



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE
RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2001 –

**Consommation d'alcool et approche globale des
addictions
- L'exemple des Côtes d'Armor -**

– thème n° 28 –

Ce rapport de séminaire a été réalisé par un groupe de 10 élèves en formation initiale

Animateur/trice(s)

- PALICOT Jean-Claude***
- VINÇONT Laetitia***

Sommaire

1 L'EVOLUTION DES CONDUITES ADDICTIVES ET DE LEURS DIFFERENTES APPROCHES	5
1.1 Les pratiques addictives sont un problème de santé publique majeur	5
1.1.1 Les conséquences sanitaires et coût social des addictions	5
1.1.2 une réalité scientifique commune mais des représentations sociales variables ...	7
1.2 L'évolution des approches normatives des conduites addictives	8
1.2.1 Le passage d'une approche par produit à une approche par comportement : de la loi du 31 décembre 1970 au rapport Reynaud - Parquet - Lagrue	9
1.2.2 Le plan triennal 1999-2001 : concrétisation de la nouvelle approche globale	11
2 LA MISE EN OEUVRE DE L'APPROCHE GLOBALE DES ADDICTIONS DANS LES COTES D'ARMOR.....	13
2.1 L'adhésion des acteurs à la philosophie du plan triennal.....	14
2.1.1 Une meilleure cohérence entre les acteurs favorisant l'impulsion d'une dynamique locale.	14
2.1.2 L'évolution de la prévention et de la prise en charge du public cible	15
2.2 Enjeux et perspectives suscités par les difficultés d'application de la nouvelle démarche.	16
2.2.1 Les limites observées à l'application de la démarche globale.....	16
2.2.2 Les perspectives de cette nouvelle politique de lutte contre les addictions	18

ANNEXES

RESUME

PREAMBULE METHODOLOGIQUE

Le groupe, constitué de dix personnes de filières diverses, a découvert progressivement la notion d'addiction. La réponse apportée aux problèmes de toxicomanies ayant évolué ces dernières années, notre travail a consisté à mesurer cette évolution sur le terrain, en l'occurrence dans les Côtes d'Armor.

Nous devons prendre connaissance de l'ensemble des notions et des dispositifs existants, puis comprendre comment ces dispositifs sont mis en œuvre. Le travail a donc été organisé de la façon suivante :

- Lecture du dossier documentaire et des brochures : appropriation des connaissances et notamment étude des dispositifs avant 1999 et du plan triennal 1999-2001.
- Sélection et prise des rendez-vous suivants :

Institutions	Personnes rencontrées
Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) des Côtes d'Armor	Mme QUITANÇON, médecin inspecteur de santé publique (MISP) et chargée de projet addictions de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et Toxicomanies (MILDT) dans le département
Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA) de Saint-Brieuc	Dr PIETRE
Centre Hospitalier (CH) Yves Le Foll, unité d'alcoologie de liaison	Dr GUILLERY, médecin alcoologue
Mairie de Saint-Brieuc	Mme LEFUSTEC, chargée de prévention de la ville
Comité Départemental de Prévention de l'Alcoolisme (CDPA) des Côtes d'Armor	M. PASQUET, délégué départemental et Mme SOUBIGOU, animatrice de prévention
Service social de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM)	Mme MEE, responsable assistante sociale et Mme THEPAULT, assistante sociale
Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP)	M. DURAND, directeur
Mutualité Française	Mme ARHAN, animatrice
Les Alcooliques Anonymes	Yves, relations extérieures
Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) de Plouguernevel	Mme LAVOLEE, chargée de prévention
Education Nationale	Dr JAFFRES, responsable médecin scolaire, Mme LEGUYON, responsable infirmière et Mme AUGIER, responsable assistante sociale
Mutualité Sociale Agricole (MSA)	Dr GODON, responsable service médecine du travail
Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) de Bretagne, Rennes	Dr DEUGNIER, responsable du Programme Régional de Santé alcool et coordinatrice régionale de la MILDT

Centre d'Information et de Ressources sur les Drogues et les Dépendances sur les conduites addictives (CIRDD)	Mme PETIT, documentaliste
Gendarmerie de Saint-Brieuc (entretien téléphonique)	M. l'Adjudant SERVEL, formateur relais drogue
Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et Toxicomanies (MILDT)	Mme BELINGARD
Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT)	M. PALLE

- Elaboration de la grille d'entretien à partir du plan triennal et de ses déclinaisons en terme d'information, de formation, de prise en charge.
- Recherches bibliographiques à l'ENSP, au CIRDD et au service documentation de la DRASS de Rennes.
- Ebauche d'une trame de plan avec l'étude du dispositif national de lutte contre les addictions dans une première partie et étude de l'application sur le département des Côtes d'Armor dans une seconde.
- Entretiens en binôme sur Saint Brieuc, compte-rendu rédigé sur Servens pour les personnes du groupe n'ayant pas assisté aux entretiens.
- Mise en commun des données recueillies du 9 au 12 octobre 2001.
- Rédaction finale après harmonisation.
- Préparation de la restitution orale avec support écrit sur Powerpoint.

INTRODUCTION

« Alcool : pas besoin d'être ivre pour en mourir » : tel est le thème de la campagne de communication télévisée diffusée depuis le 1^{er} octobre pour informer sur les risques sanitaires liés à l'abus de boissons alcoolisées. Simultanément, M. Bernard Kouchner, Ministre délégué à la Santé, rendait public un Plan Action Alcool afin d'intensifier la prévention et le traitement des problèmes de santé liés à leur consommation. Chaque année, en France, l'alcool est en effet impliqué directement dans 23 000 décès, tout en étant la cause d'un tiers des accidents mortels de la circulation et de 10% à 20% des accidents du travail.

Si la France se place parmi les trois premières nations européennes en termes de consommation d'alcool pur par habitant, la Bretagne, et notamment les Côtes d'Armor, se situent au-dessus de la moyenne nationale. Dès 1841, Villermé et Benoiston de Châteauneuf soulignaient l'importance de la consommation d'alcool en Bretagne¹.

L'alcool n'est cependant qu'une des nombreuses substances psychoactives qui dégradent l'état de santé de la population française. Le tabac, les médicaments psychotropes, le cannabis, l'héroïne et les autres drogues composent, malgré leurs diverses représentations sociales, ce qu'il est désormais convenu d'appeler les « pratiques addictives » (1.1.)

Les persistances de forts taux de prévalence en matière d'alcool et de tabac, ainsi que l'évolution des modes de consommation ont conduit les pouvoirs publics à profondément modifier leur politique de lutte contre les addictions. Le Plan Triennal 1999-2001 élaboré par la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et Toxicomanies (MILDT) symbolise cette volonté de globaliser l'approche des pratiques addictives, en substituant une analyse par comportement à celle par produit (1.2.).

Ce plan a été favorablement accueilli par les acteurs de santé des Côtes d'Armor car il formalise des actions déjà entreprises, tout en permettant d'impulser un nouveau souffle à cette dynamique par le biais notamment d'une promotion du travail en réseau (2.1.).

Néanmoins, certains blocages entravent la bonne application de la philosophie du Plan Triennal. Il apparaît ainsi que la politique de lutte contre les addictions représente un enjeu majeur de société : outre la nécessité de maintenir la dynamique locale, les pouvoirs publics doivent être capables d'évaluer les politiques mises en œuvre (2.2).

¹ « Des sens grossiers auxquels il faut de forts excitants, une position pénible, dont l'oubli momentané aide à supporter les misères, telle est la double cause du goût ardent que montrent les classes pauvres pour les boissons fermentées ; et comme il y a en Bretagne peu de civilisation et beaucoup de pauvreté, il y a aussi parmi ses habitants un penchant irrésistible à boire et à s'enivrer », in *Rapport d'un voyage fait dans les cinq départements de Bretagne en 1840 et 1841* par MM. Benoiston de Châteauneuf et Villermé, membres de l'Académie des Sciences morales et politiques.

1. L'EVOLUTION DES CONDUITES ADDICTIVES ET DE LEURS DIFFERENTES APPROCHES

Les indicateurs sanitaires et sociaux soulignent l'importance du problème de santé publique posé par les substances psychoactives en France et en Bretagne, ce qui a conduit les pouvoirs publics à renouveler leur politique de lutte contre les conduites addictives.

1.1 Les pratiques addictives sont un problème de santé publique majeur

L'expression « pratiques addictives » recouvre les comportements d'utilisation pathologique de substances psychoactives qui se caractérisent par l'impossibilité de contrôler ce comportement et la poursuite de cette conduite malgré la connaissance de ses conséquences négatives (il convient donc de distinguer les addictions avec drogues des addictions sans produits, comme le jeu, les dérèglements alimentaires, etc.). Cette réalité scientifique se heurte parfois aux représentations sociales de certaines substances, comme notamment l'alcool.

1.1.1 Conséquences sanitaires et coût social des addictions

L'alcool, le tabac, les stupéfiants sont des drogues qui peuvent être classées en trois catégories selon leur toxicité sur le système nerveux central : les perturbateurs (cannabis, LSD, PCP...), les stimulants (cocaïne, amphétamines, nicotine...), les dépresseurs (alcool, barbituriques, opiacés, solvants et produits volatiles...). L'évolution des connaissances en matière de toxicologie ont permis de montrer que les effets de ces différents produits ne sont pas foncièrement différents. C'est pourquoi est apparue la notion de « produits psychoactifs » qui regroupe ces trois catégories de produits.

La principale cause de surmortalité en Bretagne, et en particulier dans les Côtes d'Armor, au regard de la moyenne française est liée à la consommation d'alcool. Les taux de mortalité, aussi bien pour les hommes que pour les femmes, sont beaucoup plus élevés dans les Côtes d'Armor qu'en France : 154 % plus élevés pour les hommes, 123 % plus élevé pour les femmes. On remarque entre 1988-1990 et 1995-1997 un tassement, voire une baisse de certains types de mortalité chez les hommes (telles que la cirrhose du foie ou les psychoses alcooliques et surtout des cancers des VADS). Le même mouvement est observable chez les femmes, sauf en ce qui concerne les cancers qui sont en légère progression.

Ainsi, bien que la Bretagne soit souvent citée comme ayant une forte consommation alcoolique, la façon d'appréhender l'alcool est en train de changer dans cette région. En parallèle, d'autres addictions telles que le tabac ou les stupéfiants émergent. Pour celles-ci, la mortalité

bretonne ne diffère pas sensiblement des résultats nationaux. La mortalité liée à la consommation de tabac est comparable avec, toutefois, une survenue plus fréquente tant chez les hommes que chez les femmes. En ce qui concerne la toxicomanie, on remarque une augmentation importante sur la décennie écoulée (+ 80% entre 94 et 97), ainsi qu'une hausse des interpellations. On constate donc un phénomène de rattrapage puisque l'accroissement des taux est plus élevé en Bretagne qu'en France.

Ces phénomènes, ainsi que le développement de la polyconsommation conduisent à prendre en compte l'ensemble des problèmes de santé liés à l'addiction.

En terme de coût social, l'alcool est la drogue qui impose le coût le plus élevé à la France (1,42% du PIB), soit une dépense par tête de 1 966 F par an. Cela représente plus de la moitié du coût social imposé par les drogues à la collectivité. Il s'agit, notamment, des pertes de productivité dues à la morbidité précoce et à l'incarcération, associées aux indemnisations en cas d'accidents, mais également aux dépenses de santé (hospitalisation, consultations hospitalières et médecine de ville). S'ajoutent à ces dépenses les pertes en prélèvements obligatoires de l'Etat et les sommes liées à la politique de prévention. En comparaison, le tabac engendre un coût social de 0,8% du PIB et 1 520 F par tête dont 57% sont des pertes du fait de la productivité. Les drogues illicites représentent un coût de 111 F par tête ce qui correspond à 0,16% du PIB.

Mais il faut noter que la plupart des chiffres sous-estiment le coût social de l'alcool dans la mesure où les crimes et violences associés à la consommation d'alcool ne sont pas pris en compte de manière exhaustive.

Le coût social total est estimé à 218 milliards de francs soit 2,7 % du PIB.

Coûts sociaux de la consommation de substances psychoactives (en millions de F, 1997)

	Alcool		Tabac		Drogues illicites		Total	
	Rang	Coût	Rang	Coût	Rang	Coût	Rang	coût
Coût direct des soins	3	18 421,76	2	19 505,70	3	1524,51	2	49 919,97
Coût direct de la prévention et de la recherche	5	3 675,60	4	18,50	4	948,88	5	4 642,98
Coût direct de la mise en œuvre de la loi	6	367,36			2	3 911,46	6	4 278,82
Coût direct des pertes de prélèvements obligatoires	4	12 280,53	3	11 806,30	5	866,24	3	24 953,07
Autres coûts directs imputables	2	23 120,00	5	11,70			4	23 131,70
Coûts indirects des pertes de revenu et de production	1	57 555,66	1	50 446,70	1	6 099,19	1	114 101,55
Total	1	115 420,91	2	65 153,20	3	13 350,28		218 028,09

Source : actualité et dossier en santé publique, n°33, décembre 2000

Le tableau ci-dessus montre donc que la substance psychoactive la plus coûteuse pour la société est l'alcool, suivi du tabac, les drogues illicites n'étant qu'au troisième rang.

La représentation sociale de la dangerosité de ces produits est pourtant totalement inverse.

1.1.2 Une réalité scientifique commune mais des représentations sociales variables

La représentation sociale de ces produits, très différente, rend difficile la globalisation de la prise en charge des addictions.

L'alcool et le tabac, qui engendrent une grande dépendance, ne revêtent pas la même image négative que les autres drogues. A l'inverse des drogues dites « dures », pénalement sanctionnées et dont l'usage est considéré comme un comportement de marginalisation, les médicaments psychotropes, le tabac et à plus forte raison l'alcool, échappent à une telle stigmatisation sociale.

La France est en effet un pays qui, historiquement, s'est toujours illustrée par une forte production et consommation d'alcool. Malgré une tendance à la baisse de cette dernière, la France se classait en 1996 parmi les trois premiers pays de l'Union Européenne. En outre, la boisson alcoolisée est un produit expérimenté par la quasi totalité des français puisque, en 1996, 95 % des adultes de 18 à 75 ans déclarent avoir consommé de l'alcool dans leur vie et 71 % dans la semaine (Baromètre Nutrition adultes 96, CFES). Une telle consommation, à la fois élevée et répandue, s'explique par la perception de l'alcool comme un rite social, un facteur nécessaire à la convivialité, et non comme une drogue. L'alcool, et notamment le vin, est ainsi une composante incontournable de la culture française : « le vin est senti par la nation française comme un bien qui lui est propre... Savoir boire est une technique nationale qui sert à qualifier le français »². Le vin est d'autant mieux accepté qu'il a longtemps été paré de vertus sanitaires. Le mot de Pasteur : le vin « boisson la plus saine et la plus hygiénique des boissons »³ est souvent cité. L'imaginaire populaire n'a gardé que cette phrase, en occultant la mise en garde de Pasteur sur les effets néfastes : « plus un vin est riche en alcool, plus il s'éloigne des qualités requises que l'on recherche dans les vins de table et plus en est restreinte la consommation ». Une telle représentation sociale rend donc ardue toute politique de santé publique qui vise l'alcool, tant les préjugés culturels restent prégnants.

Le tabac jouit également, bien qu'à un niveau moindre que l'alcool, d'un statut privilégié dans sa représentation sociale, d'autant plus qu'il n'est visible que par ses conséquences sanitaires. Pour les adolescents, la cigarette reste associée à un plaisir, l'affirmation de la personnalité ou à un comportement mimétique vis à vis d'autres personnes, et non à des effets néfastes pour la santé. 50 % des lycéens déclarent fumer, dont les deux tiers régulièrement. La communication des manufacturiers de cigarettes contribue pour beaucoup dans la persistance de cette représentation chez les adolescents. Pour lutter contre ces préjugés, le CFES a lancé, en octobre 2001, une

² Roland Barthes, *Mythologies*

³ « Etudes sur le vin, ses maladies. Causes qui les provoquent. Nouveaux procédés pour le conserver et le vieillir », 1866. Pasteur commençait en effet à découvrir les effets des microbes et que l'eau de table était alors très souvent

campagne informative très agressive.

Ces diverses représentations sociales, notamment à l'égard des « drogues douces » dont le cannabis, font de la politique française de lutte contre les drogues un enjeu de société. La loi du 31 décembre 1970 interdit tout usage de drogue et soumet le contrevenant à des poursuites pénales. Or, malgré le caractère illicite du cannabis, les rapports scientifiques soulignent sa faible dangerosité, et son usage de plus en plus répandu (un tiers des jeunes de 15 à 19 ans déclarent en avoir consommé). En pratique aujourd'hui, l'usager de cannabis est rarement poursuivi. Cependant, cette inadéquation entre le discours officiel et la réalité suscite toujours de vives polémiques. Ainsi, le 17 septembre 2001, un substitut du procureur déclarait, dans le journal « L'Indépendant », que les procédures pour simple usage de cannabis sont systématiquement classées sans suite. Il fut ensuite contredit par le procureur, avant que ce dernier ne le décharge de toute affaire de drogue. Le syndicat de la magistrature souligne un autre effet pervers de ces pratiques judiciaires : « en ce qui concerne la consommation de cannabis, la justice est devenue inéquitable : ici, pour 10 grammes, on est poursuivi ; là, pour 50 grammes, rien ne se passe ». L'hypocrisie de la législation et l'inégalité des citoyens devant son application font de la lutte contre les drogues « douces » un véritable enjeu de société, qui conviendrait d'être débattu, comme ce fut le cas aux Pays-Bas.

Dans ce pays, le rapport Baan de 1972 définit une politique du « risque acceptable ». Les auteurs de ce rapport insistent sur le fait que toute substance peut être une drogue dans certaines conditions et anodine dans d'autres. Derrière ce raisonnement relatif à l'usage de substances « à risque acceptable » se profile l'hypothèse selon laquelle ce serait justement le cas des drogues « douces ». L'usage de celles-ci ne devrait donc pas être poursuivi pénalement avec la même sévérité que pour les drogues « dures » « à risque inacceptable ». Un amendement de 1976 de la loi sur l'opium officialise cette distinction en dépénalisant l'usage personnel de cannabis. Un rapport de décembre 2000 de l'OFDT, « Politiques et expérimentations sur les drogues aux Pays-Bas » ne permet pas de conclure que le système sanitaire néerlandais, considéré comme plus permissif que son équivalent français, est plus performant, ou moins efficace, en termes d'indicateurs sanitaires et sociaux. Les auteurs soulignent en effet l'incertitude quant à l'existence d'une corrélation entre le nombre d'usagers de drogues « douces » et le cadre législatif. Même si le débat reste encore ouvert sur les vertus du système hollandais de lutte contre les drogues, la société néerlandaise s'est interrogée sur ses représentations des drogues dites douces. Ce débat n'est que très récent en France, puisqu'il doit notamment son émergence à la publication du rapport Roques en 1998.

1.2 L'évolution des approches normatives des conduites addictives

Face à ces enjeux sanitaires majeurs, les pouvoirs publics ont profondément modifié leur politique de lutte contre les addictions.

1.2.1 *Le passage d'une approche par produit à une approche par comportement : de la loi du 31 décembre 1970 au rapport Reynaud – Parquet – Lagrue*⁴

La volonté de lutter contre l'alcoolisme, la toxicomanie et autres dépendances n'est pas récente : la loi du 23 janvier 1873 réprime l'ivresse publique, la conférence internationale de La Haye de 1912 liste les « drogues nuisibles » qui doivent être soumises à un contrôle, etc. Cependant, les principaux textes précédant le plan Triennal de 1999 et la refonte du Code de la Santé publique de 2000, sont dispersés : Code de la Santé Publique, Code des débits de boissons, réglementation des substances vénéneuses, loi sur le dopage, etc.

Selon la nature des produits, quatre types de réponse peuvent être apportés aux problèmes de la drogue :

- ✓ La prohibition, interdiction générale et absolue de production et de possession, qui s'accompagne d'une répression sévère. C'est la réponse actuelle aux stupéfiants ;
- ✓ La politique de réduction des risques, plus pragmatique, qui prévoit un contrôle médical des usagers. Elle est apparue en France dans le but de prévenir l'extension du SIDA chez les toxicomanes et de favoriser leur traitement ;
- ✓ La dépénalisation, qui repose sur l'idée que le droit pénal n'est pas une réponse adaptée à la drogue. Le débat à propos du cannabis a déjà été évoqué plus haut ;
- ✓ La légalisation contrôlée, qui vise à réglementer la production, la distribution et l'usage afin de limiter les abus de consommation préjudiciables. En France, elle concerne le tabac, l'alcool et les médicaments.

Globalement, la politique publique de lutte contre la drogue s'appuie sur deux types de dispositifs : les dispositifs sanitaires et sociaux d'une part, les dispositifs chargés de faire appliquer la loi d'autre part. Dans les deux cas, l'approche par produit a été la règle.

En ce qui concerne le champ sanitaire, la prise en charge s'est rapidement spécialisée : les centres d'hygiène alimentaire (CHAA) ont été créés en 1970 pour les alcooliques, la prise en charge spécialisée des toxicomanes a été encadrée par des circulaires de 1972.

Quant au champ répressif, les produits sont distingués selon leur statut licite ou illicite : la loi du 31 décembre 1970 vise les drogues illicites, pour lesquelles la répression du trafic a été renforcée à

⁴ Cf. en annexe le tableau chronologique des principaux textes relatifs à la lutte contre la drogue et la toxicomanie.

plusieurs reprises⁵. La répression des infractions de conduite en état alcoolique occupe cependant une place non négligeable dans l'activité des services de police et de gendarmerie.

La prévention a également été distinguée selon les produits. Concernant les drogues illicites, elle a été intégrée dans le dispositif lors de la création de la Mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie (MILT) en 1982. Concernant l'alcoolisme, le rapport du professeur Jean Bernard de 1980, dans un souci de prévention et d'éducation, a conduit à la création d'un comité interministériel de lutte contre l'alcoolisme et à l'élargissement des missions des CHAA. A contrario, il faut souligner que la politique de prévention de l'Education Nationale a concerné dès le départ l'ensemble des conduites à risque.

La tendance générale en matière de drogues a donc été marquée par une spécialisation qui a rendu le dispositif particulièrement complexe. Le régime des stupéfiants se caractérise par une dualité entre répression (renforcée à plusieurs reprises) et santé publique (politique de réduction des risques). En matière d'alcool et de tabac, leur statut licite entraîne une réglementation contrôlée, mais soumise à des obstacles économiques et socioculturels, comme en témoigne la loi Evin du 10 janvier 1991 relative à la publicité de l'alcool et du tabac, qui a été assouplie à plusieurs reprises dans les années suivantes. Quant aux médicaments psychotropes, ils soulèvent des problèmes encore plus épineux dans la mesure où il s'agit de drogues utilitaires⁶, composées d'un grand nombre de substances aux effets différents.

Trois rapports sont venus remettre en cause cette approche des addictions basée sur les produits et qui a conduit à fragmenter les dispositifs.

Le rapport Rogues de 1998 invalide scientifiquement la dichotomie traditionnelle entre substances licites et substances illicites. Il classifie les drogues en fonction de la dépendance physique, la dangerosité sociale et la toxicité générale (nombre de consommateurs).

	HEROÏNE	COCAÏNE	ECSTASY (MDMA)	PSYCHO-STIMULANTS	ALCOOL	BENZO-DIAZEPINES	CANNABINOÏDES	TABAC
DEPENDANCE PHYSIQUE	très forte	faible	très faible	faible	très forte	moyenne	faible	forte
DEPENDANCE PSYCHIQUE	très forte	forte mais intermittente	?	moyenne	très forte	forte	faible	très forte
NEURO-TOXICITE	faible	forte	très forte (?)	forte	forte	0	0	0
TOXICITE GENERALE	forte	forte	éventuellement très forte	forte	forte	très faible	très faible	très forte
DANGEROUSITE SOCIALE	très forte	très forte	faible (?)	faible	forte	faible	faible	0
TRAITEMENTS SUBSTITUTIFS EXISTANTS	OUI	OUI	NON	NON	OUI	NON RECHERCHE	NON RECHERCHE	OUI

⁵ Le trafic de stupéfiants en bande organisée est aujourd'hui l'infraction la plus sévèrement réprimée du droit français, plus que le crime contre l'humanité.

⁶ Les frontières entre les produits utilitaires et les produits « de confort » est parfois floue ; la politique de substitution en matière de toxicomanie complique encore le problème de pharmacodépendance.

Le rapport propose alors la classification suivante, par dangerosité décroissante :

- ✓ Héroïne, cocaïne, alcool
- ✓ Psychostimulants, hallucinogènes, tabac, benzodiazépines
- ✓ Cannabis.

Le rapport Reynaud – Parquet – Lagrue de 2000 insiste quant à lui sur deux notions :

- ✓ Il faut substituer à l'approche par produit, qui a perdu sa pertinence, une approche par comportement : outre le développement de la polyconsommation, toutes les substances visées ont la même conséquence potentielle : la dépendance.
- ✓ Il convient de distinguer les concepts d'usage, d'usage nocif et de dépendance afin de promouvoir une politique réaliste adaptée à chaque type de comportement. Selon que l'on considère l'usage comme seulement une conduite à risque, l'objet de la prévention concernera ses conséquences dommageables. D'un autre côté, la loi de 1970 considère déjà l'usage comme une pathologie. En matière de prévention, il existe donc 3 choix : prévenir la rencontre de la personne avec le produit ; prévenir les complications d'usage ; prévenir le passage de l'usage à la dépendance.

Le rapport souligne en outre quatre carences majeures du système français : un cloisonnement étanche entre les dispositifs de prise en charge ; des difficultés d'accès précoce, ce qui ne permet pas d'aider les personnes en phase d'abus non encore dépendantes ; l'absence de prise en compte de nouvelles formes de toxicomanies, notamment l'ecstasy ; une carence de la compétence médicale en matière d'addictions.

Ces deux rapports scientifiques ont entériné une évolution qu'on retrouve également dans le vocabulaire : au lieu de parler de l'alcool, du tabac, des drogues illicites de manière distincte, on parle d' « addiction » et de « substances psychoactives », termes qui recouvrent de manière globale tous ces produits qui ont « une voie biologique commune » (rapport Parquet).

Enfin, le rapport de la Cour des comptes de 1998 a porté un jugement critique sur l'organisation des dispositifs en la matière. Il a ainsi recommandé de clarifier et harmoniser les rôles des divers acteurs, et de confirmer le rôle de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies (MILDT), issue en 1996 de la fusion entre la MILT et de la mission interministérielle de lutte contre l'alcoolisme.

1.2.2 Le plan triennal 1999-2001 : concrétisation de la nouvelle approche globale

Le plan triennal 1999-2001 relatif à la lutte contre la drogue et à la prévention des dépendances, élaboré par la MILDT et approuvé par le Gouvernement lors du Comité Interministériel le 16 juin 1999, privilégie désormais une approche par comportement des substances psychoactives à une approche par produits autrefois adoptée.

Selon Nicole MAESTRACCI, présidente de la MILDT, ce plan définit " une démarche globale et pragmatique tout en rappelant l'interdit, il se fixe comme objectif, non pas de supprimer toute consommation de produits psychoactifs, mais de réduire de façon significative les risques humains, sanitaires et sociaux de leurs usages ".

Le plan triennal « fixe des orientations claires et cohérentes, dans lesquelles chacun puisse se reconnaître, au delà de la diversité des approches et des cultures professionnelles ». Ces orientations du plan triennal sont réparties en huit objectifs ou pistes de réflexion et d'expérimentation :

- ✓ **Connaître, savoir et comprendre** : L'objectif est d'améliorer le dispositif de recherche et de connaissance afin de fonder les politiques publiques sur des connaissances scientifiques validées. Il s'agit de construire un dispositif d'enquêtes épidémiologiques régulières, de structurer la recherche, notamment dans les disciplines où elle est peu développée, de créer un observatoire en temps réel des nouvelles tendances de consommation et de nouveaux produits, et enfin de réorganiser l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) pour qu'il devienne l'organisme de référence pour toutes les activités de recherche.
- ✓ **Communiquer et informer en créant une culture de référence fiable sur la drogue** : Le but est de mettre à disposition du grand public, mais aussi des professionnels non spécialisés, une information scientifiquement validée, afin de créer une culture commune de base autour des questions de consommation de produits psychoactifs, et d'encourager une prévention de proximité pérenne.
- ✓ **Systématiser la prévention et élargir son champ tout en rappelant les interdits posés par la loi** : Le plan triennal donne la priorité à la prévention en direction des jeunes en généralisant les programmes de prévention dans les établissements scolaires et plus largement dans tous les lieux fréquentés par les jeunes. La finalité d'une telle prévention est de professionnaliser les acteurs chargés d'informer les jeunes sur les produits psychoactifs, licites ou illicites et ainsi de leur apprendre à distinguer usage occasionnel, nocif et dépendance tout en intégrant les questions concernant les risques pour la santé et celles relatives à l'application de la loi. Le Directeur d'Etablissement Social doit s'associer à cette démarche d'éducation dans sa structure lorsqu'elle accueille des jeunes (foyers de l'enfance...).
- ✓ **Harmoniser les connaissances des différents acteurs : une véritable politique de formation initiale et continue** : La mise en place de formations ciblées doit permettre d'élaborer une culture commune à tous les professionnels, spécialisés ou non, intervenant dans le domaine des drogues et dépendances ou plus largement auprès des jeunes.

- ✓ **Accueillir, orienter, soigner et insérer les usagers de produits psychoactifs** : L'amélioration de l'offre de soins doit permettre de réorienter le dispositif de soins pour qu'il réponde mieux aux besoins des consommateurs de produits dont le profil a largement évolué par la prise en charge précoce des consommateurs abusifs de multiples produits ainsi que par un meilleur suivi des personnes en difficulté avec l'alcool et le tabac. Enfin, il demeure essentiel que la politique de réduction des risques à destination des usagers les plus marginalisés soit poursuivie et développée.
- ✓ **Appliquer la loi et renforcer la répression du trafic** : L'effort de répression du trafic international et l'adaptation du dispositif de contrôle juridique et administratif aux nouvelles drogues de synthèse doivent être améliorés en vue de renforcer la lutte contre le trafic local, source d'économie souterraine, notamment en utilisant les outils procéduraux prévus par certaines dispositions de la loi du 13 mai 1996 sur le "proxénétisme de la drogue".
- ✓ **Coordonner au plan national et local** : Au plan national, la mission de la MILDT doit être inscrite dans la durée en lui permettant de devenir un lieu de référence et d'élaboration du travail interministériel. Au plan local, la circulaire du Premier Ministre du 13 septembre 1999 sur l'organisation départementale de la lutte contre la drogue et de la prévention des dépendances, doit être synonyme de renforcement du rôle de programmation et d'impulsion des chefs de projet départementaux.
- ✓ **Développer la coopération internationale** : L'objectif est de rééquilibrer et surtout de mieux coordonner les actions de réduction de l'offre et de la demande afin qu'elles s'intègrent dans une approche globale. Le renforcement de la coordination des actions de coopération internationale doit conduire une politique de réduction des risques, dans les pays où les toxicomanes sont particulièrement touchés par le VIH.

Le plan triennal a été adopté le 16 juin 1999, et a témoigné d'une volonté de l'Etat de donner une nouvelle forme et une nouvelle légitimité à la lutte contre les addictions. Trois ans après son entrée en vigueur, comment les acteurs des Côtes d'Armor se sont appropriés cette nouvelle approche ?

2 LA MISE EN OEUVRE DE L'APPROCHE GLOBALE DES ADDICTIONS DANS LES COTES D'ARMOR

Si Nicole MAESTRACCI a précisé que le plan triennal n'apportait aucune mesure nouvelle, il nécessite tout de même une modification des pratiques de terrain afin de pouvoir construire une culture et des objectifs communs.

Les rencontres faites avec les principales personnes concernées par l'addiction dans les Côtes d'Armor ont permis d'analyser la mise en œuvre du plan dans ce département.

2.1 L'adhésion des acteurs à la philosophie du plan triennal

Dans les Côtes d'Armor, le plan triennal a permis une meilleure cohérence entre les différents acteurs de terrain qui a favorisé l'impulsion d'une dynamique locale et l'évolution tant de la prévention que de la prise en charge des publics.

2.1.1 Une meilleure cohérence entre les acteurs favorisant l'impulsion d'une dynamique locale

Dans les Côtes d'Armor, le Préfet a désigné Mme QUITANÇON, Médecin Inspecteur de Santé Publique (MISP) de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) comme chef de projet départemental. Selon elle, les chefs de projet, lorsqu'ils sont MISP ou Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales (IASS), peuvent jouer d'autant mieux leur rôle de coordination et d'animation « qu'ils n'ont pas d'enjeux sur le terrain et apparaissent donc comme neutres ». La DDASS n'est effectivement pas acteur direct de la prise en charge des personnes ayant des conduites addictives. Elle peut alors, légitimée par son rôle de garant de la politique de l'Etat, jouer pleinement cette fonction de coordination (même si sa neutralité est limitée par sa position de financeur).

La constitution d'un comité de pilotage réunissant tous les acteurs impliqués dans la lutte contre les addictions a développé « l'interculturalité ». Le cadre stratégique et les grandes orientations sont définis par ce comité qui représente tous les secteurs géographiques (zones rurales et zones urbaines), tous les champs d'intervention (préventif, curatif), et tous les modes d'intervention (associatif, administratif, répressif, sanitaire et social...).

Le Comité Départemental de Prévention de l'Alcoolisme (CDPA) et le service social de la Direction Départementale de l'Équipement (DDE) ont par ailleurs élaboré un guide des structures ressources en Alcoologie, proposé à 500 médecins du département.

Cette meilleure connaissance mutuelle des acteurs a favorisé l'approche globale de la personne exposée au risque et du patient en tenant compte d'un environnement avec un impact sur le comportement de l'individu. La prévention et la prise en charge ne relèvent plus d'un seul praticien pour un seul produit mais impliquent bien l'intervention de plusieurs acteurs à divers niveaux, ce qui légitime la création de réseaux.

Autour de Saint-Brieuc, plusieurs réseaux ont effectivement émergé. Ainsi le RAPA (Réseau Alcool Prévention et Aide), créé à l'initiative conjointe des assistantes sociales de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) et du Conseil Général, met en relation les différents

acteurs susceptibles d'apporter une aide à la personne consommatrice ou exposée. Ce réseau a pour triple objectif d'échanger entre professionnels et bénévoles pour mieux identifier leur champ de compétences et d'intervention, d'instaurer des liens de collaboration avec des structures ressources (Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA) de Lannion) et de définir des axes de travail dans le but d'améliorer la pratique de chaque acteur (le CDPA a dispensé une formation aux membres du réseau).

La création d'un autre réseau sur le pays de Saint-Brieuc est actuellement en projet. L'idée est de rassembler un groupe d'individus afin d'établir un dynamisme en rapport à l'addiction. Ce réseau associera l'établissement « L'Envol » (comportant 10 places pour toxicomanes), le Centre Hospitalier (CH) Yves Le Foll, le CCAA, l'association Saint-Brieuc sans tabac, ainsi que les médecins libéraux. Son objectif est de donner plus de cohérence à la prise en charge des patients dans les projets thérapeutiques, d'adopter une philosophie commune et des pratiques homogènes. En ce qui concerne l'alcool, le patient est orienté vers le réseau ou vers une structure adaptée après une consultation dans l'unité d'alcoologie de l'hôpital.

Au Centre Hospitalier Général de Saint-Brieuc, une équipe de liaison a été créée à l'initiative du chef de service de l'unité de gastro-entérologie. Elle est dirigée par le Dr GUILLERY, médecin généraliste ayant une formation en addictologie. Les consultations sont également assurées par des médecins vacataires dont celui du CCAA. Une convention est passée entre l'équipe de liaison et le Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) de Plouguernevel, ce qui permet l'intervention de deux psychiatres, un psychologue, et d'infirmières. Cette unité a pour mission d'assurer des consultations internes et externes, de pratiquer le sevrage en hospitalisation et de permettre une orientation adaptée à la suite d'un court séjour aux urgences. L'Infirmière Générale, en partenariat avec l'équipe de direction, est un axe moteur de changement du comportement des personnels soignants. Par le biais des équipes de liaison, une culture commune inter services, ouverte sur l'extérieur et légitimée par des formations, favorisera une meilleure prise en charge.

Les orientations du plan triennal ont formalisé des projets qui étaient déjà présents dans les esprits des acteurs. Elles ont ainsi permis de donner un cadre légitime à des actions préexistantes et de leur impulser une dynamique. Par ailleurs de nouveaux acteurs ont adhéré facilement au dispositif, comme par exemple le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP), qui dès l'année 2000 a signé 5 conventions, dont une avec le CHS de Plouguernevel pour la prise en charge des individus condamnés à des peines de moins d'un an, et assurer des groupes de paroles. Une autre convention a été passée avec le CDPA afin de donner des informations sur la sécurité routière dans le cadre d'un travail d'intérêt général. Le CHS de Plouguernevel intervient, par le biais de conventions auprès de multiples partenaires : avec l'Education Nationale pour toucher un public jeune (réseau des collèves) ; avec les élus locaux, pour toucher la population rurale (réseau Santé Loudéac) ; avec les entreprises privées pour atteindre le secteur salarial.

La nécessité d'une culture commune a fait apparaître un besoin de formation pour tous les acteurs. Ainsi la Mutualité Française intervient dans le cadre de la prévention des conduites à risques, surtout auprès d'un public de jeunes. C'est pourquoi elle a mis en place divers modules : prévention des conduites à risques, accompagnement, méthodologie et projet. Le CHS de Plouguernevel a développé son programme de formation envers les professionnels de santé. Enfin, l'unité de liaison d'alcoologie a une mission de formation envers les soignants hospitaliers, activité non encore développée.

2.1.2 L'évolution de la prévention et de la prise en charge du public cible

Si les divers partenaires s'accordent pour harmoniser les pratiques et apporter une cohérence et un sens à leur activité, la prise en charge des individus reste néanmoins personnalisée. La création d'une maison des addictions à Saint-Brieuc est en projet. Il s'agit de s'adresser sur un même lieu à des personnes ayant des pratiques addictives différentes (toxicomanie, alcool, tabac), par les professionnels concernés. L'association de la population alcoolo/tabagique avec celle des toxicomanes ne semble pas réalisable, les représentations sociales et les prises en charge restant différentes. De même, les associations telles que les Alcooliques Anonymes, ne peuvent intégrer à leurs groupes de parole que des alcooliques. Néanmoins, le fait que toutes les addictions soient traitées d'un même point de vue comportemental reste positif.

Il est primordial que chaque individu soit reconnu comme entité dépendante, afin d'adhérer à sa prise en charge. La notion de contrat devient émergente. La Mutualité Sociale Agricole (MSA) a mis en place, vis à vis des salariés agricoles faisant une démarche de soins, un contrat employeur/salarié, qui leur garantit le retour sur leurs postes de travail après les soins.

Le plan triennal a opéré un changement de comportement radical concernant la communication par le biais des médias et des outils technologiques, tel l'Internet. Le message passé aux jeunes est plus réaliste, plus crédible (application des principes du rapport Roques) qu'auparavant.

La prévention a été systématisée dans les Côtes d'Armor à l'égard des jeunes. Un des outils majeurs de cette politique de prévention est le programme « ACAPULCO » (**A**lternative aux **C**onduites **A**ddictives et **P**révention de l'**U**sage de l'**a**l**C**ool) réalisé auprès des jeunes de 13 à 16 ans par le CDPA de Saint-Brieuc, en lien avec la CPAM et l'Inspection Académique. Il s'agit de permettre aux adolescents de se construire des comportements adaptés, favorables à leur santé, face aux produits psychotropes. La prévention passe également par une amélioration de la communication et de l'écoute entre jeunes et adultes. A cet effet, une permanence d'écoute hebdomadaire est animée par des jeunes et des adultes relais, au centre de formation d'Armor-

Pommerit-Jaudy. Enfin, il importe de former l'ensemble des acteurs intervenant auprès des jeunes. Ainsi le conseil communal de prévention de la délinquance de la ville de Lannion, en partenariat avec le CDPA et la Mutualité Française a organisé une journée de formation pour toute personne en situation de responsabilité éducative ainsi que les parents, associations et élus.

Si le plan triennal a effectivement engendré une évolution des mentalités et des pratiques, cette évolution n'est pas achevée et doit continuer à être soutenue par les pouvoirs publics.

2.2 Enjeux et perspectives suscités par les difficultés d'application de la nouvelle démarche

Si les acteurs ont adhéré assez rapidement à la logique et au souffle nouveau insufflés par le plan triennal, des difficultés d'application de la démarche en Côtes d'Armor persistent, qui laissent toutefois entrevoir de multiples perspectives pour une meilleure prise en charge des polyconsommateurs.

2.2.1 Les limites observées à l'application de la démarche globale

Les changements d'idées et de pratiques apportés par le plan triennal connaissent des limites liées à la persistance de blocages, à des moyens insuffisants et à une prise en charge encore inégalitaire.

✓ La persistance de blocages

Des logiques contradictoires entre les acteurs et un cloisonnement entre les institutions contribuent au blocage. Bien que les acteurs partagent des valeurs communes dans la lutte contre les toxicomanies, ils restent néanmoins soumis à des logiques contradictoires, à une culture propre. Ainsi, les gendarmes, du fait de leurs missions, assurent la répression. Ils agissent sur la réduction de l'offre de produits stupéfiants. A titre d'illustration, l'adjudant SERVEL n'intervient en matière de prévention qu'à titre bénévole, en dehors de ses fonctions de gendarme. De même, les procureurs, malgré une circulaire de 1987⁷, n'appliquent que très partiellement l'injonction thérapeutique.

La coordination entre les différents acteurs intervenant dans la prévention et la lutte contre les drogues et les toxicomanies se heurte parfois au cloisonnement de certaines institutions. Actuellement la médecine du travail de la MSA n'applique les programmes de prévention qu'aux

⁷ La circulaire Justice-Santé du 12 mai 1987 prévoit en effet que « les usagers occasionnels, s'ils sont bien insérés, doivent faire l'objet d'un simple avertissement. Pour les usagers d'habitude, la circulaire recommande le recours à l'injonction thérapeutique ou aux poursuites ».

salariés agricoles, en excluant les exploitants. Néanmoins, un projet va permettre de les intégrer dans un dispositif de dépistage de l'alcool.

✓ *La dynamique nouvelle doit être soutenue par une organisation efficiente et des moyens suffisants.*

De nombreux acteurs rencontrés ont souligné le problème de financement qui est souvent tardif, non pérenne et dispersé. Ainsi, le CDPA estime que la multiplicité des financeurs peut conduire à un manque de lisibilité. De même, le Dr GUILLERY regrette que le projet de maison des addictions, bien que finalisé, soit en attente de financement. Cette attente risque de rompre le dynamisme actuel.

On peut également relever un décalage temporel. Les actions nécessitent plus de trois ans pour se mettre en œuvre, puisqu'il s'agit d'intervenir sur les mentalités et les comportements. Pour un certain nombre de personnes rencontrées, notre étude semblait arriver trop tôt. Certaines mesures préconisées par le plan triennal 1999-2001 commencent en effet juste à se mettre en place. Ainsi, les assistantes sociales du service social de la CRAM suivent actuellement une formation commune avec d'autres professionnels.

La formation des acteurs semble encore imparfaite au regard du peu de professionnels formés au Diplôme Universitaire d'Alcoologie, destiné uniquement aux spécialistes, négligeant les médecins généralistes, pourtant pierre angulaire du dépistage des conduites addictives. Il semble en effet que certains se retranchent derrière la prescription médicamenteuse en occultant la conduite addictive de l'utilisateur. Les médecins généralistes doivent donc s'associer pleinement au dispositif existant pour une meilleure prise en charge des malades, leur formation ne leur dispensant pas une compétence particulière dans ce domaine.

✓ *Une prise en charge encore inégale*

Malgré le dispositif sanitaire et social existant, les Côtes d'Armor présentent des différences de prise en charge selon que le malade réside en zone urbaine ou rurale. En effet, les services de soins étant situés en milieu urbain, le malade est contraint de se déplacer à maintes reprises pour son suivi médical. Par exemple, si le CH de Saint-Brieuc bénéficie d'un rayonnement lui permettant d'atteindre la population rurale, il n'est pas dans la tradition hospitalière d'aller vers la personne. Ceci devrait cependant se modifier avec le développement des équipes de liaison.

A l'inverse, en matière de prévention, les acteurs n'hésitent pas à couvrir tout le département et donc aucune inégalité de traitement n'est à relever dans ce domaine. Le CDPA intervient en effet autant dans les lycées agricoles que dans les autres lycées.

Par ailleurs, la démarche par comportements n'est pas totalement assimilée : la démarche par produits reste encore utilisée dans la prise en charge des malades. En effet, dans le département des Côtes d'Armor, les efforts sont concentrés principalement sur la prévention et la lutte contre l'alcoolisme, les autres addictions n'étant que rarement appréhendées simultanément, en raison

de la spécialisation des acteurs de terrain. Le seul véritable révélateur de ces autres pratiques addictives (tabac, toxicomanie) est le bilan annuel (pour les personnes en situation de précarité) ou quinquennal (pour les autres) réalisé par le centre d'examen de santé de la CPAM. Seul le curatif est alors possible, les comportements n'ayant pu faire l'objet de prévention.

Enfin, les campagnes de communication en matière de prévention peuvent parfois constituer un danger en raison de leur caractère contradictoire. Certaines prônent l'abstinence, d'autres la sobriété. Par exemple, les Alcooliques Anonymes de Saint-Brieuc soulignent que le slogan « un verre, ça va, trois verres, bonjour les dégâts » est incompatible avec leur propre expérience : un seul verre peut les précipiter à nouveau dans la dépendance. De plus, les messages d'information doivent être plus objectifs et moins moralisateurs pour un véritable impact à long terme. L'exemple du cannabis témoigne du manque de cohérence et de crédibilité des informations portées par les pouvoirs publics à un moment donné.

2.2.2 Les perspectives de cette nouvelle politique de lutte contre les addictions

Bien que le plan triennal, et plus globalement la nouvelle approche des conduites addictives, aient été favorablement accueillis par les acteurs de terrain, certains obstacles demeurent et ne permettent pas une application intégrale des objectifs du plan. La mise en évidence de ces limites souligne combien l'action de santé publique, en matière de pratiques addictives, est délicate. En effet, le respect des initiatives locales par l'administration centrale et la difficulté d'évaluer les dispositifs mis en place sont les enjeux principaux auxquels sont confrontés les acteurs de santé.

✓ *Tout en cherchant à unifier la prise en charge des conduites addictives en créant de nouveaux dispositifs, la politique gouvernementale de lutte contre les substances psychoactives doit veiller à respecter les initiatives locales.*

Tout d'abord, le secteur associatif est, et doit rester, partie prenante de la politique française de lutte contre les addictions. En matière de lutte contre la toxicomanie, l'alcool et le tabac, le secteur associatif a toujours joué un rôle majeur, aux côtés des dispositifs publics. Ainsi, en 1997, les deux tiers des CCAA sont des structures de type associatif. L'Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme (ANPA), par le biais des CDPA est un acteur primordial de la politique de lutte contre l'alcool. Ce dynamisme associatif est très présent à Saint-Brieuc : le CCAA est géré par l'ANPA. En outre, l'association « Saint-Brieuc sans tabac », grâce au concours de médecins hospitaliers et généralistes, participe activement à la lutte contre le tabac. Il convient donc de préserver cette vitalité tout en coordonnant les actions. A cet égard, la participation d'associations au comité de pilotage institué auprès du chargé de projet de Saint-Brieuc est très satisfaisante. Sans remettre en cause le dispositif public qui cherche à regrouper les addictions, le secteur associatif permet de maintenir une spécialisation minimale par produit. Ainsi, les Alcooliques Anonymes, en excluant tout autre comportement addictif, rendent possible une

identification des malades entre eux, leur trajectoire étant similaire.

D'autre part, la politique de lutte contre les addictions doit reposer sur un dispositif lisible qui évite l'empilement des institutions. Le risque de toute politique publique réside notamment dans la multiplication des acteurs et la fragmentation des compétences, un tel morcellement augmentant inévitablement en raison d'une sédimentation de nouveaux dispositifs sur ceux préexistants. Par la multiplicité des institutions concernées, la politique française de lutte contre les pratiques addictives est particulièrement exposée à ce risque. La réponse institutionnelle qui a été apportée, par la création d'une administration de mission à vocation interministérielle (MILDT) permet de se prémunir contre un empilement des institutions. Néanmoins, les systèmes sanitaires et sociaux, judiciaire et répressif peuvent encore véhiculer des messages contradictoires. Il importe donc que l'Etat, les collectivités territoriales et l'ensemble des partenaires concernés veillent à ne pas créer une mosaïque d'institutions. La MILDT doit jouer ici un rôle primordial, comme l'a souligné le rapport de la Cour des Comptes de 1998 sur le dispositif de lutte contre la toxicomanie.

✓ *L'évaluation de la politique française de lutte contre les addictions reste délicate.*

Des indicateurs pertinents doivent être créés afin de permettre une évaluation précise des prévalences des addictions et de l'efficacité des dispositifs mis en place. Les indicateurs d'addictions se caractérisaient par leur dissémination. Un effort notable a été apporté par l'élargissement de la mission de l'OFDT, dont le rapport public intègre désormais des statistiques relatives à l'alcool et au tabac. Néanmoins, des lacunes demeurent quant aux données épidémiologiques : si les statistiques nationales peuvent être obtenues avec une précision satisfaisante, les indicateurs régionaux souffrent d'une certaine imprécision. Les personnes rencontrées à la MILDT et à l'OFDT ont d'ailleurs souligné la difficulté à obtenir des données régionales et départementales. Le Dr DEUGNIER, de la DRASS a effectivement précisé que les données actuelles ne sont pas utilisables. Un projet est donc actuellement en cours pour créer un véritable outil régional fiable, sous la forme d'un tableau de bord.

Outre les données relatives aux consommations des addictions, il faudrait pouvoir bénéficier d'indicateurs permettant d'évaluer si l'évolution des dispositifs depuis le plan triennal et si la nouvelle approche globale a eu des conséquences directes sur l'état de santé des personnes visées. Cependant, la lutte contre les addictions reposant sur des comportements, elle demeure difficile à évaluer. L'impact majeur du plan triennal (prise en charge des comportements et non plus des produits, d'où un développement notable des réseaux) est difficilement quantifiable, car il a trait à une évolution des mentalités. Dès lors, une évaluation fine des dispositifs est ardue, d'autant que les indicateurs font défaut. Un programme d'évaluation des politiques publiques a été mis en place à l'OFDT. Ce programme doit déboucher sur un guide d'évaluation qui donnera aux acteurs locaux les outils d'aide à la décision et un cadre de référence. Il faut cependant regretter que ces indicateurs soient créés après la mise en place du plan triennal.

CONCLUSION

Le plan triennal a été ressenti positivement par les acteurs des Côtes d'Armor, confrontés aux évolutions des modes de consommation et notamment à la polyconsommation de substances psychoactives. La notion de drogue a longtemps été confondue avec celle de stupéfiants. Le plan triennal a unifié la notion en englobant les drogues licites et illicites. Le nouveau Code de la Santé Publique comporte d'ailleurs depuis 2000 une troisième partie relative à la lutte contre les dépendances, tabagisme, alcoolisme, toxicomanie et dopage.

Reste que les réponses apportées aux produits psychoactifs sont toujours extrêmement variées : légalisation contrôlée pour les drogues licites, répression renforcée pour les drogues illicites. Or la prohibition est remise en cause par les effets pervers qu'elle engendre, comme le décrivent Francis CABALLERO et Yann BISIOU : « L'échec patent de la législation prohibitionniste » doit ainsi conduire à « remplacer la guerre contre la drogue par la lutte civile contre l'abus des drogues »⁸. La mise en place d'une politique de réduction des risques, notamment avec le changement de statut de la méthadone en 1995 a montré sa réussite en terme de santé publique, sans que soit recherchée l'abstinence.

En effet, des perspectives qui se résumeraient à des perspectives d'éradication des drogues seraient vaines. Les drogues ont toujours existé et existeront probablement toujours. D'ailleurs, comme l'a précisé la présidente de la MILDT, le plan triennal ne vise pas à supprimer toute consommation mais à réduire les risques sanitaires et sociaux de cette consommation.

C'est la raison pour laquelle une bonne information doit être donnée aux personnes sur les risques encourus par leur éventuel comportement dans le but de les responsabiliser dans leurs choix. En effet, malgré le dispositif de prévention et de prise en charge existant, il convient de garder à l'esprit que la volonté de la personne souffrant de conduites addictives prime. Elle doit adhérer à l'aide qui lui est proposée, sinon l'échec est assuré.

⁸ *Droit de la drogue*, Dalloz, 2^e édition 2000, p. XVI

ANNEXES

TABLEAU CHRONOLOGIQUE DES PRINCIPAUX TEXTES

EN MATIERE DE TOXICOMANIES AVANT 1999

TOXICOMANIE	TABAC / ALCOOL	MEDICAMENTS PSYCHOTROPES
<p>Loi du 24/12/1953 : l'usager, traité pour la 1^{ère} fois comme un malade peut être astreint à subir une cure de désintoxication.</p>	<p>1954 : Haut comité d'études et d'information sur l'alcoolisme</p> <p>1958 : premières mesures contre la conduite en état d'ivresse</p> <p>1959 : Code des Débits de boissons</p>	<p>1951 : Code de la Pharmacie</p> <p>1952 : circulaire du ministère de la justice distingue toxicomanes qui s'adonnent à la drogue par plaisir et ceux qui le sont suite à un traitement thérapeutique</p>
<p>Loi du 31/12/1970 : trois axes : - répression sévère du trafic, - interdiction de l'usage et proposition d'une alternative thérapeutique, - gratuité des soins.</p>		<p>1971 : Convention de Vienne sur les psychotropes (ratifiée par la France en 1974 mais reprise en droit interne qu'à partir des années 1990)</p>
<p>1978 : rapport "Pelletier", bilan de l'application de la loi de 1970 (injonction thérapeutique rarement utilisée, propose de distinguer les usages de drogues en fonction du produit, l'énumération des substances qualifiées de drogues n'intègre ni le tabac, ni l'alcool, tout en reconnaissant pour ce dernier qu'il ne faut pas « dissimuler le caractère incontestablement toxicomaniaque de l'alcoolisme »)</p>	<p>1976 : loi "Veil" relative à l'usage et la publicité du tabac</p> <p>1980 : Comité interministériel de lutte contre l'alcoolisme (à la suite du rapport "Bernard")</p>	
<p>1982 : Comité interministériel de lutte contre la toxicomanie (politique de prévention est intégrée dans le dispositif de lutte contre la toxicomanie)</p>	<p>1982 : programme européen de lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme</p>	
<p>1985 : des comités départementaux de lutte contre la toxicomanie remplacent les bureaux de liaison</p>	<p>Loi du 19/01/1983 : cotisation sur les boissons alcooliques au profit de la Caisse d'Assurance Maladie.</p> <p>1983 : arrêt de la Cour de Justice des Communautés Européennes (affaire "Sandoz") : aucune réglementation nationale ne doit exiger la preuve qu'un produit n'est pas nocif à la santé pour autoriser sa circulation</p>	
<p>Loi du 17/01/1986 : nouvelle incrimination en vue de pouvoir juger les petits trafiquants et les usagers revendeurs</p>		

<p>1986 : Acte Unique européen (extension des compétences de l'Union Européenne à la protection de la santé des personnes, création de plusieurs organes spécialisés dans la lutte contre la drogue)</p>	<p>1986 : résolution du Conseil européen sur l'abus d'alcool invite la Commission à « peser soigneusement les intérêts en matière de production, de distribution et de promotion des boissons alcooliques et les intérêts en matière de santé publique et à mener à cet effet une politique équilibrée »</p>	
<p>1987 : circulaire du Ministère de la justice distingue le traitement judiciaire destiné aux usagers simples et celui destiné aux usagers - trafiquants</p> <p>Loi du 31/12/1987 : incrimination du blanchiment des produits du trafic de stupéfiants</p>		<p>1987 : décret relatif à la publicité pharmaceutique (distinction entre publicité grand public et publicité visant le corps médical)</p> <p>1988 : durée de prescription de médicaments psychotropes maximale de un an (quelques semaines pour certains)</p>
<p>1989 : Délégation Générale de lutte contre la drogue et la toxicomanie (DGLDT), sous laquelle est placée la Mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie (MILT).</p>	<p>1989 : directive européenne interdit toute publicité télévisée en faveur du tabac et restreint celle en faveur des boissons alcoolisées.</p>	<p>1989 : loi "Bambuck" (après échec de la loi "Herzog" de 1965) : dépenalisation de l'usage de produits dopants dans le sport, renforcement sanctions contre pourvoyeurs, contrôle confié aux fédérations sportives</p>
<p>1992 : Traité de Maastricht (renforcement des compétences de l'Union Européenne : actions de prévention en matière de stupéfiants, programme de coopération Nord-Sud de lutte contre la drogue, coopération intergouvernementale policière, douanière et judiciaire)</p>	<p>1991 : Loi "Evin" pose en principe l'interdiction de toute forme de promotion des tabacs et alcools. De plus, sont prévus : augmentation du prix du tabac, interdiction de vente d'alcools aux mineurs et dans les stades, possibilité pour les associations de lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme de se porter partie civile...</p>	<p>1992 : quatre directives européennes relatives à la distribution en gros, la délivrance au public, la publicité et l'étiquetage constitue la politique européenne de "l'usage rationnel" des médicaments</p>
<p>1993 : élaboration d'une politique de réduction des risques (notamment, le programme gouvernemental du 14/09/1995 fait de la méthadone un médicament de substitution fourni aux héroïnomanes sous contrôle médical)</p>	<p>1993 : 1^{er} "assouplissement" de la loi Evin : dérogation en faveur du parrainage de certaines compétitions sportives</p> <p>1993 : loi de privatisation de la Seita</p> <p>1994 : suppression de l'interdiction d'affichage en faveur des boissons alcooliques</p>	<p>1995 : méthadone et buprénorphine autorisés comme médicaments de substitution aux opiacés</p>
<p>1996 : la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) remplace la DGLT et la MILT</p>	<p>1997 : loi de financement de la Sécurité sociale : affectation d'une partie du droit de consommation sur les alcools à l'Assurance Maladie.</p>	<p>1998 : plan d'action de l'ONU contre la fabrication illicite et l'abus de stimulants de type amphétaminique</p>
	<p>1999 : amendement « buvette » à la loi Evin rétablissant la vente d'alcool dans les stades</p>	<p>1999 : loi « Buffet » confie le contrôle du dopage à une autorité administrative indépendante</p> <p>1999 : la durée de prescription d'une substance stupéfiante maximale passe de sept à vingt huit jours</p>

BIBLIOGRAPHIE

BROCHURES ET ARTICLES

♦ **LIVRETS DE CONNAISSANCE DROGUES SAVOIR PLUS** :

Drogues et usages : les dispositifs publics (décembre 1999)

Drogues et usages : chiffres clés (décembre 1999)

Les actes du colloque de la Sorbonne (octobre 2000)

Comprendre l'action des drogues (décembre 1999)

Drogues et dépendances le livret d'information (juillet 2000)

♦ **EDUCATION POUR LA SANTE POUR MIEUX VIVRE**

La santé en chiffres alcool

Pour une prévention de l'usage des substances psychoactives usage, usage nocif, dépendance par le Professeur PARQUET

♦ **ACTUALITE DE SANTE PUBLIQUE**, Le coût social de l'alcool, du tabac et des drogues illicites, n°33, décembre 2000

OUVRAGES

♦ CABALLERO Francis et BISIOU Yann, Droit de la drogue, édition Dalloz, novembre 2000

♦ FILLAUT Thierry, Les Bretons et l'alcool (XIX^{ème}, XX^{ème} siècles), édition ENSP, 1991

♦ FILLAUT Thierry & GARÇON Jack La Prévention de l'alcoolisme par l'affiche en France, en Belgique, en Suisse et au Québec (1945-1995), édition ENSP, 2000

♦ Mission Interministérielle de Lutte contre les drogues et les Toxicomanies, Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2000-2001), édition la Documentation Française, 2000

♦ NOURISSON Didier, Le tabac en son temps, de la séduction à la répulsion, éditions ENSP, 1999

- ◆ Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Drogues et Toxicomanies, Indicateurs et Tendances (édition 1999)
- ◆ Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Politiques et expérimentations sur les drogues aux Pays-Bas (Décembre 2000)
- ◆ Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Pratiques et représentations dans le champ de l'usage de drogues en France (février 2001)
- ◆ Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Regards sur la fin de l'adolescence, BECK François, LEGLEYE Stéphane, PERETTI-WATEL Patrick, édition décembre 2000
- ◆ SIMMAT DURAND Laurence, La lutte contre la toxicomanie, de la législation à la réglementation, édition janvier 2001

SITES INTERNET VISITES

- ◆ www.drogues.gouv.fr
- ◆ www.inserm.fr
- ◆ www.orsb.asso.fr

SIGLES UTILISES

ANPA Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme

CCAA Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie

CDPA Comité Départemental de Prévention de l'Alcoolisme

CFES Comité d'Education à la Santé

CIRDD Centre d'Information et de Ressources sur les Drogues et les Dépendances sur les conduites addictives

CH Centre Hospitalier

CHAA Centre d'Hygiène Alimentaire

CHS Centre Hospitalier Spécialisé

CPAM Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CRAM Caisse Régionale d'Assurance Maladie

DDASS Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DRASS Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

IASS Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales

MILDT Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et Toxicomanies

MISP Médecin Inspecteur de Santé Publique

MSA Mutualité Sociale Agricole

OFDT Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies

SPIP Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

VASD Voies Aéro- digestives Supérieures