de santé entre les régions et entre les catégories socio-professionnelles.

Pour atteindre ces objectifs, cinq plans stratégiques nationaux sont prévus pour la période 2004-2008, dont un plan de lutte pour limiter l'impact sur la santé de la violence, des comportements à risque et des conduites addictives. Ce plan devra s'articuler avec d'autres plans ou programmes nationaux, tel que le programme coordonné par la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie. Il devra également s'intégrer aux dispositifs locaux, départementaux et régionaux préexistants.

En effet, en redéfinissant les rôles des différents acteurs, en mettant à leur disposition de nouveaux outils et en précisant les priorités en matière de prévention des pratiques addictives, la loi de santé publique induit de nombreux changements, dont nous tenterons d'évaluer l'ampleur sur l'organisation de la prévention des addictions en région Bretagne. L'une des conditions du succès du plan réside dans son articulation avec les initiatives mises en oeuvre sur le terrain, tant par les acteurs publics que privés. Ainsi, la concrétisation des politiques de prévention des pratiques addictives, c'est-à-dire leur déclinaison par des mesures effectives, suppose l'appropriation par les acteurs de terrain des changements introduits par la loi du 9 août 2004.

Il s'agira dès lors de savoir si ces changements sont perçus comme positifs ou s'ils introduisent au contraire davantage de complexité dans la prévention des addictions : la loi de santé publique facilite-t-elle la mise en œuvre concrète de la politique de prévention ou la rend-t-elle plus difficile ? Impulse-t-elle un nouveau type de prévention ou vient-elle formaliser des initiatives d'ores et déjà mises en place ?

Afin de répondre à ces questions, nous identifierons l'impact de la nouvelle loi de santé publique du 9 août 2004 au regard des dispositifs de prévention des pratiques addictives. Nous présenterons dans un premier temps les apports de la loi de santé publique au regard du dispositif antérieur qui souffrait de nombreux dysfonctionnements (1). Nous analyserons dans un second temps quel système de prise en charge des addictions en région Bretagne a été mis en place afin d'une part, de repérer le rôle des acteurs intervenant dans le champ de la prévention et d'autre part, de formaliser des perspectives d'amélioration de cette organisation (2).

METHODOLOGIE

Le Module Interprofessionnel a pour principal objectif de permettre à des élèves issus de formations différentes mais complémentaires de travailler ensemble à partir de l'analyse d'un problème de santé publique. Notre groupe se compose ainsi de trois élèves directeurs d'hôpitaux, trois élèves directeurs d'établissements socio et médico-sociaux, un élève directeur d'établissement sanitaire et social, deux élèves directeurs de soin et deux élèves inspecteurs de l'action sanitaire et sociale.

Les connaissances et les expériences de chacun en matière de santé publique étaient très variables mais cette hétérogénéité n'a pas été un frein à notre travail, dans la mesure où chacun a fait preuve d'un esprit ouverture et a su montrer un intérêt pour la formation ou le parcours de l'autre. Ainsi, les objectifs du MIP tels que la confrontation de cultures professionnelles diverses, l'élaboration d'une approche multidisciplinaire d'un problème et l'apprentissage du travail de groupe, ont été atteints.

La première réunion a d'abord été l'occasion pour chacun d'entre nous de présenter sa formation et son parcours. L'animatrice, Laetitia VINCONT, nous a ensuite exposé ses attentes et nous a présenté les grands axes de notre sujet, en insistant plus particulièrement sur les apports de la loi de santé publique du 9 août 2004. Cette présentation nous a permis de structurer notre travail selon quelques grands thèmes d'étude. Elle nous a en outre précisé que le sujet devait se centrer sur la prévention des addictions en région Bretagne.

Un calendrier a été fixé afin d'organiser les deux semaines de travail : la première semaine serait consacrée aux recherches documentaires, à la définition de la grille d'entretien, aux prises de rendez-vous avec les différents intervenants et à la définition d'une problématique et d'un plan ; la deuxième semaine serait structurée autour de la conduite et de la restitution des entretiens, puis de la rédaction.

Nous nous sommes donc répartis les tâches en fonction de ce calendrier particulièrement serré et avons désigné un référent chargé de toutes les fonctions logistiques.

Il a été décidé que chacun lirait le dossier documentaire distribué par notre animatrice afin de s'imprégner du sujet et des différentes problématiques.

Puis les recherches ont été partagées en fonction des grands thèmes d'étude retenus : la définition des concepts, la loi de santé publique, les divers plans gouvernementaux, l'organisation de la prévention des pratiques addictives en région Bretagne.

Lors des réunions suivantes, chaque personne présentait ainsi une synthèse de ses recherches.

Etant donné le temps imparti, la priorité a rapidement été donnée à l'élaboration d'une grille d'entretien. Celle-ci fut travaillée par deux élèves, puis discutée en groupe avant d'être soumise pour validation à notre animatrice. Cette méthode nous a permis de nous rendre en entretien dès la première semaine.

Pour la prise des rendez-vous, notre animatrice nous a donné lors de la première réunion une liste des principales personnes à rencontrer dans le cadre de notre étude. Toutefois, elle a fait le choix de nous laisser prendre tous les contacts, ce qui n'a pas toujours été facile dans la mesure où les intervenants n'étaient pas informés de notre démarche et étaient très surpris de la brièveté des délais. Si les acteurs de terrain se sont montrés disponibles, il a été plus difficile d'organiser nos rencontres avec les acteurs institutionnels comme l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) ou la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT). Chaque entretien a donné lieu à une restitution sous la forme d'un tableau analytique, facilitant l'utilisation des données lors de la rédaction du rapport. Les restitutions étaient envoyées par mail aux membres du groupe dans un délai très bref pour que chacun puisse suivre, en temps réel, l'avancée des réflexions.

Au cours de la première réunion, des éléments de cadrage nous avaient été apportés par notre animatrice. Elle nous a par ailleurs présenté un exposé sur le thème de l'addictologie qui nous a donné les clés conceptuelles pour aborder le sujet.

Chaque membre du groupe a ensuite réfléchi à une problématique et à un plan. Nous en avons débattu la première semaine et une première version a été construite. Nous avons convenu d'une deuxième rencontre, en présence de notre animatrice, afin d'adapter le plan au regard des entretiens. Nous sommes parvenus à élaborer une structure en deux points convenant à tous et qui fut validée par Laetitia VINCONT.

Dès lors, le travail de rédaction des différentes sous parties a été partagé en fonction des thèmes de recherche que chacun avait choisi dès le début.

Une réunion a été organisée pour mettre en commun les parties et les faire valider par l'ensemble du groupe. Une première mouture du rapport a ensuite été envoyée à notre animatrice pour avis et commentaires, dont nous avons évidemment tenu compte lors de la rédaction finale.

1 EN CONSACRANT LE PROCESSUS DE REGIONALISATION DE LA POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE ET EN AFFIRMANT LA PLACE DE LA PREVENTION, LA LOI DE SANTE PUBLIQUE DU 9 AOUT 2004 A VOCATION A PALLIER LES DYSFONCTIONNEMENTS DES DISPOSITIFS PRECEDENTS

1.1. Une mise en œuvre tardive d'une politique régionale de santé publique révélant des insuffisances

Le processus de régionalisation a été entamé, dans le domaine sanitaire, dans les années soixante-dix. Il n'a connu une véritable concrétisation qu'à partir des années quatre-vingt dix sans que soit réellement posée la question de la décentralisation politique. Après l'étape décisive de la mise en œuvre des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS), la régionalisation a culminé en 1996 avec la création des Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH). Centré sur l'hôpital, ce processus s'est étendu à des enjeux de santé publique autour de l'élaboration de Programmes Régionaux de Santé (PRS).

1.1.1 Un processus de régionalisation sanitaire récent, centré sur l'offre de soins et marqué par sa faible cohérence institutionnelle

Bien que la politique de santé publique dépende de l'échelon national, l'histoire administrative a fait récemment de la région son niveau de référence de mise en œuvre. Cette évolution traduit une approche de la santé trouvant son origine dans l'offre de soins hospitaliers, sa planification et la maîtrise de ses dépenses, même si la région est devenue, plus modestement, un lieu d'apprentissage de la santé publique.

Les outils de la régionalisation ont été mis en place par sédimentation. La loi hospitalière de 1970 constitue le point de départ du processus de régionalisation de par la création de la carte sanitaire, premier instrument de planification. Dans le même temps, sont créées les commissions régionales de l'hospitalisation, les comités régionaux d'équipement sanitaire et les commissions régionales d'agrément pour les cliniques. En 1977, les Directions Régionales de l'Action Sanitaire et Sociale (DRASS) sont mises en place pour assurer une bonne allocation des ressources.

Il faut attendre 1991 pour que la régionalisation devienne un axe majeur des politiques sanitaires. Les SROS doivent permettre une répartition optimale des installations et des structures de santé. Ceux-ci sont arrêtés après concertation au sein des Comités

Régionaux d'Organisation Sanitaire et Sociale (CROSS). Un processus connexe aboutit à l'instauration des Unions Régionales des Médecins Libéraux (URML) qui dotent la médecine libérale d'une représentation autour de la promotion de la qualité des soins.

Après cette réforme, les ordonnances du 24 avril 1996 constituent un tournant essentiel avec la création d'instances de régulation de l'offre de soins et l'émergence d'une politique de santé publique. Ainsi, les ARH deviennent l'autorité unique de régulation de l'offre de soins publique et privée. Elles constituent la colonne vertébrale de la régionalisation sanitaire. Ces mêmes ordonnances instaurent les Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM), structures inter régimes responsables de la coordination de l'action des caisses et du développement d'une politique de gestion des risques. Par ailleurs, sont mises en place les Conférences Régionales de Santé (CRS) qui déterminent les priorités régionales dont procèdent les PRS, arrêtés par les préfets de région.

Après 1996, des outils complémentaires témoignent de la volonté de renforcer la politique de santé publique. Ainsi, la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions de 1998 crée les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS). Pour leur part, les Schémas Régionaux d'Education Pour la Santé (SREPS) coordonnent les initiatives locales depuis 2002.

Enfin, la loi du 4 mars 2002, dont très peu de dispositions ont été mises en œuvre, prévoyait la mise en place des conseils régionaux de santé ayant pour vocation d'être une instance unique de concertation entre les acteurs institutionnels.

1.1.2 L'émergence d'une politique régionale de santé publique

La logique de régionalisation, fondée sur la régulation de l'hôpital, a progressivement intégré des préoccupations de santé publique. **La France a tardé à valoriser une approche de santé publique.** La prépondérance des producteurs de soins et l'insuffisance de formation des médecins eux-mêmes aux problématiques de santé publique ont agi comme des freins. Les crises sanitaires et les préoccupations financières ont néanmoins contribué à la diffusion de cette culture. L'évaluation du rôle des déterminants économiques, sociaux, individuels et collectifs en santé portée par les Observatoires Régionaux de Santé (ORS), créés au début des années quatre-vingt et l'Institut National de la Santé et de Recherche Médicale (INSERM), renouvelle les interrogations sur la santé.

Dans ce contexte, la France ne se dote qu'en 1991 d'un Haut Comité pour la Santé Publique dont les différents rapports plaident depuis 1992 pour la création d'une instance de concertation au niveau régional.

Après une phase d'expérimentation dans plusieurs régions, les créations en 1996 des CRS, présidées par les Préfets de région, ont traduit cet effort naissant pour identifier les besoins et les priorités de santé.

Elles proposent les actions de santé publique qu'elles estiment prioritaires. A partir d'un état des lieux, les PRS définissent un objectif général décliné en actions concrètes. Il convient de relever que cette approche de la santé publique s'exprime en premier lieu au niveau régional.

Dans le champ des pratiques addictives, la création de la MILDT en 1996, rattachée au Premier Ministre, a permis de mieux coordonner l'action de vingt départements ministériels. Son champ d'action a été élargi à l'alcool, au tabac et aux médicaments psychoactifs en 1999, confirmant la priorité des actions de santé sur les mesures répressives. Une politique de réduction des risques a notamment été généralisée par la désignation de chefs de projet au niveau local. Enfin, elle finance des Groupements d'Intérêts Publics (GIP) tels que l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) et Drogue/Alcool/Tabac/Info service, outil d'écoute téléphonique d'information et d'orientation.

1.1.3 Les faiblesses du dispositif régional de santé publique

En dépit des résultats obtenus, **l'enchevêtrement des compétences, l'éclatement des acteurs et un cloisonnement important** limitent l'efficacité des réformes menées et aboutissent à un **bilan mitigé**.

En effet, la création des PRS, des PRAPS ou encore des plans régionaux d'assurance maladie (PRAM) a introduit une dimension régionale pour la prévention. Cependant, elle continue à se caractériser par la multiplicité des acteurs. Il en découle **un éparpillement des actions et une coordination aléatoire**.

D'un point de vue institutionnel, les responsabilités et financements sont éclatés. Les services déconcentrés de l'État, les collectivités locales, l'Assurance Maladie notamment à travers les URCAM, forment un kaléidoscope d'intervenants. Ils génèrent un

inextricable ensemble de mesures, d'actions, de financements et de subventions. Les priorités des différents acteurs peuvent diverger, en fonction notamment des orientations des instances nationales (État et Assurance Maladie), qui peuvent, en outre, ne pas correspondre aux priorités dégagées lors des CRS.

La délégation des actions à de multiples associations, si elle est au cœur du développement d'actions de prévention, est néanmoins problématique. Ces associations constituent parfois de véritables démembrements de l'État sans pour autant être suffisamment évaluées.

Leur coordination et leur contrôle sont un enjeu de taille. La loi du 4 mars 2002 tente d'améliorer la lisibilité du système préventif en remplaçant le Comité Français d'Evaluation à la Santé (CFES) par un établissement public, l'INPES, qui sera placé à la tête d'un **réseau national de prévention** et de promotion de la santé. Enfin, le code de la santé publique attribue des compétences de prévention aux hôpitaux. En tout état de cause, l'insuffisance de coordination des actions et des financements en matière de prévention conduit nécessairement à **altérer leur efficacité**.

Une approche transversale de la santé passe par **le décloisonnement des secteurs**, dont l'objectif est d'améliorer l'efficacité globale de la prise en charge du patient et de contenir les dépenses de santé. **Des instruments régionaux ont été mis en oeuvre dans ce sens, mais demeurent insuffisants**. La mise en place des conférences régionales de santé et des PRS répondait notamment à l'objectif de création d'un lieu de pilotage des politiques de santé au niveau régional. Les PRS ont connu un véritable développement, passant de 14 en 1996 à 79 en 2002. Cependant, la difficulté d'articuler les priorités régionales avec celles définies au niveau national, le financement des PRS par la réorientation de ressources existantes soumises au principe d'annualité budgétaire, l'engagement variable des URCAM et des ARH ont entravé le succès des PRS. La faiblesse des moyens déployés explique peut-être également l'implication modeste des acteurs non institutionnels, notamment des médecins.

Dans ce contexte, la promulgation de **la loi relative à la politique de santé publique le 9 août 2004 a vocation à remédier aux dysfonctionnements** rencontrés dans la mise en oeuvre d'une politique de prévention régionale de santé publique.

1.2 Le nouveau dispositif mis en œuvre par la loi relative à la santé publique du 9 août 2004

La loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 modifie et complète un grand nombre de dispositions du Code de la santé publique en vue d'améliorer l'efficacité des dispositifs et procédures instaurés (notamment par la loi du 4 mars 2002) en matière de définition et de mise en œuvre des politiques nationales et régionales de santé publique.

1.2.1 L'affirmation du rôle central de l'Etat et la nécessaire articulation avec l'échelon régional

La loi affirme de manière solennelle **la responsabilité de l'Etat** en matière de santé publique.

Selon le texte, doivent relever de la compétence étatique, la détermination des objectifs de santé publique, la conception des plans de santé, la définition des actions et des programmes mis en œuvre pour atteindre ces objectifs et leur évaluation. (Art. 2-I)

Si la loi confirme le niveau régional comme l'échelon territorial optimal de définition et de coordination de la mise en œuvre des politiques de santé publique, il n'en demeure pas moins que l'Etat entend « reprendre la main », sous l'égide de son représentant dans la région, le Préfet. Ce dernier définit les modalités de mise en œuvre et d'évaluation en tenant compte des spécificités régionales dans le cadre d'un Programme Régional de Santé Publique (PRSP). Pour ce faire, il s'appuie sur les **objectifs et les plans nationaux de santé publique**. Des déclinaisons régionales peuvent ainsi être mises en place selon les **spécificités locales** en accord avec les grandes orientations définies au niveau national.

Le PRSP est défini à la suite de la consultation de la Conférence Régionale de Santé Publique et en s'appuyant sur le Comité Régional de Santé Publique (déclinaison régionale du Comité National de Santé Publique –CNSP-), dont les membres sont nommés par le Préfet. Le plan comporte des objectifs de santé et des stratégies d'action, en cohérence avec les plans stratégiques, les plans et programmes définis au niveau national. Il spécifie également les groupes cibles et les résultats attendus pour chacune des principales actions.

Les Conférences Régionales contribuent à la définition et l'évaluation des objectifs régionaux de santé publique. Elles assurent le contrôle et l'exécution des plans régionaux

et de fait, sont régulièrement informées de l'avancement des PRSP et de leur évaluation. Sont représentés au sein des CRS, des professionnels de santé, des représentants des industries de produits de santé, des organismes d'assurance maladie obligatoires et complémentaires ainsi que des représentants des malades et usagers.

La loi met également en place dans chaque région un **Groupement Régional de Santé Publique**. Les GRSP ont pour mission de « mettre en œuvre les programmes de santé contenus dans le plan régional de santé publique » défini par le Préfet.

Cette instance, constituée sous la forme d'un GIP, assure donc le lien entre les différents acteurs chargés, d'une part, de la conception des plans nationaux et régionaux, et d'autre part, de leur application.

Le GRSP se présente ainsi comme **le coordonnateur des plans régionaux**. Le Groupement regroupe l'Etat et les établissements publics intervenant dans le domaine de la santé (l'Institut National de Promotion et d'Education pour la Santé et l'Institut National de Veille Sanitaire), l'ARH, l'URCAM et les collectivités locales, si elles le souhaitent. Il convient de souligner que les GRSP préfigurent les prochaines Agences Régionales de Santé (ARS).

La loi du 9 août 2004 prévoit également l'intervention des collectivités locales qui participent aux travaux de la CRS. De plus, les régions, départements, les communes ou les groupements de communes peuvent participer aux travaux des GRSP. Elle ouvre légèrement la porte à une certaine décentralisation en établissant que les conseils régionaux peuvent définir des objectifs particuliers à la région en matière de santé et conduire des actions en rapport. Pour autant, force est de constater que la loi du 4 mars 2002 confiait un rôle plus large au Conseil Régional dans la définition de la politique de santé de la région.

Ainsi, l'Etat réaffirme son rôle et entend planifier la politique de santé publique.

1.2.2 L'instauration d'une programmation pluriannuelle

La loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 prévoit :

- que la nation définit sa politique de santé selon des objectifs pluriannuels ;
- qu'une loi quinquennale définit, dans un rapport annexé, ces objectifs ainsi que les principaux plans d'action que le gouvernement entend mettre en œuvre.

Pour la période 2004-2008, **cent objectifs** ont été définis auxquels s'ajoutent **cinq grands plans stratégiques**. Ils portent sur des problématiques majeures de santé publique dont le retentissement est important sur la mortalité prématurée. Sont retenus des thèmes liés à l'alimentation, à la situation sociale, à la santé mentale et aux consommations à risque (tabac, alcool, toxicomanie). Dans ce contexte législatif, l'impact de la politique de santé publique doit se mesurer par rapport à l'amélioration de l'état de santé de la population grâce à des indicateurs préalablement définis.

Est également prévu le développement de plans stratégiques pluriannuels définis au niveau national et intéressant des problèmes de santé pour lesquels il s'agit d'organiser la coordination des actions d'intervenants multiples.

Cinq grands plans stratégiques sont mis en place :

- Le plan national de lutte contre le cancer
- Le plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé de la violence, **des comportements à risque et des conduites addictives**
- Le plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé des facteurs d'environnement
- Le plan national de lutte pour améliorer la prise en charge des maladies rares

La programmation pluriannuelle concerne également la politique de prévention des conduites addictives avec la mise en œuvre du plan quinquennal 2004-2008 de la MILDT.

Présenté le 29 juillet 2004 par le Président de la MILDT, le plan quinquennal de lutte contre les substances psychoactives illicites, le tabac et l'alcool entend concilier à la fois un volet **préventif** et un volet **répressif**.

Prenant en compte le plan triennal 1999-2002 qui avait retenu une approche globale de l'ensemble des substances et des conduites addictives, le plan gouvernemental 2004-2008 propose également **un plan global** dont les stratégies spécifiques tiennent compte des **caractéristiques propres à chaque produit** et des **conditions de consommation**. Ce plan, associant parents et école, accorde une place majeure à la prévention afin d'empêcher ou retarder l'expérimentation des différentes substances et réduire les consommations. Outre le volet consacré au système de soins et à la coopération internationale, le plan se donne également comme objectif de faire évoluer et respecter les législations relatives au tabac et à l'alcool en rétablissant la portée de la loi.

S'agissant de la prévention, ce plan entend mettre en place un programme à destination des adolescents et des jeunes adultes pour empêcher ou retarder l'expérimentation des différentes substances et réduire les consommations. Ainsi, il s'agit d'une approche par produits dans laquelle les parents et l'institution scolaire sont associés.

Dans cette approche centrée sur les produits, l'accent est porté prioritairement sur le **cannabis**, compte tenu de l'ampleur de la consommation chez les jeunes.

Ainsi, la MILDT estime qu'à 18 ans, la moitié des filles et les deux tiers des garçons l'ont expérimenté. A 19 ans, près d'un garçon sur 5 et une fille sur 12 en consomment régulièrement.

En réponse à ce constat, le plan quinquennal de la MILDT entend mener une politique de prévention à travers une éducation systématique en milieu scolaire, des campagnes de communication grand public visant à alerter sur les effets négatifs et les risques auxquels les jeunes sont sensibles. Il s'agit notamment de l'altération de la mémoire, du risque d'accident de la circulation et du désinvestissement scolaire en cas de consommation intensive. Par ailleurs, outre l'ouverture d'une ligne téléphonique spécifique Cannabis, un dispositif nouveau de consultation anonyme, gratuit et dans un local banalisé est prévu dans chaque département.

En ce qui concerne les substances psychoactives de synthèse, le nouveau plan vise non seulement à renforcer la présence d'acteurs de prévention lors des événements festifs, mais encore à mettre en œuvre une veille active afin de repérer les nouveaux produits fabriqués dont certains ont une toxicité aiguë sévère.

La prévention porte également sur le **tabac et l'alcool** avec l'objectif d'empêcher ou de retarder la première cigarette, d'inciter et d'aider les fumeurs à arrêter de fumer et de protéger les non fumeurs. Le plan entend également veiller à l'application de la loi Evin dans les établissements scolaires mais aussi les restaurants et les autres lieux publics. En matière d'alcool, il s'agit de poursuivre la baisse de la consommation moyenne par habitant et de réduire les conséquences de consommation liées aux inégalités sociales.

Cet objectif repose sur des actions visant l'adoption d'un niveau de consommation faible tel que défini par les normes de l'OMS. 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.

Il ressort du dispositif quinquennal que la prévention des substances psychoactives est avant tout une problématique de société qui implique la participation de nombreux acteurs. Au nombre de ces acteurs figure l'école, lieu privilégié pour toucher les jeunes en matière de drogue par une éducation à la prévention des pratiques addictives.

Les **soins** constituent un autre point clé du plan quinquennal qui fixe les objectifs 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 et une formation des médecins ;
- 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, en fonction des indicateurs épidémiologiques ;
- améliorer la qualité et la diversité des réponses thérapeutiques pour les toxicomanes et consolider les programmes de réduction des risques en mettant en oeuvre les dispositions de la loi de santé publique ;
- améliorer la prise en charge des prisonniers ;
- promouvoir l'addictologie par l'enseignement, la formation et la recherche.

Le **rétablissement de la portée de la loi** constitue le troisième élément fondamental du plan en fixant l'objectif de faire évoluer et respecter les législations relatives au tabac et à l'alcool.

A la suite de la loi Evin qui avait déjà modifié des comportements, d'autres dispositions ont été votées telle que l'interdiction de la vente du tabac aux mineurs de moins de 16 ans. Toutefois, la MILDT souhaite contrôler et améliorer l'effectivité de la législation.

Le plan affirme que l'application de 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 de substances vénéneuses doit être adaptée.

Ainsi, le plan quinquennal **renforce le volet répressif** en insistant sur la diffusion par le Garde des Sceaux d'instructions générales de politique pénale à destination des parquets ainsi que sur l'amélioration et l'harmonisation de la réponse judiciaire à l'usage de stupéfiants. L'infraction d'usage est traitée de façon à rendre la **sanction plus visible, plus rapide et plus systématique** en utilisant plus largement qu'auparavant la palette des sanctions possibles (amende, suspension de permis de conduire ou immobilisation temporaire d'un véhicule,...).

La lutte contre le trafic, priorité du gouvernement, est donc renforcée par une action de l'Etat entre la police, la gendarmerie et la douane au sein des groupements d'intervention régionaux (GIR) qui seront prioritairement orientés vers la lutte contre le trafic de drogues.

Enfin, l'actuel plan de la MILDT entend promouvoir la **coopération internationale** à travers deux axes :

- le rapprochement avec les pays voisins de l'Union Européenne (en particulier l'Allemagne), dans tous les domaines de la lutte contre les drogues. Il s'agit ici de viser un rapprochement des politiques publiques européennes dans le nouvel espace commun.
- la prise en compte de l'explosion des toxicomanies par voie intraveineuse dans les pays de l'ex-Union Soviétique.

Après avoir analysé le dispositif mis en place par la loi de santé publique du 9 août 2004 afin de mettre en exergue l'émergence de la politique de santé publique et l'affirmation de la place de la prévention au sein de celle-ci, il convient d'identifier les mécanismes permettant l'articulation entre ce nouveau cadre législatif et la politique de prévention des pratiques addictives mises en œuvre au niveau local.

2. TOUTEFOIS, DE NOMBREUSES DIFFICULTES D'ARTICULATION AVEC LES INITIATIVES LOCALES DEMEURENT ET PAR CONSEQUENT UNE CONCRETISATION EFFICACE DE LA POLITIQUE DE PREVENTION DES PRATIQUES ADDICTIVES NECESSITE UNE REFLEXION SUR DES AXES D'AMELIORATION ENVISAGEABLES

2.1 Dispositif existant et regard critique des acteurs en Région Bretagne

2.1.1 L'organisation institutionnelle et le point de vue des acteurs sur le nouveau cadre législatif

A) Dispositif institutionnel de prévention des pratiques addictives en Bretagne

Les acteurs institutionnels intervenant au niveau local dans la prévention des addictions sont multiples :

- L'Etat est représenté par le Préfet de Région et les Préfets de départements, secondés par les services déconcentrés, principalement la DRASS et la DDASS qui sont des appuis techniques sur tous les sujets de santé publique. Les directions régionales et départementales de la Jeunesse et des sports, l'Education Nationale, la Police, la Gendarmerie et la Justice participent également aux actions de prévention.
- Les services de l'Assurance Maladie (l'URCAM, la CRAM, la CPAM) jouent un rôle essentiel dans la politique de santé publique, notamment grâce au Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information à la Santé (FNPEIS).
- Les collectivités territoriales s'impliquent de manière variable : le Conseil Régional a choisi de financer des actions de santé en direction des jeunes, exclusivement en milieu scolaire. Les Conseils Généraux participent au soutien d'associations de prévention et de promotion de la santé.

La prévention des pratiques addictives dans la région Bretagne s'organise dans le cadre des différents plans nationaux déclinés au plan local, soit régional soit départemental.

Concernant la mise en œuvre du plan MILDT, des **plans départementaux triennaux** ont été réalisés pour la période 2000-2003 et doivent être renouvelés pour la période 2005-2008. A l'heure actuelle, seule l'Ille et Vilaine a élaboré son plan départemental 2005-

2008, intitulé Programme Départemental de Prévention des Usages de Drogues. Il est en cours de validation officielle.

Le **PRSP Bretagne** s'appuie sur un diagnostic régional partagé. Ce diagnostic s'est principalement fondé sur le bilan des actions en cours au niveau de la région, menées notamment dans le cadre des PRS, PRAPS et des programmes de santé publique conduits par l'Assurance Maladie, l'Education Nationale, les collectivités territoriales, etc. En Bretagne, une version provisoire du PRSP a été validée en décembre 2004. Elle acte dans ses conclusions que les partenaires proposent de concentrer l'effort sur les déterminants de santé dont l'alcool et le tabac, sur les populations jeunes et celles en situation précaire ou fragile. La version définitive, en cours d'élaboration, précisera les modalités de mise en œuvre des objectifs prioritaires. Le PRSP devra également décliner le plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé de la violence, des comportements à risque et des conduites addictives. Par ailleurs, le PRAPS devient un des axes du PRSP.

Le **Projet d'Action Stratégique de l'Etat en Région Bretagne (PASER)** pour la période 2004-2008 retient 19 actions prioritaires interministérielles parmi lesquelles "prévenir les dépendances chez les jeunes". A partir de l'analyse du mal être chez les jeunes, l'Etat élabore en 2005 un plan d'action régional de prévention, qui doit harmoniser les pratiques départementales, celles des différents services et les politiques de répression.

Les schémas de planification sanitaire participent aussi au dispositif de prévention des pratiques addictives. Outre le SROS, le schéma d'addictologie médico-social, piloté par la DRASS, organise la répartition des structures médico-sociales (y compris les Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie –CCAA- et les Centres de Soins Spécialisés pour Toxicomanes –CSST-). Par ailleurs, le SREPS, institué par le plan national d'éducation pour la santé de janvier 2001, a pour ambition d'organiser, au sein d'un territoire donné, avec et pour les populations, un service public d'éducation pour la santé. Piloté par la DRASS avec l'appui technique du Collège Régional d'Education pour la Santé (CRES), le schéma départemental a été élaboré en 2003. Il prévoit l'élaboration d'un PREPS dont les travaux vont démarrer sous l'égide du Médecin Inspecteur de Santé Publique de la DRASS. Il devrait être finalisé en décembre 2005. Le Programme Régional d'Education Pour la Santé s'intégrera dans le Plan Régional de Santé Publique dont il constitue l'axe "éducation pour la santé".

Compte tenu de la multiplicité des acteurs et des dispositifs, les **financements sont divers** : aux financements **par programme** (Programme départemental de prévention des usages de drogues, PRSP) s'ajoutent des financements **par axe** (prévention,

soins...) et **par public** (jeunes, public défavorisé). Les principaux financeurs sont la DRASS, la DDPJJ, la DRDJS, la DDASS (crédits MILDT préfecture), l'ARH, la CRAM, les mutuelles, le FNPEIS, et les collectivités territoriales (Conseil Régional, Conseil Général, Conseil municipal). A titre indicatif, la DRASS alloue 720 000 € au programme départemental de prévention des usages de drogues sur un total de 3 millions d'€ (le reste étant principalement financé par les institutions de niveau régional).

B) Regard critique des acteurs institutionnels sur l'organisation des dispositifs

- Une articulation difficile entre les outils et les acteurs

Cette nouvelle organisation introduit de **nombreuses difficultés** dans la mise en œuvre de la politique de prévention des pratiques addictives. La principale difficulté provient de **l'articulation entre les différents plans et schémas**. En effet, la mise en place des PRSP participe d'une volonté de globalisation des actions, tous les plans préexistants (PRS, PASER, PRAPS) ayant vocation à s'y intégrer. Or le plan MILDT continue de relever de l'échelon départemental, ce qui peut engendrer **des recouvrements ou des incohérences dans les priorités retenues et les actions menées**. Il semble que certains départements s'interrogent sur la nécessité de réaliser un tel plan alors que le PRSP prévoit un axe ?lutte contre les dépendances?. Ainsi, il est possible de penser que l'absence de coordination au niveau national entre la MILDT, placée auprès du 1^{er} Ministre et la Direction Générale de la Santé, rattachée au Ministre de la Santé, se répercute au niveau local. Un élément supplémentaire s'ajoute à ces difficultés d'articulation : **l'existence d'un PASER** en région Bretagne, piloté par la préfecture et axé uniquement sur la prévention de la dépendance chez les jeunes. Cette priorité peut recouper certains axes du PRSP. Les mêmes partenaires sont convoqués à des réunions sur des sujets similaires, ce qui entraîne un **manque de visibilité**.

De plus, chaque plan est piloté par un acteur spécifique, ce qui ne correspond pas à la volonté de globalisation des actions, induit des difficultés de coordination et une répartition des rôles peu lisible. **Il n'existe ni référent unique ni organigramme clair**. Le GRSP devrait permettre de remédier à plusieurs de ces difficultés (pilotage par le préfet, instance unique de concertation et de décision), mais les décrets d'application n'étant à ce jour pas parus, l'incertitude demeure.

- Une définition des priorités discutée

Si l'affirmation du rôle de l'Etat peut garantir une égalité de traitement sur le territoire en matière de prévention des pratiques addictives, certains acteurs institutionnels nous ont fait part de leur insatisfaction. A l'heure actuelle, **les axes de travail au niveau régional sont définis par rapport aux orientations nationales**. Cette méthode présente des inconvénients car les priorités nationales vont être parfois trop éloignées des attentes locales. Elles semblent dans ce cas **imposées** aux acteurs, qui ont mis pour leur part en place des actions différentes et un sentiment de confusion se dégage sur le terrain. Certains acteurs souhaiteraient donc **être associés activement à la définition des axes de travail** afin que les besoins des populations locales soient analysés et permettent de faire émerger une politique nationale de prévention en cohérence avec les besoins locaux.

- Une implication de la préfecture renforcée

Le développement des 100 objectifs nationaux au niveau local dépendra in fine des sensibilités des principaux décideurs des services de l'Etat, dont les responsabilités se sont vues renforcer. En Bretagne, l'affirmation du rôle de la préfecture en matière de santé publique a pu avoir un impact positif : la DDASS, grâce à l'intérêt porté par la Préfète aux problématiques de santé publique², a par exemple pu légitimer son action auprès des autres services de l'Etat (police, gendarmerie, jeunesse et sports, médecine du travail, justice) et le chef de cabinet de la préfecture peut parfois jouer un rôle de facilitateur dans la poursuite des projets. La bonne collaboration avec la préfecture dépend aussi de la qualité des relations entre les acteurs. En revanche, l'affirmation du rôle de la préfecture peut entraîner, selon certains acteurs, une conception de la politique de prévention des pratiques addictives **plus répressive que préventive**.

Ainsi, la loi relative à la politique de santé publique est ambitieuse et pourrait créer de nouvelles marges de négociation, de réflexion et de débats pour les acteurs institutionnels. Toutefois, elle reste souvent perçue avant tout comme un discours d'intention et un facteur de complexité supplémentaire dans l'organisation de la prévention des pratiques addictives.

² A titre d'exemple, elle préside en personne le comité départemental de lutte contre les toxicomanies et les dépendances

2.1.2 L'organisation opérationnelle et le point de vue des acteurs sur le nouveau cadre législatif

A) Dispositif opérationnel de prévention des pratiques addictives en Bretagne

Les **acteurs opérationnels** intervenant au niveau local dans la prévention des addictions sont **pléthores**. Dans ce cadre, nous avons ciblé des associations représentatives à double titre en région Bretagne : par le **dynamisme de leurs actions** de terrain d'une part, par **leur place prépondérante** au sein de la région d'autre part.

- L'Association d'Aide aux Toxicomanes, de Prévention et de Formation (AATPF) est une association qui gère le "SàS" (point écoute jeune) au Centre Régional d'Information Jeunesse (CRIJ) et participe avec « l'Orange bleue » à des actions de prévention en milieu festif. Elle assure l'information sur les produits, les effets et leurs risques.
- L'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie (ANPAA) Bretagne est une association ancienne chargée de la prévention de l'alcoologie. Reconnue d'utilité publique, elle a récemment élargi son champ d'action à l'addictologie en général. Elle se structure en trois niveaux (national, régional et départemental) et les associations départementales peuvent gérer des CCAA, des CSST et des centres de distribution de méthadone. En région Bretagne, deux axes sont privilégiés : la formation des personnels des structures médico-sociales du département et les actions de prévention. Quatre publics sont prioritaires : les femmes enceintes consommant de l'alcool, les personnes âgées, les jeunes et le monde de l'entreprise. L'ANPAA Bretagne a particulièrement ciblé ces deux derniers types de publics, via les programmes "Armorisque" (jeu de plateau destiné aux lycéens et orienté autour de questions relatives aux risques liés aux pratiques addictives), le projet de numéro "Azur" (permettant de sensibiliser le public en entreprise) et le salon "Preventica" (lieu de rencontre et d'échange avec des fabricants et prestataires de services proposant des produits et actions innovantes en matière de santé et de sécurité au travail).
- La Brigade de Prévention de la Délinquance Juvenile mène des actions de prévention auprès des délinquants juvéniles et intervient dans les collèges et les lycées.
- « Médecins du Monde » veille, en coopération avec « l'Orange Bleue », à la réduction des risques en milieu festif (le "testing" permettant de connaître la composition des drogues).

- « Techno-Plus » est une association d'usagers qui mettent à disposition des toxicomanes des salles de repos (pratique nommée le «chill-out»)

D'autres structures assurent une double mission, à savoir la prévention et le soin. Elles ciblent plus particulièrement les jeunes et les publics en situation précaire :

- Le Département des Pratiques Addictives : il regroupe le CCAA, les IRIS (unité d'hospitalisation pour personnes alcooliques) et le CSST.
- Les structures d'aide au sevrage tabagique
- L'hôpital psychiatrique, les hôpitaux généraux et la médecine de ville agissent dans le cadre de réseaux ville/hôpital.
- Le CSST «Envol» s'organise autour de deux centres de méthadone, un centre d'accueil de jour, un centre de consultation, des consultations cannabis, des appartements thérapeutiques et mène également des actions en milieu pénitentiaire.

Enfin, certaines structures relèvent, par leur forme, des acteurs institutionnels mais sont au fond des relais stratégiques auprès d'acteurs opérationnels :

- Le Centre d'Information et de Ressources sur les Drogues et Dépendances (CIRDD) est la résultante d'une mutualisation des moyens de l'ensemble des acteurs locaux. Il constitue un lieu ressource et un fond documentaire sur l'ensemble des questions liées aux substances psychoactives.
- Le Collège Régional d'Éducation pour la Santé (CRES) et les Comités Départementaux d'Éducation pour la Santé (CODES) se positionnent davantage sur le versant appui méthodologique aux acteurs de terrain et gestion de projet autour des problématiques de santé en général.

B) Regard critique des acteurs opérationnels sur l'organisation des dispositifs

Si les associations sont dynamiques et sources de nombreux projets, nous avons constaté au cours de nos entretiens de **nombreuses limites dans l'organisation** de la prévention des pratiques addictives, et plus particulièrement un **problème d'appropriation** des dispositions de la loi de santé publique.

- La précarité des financements

Les milieux associatifs semblent être le creuset d'expériences novatrices en matière de pratiques addictives. Toutefois, les **moyens qui leur sont accordés restent modestes** pour mener à bien de nouvelles actions et, souvent, les financeurs donnent la priorité à la

reconduction d'actions menées depuis longtemps. De plus, les financements sont accordés **annuellement**, ce qui va à l'encontre du souhait des acteurs de terrain de développer des actions de prévention sur le **long terme**.

- L'engorgement des structures de soins malgré les efforts déployés dans le champ de la prévention des pratiques addictives

Les structures de soins sont submergées par la quantité des demandes de prises en charge. Les acteurs regrettent cet état de fait et s'interrogent sur **l'efficacité des politiques de prévention menées**.

- Une information lacunaire sur le nouveau dispositif législatif

La loi relative à la politique de santé publique du 9 Août 2004 reste relativement récente. Les acteurs du dispositif sont, pour un grand nombre, en attente des décrets d'application. Pour autant, malgré le peu de recul induit par les prémices de l'application de la loi, le **manque d'information des acteurs de terrain s'avère criant**. Ils souffrent d'une large méconnaissance des dispositions contenues dans cette loi, notamment en terme de modification des structures institutionnelles.

A titre d'exemple, le rôle et la place que tiendront les GRSP au sein du dispositif demeurent, au regard des propos recueillis, sources d'incertitudes et d'interrogations. De plus, certaines associations s'interrogent encore sur leur éventuelle participation au GRSP. D'autres acteurs n'ont soit aucune connaissance de la loi de santé publique, soit interprètent à tort certaines de ses dispositions.

Ceci nous a semblé inquiétant dans la mesure où les GRSP ont vocation à constituer des interlocuteurs privilégiés de l'action préventive.

- Un manque de formation des acteurs

Deux lacunes propres à la formation des acteurs semblent freiner la conduite de politiques préventives efficaces.

Tout d'abord, la **formation du personnel médical** demeure encore trop axée sur le volet curatif du soin au détriment du préventif. En France, **la culture de la prévention reste encore timide**, contrairement à d'autres pays tels que les pays scandinaves ou le Québec. La loi de santé publique, en replaçant la prévention au centre du dispositif, affiche assurément cette ambition, mais de nombreux acteurs de terrain nous ont fait part de leur crainte concernant la concrétisation de cet objectif.

Ensuite, un autre constat peut être dressé : celui **du défaut de formation des équipes de terrain à la gestion de projet**. En effet, les financements des actions de santé publique sont désormais liés aux actions menées et le manque de maîtrise des outils de gestion peut apparaître comme frein à la conduite des projets.

Ainsi, de nombreuses limites à la conduite d'une politique de prévention efficace des pratiques addictives existent sur le terrain et l'appropriation nécessaire des changements législatifs récents par les acteurs de terrain n'est à ce jour pas réalisée. Ce constat doit toutefois être nuancé par le fait que l'analyse de la situation a été réalisée **durant une période de transition** (la loi étant récente et les décrets d'application n'étant pas parus), ce qui peut contribuer à expliquer le **manque d'assimilation** par les acteurs locaux.

2.2 Perspectives d'amélioration du dispositif de prévention des conduites addictives en Région Bretagne

Au regard des lacunes et insuffisances mises en exergue lors de l'analyse du dispositif existant en région Bretagne, **certaines évolutions semblent souhaitables**, de façon à développer une politique de prévention des pratiques addictives cohérente et efficiente. Des propositions d'aménagements peuvent être avancées autour de cinq grandes thématiques pour lesquelles les dysfonctionnements sont prégnants :

- l'information des acteurs
- la clarification et la rationalisation des modes de financement des projets
- la formation des intervenants
- la mise en œuvre d'une politique d'évaluation cohérente
- l'articulation entre les dispositifs

2.2.1 Assurer une réelle information des acteurs

Afin de pallier le manque de connaissance des acteurs sur le nouveau dispositif législatif, la mise en place d'une information générale et étendue sur les dispositions prévues par la loi nous semble nécessaire.

Une information relative aux rôles devant être tenus par chacun des acteurs dans ce nouveau dispositif apparaît indispensable. Un budget communication devrait être spécifiquement mis en place pour remédier à ce manque de diffusion de l'information.

De fait, il conviendrait de se servir des structures régionales, notamment la Préfecture en qualité d'entité déconcentrée de l'Etat³, pour **assurer la circulation de l'information** sur les dispositions législatives et leurs modalités d'application.

Le succès de la réforme engagée dépendra d'une compréhension sans faille, de la part des structures locales et associatives, des enjeux et du dispositif de la politique développée au niveau national.

2.2.2 Clarifier et rationaliser les modes de financement

Devant le constat de la **précarité et de la fragilité des financements** du tissu associatif, il convient d'assurer aux acteurs de terrain des financements plus stables et pérennes afin de leur permettre d'avoir une visibilité accrue des actions à moyen et long terme.

La loi de santé publique définit une logique d'actions pluriannuelles, avec les principes de la programmation, de la planification et de l'évaluation sur cinq ans. A ce cadre de programmation pluriannuelle, doivent répondre des **financements pluriannuels** de manière à rendre le dispositif cohérent.

La mise en œuvre de tels financements est désormais possible grâce à la **nouvelle loi organique relative aux lois de finances du 1^{er} août 2001**. Celle-ci permet en effet, de **sortir du carcan du principe d'annualité budgétaire** et d'attribuer des financements de manière pluriannuelle s'appuyant sur des objectifs et indicateurs préalablement définis.

Par ailleurs, le **GRSP** peut constituer **un instrument de premier plan** en matière de financement des structures de prévention des conduites addictives et ce pour deux raisons :

- D'une part, il est souhaitable que ce dernier devienne une structure cadre permettant la signature de **conventions pluriannuelles de programmation financière** entre les différents financeurs et le tissu associatif. Ainsi, une association pourrait mettre en œuvre des projets en bénéficiant d'un cadre fixant les financements et des objectifs d'actions sur une période donnée. Ces conventions seraient la déclinaison des contrats d'objectifs et de moyens du secteur sanitaire. Ces mesures auraient pour conséquence d'instaurer des projets de façon quasi pérenne, d'apporter de la stabilité aux actions menées d'une part et

³ L'Etat étant réaffirmé dans la loi du 9 août 2004 comme étant responsable des politiques de santé publique

aux acteurs d'autre part en leur assurant une certaine garantie d'emploi (leurs rémunérations seraient quasi assurées).

- D'autre part, le GRSP doit contribuer à **la simplification de la prise de décision d'attribution des crédits**. En effet, la création du GRSP correspond à la mise en place d'un guichet unique rassemblant tous les financeurs institutionnels. Les procédures de financement devraient à ce titre être facilitées.

Il est fondamental d'assurer la mise en place efficace de ce guichet unique car la **recherche de financement est très chronophage** pour les associations et le fait de disposer d'un seul interlocuteur permettrait aux associations de **se recentrer sur leurs missions premières** à savoir la lutte contre les conduites addictives. Le financement des actions serait également plus transparent et donc source de plus grande équité dans le choix des projets.

2.2.3 Améliorer la formation des acteurs

Plusieurs améliorations pourraient être apportées à la formation des acteurs. Tout d'abord, des actions concrètes en matière de **formation à la prévention des intervenants médicaux** pourraient être menées et intégrées dans le cursus de formation des études médicales et paramédicales.

Ensuite, l'action des associations et plus généralement des animateurs de terrain pourrait être facilitée par **la maîtrise d'une gestion efficace des projets** sous leur responsabilité. Le développement de compétences organisationnelles, prévisionnelles et méthodologiques est amené à devenir un enjeu de premier ordre pour les structures locales et associatives. Gérer une communication, suivre des financements, animer des groupes de travail, etc., sont des tâches complexes qui nécessitent une formation à la gestion de projet. De telles formations devraient pouvoir être initiées par le GRSP en qualité de financeur.

Le financement par action inscrit la conduite des politiques préventives dans une logique comptable, de rationalisation et d'efficience. L'évaluation des projets présentés par les acteurs de terrain auprès des financeurs devra être bien plus approfondie (argumentés, construits et intégrant une évaluation financière rigoureuse) et plus régulière qu'elle ne l'est aujourd'hui.

2.2.4 Mettre en œuvre une politique d'évaluation cohérente

La loi de Santé Publique du 9 Août 2004 instaure le principe de l'évaluation régulière des politiques mises en œuvre et ce par rapport aux objectifs prédéfinis par le texte.

L'évaluation des actions sur le terrain est amenée à devenir une donnée majeure de la construction des politiques préventives régionales et locales. En effet, à long terme, une fois le financement des actions accordé, elles devront être obligatoirement évaluées avant d'être reconduites.

Ce constat appelle nécessairement à développer une réflexion autour des instruments de l'évaluation. La définition des indicateurs d'évaluation (indicateurs clairs, fiables sur la durée et facilement mesurables) des projets et d'une méthodologie partagée par tous doit faire l'objet d'un consensus de façon à **rendre l'analyse des actions cohérente**.

Pour autant, ce souci ne doit **pas conduire à une logique de vassalisation** par laquelle les autorités nationales imposeraient à l'échelon local des outils d'évaluation préconstruits. De fait, en ce qui concerne la prévention des conduites addictives, il s'agit de **prendre acte des volontés et des souhaits des intervenants** de premier plan, que sont les structures associatives, de façon à ce que ces outils soient adaptés aux réalités et aux besoins du terrain.

En outre, l'évaluation en matière de prévention des conduites addictives présente une difficulté spécifique : les actions préventives demeurent difficilement mesurables en terme d'efficacité et s'avèrent peu propices à des enquêtes statistiques chiffrées. Par ailleurs, elles ne peuvent être **évaluées que sur le long terme voire le très long terme**. **L'évaluation à intervalles réguliers** prévue par la loi (évaluation sur l'année écoulée et tous les cinq ans par le législateur) paraît fort **peu adaptée à la logique préventive**. En effet, les véritables effets d'une politique de prévention ne sont mesurables que 30 ou 40 ans après leur mise en place.

2.2.5 Assurer une articulation des dispositifs

Un écueil majeur du dispositif consisterait à laisser s'instaurer **une superposition des différents plans d'actions**. Il s'agit donc d'assurer une **réelle articulation des dispositifs** par une logique descendante prenant compte des particularités locales.

Le plan unique défini en amont, au niveau national, devra se décliner au niveau régional puis départemental de façon à s'adapter aux spécificités locales des consommations de substances psychoactives.

De même, une **articulation des acteurs de soins et de prévention** doit être trouvée. L'élaboration quasi simultanément dans chaque région, d'un PRSP, d'un PRAM et d'un SROS pourrait faciliter les choses. Il est indispensable que les pilotes régionaux de ces plans, c'est-à-dire l'Etat et l'Assurance Maladie imaginent un processus conjoint et concerté d'élaboration.

Une telle coordination permettrait de donner à chaque région une **colonne vertébrale structurante dans le domaine de la lutte contre les pratiques addictives** et plus généralement dans le champ de la santé publique.

CONCLUSION

La régionalisation du dispositif de santé publique est apparue tardivement dans le paysage sanitaire français. L'instauration d'un tel mécanisme s'est trouvé renforcé par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. En effet, elle confirme le niveau régional comme échelon territorial d'intervention et de mise en œuvre des politiques de santé publique. De plus, elle permet au représentant de l'Etat dans la Région, le Préfet, d'avoir la responsabilité de la déclinaison des objectifs et plans nationaux, notamment celui relatif à la réduction des risques des usagers de substances psychoactives.

La région Bretagne est directement concernée par ce processus et s'avère être précurseur en la matière. Elle est apparue particulièrement réactive en ce qui concerne les services de l'Etat en mettant en place un PASER exposant les grandes orientations choisies pour intensifier les actions concrètes de prévention des pratiques addictives. Toutefois, bien que ce nouveau schéma favorise l'articulation des différents systèmes, la rénovation du schéma régional de santé publique tend à complexifier la mise en œuvre concrète des actions de prévention des conduites addictives de par la multiplicité des acteurs, le chevauchement de leurs missions respectives et le fractionnement des financements.

Des pistes d'amélioration se dégagent alors autour de trois axes principaux : la formation et l'information des intervenants ainsi que l'évaluation de leurs actions. Cependant, ces propositions ne peuvent pas être les seuls facteurs clés de succès. La consommation de produits relève d'une conduite individuelle (et de la rencontre entre une personne et les effets d'une substance) qui s'inscrit dans un contexte social donné. Il est donc nécessaire de susciter une réflexion avec les usagers afin que chacun puisse mesurer l'intérêt d'une politique de prévention efficace et partagée sur le terrain. De la même façon, la mise en œuvre du futur GRSP tendra à défractionner les actions des différents intervenants et à améliorer l'usage des instruments de prévention, mais ne s'avérera réellement efficace que s'il permet de promouvoir une culture globale de santé publique aux intéressés et s'il favorise l'intervention des citoyens.

Bibliographie

OUVRAGES

Comité Français d'Education pour la Santé (C.F.E.S.), Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (M.I.L.D.T.), *Livret de connaissances. Prévention de l'usage de drogues. Questions éducatives*, 2002, Paris, Editions CFES, 69 p.

Duburcq A., Sannino N., *Rapprochement des dispositifs spécialisés. Evaluation du rapprochement de structures spécialisées pour une prise en charge globale des addictions*, 2003, Paris, OFDT, 87 p.

European conference on the evaluation of drug prevention, *Evaluation, a key tool for improving drug prevention : papers from the second European conference on the evaluation of drug prevention*, 2000, Luxembourg, Office for official publications of the European communities, 183 p.

Frenk H., Dar R., *Dépendance à la nicotine : critique d'une théorie*, 2004, Paris, Les Belles lettres, 418 p.

Gonet L., *Adolescents, drogues et toxicomanie*, 1992, Chronique sociale, 135 p.

Lecorps P., Paturet J.B., *Santé publique : du bio pouvoir à la démocratie*, 2001, Rennes, ENSP, 86 p.

Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (M.I.L.D.T.), *Drogues : savoir plus risquer moins*, 2000, Editions CFES, 117 p.

Malestracci N., Finielz R., Got C., *Drogues et Dépendances. Indicateurs et tendances 2002*, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, 368 p.

Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, *Guidelines for the evaluation of drug prevention : a manual for programme-planners and evaluators*, 1998, Luxembourg, Office for official publications of the European communities, 96 p.

Padieu R., Beauge F., Choquet M., Molimard M., Parquet P., Stinus L., *Dépendance et conduites de consommation*, 1997, Editions INSERM, 243 p.

Parquet P.-J., *Pour une prévention de l'usage des substances psychoactives ; usage, usage nocif, dépendance*, 1998, Editions CFES, 46 p.

Reynaud M., Parquet P.-J., Lagrue G., Kouchner B., *Les pratiques addictives : Usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives*, 2000, Editions Odile Jacob, 273 p.

Reynaud M., Aubin H.-J., D'autume C. et al., *Usage nocif de substances psychoactives : identification des usages à risques, outils de repérage, conduites à tenir*, 2002, Paris, La documentation Française, 277 p.

Véléa D., *Toxicomanie et conduites addictives*, 2005, Paris, Heures de France, 379 p.

Valleur M., Matysiak J.-C., *Les nouvelles formes d'addiction : l'amour, le sexe, les jeux vidéo*, 2004, Paris, Flammarion, 282 p.

ARTICLES

Benattar F., *Où va l'addictologie ? Du côté des pratiques addictives : du changement dans l'air*, Contact Santé, 2003, n°185, pp. 10-11.

Boissonnat-Pelsy H., Debionne F.-P., *Une loi pour faire grandir l'interactivité, l'équité et la démocratie*, Santé publique, Société Française de Santé Publique, Décembre 2004, n°4, pp. 611-612.

Boucher C., *Regards sur les dépendances. Promotion de la santé et prévention des conduites addictives : réflexions d'un éducateur pour la santé*, La santé de l'homme, 2000, n° 347, pp. 32-36.

Binder P., *D'un certain point de vue*, Santé publique, Société Française de Santé Publique, Décembre 2004, n°4, pp. 719-720.

Brun N., *Loi de santé publique : vers l'affirmation d'une nouvelle culture ?*, Santé publique, Société Française de Santé Publique, Décembre 2004, n°4, pp. 659-660.

Costes J.-M., Nouvelles drogues, nouveaux usages : le cas de l'ecstasy, Actualité et dossier en santé publique, Décembre 2001, n°37, pp. 13-17.

Delage M., *Autonomie et conduites addictives. Quelles dépendances dans la famille ?*, Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 2004, vol. 52, n°1, pp. 17-23.

Douiller A., *Espoirs et désespoirs des associations*, Santé publique, Société Française de Santé Publique, Décembre 2004, n°4, pp. 655-657.

Goudet B., *La loi de santé publique du 9 août 2004 : une analyse sociologique*, Santé publique, Société Française de Santé Publique, Décembre 2004, n°4, pp. 597-604.

Grimaud O., Jourdain A., Le rapport d'objectifs de santé publique : Une réelle ambition sans stratégie de mise en œuvre ?, Santé publique, Société Française de Santé Publique, Décembre 2004, n°4, pp. 673-675.

Gros J., *Un pilote dans l'avion...saura-t-il écouter l'équipage ?*, Santé publique, Société Française de Santé Publique, Décembre 2004, n°4, pp. 677-678.

Halley des Fontaines V., *La loi de santé publique d'août 2004 entre responsabilité publique et collaborations privées*, Santé publique, Société Française de Santé Publique, Décembre 2004, n°4, pp. 613-615.

Lebeau B., Toxicomanie et politique de santé, La revue soins, mai 2002, n°665, pp. 46-50.

Lorenzo P., *Le bruissement d'une aile de papillon*, Santé publique, Société Française de Santé Publique, Décembre 2004, n°4, pp. 687-693.

Lottin J.-J., *Du produit à la dépendance, de la dépendance à l'addiction...quelle traduction sur le terrain ?*, Contact santé, juin 2000, n°150, pp. 9-13.

Maestracci N., *Une nouvelle approche des conduites addictives*, Revue d'épidémiologie et de santé publique, 1999, Vol. 47, n° 5, pp. 393-396.

Pochon F., *Renouveau dans la politique de santé publique ; La loi n° 2004-806 du 9 août 2004*, Gestions Hospitalières, août/septembre 2004, n° 438, pp. 513-516.

Poindreau P.-Y., Les programmes régionaux ; pour une meilleure approche de la santé, Impact Médecin Hebdo, novembre 2001, n°557, pp. 36-39.

Société Française de Santé Publique, *La loi relative à la politique de santé publique : objectifs de santé, plans et programmes d'action*, Santé publique, Société Française de Santé Publique, Décembre 2004, n°4, pp. 587-596.

Société Française de Santé Publique, *Le Plan régional des santé publique (PRSP), un cadre de planification de la politique régionale en santé publique*, Santé publique, Société Française de Santé Publique, Décembre 2004, n°4, pp. 679-686.

Société Française de Santé Publique, *Les actions programmées au niveau national (plans stratégiques, plans et programmes) : principes et présentation générale*, Santé publique, Société Française de Santé Publique, Décembre 2004, n°4, pp. 661-672.

Trépeau M., *La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique*, Regards sur l'actualité, La Documentation Française, Février 2005, n°308, pp. 79-86.

RAPPORTS

Dubernet A., *Prévention des conduites addictives en milieu scolaire : pratique des enseignants*, 2004, Mémoire ENSP, 56 p.

Dubois G., *La réduction du risque tabagique : rapport du groupe de travail au directeur général de la santé*, 2002, Paris, La Documentation Française, 72 p.

Piquet O., Trehonny A., *Conduites addictives en Bretagne : indicateurs et tendances*, 2004, Rennes, Observatoire Régional de la Santé de Bretagne, 122 p.

Roques B., *La dangerosité des drogues. «Rapport au secrétariat d'Etat à la santé »*, 1999, Editions Odile Jacob, La Documentation Française, 316 p.

SITES INTERNET

Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie : www.anpaa.asso.fr

Association de prévention des risques liés aux produits : www.technoplus.org

Auto-Support et réduction des risques parmi les Usagers de Drogue : www.asud.org

Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie :
www.drogues.gouv.fr

Centre de ressources tabac-info-service : www.tabac-info-service.fr

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé : www.inpes.sante.fr
www.cfes.sante.fr

Ministère de la santé : www.sante.gouv.fr

Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies : www.ofdt.fr

Toxibase Réseau national d'information et de documentation : www.toxibase.org

Liste des annexes

Annexe 1 :

Etat des lieux européen de la consommation de substances psychoactives

Annexe 2 :

La situation française des consommations de substances psychoactives

Annexe 3 :

Le contexte épidémiologique local

Annexe 4 :

Données comparatives des consommations en France et en Bretagne de substances psychoactives

Annexe 5 :

Grille d'entretien

Annexe 6 :

Le trouble addictif de Goodman

Annexe 7 :

Le niveau régional : organisation

Annexe 1

Etat des lieux européen de la consommation de substances psychoactives :

La consommation de substances psychoactives en Europe est en permanente mutation. Les comportements et le niveau de consommation restent cependant très différents selon les substances (étude hors tabac et alcool).

Le cannabis a été expérimenté par un adulte sur cinq. Chez les jeunes de 15 à 34 ans, l'expérimentation s'élève à 44% au Danemark, 42% en France, 35% en Espagne. Les estimations concernant la consommation récente (dans l'année) varient de 1% (Suède) à 20% (France). Plus problématique, un nouveau groupe restreint mais significatif pourrait aujourd'hui consommer de façon régulière et intensive.

L'ecstasy et les amphétamines sont, après le cannabis, les substances psychoactives illégales le plus couramment utilisées. La consommation variant, au cours d'une vie, entre 0,5 et 5 %. Aucune augmentation importante n'a été observée récemment.

La situation est différente concernant la cocaïne puisque presque tous les pays européens sont concernés par l'augmentation de sa consommation, notamment le Royaume-Uni et le Danemark. Son taux de consommation varierait, au cours d'une vie et pour les 15-34 ans, entre 1% et 9%.

Enfin, « l'usage problématique » de substances psychoactives résulte de la consommation chronique d'amphétamines dans les pays scandinaves et d'opiacés partout ailleurs. Cet usage dit « problématique » concerne, selon les pays, entre 2 et 10 adultes pour 1000, les taux les plus élevés concernent le Royaume-Uni, l'Italie, le Luxembourg et le Portugal et les plus faibles l'Allemagne, l'Autriche et les Pays-Bas.

En ce qui concerne les demandes de traitement, si l'héroïne en reste la principale cause, le cannabis en est devenu la seconde.

L'usage de substances psychoactives semble donc se développer en Europe. Ainsi celle-ci est devenue aujourd'hui le plus grand marché mondial de cannabis alors que depuis une dizaine d'années, les saisies d'ecstasy, de cocaïne et d'amphétamines y ont considérablement augmenté. Seul l'héroïne apparaît en léger recul.

Globalement, les politiques publiques des différents pays européens semblent s'orienter dans trois directions.

Sur le plan juridique, certains Etats cherchent à minimiser l'impact social de la consommation de substances psychoactives en contrôlant plus strictement les infractions à l'ordre social et les nuisances (Danemark, Royaume-Uni, Irlande, Pays-Bas). De plus les systèmes de contrôle des trafics et des usagers ont été renforcés, conséquence d'un recentrage général des politiques publiques sur la notion de sécurité. Enfin, certains pays

adaptent leur système légal afin de faciliter le traitement et la réinsertion des toxicomanes (Allemagne, Grèce, Luxembourg...).

En ce qui concerne les traitements de substitution, ils ont fait l'objet d'un développement important et concernent aujourd'hui 400 000 personnes en Europe. La méthadone reste la substance la plus utilisée, bien que l'usage de la buprénorphine soit en augmentation. Le Royaume-Uni prescrit même de l'héroïne, et l'Espagne commence à faire de même.

Enfin, les politiques de réduction des risques et des dommages sanitaires (comme l'échange de seringues) semblent désormais être acceptées comme faisant partie prenante des politiques publiques concernant les substances psychoactives. Il subsiste cependant de grandes disparités selon les pays.

Annexe 2

La situation française des consommations de substances psychoactives :

(Sources : OEDT, 2000-2002, OFDT, 2002 ; Trends, novembre 2004)

Au niveau national, les constats qui peuvent être tirés sont assez similaires.

Une forte différenciation selon âge/sexe

Les pratiques addictives ne sont pas les mêmes selon l'âge et le sexe des personnes.

Il existe en effet des substances psychoactives « générationnelles ». Ainsi, la consommation régulière d'alcool est plus importante chez les sujets plus âgés (42,4% chez les 45-75 ans) que chez les plus jeunes (15,1% pour les 18-25 ans). A l'inverse, certaines substances ne sont utilisées que par les moins de 45 ans (ecstasy et dans une moindre mesure cannabis).

De même la consommation n'est pas la même selon les sexes. Les hommes sont en effet plus nombreux à consommer les différentes formes de substances psychoactives (les hommes sont 3 fois plus nombreux à consommer de l'alcool, 2 fois plus du LSD, de l'héroïne, de la cocaïne ou du crack...) à l'exception des médicaments psychotropes, pour lesquels les consommatrices régulières sont trois fois plus nombreuses.

Les substances psychoactives licites

En ce qui concerne la consommation des substances psychoactives licites (alcool, tabac, psychotropes), plusieurs constats peuvent être faits.

Tout d'abord, la consommation occasionnelle ou régulière de tels produits est très répandue (notamment pour les deux premiers). Ainsi, 97,5% des français ont consommé au moins une fois dans leur vie de l'alcool, 82% du tabac et 19,7% des psychotropes.

Il y a, en France, 12,9 millions de consommateurs réguliers⁴ d'alcool, 11,9 millions de tabac et 3,8 millions de psychotropes.

Ensuite, l'usage régulier des ces produits à 17 ans ne progresse que faiblement (alcool et psychotropes) voire régresse (tabac).

Enfin, concernant les deux principales substances psychoactives légales, les différences de consommation entre les sexes semblent se résorber.

Expérimentation de l'alcool au cours de la vie (en %)
--

⁴ C'est-à-dire ayant trois consommations d'alcool par semaine, une consommation quotidienne pour le tabac, plusieurs consommations de psychotropes dans la semaine, 10 consommations de cannabis dans le mois.

18-75 ans	18-25 ans	26-44 ans	45-75 ans	Hommes	Femmes
97,5	96,3	97,3	98,0	98,7	96,3

Consommation régulière d'alcool (en %)					
18-75 ans	18-25 ans	26-44 ans	45-75 ans	Hommes	Femmes
30,8	15,1	22,7	42,4	42,7	19,7

Expérimentation du tabac au cours de la vie (en %)					
18-75 ans	18-25 ans	26-44 ans	45-75 ans	Hommes	Femmes
82,0	80,0	84,7	80,5	88,3	76,0

Consommation régulière de tabac (en %)					
18-75 ans	18-25 ans	26-44 ans	45-75 ans	Hommes	Femmes
28,6	44,1	34,6	18,9	32,0	25,6

Le cannabis

Sa consommation touche quasi exclusivement les tranches les plus jeunes de la population : au-delà de 45 ans la consommation dans l'année est très rare. Il y a aujourd'hui, et c'est un phénomène assez récent, 600 000 consommateurs réguliers de cannabis.

L'expérimentation du cannabis a explosé depuis le début des années 90 et elle atteint en 2002 35,1% des 18-44ans. Le cannabis est ainsi de loin le produit illicite le plus expérimenté. Cependant, les niveaux atteints laissent présager une stabilisation de sa consommation dans les années à venir.

Expérimentation du cannabis au cours de la vie (en %)					
18-75 ans	18-25 ans	26-44 ans	45-75 ans	Hommes	Femmes
22,8	48,3	30,7	8,4	28,5	17,4

Consommation régulière de cannabis (en %)					
18-75 ans	18-25 ans	26-44 ans	45-75 ans	Hommes	Femmes
1,4	6,3	1,3	0,0	2,3	0,6

Les autres substances psychoactives

La consommation des substances psychoactives que sont la cocaïne, l'héroïne, l'ecstasy, le crack et les hallucinogènes (LSD et champignons) reste marginale en France (il y a 150 000 consommateurs occasionnels d'ecstasy par exemple).

Concernant l'héroïne, le rapport annuel du dispositif Trend (Tendances récentes et nouvelles drogues)⁵ de l'Observatoire français des drogues et de la toxicomanie pour 2003 (publié en novembre 2004) souligne une évolution des pratiques relatives à sa consommation, en effet, parmi les usagers d'héroïne, la proportion des personnes ayant recours à l'injection est passée de 58% en 2001 à 53% en 2003. Le « sniff » demeure le mode d'administration de nombreux produits. Ainsi, les pratiques d'injections semblent devoir diminuer, ce qui contribue à la modification du « profil » de l'utilisateur de substances psychoactives. Globalement cependant, l'usage d'héroïne semble reculer.

Quant aux traitements de substitution, la buprénorphine haut dosage (BHD, Subutex®) reste prédominante chez les consommateurs d'opiacés. Ainsi, le Subutex® est utilisé par 84500 personnes en France. Ce produit semble par ailleurs être d'une disponibilité élevée et son prix a chuté (3€ le comprimé de 8 mg). Il faut d'ailleurs noter que l'usage détourné du Subutex® (qui est alors injecté) pose des problèmes sanitaires importants.

Cependant certaines substances ont connu une diffusion croissante au cours des années 1990, comme la cocaïne (dont le taux de consommation en France reste cependant très en deçà des niveaux observés au Royaume-Uni ou en Espagne) ou les hallucinogènes. En sus des champignons, la consommation de deux plantes (*Datura stramonium* et *Salvia divinorum*), dont la diffusion n'est encore que marginale, semble se développer. De même l'expérimentation des substances synthétiques a fait plus que doubler entre 1995 et 2000 chez les jeunes de 17 ans (le taux d'expérimentation de l'ecstasy est ainsi passé de 0,8% à 2,3% dans cette période). Ces produits bénéficient en effet d'une image positive.

Concernant le LSD et le crack, l'expérimentation stagne à moins de 1% des 18-25 ans, traduisant notamment la mauvaise perception de ces substances psychoactives par les Français (qui sont 42,6 % à placer l'héroïne en tête des produits les plus dangereux).

Expérimentation au cours de la vie de substances psychoactives (en %)						
Produit	18-75 ans	18-25 ans	26-44 ans	45-75 ans	Hommes	Femmes
Colle et solvant	2,7	5,7	4,0	0,6	3,6	1,7
Cocaïne	2,0	1,9	3,9	0,4	3,3	0,8
LSD	1,1	1,2	1,9	0,5	2,1	0,2

⁵ Trend rend compte de l'observation de deux milieux particuliers, dans lesquels la probabilité de repérer des phénomènes nouveaux ou non encore observés est élevée. L'« espace urbain » recouvre le dispositif des structures d'accueil dites de première ligne (boutiques et lieux d'échanges de seringues) et les lieux « ouverts » (squats, rue...). L'« espace festif techno » correspond aux lieux et aux moments où se déroulent des événements festifs relevant de la culture techno (free-party, certaines boîtes, soirées privées...).

Amphétamines	1,4	1,6	1,8	1,1	1,7	1,2
Ecstasy	0,8	2,3	1,1	0,1	1,4	0,2
Champignons	1,1	2,3	1,6	0,3	1,4	0,9
Héroïne	0,7	0,9	1,2	0,2	1,4	0,2

La mortalité et les problèmes de santé :

Mortalité induite par...	le tabac	l'alcool	les substances psychoactives illicites
Nombre de décès annuel	60 000	45 000	97

C'est au tabac que le plus grand nombre de décès peut être attribué, puisque environ 60 000 personnes en meurent chaque année (à 95% des hommes), dont 2500 à 3000 dus au tabagisme passif.

Vient ensuite l'alcool, à l'origine de 45 000 décès par an (toutes causes comprises), dont 23 000 directement liés au produit (cancers des voies aéro-digestives supérieures, cirrhoses, alcool-dépendance...).

La mortalité induite par la consommation des substances psychoactives illicites peut ainsi apparaître faible, comparativement à ces chiffres. En 2002, 97 décès par surdose ont été observés par les services de police. Ce chiffre, en forte baisse depuis 1994 s'explique notamment par la chute des décès résultant de la consommation d'héroïne. Par ailleurs, 199 décès par SIDA ont été constatés en 2002, chiffre là aussi en forte baisse depuis 1994, malgré une augmentation encore inexplicée par rapport à 2001.

Enfin, il faut noter que la prévalence de la séropositivité VIH et VHC est plus importante chez les injecteurs que chez les non-injecteurs, même si globalement les personnes sont mieux informées sur leur état de santé qu'il y a quelques années.

Annexe 3

Le contexte épidémiologique local

Eléments démographiques :

	effectifs	% moins de 20 ans	% plus de 60 ans
Bretagne	2 959 497	24,7	22,9
France	59 342 121	25,3	20,6

Globalement, la population bretonne est plus âgée que la moyenne nationale. Cette caractéristique influe sur le niveau de consommation de certaines substances psychoactives (au premier rang desquelles l'alcool, plus utilisé en Bretagne qu'ailleurs).

Sur la consommation de substances psychoactives :

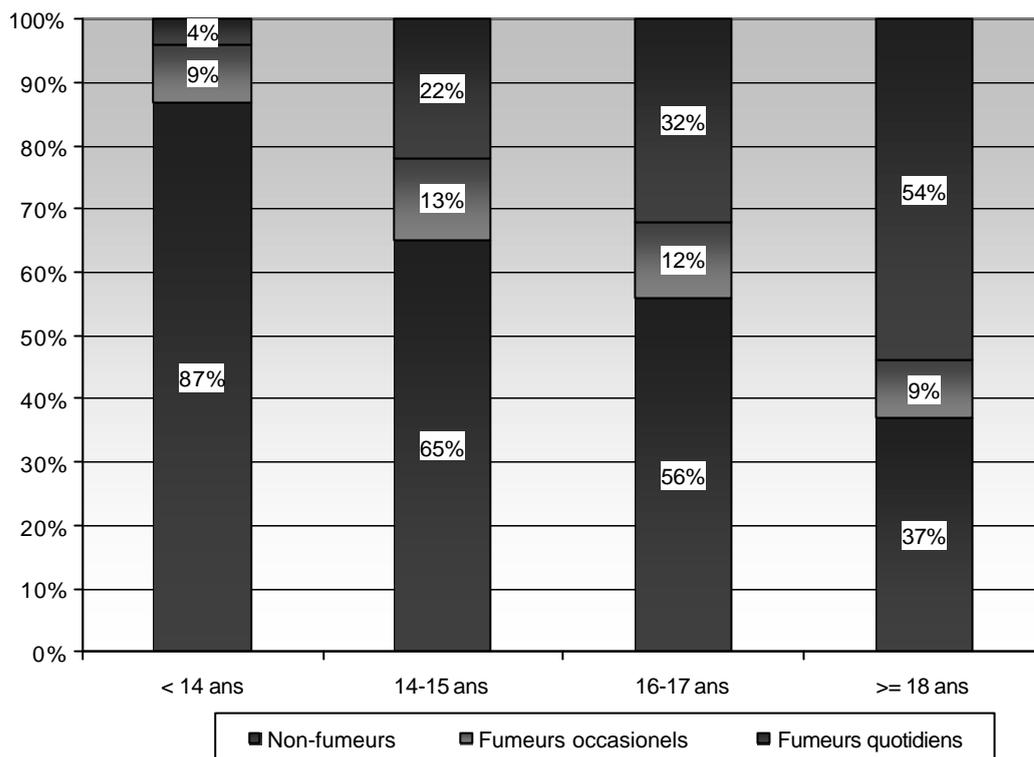
Du rapport Conduites Addictives en Bretagne « Indicateurs et tendances »³ qui est lui-même une synthèse de divers travaux épidémiologiques⁶, on peut retenir :

- Les consommations de tabac, d'alcool, et de cannabis des jeunes se situent au dessus de la moyenne nationale. (cf. graphique ci-dessous)

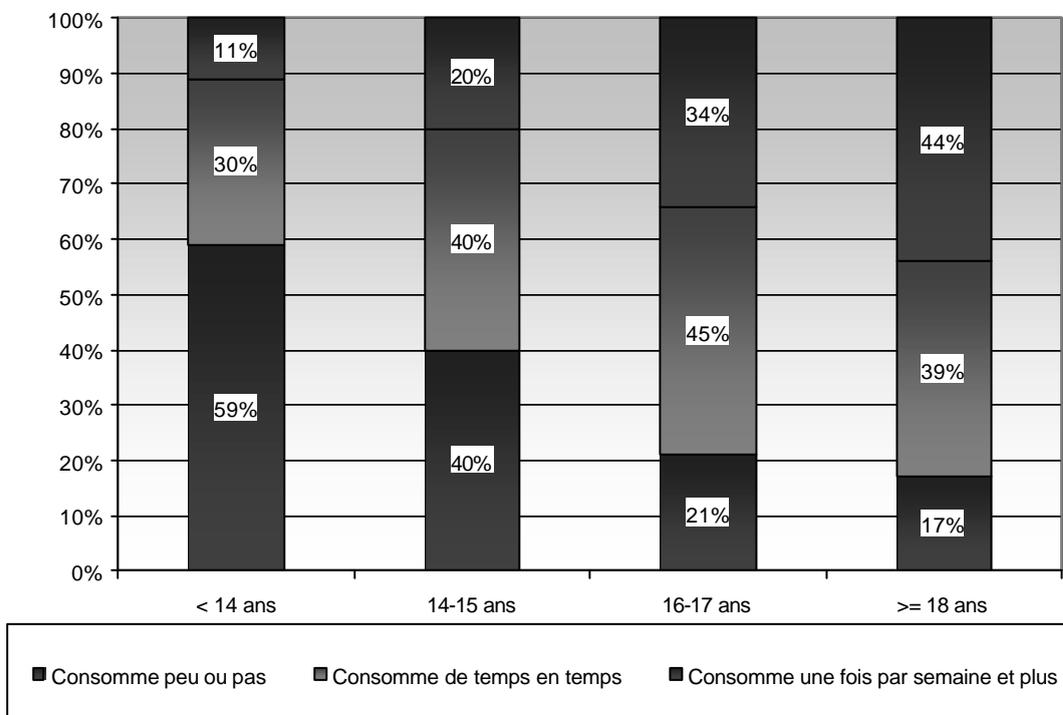
³ Publié en 2004, 122 pages, Travaux réalisés avec la participation de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales et la participation du Conseil Régional de Bretagne, dans le cadre du « Contrat de Plan Etat-Région Bretagne : programme d'observation de la santé ».

⁶ Ces travaux épidémiologies recourent quatre types d'informations : celles concernant les ventes de drogues, celles de l'activités des services de police autour des conduites addictives (conduite en état d'ivresses, arrestation pour vente de drogue...), l'activité des services de soins (en libéral et dans le secteur hospitalier), le taux de mortalité et les causes de mortalité.

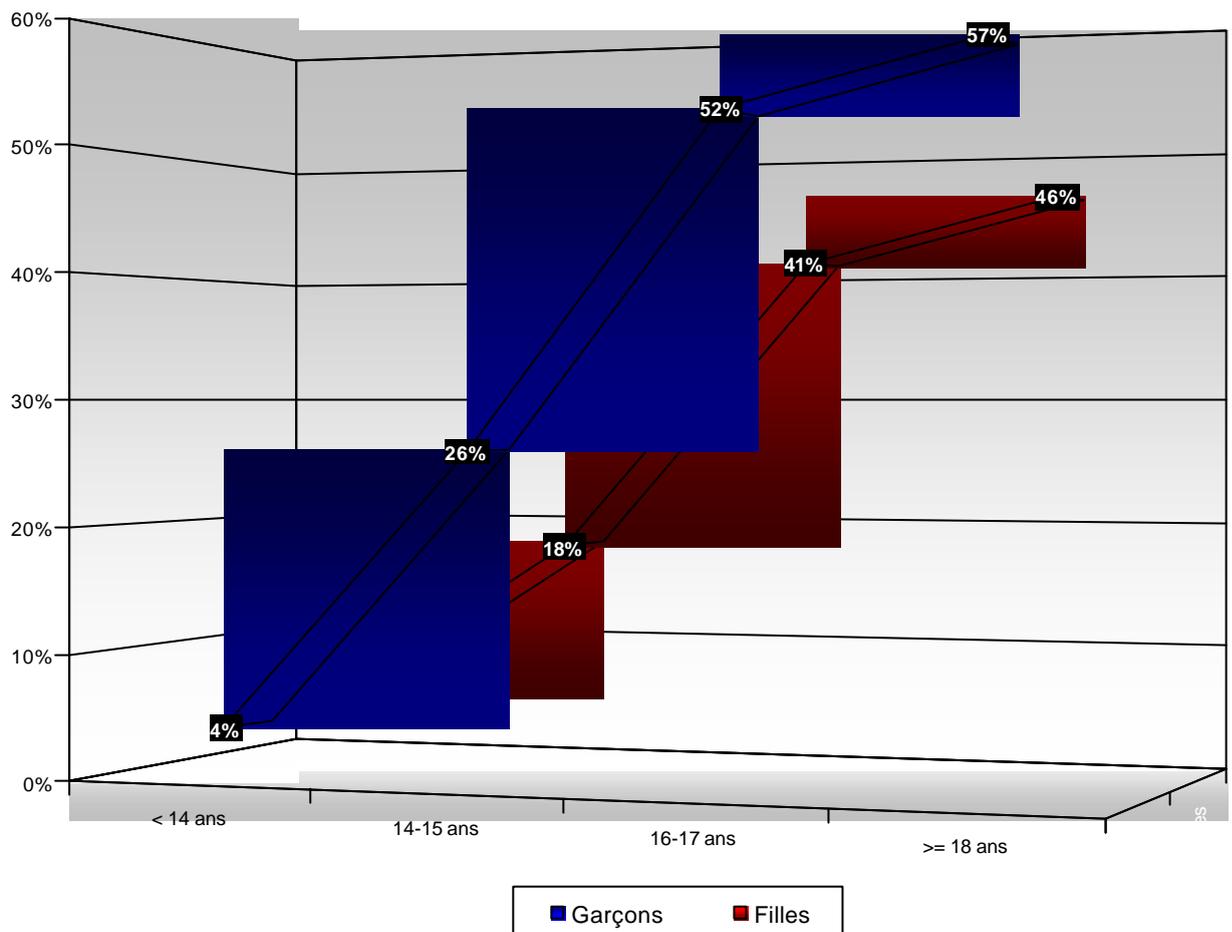
La consommation de tabac des jeunes en Bretagne



La consommation d'alcool des jeunes en Bretagne



Jeunes déclarant consommer actuellement du cannabis selon l'âge et le sexe



La Bretagne se situe en dessous de la moyenne nationale concernant la consommation de substances psychoactives par voie intraveineuse. Avec une plus forte proportion de consommation de cannabis et de jeunes de moins de 25 ans consommateurs.

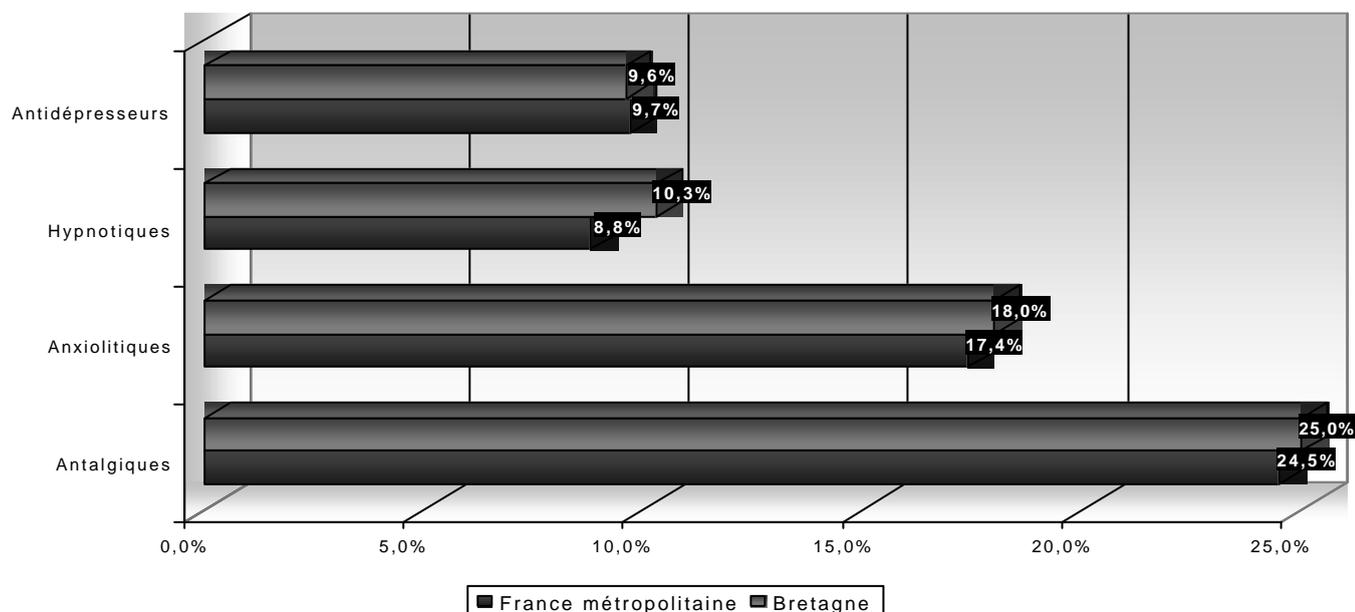
- La consommation d'alcool semble au dessus de la moyenne nationale. En 2000, 1580 décès liés à une consommation chronique excessive d'alcool ont été recensés en Bretagne (soit 0,5 ‰ contre 0,39 ‰ pour la France).
- La consommation de médicaments psychotropes est proche de la moyenne nationale (cf. graphique Annexe 4).

Annexe 4

Données comparatives des consommations en France et en Bretagne de substances psychoactives

Consommation des usages de tabac à 17-18 ans en Bretagne et dans les autres régions françaises		
Garçons	Bretagne	Autres régions
Usage quotidien	47%	40%
Plus de 10 cigarettes par jour	18%	15%
Filles	Bretagne	Autres régions
Usage quotidien	47%	39%
Plus de 10 cigarettes par jour	16%	12%

Taux annuels départementaux standardisés de consommateurs de psychotropes selon la classe thérapeutique (2000)



Annexe 5

Trame d'entretien

Introduction

- Présenter la mission
- Redéfinition des termes (conduites addictives, pratiques addictives, dépendance, toxicomanie, accoutumance, etc.)

A] Description générale de la structure

I) Présentation de l'intervenant

1. Formation
2. Parcours professionnel
3. Rôle dans l'organisation

II) Présentation générale de la structure

1. Missions de la structure
2. Historique
3. Organisation
 - Statut (association, institut, etc.)
 - Structure / Organigramme
 - Personnel/ Moyens humains (bénévolat, etc.)
 - Budget / Moyens financiers
4. Actions menées
 - Principales campagnes
 - Comment sont-elles choisies ?
 - Quels sont les moyens affectés ?
 - Quels sont vos partenaires ?
 - Quelles sont vos actions de prévention ?
5. Projets menés
 - Choix
 - Méthodologie

- Axes de réflexion
- Identification de nouveaux problèmes

6. Evaluation

- Méthodes d'évaluation
- Résultats
- Indicateurs

B] Environnement / Contexte

I) La loi du 9 août 2004

1. Quels apports ?

- Affirmation du rôle de l'Etat : redéfinition des rôles ou confirmation ?
- Objectif : lutte contre la violence et conduites addictives
- Accent mis sur la prévention

2. Quelles faiblesses / lacunes ?

II) Les plans gouvernementaux

- Quelle articulation avec la loi ? Avec les missions de l'organisation ?
- Difficultés d'articulation
- Opportunités ou contraintes

Annexe 6

Le trouble addictif de Goodman

- A. Impossibilité de résister aux impulsions de réaliser ce type de comportement
- B. Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement
- C. Plaisir ou soulagement pendant sa durée
- D. Sensation de perte de contrôle pendant le comportement
- E. Présence d'au moins 5 des 9 critères suivants
 1. préoccupation fréquente du sujet du comportement ou de sa préparation
 2. intensité et durée des épisodes plus importantes que souhaitées à l'origine
 3. tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement
 4. temps important consacré à préparer et entreprendre les épisodes ou à s'en remettre
 5. survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiales ou sociales
 6. activité sociale, professionnelle ou récréative majeure sacrifiée du fait du comportement
 7. perpétuation du comportement bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou physique
 8. tolérance marquée : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité
 9. agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement
- F. Certains éléments du syndrome ont duré plus d'un mois ou se sont répétés pendant une période plus longue.

Annexe 7

Le niveau Régional : Organisation

