



# LES DOMMAGES LIES AUX ADDICTIONS ET LES STRATEGIES VALIDEES POUR REDUIRE CES DOMMAGES

Rapport remis à  
Madame Daniele Jourdain-Menninger  
Présidente de la MILDT

## **SYNTHESE**

*Professeur Michel Reynaud*

### **Comité de Pilotage**

**Pierre Arwidson - François Beck- Henri Bergeron – Michel Bouchet  
Jean-Pierre Couteron – Karine Gallopel-Morvan- Jean-Paul Jean  
Marie Jauffret-Roustide - Pierre Kopp - Michel Lejoyeux  
Bernard Leroy - Alain Morel - François Paille – Christophe Palle  
Maud Pousset - Alain Rigaud**





**MiLDT**  
[www.drogues.gouv.fr](http://www.drogues.gouv.fr)  
Mission interministérielle de lutte  
contre la drogue et la toxicomanie

Paris, le 23 JAN. 2013

**La Présidente**

DJM/RG/FLD/PC/janvier 2013 - n° 11  
Ruth GOZLAN  
Affaire suivie par : Ruth GOZLAN  
☎ 01 42 75 69 52  
[ruth.gozlan@pm.gouv.fr](mailto:ruth.gozlan@pm.gouv.fr)

Florence LAFAY-DUFOUR  
☎ 01 42 75 69 80  
[florence.lafay-dufour@pm.gouv.fr](mailto:florence.lafay-dufour@pm.gouv.fr)

Monsieur le Professeur,

Comme vous le savez, la Mission que je préside a été chargée par le gouvernement de préparer le futur plan gouvernemental 2013-2017. Ce plan devra permettre la mise en œuvre d'une politique de lutte contre les drogues et les conduites addictives équilibrée, à la fois pragmatique et fondée sur la science.

A cet effet, je souhaite que l'élaboration de cette nouvelle stratégie fournisse l'occasion d'améliorer le dispositif de prévention, de soins, d'accompagnement et de réduction des dommages. Le dispositif national actuel reste en effet perfectible et se doit d'évoluer en réponse aux nouveaux besoins et contextes caractérisés par des vulnérabilités spécifiques : jeunes, femmes, personnes sous-main de justice, migrants, précarité sociale, errance, initiation de l'usage, milieu festif.

La question de l'amélioration des pratiques professionnelles dans ce domaine reste également un enjeu prioritaire pour répondre aux besoins de santé et d'insertion socio professionnelle des populations concernées.

Compte tenu de ces besoins et fort de l'expérience de consultation que vous avez engagée à l'occasion de la préparation du livre blanc de l'addictologie, je souhaiterais que vous puissiez coordonner un travail de réflexion sur les orientations prioritaires à mettre en œuvre pour bâtir une politique renouvelée de réduction des risques et des dommages réintroduisant la démarche scientifique.

Vous proposerez un rapport d'appui d'une trentaine de pages, effectuant une synthèse des différents dommages liés aux addictions et proposant des orientations générales pour réduire ces dommages, déclinées en mesures concrètes, « emblématiques » utiles à l'élaboration du futur plan gouvernemental, assorties d'indicateurs d'évaluation.

Etant entendu que :

- Vos travaux s'appuieront sur le socle existant des recommandations scientifiques, incluant celles concernant les bonnes pratiques professionnelles, en particulier celles proposées par l'Inserm dans le cadre de ses expertises ;
- Vous vous attacherez à articuler la stratégie proposée autour des priorités populationnelles et contextuelles inscrites dans la lettre de mission qui m'a été adressée par le Premier ministre en tenant compte du contexte national budgétaire restreint ;
- Vous aurez toute latitude pour constituer un groupe élargi d'experts compétents dans le champ de l'évaluation et de la réduction des risques et des dommages.

Enfin compte tenu du calendrier d'élaboration du futur plan gouvernemental, je souhaite pouvoir disposer de vos propositions début mai 2013.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Professeur, l'expression de ma considération distinguée.

*Encore merci de votre aide précieuse.  
Cordialement*

*Danièle Jourdain-Ménninger*  
Danièle JOURDAIN MENNINGER

Professeur Michel REYNAUD  
Chef du département de psychiatrie et d'addictologie  
Hôpital Universitaire Paul Brousse  
Avenue Paul Vaillant Couturier  
94800 VILLEJUIF

Pour répondre à la commande de Madame Jourdain-Menninger, Présidente de la MILDT nous avons défini avec le Comité de Pilotage les différents thèmes à traiter ainsi que le nom des experts compétents pour ces thèmes.

Ceux-ci nous ont envoyé leurs contributions en deux parties : un chapitre « analyse des dommages » et un chapitre sur « les stratégies validées de réduction des dommages ».

Ces experts se sont appuyés sur la littérature scientifique, nationale et internationale ; les références bibliographiques se trouvent à la fin de chaque chapitre.

Puis à partir des contributions des experts, nous avons réalisé, avec le comité de pilotage, une synthèse qui présente la philosophie générale du rapport, le changement de paradigme qu'il implique et la stratégie générale qui pourrait permettre que soient appliquées les mesures proposées.

Cette synthèse s'accompagne de 30 fiches techniques, correspondant aux différents thèmes traités et rassemblant les propositions pouvant permettre de diminuer les dommages dans chacun de ces domaines ; le renvoi aux contributions sources et aux bibliographies se retrouve en fin de fiche.

**Le document de synthèse et les fiches techniques sont disponibles :**

sur le site de la MILDT (<http://www.drogues.gouv.fr>)

sur le site du CERTA l'Albatros (<http://cms.centredesaddictions.org>)

Les contributions des experts, encore sous forme de document de travail, non encore totalement finalisées du fait des délais très courts impartis pour la rédaction et nécessitant pour certains une relecture, sont disponibles sur le site du CERTA l'Albatros puis, après validation, seront mises sur le site de la MILDT.

Professeur Michel Reynaud

Michel Reynaud,	Professeur, Chef du service de Psychiatrie et d'addictologie Hôpital Paul Brousse, Université Paris Sud.
<b>Comité de Pilotage</b>	
Henri Bergeron	sociologue, Coordinateur scientifique de la Chaire Santé de Sciences Po-FNSP
Michel Bouchet	ex-commissaire divisionnaire, Chef de la mission de lutte anti-drogue du M.I
Jean-Pierre Couteron	Psychologue, Clinicien, Président de la Fédération Addiction
Karine Gallopel-Morvan	maître de conférences habilité à diriger des recherches marketing social à l'EHESP
Jean-Paul Jean	Avocat général à la cour de cassation, Professeur Associé à l'Université de Poitiers
Marie Jauffret-Roustide	Sociologue, chercheur au Cermes 3 (INSERM U988)
Pierre Kopp	Professeur d'Economie Faculté Paris I, chercheur UMR CNRS n°8595
Michel Lejoyeux	Professeur, Chef du service de Psychiatrie et d'addictologie Hôpital Bichat, Université Paris VII
Bernard Leroy	Magistrat, ancien responsable de l'assistance juridique de l'ONU DC
Alain Morel	Psychiatre Addictologue, directeur général de l'association Oppelia
François Paille	Addictologue, Professeur de thérapie, CHU de Nancy, Président de la Fédération Française d'Addictologie
Alain Rigaud	psychiatre des Hôpitaux, chef de service, Intersecteur d'Addictologie 51 A01, EPSM Marne, président de l'A.N.P.A.A.

## Et pour l'état des lieux

Pierre Arwidson	médecin, Directeur des Affaires Scientifiques à l'INPES
François Beck	Statisticien et sociologue, Responsable des enquêtes à l'Inpes, Chercheur au Cermes 3 (CNRS, Inserm, EHESP, Université Paris V, Sorbonne Paris Cité)
Christophe Palle	Economiste, responsable scientifique de l'OFDT
Maud Pousset	Médecin, Directrice de l'OFDT

## Experts – rédacteurs

Elisabeth Avril - Henri-Jean Aubin - Marc Auriacombe - Emmanuel Benoit- Amine Benyamina- Yvan Berlin- Xavier Bigard- Sterenn Bohelay- Nicolas Bonnet- Renaud Bouthier- Marie Bronnec- Georges Brousse- Alain Calmat- Patrizia Carrieri- Philippe Castera- Pierre Chappard- Sarah Coscas- Olivier Cottencin- Jean Bernard Daepfen- Thierry Danel- Bertrand Dautzenberg- Marie Debrus- Jean Michel Delile- Michel Delcroix- Maurice Dematteis- Gérald Demortière- François Deroche- Jean Ebert- François Hervé- Catherine Hill- Laurent Karila- Pierre Kokoreff- Claude Lejeune- Bernard Leroy- William Lowenstein- Gladys Lutz- Patrick Magaloff- Alain Mercuel- Laurent Michel - Romain Moirand- David Mourgues- Ivana Obradovic- Fabrice Olivet- Catherine Pecquart- P Peretti Watel- Michel Rieu- Olivier Simon- Christine Tellier- Jean-Pierre Verdy- Florence Vorspan- Jacques Wemaere - Franck Zobel

# SOMMAIRE

## Réduire les dommages des addictions : les éléments indispensables à connaître pour agir efficacement

- **Des dommages très importants mais mal connus**  
*Bien connaître les consommations et l'importance des dommages (Fiche 1)  
Mais dangerosité et gravité des dommages des différents produits sont mal évaluées par la population (Fiche 2)*
- **Consommations et addictions**  
*Comprendre l'intérêt de la notion d'addiction qui remplace celles d'alcoolisme, de drogue et de toxicomanie  
Tout consommateur n'est pas addict  
La meilleure connaissance des mécanismes neurobiologiques de l'addiction permet d'améliorer les stratégies d'aide et de soins.*
- **Un changement de paradigme :**  
**Une politique de réduction pragmatique des dommages : pourquoi ?**  
*Une politique de réduction des dommages est évaluable  
Absence de résultats probants des politiques idéologiques  
Une politique pragmatique doit s'axer prioritairement sur la réduction des dommages  
Des mesures basées uniquement sur des données évaluées et sur des preuves scientifiques*
- **Un changement de paradigme :**  
**Une politique de réduction pragmatique des dommages : comment ?**  
*Agir pour diminuer la dangerosité des différents produits ou comportements addictifs (Fiches 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18,19)  
Agir sur les populations les plus vulnérables et les situations à risques (Fiche 20, 21, 22, 23, 24, 25,26)  
Agir sur les déterminants sociaux, culturels et économiques  
Une évaluation des bénéfices et des dommages pour permettre trois objectifs*
- **Ce changement de paradigme implique trois changements majeurs**  
*La réduction des dommages implique un « nouveau référentiel de santé publique »*
  - 1- *une autre philosophie du soin*
  - 2- *une prévention/action ciblée*
  - 3- *un accès aux soins facilité, un dispositif mieux organisé (Fiches 5, 6, 7, 8, 9)**La réduction des dommages implique un développement de la formation, de l'enseignement et de la recherche (Fiche 10)  
La réduction des dommages implique un renforcement de la réglementation, de la législation et de la fiscalité (Fiches 27, 28, 29)*
  - 1- *adaptation de la fiscalité*
  - 2- *régulation du marketing*
  - 3- *une législation comparable pour les délits liés à la consommation de drogues licite ou illicites*
  - 4- *La réduction des dommages implique de modifier les interactions Santé/Police/Justice*
- **Des dommages très importants, des actions complexes, des changements majeurs : une priorité nationale**  
*La lutte contre les dommages des addictions : une priorité Présidentielle  
Le « plan gouvernemental » de lutte contre les dommages liés aux addictions  
L'ouverture d'un large débat sociétal et politique sera alors nécessaire : les Etats Généraux des Addictions*
  - 1- *un débat sociétal*
  - 2- *une loi*
  - 3- *une Fondation Actions Addictions*

## Propositions

FICHE 1 – Les consommations et leur évolution depuis 10 ans

FICHE 2 - Comparaison des dommages, des bénéfices et des représentations des différentes addictions

FICHE 3 – Le bilan socio-économique des drogues en France

**Partie I – Réduire les dommages en améliorant la prévention, l'intervention précoce, les soins et l'accompagnement**

FICHE 4 – Rendre plus efficaces les stratégies de prévention

FICHE 5 – Développer l'intervention précoce

FICHE 6 – Améliorer la situation des patients et de leurs familles

FICHE 7- Améliorer le dispositif de proximité

FICHE 8 – Améliorer le dispositif médico-social et de réduction des risques

FICHE 9 – Améliorer le dispositif sanitaire général

FICHE 10- Améliorer la formation et la recherche

**Partie II- Réduire les dommages liés aux produits et aux comportements problématiques**

FICHE 11 – Réduire les dommages liés à l'alcool

FICHE 12 – Réduire les dommages liés au tabac

FICHE 13 - Réduire les dommages liés au cannabis

FICHE 14- Réduire les dommages liés à l'héroïne

FICHE 15- Réduire les dommages liés à la cocaïne et au crack

FICHE 16- Réduire les dommages liés aux nouvelles drogues de synthèse

FICHE 17 - Réduire les dommages liés aux jeux d'argent

FICHE 18- Réduire les dommages liés au mésusage de médicaments psychotropes

FICHE 19 - Réduire les dommages liés au dopage

**Partie III – Réduire les dommages dans les populations les plus vulnérables et dans les situations à risques**

FICHE 20 - Réduire les dommages chez les jeunes

FICHE 21 - Réduire les dommages en milieu festif

FICHE 22 - Réduire les dommages chez les femmes

FICHE 23 - Réduire les dommages chez les patients souffrants de troubles psychiatriques

FICHE 24 - Réduire les dommages chez les sujets précaires



**FICHE 25 - Réduire les dommages en milieu carcéral**

**FICHE 26 - Réduire les dommages en entreprise**

## **Partie IV – Réduire les dommages en améliorant la fiscalité, la réglementation et la législation**

**FICHE 27- Stratégies sur le marketing de l'alcool et du tabac**

**FICHE 28- Effets de la fiscalité sur les consommations**

**FICHE 29- Analyse des législations et possibilités**

## **Partie V – Mise en place et évaluation**

**FICHE 30- Gouvernance du volet sanitaire et social du « Plan gouvernemental de réduction des dommages liés aux addictions »**

**FICHE 31- L'évaluation des stratégies et plans nationaux en matière de drogue en Europe ; évolution vers les addictions ?**

**DES DOMMAGES GRAVISSIMES MAIS MAL CONNUS**

## **Bien connaître les consommations et l'importance des dommages (Fiche 1)**

◆ **La consommation de tabac augmente depuis 2005.**

La proportion de consommateurs de tabac a augmenté entre 2005 et 2010 parmi la population française âgée de 18 à 75 ans, ce qui constitue la première hausse marquée depuis la loi Évin en 1991. Cette évolution semble surtout liée à l'accroissement de l'usage chez les femmes, notamment celles âgées de 45 à 64 ans.

◆ **Moins d'alcool quotidien, plus d'alcoolisation ponctuelle importante.**

La consommation moyenne d'alcool par habitant a régulièrement baissé depuis 50 ans en passant de 26 l/an en 1961 à 12 l/an en 2011 mais la France reste un des pays ayant le plus fort niveau de consommation d'alcool au monde. Si la consommation quotidienne est en baisse, les comportements d'alcoolisation ponctuelle importante (cinq à six verres en une seule occasion) se sont développés depuis 2005 chez les adolescents de 17 ans et les jeunes adultes. L'augmentation a été particulièrement forte chez les jeunes femmes de 18 à 25 ans.

- **Buveurs à risque ponctuel : 28 %, soit environ 12 millions de personnes**
- **Buveurs à risque chronique : 9 %, soit environ 4 millions de personnes sont en hausse**
- **Buveurs à risques de dépendance : environ 500.000 personnes.**

◆ **Stabilisation des usages de cannabis à des niveaux élevés**

La proportion de consommateurs de cannabis dans l'année parmi la population âgée de 18 à 64 ans est restée stable au cours des années 2000. La France n'en demeure pas moins en 2011 l'un des pays ayant la plus forte proportion de consommateurs de cannabis en population adulte au sein des pays de l'Union Européenne, comme en population adolescente parmi les 36 pays ayant participé à la même enquête sur les consommations des jeunes lycéens en 2011.

- ◆ **Forte progression de la consommation de cocaïne, développement d'un marché sur Internet où de nouvelles drogues de synthèse sont régulièrement rendues disponibles, complètent ce tableau inquiétant.**

### **Les dommages sanitaires**

◆ **Les dommages liés au tabac**

Environ 70 000 décès par an, soit plus d'un décès sur neuf, peuvent être attribués au tabagisme, essentiellement du fait de cancers des bronches et des poumons, des cancers des voies aérodigestives supérieures, des maladies cardio-vasculaires et des maladies respiratoires. Cette mortalité touche encore principalement des hommes, mais la mortalité des femmes progresse, avec un décalage temporel également constaté pour les consommations.

◆ **Les dommages liés à l'alcool**

**Les consommations aiguës d'alcool, souvent massives, particulièrement importantes chez les jeunes, « le binge-drinking », constituent l'élément récent, encore mal évalué du point de vue sanitaire. Ce sera vraisemblablement un nouveau problème majeur, à venir, de santé publique dont nous n'avons pas encore pris toute la dimension.**

Pour résumer, **il faut faire comprendre que l'alcool, produit qui procure le plus de plaisir et de bien être, est simultanément le produit le plus dangereux.**

L'alcool est à la fois :

- la cause directe de maladies (dépendance...) et de délinquance (routière, ivresses publiques...),
- mais aussi le facteur déclenchant de nombreuses autres maladies (cirrhoses, cancers, troubles neuropsychopathologiques, suicides...) et d'une très importante délinquance (violences, violences familiales, sexuelles...).

La mortalité attribuable à l'alcool était de 49 000 morts en 2009 chez les adultes en France, ce qui correspond à 13 % de la mortalité annuelle.

La mortalité pouvait se décliner de cette façon en 2009 en France chez les plus de 15 ans : 15 000 morts par cancers, 12 000 par maladie cardiovasculaire, 8 000 par pathologie digestive, 8 000 par cause externes (accidents, suicides, chutes, homicides), et 3 000 par pathologie mentale et comportementale.

**L'alcool représente la 1<sup>ère</sup> cause de mortalité prématurée, la 2<sup>ème</sup> cause de mortalité évitable après le tabac et la 3<sup>ème</sup> cause de mortalité.**

◆ **Les dommages liés au cannabis**

Entre 175 et 190 décès annuels seraient imputables à une conduite sous l'emprise du cannabis (7 à 8 fois moins que pour l'alcool, par exemple). Une consommation chronique peut conduire à un désintérêt pour les activités quotidiennes, des difficultés de concentration et de mémorisation (« syndrome amotivationnel ») et un déclin des capacités d'apprentissage, particulièrement dommageables à l'adolescence. Dans certains cas, l'usage régulier de cette substance peut favoriser l'apparition de troubles psychiatriques, notamment la survenue de schizophrénies chez les personnes présentant une vulnérabilité psychotique. L'implication du cannabis dans les cancers pulmonaires et des voies aérodigestives supérieures, et certaines pathologies vasculaires, est également avérée.

## **Les dommages à autrui et les dommages à la société**

La consommation de ces produits psychoactifs est une des principales causes de souffrances sociales, de violence et de délinquance en France.

Ces produits sont également la cause de la majorité des dommages causés à autrui, des violences, de la délinquance et de la criminalité mais les dommages à la société liés en particulier à la consommation d'alcool sont peu documentés.

◆ **Les dommages sociaux liés à l'alcool**

- **L'alcool est directement impliqué** dans un certain nombre d'infractions et de condamnations mentionnant explicitement cette substance. En 2011, les chiffres sont les suivants :

**74 994 infractions d'ivresses publiques et manifestes**

**386 828 contrôles à alcoolémies positives**

**290 294 infractions de sécurité routière liées à l'alcool**

**150 556 condamnations pour conduite en état alcoolique**

**1 828 condamnations pour blessures involontaires par conducteur en état alcoolique**

**187 condamnations pour homicide involontaire par conducteur en état alcoolique**

**Les condamnations pour délits routiers liés à l'alcool représentent 25 % de l'ensemble des condamnations prononcées en France en 2011.**

- **Mais de très nombreux autres délits sont commis par des personnes sous emprise de l'alcool et peuvent être ainsi considérés comme indirectement liés à l'alcool.** C'est le cas notamment pour les délits impliquant des violences :

**40 % des violences familiales et/ou conjugales soit environ 400.000 personnes** chaque année ; chez les femmes la moitié des violences familiales ou conjugales sont en lien avec l'alcool

**25 % des faits de maltraitance à enfants**

**30 % des viols et agressions sexuelles soit environ 50.000 personnes chaque année**

**30% des faits de violences générales soit environ 200.000 personnes chaque année.**

◆ **Les dommages sociaux liés aux drogues illicites**

Ces substances sont tout d'abord à l'origine d'un nombre d'interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants qui augmente de façon exponentielle depuis les années 1970. En 2010, il a été recensé :

**135 447 interpellations pour usage de stupéfiants** (cannabis dans 90% des cas), nombre multiplié par 60 depuis 1971

**21 894 interpellations pour trafic de stupéfiants** (cannabis dans 70% des cas), nombre multiplié par 34 depuis 1971

**25 425 délits routiers liés aux stupéfiants**

Le chiffre d'affaire du cannabis se situe entre 746 et 832 millions d'euros vers la fin des années 2000, pour une quantité vendue estimée entre 186 et 208 tonnes. Le trafic de cannabis, qui représente les trois quarts du revenu du trafic de drogues, s'est criminalisé, en lien avec la grande délinquance. Il s'accompagne d'un niveau de violence croissant avec des trafiquants de plus en plus lourdement armés. Ces derniers organisent la vie d'un certain nombre de cités, ce qui altère gravement et durablement le modèle républicain. Le cannabis est source de dommages sanitaires, en particulier chez les jeunes, mais surtout de dommages sociaux absolument majeurs.

La lutte contre le trafic des drogues illicites et de cigarettes ainsi que les constatations des innombrables infractions directement liées aux drogues (usage de stupéfiants, conduite en état alcoolique) mobilisent une part importante des ressources humaines et matérielles des services de l'Etat en charge de l'application de la loi. Les dépenses estimées correspondantes s'élevaient en 2010 à 676 millions d'euros. Il s'agit cependant d'une évaluation limitative qui ne prend pas en compte les ressources utilisées pour lutter contre la délinquance indirectement liée à la consommation des drogues.

Il faut être conscient que la société est confrontée à de véritables « épidémies industrielles » (qu'il s'agisse d'industries légales ou illégales). Les dommages qu'elles provoquent ont largement dépassé dans les pays riches ceux qui sont la conséquence des épidémies infectieuses. La régulation des consommations et la réduction des dommages que ces consommations entraînent doivent donc constituer une des priorités nationales et internationales : à la fois priorité de santé publique et priorité de sécurité publique.

## **Mais dangerosité et gravité des dommages des différents produits sont mal évaluées par la population (Fiche 2)**

La discordance est majeure entre la dangerosité de produits, telles qu'évaluée par les experts scientifiques, et les perceptions de dangerosité de ceux-ci évaluées par la population générale.

Alors que les experts nationaux (Bourgain C, Addiction 2012) et internationaux (Nutt DJ, Lancet 2010) s'accordent sur les éléments suivants

- l'alcool est le produit le plus dangereux entraînant des dommages sanitaires et sociaux majeurs.
- puis viennent l'héroïne et la cocaïne
- puis le tabac, causant surtout des dommages sur la santé
- puis le cannabis, causant prioritairement des dommages sociétaux

Mais les évaluations par la population française des dommages liés aux trois principales drogues illégales (cannabis, cocaïne, héroïne) sont plus élevées que celles des experts, alors que l'alcool est classé au même niveau que le cannabis pour les dommages individuels et même après la cocaïne et le cannabis dans l'évaluation des dommages sociaux, ce qui traduit une particulière méconnaissance par la population des dommages sociaux liés à l'alcool (Reynaud M, Journal of Psychopharmacology 2013)

**Pour être efficace, la politique de lutte contre les dommages des addictions ne doit plus se faire à partir des représentations de la réalité, mais être construite à partir de la réalité.**

## Comprendre l'intérêt de la notion d'addiction qui remplace celles d'alcoolisme, de drogue et de toxicomanie

L'addiction se caractérise par

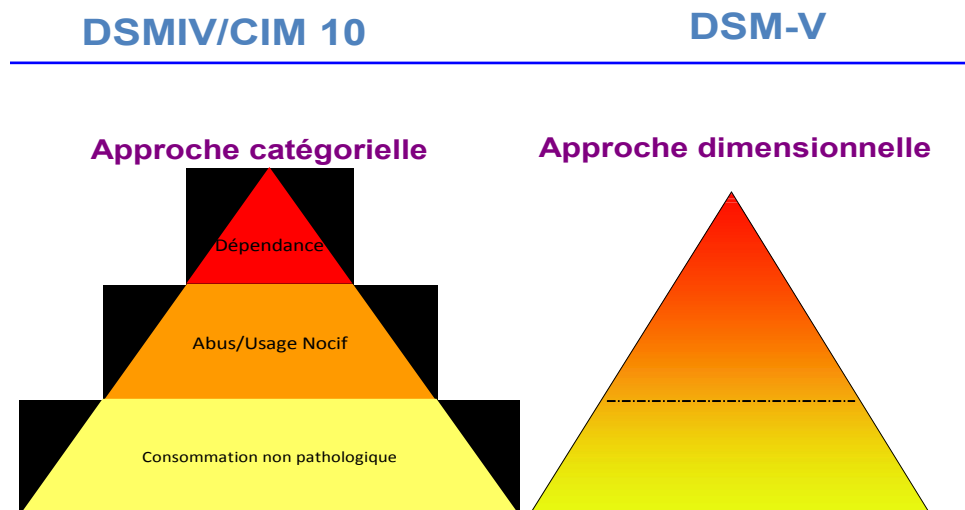
- l'impossibilité répétée de contrôler un comportement visant à produire du plaisir ou à écarter une sensation de malaise interne
- la poursuite de ce comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives.

Le passage, au début des années 2000, de la notion de toxicomanie et d'alcoolisme à celle d'addiction a profondément changé la façon de penser, le traitement et l'organisation des soins de ces troubles : **on est passé d'une conception qui mettait en avant le produit, à une conception qui met en avant le comportement de consommation et le contexte dans lequel il se déroule.**

Les acteurs du monde scientifique ou médical, n'utilisent plus les termes de « toxicomanie » et mot « drogue » (ou alors ils précisent « drogues licites » ou « drogues illicites »). Ces termes correspondent en effet à des représentations sociales, regroupant sous un même vocable l'usage de tous les produits illicites. Si ces notions avaient un sens dans les années 70 durant lesquelles « drogues », « toxicomanie » et « héroïne » se confondaient, elles sont actuellement contre-productives, ne permettant pas de prendre en compte les très importantes différences entre les produits illicites, tant en termes de dangerosité que de potentiel addictif, et en amenant à occulter ou à sous-évaluer la dangerosité des produits licites (en particulier celle de l'alcool qui est de loin le produit qui entraîne le plus de dommages et de souffrances individuelles et sociales et celle du tabac qui entraîne le plus de mortalité et de morbidité).

**L'approche addictologique, plus complexe et plus subtile, relativise la part et les effets du produit pour s'intéresser à l'installation et la pérennisation du comportement pathologique chez les individus. Elle prend en considération les facteurs de vulnérabilité et permet ainsi de mieux penser, et donc de traiter le début des troubles et les poly consommations.** Elle fait également la place aux addictions comportementales et à la plus emblématique d'entre elle : le jeu pathologique.

Cette notion d'addiction est désormais intégrée par les différentes nosographies internationales, en particulier dans le DSMV (référence pour la classification des maladies mentales). Après avoir été catégorielle (usage, usage nocif et dépendance dans la classification précédente DSMIV) elle est désormais dimensionnelle : **l'addiction est plus ou moins sévère et l'évolution est progressive entre les usages sociaux et l'entrée dans l'addiction proprement dite.**



Ce changement de concept et de dénomination est nécessaire afin que notre société puisse mettre en place une politique moins idéologique et plus scientifique basée sur des preuves : « évidence-based medicine », plus pragmatique et surtout plus efficace.

## Tout consommateur n'est pas addict

- **La consommation de ces produits commence d'abord par du plaisir**

La consommation de chacun des produits (ou comportements) susceptibles d'entraîner une addiction donne d'abord du plaisir : leurs consommations entraînent plaisirs et sensations, intégrant l'intensité du plaisir obtenu par la consommation du produit et l'importance des sensations, intenses ou inhabituelles.

Mais la consommation du produit permet aussi le soulagement de tensions et de souffrances personnelles, notamment émotionnelles ou relationnelles.

Enfin, la consommation du produit renforce le sentiment d'appartenance à un groupe, et contribue à se reconnaître dans l'identité d'un groupe : on consomme comme son groupe social, et le produit est souvent le symbole du groupe social.

Il est donc nécessaire de tenir compte de ces dimensions de plaisir pour comprendre, écouter, soigner, accompagner et même réglementer

- **Il peut y avoir, pour certains, une évolution progressive vers la dépendance**

**Pour le public mal informé, tout consommateur de drogues illicites est un « toxicomane », sous entendant ainsi qu'il est dépendant. Or de nombreux usagers de drogues licites ou illicites ne sont pas dépendants** : si la plupart des consommateurs d'héroïne (comme d'ailleurs les fumeurs de tabac), sont dépendants, ce n'est pas le cas des usagers de cannabis (le pourcentage d'usagers dépendant du cannabis est, à peu près, le même que celui des consommateurs dépendants d'alcool (moins de 5% des consommateurs actuels d'alcool).

Aussi, un grand nombre de consommateurs ne se considèrent pas comme malades (à juste titre pour nombre d'entre eux) : la consommation du produit (licite ou illicite) fait partie de leur vie, voire est un élément identitaire difficile à abandonner.

Il est important de modifier ces représentations en « tout ou rien ». La notion d'addiction son installation progressive et sa gravité très variable permettent de les nuancer et de mieux en saisir la complexité.

## La meilleure connaissance des mécanismes neurobiologiques de l'addiction permet d'améliorer les stratégies d'aide et de soins

Dans l'addiction, la perte progressive de contrôle de la consommation, malgré l'existence la survenue de dommages personnels, sanitaires ou sociaux, traduit l'altération des mécanismes fondamentaux de contrôle du plaisir et des émotions : la « passion » l'emporte sur la « raison ».

**Si l'installation d'une addiction dépend de l'interaction de facteurs de vulnérabilité individuels et du contexte environnemental, il nous paraît capital d'insister sur le fait que lorsque l'addiction est installée, elle se traduit par un fonctionnement neuropsychique pathologique : du fait de la perturbation acquise des mécanismes neuronaux ce qui était, à l'origine, un plaisir contrôlable devient un besoin incoercible.**

Toutes les substances psychoactives et pratiques addictives susceptibles d'entraîner une dépendance agissent sur différents systèmes neuronaux, en interaction entre eux, pour déréguler gravement une voie finale commune : « les circuits motivationnels », perturbant ainsi la régulation des sensations et des émotions. Les substances psychoactives agissent puissamment sur ce système fondamental pour la survie de l'espèce, perturbent son

fonctionnement normal et le détournent à leur profit, la prise de la substance devenant alors un objectif motivationnel fondamental.

**L'addiction installée a, petit à petit, été reconnue comme une maladie du cerveau à part entière.** Déjà, en 1997, le *Lancet* titrait "*Addiction is a brain disease* » mais le changement des représentations sociales est lent et progressif

La connaissance de plus en plus fine des mécanismes de l'addiction, liée aux progrès de la neurobiologie et de l'imagerie cérébrale, de la génétique des comportements et de la neuropsychologie permet désormais d'affirmer que le cerveau du sujet devenu addict ne fonctionne plus comme un cerveau normal : il a perdu la liberté de décision quant à l'objet de son addiction ; son fonctionnement est altéré par sa passion addictive

**L'existence de cette perturbation des mécanismes neurobiologiques et neurophysiologiques doit aider à faire comprendre que, lorsque la dépendance est installée, il ne faut pas parler de « vice » ou de « manque de volonté » mais de maladie**

**Cette perte de contrôle est insidieuse, lente, progressive.** Longtemps le consommateur la méconnaît et peut dire « je gère », en se confortant par un « je consomme comme tout le monde » mais, en réalité, il perd petit à petit le contrôle, de façon plus ou moins profonde.

**Cette perte de contrôle est également plus ou moins importante et plus ou moins réversible** selon la gravité de l'addiction.

**Ceci permet de comprendre que les stratégies d'aide et de soins devront être différentes selon le niveau d'addiction.**



## UN CHANGEMENT DE PARADIGME UNE POLITIQUE DE REDUCTION PRAGMATIQUE DES DOMMAGES : POURQUOI ?

### Une politique de réduction des dommages est évaluable

**Nous parlerons tout au long de ce rapport de « réduction des dommages », car il s'agit la d'une donnée objective, perceptible, évaluable et donc plus à même d'être acceptée par les pouvoirs publics et la société.**

La notion proche de « réduction des risques » est moins évaluable et surtout, complètement associée en France à la réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues injectables.

D'autre part la « réduction des risques » peut plus facilement donner lieu à des politiques idéologiques, correspondant aux idées que chacun peut se faire des risques, sous tendue par les représentations du « bon » et du « mauvais », souvent proches du « Bien » et du « Mal ».

Cette différence sémantique est importante pour l'objectivité et l'acceptabilité des mesures à prendre, même si, en pratique, la réduction des dommages est la conséquence de la réduction des risques.

### Absence de résultats probants des politiques idéologiques

Une partie de la société et des responsables politiques ne parviennent pas à imaginer d'autre voie que « la lutte frontale contre la drogue » et visent la réduction maximale de l'usage des produits addictifs par des moyens répressifs et des dispositifs de soins réduits, se limitant à la prévention primaire et à l'abstinence

**Les politiques simplistes de « lutte contre les fléaux sociaux, alcoolisme et toxicomanie », les objectifs prohibitionnistes, la « guerre à la drogue » sont coûteux et surtout peu efficaces, voire contre-productifs (la focalisation sur la « guerre à la drogue » a entraîné une perception exacerbée de la dangerosité des produits illicites qui a pour conséquences une sous évaluation relative de celle des produits licites**

La littérature internationale a par ailleurs montré que la prohibition des drogues **renforçait la survenue de maladies infectieuses ou de troubles psychiatriques associés** à l'usage de drogues en favorisant la prise de risque vis-à-vis des drogues et en renforçant la stigmatisation des usagers de drogues.

Les conflits d'intérêts générés par les consommations, la complexité des déterminants des addictions, les représentations erronées de la dangerosité des produits, l'échec des politiques idéologiques doivent amener à mettre en place des stratégies pragmatiques et coordonnées de réduction des dommages.

Mais il faut être conscient que promouvoir une politique pragmatique de réduction des dommages amènera à faire face à ces préjugés et positions politiques, qui perçoivent toutes les initiatives de réduction des risques et des dommages comme autant d'incitation et de banalisation de la consommation de ces produits, sans par ailleurs s'interroger sur la tolérance dont jouissent paradoxalement la consommation des produits légaux, globalement plus nocifs.

### Une politique pragmatique doit s'axer prioritairement sur la réduction des dommages

**Les consommations de produits psychoactifs et les pratiques liées à des recherches de satisfactions immédiates sont inhérentes à la condition humaine. Il est donc illusoire voire dangereux de vouloir les faire disparaître. En revanche, ce sont les abus et les dommages entraînés par ces pratiques ainsi que les conditions de leur développement qu'il faut viser.** C'est le réalisme et le pragmatisme qui sont dans ce domaine la clé d'une politique efficace pour les personnes et pour la société.

Pour cela, il convient d'analyser et d'agir sur les comportements de consommation problématiques et leurs déterminants, notamment auprès des populations les plus vulnérables. Les mesures sont à prendre en fonction d'une analyse prévisible de la réduction des dommages, tout en tenant compte le plus objectivement possible des avantages liés à la consommation pour les personnes qui y recourent.

## Des mesures basées uniquement sur des données évaluées et sur des preuves scientifiques

Il convient de poursuivre une stratégie pragmatique de réduction des dommages, appuyée sur des données observées en termes de santé publique plutôt que sur des objectifs déterminés par les représentations subjectives et des positions idéologiques. Cette stratégie doit prendre en compte la balance entre les satisfactions et les risques, les intérêts et les coûts et s'appuyer sur une politique de régulation de la consommation de substances psychoactives et des produits addictifs basée sur des données scientifiques. Les champs scientifiques concernés doivent inclure non seulement l'épidémiologie, la biologie, la médecine, mais aussi les données issues des sciences humaines et sociales incluant l'anthropologie, la psychologie, la sociologie, la science politique, l'histoire, l'économie et le droit.

Les avancées scientifiques et les évaluations des actions menées permettront de déterminer l'intérêt et les conditions de réalisation de telle ou telle mesure ou expérimentation.

## UN CHANGEMENT DE PARADIGME UNE POLITIQUE DE REDUCTION PRAGMATIQUE DES DOMMAGES : COMMENT ?

### **Pour réduire les dommages il faut agir sur les trois déterminants des addictions**

Les addictions résultant des interactions produit / individu / environnement, prévenir et intervenir implique d'agir dans ces trois dimensions.

Le fait que l'installation d'une addiction se situe à la rencontre entre un produit (plus ou moins addictogène), un individu (plus ou moins vulnérable), et un environnement (plus ou moins incitatif), permet de construire les nouvelles stratégies de réduction des dommages qui doivent s'appuyer sur l'évolution des connaissances scientifiques : cliniques, thérapeutiques, sociologiques, économiques et juridiques

Un abord pragmatique devrait donc désormais amener les responsables de la Santé Publique à privilégier avant tout les stratégies, basées sur des preuves, de réduction des dommages liés aux consommations en agissant dans les trois dimensions.

### **Agir pour diminuer la dangerosité des différents produits ou comportements addictifs (Fiches 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19)**

Cela implique de :

- diminuer leur consommation et pour cela diminuer « l'offre et la demande »
- empêcher ou réduire leur consommation chez l'adolescent
- diminuer leur potentiel psychoactif et addictogène
- traiter l'addiction qu'ils induisent, avec des spécificités propres à chaque produit
- prévenir, réduire et traiter les dommages sanitaires et sociaux spécifiques qu'ils induisent

L'évaluation des dommages spécifiques à chaque produit est présentée dans la première partie du rapport et les stratégies de réduction des consommations et des dommages spécifiques à chaque produit, avec les références scientifiques, sont présentées dans la deuxième partie du rapport.

Dans la synthèse nous avons présenté une fiche de réduction des dommages par produit/ou comportement problématique.

### **Agir sur les populations les plus vulnérables et les situations à risque (Fiches 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26)**

S'il semble que l'environnement, par l'incitation à la consommation, joue sur l'initiation et le maintien d'un comportement de consommation, il est vraisemblable que la vulnérabilité individuelle explique l'entrée dans la dépendance et la gravité de celle-ci : cette vulnérabilité peut être génétique, épigénétique, en lien avec l'âge d'entrée dans les consommations ou avec l'existence de troubles psychiatriques.

Les déterminants individuels de la vulnérabilité/protection sont d'ordre biologique (génétique et développementaux), psychologique (antécédents familiaux et personnels, organisation de personnalité et psychopathologie, difficultés actuelles) et socio-économique (stress professionnel, précarité réelle ou ressentie, etc).

Ils favorisent des comportements de consommation qui traduisent et expriment cette vulnérabilité

- la consommation précoce : de très nombreux travaux permettent d'affirmer que plus la consommation est précoce et plus le risque addictif est important. Les produits psychoactifs viennent particulièrement perturber le développement cérébral de l'adolescent et altérer le bon déroulement de son parcours scolaire ou social. Une des priorités absolues devrait être la réduction de la consommation chez les mineurs et la pénalisation de l'incitation à la consommation des mineurs.
- la consommation auto-thérapeutique : le risque addictif est augmenté lorsque les produits sont consommés principalement pour apaiser un malaise ou nécessaire

pour se sentir à l'aise dans les relations. Dans le même ordre d'idées la présence de troubles psychiatriques (anxiété, dépression, troubles bi-polaires) aggrave considérablement les problèmes liés aux addictions

- la recherche d'ivresse et de sensation forte, l'association à des conduites d'excès, notamment les consommations festives à risque
- la précarité et les difficultés d'insertion sociale (échec scolaire, rupture des liens familiaux, inactivité sociale) ;
- la polyconsommation en lien avec la recherche d'ivresse, de sensations, de mal être psychologique et les difficultés sociales
- la consommation dans des circonstances particulières : conduites d'engins, grossesse, travail...

Dans cette synthèse, nous avons présenté une fiche de réduction des dommages par populations vulnérables (ou situations à risques accrus)

## Agir sur les déterminants sociaux, culturels et économiques

Il s'agit là d'agir sur les multiples facteurs sociaux culturels et économiques qui incitent à la consommation.

### 1-Tenir compte des multiples et très importants bénéfices pour les individus et la société qu'entraîne la consommation de substances

Il faut également être conscient que la consommation de ces produits psychoactifs est source de plaisirs et de bénéfices individuels, mais aussi d'intérêts sociaux et de bénéfices commerciaux considérables.

On peut schématiser les bénéfices pour la société comme suit :

- des bénéfices économiques : il faut évidemment prendre en compte l'importance économique que représentent la production, la vente, la distribution, la commercialisation, la promotion et la consommation des produits licites.
- des bénéfices sociaux : il s'agit là de l'importance de la consommation du produit pour la société : les équilibres sociaux, entre les groupes contribuant à la production, à la distribution, à la consommation la cohésion sociale, comme par exemples : Lobby de producteurs, aide à la création de lien entre les individus d'un groupe...
- et des bénéfices culturels : Il s'agit là de la place du produit pour représenter ou promouvoir un mouvement culturel, sa valeur festive ou conviviale, la promotion de rituels, la transmission d'un savoir-faire. Exemples : savoir faire quant à la production d'un produit, valeur initiatique, image du groupe consommateur.

Il ne faut pas non plus oublier les bénéfices illicites : le trafic de drogue rapporte énormément. Il fait vivre toute une chaîne « industrielle », de la production, économie principale de certaines régions du monde (Maroc, Mexique, Afghanistan, Colombie), aux grands et puissants industriels mafieux du crime organisé, en passant par les riches grossistes et semi-grossistes français qui font l'économie et la loi de certains territoires jusqu'aux petits détaillants.

### 2-Modifier les représentations sociales de la dangerosité des produits

L'approche par la notion d'addiction permet également de relativiser les différences entre les drogues licites et illicites. La consommation de substances psycho actives est présente dans toutes les cultures et dans toutes les époques. Mais au regard de l'universalité ces consommations, les stratégies de prévention et d'organisation de soins, ainsi que les législations sont peu cohérentes, sans rapport clair avec la gravité des dommages entraînés. Les risques et les dommages sont les données les mieux connues : une étude récente conduite par David Nutt a proposé une évaluation affinée et complète, à l'aide d'une analyse multi-variée, des dommages liés à la consommation des produits : cette étude a pointé la discordance entre l'évaluation de la nocivité des produits et leur statut légal (les produits les plus nocifs étant l'alcool, le tabac et l'héroïne).

La perception de la dangerosité des différents produits par la population française est en complet décalage avec la réalité de la gravité des dommages qu'ils induisent telle qu'elle est identifiée / évaluée par les experts du monde entier, et les experts français (Ces données sont présentées dans la fiche 2). Cette mauvaise perception des risques et des dommages rend peu pertinentes les actions de prévention et peu cohérentes les actions répressives.

### **3-S'adapter à une société addictogène**

Nous vivons dans une société « addictogène » qui présente des caractéristiques particulièrement adaptées pour la création ou le renforcement des conduites addictives.

Cette société incite une stimulation forte des désirs et de plaisirs, avec une maximalisation sensorielle et une accélération généralisée, proposant des effets plus intenses, rapides et peu durables mais renouvelables à l'infini, banalisant le « tout, tout de suite » dans culture consumériste qui « ne concerne pas la satisfaction des désirs, mais l'excitation du désir, de toujours plus de désir », une société du binge et de l'industrialisation du plaisir.

De nombreux travaux scientifiques prouvent que pour créer une addiction il faut fournir des récompenses (substances ou comportement susceptible de procurer du plaisir), intenses et rapides, de durées brèves et à un rythme variable. On sait aujourd'hui les créer industriellement. Les produits consommés ou achetés sont, en général, doublement récompensant, ajoutant aux émotions positives une valorisation du statut social. Le marketing des comportements ou des produits, licites ou illicites, utilise ces mêmes stratégies qu'internet et les réseaux sociaux démultiplient.

Dans le contexte de cette société addictogène, promouvant la consommation, la vitesse et l'immédiateté des satisfactions comme autant de promesses du bonheur individuel, les problèmes d'addictions sont à la rencontre entre :

- une « offre » de produits ou d'autres objets potentiellement addictifs (jeux, paris, achats à crédit, etc) qui se diversifie sans cesse et qui met en jeu des facteurs et des équilibres économiques, commerciaux, financiers, et toutes les régulations dans ce domaine (prohibition, commerce contrôlé, conditions et lieux de vente, publicité...);
- une « demande », c'est-à-dire un attrait pour ces sources d'auto-modification et de sensations, que celui-ci traduise une recherche de plaisir, de soulagement ou de socialisation, mettant en jeu tant le bien être que la santé individuelle et collective.

**Les enjeux soulevés par les comportements de consommation et la nécessité de réduire tant l'offre que la demande sont à la fois sociétaux, économiques, sanitaires, éducatifs, sécuritaires. Ils nécessitent donc une politique globale et coordonnée**

### **Une évaluation des bénéfices et des dommages pour permettre trois objectifs**

La vision idéologique ancienne, clivée entre le « bien » et le « mal », doit laisser la place à une évaluation objective des bénéfices et des dommages, individuels et sociaux, des consommations et des comportements.

Cette évaluation rendra ensuite possible l'application de politiques publiques, à l'efficacité scientifiquement prouvée, poursuivant trois objectifs pragmatiques et évalués :

1. **La diminution des consommations ou comportements addictifs potentiellement nocifs, en agissant à la fois sur l'offre et la demande.**
2. **La réduction des dommages qui leur sont liés**
3. **Le renforcement d'une aide et d'un accompagnement les plus précoces possibles.**

## CE CHANGEMENT DE PARADIGME IMPLIQUE TROIS CHANGEMENTS MAJEURS

### La réduction des dommages implique un « nouveau référentiel de santé publique »

La réduction des dommages ne se limite pas à une simple juxtaposition de techniques d'intervention mais constitue un référentiel de « santé publique » valorisant la capacité des individus à se prendre en charge et nécessitant que les politiques de santé prennent en compte les besoins des individus concernés.

**Ce référentiel de santé publique se fonde sur certains concepts et valeurs :**

- **Un objectif prioritaire de réduction des dommages et donc des consommations**
- **la démarche de proximité (« aller vers », c'est-à-dire aller à la rencontre des personnes et les prendre là où elles en sont dans leur parcours de consommation)**
- **l'absence de jugement moral sur les pratiques de consommations**
- **et la responsabilisation et la participation des consommateurs.**

Si l'objectif de réduction des consommations, l'affirmation des interdits portant sur les comportements de consommations nuisibles à autrui et la poursuite de lutte contre le trafic des produits illicites doivent rester des priorités, il faut parallèlement apprendre à « vivre avec les produits addictifs », en domestiquant et en régulant leur usage. Le contexte de consommation devient la cible d'une palette d'interventions possibles qui propose, selon la demande, de consommer à moindre risque, de diminuer sa consommation ou de se sevrer.

### 1- Une autre philosophie du soin

La réalisation de ces objectifs devra s'appuyer sur une philosophie de la prise en charge différente de l'approche médicale traditionnelle.

**Il faut en effet toujours partir de la demande de l'utilisateur qui reste le meilleur levier, s'y adapter et l'accompagner dans une démarche progressive dans laquelle tous les changements positifs sont considérés comme des succès : réduire les consommations, consommer en prenant moins de risques, gérer ses prises de produits, devenir abstinent sont autant d'objectifs d'amélioration et de réduction des dommages.** Cette approche pragmatique permet de graduer les réponses en fonction des besoins et en s'attachant à aider la mise en œuvre des options les plus réalisables pour l'utilisateur, plutôt que de se focaliser sur des options souhaitées par la société et les soignants mais trop inaccessibles pour l'utilisateur. Il faut proposer une approche graduée et progressive qui crée un continuum entre les approches de réduction des consommations et des risques et les approches thérapeutiques orientées vers l'abstinence. **La force d'une approche graduée est d'offrir un éventail de possibilités, parmi lesquelles les usagers peuvent choisir en fonction de leurs attentes et de leur évolution,** dans une optique d'ouverture qui permet d'optimiser la prise charge et qui favorise la collaboration entre les professionnels.

L'approche sanitaire de réduction des dommages est basée sur le non-jugement moral des personnes faisant usage de drogues, de leurs pratiques, de leur famille et de leur entourage.

### 2- Une prévention/action ciblée (fiche 5, 11, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25)

- **En premier lieu, en plus de la prévention générale, le développement d'une prévention/action ciblée qui donnera la priorité à des stratégies de repérage et d'intervention précoce. (Fiche 5)**

Ces stratégies, simples, utilisables et validées, devront être très largement diffusées et intégrées par les acteurs de première ligne (MG, urgentistes, médecins du travail, chirurgiens dentistes) au bénéfice de tous les consommateurs.



- Mais ces actions doivent être aussi **tout particulièrement adaptées en direction des populations les plus à risques. (Fiches 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26)**
- **Le public « jeunes »**, l'objectif est d'aller à sa rencontre par des interventions en direction des parents, mais aussi du milieu scolaire, des dispositifs éducatifs ou d'insertion, ou en développant des actions en milieu festif, et cela en lien avec les Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) et avec les équipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie (ELSA)
- **Les personnes en situation de précarité...**
- **Les patients atteints de troubles mentaux** sont un autre public à privilégier, troubles psychiatriques et troubles addictifs s'aggravant mutuellement et nécessitant une double prise en charge.
- L'évolution récente des usages montre aussi l'importance d'actions vers le **public féminin**, notamment **les femmes enceintes et les femmes isolées**, pour tenir compte des situations de vulnérabilité physique, de grossesse, des risques de violences, de stigmatisation et de désocialisation.
- Enfin, les **populations incarcérées** ou sous main de justice nécessitent un effort spécifique d'accès aux soins et de réduction des risques.
  - Ces stratégies de prévention/action doivent **être adaptées également aux situations à risque (Fiches 11, 19, 26)**
- conduite automobile
- travail
- dopage

### **3- un accès aux soins facilité, un dispositif mieux organisé (Fiches 5, 6, 7, 8, 9)**

- En deuxième lieu, il convient d'aménager un parcours d'accompagnement et de soins cohérent et articulé afin de faciliter l'orientation, l'accès aux soins ainsi que la réduction des risques. L'amélioration du dispositif et l'amélioration de la fluidité sont détaillées dans des propositions pragmatiques et peu coûteuses, visant à une meilleure organisation du dispositif de soin et d'accompagnement et à une formation renforcée

## **La réduction des dommages implique un développement de la formation, de l'enseignement et de la recherche (Fiche 10)**

### **1- Enseignement formation et recherche dans les sciences de la santé**

L'état actuel de la **formation médicale** sur les addictions est très insuffisant :

- 1 question sur les 400 de l'ECN dans la formation initiale des médecins, 6 questions en 2015
- seules 11 facultés sur 30 ont un service universitaire (et un enseignant d'addictologie).
- la formation médicale post universitaire est laissée au choix et à la bonne volonté de chaque médecin.

Si l'on veut avoir une formation des médecins à la hauteur des besoins, des soins s'appuyant sur des bonnes pratiques validées, une orientation adaptée des patients dans leur parcours de soins cela implique prioritairement un renforcement important et soutenu de la formation médicale

Le nouveau « référentiel de santé » nécessaire à une prise en charge plus efficace doit être enseigné aux étudiants en médecine, comme les autres outils diagnostiques et thérapeutiques. Cela ne peut être fait que par des addictologues universitaires, formés et compétents.

Les progrès dans les soins passent évidemment aussi par les progrès dans la compréhension des mécanismes des addictions et des thérapeutiques possibles.

**La recherche** française dans le domaine des addictions, et en particulier, la recherche clinique, est embryonnaire : seules 3 unités de recherches sont labellisées. Le financement

est dérisoire au regard des dommages entraînés : 20 Millions d'euros. (Pour mémoire, celui des Etats-Unis, pour la recherche et la formation est de plus de 1.5 Milliards de dollars (NIDA +NIAAA) soit un financement par habitant dix fois plus élevé)

Nous reprenons dans cette synthèse les propositions qu'à faite de Michel Lejoyeux dans son rapport remis à la Présidente de la MILDT, résumé dans la fiche 10.

## 2- Enseignement formation et recherche dans les Sciences Humaines, Economiques et Sociales

### a- La formation de tous les acteurs de première ligne

Un des axes prioritaires de la réduction des dommages est le développement d'une prévention/action ciblée permettant le repérage et l'intervention précoce. Ceci implique que l'ensemble des acteurs de premières lignes soient formés et compétents pour ce repérage et ces interventions précoces et, si nécessaire pour une orientation adaptée.

De la même manière que doivent être formé les généralistes, les urgentistes et les médecins du travail il faut développer dans le domaine des addictions la formation initiale et complémentaire des pharmaciens, des dentistes, des éducateurs, des policiers, des enseignants...

### b- la recherche

Nous appuyons les propositions de ce rapport sur des données épidémiologiques, sociologiques, économiques et juridiques. Mais celles-ci sont encore éparses et peu congruentes. Nous proposons donc, dans le domaine des Sciences Humaines Economiques et Sociales de :

- développer les recherches compréhensives sur les représentations et les attentes associées aux conduites addictives.
- développer les recherches réflexives sur les conduites addictives comme catégorie de l'action publique.
- développer les recherches évaluatives et interventionnelles.
- développer l'interdisciplinarité.

## La réduction des dommages implique un renforcement de la réglementation, de la législation et de la fiscalité (Fiche 27, 28, 29)

Cette politique équilibrée nécessite des mesures de contrôle et de réduction de l'offre. Pour l'offre régulée (Alcool, Tabac, Jeux d'argent) les stratégies validées de lutte contre les incitations à la consommation excessive sont l'augmentation des prix, les actions visant à dénormaliser la consommation, le contrôle et l'encadrement de l'offre, l'encadrement et/ou l'interdiction de la publicité. Pour l'offre interdite (stupéfiants), au delà de la nécessité de lutter contre les trafics, recentrer la pénalisation de l'usage sur les délits liés aux usages de produits induisant des dommages à autrui (délits routiers, métiers à risque, violences...), complétée par une évaluation clinique et une orientation vers un accompagnement psycho-éducatif et, si besoin, thérapeutique chaque fois que nécessaire.

## 1- Adaptation de la fiscalité

Le bilan total de l'impact des drogues pour la France est négatif (23 548 M€). 1,4% de la richesse produite en France est gaspillée du fait de la présence des drogues. Ce résultat n'exagère pas le coût des drogues pour la France car il conviendrait d'actualiser l'étude avec des données 2010. Le résultat serait encore plus alarmant.

En 2006, les taxes spécifiques sur le tabac s'élevaient approximativement à 10 milliards d'euros et les taxes sur l'alcool à 8 milliards d'euros. Elles sont donc entre près de trois fois inférieures au coût externe. **La conclusion est simple, l'alcool et le tabac imposent un coût à la collectivité que les taxes sont bien loin de compenser. Les autorités publiques seraient donc amplement légitimes à remonter massivement les taxes sur**



**des deux types de produits.** Le produit de ces taxes devrait être affecté à la prévention, aux soins et à la recherche

## 2- Régulation du marketing

Les stratégies marketing des industriels du tabac et de l'alcool sont extrêmement puissantes, parfaitement ciblées et redoutablement efficaces : on leur doit en particulier les nouveaux modes et l'augmentation des consommations chez les jeunes et les fumeurs.

Ces stratégies se sont particulièrement développées grâce « au cavalier législatif » utilisé à l'occasion de la loi HPST pour faciliter la promotion de l'alcool : l'autorisation de la publicité sur internet qui est désormais le meilleur et le plus puissant vecteur publicitaire.

Nous proposons donc :

- **de faire appliquer les lois existantes et de revenir à l'esprit de la loi Evin** : la propagande ou la publicité, directe ou indirecte, en faveur des boissons alcooliques est très limitée, et sur certains supports. Sur la toile, c'est exactement l'inverse depuis la loi HPST : la promotion des boissons alcoolisées y est autorisée, sauf sur certains sites. **Ne pas autoriser cette promotion, sauf sur certains sites clairement définis (producteurs, marchands en ligne, œnotourisme...).**
- **de financer la prévention et la recherche par les industriels au prorata de leurs dépenses de marketing**
- de développer un **observatoire du marketing** de l'alcool et du tabac
- **d'élargir les missions du « Comité de la modération »** non seulement aux campagnes de prévention, mais aussi **aux stratégies promotionnelles**

## 3- Une législation comparable pour les délits liés à la consommation de drogues licites ou illicites

Il serait moins irresponsable de préparer l'avenir que de s'accrocher au passé. Nous devons d'abord mieux anticiper les usages qui se préparent, et donc poser un interdit social cohérent et commun à toutes les substances et comportements dangereux. A ce stade, l'ancienne division licite/illicite est une prime donnée à l'alcool! La pénalisation du cannabis cache la sous évaluation des dommages de l'alcool chez les jeunes.

La sanction reste nécessaire mais il convient de marquer un interdit social plus cohérent que celui que nous avons aujourd'hui, et dont nous constatons tous les jours l'inefficacité.

L'augmentation des alcoolisations aiguës chez les jeunes, la stabilisation à un haut niveau de l'usage du cannabis, l'explosion des NDS devraient amener notre société à regarder les choses autrement.

Il ne s'agit en rien de banaliser le cannabis et aucune autre drogue "festive". Il faut donc prévoir pour les mineurs un interdit et une sanction non pénale s'il s'agit d'un usage privé, accompagné d'autres sanctions pénales et progressives si d'autres faits potentiellement nocifs pour autrui sont constatés, (usage en public, incitation à l'usage, délinquance routière, violence etc...).

Il semble exister un **consensus selon lequel la loi doit continuer à marquer un interdit social en matière d'usage de drogue, mais sans référence à une peine d'emprisonnement.** Il s'agit de garder la loi comme point de repère pour les usagers de drogue, tout en faisant en sorte que la réponse législative ne soit pas cause de dommages. La ligne générale proposée de **marquer l'interdit des drogues illicites mais de rapprocher au maximum la lutte contre les addictions pour diminuer les consommations, quels que soient les produits en cause** (drogue illicite, alcool, tabac) compte tenu des dommages causés :

- La réponse personnalisée et graduée, distinguerait d'abord selon l'âge (entre mineurs/majeurs).
- Elle aurait pour vocation de permettre **d'évaluer systématiquement la situation de toute personne verbalisée pour usage de produit licite ou illicite**, par une orientation obligatoire vers une consultation par un généraliste agréé ou un service d'addictologie, aux frais de la personne mise en cause. En cas de « consommation problématique » une suite adaptée serait donnée par le parquet via une injonction de suivi en addictologie. En

cas de récidive, le parquet adapterait sa réponse pour une peine d'amende (CRPC, ordonnance pénale).

#### **4-La réduction des dommages implique de modifier les interactions Santé/Police/Justice : une conférence de consensus « Santé/Police/Justice et Addictions »**

Politiques de santé publique et de sécurité publique ne doivent pas être opposées : les actions qui vont dans le sens de la santé publique bénéficient à la sécurité publique et à l'amélioration de la vie sociale. Il en va de même pour certaines mesures de sécurité publique si elles sont pensées en fonction des effets sur les individus et sur la santé publique. Par exemple, les interpellations pour délit routier ou pour ivresse publique sont nécessaires mais d'autant plus efficaces qu'elles s'accompagnent de mise en contact avec les services de santé dans des modalités adaptées, plus systématiques et plus lisibles.

La France est encore, à l'heure actuelle, l'un des pays européens où le clivage est le plus important et désorganisant.

il nous semble qu'une « **Conférence de consensus pour l'amélioration des interactions Santé/Police/Justice dans le domaine des addictions** » serait nécessaire : les propositions d'évolution de la législation (rapprochant les procédures d'évaluation et d'orientation après un délit, qu'il soit lié aux drogues licites ou illicites, pénalisation plus fortes des dommages à autrui, de l'incitation à la consommation chez les jeunes...) doivent être largement retravaillées, amendées par les experts, policiers et juristes, et reprises par les acteurs et la population.

Là encore, l'acceptation de ce changement de paradigme médico-légal ne pourra se faire qu'après un long travail d'explication et d'intégration.

Mais nous pensons qu'il **permettra aux actions sanitaires et policières de se compléter et de se potentialiser (meilleure utilisation de la justice pour orienter vers le soin, meilleure utilisation du sanitaire pour éviter les récidives)**

## DES DOMMAGES TRES IMPORTANTS, DES CHANGEMENTS MAJEURS, DES ACTIONS COMPLEXES : UNE PRIORITE NATIONALE

### La lutte contre les dommages des addictions : une priorité Présidentielle

Devant l'importance des dommages liés aux addictions, la complexité des actions à mener sur les différents déterminants des addictions, l'importance du changement conceptuel et la nécessité de son appropriation par la société, les multiples blocages ou résistances à dépasser nous sommes convaincus de la nécessité de faire de cette cause un chantier présidentiel. Il a fallu la volonté de Jacques Chirac pour mettre en œuvre le « Plan Addiction 2007-2012 ». Seule une implication claire et déterminée du Président Hollande, à la mesure par exemple de son implication dans le Plan Cancer 3, permettra d'impulser les changements nécessaires et les actions à la hauteur des besoins.

Nous ne ferons que citer le poids des lobbys pour l'alcool, celui du Ministère du budget dans l'intérêt n'est pas de voir diminuer les revenus de la consommation tabagique, la pesanteur des institutions hospitalières et universitaires, pour la plupart, qui n'ont absolument pas intégré les addictions dans leurs priorités

**Alors que les dommages s'accroissent, que les consommations problématiques augmentent il n'y a plus, depuis 2012 de « plan addictions », plus de financements, plus de volonté énoncée, plus d'actions fortes.**

### Le « plan gouvernemental » de lutte contre les dommages liés aux addictions

Il devra donc avoir deux volets complémentaires :

- un volet santé publique, sanitaire et social
- un volet sécurité publique

Le Président pourrait ainsi donner toute mesure au « Plan gouvernemental » 2012-2017 et impulser le débat sociétal et parlementaire informant la société française afin de **dépasser les positions et clivages idéologiques et partisans engager une évolution des représentations et aboutir à un consensus permettant de préparer les évolutions réglementaire législatives nécessaires et le Plan gouvernemental 2017.**

Seule la reconnaissance présidentielle permettra de donner une amplitude suffisante au plan gouvernemental.

Nous réjouissons que les « plan Alzheimer » « plan Parkinson » « plan Cancer » « plan Autisme » soient des priorités nationales avec des objectifs énoncés et des financements ciblés.

Mais les centaines de milliers de malades et de victimes des addictions méritent également l'intérêt national et des actions volontaristes et efficaces.

### L'ouverture d'un large débat sociétal et politique sera alors nécessaire : les Etats Généraux des Addictions

#### Pour un débat sociétal

Par cette démarche et à l'aide de ces données, il est possible d'éclairer au mieux l'opinion, le législateur et le pouvoir politique et apporter les outils pour une politique la plus globale et cohérente possible. Mais tout le monde comprendra que ces modifications de représentations et d'objectifs nécessitent pour élarger un véritable débat, dépassant les cercles d'experts ou des commissions parlementaires.

Ce débat social doit tout d'abord se mener dans le cadre des Etats généraux des Addictions. Les objectifs des **Etats Généraux de la réduction des Dommages des Addictions (EGAdd).**

Les EGAdd constituent une démarche novatrice et inédite : ils partent de « la base », ils sont portés par les patients et les victimes, mais fédèrent toutes les parties prenantes.

Il s'agira d'avancer ensemble grâce à un partage des informations et des stratégies possibles pour réduire les dommages des addictions afin d'aboutir à des objectifs communs.

L'ensemble des acteurs impliqués dans la réduction des dommages liés aux addictions sont engagés dans la démarche des EGAdd : professionnels de santé de toutes catégories, sociétés savantes et associations professionnelles, intervenants de l'environnement du soin, institutions (ministères, agences sanitaires...), fédérations hospitalières, experts en santé publique et économie de la santé, organismes de recherches, industriels, producteurs et distributeurs, et, bien entendu, les patients et les victimes, leurs proches et leurs associations

Les EGAdd ont pour mission de présenter aux pouvoirs publics, à l'horizon 2015, un état des lieux et des propositions consensuelles, destinées à réduire l'ensemble des dommages liés aux addictions et à améliorer la qualité des soins et de l'accompagnement des patients, des victimes et de leurs proches.

Un **travail similaire**, en lien avec ces Etats généraux des Addictions, devrait être **mené par des commissions parlementaires**

### **Une loi pour réduire les dommages des addictions**

Ces Etats Généraux des Addictions pourraient permettre et se conclure par une **loi** d'orientation concernant les usages, usages problématiques et addictions ayant pour objectif central de réduire les dommages liés aux consommations.

A cet égard, la loi du 12 mai 2010 relative à l'ouverture à la concurrence et à la régulation des jeux d'argent et de hasard en ligne peut apporter un éclairage nouveau sur la façon dont la société peut aborder une problématique addictive. Cette loi présente l'intérêt d'instituer des autorités de régulation indépendantes des opérateurs : ARJEL pour les jeux en ligne, Comité consultatif des jeux, incluant un observatoire des jeux pour les autres. De plus, elle pointe, dès ses attendus, la nécessité de lutter contre l'addiction au jeu, et de protéger la jeunesse. Elle prévoit un prélèvement sur les revenus du jeu en ligne, aux fins d'organiser la prévention et le soin.

Cet exemple d'une légalisation contrôlée pourrait être une base de réflexion pour une remise à plat des modes de contrôle, plus ou moins prohibitionniste, plus ou moins libéral, de l'ensemble des objets d'addiction.

### **Une Fondation Actions Addictions**

Parallèlement à l'organisation de ces Etats Généraux de la réduction des Dommages des Addictions, nous suggérons la création d'une Fondation Actions Addictions destinée à soutenir toutes les actions permettant de réduire les dommages des addictions (innovations dans tous les domaines : actions de prévention, d'accompagnement, de réinsertion, de recherches de formation, de sécurité...)

Cette fondation pourrait bénéficier de fonds publics (notamment directement à partir des taxes sur le tabac et l'alcool ce qui aurait le mérite d'afficher une véritable cohérence), de mécénat et surtout permettrait une mobilisation de la population sur cette problématique.

## FICHE 1- LES CONSOMMATIONS ET LEUR EVOLUTION DEPUIS 10 ANS

Nous reprenons dans cette fiche, pour l'essentiel, les données du **rapport Drogues et addictions, données essentielles 2013** de l'OFDT et du **Baromètre Santé 2013** de l'INPES

### LES CONSOMMATIONS EN FRANCE

*Nombre de consommateurs réguliers de substances psychoactives parmi les 11-75 ans, en France 2011 - OFDT*

Alcool	8,8 millions
Tabac	13,4 millions
Cannabis	1,2 million

Trois personnes sur dix fument quotidiennement, alors que l'usage n'est quotidien que pour un Français sur dix pour l'alcool et deux Français sur cent pour le cannabis

### LES CONSOMMATIONS DES JEUNES

Les consommations des jeunes se différencient de celles de leurs aînés sur deux points principaux : l'importance du rôle tenu par le cannabis et la place des épisodes d'alcoolisations ponctuelles importantes (cinq à six verres en une seule occasion pour les jeunes, six pour les adultes).

La proportion de consommateurs réguliers de cannabis est deux fois plus importante chez les jeunes de 17 à 25 ans que chez les personnes âgés de 26 à 44 ans

Les alcoolisations ponctuelles importantes (API) sont incomparablement plus fréquentes chez les jeunes

### LES EVOLUTIONS SUR LES 10 DERNIERES ANNEES

#### La consommation de tabac augmente depuis 2005.

La proportion de consommateurs de tabac a augmenté entre 2005 et 2010 parmi la population française âgée de 18 à 75 ans, ce qui constitue la première hausse significative depuis la loi Évin en 1991. Cette évolution semble surtout liée à l'accroissement de l'usage chez les femmes, notamment celles âgées de 45 à 64 ans.

#### Deux points positifs :

L'âge d'initiation au tabac a augmenté chez les jeunes : ils fument leur première cigarette plus tardivement à la fin des années 2000 qu'au début de celles-ci.

On a observé une diminution de la quantité moyenne de tabac fumée par les fumeurs quotidiens entre 2005 et 2010

#### Moins d'alcool quotidien, plus d'alcoolisation ponctuelle importante

**Un point positif :** la proportion de consommateurs quotidiens, tout comme les quantités d'alcool mises en vente, ont nettement diminué au cours des années 2000, prolongeant ainsi la tendance observée depuis plusieurs décennies.

**Mais si la consommation quotidienne est en baisse, les comportements d'alcoolisation ponctuelle importante (cinq à six verres en une seule occasion) se sont développés depuis 2005 chez les adolescents de 17 ans et les jeunes adultes. L'augmentation a été particulièrement forte chez les jeunes femmes de 18 à 25 ans,**

#### Consommation d'hypnotiques et d'antidépresseurs en baisse

## Stabilisation des usages de cannabis à des niveaux élevés

La proportion de consommateurs de cannabis dans l'année parmi la population âgée de 18 à 64 ans est restée stable au cours des années 2000. La France n'en demeure pas moins en 2011 le pays avec la plus forte proportion de jeunes consommateurs de cannabis parmi les 36 pays ayant participé à la même enquête sur les consommations des jeunes lycéens en 2011.

## Diffusion de la cocaïne

La part des 18-64 ans en ayant consommé dans l'année a triplé au cours de la décennie, passant de 0,3 % à 0,9 %. L'évolution est semblable chez les jeunes de 17 ans : la part des expérimentateurs est passée entre 2000 et 2011 de 0,9 % à 3 %.

## Émergence des nouveaux produits de synthèse

Depuis 2007-2008, un éventail de substances regroupées sous l'appellation « nouveaux produits de synthèse (NPS) », des stimulants le plus souvent (mais on trouve aussi des cannabinoïdes de synthèse), se propage dans toute l'Europe. Ils sont conçus pour contourner la législation sur les stupéfiants et bénéficient d'Internet comme vecteur commercial

**L'augmentation du nombre de ces produits rend leur identification et la lecture des évolutions particulièrement difficile.**

**L'offre augmente régulièrement et, actuellement, il apparaît à la vente sur le net environ un nouveau produit par semaine**

## Rebond des usages d'héroïne

Parmi les 15-35 ans, la part de ses consommateurs dans l'année a quasiment doublé entre 2005 et 2010, passant de 0,5 % à 0,9 %.

## Polyconsommations

5% des jeunes de 18 à 30 ans sont des polyconsommateurs associaant essentiellement alcool, tabac cannabis. Mais les autres produits sont parfois aussi associés. Cette population pose de nombreux problèmes sociaux, mélangeant précarité, parfois violence et petite délinquance. Elle est souvent très mal perçue par les riverains et voisins. On la retrouve le plus souvent dans certains territoires urbains et péri urbains. Elle mobilise une grande énergie de la part des travailleurs sociaux et de la police.

### CONSOMMATIONS A RISQUES ET CONSOMMATIONS PROBLEMATIQUES

#### En ce qui concerne l'alcool

La part des « buveurs à risques chroniques » parmi les 18-75 ans s'établit à 9 % en 2010 (soit environ 4 millions de personnes), les 18-25 ans étant les plus touchés (14 %). La proportion de cette catégorie de consommateurs a augmenté par rapport à 2005 (+ 7,6 %). « buveurs à risque de dépendance » en 2010 de 1,2 % (soit environ 500 000 personnes), contre 0,9 % en 2005.

La part des « buveurs à risque ponctuel » parmi les 18-75 ans s'établit à 28 % en 2010 (soit environ 12 millions de personnes), en hausse notamment chez les 18-35 ans et les jeunes femmes de 18-25 ans depuis 2005.

#### En ce qui concerne le tabac

13 Millions de fumeurs, plus de 90% sont des fumeurs pluriquotidiens donc risquant les dommages sanitaires bien connus (cancers, bronchite chronique, troubles cardiovasculaires)

### **En ce qui concerne le cannabis**

16 % des jeunes consommateurs ayant consommé du cannabis au cours de l'année présentent un risque élevé d'usage problématique

### **En ce qui concerne les usagers de drogues illicites dits « problématiques »**

Il existe plusieurs sous-groupes d'usagers qui ont néanmoins en commun d'être dans la plupart des cas polyconsommateurs.

- Les consommateurs dépendants aux opiacés suivant un traitement de substitution
- Les polyconsommateurs qui présentent fréquemment des troubles psychiatriques associés, en situation beaucoup plus précaire
- Les jeunes en errance,
- Certains groupes de migrants en provenance d'Europe centrale et orientale
- Certains usagers appartenant aux différents milieux fréquentant l'espace de la fête.

Le nombre d'usagers de drogues illicites « problématiques » peut-être estimé à 280 000 en France pour l'année 2011. C'est la valeur centrale d'un intervalle assez large se situant entre 222 000 et 340 000 usagers.



## FICHE 2- COMPARAISON DES DOMMAGES, DES BÉNÉFICES ET DES REPRÉSENTATIONS DES DIFFÉRENTES ADDICTIONS

### Évaluation par des experts de la gravité des dommages liés à la consommation des différents produits psychoactifs

Afin d'aider à définir une politique des addictions dans les domaines sanitaires, sociaux et répressifs, plusieurs études ont été conduites par des experts en addictologie pour évaluer comparativement les dommages liés aux différents produits, en s'appuyant sur des données validées.

Une étude anglaise, dirigée par David Nutt, avec une méthodologie inspirée sur l'analyse des risques complexes (par exemple les risques suicidaires). L'Analyse de Décision MultiCritères (MCDA) a permis une mesure globale des dommages associés à la consommation de 20 produits addictifs en demandant à un panel d'experts en addictologie de quantifier pour chaque produit 16 types de dommages différents couvrant un vaste ensemble de dommages à l'utilisateur et de dommages à la société.

Les critères d'analyse retenus évaluaient

- Les dommages aux consommateurs incluant :
  - les dommages physiques : mortalité directe, mortalité indirecte, dommages spécifiques, dommages liés à la consommation
  - la dépendance, les troubles mentaux spécifiques et liés à la consommation
  - les dommages sociaux incluant les pertes de revenus et les difficultés relationnelles.
- les dommages à autrui incluant :
  - les blessures et souffrances physiques et psychiques
  - les crimes et délits, les conséquences familiales, les coûts économiques, les atteintes à la communauté.
- Dans cette étude, l'alcool était le produit le plus à risque, suivi de l'héroïne, de la cocaïne, du tabac et du cannabis.

### Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis

David J Nutt, Leslie A King, Lawrence D Phillips, on behalf of the www.thelancet.com Vol 376 November 6, 2010

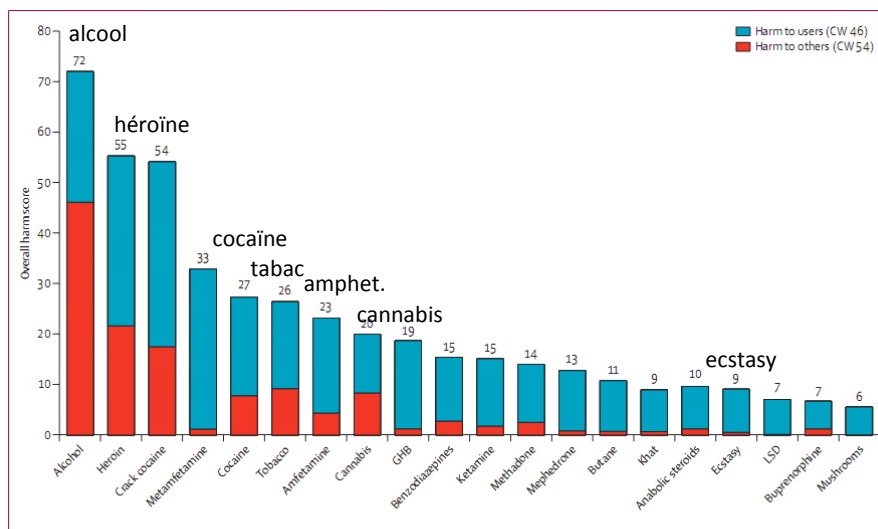
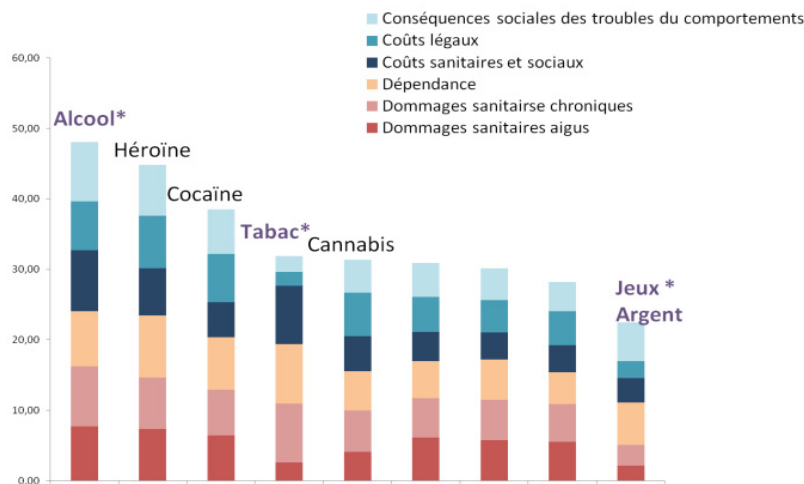


Figure 2: Drugs ordered by their overall harm scores, showing the separate contributions to the overall scores of harms to users and harm to others. The weights after normalisation (0–100) are shown in the key (cumulative in the sense of the sum of all the normalised weights for all the criteria to users, 46; and for all the criteria to others, 54). CW=cumulative weight. GHB=γ hydroxybutyric acid. LSD=lysergic acid diethylamide.



Nous avons mené un travail comparable avec 48 experts en addictions français. Pour les 7 produits communs aux deux études, les résultats sont très proches. Dans notre étude l'alcool est également le produit le plus à risque pour l'utilisateur et pour la société. Suivent ensuite l'héroïne et la cocaïne. Les dommages associés au cannabis et au tabac sont de même ordre de grandeur, le tabac étant caractérisé par des dommages élevés pour l'utilisateur.



*Evaluation des dommages globaux, étude Bourgain et al, 2012*

Une étude similaire a été menée par l'équipe de Win Vanderbrink, des experts Hollandais.

Toutes ces études avec des méthodologies proches, plus ou moins sophistiquées, aboutissent toutes aux mêmes résultats

Le coefficient de corrélation entre les deux évaluations est de 0.95 (entre études anglaises et françaises et 0.97 (entre étude anglaise et néerlandaise).

Pour résumer, les experts européens s'accordent sur les éléments suivants :

- l'alcool est le produit le plus dangereux entraînant des dommages sanitaires et sociaux majeurs.
- Puis viennent l'héroïne et la cocaïne
- Puis le tabac, causant surtout des dommages sur la santé
- Puis le cannabis, causant prioritairement des dommages sociétaux

Ces différentes études mettent ainsi en évidence une discordance frappante entre le statut légal des produits et la gravité des dommages induits par leur consommation.

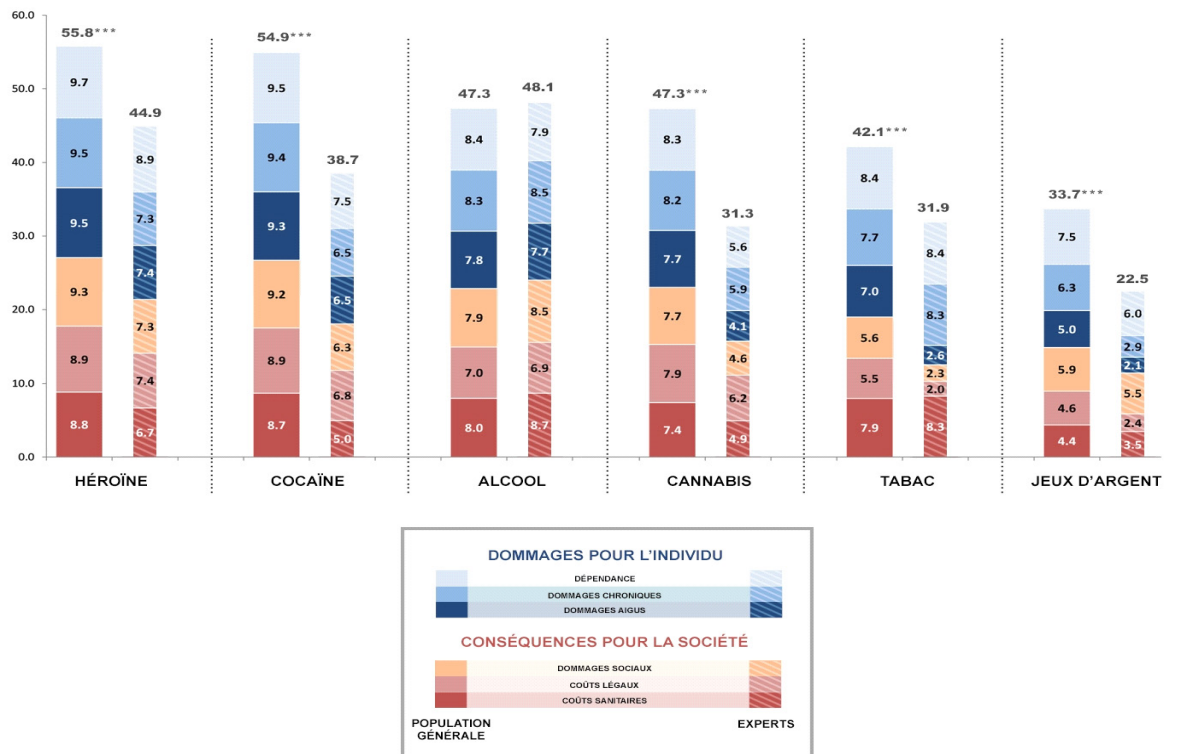
## Evaluation des représentations de la dangerosité des produits dans la population française.

Les résultats sont particulièrement instructifs, illustrant la peur sociale des dommages liés aux substances psycho-actives.

Les évaluations globales de dommages par le grand public sont nettement supérieures aux évaluations de ces mêmes dommages par les experts

- Pour les 3 principales drogues illégales (Cannabis, Cocaïne, Héroïne), les évaluations des dommages pour l'utilisateur et pour la société faites par la population sont plus élevées que celles des experts :

- Alors que pour les experts, l'alcool est le produit ayant les scores les plus élevés de dommages sur les utilisateurs et sur la société, pour la population générale, il se classe au :
  - au 3<sup>ème</sup> rang, à peu près au même niveau que le cannabis, pour les dommages individuels et globaux.
  - 4<sup>ème</sup> rang après l'héroïne, la cocaïne et le cannabis dans l'évaluation des dommages sociaux, ce qui traduit une nette sous évaluation des dommages liés à l'alcool, avec en particulier une sous évaluation des dommages sociaux



## Evaluation des représentations de la dangerosité des produits chez les consommateurs

Les consommateurs et les experts s'accordent sur les dommages liés aux substances addictives. De façon très intéressante, les évaluations par les consommateurs des substances sont globalement beaucoup plus proches des évaluations par les experts. Les scores composites globaux, individuels (en particulier pour la dépendance) et sociaux pour le cannabis et la cocaïne ne sont pas significativement différents entre les consommateurs et les experts.

Reynaud M; Major discrepancies between the general population, users and experts, *Journal of Psychopharmacology* 2013

## Quelques enseignements à tirer pour réduire les dommages

Ces résultats mettent donc en évidence des divergences majeures sur la perception de la dangerosité des produits entre les experts et la population générale (alors que les consommateurs sont bien informés des dangers encourus)

### **a- Conséquences à tirer de la surestimation, par la population française, des dommages des produits illicites et de la sous estimation de ceux de l'alcool**

Ceci doit amener à s'interroger sur les conséquences des campagnes d'information et du statut, légal ou illégal, des produits et en particulier sur les raisons et les conséquences de la sous évaluation relative des dommages liés à l'alcool :

- d'une part, cette surestimation des dommages pour toutes les substances par la population générale, à l'exception de l'alcool laisse penser que les campagnes centrées sur les dommages uniquement ont atteint leurs limites.
- d'autre part, la communication sur les dangers des drogues illicites focalise les inquiétudes de la population, amenant, de fait, à une minimisation relative des dommages du produit le plus dangereux, l'alcool, mais aussi du tabac, perçu comme moins dangereux que le cannabis.

**Cette surestimation des dommages explique probablement le poids des substances illicites dans les politiques de santé et de sécurité publique, au regard des politiques menées par rapport à l'alcool (Mann, 2012).**

### **b- Conséquences à tirer de la bonne connaissance, par les consommateurs, des dommages liés aux produits**

Et pourtant, la connaissance des dangers n'empêche pas les consommations, puisque les consommateurs de drogues illicites semblent aussi informés que les experts.

Ceci devrait amener les pouvoirs publics à **promouvoir une information comparative sur les dommages des différents produits, et tout particulièrement de l'alcool.**

### **c- nécessité de prendre en compte les bénéfiques des consommations**

Enfin, les résultats mettent également en lumière une perception plus importante des bénéfiques liés aux substances par les consommateurs.

Ceci doit amener à **aborder autrement l'éducation des nouveaux utilisateurs**. Les interventions qui ne se concentrent que sur les dommages en ne tenant pas compte des bénéfices perçus des substances ont peu de chance de convaincre un nouveau consommateur d'arrêter la consommation de substances addictives.

- **Bibliographie dans "contributions des experts" page 203**

## Bilan socio-économique

- Le tabac vient en tête (17 769 M€), essentiellement nous l'avons vu par ce que les pathologies issues de l'alcool sont prises en charge.
- L'alcool pèse 3 157 M€ mais devrait peser approximativement comme la tabac si les pathologies liées à l'alcool n'étaient pas faiblement prises en charge. Il y a là un véritable paradoxe : si l'alcool pèse si légèrement dans le bilan, ce n'est pas parce que l'alcoolisme est un problème mineur en France mais précisément parce que le problème est majeur et que les autorités n'y consacrent pas des ressources suffisantes.

Le bilan total des drogues pour la France fait apparaître un coût pour la société de 23 548 M€. 1,4% de la richesse produite en France est gaspillée du fait de la présence des drogues. Ce résultat n'exagère pas le coût des drogues pour la France car il conviendrait d'actualiser l'étude avec des données 2010. Le résultat serait encore plus alarmant comme le suggère les points suivants.

- La mortalité due aux drogues a fait l'objet de publications récentes qui réévaluent la mortalité tabac à 73 000 et celle de l'alcool à 49 000 décès ce qui doit conduire à une augmentation du coût externe (voir Hill et al.,2013).
- Le coût de la mortalité de l'alcool est probablement encore sous-estimé car les décès liés aux violences sous l'emprise de l'alcool sont ignorés faute de données.
- Le coût de la perte de la vie humaine et de la qualité de la vie liés à la consommation de cannabis est sous-estimé dans l'étude de 2004.
- Le coût des soins engendrés par les pathologies liées à l'alcool est sous-estimé. Entre 2009 et 2011, les hospitalisations pour l'ensemble des pathologies liées à l'alcool ont augmenté de 30% (Reynaud, 2013).

**Les précédentes observations soulignent qu'un effort doit encore être fait afin de disposer d'une mesure précise du poids que les drogues licites et illicites font peser sur la collectivité. Les autorités publiques devraient consacrer des ressources suffisantes pour que les données nécessaires au calcul des coûts engendrés par les drogues soient régulièrement collectées.**

- **Bibliographie dans "contributions des experts" page 213**



**PARTIE I-  
REDUIRE LES DOMMAGES EN AMELIORANT LA PREVENTION, L'INTERVENTION PRECOCE,  
LES SOINS ET L'ACCOMPAGNEMENT**

## OBJECTIFS

Il est avant tout nécessaire d'agir sur les facteurs socio-économiques, culturels et environnementaux pour principalement :

- réguler et réduire l'offre par des mesures portant sur la disponibilité et l'accessibilité des produits (production, publicité, points de vente, âge d'accès au produit, fiscalité) ;
- réduire les inégalités sociales et territoriales tant sur le plan des conditions de vie et des dommages observés que celui de l'accès aux moyens de prévention, d'accompagnement et de soin ;
- prévenir les premiers usages et l'engagement dans les conduites addictives par des actions de prévention primaire auprès de l'ensemble de la population et des différents publics.

## ACTIONS PROPOSEES

- **Promouvoir une véritable politique de promotion de la santé**

Se déclinant en :

1. Prévention universelle : campagnes d'information et d'éducation pour la santé, pour réduire le niveau global des consommations, notamment en matière d'alcool, tabac, cannabis ;
2. Education à la santé et à la citoyenneté (information et formation) par des actions de prévention de proximité auprès des différents publics pour favoriser chez les personnes le développement de leurs compétences psycho-sociales ;
3. Intervention précoce par le repérage des mésusages le plus tôt possible dans la trajectoire de vie des individus.

- **Inscrire la prévention dans la loi**

A l'instar de celle de l'éducation thérapeutique dans la loi de politique de santé publique de 2004, pour asseoir sa reconnaissance et mettre en œuvre de modalités de financement plus sûres et plus adéquates lui assurant stabilité et prévisibilité : en effet, ce continuum d'action doit pouvoir s'appuyer sur un réel continuum des financements de l'assurance maladie aujourd'hui dissociés entre les financements médico-sociaux pérennes et ceux des actions de prévention qui restent aussi incertains que les résultats des appels à projet

- **Assurer stabilité et prévisibilité au dispositif de prévention.**

Pour ce faire, sont nécessaires au niveau territorial une meilleure cohérence des financements des activités de prévention de proximité et un niveau à la hauteur des enjeux, la mise en place d'un continuum d'action, de la promotion de la santé aux préventions sélectives et ciblées, intégrant la prévention des risques, la réduction des dommages, l'intervention précoce, l'accès aux soins, le soin, l'action sociale et l'accompagnement.

- **Bibliographie dans "contributions des experts" page 103**

Il existe aujourd'hui un large consensus parmi les professionnels pour considérer que la prévention qui consiste à informer sur les dangers des drogues et à rappeler les interdits n'a pas d'efficacité à elle seule. **De nombreuses études montrent que les messages préventifs n'ont d'effet sur les personnes les plus exposées aux risques que s'ils sont accompagnés et adaptés dès les premiers signes de difficultés.** Cette démarche d'intervention précoce doit être prioritaire pour donner une réelle efficacité à la prévention en matière d'addiction. L'Union européenne en préconise le développement depuis une dizaine d'années et des pays sont de plus en plus nombreux à en faire un axe essentiel de leur politique (Canada, Suisse, Suède...). La France, pays parmi les plus touchés en Europe par des consommations à risques des drogues (alcool et tabac compris), devrait en faire un volet central de sa politique de prévention.

### UNE DÉMARCHE DE PREVENTION /ACTION

- **Développer des stratégies de prévention individualisée et d'aides aux plus vulnérables**

Il ne s'agit donc pas seulement d'éviter (prévention) ou de traiter des difficultés (soins), mais aussi de contribuer à la construction d'un environnement plus favorable au développement, de renforcer les ressources de la personne et de proposer des soutiens adaptés à ses besoins.

**La démarche d'intervention précoce comprend quatre phases : le renforcement des ressources de l'environnement, le repérage, l'évaluation et l'accompagnement.**

- **Promouvoir et renforcer un environnement favorable**

**La démarche d'intervention précoce mobilise l'ensemble des acteurs, spécialistes et non spécialistes, de toutes les communautés sociales (famille, école, quartier, entreprise, institution...), dans l'objectif de favoriser une communauté sociale responsable et préventive**

- **Le repérage**

Cette démarche de repérage repose avant tout sur l'établissement d'un dialogue, y compris individuel, entre l'utilisateur et son environnement naturel, d'aider celui-ci à identifier les signaux d'alerte et à s'intéresser aux pratiques à risques, et de permettre l'accès à une évaluation plus approfondie pour les usagers qui en ont besoin.

**L'un des objectifs de l'intervention précoce est précisément d'aider les adultes à savoir comment réagir face à d'éventuels signes de vulnérabilité, ou face aux questions soulevées par des pratiques addictives.**

Le repérage est une intervention non spécifique de première ligne.

- **L'évaluation**

Cette phase **ne se justifie que pour une minorité d'utilisateurs**. Elle demande des compétences particulières et doit être confiée à des professionnels formés à l'évaluation approfondie de vulnérabilités individuelles.

C'est par exemple le rôle des **Consultations jeunes consommateurs**



- **L'accompagnement**

Elle ne concerne qu'une petite minorité d'usagers en associant autant que possible l'entourage et en promouvant les ressources de la personne pour qu'elle gère au mieux sa vulnérabilité et les facteurs qui y concourent.

#### ACTIONS PROPOSEES

- **Inclure systématiquement l'intervention précoce dans tous les programmes nationaux, régionaux et locaux de prévention**
- **Intégrer l'intervention précoce aux missions des CjC**
- **Développer des programmes de type RPIB**

Afin d'intervenir avant les dommages dans le cadre des consultations de médecine générale et spécifiquement en prévention du risque alcool, **le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB)** a fait l'objet de nombreuses études internationales qui en ont validé l'efficacité sur la consommation déclarée d'alcool, en l'absence de dépendance [1 ; 2]. Cette nouvelle pratique est **une stratégie d'intervention précoce conçue particulièrement pour aider les médecins généralistes et les autres professionnels de santé comme les chirurgiens dentistes dans leur activité courante.**

L'introduction dans les programmes en formation initiale, et dans les thèmes prioritaires en formation continue, pourrait s'associer au financement de formations sur les territoires de proximité, avec une coordination dans une organisation régionale.

- **Bibliographie dans "contributions des experts" page 106**

## **Le patient, sa famille et ses proches**

### **Le patient**

Le malade addict, à la différence des autres malades, est habituellement culpabilisé et stigmatisé et le consommateur de drogues illicites est poursuivi et pénalisé. Des représentations de péché, de vice, de faiblesse, de manque de volonté sont toujours très présentes et compliquent l'accès aux soins.

La transformation d'une consommation/plaisir à la dépendance est difficile à appréhender, aussi bien pour le patient que pour son entourage ; la perte du contrôle raisonnable qu'implique la dépendance et dont les mécanismes neurobiologiques sont maintenant clairement décrits, est difficilement représentable et peu acceptable.

Les représentations de fatalité, d'incurabilité dominent encore.

Le poids de ces représentations culpabilisantes explique en partie le peu d'intérêts des soignants et du système de soins, la non reconnaissance sociale de ces pathologies, et le faible poids social des associations de malades, très peu représentées dans les instances de tutelles hospitalières, médico-sociales ou ministérielles.

### **La famille et les proches**

La souffrance et les drames vécus par les familles dont un membre est addict sont très largement sous estimés et peu entendus. Elles sont même parfois culpabilisées très injustement.

Il existe quelques associations de soutien des familles dérivées des Alcooliques Anonymes et quelques associations ayant pour objectif de faire entendre, au plan politique, les souffrances endurées. Ces associations, aussi bien « thérapeutiques » que « politiques », sont en nombre très insuffisant, peu reconnues, peu structurées et peu aidées.

## **ACTIONS PROPOSEES**

- **Modifier la représentation des pathologies addictives**

- par de campagnes d'information
- par la formation des médecins et des soignants
- par la **reconnaissance de la longue durée de ces maladies et du handicap qu'elles entraînent.**

- **Soutenir les familles, développer leurs associations**

- en mettant l'accueil des familles dans les missions des soignants et des centres de soins
- en reconnaissant le rôle des associations de familles dans la perception de la prise en charge sociale de ces malades
- en soutenant leur fonctionnement et leurs actions (sur le modèle de ce qui a été fait en psychiatrie) en les aidants dans leur formation et dans leur conduite de projets
- en leur donnant une place dans les instances sanitaires, médico-sociales et administratives

- **diminuer les dommages chez les simples consommateurs**

**Enfin, il faut apprendre à considérer que les usagers ne sont pas systématiquement des malades et peuvent être simplement aidés à diminuer les risques de leur consommation.**

### **Développement de l'éducation par les pairs**

Elle permet de prendre en considération la culture du groupe concerné. Des associations intervenant en milieu festif techno comme Techno Plus ou Keep Smiling, relaient l'information sur la réduction des risques avec leur code culturel, s'inscrivent dans cette démarche d'éducation par les pairs. L'association Narcotiques Anonymes joue le même rôle dans le maintien de l'abstinence.

**Soutien des associations d'autosupports** des usagers de drogues constituent une formalisation politique. Elle se définit par la participation citoyenne de la population concernée aux politiques publiques qui lui sont destinées. Ce sont, par exemple, Act-Up ou ASUD dans le champ de la réduction des risques.

Rélegitimer les associations d'auto-support et de santé communautaire en leur donnant une place à part entière dans l'élaboration de la politique des addictions et en maintenant leurs financements.

### **Développement des compétences des acteurs sur internet**

Les forums d'usagers ont une place à part. Internet a permis de créer de nouvelles communautés et de renouveler l'éducation par les pairs. Des forums francophones comme Psychonaut, Lucid State ou Psychoactif ou anglophone comme Bluelight ou drug-forum voient le jour. Et l'avènement des NPS amplifie le phénomène. Ces forums deviennent des sources d'information et de partage d'autant plus importantes, que ce sont pratiquement les seules.

Permettre aux communautés issues d'internet de se structurer (être financées), pour que les nombreux témoignages d'usagers qu'elles hébergent puissent remonter vers les pouvoirs publics et les professionnels.

Profiter de la connaissance technique d'internet de ces communautés pour travailler à l'émergence des professionnels sur le web.

- **Soutenir le développement des associations de patients et la participation des usagers**

- en reconnaissant leur utilité et leur rôle d'accompagnants
- en valorisant et en finançant notablement leur fonctionnement et leurs actions.
- en les intégrant dans les instances hospitalières, médico-sociales, ministérielles, administrative
- en redéfinissant leurs missions, la nécessité de formation, le financement, etc... : nous suggérons une charte sur ce sujet qui permettrait de rendre l'action de ces mouvements plus lisible et d'assurer leur financement.
- en appliquant la loi de 2002 en mettant en place des conseils de la vie sociale

- **Développer l'éducation thérapeutique du patient**

Il est indispensable de développer l'éducation thérapeutique du patient (ETP) en addictologie. Les addictions sont des pathologies chroniques, aboutissement de comportements inadaptés. Leur changement implique la participation très active du patient, acteur de ce changement de comportement et dont la 1<sup>ère</sup> étape est une bonne connaissance de la maladie, de ses rouages, mais aussi des objectifs possibles et des stratégies de changement à mettre en œuvre.

C'est là le champ de l'ETP que l'OMS définit comme « visant à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique ».

Il faut encourager la création et la diffusion de programmes d'ETP par toutes les composantes de soins : médecins généralistes, suivi ambulatoire spécialisé, hospitalisation...

Ces programmes doivent être agréés et financés par les ARS.

- **Renforcer l'addictologie de recours et de proximité :**

- En direction de l'ensemble des médecins généralistes :  
Encourager l'implication de la médecine générale dans la prise en charge des addictions suppose :

- l'intégration des problématiques addictologiques dans le cursus de la formation médicale initiale
- une formation continue et des évaluations professionnelles intégrant l'addictologie
- la reconnaissance et la valorisation des expériences interventionnelles en médecine générale, sous la forme d'actions d'intervisions ou de supervision (réunions confraternelles ou interprofessionnelles)
- **Inscrire comme prioritaire la thématique « addictions et premier recours » pour le développement professionnel continu**, à tous les niveaux (national et régional).
- Identifier et médiatiser les consultations spécialisées de proximité, permettant l'évaluation et l'organisation partagée du parcours de santé et de soins de la personne.

- **Développer les réseaux « addictions »**

La prise en charge des personnes présentant des conduites addictives est souvent complexe, associant de nombreux intervenants. Cela implique de réorganiser la coordination des acteurs de soins autour des patients et notamment de redéfinir la place et l'organisation des réseaux.

Les réseaux addictions, sous différents formats (en proximité, en région, ou missions dans les réseaux polyvalents de proximité), ont démontré leur utilité pour optimiser cette articulation nécessaire.

### **Les addictions dans les missions des réseaux**

Les missions concernant les addictions dans les réseaux territoriaux sont :

- **une mission de coordination des parcours de soins** : avec l'ensemble des acteurs concernés d'un territoire donné autour de la situation des patients avec selon les cas leur présence.
- **une mission d'appui et de formation aux professionnels** et notamment professionnels libéraux (prise en charge d'actes dérogatoires, plateformes téléphoniques, documentation, expertise, etc..)
- **une mission transversale sur la mise en place d'actions innovantes** (mise en place de protocoles, par exemple sur le Baclofène, des ateliers à la RDR, des actions VHC et VB, perspective appui méthaville, etc)

Les réseaux sont aussi un enjeu important et actuellement en difficulté : il ne s'agit pas simplement de développer la communication entre les acteurs, mais d'organiser une coordination de l'ensemble des partenaires permettant d'assurer les parcours de soins dans les meilleures conditions possibles et de répondre aux besoins des patients. **Il convient d'intégrer l'addictologie dans ces réseaux territoriaux de santé et d'en faire un volet obligatoire.**

- Articuler ces consultations avec les réseaux polyvalents de proximité, les maisons et pôles de santé, les autres structures sociales ou sanitaires des territoires.
- Développer la communication entre les acteurs autour des patients.
- Evaluer et coordonner en régional ces dispositifs.
- Mettre en place des indicateurs pertinents, simples, peu nombreux, concertés et communs à toutes les régions, pour évaluer les processus et les résultats.

## FICHE 8 AMELIORER LE DISPOSITIF MEDICO SOCIAL ET DE REDUCTION DES RISQUES

Le dispositif médicosocial en addictologie a été restructuré entre 2006 et 2010 avec la mise en place des CSAPA<sup>1</sup> et des CAARUD<sup>2</sup>. Il tient une place primordiale dans la prévention et l'accompagnement thérapeutique. Ses champs et niveaux d'intervention ont été définis par le Décret CSAPA de 2007 et la circulaire DGS de 2008. Il assure un ensemble de missions tout au long de la trajectoire des personnes en difficulté avec des conduites addictives, et, par sa proximité, est en capacité de répondre aux besoins des populations locales : l'accueil, l'information, l'évaluation, l'orientation, la réduction des risques, le soutien à l'entourage et aux familles, l'accompagnement thérapeutique et la coordination des prises en charge, l'intervention précoce et la prévention, la formation, la recherche.

### **Le dispositif médico-social en addictologie est en voie de structuration autour de véritables Centres ressources.**

Mais la mutation profonde qu'il a effectuée ces dernières années a été parfois rendue difficile voire bloquée car elle ne s'est pas accompagnée, dans bon nombre de départements et de territoires, des moyens à la hauteur des besoins ni d'une programmation concertée de son déploiement, en particulier dans son rôle spécifique de l'intervention précoce et de la réduction des risques.

### **Le versant « soins résidentiels » du dispositif**

Tente aussi de se structurer pour apporter des offres diversifiées et adaptées à différentes populations : Centres Thérapeutiques Résidentiels (CTR), Communautés thérapeutiques (CT), Familles d'accueil (FA), Appartements Thérapeutiques (AT). Alors que ce dispositif de soins résidentiels apporte des outils indispensables pour les accompagnements les plus difficiles, il connaît des difficultés grandissantes

### **La mise en œuvre et la valorisation d'innovations**

- les Consultations pour Jeunes Consommateurs (CJC) sont une porte d'accès essentielle pour ce public. Elles jouent un rôle de pivot pour développer des actions d'intervention précoce.
- *les dispositifs expérimentaux et innovants* sont peu ou pas soutenus (éducation à l'injection, éducation thérapeutique, accès au logement d'abord...).
- Des réponses nouvelles pour lesquelles des projets existent sont repoussées depuis des années, comme la mise en place de *Centres* de Consommations Supervisées ou l'expérimentation de Traitements de Substitution Opiacés par voie injectable.

## ACTIONS PROPOSEES

- Garantir une répartition géographique et fonctionnelle sous forme de « Centres ressources » composés d'au moins 1 CSAPA et 1 CAARUD par territoire de santé, et des effectifs d'au moins un équivalent temps plein de professionnel spécialisé en contact avec les usagers pour 10 000 habitants
- Favoriser le développement de la réduction des risques et de l'intervention précoce, en lien avec la médecine de ville et le dispositif social.
- Instaurer un rattachement à chaque CSAPA de personnels dédiés à la prévention, en organiser la coordination sur des programmes locaux et régionaux et en stabiliser les budgets

<sup>1</sup>Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

<sup>2</sup> Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogues

- Développer les Consultations Jeunes Consommateurs en nombre et en capacité d'action, le repérage et l'intervention précoce, ainsi que les structures adaptées pour adolescents, l'aide aux familles et le soutien par les pairs.
- Renforcer les équipes des CAARUD et des CSAPA pour parvenir à une réelle pluridisciplinarité et à des capacités d'accueil et de suivi à la mesure des besoins (temps médicaux, de travailleurs sociaux, psychologues,...)
- **Développer les capacités d'accueil des services de soins résidentiels** sur la base d'une programmation nationale et régionale, garantissant l'égalité d'accès aux différents profils et parcours d'usagers et aux offres correspondantes, et mettre notamment en place une programmation pour, en moyenne par Région, 30 places en Centres Thérapeutiques Résidentiels, 30 places en Communauté Thérapeutique et 10 places en Réseau de Familles d'Accueil.
  - Développer systématiquement des offres d'aide et de soutien à l'entourage (conjoint, parents et programmes spécifiques pour les souffrances des enfants).
  - Consolider et développer des programmes thérapeutiques de jour, notamment en lien avec des hébergements médico-sociaux.
  - Clarifier les fonctions des CHRS, ceux « dit » addictologiques
  - Organiser la prise en charge des addictions en prison et la collaboration avec les autres dispositifs. Organiser un recours précoce aux soins par des consultations avancées auprès des populations sous main de justice, en garde à vue et/ou détenus.
  - Développer des structures ambulatoires et avec hébergement adaptées pour public en situation de précarité sociale notamment en zone urbaine très peuplée, visant la réduction des risques et des dommages.
- **Intégrer des dispositifs innovants** en direction de populations particulières (notamment des centres de consommations supervisées et des programmes adaptés d'éducation aux risques liés à l'injection), les actions dans les lieux festifs et auprès des publics précaires.
- Diversifier les modalités de soins et de traitement, notamment en élargissant la palette des TSO et des thérapies psychosociales au sein du dispositif médico-social spécialisé : mettre en place, selon les recommandations de l'Expertise de l'INSERM sur la réduction des risques (2010) une expérimentation de diamorphine injectable et lancer un essai clinique d'utilisation en substitution de la buprénorphine en iV et en intra nasal
- Créer des MAS interrégionales pour psychose alcoolique et démence toxique irréversibles.
- Expérimenter des nouveaux métiers de la santé concernant notamment les professions intermédiaires et la santé communautaire.

## FICHE 9 AMELIORER LE DISPOSITIF SANITAIRE GENERAL

La grande majorité des patients présentant des conduites addictives est accueillie dans le dispositif sanitaire général, le plus souvent pour des complications ou comorbidités somatiques ou psychiatriques.

Les conduites addictives représentent pourtant une des toutes premières causes d'hospitalisation toutes causes confondues.

Le poids de ces séjours est considérable pour les établissements hospitaliers

**Au total, en 2011, le nombre de séjours hospitaliers liés à un problème avec l'alcool est d'environ 800 000 correspondants à plus de 400 000 patients.**

**Ainsi, l'éthylisme avec dépendance génère une activité hospitalière importante (170 M€), à la croissance 3 fois supérieure (+8,5%) à l'ONDAM Hôpital (+2,8%).**

Non seulement l'éthylisme aigu ou avec dépendance constitue un des premiers motifs d'hospitalisation parmi les quelques 600 GHM existants mais il contribue aussi fortement à la croissance de l'activité hospitalière,

Dans cette situation, la conduite elle-même passe souvent au second plan. Il arrive encore trop souvent qu'elle soit ignorée et non prise en charge. **La moitié des sujets dépendants reste moins de 2 jours à l'hôpital, le plus souvent sans avoir de prise en charge addictologique, ni intégration dans une filière de soins**

Ces chiffres montrent :

- qu'à l'évidence, **parmi tous les patients hospitalisés pour alcoolo-dépendance, seul un petit nombre est pris en charge par les structures spécialisées**
- Que **les ressources ne sont pas encore à la hauteur des besoins** et implique de maintenir et de renforcer ce dispositif encore inégalement réparti sur le territoire.

L'enquête DGOS réalisée en 2010 auprès de 645 établissements de santé dont 443 disposant d'une structure d'accueil des urgences a montré qu'il existait environ :

- 300 ELSA
- 500 consultations hospitalières d'addictologie
- 300 établissements dotés de lits de sevrages simples
- 70 établissements dotés d'une hospitalisation de jour
- 100 hôpitaux permettant des soins complexes (chiffre souvent basé sur la déclaration des établissements et probablement surestimé par rapport à la réalité de l'activité)
- Seulement 12 CHU comprenant un réel niveau 3 : unité de soins complexes, activité d'enseignement, de recherche et au moins un universitaire
- Une centaine de SSR accueillant, à des degrés divers, des personnes ayant des conduites addictives

### ACTIONS PROPOSEES

#### • Adapter l'addictologie hospitalière aux besoins :

- De façon générale, quel que soit le niveau, **inciter les établissements à développer l'addictologie et rendre cette activité pérenne** en demandant notamment aux établissements de **l'inscrire dans leur projet d'établissement et leur CPOM.**

- Demander que chaque établissement de santé désigne **un directeur et un médecin référent pour l'addictologie** : chaque établissement devra nommer un binôme (médecin-administratif) référent en addictologie qui devra décrire l'organisation adoptée par l'établissement et produire un rapport d'activité annuel des prises en charge en addictologie et proposer des améliorations.



- Dans le cadre du processus d'accréditation des établissements de santé par la HAS, faire **inscrire l'addictologie comme un élément qui doit être pris en compte pour être accrédité.**
- **Inscrire l'addictologie dans les Pratiques Exigibles Prioritaires**
- Demander que des projets de création ou d'extension, pourtant viables et bénéficiaires, ne soient pas bloqués pour cause de contrat de retour à l'équilibre de l'établissement.
- **Sanctuariser les crédits MIG fléchés addictologie** et intégrés depuis 2013 au FIR.

## • Renforcer les différents niveaux de structures addictologiques

### a- Au niveau 1 :

- **Renforcer les ELSA à partir de critères précis de besoins et d'activité, notamment pour répondre aux conduites addictives des jeunes**
- Compléter le dispositif dans tous les hôpitaux disposant d'un SAU.
- Développer et faciliter la réalisation des sevrages simples dans les services non spécialisés en addictologie.
- Améliorer la culture addictologique dans les services non spécialisés en addictologie, mais qui traitent beaucoup de patients présentant des conduites addictives.

### b- Au niveau 2 :

- **Définir** par les ARS en collaboration avec les parties prenantes, professionnels en particulier, **le nombre et la localisation des niveaux 2** pour chaque région.
- Agréer ces structures
- Permettre un financement suffisant pour assurer la pérennité des structures :
- **Adosser un hôpital de jour en addictologie à chaque structure de niveau 2**, finaliser les règles définissant les conditions de reconnaissance et de tarification des séjours dans ces structures
- *Planifier après enquête et mettre en place avec l'ARS le nombre d'établissements de soins de suite et de réadaptation en Addictologie suffisants.*
  - . Compléter la couverture des besoins nouveaux :
    - \* femmes avec enfant,
    - \* patients présentant des troubles cognitifs importants, troubles fréquents lorsqu'ils sont recherchés et qui sont source d'inefficacité des traitements. Ils doivent donc impérativement être évalués et spécifiquement pris en charge avant que le patient puisse mettre en place des stratégies adaptées à sa conduite addictive (structures inter-régionales)

### c- Au niveau 3 :

- **Développer dans chaque région une offre de soins, d'enseignement et de recherche complète** en créant des structures de niveau 3 là où il n'y en a pas.
- Inciter les CHU à développer ces structures dans leur projet d'établissement.
- **Flécher des postes universitaires dans toutes les facultés de médecine** : PU, mais aussi MCU et assistants pour développer des « viviers » de jeunes candidats en leur offrant des postes post-internat.



## 1- Enseignement formation et recherche dans les sciences de la santé

En ce qui concerne l'enseignement, la formation et la recherche dans les Sciences Médicales nous renvoyons au rapport remis par le Professeur Lejoyeux à la Présidente de la MILDT

Si l'on veut avoir une formation des médecins à la hauteur des besoins, des soins s'appuyant sur des bonnes pratiques validées, une orientation adaptée des patients dans leur parcours de soins cela implique prioritairement un renforcement important et soutenu de la formation médicale

### ACTIONS PROPOSEES

- **Pour l'enseignement**

**Importance d'un soutien national, clairement énoncé** des pouvoirs publics à la discipline addictologique, condition indispensable pour disposer de postes de PU et de postes de chefs de clinique en addictologie (CCA), à l'instar de ce qui a été décidé par la volonté politique pour l'enseignement de la médecine générale, les urgences, la cancérologie et l'Alzheimer. La situation de l'addictologie est parfaitement comparable à ces autres disciplines en termes de santé publique et de sous dimensionnement universitaire.

#### **Renforcement et/ou mise en place du dispositif d'enseignement addictologique selon les sites et les filières**

- Pour le personnel soignant : étudiants en médecine, odontologie, pharmacie, soins infirmiers, kinésithérapie, maïeutique, psychologues, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, psychomotriciens. Création d'un module d'enseignement en addictologie dans les filières de santé hors filière médicale

- Pour les enseignants toutes classes : formation de base.

- Pour la magistrature : formation de base.

- Pour la police et les gendarmes : formation de base.

Mise en place de niveaux gradués de formation :

- Niveau de base pour toutes les professions étant amenées à rencontrer des usagers de substances psycho-actives et/ou des dépendants.

- Niveau « opérationnel » permettant de réaliser une action minimale d'information, de prévention, de dépistage et d'initiation au changement pour tous les personnels soignants  
Accès possible à un module de traitement complet des addictions pour tous les personnels soignants.

- Accès possible et encouragé à une formation à la recherche pour les personnels soignants médecine et autres filières.

**Ouverture de postes** de chefs de cliniques assistants (CCA) supplémentaires et « fléchés » en addictologie (un poste de CCA par UFR engagée dans la SFRA).

Recensement et soutien des emplois d'enseignants titulaires en addictologie (PU-PH)

**Création d'un master (M1 et M2 recherche en addictologie)**

- **Pour la recherche clinique en addictologie**

Soutien et développement des études de cohorte

Renforcement de la recherche épidémiologique en addictologie et association à la recherche clinique

Création d'une fondation de recherche clinique en addictologie (fondation de coopération scientifique)

## **2- Enseignement formation et recherche dans les Sciences Humaines Economiques et Sociales**

### **ACTIONS PROPOSEES POUR LA RECHERCHE**

- Développer les recherches compréhensives sur les représentations et les attentes associées aux conduites addictives.
- Développer les recherches réflexives sur les conduites addictives comme catégorie de l'action publique.
- Développer les recherches évaluatives et interventionnelles.
- Développer l'interdisciplinarité.



**PARTIE II –  
REDUIRE LES DOMMAGES LIES AUX PRODUITS ET AUX COMPORTEMENTS**

## LA CONSOMMATION D'ALCOOL ET SON EVOLUTION

La consommation d'alcool fait partie de la culture française. Le sud de la France suit un mode de consommation de type méditerranéen, avec une consommation volontiers quotidienne, notamment de vin au cours des repas, alors que le nord suit un mode de consommation proche de celui des pays riches du nord, avec une consommation plus importante de bière et de spiritueux. Le comportement d'Alcoolisation Ponctuelle Importante (API), reste encore assez peu fréquent en France mais a tendance à augmenter chez les jeunes depuis quelques années.

En France, la consommation d'alcool per capita était de 12,7 litres, très proche de la moyenne Européenne. La réduction de la consommation d'alcool a été particulièrement importante en France. C'est la baisse de la consommation de vin qui a porté l'essentiel de ce phénomène. Cette forte réduction de la consommation s'est traduite par une réduction de la mortalité.

**Les consommations aiguës d'alcool, souvent massives, particulièrement importante chez les jeunes, les API, constituent un élément relativement nouveau, encore mal évalué d'un point de vue sanitaire. Ce sera vraisemblablement un nouveau problème majeur, à venir, de santé publique dont nous n'avons pas encore pris toute la dimension.**

L'enquête ESCAPAD qui évalue les consommations chez tous les jeunes de 17 ans montre que **les usages fréquents et les ivresses sont en hausse depuis 2008** :

- l'usage régulier (10,5 % en 2011 contre 8,9 % en 2008) sont *en hausse*
- Les ivresses répétées (27,8 % en 2011 contre 25,6 % en 2008) *en hausse*
- Les ivresses régulières (10,5 % en 2011 contre 8,6 % en 2008) sont *en hausse*

Cette hausse est confirmée par le Baromètre santé qui analyse les Alcoolisations Ponctuelles Importantes (API)

- (53 % en 2011 ont eu 1 API dans les 30 jours contre 48,7 en 2008 et 45,8 en 2005)
- (22,6 % en 2011 ont eu 3 API dans les 30 jours contre 19,7 en 2008 et 17,9 en 2005)

## LES DOMMAGES LIES A L'ALCOOL

L'alcool est à la fois un produit qui procure beaucoup de plaisirs individuels et de bénéfices sociaux et le produit qui entraîne beaucoup de dommages sanitaires individuels et le plus de dommages sociaux.

Pour résumer, **il faut faire comprendre que l'alcool, produit qui procure le plus de plaisir et de bien être est simultanément le produit le plus dangereux.**

L'alcool est à la fois :

- la cause directe de maladies (dépendance...) et de délinquance (routière, ivresses publiques, manifestations...)
- mais aussi le facteur déclenchant de nombreuses autres maladies (cirrhoses, cancers, troubles neuropsychopathologiques, suicides...) et d'une très importante délinquance (violences, violences familiales, sexuelles...).

- **Dommmages individuels**

### **1-Dommages pour la santé**

L'alcool est directement à l'origine d'un grand nombre de pathologies telles que la cirrhose du foie et le syndrome d'alcoolisation foetale. Il est également impliqué plus ou moins directement dans la survenue d'un grand nombre d'autres dommages : cancers des voies aérodigestives, maladies de l'appareil circulatoire (coresponsabilité du tabac pour ces deux groupes de pathologies), cancer du foie, névrite optique, polynévrite, troubles psychiques, accidents (route, domestique, travail), rixes et suicides.

Les conduites d'alcoolisation et leurs complications sont responsables à elles seules de plus de 800.000 séjours hospitaliers annuels.

## 2-Dépendance

En France, 3,4% des adultes de plus de 18 à 85 ans étaient dépendants de l'alcool en 2004 (1,5% des femmes et 5,3% des hommes, ce qui correspondait à environ 1 300 000 personnes)

Avec la méthode d'évaluation retenue par l'INPES et l'OFDT les chiffres retenus sont :

**Buveurs à risques chroniques : 9 % soit environ 4 millions de personnes sont en hausse.**

**Buveurs à risques de dépendance : environ 500.000 personnes.**

**Et les buveurs à risque ponctuel représentent 28 % et sont en hausse, notamment chez les femmes de 18-25 ans**

## 3-Mortalité

La mortalité attribuable à l'alcool était de 49 000 morts en 2009 chez les adultes en France, ce qui correspond à 13% de la mortalité annuelle

La mortalité pouvait se décliner de cette façon en 2009 en France chez les plus de 15 ans : 15 000 morts par cancers, 12 000 par maladie cardiovasculaire, 8 000 par pathologie digestive, 8 000 par cause externes (accidents, suicides, chutes, homicides), et 3 000 par pathologie mentale et comportementale

## 4-Incapacités et mortalité prématurée : DALYS

Les années de vie ajustées sur l'incapacité (DALYs) sont un autre indicateur des dommages causés par l'alcool. Cette mesure cumule les avantages de donner plus de poids à la mortalité impliquant les plus jeunes et de prendre en compte les incapacités (non mesurées dans la mortalité). La déclinaison par type de maladie est différente pour les DALYs que pour la mortalité ; les troubles mentaux et neurologiques ont la part la plus importante (26% chez les hommes et 44% chez les femmes). Chez les hommes, les blessures sont le deuxième contributeur de DALYs

**En France, l'alcool représente la 3<sup>ème</sup> cause de mortalité, la 2<sup>ème</sup> cause de mortalité évitable et la 1<sup>ère</sup> cause de mortalité prématurée.**

- **Domages sociétaux**

Il est particulièrement difficile d'accéder aux données concernant **ce type de dommages très mal connus, et donc mal évalués par les Français**. Néanmoins deux rapports parlementaires récents (8 juillet 2009 Mr Etienne Blanc et Mr Jean Luc Warsmann) (23 janvier 2013 Mr Dominique Raimbourg et Mr Sébastien Huyghe), et l'enquête effectuée par l'ONDRP auprès des victimes entre 2009 et 2011 ont permis de rassembler les données suivantes

## 1-En ce qui concerne les infractions et la délinquance directement liées à l'alcool

L'alcool est directement impliqué dans un certain nombre d'infractions et de condamnations mentionnant explicitement cette substance. En 2011, les chiffres sont les suivants :

**74 994 infractions d'ivresses publiques et manifestes**

**386 828 contrôles à alcoolémies positives**

**290 294 infractions de sécurité routière liées à l'alcool**

**150 556 condamnations pour conduite en état alcoolique**

**1828 condamnations pour blessures involontaires par conducteur en état alcoolique**

**187 condamnations pour homicide involontaire par conducteur en état alcoolique**

**Les condamnations pour délits routiers liés à l'alcool représentent 25 % de l'ensemble des condamnations prononcées en France en 2011.**

## 2-En ce qui concerne les violences aux personnes et les délits indirectement liés à l'alcool :

De très nombreux autres délits sont commis par des personnes sous emprise de l'alcool et peuvent être ainsi considérés comme indirectement liés à l'alcool. C'est le cas notamment pour les délits impliquant des violences :

**40 % des violences familiales et/ou conjugales soit environ 400.000 personnes** chaque année ; chez les femmes la moitié des violences familiales ou conjugales sont en lien avec l'alcool

**25 % des faits de maltraitance à enfants**

**30 % des viols et agressions sexuelles soit environ 50.000 personnes** chaque année

**30% des faits de violences générales soit environ 200.000 personnes** chaque année

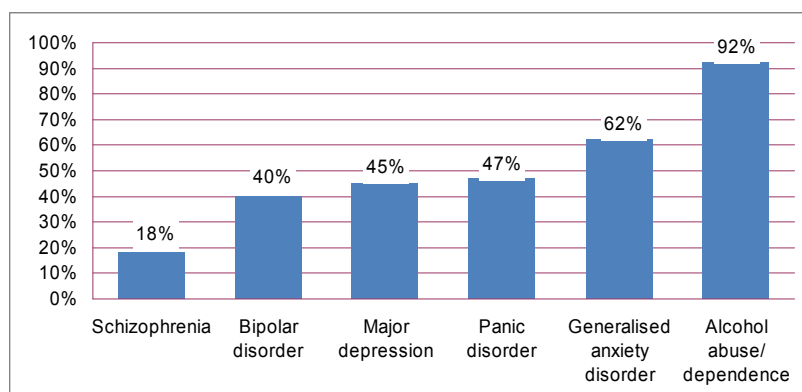
### ACTIONS PROPOSEES

## Réduire les dommages chez les consommateurs d'alcool

### 1- Augmenter le nombre de malades de l'alcool pris en charge

L'OMS a mis en évidence que moins de 10% des patients ayant un problème d'alcool sont pris en charge. C'est de loin le plus mauvais taux de couverture médicale de toutes les pathologies.

#### Pourcentage de malades non traités selon la pathologie



% treatment gap : différence entre le nombre de patients nécessitant un traitement et le nombre de patients recevant un traitement

**- de 10% des patients ayant abus d'alcool et dépendance sont traités**

Kohn et al. Bull World Health Organ 2004;82:858-866

Il est vraisemblable qu'en France le taux de malades non traités soit comparable. Pour le vérifier il est impératif de mettre en place une étude de cohorte et une analyse de la filière de soin.

## 2-développement et adaptation des stratégies thérapeutiques

Les recommandations les plus récentes proposent de **ne pas imposer l'objectif d'abstinence à des personnes qui ne seraient pas prêtes** à abandonner totalement leur consommation d'alcool. D'une façon générale, l'objectif d'abstinence est à réserver aux personnes ayant une dépendance sévère; une comorbidité psychiatrique ou somatique significative, ou évoluant dans un environnement social nocif, et acceptant d'abandonner totalement leur consommation d'alcool.

### 3-Repérage

Toute personne se présentant dans le système de santé devrait être l'objet d'un repérage d'un trouble lié à l'alcool, par exemple par des auto-questionnaires comme l'AUDIT ou le FACE. Ce repérage peut également être fait par les services sociaux ou juridiques. Chez les adolescents, il faut focaliser le dépistage sur les groupes à risque (accidents, contraception d'urgence, soins génito-urinaires, problèmes avec la justice, absentéisme, aide sociale à l'enfance) et s'assurer que la discussion avec le jeune sera adapté à la tranche d'âge.

### 4-Les interventions brèves

Elles concernent les personnes repérées comme ayant une consommation à risque ou nocive, **et peuvent être pratiquées par tout professionnel, de santé ou pas (services sociaux ou justice) ayant suivi une formation** ; l'intervention doit être basée sur les principes FRAMES. L'intervention brève reste aujourd'hui la réponse thérapeutique validée au problème du « binge drinking » chez les jeunes.

### 5-Prise en charge spécialisée

Les personnes ne répondant pas correctement à une intervention brève, ou celles souffrant d'une dépendance à l'alcool devraient être adressées à un centre de soins spécialisé, pour recevoir une évaluation complète du trouble et de ses conséquences possibles, ainsi qu'une thérapie structurée, fondée sur des éléments psychothérapeutiques, sociaux, et pharmacologiques

- **Stratégies sociétales**

L'alcool constituant en France le premier produit facteur de dommages pour toute la population en matière à la fois de santé et de sécurité, le Plan gouvernemental doit

#### 1-faire intégrer la dangerosité réelle de l'alcool :

- ✓ lutter contre la banalisation de l'usage de l'alcool de manière globale, et pas seulement de manière ciblée concernant les jeunes et la sécurité routière ou les femmes enceintes ;
- ✓ débanaliser les boissons alcooliques en présentant l'ensemble des dommages et exercer une vigilance à l'égard de toute image de l'alcool le présentant comme un produit agréable, sain et inoffensif
- ✓ renforcer les moyens alloués au dispositif de prévention au prorata des dépenses marketing des alcooliers à partir des recettes fiscales générées par la consommation des boissons alcoolisées afin de contre-balancer la communication et la publicité des producteurs et distributeurs

#### 2-réduire l'accessibilité des boissons alcooliques :

- ✓ Augmenter et rénover la fiscalité et taxations des boissons alcooliques qui doit être cohérente et lisible, dont l'assiette doit être basée sur la quantité d'alcool pur qu'elles contiennent par contenant, et qui doit s'appliquer à toutes les catégories de boissons quelles que soient leur origine géographique ou leurs conditions de production ;
- ✓ interdire de vendre de l'alcool à des mineurs par voie électronique
- ✓ responsabiliser les débitants d'alcool, - devant se traduire par un renforcement des exigences de la société à leur égard. Il faut viser un accroissement de leur conscience des conséquences douloureuses de la consommation excessive d'alcool
- ✓ affectation de nouvelles recettes des taxations à l'Assurance Maladie et à la Prévention au prorata des coûts sanitaires

#### 3-Prévenir la conduite en état d'imprégnation alcoolique :

- ✓ **généralisation des dispositifs d'éthylomètre éducatifs et préventifs qui devraient faire partie de l'équipement obligatoire des véhicules**



- ✓ Les contrôles d'alcoométrie aléatoires et ciblés doivent être beaucoup plus fréquents
- ✓ **mise en place d'une politique de prévention de la récidive**

#### 4-encadrer la publicité en s'appuyant sur les deux principes initiaux de la loi Evin :

- ✓ concernant les supports, interdire les médias qui s'imposent à tous types de récepteurs et potentiellement les mineurs : l'affichage sur la voirie et les lieux publics (sauf dans les communes de productions viticoles), l'internet (sauf les sites des producteurs) et les réseaux sociaux ;
- ✓ concernant les contenus, limiter la communication sur les qualités objectives des boissons.

#### 5- généraliser le repérage et l'intervention précoce

- ✓ développer la stratégie de réduction des risques liés à la consommation d'alcool en valorisant les pratiques existantes et innovantes, et en **validant un référentiel de réduction des risques et des dommages chez les consommateurs d'alcool**, à l'image du référentiel pour usagers de drogues diffusé par le décret du 14 avril 2005 ;
- ✓ **développer les consultations jeunes consommateurs et l'intervention précoce auprès des jeunes et des publics vulnérables** qui permettent par l'approche addictologique de s'intéresser à l'ensemble des produits et l'alcool avec eux ;
- ✓ relancer et **développer la stratégie de repérage précoce et interventions brèves (RPIB) en matière de consommation régulière excessive**, notamment auprès des hommes de 35 à 65 ans, en formant et mobilisant les professionnels de santé de premier recours.

#### 6- Les propositions concernant la fiscalité, le contrôle marketing et la législation sont détaillées dans les fiches 27, 28 et 29

- **Les politiques publiques évaluées et validées**

Dans le domaine de l'alcool, les politiques publiques fondées sur des données probantes ont été rassemblées par des groupes d'experts sous la responsabilité de Thomas Babor avec le soutien de l'OMS région des Amériques (Babor, Caetano et al. 2010). Le premier travail publié en 2003 a été mis à jour en 2010. Un travail équivalent a été mené par Anderson (Anderson, Chisholm et al. 2009).

	Catégorie	Activités	Efficacité
1	Agir sur les prix et les taxes	Augmenter les taxes, taxes différentielles sur les alco pops	+++ +
2	Réduire la disponibilité du produit	Abolition, Age minimum légal d'achat Rationnement Monopole d'état Restriction des horaires de vente Restrictions du nombre de points de vente	+++ +++ ++ ++ ++ ++
3	Agir sur les contextes et l'environnement de la consommation	Formation des serveurs à réduire la consommation, Formation des serveurs à limiter les risques de violence Amélioration du contrôle de la réglementation sur place Responsabilité civile du serveur / vendeur	0/+ ++ ++ ++

	Catégorie	Activités	Efficacité
4	Lutter contre l'alcool au volant	Contrôle aléatoire d'alcoolémie (dépend de la fréquence) Baisse des seuils d'alcoolémie autorisée Retrait du permis Alcoolémie autorisée pour les jeunes conducteurs (faible ou nulle) Permis de conduire limité pour les jeunes (ex : conduite nocturne interdite) Conducteur désigné	++  ++  +++  ++  0
5	Réguler la promotion	Restriction partielle de la publicité (peu d'effets sur la consommation globale, effets démontrés si réduction de l'exposition des jeunes) Régulation des contenus de la publicité Autorégulation	+/++  ?  0
6	Eduquer et persuader	Education en classe (accroît les connaissances mais ne réduit pas la consommation) Programme à composantes multiples (normes, attentes, décision) Interventions brèves avec jeunes à risque Campagnes médiatiques Avertissements sur les étiquettes (ne change pas la consommation) Marketing social	0  +  +  0  0  0
7	Traiter et détecter précocement	Interventions brèves (mais manque souvent formation et temps disponible pour les MG) Entraide / self help Traitement obligatoire pour les conducteurs récidivistes Cure de désintoxication Psychothérapie Traitement médicamenteux	+++  ++  +  +++  ++  +

- Bibliographie dans "contributions des experts" pages 31-32 et 132

## LES DOMMAGES LIES AU TABAC

La consommation de tabac et ses dommages secondaires sont liés à la *dépendance tabagique*, une maladie chronique d'origine industrielle acquise dans la plupart des cas à l'adolescence. **Les cigarettiers dans leurs documents secrets ont parfaitement décrit que la base de leur business était de rendre les adolescents dépendant au tabac.** L'évolution des dommages de cette maladie industrielle chez les hommes et chez les femmes suit ainsi la consommation de tabac.

Le coût global du tabac pour la France est trois fois plus élevé que ce qu'il rapporte au total comme le souligne le rapport 2013 de la cour des comptes

Le tabac est le produit psychoactif provoquant les conséquences sanitaires les plus importantes sur le plan collectif.

Le tabac est impliqué dans la survenue de 6 des 8 principales causes de mort dans le monde selon l'OMS mais le tabac est aussi responsable comme facteur causal principal ou comme facteur de risque de nombreuses maladies. Une vingtaine de guide des maladies de longue durée de la haute autorité de santé (HAS) place le traitement du tabac comme un traitement essentiel de ces maladies

Les pathologies principalement liées au tabac sont les cancers des voies pulmonaires et aérodigestives supérieures, les maladies cardio-vasculaires et les maladies respiratoires.

Le tabac est aussi responsable de colorations dentaires, de la perte de dents et de cancer de la cavité buccale entre autres.

Le tabagisme est considéré comme responsable d'environ **73 000 décès par an**, soit plus d'un décès sur sept. Cette mortalité touche principalement les hommes (81 %), mais décroît pour ces derniers depuis le milieu des années 1990 alors qu'elle **progresses rapidement**, sur la même période, **pour les femmes**, suivant en cela, avec un décalage temporel, les évolutions constatées sur les consommations.

Les seules maladies cardiovasculaires liées au tabac sont responsables de 5 fois plus de morts que la circulation routière chez les hommes et 3 fois plus chez les femmes.

Les cancers sont responsables de 40% des décès attribuables au tabac

## ACTIONS PROPOSEES

### Réduire les dommages chez les fumeurs

#### Eviter ou retarder la première cigarette

Agir pour la grossesse sans tabac.

#### Organiser l'arrêt du tabac chez les fumeurs

Le traitement des addictions n'est pas pris en charge à l'heure actuelle par l'assurance maladie, alors que c'est l'addiction qui porte le plus de dommage à la santé des français et à l'économie du pays.

**La HAS a recommandé dans son rapport de 2006 le remboursement des traitements de la dépendance tabagique. La cour des comptes et un rapport parlementaire 2013 recommandent ce remboursement.** (L'expérience Britannique du NHS souligne le bénéfice financier à côté du service sanitaire). Cette mesure allègera le budget de l'état de 23 millions d'euro et bénéficiera à l'assurance maladie

#### Réduire le risque et les dommages chez ceux qui, trop dépendants, n'arrivent pas à arrêter.

#### Mettre en place une réglementation innovante

### Initier une prévention efficace en luttant contre le vecteur de la maladie tabagique : l'industrie du tabac et les buroliers

La consommation de tabac reste quasi inchangée depuis 7 ans alors qu'elle baisse chez nos voisins européens

La stratégie la plus efficace pour lutter contre les dommages du tabac est de lutter contre le

vecteur de la maladie tabagique : l'industrie du tabac qui avec cynisme planifie l'extension de son produit et le contournement de tous les obstacles mis en place par la réglementation  
 Il y a 10 ans, le premier plan cancer avait montré la fantastique efficacité d'une décision politique forte « *je déclare la guerre au tabac* »

Pour réduire les dommages du tabac il faut

- 1- un engagement du Chef de l'Etat (en donnant le contrôle technique à la Santé) indiquant un objectif de baisse relative de 5% par an du taux de tabagisme afin de diminuer chaque année de 5% la mortalité liée au tabac et réduire le coût du tabagisme
- 2- Se donner les moyens de mesurer les ventes, la consommation et les dommages sanitaires du tabac
- 3- Empêcher les petites augmentations du prix du tabac
- 4- Mettre fin au plan d'avenir des buralistes
- 5- Relancer le contrôle de l'interdiction de fumer dans les lieux clos et couverts
- 6- S'impliquer au niveau mondial dans la convention cadre contre le tabac (CCLAT) et au niveau européen dans les affaires européennes concernant le tabac.
- 7- Relancer la prévention du tabac en particulier chez les adolescents en *dénormalisant* l'usage du tabac.
- 8- Eviter toute initiation du tabagisme à l'adolescence et pénaliser toute invitation à la consommation chez les mineurs.

**Les propositions concernant la fiscalité, le contrôle marketing et la législation sont détaillées dans les fiches 27, 28 et 29**

## Fiscalité

La Cour des comptes vient de montrer que chaque milliard reçu des ventes du tabac coutait 3 milliards à la France et que le cadeau de 2,6 milliards d'Euros fait aux buralistes n'étaient pas justifié et qu'il fallait changer de politique.

## Préciser les modalités d'actualisation de l'e-cigarette

(Cf rapport du Pr Dautzenberg)

## Politiques publiques évaluées

Dans le cas du tabac, les politiques publiques recommandées font l'objet d'un traité international, nommé la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT) qui a été ratifiée par la France.

Dans le domaine du tabac, les pays qui ont ratifié la CCLAT doivent implanter les 6 mesures rassemblées dans l'acronyme MPOWER ([www.who.int/tobacco/mpower](http://www.who.int/tobacco/mpower))

1	Monitor	Surveiller la consommation de tabac et les politiques de prévention
2	Protect	Protéger la population contre la fumée du tabac
3	Offer	Offrir une aide à ceux qui veulent arrêter de fumer
4	Warn	Mettre en garde contre les méfaits du tabagisme (article 11)
5	Enforce	Faire respecter l'interdiction de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage (article 13)
6	Raise	Augmenter les taxes sur le tabac

- **Bibliographie dans “contributions des experts” pages 37 et 137**

## FICHE 13 REDUIRE LES DOMMAGES LIES AU CANNABIS

### LES DOMMAGES LIES AU CANNABIS

#### Dommmages pour la santé

Contrairement à d'autres substances illicites, le cannabis n'est pas à l'origine de surdose mortelle. Les consommateurs de cette substance peuvent néanmoins rencontrer un certain nombre de problèmes. L'intoxication aiguë au cannabis se traduit de façon plus ou moins importante selon la dose absorbée et la tolérance développée par le sujet, par un allongement du temps de réaction et des troubles de la coordination motrice, avec dans certains cas des attaques de panique et des hallucinations. Entre 175 et 190 décès annuels seraient imputables à une conduite sous l'emprise du cannabis (7 à 8 fois moins que pour l'alcool, par exemple). Une consommation chronique peut conduire à un désintérêt pour les activités quotidiennes, des difficultés de concentration et de mémorisation (« syndrome amotivationnel ») et un déclin des capacités d'apprentissage, particulièrement dommageables à l'adolescence. Dans certains cas, l'usage régulier de cette substance peut favoriser l'apparition de troubles psychiatriques, notamment la survenue de schizophrénies chez les personnes présentant une vulnérabilité psychotique. L'implication du cannabis dans les cancers pulmonaires et des voies aérodigestives supérieures, et certaines pathologies vasculaires, est également avérée

#### Dommmages sociaux

Selon une étude originale réalisée en France sur l'évaluation du chiffre d'affaires issu de la vente de détail du cannabis, par Christian Ben Lakhdar, il ressort que ce marché représenterait entre 746 et 832 millions d'euros (pour un marché national estimé à deux milliards d'euros), soit entre 186 et 208 tonnes vendues. Cette enquête s'est efforcée d'estimer les gains des dealers de cannabis selon une échelle des revenus. Trois catégories sont distinguées : les semi-grossistes, dont le nombre est estimé entre 700 et 1000 personnes, gagneraient jusqu'à 550 000 euros par an ; en dessous d'eux, on trouve les fournisseurs, estimés entre 6 000 et 13 000, qui gagneraient jusqu'à 76 000 euros annuels ; enfin, les dealers de rue seraient entre 58 000 et 127 000, et gagneraient moins que le smic, entre 4 500 et 10 000 euros.

Le trafic de cannabis, qui représente les trois quart du revenu du trafic de drogues, s'est « gangstérisé », en lien avec la grande délinquance, de plus en plus violent et de plus en plus lourdement armé. Il organise la vie d'un certain nombre de cités et altère gravement et durablement le modèle républicain.

Si le cannabis est source de dommages sanitaires de gravité moyenne mais de dommages sociaux absolument majeurs.

### ACTIONS PROPOSEES

- **Sur le plan sanitaire**

#### **1-Chez les mineurs et chez les sujets ayant des troubles psychiatriques**

Il est capital de protéger les populations les plus fragiles vis-à-vis du cannabis, à savoir les mineurs et les populations ayant une fragilité psychologique/psychiatrique

- Décourager la consommation du cannabis,
- Dépister de manière précoce son usage et son mésusage,
- Faciliter l'accès aux soins chez ces personnes.

## 2- Chez les adultes

Pour la majorité des adultes n'ayant pas des troubles psychiatriques ou psychologiques majeurs, le cannabis est consommé de manière modérée dans un cadre festif et social sans pour autant engendrer des conduites addictives.

**Le cannabis modifiant la conscience et induisant des risques sociaux, il conviendrait de limiter les risques liés à cette consommation** en informant et en agissant :

**Au niveau des quantités consommées** : édicter un certain nombre d'avertissements sanitaires sur les risques associés aux différents seuils de consommations. Ces recommandations seraient émises de manière empirique car il n'existe que peu de données par rapport aux seuils de risque lié au cannabis.

**Au niveau des modalités de consommation** :

- Renforcer la réglementation pour faire respecter l'interdit sur l'usage de cannabis en situation d'activité professionnelle et dans les tâches nécessitant coordination et jugement (typiquement avant la conduite automobile) ;
- Adapter les discours de prévention à l'âge du sujet (mineurs, jeunes majeurs, etc.) et à ses motivations d'usage (différencier les messages à destination des usagers festifs et récréatifs et ceux qui s'adressent aux consommateurs en situation d'usage auto-thérapeutique, en situation de vulnérabilité) : l'adhésion thérapeutique du sujet est fonction de sa capacité à s'approprier le message ;
- Assurer une surveillance de la qualité des produits en circulation, ainsi que des techniques alternatives pour consommer (vaporisateur, ingestion, consommation sans tabac).

Pour avoir une politique pragmatique, il faut d'abord intégrer que la consommation de cannabis a des conséquences modérées en moyenne sur la santé mais qu'elle entraîne des dommages sociaux majeurs (par la délinquance, la violence, l'économie parallèle et la criminalité qui l'accompagnent)

## 3- prévention et intervention précoce

**Il est capital de protéger les populations les plus fragiles vis-à-vis du cannabis, à savoir les mineurs et les populations ayant une fragilité psychologique/psychiatrique.**

Auprès de ces deux populations l'utilisation du cannabis serait la plus nuisible. Chez les mineurs, il existe un risque de déclin des fonctions cognitives [2] et chez les patients psychiatriques une évolution plus péjorative de leur maladie et une moindre efficacité des traitements.[3]

Au sein de ces deux populations, il est important de **décourager la consommation du cannabis**, de **repérer de manière précoce** son usage et son mésusage et de **faciliter l'accès aux soins** chez ces personnes fragiles à savoir les mineurs et les populations psychiatriques.

**Pour favoriser l'accès des mineurs et des jeunes majeurs aux consultations jeunes consommateurs (CJC)**, mises en place pour jouer ce rôle, il conviendrait de développer la connaissance de ce dispositif auprès des acteurs du soin primaire, qui sont les mieux placés pour repérer les situations d'usage problématique et orienter les jeunes vers une CJC : médecins généralistes, infirmières et médecins scolaires, médecins du travail. L'offre de prévention et de soins disponible au sein des consultations jeunes consommateurs pourrait également être mieux articulée avec la réponse judiciaire actuellement mise en œuvre à l'égard des usagers de cannabis : il pourrait, par exemple, s'agir de proposer systématiquement les personnes ayant suivi un stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de stupéfiants une visite en CJC, afin de bénéficier d'une prise en charge individuelle au titre de leur consommation.

## Sur le plan social

**Les propositions concernant l'évolution de la législation sont dans la fiche 29**

- Bibliographie dans “contributions des experts” pages 41-42 et 139



### **DOMMAGES LIES A L'HEROINE**

**L'héroïne est l'une des substances qui provoque le plus et le plus vite une dépendance**

Les maladies infectieuses (VIH, VHC, VHB), principalement transmises à la suite de partages de matériel d'injection, constituent une grande catégorie de risques pour les usagers de drogues injectables.

#### **Mortalité**

Les personnes, en général polyconsommatrices, qui utilisent de façon régulière des opiacés et d'autres substances, comme la cocaïne, s'exposent à des risques de surdoses. Après une forte réduction au cours des années 1990, le nombre de décès par surdose a de nouveau augmenté à partir de 2004 pour atteindre un nombre de 392 en 2010

### **ACTIONS PROPOSEES**

Les dommages en lien avec la consommation d'opiacés en France sont principalement secondaires à l'utilisation de la voie intraveineuse.

Il existe aussi des dommages en lien avec le statut légal et les propriétés pharmacologiques de l'héroïne

Certaines mesures sont déjà en place en France comme les programmes d'échange de seringues, d'autres sont en cours d'expérimentation comme les salles de consommation à moindre risque.

Enfin, d'autres ont été éprouvées comme les programmes d'héroïne médicalisée, mais ne sont pas disponibles en France.

#### **Améliorer les traitements de substitution des opiacés**

Maintenir, développer et continuer à faciliter l'accès à des prises en charge thérapeutique suffisante de l'addiction opiacée reste un enjeu majeur

Les stratégies permettant d'améliorer et d'adapter les TSO sont connues (propositions du groupe de travail TSO, mené sous l'égide de la DGS) :

- Améliorer l'offre de TSO déjà existants en augmentant la couverture géographique, en améliorant l'alliance thérapeutique entre le prescripteur, le dispensateur et le patient, et en améliorant l'accessibilité et la qualité des services, objectifs qui visent les politiques des pouvoirs publics, des institutions et des associations professionnelles depuis une dizaine d'années.
- Donner accès à des médicaments per os réputés moins ou peu injectables : ce qui a été entrepris pour la méthadone (gélule, projet de primo-prescription en médecin de ville...), et pour la buprénorphine (Suboxone, et autres galéniques en voie de développement).
- Donner accès à de nouveaux MSO et à d'autres voies d'administration (IV et Intra Nasal) avec des stratégies thérapeutiques nouvelles, adaptées à de nouveaux besoins repérés, à de nouvelles populations :
  - **La conception d'un programme utilisant la diacétylmorphine IV et/ou per os** (seule ou en association avec la méthadone per os ou autre substitut opiacé).
  - **Ouvrir des possibilités supplémentaires de TSO pour le dispositif de soins spécialisés**, complémentaires des possibilités actuelles par la BPN et la méthadone, en mettant en place une Recommandation Temporaire d'Utilisation (RTU) de **la morphine sous des formes à déterminer**.
  - **Un essai clinique d'utilisation de la buprénorphine par voie intraveineuse**, la situation française justifiant particulièrement que notre pays réalise une telle recherche qui serait une première.

### **Développer les programmes d'échange de seringue**

Ont un impact significatif pour réduire les pratiques de partage de matériel d'injection et ont contribué à faire baisser l'incidence de la contamination HIV et peut-être HCV

### **Mettre en place les salles de consommation à moindre risque**

Ces programmes contribuent à l'accès aux soins somatique, psychiatrique, mais aussi de l'addiction et ont un impact positif sur la réduction des comportements à risque à l'occasion des injections.

Toutes ces stratégies ne sont pas exclusives les unes des autres. Du fait de la diversité des trajectoires des usagers, elles peuvent se combiner. L'enjeu est de faciliter la complémentarité des dispositifs en réponse à la diversité de situations des usagers.

- **Bibliographie dans "contributions des experts" page 143**

## DOMMAGES LIES A LA COCAINE

### Dommmages sanitaires

- Cardiaques et vasculaires

Les usagers réguliers présentent un risque plus élevé de syndrome coronarien aigu (SCA), d'accidents vasculaires cérébraux et de convulsions généralisées,

Les troubles du rythme, la myocardite, les cardiopathies et les thromboses artérielles

- infectieux

Les complications ORL sont très fréquentes les hépatites B et/ou C et le VIH.

Maladies parodontales, gingivorragies, desquamations des muqueuses, paresthésies

- psychiatriques

Un risque d'attaques de panique et un risque de crise suicidaire multiplié par 5

La paranoïa induite par la cocaïne (PIC)

L'épisode dépressif majeur

L'usage chronique de cocaïne altère les fonctions cognitives (capacités attentionnelles, mémoire visuelle et de travail, fonctions exécutives). Un vieillissement cognitif accéléré dû à une atrophie des régions préfrontales et temporales

### Dépendance

Environ 20 % des consommateurs développeront une dépendance à long terme. La dépendance est plutôt séquentielle avec des périodes de consommation variables par semaine.

### Mortalité

La cocaïne est très rarement identifiée comme étant la seule substance ayant contribué à un décès lié à la drogue.

## ACTIONS PROPOSEES

Il convient de prendre en compte d'une part l'extension de la consommation de cocaïne dans la société, l'accolement de plus en plus perceptible de sa diffusion à partir des réseaux existant de diffusion du cannabis, et d'autre part l'hétérogénéité des publics concernés, situés sur un continuum allant de l'insertion sociale et professionnelle « exemplaire » à l'exclusion la plus radicale. Corrélativement, l'image sociale de cette substance va du rejet de la figure réincarnée du toxicomane sauvage, le crackeur, à la fascination pour la réussite sociale à laquelle elle est également parfois associée.

Cette situation fait de la consommation de cocaïne un problème potentiellement explosif pour demain, d'où la nécessité de développer une politique de réduction des risques, d'accès aux soins, et de prévention, intégrant davantage les particularités liées à l'usage de cocaïne sous ses différentes formes.

## Réduire les dommages chez les consommateurs

### Faciliter la prise en charge habituelle

- Repérage
- Intervention précoce
- Initiation (sevrage thérapeutique) et maintien de l'abstinence
- Tendances pharmacologiques actuelles (absence d'AMM): N-Acetyl Cystéine, Topiramate, Disulfurame, Modafinil

***Nécessité d'évaluer les traitements utilisés actuellement hors AMM et de travailler sur d'autres approches pharmacologiques : immunothérapie, approche substitutive***

***(methylphenidate, d-amphétamine), approche pharmacogénétique, combinaisons médicamenteuses***

Approche psychothérapeutique combinée au traitement pharmacologique : entretiens motivationnels avec renforcement téléphonique interséances (3 à 4 séances) en initiation d'abstinence, thérapie cognitive et comportementale dans la phase de maintien d'abstinence. *Nécessité de tester une approche comme la gestion des contingences dans l'initiation d'abstinence*

- **Actions proposées pour les usagers les plus marginalisés**

Il s'agit d'un public en situation de sur-exclusion, avec des comportements violents potentiels et un état sanitaire préoccupant

Au-delà des risques sanitaires directement liés à l'usage de cocaïne, la population des consommateurs de crack est particulièrement exposée à la transmission de l'hépatite C par le biais du partage de pipes à crack en verre : de nombreuses lésions sur les mains et les bouches, consécutives à l'utilisation de ces pipes en verre, constituent des portes d'entrée possible à la contamination par des agents infectieux. Les situations d'urgence à consommer, liées au craving, conduisent par ailleurs à des prises de risque accrues.

- **Faciliter l'accès à un matériel validé de Réduction des risques**
  - **Faciliter l'accès à l'hébergement des usagers actifs**
  - Proposer des salles de consommation à moindre risques
  - **Développer une culture commune police/intervenants sanitaires et sociaux.**
  - Prévenir l'entrée dans le trafic/soutenir la sortie du trafic
- 
- **Bibliographie dans "contributions des experts" page s 46-47 et 148**

### Les produits

Les cannabinoïdes de synthèse

de l'anxiété, de la paranoïa, des céphalées, des convulsions, des hallucinations, une possible pharmacopsychose (1) (2) (3).

Les cathinones de synthèse (méphédronne, méthylone, MDPV, 4-MEC, NRG-1, 2 ou 3; méphédronne ; butylone ou bk-MBDB...)

### Les dommages

Parmi les dommages psychiatriques décrits, variables en fonction des drogues et des individus, des hallucinations, de la paranoïa, de l'anxiété, des troubles cognitifs, des troubles du sommeil, un delirium et un tableau dépressif sont possibles

Il est important de noter le retour de l'injection par voie intraveineuse (*slam*) popularisée par la communauté homosexuelle, même si le phénomène reste encore circonscrit.

La consommation par voie intravéneuse de cathinones majore les risques infectieuse (virales : VHC/VIH, et bactériennes types abcès) ou non infectieuses.

Le potentiel addictif n'est pas clairement documenté

Des cas de décès associés aux cathinones, notamment la méphédronne, le MDPV, la méthylone, la bk-MBDB ont été déclarés

## ACTIONS PROPOSEES

- Quand cela est possible, faire **analyser les produits**
- Développement et financement des forums d'usagers
- Face au manque d'information sur les NDS, les forums d'usagers français et anglo-saxons ont développé des stratégies spécifiques de réduction des risques, dans lesquelles les témoignages d'utilisateur (trip report) (souvent la seule information disponible), ont une place prépondérante
- Mise en place de documents d'informations à partir des témoignages d'usagers
- Mise en place de formation des professionnels par des binômes pharmaciens/membres des forums d'usagers.
- **Développement des partenariats entre professionnels et forum d'usagers**
- Favoriser l'accès à des dispositifs d'analyse de drogues utilisés comme outil de RdR
- **Modification de la législation :**
  - les NDS échappent dans leur grande majorité aux législations en vigueur
  - Face à l'augmentation de la consommation des dérivés des cathinones (méphédronne, 4-MEC, butylone, 3-MMC...), la France a pour la première fois le 27 juillet 2012 eu recours au classement « générique » qui étend l'interdiction à un groupe de substances appartenant à une même famille. Elle a également classé sur la liste des stupéfiants d'autres produits comme certains canabinoïdes de synthèse, le 4-FA, 4-MA, le 2-CB.
- Toutefois, l'interdiction déplace le problème en incitant les producteurs à inventer sans cesse de nouvelles molécules échappant à la législation, avec le risque d'apparition d'une molécule de remplacement potentiellement plus nocive que la précédente.
- Ces constats ont poussé certains pays à expérimenter des législations alternatives
- Il faut examiner et évaluer ces nouvelles législations alternatives pour voir dans quelle mesure il est possible de réguler la consommation des NDS
- **Bibliographie dans "contributions des experts" pages 49 et 151**

Pour la plupart des individus, la pratique des jeux de hasard et d'argent (JHA), reste « récréative » ou « sociale ».

Le jeu problématique/pathologique, caractérisé par un vécu de perte de liberté, une perte de contrôle sur la pratique des JHA. Ils continuent de jouer en dépit de l'apparition de dommages, en particuliers financiers. Pour résumer, les joueurs problématiques/pathologiques sont ceux qui jouent trop : trop souvent, trop longtemps, trop d'argent.

En France, la prévalence du jeu problématique/pathologique est estimée à 1.3% de la population générale âgée de 18 à 75 ans

Les jeux les plus à risque sont ceux qui permettent de jouer sans limite, sans que le joueur ait la possibilité de prendre du recul. Le jeu sur Internet est plus risqué que le jeu en réel.

### **Les dommages**

Ils sont principalement représentés par les comorbidités psychiatriques et addictives : Les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, Les troubles addictifs

### **Dépendance**

En France, l'enquête épidémiologique, menée par l'INPES et l'OFDT en 2010, retrouvait en population générale 0.9% des joueurs à risque modéré et 0.4% de joueurs excessifs

### **Mortalité**

La mortalité est essentiellement liée au suicide

### **Dommages sociaux**

- Endettement, surendettement
- Désinvestissement de la vie familiale/amoureuse, désinvestissement des relations sociales, abandon des loisirs,
- Conflits, séparation conjugale
- Vols, escroquerie, condamnation judiciaire, incarcération

## **ACTIONS PROPOSEES**

### **Au niveau individuel**

Moins de 10% des sujets souffrant de jeu problématique/pathologique réclament des soins. Ce chiffre reflète sûrement une difficulté d'accès aux soins,

### **Thérapies « on-line » ou « e-thérapie »**

Sous forme de thérapies cognitivo-comportementales structurées, d'interventions brèves ou de "Internet-Based self help program", ce type de prise en charge constitue une alternative aux modalités « classiques » d'offres de soins, avec un coût relativement peu élevé

### **Auto-support, interventions brèves, entretiens motivationnels**

#### **Auto-support (« Self-help treatment »)**

Sous forme de manuels, de supports audio ou vidéo et utilisant le medium Internet, les "self-help treatments" s'adressent particulièrement à ceux des joueurs problématiques/pathologiques qui ont du mal à accéder aux soins

#### **Repérage précoce-intervention brève (RPIB)**

#### **Entretiens motivationnels (EM)**

#### **Traitements médicamenteux**

A ce jour, aucune molécule n'a obtenu d'autorisation de mise sur le marché en France

Un article de synthèse très récent recensait 18 essais thérapeutiques menés en double aveugle et contre placebo, testant des molécules ayant aussi fait l'objet d'études dans le cadre des addictions à des substances psychoactives : l'effet de ces molécules est supérieur à celui du placebo.

Il conviendrait d'accompagner les recherches.

## Au niveau sociétal : les propositions de l'ARJEL

### Mettre en place d'un "dispositif de repérage des joueurs problématiques et pathologiques sur la base d'indicateurs »

des processus de détection précoce devraient être couplés avec un dispositif d'aide spécialisé clairement identifiable (N° vert, site web, informations sur les lieux de jeu), et offrant des réponses dans un délai suffisamment court (notion de seuil bas)

### Former les employés des services clientèle des opérateurs

La prévention passe également par l'incorporation du jeu excessif dans les différentes filières de formation avec un accent sur la sensibilisation des professions impliquées dans la détection précoce : exploitants des jeux, professions socio-sanitaires, professions judiciaires. La prévention structurelle du jeu excessif implique des mesures d'encadrement de la publicité (en particulier limitations des messages visant des publics vulnérables, dont les jeunes et les joueurs excessifs eux-mêmes), la pertinence pour la détection précoce de dispositifs de repérage automatique des comportements à risques via un système informatique, suivi d'une intervention de prévention indiquée.

Les opérateurs devraient être en mesure de "contacter personnellement" tout joueur identifié comme ayant un comportement de jeu problématique afin de le "rediriger vers un dispositif d'aide ou d'assistance".

### Différents paramètres pourraient modérer le jeu

Sous réserve de travaux de recherche ultérieurs : ralentir la fréquence et diminuer la durée des épisodes de jeu, limiter l'amplitude des gains, réduire la fréquence des quasi-gains (near-miss), encadrer l'interactivité, présenter des messages de type « Pop-up », limiter le montant des mises et leurs modalités (éviter billets ou jetons).

### Mettre en place une ligne téléphonique d'assistance aux joueurs pathologiques

En complément de la ligne d'écoute "Joueurs écoute info service", mise en place en juin 2010 financement public des associations d'aide aux joueurs"

### Etudes épidémiologiques

L'Arjel souhaite la réalisation d'études périodiques pour "mesurer l'évolution du nombre de joueurs pathologiques tout en distinguant les différents types de jeux et les réseaux de distribution (en ligne ou en dur) et les conditions de régulation".

### Utilisation des sommes versées pour la prévention et le soin

L'Arjel demande par ailleurs une plus grande transparence sur l'utilisation des sommes versées à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) et à l'assurance maladie

Il s'agit des 5% du produit des prélèvements sur les paris et jeux de cercle en ligne affectés, chaque année, à l'Inpes dans la limite de 5 millions d'euros, et du surplus versés au régime général de l'assurance maladie pour le fonctionnement des centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa).

"Il n'est pas avéré que la lutte contre le jeu excessif ou pathologique ait été le véritable bénéficiaire de ces sommes", relève l'Arjel.

Elle demande donc que l'Inpes et l'assurance maladie "rendent compte annuellement de l'utilisation des sommes visées

- **Bibliographie dans "contributions des experts" page 53 et 157-**

Il convient d'essayer de différencier ce qui ressort d'une surconsommation de médicaments psychotropes, qui s'inscrit dans un contexte français global de consommation supérieur à celle des autres pays européens.

Les déterminants des prescriptions excessives sont multiples (prix bas, incitations de l'industrie pharmaceutiques, formations insuffisantes des médecins au maniement thérapeutique...). Les actions à mener (sur les médecins, sur l'industrie, sur le public...) pour diminuer la surconsommation médicamenteuse dépassent le cadre de ce rapport.

Nous considérons donc uniquement les mésusages de médicaments psychotropes.

Le type de mésusages peut aller :

- de l'usage inapproprié (voie d'administration non-conforme ; durée de prise supérieure à ce qui est prescrit ; indication, dose ou durée de prescription du médecin non respectés)
- jusqu'au détournement de la prescription à des fins psychoactives variées (ivresse, « défonce ») ; multiplication des prescripteurs ; falsification d'ordonnance
- et jusqu'à l'achat dans un circuit de contrebande (soumission chimique).

Les médicaments principalement concernés par ces divers mésusages sont :

- **les anxiolytiques et sédatifs appartenant à la famille chimique des benzodiazépines et molécules apparentées**, (Tranxene, Rivotril, Rohypnol, Stilnox...)
- ainsi que **les traitements de substitution de la dépendance aux opiacés** (notamment le Subutex)

### PROPOSITIONS D' ACTIONS

- le dispositif de vigilance du mésusage et de la dépendance aux médicaments psychotropes est assez performant pour repérer les médicaments qui font l'objet de mésusage notamment dans les populations spécifiques de patients usagers de drogues, mais doit être perfectionné, notamment concernant les décès provoqués par ces médicaments et l'accidentologie routière.
- De même, le système de vigilance concernant l'approvisionnement illégal et particulièrement par internet doit être développé
- Une meilleure formation des professionnels de santé à la prescription des traitements de substitution opiacés est nécessaire

- **Bibliographie dans "contributions des experts" page 160**



Le dopage est une trahison de l'esprit sportif et un danger pour l'intégrité physique et morale des athlètes. Il ne concerne pas uniquement le sportif de haut niveau, mais touche également le milieu amateur y compris les seniors et les enfants 52,8% des analyses ont présenté un résultat anormal.

### **Dommages sanitaires aigus**

Les divers stimulants, naturels ou de synthèse peuvent provoquer une hyperthermie, une dépression, un accident vasculaire cérébral, des troubles comportementaux ou une décompensation psychiatrique.

Les glucocorticoïdes peuvent entraîner des troubles psychiques et une agressivité.

Le recours aux produits tels que l'EPO ou des autotransfusions à l'origine d'accidents thromboemboliques (AVC, IDM, embolies pulmonaires), ou la transmission d'agents infectieux.

### **Dommages sanitaires chroniques**

Les stimulants entraînent des maladies cardiovasculaires telles une HTA, des troubles du rythme cardiaque, une valvulopathie ou une cardiomyopathie.

Les anabolisants provoquent une HTA, l'augmentation du LDL, des maladies cardiovasculaires et coronariennes, des cancers du foie, une gynécomastie et des problèmes d'infertilité.

Les diurétiques peuvent entraîner des troubles du rythme cardiaque.

Les glucocorticoïdes entraînent également de nombreux risques comme la fragilisation des muscles et tendons, une dépression immunitaire, une HTA et des insuffisances sévères cortico-surrénalienne, des risques de fractures de fatigue.

Les hormones de croissance provoquent des hypertrophies osseuses, une déformation irréversible des os plats, une hypertension artérielle, un diabète, HIC, et cardiomyopathie.

### **Mortalité**

On observe une prévalence étonnamment élevée d'une série de pathologies graves - cancers, accidents vasculaires cérébraux, infarctus, maladies hépatiques - chez les sportifs de haut niveau, en particulier dans le cyclisme, le football ou l'haltérophilie. De fait, le taux de mortalité et de morbidité est plus élevé parmi les sportifs de haut niveau que dans l'ensemble de la population.

## **PROPOSITIONS D' ACTIONS**

### **Prévention en population générale**

Compte tenu de la taille de la population des pratiquants sportifs (quinze millions de pratiquants dont environ 8 millions en phase de croissance incluant 2,5 millions d'enfants dans le sport scolaire) seule peut être pertinente une démarche de prévention volontariste à large échelle, sollicitant l'engagement de tous les secteurs éducatifs et médiatiques de notre société

### **Prévention en direction des acteurs directement concernés**

La sensibilisation des publics en matière de prévention doit s'orchestrer autour de :

- une coopération avec les laboratoires pharmaceutiques seule capable de permettre aux autorités compétentes **d'anticiper** les risques en matière de santé et les utilisations frauduleuses qui peuvent être faites des nouveaux médicaments
- la mise en place de protocoles;
- une responsabilisation des pharmaciens en leur permettant de conserver les dossiers pharmaceutiques plus de 4 mois;

- des actions de sensibilisation vers les pharmaciens, grossistes et répartiteurs
- l'implication des fédérations sportives, des clubs et de l'encadrement sportif;
- formation des professionnels de santé, tant les médecins que les pharmaciens, et inscription dans les programmes de formation initiale et continue des modules de formation sur le dopage ;
- une lutte accrue contre le trafic des produits dopants avec un soutien des DRJSCS,
- une mise en garde sur les risques d'achat à distance (internet)

## Législation et réglementation

- 1- une répression pénale en priorité pour les trafiquants et leurs réseaux (naturellement accompagnée de sanctions disciplinaires pour les sportifs ainsi que la responsabilité pénale des médecins attachés aux fédérations sportives) ;
- 2- une harmonisation concertée des législations en matière de prévention et de lutte contre le dopage (rôle du CIO) afin que tous les Etats soient au même niveau ;
- 3- le développement accru de la coopération de l'AFLD avec les fédérations sportives internationales (permettre son intervention sur certaines grandes compétitions internationales qui se déroulent en France) ;
- 4- une indépendance pleine et entière de l'AFLD ;
- 5- un renforcement des moyens des antennes médicales de prévention du dopage (AMPD) en matière de prévention et de conseil, ainsi que pour le suivi personnalisé des sportifs et les actions liées à la recherche ;
- 6- la nécessité de ne plus distinguer dans la « liste des produits interdits » les substances exclues en permanence de celles uniquement prohibées pendant les compétitions ;
- 7- une meilleure vigilance sur la délivrance des autorisations d'usages thérapeutiques (AUT) ;
- 8- la création d'un Observatoire des accidents et complications liés au dopage ;
- 9- l'autopsie du corps de tout sportif décédé sur le terrain,
- 10- l'attribution d'un budget pérenne à la recherche
- 11- l'encadrement des paris en ligne

- **Bibliographie dans "contributions des experts" page 57-58 et 164-165**



**PARTIE III-  
REDUIRE LES DOMMAGES DANS LES POPULATIONS LES PLUS VULNERABLES ET DANS LES  
SITUATIONS A RISQUES**

## DOMMAGES CHEZ LES JEUNES

### Les données spécifiques aux jeunes

Une politique de prévention des pratiques addictives doit considérer que l'adolescence reste la grande période de confrontation et d'initiation aux consommations de produits psycho-actifs. Les données épidémiologiques, les connaissances cliniques, les travaux sociologiques et anthropologiques sont convergents (nous renvoyons au rapport beaucoup plus approfondi demandé à l'INSERM par la Présidente de la MILDT).

## ACTIONS PROPOSEES

### Les Programmes de prévention

Les programmes de réduction des risques et des dommages se déclinent dans tous les programmes de prévention portant sur la consommation de substances des jeunes. Ils peuvent être universels, sélectifs ou prescrits :

- **Les programmes universels cherchent à prévenir ou retarder le début de la consommation de substances, principalement par l'éducation préventive offerte dans le système scolaire par des programmes parents/enfants dont l'efficacité minimale a été démontrée.**
- **Les interventions sélectives et prescrites ciblent des personnes ayant des caractéristiques ou des facteurs de risque spécifiques et un niveau de maturité, d'autonomie, de consommation de substances qui nécessite des objectifs adaptés, y compris ne visant pas l'abstinence.**

On peut également signaler l'importance jouée par les approches intégrées de renforcement communautaire appuyées sur l'ensemble des communautés scolaires, comme le programme « life skills ».

- **Première période (avant 12-15 ans, construction de la personnalité)**

#### 1- actions de prévention universelle type « life skills »

Elles renforcent les compétences psycho-sociales spécifiques (estime de soi ; capacité à dire non ; construction de solution...) et le développement d'habitudes de vie contrôlées. D'autres outils sont possibles, comme améliorer l'accueil des parents, mieux s'articuler avec les PAEJ, diffuser les groupes de parole adultes et l'aide à la parentalité.

#### 2-Les programmes de prévention de l'usage, ciblés parents/enfants ou ado

Ils sont encore trop souvent intuitifs. **Le cumul de différentes cibles de prévention semble efficace** pour aider les parents à adapter leurs stratégies éducatives : par exemple durée d'exposition aux écrans, premières consommation « directes » ou « indirectes », exposition au tabagisme passif, etc...l'aide au changement de comportement des parents : consommation de TV (plus de trois heures par jour), d'alcool (trois verres par jour en moyenne, de tabac, etc.)

#### 3-Le renforcement des législations

Protégeant des influences du marketing, homogénéisées au regard des addictions, (interdiction de messages incitant à l'usage, etc...) va dans ce sens.

- **Deuxième période (15-18 ans) celle des expérimentations possibles,**

C'est celle où le pré-adolescent côtoie des expérimentateurs ou des usagers à risque. Les actions préventives :

- identifient les conséquences de la consommation
- modifient des perceptions erronées
- résistance à l'influence des pairs.

Elles visent des groupes d'adolescents restreints et homogènes vis-à-vis de la consommation. Il est logique de prévoir **des programmes d'intervention précoce et de repérage des premiers usages et des programmes de réduction des dommages.**

Dans le même ordre d'esprit il convient de **diminuer l'accès des plus jeunes aux boissons énergisantes** compte-tenu des liens entre la consommation de ces boissons et différentes conduites à risque : consommation d'alcool ou d'autres substances psychoactives, risque d'accident, voire développement de conduites addictives. »

L'idée, comme pour les autres addictions, est que le risque est majoré chez les enfants et les jeunes ados et que la caféine puisse être une porte d'entrée en leur permettant de découvrir ses effets psychotropes stimulants. Chez les plus âgés, c'est surtout le risque de consommer ces boissons soit dans une visée d'améliorer des performances ou de conduite à risque soit en pensant qu'elles contre balancent les effets sédatifs de l'alcool (discothèque)

- **Fin de deuxième période et troisième période (18 ans et jeunes adultes) faciliter la rencontre et l'accès aux soins**

La prise en charge sanitaire et sociale des jeunes usagers de substances psychoactives a été développée ces dernières années par le renforcement du **dispositif des consultations « jeunes consommateurs »** crée en 2005 et relancées depuis deux ans sur des missions d'interventions précoces, de centre ressources et d'aide à l'évaluation et aux familles.

Un autre accès important est représenté par les **services d'urgences et les équipes de liaison.**

Ces dispositifs rencontrent des jeunes usagers, mineurs ou jeunes adultes, au décours des conséquences somatiques aiguës, et quelque fois psychiatriques, provoquées par leurs usages.

**L'articulation entre les acteurs de première ligne, les dispositifs d'urgence, les CJC et les dispositifs d'aval** doivent être renforcés, et les outils utilisés partagés, **en particulier les stratégies d'intervention précoce** qui trouvent là toute leur place

De même, la place attribuée à la l'interpellation policière et à la sanction judiciaire doit être revue (en lien avec la fiche 29).

C'est donc un continuum de réponse, alliant compétences sociales et thérapeutiques, réponses éducatives et soignantes, actions préventives, réduction des risques et sanctions qui est nécessaire.

- **Développer l'approche « réduction des risques et dommages » chez les jeunes**

Elle est axée sur les risques et les répercussions de la consommation, plutôt que sur la consommation en tant que telle. Elle considère l'abstinence comme l'une des options pour réduire les dommages de la consommation de substances sur la société et la santé.

Les programmes sont axés sur les problèmes et dommages résultant des consommations « ici et maintenant » : Difficultés relationnelles, conduite du véhicule avec des facultés affaiblies, relations sexuelles non protégées, mauvais résultats scolaires ou infection par une maladie transmissible comme le VIH

- **Mettre à disposition des outils validés et adaptés et développer l'offre de soins**

- Il semble nécessaire de développer une offre de soins adaptée aux spécificités psychopathologiques de la période adolescence et des conduites addictives qu'elles induisent (modalités de consommations, influence des groupes de pairs, fréquence de comorbidités psychiatriques, etc.).

- Les principaux outils utilisés, et efficaces selon les études, sont l'intervention brève, les thérapies cognitivo-comportementales et les thérapies familiales, elles sont le socle des pratiques des CJC et de leur travail en partenariat pour l'orientation

**Un référentiel déclinant les modalités d'interventions chez les jeunes selon la situation et la gravité des consommations doit être rédigé, validé et diffusé** pour décliner les différentes approches : clinique du sujet, stratégies motivationnelles, cognitivo-comportementales et familiales selon la gravité et selon les possibilités des acteurs en lien avec les jeunes

**Pour les situations les plus sévères, la Thérapie Familiale MultiDimensionnelle** a fait la preuve de son utilité.

- Différents niveaux de traitements doivent être proposés en fonction de l'évaluation des patients : intervention brève, prise en charge spécialisée ambulatoire et/ou résidentielle. Or à l'heure actuelle en France, les prises en charge proposées relèvent essentiellement de l'ambulatoire

- Les professionnels s'accordent sur le manque de structures d'aval nécessaire pour les patients les plus en difficultés :

- il semble nécessaire **de développer des structures hospitalières d'aval, spécialisées dans les prises en charges des adolescents présentant des conduites addictives** (unités d'hospitalisation, accueil de jour...).

- et **des structures médicosociales et socioéducatives permettraient d'optimiser les prises en charge de ces patients (notamment les CSAPA)**

- Il semble nécessaire d'intégrer à ces prises en charge des problématiques fréquemment associées aux conduites addictives telles que les problèmes psychiatriques, le décrochage scolaire, les conduites délinquantes, conduites à risque ... Un accompagnement socio-éducatif est nécessaire pour les patients plus sévères dans le cadre d'une prise en charge globale.

## **Collaboration nécessaire et à développer avec l'Aide Sociale à l'Enfance et la Protection Judiciaire de la Jeunesse**

Un travail collaboratif est nécessaire et indispensable avec l'Aide Sociale à l'Enfance et la Protection Judiciaire de la Jeunesse, conditionnant et optimisant la prise en charge de ces jeunes patients. Cette collaboration est à même de limiter la récurrence.

Plusieurs actions seraient à envisager : Formations, rencontres entre professionnels, partage d'outils communs, consultations avancées...

- **Bibliographie dans "contributions des experts" page 60-61 et**

**173**

## Des pratiques et dommages spécifiques

La fête peut induire des pratiques : usages de substances licites et illicites, rapports sexuels plus ou moins consentis, protégés ou non, écoutes du son à proximité des enceintes, volumes élevés, danse, vente de produits illicites, piercing, tatouages, cracheur du feu, etc... Ces pratiques favorisent des risques : Overdose, coma éthylique, Bad Trip, risques infectieux, dépendance, MST, IST, contamination par voie sexuelle... Non-alimentation, déshydratation, troubles du sommeil, coups, chutes, dommages auditifs... Fragilisation, perturbation de l'équilibre mental, violences, sortie du cadre de la loi, accidents de la route, brûlures, inflammation...

### ACTIONS PROPOSEES

Intervenir en milieu festif est un accompagnement transversal qui s'appuie sur une continuité d'approches : la prévention, le repérage précoce, l'approche expérientielle, la réduction des risques, l'accès aux soins médico-psycho-sociaux. L'intervention suppose une approche transversale qui s'inscrit dans le tissu local et prenne en compte l'environnement dans sa globalité.

### Avant la fête

Sensibiliser et impliquer les acteur-relais à la nécessité de prendre en compte les risques liés à certaines pratiques. L'information et la formation des professionnels de la fête, notamment dans les établissements privés, contribueront à pérenniser les actions en l'absence d'intervenants (soutien et adhésion à la philosophie de la Réduction des risques, distribution d'informations et de matériel, vigilance vis-à-vis des stocks...

### Pendant la fête

L'intervention en milieu festif porte à la fois directement sur le contexte festif et sur sa périphérie (zones « off », camping, parking...).

- Le stand
- Les équipes mobiles ou « maraudes »
- Le « chill out »
- La « relax-zone »
- L'espace de remise du matériel d'injection
- La réassurance
- Le choix des outils: Le matériel de réduction des risques adapté aux modes de consommation (kit d'injection ...).

### Après la fête

- Permettre le lien avec d'autres structures : CAARUD, Urgences....
- Favoriser l'accès aux soins : Consultations Jeunes Consommateurs (CJC), CSAPA, Hôpital...
- Soutenir les initiatives où les jeunes sont directement associés, développer la formation des intervenants secouristes : Croix Rouge, Croix Blanche, Protection Civile...
- travailler avec les usagers relais (pour diffuser les alertes sanitaires, l'information rdr, le matériel) pour « aller vers » les usagers précaires qui ne fréquentent pas les centres.

Il existe une différence entre les hommes et les femmes en termes de consommations de substances psychoactives, de parcours, de facteurs de risques et de conséquences de l'usage. La physiologie, la surdétermination de certaines formes de souffrance psychiatrique et/ou certaines situations sociales et conditions de vie rendent les femmes plus vulnérables à l'usage ou l'usage problématique de drogue. Mais il existe une vulnérabilité particulière des femmes généralement expliquée par les rapports de domination de genre et notamment les violences subies au sein du couple ou la prostitution (ce contexte de vie marqué par la précarité sociale, les violences physiques et sexuelles ont également pour conséquence des prévalences plus élevées des troubles de santé mentale chez les femmes usagères de drogues et d'alcool)

### **Les deux tendances nouvelles, les plus marquantes**

Elles sont liées aux changements de modes de consommation eux-mêmes en lien avec les stratégies marketing des industriels de l'alcool et du tabac. Les consommations d'alcool et de tabac s'étant banalisées chez les jeunes femmes, les dommages qui y sont liés touchent largement la population féminine, indépendamment de toute vulnérabilité particulière.

- Depuis le début des années 2000, la banalisation et de la consommation d'alcool, des ivresses chez les femmes, deviennent une norme sociale dont les conséquences commencent à apparaître : dépendance précoce, violences sexuelles, rapports non protégés.

- Rapprochement des niveaux et des comportements tabagiques féminins et masculins, avec pour conséquence une augmentation récente du tabagisme et du cancer du poumon chez les femmes

La mortalité par cancer du poumon a été multipliée par quatre chez les femmes sur ces quinze dernières années alors qu'elle a été divisée par deux sur les dix dernières années chez les hommes.

### **Caractéristiques des addictions chez les femmes**

- Leur parcours d'usage se caractérise par un lien plus marqué entre vie affective et consommation de produits
- La double dépendance dont souffrent souvent les femmes en situation d'addiction (relation d'emprise et dépendance au produit) devrait conduire à l'intégration dans les pratiques cliniques des questions relatives aux violences conjugales.
- La très grande fréquence des antécédents de maltraitance, d'abus sexuels (entre 40% et 65% selon les études) est très mal prise en compte dans les processus d'accueil et de soins.
- une plus grande stigmatisation sociale, dans la mesure où la consommation de produits psychoactifs (et tout particulièrement pour l'alcool) renvoient à des valeurs masculines plus qu'à des valeurs féminines. La consommation de produits psychoactifs chez les femmes est donc plus souvent l'objet de sanctions morales que chez les hommes.
- la soumission chimique concerne majoritairement les femmes (dans les trois quart des cas recensés par l'ANSM) et donne lieu à des agressions sexuelles, suivies de traumatismes psychologiques pour les femmes qui ont sont victimes.
- L'accessibilité des services pour les femmes est moins bonne
- l'hébergement social pour les femmes, le nombre de places spécifiques qui leur est réservé est très modeste par rapport à ce qui est accessible aux hommes
- Il y a nécessité de former les personnels des CSAPA, des CARRUD à la spécificité des femmes
- Une exposition persistante aux maladies infectieuses et en particulier au VIH et aux hépatites B et C dans les sphères de l'usage de drogues et de la sexualité, combinée



à une prévalence plus élevée des violences et traumatismes psychiques chez les femmes

## DOMMAGES CHEZ LES FEMMES ENCEINTES

### **Le tabac et la grossesse**

Parmi les femmes enceintes, selon le Baromètre santé INPES 2010, 24 % déclarent fumer quotidiennement et 3 % occasionnellement. Cette proportion est significativement inférieure à celle des femmes qui ne sont pas enceintes, qui comptent 37 % de fumeuses quotidiennes et 6 % de fumeuses occasionnelles. La France est le pays d'Europe présentant la plus forte prévalence tabagique des femmes enceintes, la plupart des pays affichant des prévalences entre 10 et 15 %.

Risque de retard de croissance et de surmortalité au 3<sup>ème</sup> trimestre attribués au tabagisme pour 11%. Le tabac est aussi incriminé dans les causes de mort subite du nourrisson.

### **L'alcool pendant la grossesse**

La hausse des usages à risque ponctuel et chronique est plus marquée en 2010 chez les jeunes femmes de 18 à 25 ans (41 % en 2010 vs 29 % en 2005). L'alcool reste la substance la plus dangereuse et la plus tératogène pour le fœtus pendant la grossesse. Le risque est le SAF (Syndrome d'alcoolisation fœtale) L'effet individuel n'est pas prévisible mais les ivresses auraient des conséquences plus grave

### **Le cannabis et la grossesse**

Le cannabis augmente le risque de fausses couches spontanées, de retard de croissance et de prématurité. Les enfants présenteraient de moins bons score de mémoire à 4 ans et plus d'impulsivité et de déficit de l'attention à 6 ans avec des troubles du comportement à 10 ans.

### **Les opiacés**

Les héroïnomanes, et polytoxicomanes ont, en général, les caractéristiques douloureuses décrites ci-dessus. Toutefois, les traitements de substitution ont nettement diminué la morbidité maternelle et fœtale et amélioré le suivi.

## ACTIONS PROPOSEES

### **Tout d'abord dans le dispositif général**

#### **Existe-t-il une spécificité de genre en matière de traitements ?**

Il faut noter l'importance du besoin de « renarcissisation », de restauration de leur « estime de soi », d'où l'utilité des approches corporelles (dont l'activité physique) ainsi que des activités à dimension socio esthétique.

Les lieux mixtes sont souvent stigmatisant pour les femmes. Il faut donc, au moins, prévoir un temps spécifique hebdomadaire distinct d'accueil des femmes.

Il faut également améliorer les compétences et connaissances des professionnels spécialisés sur le sujet ainsi que la sensibilisation et la formation des partenaires non spécialisés (professionnels de santé, travailleurs sociaux) sur la question des addictions au féminin

- **Pour les femmes enceintes**

#### **Création de filières de soins régionales**

Sensibiliser les personnels des maternités, des PMI, des CSAPA et CAARUD, des équipes de liaison d'addictologie, de la médecine libérale, des Réseaux.

#### **Favoriser le financement et la collaboration entre les Réseaux de Santé périnataux et addictologiques**

en incluant dans leurs missions prioritaires cette problématique.

#### **Favoriser la prise en charge spécifique des femmes dans les structures d'addictologie.**

## Postes de sages-femmes référentes en addictologie

Création ou l'amélioration des ELSA dans les hôpitaux comportant une maternité.

### Création d'Unités Kangourou

Améliorer l'aval en augmentant la disponibilité :

- ◆ De **structures d'accueil mère-père-enfant** : SSR périnataux, centres parentaux, unités mère-enfant psychiatriques, CHRS, ... par une analyse régionale des besoins par les réseaux
- ◆ De **structures de prise en charge des enfants exposés** in utero aux substances psycho-actives et tout particulièrement à l'alcool : **CAMSP +++**

Remboursement intégral de toutes les formes de substituts nicotiques pour les femmes enceintes et pendant l'allaitement.

- **Bibliographie dans "contributions des experts" pages 64-66 et 175**

## Caractéristiques des conduites addictives chez les patients souffrant de troubles psychiatriques

**les conduites addictives sont nettement plus fréquentes chez les patients souffrant de troubles psychiatriques** qu'en population générale.

**Les conduites addictives aggravent la symptomatologie et l'évolution des troubles psychiatriques.** Les patients à double diagnostic présentent notamment plus de conduites suicidaires, plus de comportements violents et sont hospitalisés plus fréquemment que les patients sans addiction

En outre, les conduites addictives dans cette population **sont plus sévères** que chez les sujets sans comorbidités psychiatriques, avec notamment des consommations compulsives et incontrôlées

**La mortalité, plus précoce** (d'environ 10 ans en moyenne) **chez les patients psychiatriques** qu'en population générale, **est pour une bonne partie liée aux conduites addictives**, en particulier à la consommation de tabac et d'alcool

Les patients psychiatriques ont une morbidité cardiovasculaire, métabolique, respiratoire et infectieuse, liée aux conduites addictives, plus fréquente qu'en population générale. Par exemple, la fréquence des infections HVC est cinq fois plus élevée chez les patients bipolaires avec addictions qu'en population générale

### ACTIONS PROPOSEES

#### Sur le plan individuel

##### Repérage

La dimension addictologique des patients à double diagnostic est fréquemment sous évaluée et sous traitée dans les services de psychiatrie, nécessitant un repérage systématique. De même, la dimension psychiatrique est fréquemment sous évaluée et sous traitée dans les services d'addictologie, nécessitant également un repérage systématique. Des formations addictologiques spécifiques pour les équipes psychiatriques et des formations psychiatriques spécifiques pour les équipes addictologiques amélioreraient le dépistage et la prise en charge. Le développement d'outils spécifiques à visée diagnostique, de suivi ou de prise en charge, est également attendu en France.

##### Prise en charge

-Pas de traitement d'un trouble sans traiter l'autre

-Efficacité des médicaments à visée addictologique dans les doubles diagnostics

- Des modules de prise en charge psychothérapeutiques spécifiques

Suivant le modèle de prise en charge conjointe des deux troubles, plusieurs modules de prise en charge individuelle ou de groupe ont été développés. Cette offre de soins spécialisée reste très insuffisante en France aujourd'hui.

#### Sur le plan sociétal

##### Articuler les structures psychiatriques et addictologiques

L'articulation entre les structures addictologiques et psychiatriques est encore très insuffisante et doit être développée : définir les missions et les collaborations de

l'addictologie et de la psychiatrie, notamment pour les patients souffrants des deux pathologies ; planification régionale de ces articulations.

### **Développer les compétences addictologiques dans les établissements psychiatriques**

**Tous les établissements de santé ayant une activité de psychiatrie doivent proposer une prise en charge organisée des patients ayant des troubles addictifs intégrée dans leur CPOM** par l'attribution de financements DAF pour :

- la création d'une équipe de liaison en addictologie dans tous les établissements psychiatriques en France.
- la création ou la consolidation de lits d'addictologie de niveau II, ciblés pour les comorbidités psychiatriques (une unité par établissement psychiatrique), avec :
  - la finalisation en niveau II des dispositifs existants (hôpitaux de jours, consultations pour les services qui n'ont qu'une partie des quatre structures de chaque service de référence),
  - la création de SSR addictologie spécialisés dans les problèmes cognitifs dans les établissements psychiatriques en lien avec les CMRP (centres de la mémoire).

### **Renforcer les ressources en psychiatrie des structures d'addictologie médico-sociales et hospitalières**

- **Bibliographie dans "contributions des experts" pages 75 et 193**

## FICHE 24 REDUIRE LES DOMMAGES CHEZ LES SUJETS PRECAIRES

Ce travail a été mené en 2011 dans le cadre de l'expertise collective INSERM qui a réuni des experts reconnus dans le champ de la RdR

Les populations concernées : elles peuvent être caractérisées comme suit :

- jeunes « travailleurs » : teuffers-travellers
- usagers en errance concentrés sur certains territoires urbains
- usagers migrants sans autorisation de séjour
- femmes toxicomanes et prostituées
- grands exclus vivant dans la rue, ou dans des hébergements de fortune ou transitoires, plus visiblement marquées par les consommations d'alcool, et par la forte incidence de troubles psychiatriques

Chacune de ces populations nécessite des modalités pertinentes d'approche et de prise en charge.

### LES DOMMAGES

**Tous les indicateurs de morbidité et de mortalité** sont péjorés chez les personnes en précarité : maladies infectieuses, troubles mentaux, intoxications ... altérations de l'état général liées aux conditions de vie : survenue de complications sanitaires proportionnelles à l'indice de précarité.

Il existe des pathologies spécifiques à la grande précarité (Altération Etat Général, problèmes dermatologiques, bucco-dentaires ...)

**De même les altérations de la santé mentale sont proportionnelles à la situation de précarité**

Les troubles mentaux altèrent le fonctionnement social,

La symptomatologie psychiatrique tend à être moins lisible chez les personnes en précarité

Il existe des pathologies psychiques propres à l'exclusion : perte de l'estime de soi, honte, découragement, inhibition, perte progressive d'identité ... à quoi s'ajoutent l'obscurcissement de la prise de conscience de la situation du fait de l'état d'appétence aux drogues et à l'assouvissement qu'elles procurent

**Enfin, il existe une spirale des risques entre usages de drogues - répression - précarité**

La prohibition introduit les usagers de produits illicites dans un rapport à la déviance et à la criminalité. Elle participe de la précarisation des usagers, et réciproquement la précarisation des conditions de vie, la répression et les incarcérations réitérées amplifient les consommations dans le sens des poly-consommations, et les risques dans tous leurs registres : sanitaires (pour soi-même et les autres), judiciaires (arrestations et incarcérations, mais aussi dérive criminelle des pratiques), sociaux (perte des droits, érosion des soutiens)

La politique de réduction des risques chez les usagers de drogues correspond à la mise en place d'un accès élargi

- au matériel d'injection,
- aux traitements de substitution aux opiacés,
- au dépistage du VIH et aux traitements antirétroviraux

Elle a donné les résultats positifs flagrants :

- réduction de l'incidence du VIH, la baisse des décès liés aux usages de drogues
- amélioration de l'accès aux soins pour les usagers de drogues.

Mais ses limites en l'état de son actuel de son développement sont atteintes par rapport à

- l'infection par le VHC,

- l'émergence de nouvelles populations non couvertes par les dispositifs existants
- le développement de nouvelles pratiques à risque
- le recours à l'injection par certains groupes d'utilisateurs,
- la remontée récente du nombre de décès liés aux usages de drogues,

Enfin, la politique de réduction des risques ne peut être considérée comme la seule mise à disposition d'outils, elle doit s'intégrer dans une stratégie plus globale de réduction des inégalités sociales de santé.

## ACTIONS PROPOSEES

### Accueil des personnes en grande précarité

Des accueils inconditionnels et accessibles  
Des lieux d'accueil à seuil adaptés pour usagers précaires.

### Le droit à l'hébergement

Diverses actions doivent être mises en place pour améliorer l'accès et le maintien des personnes souffrant d'un trouble addictifs dans des solutions d'hébergements :

- Les consultations avancées des CSAPA dans les structures des dispositifs Accueil Hébergement Insertion
- L'adaptation des dispositifs de soins résidentiels aux publics les plus précaires
- Logement d'abord et Addictions  
Le logement (comme le travail) constitue un appui essentiel pour la réadaptation.

### Soutenir une dynamique de santé communautaire

#### Les espaces de consommations à moindre risque

Les missions des salles de consommation : réduire les risques liés aux consommations, favoriser l'accès aux droits et l'accès aux soins, reconstruire une base d'adhésion aux règles de la vie sociale, réguler les relations à l'environnement et à la société.

### Adapter les traitements de substitution opiacés pour les usagers de drogues en grande précarité

La réalisation des recommandations de la conférence de consensus de juin 2004 :

- Aller au devant des publics précarisés à travers des dispositifs avancés avec substitution
- Réponse rapide en termes d'inclusion et dispensation
- Tolérer une souplesse dans la régularité
- Offrir parallèlement des services médicaux, sociaux, juridiques ...
- Orienter après un temps adapté à chacun vers des dispositifs de soins plus conventionnels.

### Réduire les risques avec l'alcool

## Renforcer la lutte contre le VHC et traiter les infections VHC chez les usagers actifs et en situation de précarité

- Informer sur les comportements à risque (injection, partage des seringues et du petit matériel, réutilisation de matériel d'injection).
- Diffuser des messages de prévention concernant les risques liés aux premières injections.
- Sensibiliser le patient à une possible maladie hépatique et agir sur les consommations hépatotoxiques (Alcool...).
- Prévenir le passage à l'injection et réduire les pratiques d'injection.
- Programme de réduction des risques auprès des plus jeunes.
- Information des usagers "aguerris" et potentiellement contaminants.
- Renforcer l'accès au dépistage.
- Développer les "guichets uniques" (dépistage "simplifié", bilans biologiques, mise en route et suivi des traitements) et donc les possibilités de soins VHC dans les mêmes unités de lieu et de temps pour des patients rétifs aux prises en charge institutionnelles.
- Ne pas récuser un traitement antiviral au seul motif de consommations encore actives
- Inclure ces traitements dans un projet global médico-psycho-social prenant en compte les différents besoins des patients (suivi psychologique, logement...).
- Développer les approches transdisciplinaires et les partenariats (hépatologie, addictologie, psychiatrie, travail social, ville, hôpital, CSAPA, CAARUD...).
- Vacciner contre le VHB.

- **Bibliographie dans "contributions des experts" pages 70 et 185**

## LES DOMMAGES

La détention est un lieu à haut risque sur le plan des dommages, en particulier infectieux, liés aux conduites addictives. Il s'y concentre en effet une population particulièrement concernée par les pratiques addictives et les troubles psychiatriques, précaire, présentant des prévalences élevées du VIH (2%) et des hépatites virales (4.8% contre 0.84% en population générale pour le VHC) dans un contexte violent, de promiscuité et de surpopulation où les pratiques à risques (en particulier l'injection intraveineuse) sont encore plus clandestines qu'au dehors. L'éventail des mesures de réduction des risques est par ailleurs réduit comparativement à celui disponible au dehors (une partie seulement des outils du référentiel de la réduction des risques de 2005 est prévu réglementairement en détention) et les quelques outils autorisés sont inégalement disponibles et souvent peu accessibles

## Liens entre consommations et infractions

En 2011, les infractions à la législation des stupéfiants (ILS) représentaient 8% de l'ensemble des condamnations et 12,3% des condamnations à une peine de prison ferme. Les conduites en état d'alcoolisation représentaient elles 19,5% de l'ensemble des condamnations et 7,6% des condamnations à une peine de prison ferme. Soit environ 30% des condamnations et 20% des peines de prison. Il faudrait rajouter toutes les condamnations liées aux violences, agressions sexuelles et criminelles liées à l'alcool. Le taux de récidive pour ILS est de 9% et de 15,5% pour la conduite en état d'alcoolisation.

## Consommations chez les détenus

33% des entrants présentaient une utilisation prolongée et régulière de drogues illicites prévalence de la dépendance à l'alcool de 11,7% et aux drogues de 14,6% (12 derniers mois).

La France manque de données récentes sur l'usage de drogues en détention (en particulier sur l'inhalation et l'injection), l'incidence des affections virales et globalement sur les pratiques à risques et leurs particularités en détention, l'initiation à l'usage de substances psychoactives (notamment la buprénorphine hors protocole) ou aux pratiques d'injection. La population carcérale, et en particulier celle usagère de drogues, reste peu de temps en détention avant de retourner dans la communauté, s'exposant ainsi autant qu'elle n'expose les autres usagers ou le reste de la communauté sur le plan infectieux.

## ACTIONS PROPOSEES

- **Concernant les drogues illicites**

La récente étude ANRS-PRI<sup>2</sup>DE portant sur la disponibilité et l'accessibilité des mesures de réduction des risques en prison en France a montré **un déficit global tant sur le plan de la disponibilité et de l'accessibilité que de l'information aux détenus et aux personnels**. Et des sources toujours plus nombreuses et concordantes rappellent **l'existence de pratiques à risque en détention, liées à l'usage de drogues mais aussi d'autres comportements**.

Deux principes s'imposent : celui d'une équivalence dans la disponibilité et l'accessibilité des mesures de réduction des risques entre la prison et l'extérieur, celui du respect du contexte carcéral et d'une prison comme un espace sans drogue. L'apparente contradiction, courante quand il s'agit de réduction des risques, consiste à proposer l'aide pour réduire les risques d'un comportement, même illicite, sans en faire ni une opportunité ni un encouragement à l'usage. Elle se déclinera par la mise à niveau de mesures existantes (amélioration de l'accessibilité aux TSO, de l'accessibilité aux préservatifs et lubrifiants, à l'eau de javel, de l'information sur la prophylaxie post-exposition, le renouvellement du dépistage, etc...) et le déploiement de mesures pour le tatouage, piercing et autres transformations corporelles, des programmes d'échange de seringue et des mesures de prévention de l'overdose à la sortie de prison. Cette mise à en place commencera dans des établissements volontaires et sélectionnés.



- **Sur le plan alcoologique**

**le repérage et l'évaluation systématique** des conduites de consommations à l'entrée en détention, **l'orientation vers les professionnels spécialisés** des sujets présentant une consommation problématique, la mise en place de permanences ou interventions associatives (Alcooliques Anonymes, Vie Libre...), de réinsertion et médico-sociales, ainsi **qu'une préparation active à la sortie** (mise en place de relais, rencontre des partenaires, permissions permettant de rencontrer les structures relais...) sont autant de mesures destinées à réduire les dommages liés à l'alcool, en diminuant le risque de rechutes et donc de récurrence des comportements délictuels.

Les alternatives à l'incarcération (type placement extérieur en structures résidentielles ou semi-résidentielles) ont montré leur intérêt et méritent d'être développées

- **Bibliographie dans "contributions des experts" pages 72 et 188**

Le monde du travail est aujourd'hui occupé par des adultes et des jeunes adultes qui recourent régulièrement à des substances psychoactives par plaisir, soulagement physique et psychique, stimulation, conduite dopante, ou par dépendance ; Dans les enquêtes en population générale, certains actifs déclarent consommer, ou avoir augmenté leur consommation, du fait de problèmes liés à leur travail ou à leur situation professionnelle.

## État des lieux des consommations en milieu du travail

D'après les données du Baromètre Santé de l'INPES, plusieurs secteurs d'activité s'avèrent particulièrement liés à des usages de substances psychoactives : il s'agit du secteur des transports et du secteur agricole, de la pêche et de la marine, ainsi que des métiers des arts et du spectacle. D'autres secteurs apparaissent aussi plus consommateurs que les autres : la construction, la restauration ou l'information / communication

- Les consommations d'alcool particulièrement fréquentes dans les secteurs de l'agriculture et de la pêche, dans le secteur de la construction, secteurs de l'industrie
- La consommation de cannabis concerne particulièrement l'hébergement et la restauration et est encore plus prononcée dans les arts et spectacles
- Concernant l'expérimentation d'autres drogues illicites, le milieu de la construction les milieux de la restauration, de l'information/communication, et des arts et spectacles

## LES DOMMAGES

Les récents travaux sur la souffrance au travail, le stress et les conduites dopantes professionnelles montrent que les substances psychoactives (tabac, alcool, drogues illicites ou médicaments psychotropes) sont aussi utilisées pour leurs fonctions d'anesthésiant, de calmant ou de stimulant qui permettent d'atteindre les objectifs de résultats et de moyens fixés pour chaque professionnel. Sources de régulation, ces conduites deviennent souvent, à plus ou moins long terme, sources de dommages

La présence de professionnels en état d'ébriété ou sous l'emprise de drogues sur le lieu de travail, l'altération de la vigilance et de la perception du risque et/ou une prise de risque accrue peuvent mettre en danger la santé et la sécurité des salariés (INRS, 2008 ; MILDT/DGT, 2010) . Elles peuvent aussi avoir des répercussions sur l'image de marque et la performance économique des entreprises

Peu d'études portent spécifiquement sur les effets de ces consommations sur le travail et les travailleurs : pour la France, l'expertise collective INSERM (2003) indique que « bien que ce soit un problème récurrent en milieu du travail, les études précises et récentes concernant l'implication de l'alcool dans les accidents du travail font défaut ». Il est impossible de décrire la part imputable à ces consommations dans les dommages sanitaires, économiques et sociaux (dommages physiques et psychiques, accidents du travail, maladies professionnelles, absentéisme, turn-over...). Il est important de souligner que pour les mêmes raisons, en absence d'évaluation qualitative, il n'est pas possible d'appréhender la part du travail dans ces consommations.

Dans les milieux professionnels les mesures de prévention et de réduction des dommages liés aux addictions doivent être conformes au respect des libertés individuelles et aux principes généraux de prévention des risques professionnels inscrits au Code du travail (article L.4121-2).

## ACTIONS PROPOSEES

### Mise en place d'une politique de prévention et de réduction des dommages dans toutes les entreprises

Suivant ces recommandations générales, les stratégies de réduction des dommages liés aux consommations de substances psychoactives préconisées par l'INRS et le Guide MILDT/DGT (2012) et le groupe Pompidou proposent d'intégrer la prévention des consommations de substances psychoactives à la démarche de prévention globale de l'entreprise selon un canevas en huit grandes étapes :

1. Mettre en place un comité de pilotage (avec le CHSCT ou avec l'employeur, des salariés et le service de santé au travail pour les petites et très petites entreprises)
2. Faire un constat concerté préalable des consommations de substances psychoactives et des problèmes qu'elles soulèvent dans l'entreprise
3. Organiser ou clarifier le cadre réglementaire concernant les protocoles d'intervention, de prise en charge et de contrôle : les conduites à tenir face aux situations de consommations (tabac, alcool, drogues illicites) et/ou de troubles comportementaux et cognitifs en milieu de travail, l'utilisation éventuelle d'outils de dépistage
4. Déterminer ou clarifier les rôles de chacun dans ce cadre réglementaire
5. Définir les signaux et les indicateurs d'alerte, d'orientation et de suivi
6. Travailler avec des relais (Service de santé au travail, Caisse d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT), Agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT), Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)) pour établir le constat préalable (étape 2) ou pour l'orientation et le suivi des personnes en difficultés
7. Repérer cliniquement les consommations à risque de substances psychoactives par les services de santé au travail (6)
8. les personnels d'encadrement sont souvent les premiers acteurs impliqués dans la gestion des problématiques addictives en milieu professionnel. Il est recommandé de leur proposer une formation spécifique afin de mener une réflexion sur l'attitude à adopter face aux conduites addictives.
9. **Inscrire dans le document unique des entreprises privées et publiques le risque dû aux conduites addictives** et en particulier celui lié à la consommation de produits psycho-actifs. Il en découlera ainsi un plan de prévention, d'action et de formation.

### Etudier les déterminants professionnels des consommations

Ajouter une investigation systématique des déterminants professionnels des consommations d'alcool, de tabac, de drogues illicites et de médicaments psychotropes et d'encourager la pratique de l'intervention brève au bénéfice des salariés concernés.

Cela sous-entend un **prérequis indispensable : une formation au RPIB des médecins et infirmiers de santé au travail.**

Cette investigation des déterminants professionnels des consommations de substances psychoactives est un double changement de paradigme : elle déplace l'action des employeurs et des services de santé au travail d'une approche individuelle des consommations vers une approche collective, elle déplace l'analyse des dommages vers celle des consommations (régérées, nocives ou avec dépendance).

- **Bibliographie dans "contributions des experts" pages 79-80 et 196**

LES STRATÉGIES MARKETING DÉPLOYÉES PAR LES INDUSTRIELS DU TABAC ET DE L'ALCOOL

## Le marketing des industriels du tabac

Depuis quelques décennies et afin de s'adapter aux restrictions publicitaires qui naissent dans différents pays, les industriels du tabac utilisent des supports publicitaires discrets mais efficaces pour toucher les jeunes, attirer des cibles spécifiques (jeunes, femmes).

Des produits du tabac aromatisés à la vanille, fraise, banane, menthe, caramel, rose, etc. et au goût sucré ont été lancés par les industriels pour attirer les jeunes vers la tabagie.

Ces tendances incitent les cigarettiers à pénétrer massivement ces nouveaux médias pour détourner les interdictions de publicité, 107 applications téléchargeables sur l'App Store et l'AndroidMarket faisant la promotion des produits du tabac.

Malgré l'interdiction, on constate pourtant une forte présence du tabac dans les films.

Des études ont également souligné que la publicité sur le lieu de vente des marques de tabac encourage les jeunes à commencer à fumer, banalise et normalise les produits du tabac, dissuade l'arrêt du tabac chez les fumeurs, incite à la reprise chez les ex-fumeurs et encourage les achats d'impulsion.

L'industrie du tabac a recours à des stratégies sophistiquées de relations publiques pour améliorer son image et influencer sur les lois.

## Le marketing des industriels de l'alcool

Les industriels de l'alcool promeuvent leurs marques par le biais de campagnes publicitaires utilisant des supports et messages variés (21-22). Ces publicités jouent sur la socialisation, l'humour, l'aventure, la musique, la séduction, le pouvoir, l'ironie, la provocation, etc. (21-22). Différents outils commerciaux sont actuellement déployés par les alcooliers pour toucher les jeunes.

Ainsi de **nouveaux produits et packagings** d'alcool sont développés pour toucher les jeunes (23-24). Les « premix » sont des boissons conçues pour les jeunes car le goût de l'alcool est adouci par l'ajout de soda ou de bases fruitées

**La publicité sur le point de vente et les lieux de consommation** est également très utilisée par les alcooliers. Elle recoupe différents outils : promotion sur les prix des boissons (qui aurait une influence sur la consommation d'alcool des étudiants selon Kuo et al, 27), cadeaux contre achats, jeux-concours, etc.. Dans certains établissements nocturnes, des hôtesses sont engagées par les marques d'alcool pour encourager la clientèle à la consommation (28). En milieu étudiant, on assiste aussi des soirées « open bar » qui ouvrent la voie à une alcoolisation excessive .

**Le sponsoring d'évènements culturels et sportifs** est efficace (29-30). Il s'agit ici d'associer les marques d'alcool à des activités appréciées des consommateurs : football, jeux olympiques, concerts d'artistes célèbres, festival de musiques, etc. Le but est d'accroître la visibilité et la notoriété des marques et de faire rejaillir les valeurs de l'évènement sur leur image.

# Les nouvelles stratégies marketing des alcooliers sont particulièrement dirigées vers les jeunes

## 1-Les modernes, sur internet et les réseaux sociaux

Depuis quelques années, les industriels de l'alcool investissent massivement les **nouveaux médias pour toucher un public jeune : Internet, réseaux sociaux, smartphones, e-mails, « sms », etc**

Depuis que la promotion de leurs produits y est possible (HPST, 2009). Et ce d'autant que les utilisateurs de réseaux sociaux de 12 à 17 ans seraient 3 fois plus susceptibles de boire de l'alcool (26% contre 9%) que les adolescents "non connectés" (et 5 fois plus susceptibles de fumer).

- Les bannières publicitaires animées, intelligentes, sur des sites généralistes (presse, logement, sport...) et sur des sites plus jeunes et/ou festifs (radios jeunes, clubbing, espaces de dialogue/chat).
- Des moyens colossaux pour mieux connaître les utilisateurs (en partenariat avec des moteurs de recherche), les attirer, les fidéliser, les utiliser pour créer leurs packagings/recettes, nouer une relation particulière avec eux
- Des jeux, des applications et des comptes en ligne leur sont ouverts. Ils sont pris en photo et affichés verres de bière à la main.

## 2- Les classiques

Produits toujours plus innovants, des politiques de prix bas et toujours des open-bars ! Des actions événementielles au caractère éphémère voire clandestin... Et parallèlement, l'image est soignée par un développement de marques alibis (favorisant une présence bien accueillie en milieux festifs) et la diffusion de messages préventifs ambigus (car tendant à banaliser la consommation).

### EFFETS DU MARKETING DE L'ALCOOL ET DU TABAC SUR LES REPRÉSENTATIONS ET INCITATIONS À CONSOMMER DES INDIVIDUS

#### Effets du marketing du tabac

La publicité a un effet significatif sur l'initiation tabagique des jeunes, l'envie de continuer des fumeurs et la fidélité à la marque de tabac. Cet effet de la publicité est constaté sur les jeunes mais également sur des fumeurs adultes.

#### Effets du marketing de l'alcool

Un lien significatif entre l'exposition à la publicité et l'initiation de la consommation d'alcool chez les adolescents non buveurs, d'une part, puis l'augmentation de la consommation chez les jeunes déjà buveurs, d'autre part. Les expositions régulières à des publicités pour l'alcool sont associées à une augmentation du « binge drinking ».

### ACTIONS PROPOSEES

#### Faire appliquer les lois existantes de restriction des actions publicitaires

Ce sont des associations qui manquent de moyens qui alertent et poursuivent en justice les industriels pour non-respect de la réglementation (CNCT, ANPAA, etc.)

- Promouvoir le paquet de cigarettes neutre exempt des logos et stimuli marketing (adopté par l'Australie), la vente du tabac sous le comptoir, etc.

- Interdire les supports publicitaires pour les marques d'alcool susceptibles de rentrer en contact avec des jeunes, voire des très jeunes : affichage dans la rue et présence sur Internet.
- Faire des campagnes de prévention régulières dans les médias sur les méfaits du tabac et de l'alcool, dénonciation de la manipulation marketing des industriels dans des programmes d'éducation à l'école.
- prévenir les conflits d'intérêt : interdire la présence des industriels de l'alcool et du tabac dans l'activité (financement, commission, etc.) des structures préventives ou publiques.

## Revenir, sur internet, à l'essence même de la loi Evin.

La propagande ou la publicité, directe ou indirecte, en faveur des boissons alcooliques est très limitée, à certains supports. Sur la toile, c'est exactement l'inverse depuis la loi HPST : la promotion des boissons alcoolisées y est autorisée, sauf sur certains sites. **Ne pas autoriser cette promotion, sauf sur certains sites clairement définis (producteurs, marchands en ligne, œnotourisme...).**

## Obligation par la loi du financement de la prévention par les industriels

Préparer une loi devrait amener les industriels de l'alcool à verser une taxe au prorata des investissements en opérations marketing (communication notamment) (1euro pour 1 euro engagé ?). Cette taxe serait destinée à la prévention (et gérée par des organismes totalement indépendants).

## Favoriser la création des postes d'éducateurs « numérique »

## Mise en place de nouvelles recherches : création d'un observatoire du marketing de l'alcool et du tabac

- Evaluer le marketing déployé autour de l'emballage des produits du tabac et de l'alcool.
- Evaluer la présence des produits du tabac et de l'alcool dans les films
- Evaluer le marketing responsable et les relations publiques déployés par l'industrie du tabac.
- Observer les politiques de mécénat et de lobbying développées en France par l'industrie du tabac et de l'alcool.
- Analyser l'effet de ces outils sur les leaders d'opinion, sur l'adoption des lois, décrets, et sur l'application des lois.
- Contrer la présence des produits du tabac et de l'alcool sur Internet.
- Observer la présence des marques et des produits du tabac / alcool sur Internet (sites, médias sociaux).

Ou intégration de cet Observatoire à l'INPES

## Elargir les missions du « Comité pour la Modération » à toute l'évaluation de la communication sur l'alcool

Aussi bien aux campagnes de prévention qu'aux campagnes de promotion.

- Bibliographie dans "contributions des experts" pages 224-229

## Pourquoi agir sur la fiscalité du tabac ?

Les ventes de tabac, rapportées à la population adulte (15 ans et plus), ne baissent plus depuis 2004. Les variations des ventes et les variations des prix évoluent en miroir. Le rapport Variation des ventes/Variation du prix est égal à -0,5. En conséquence une augmentation de 20% du prix est associée à une baisse de 10% des ventes.

Augmenter le tabac d'environ 6% peu fréquemment revient à suivre l'inflation et n'a aucun effet sur les ventes.

## Pourquoi agir sur la fiscalité de l'alcool ?

La consommation est encore aujourd'hui très élevée. Le prix des boissons alcoolisées compte tenu de l'inflation a baissé : à coût de la vie égal, l'alcool est 13% moins cher aujourd'hui qu'en 1960.

La comparaison avec les taxes dans les autres pays de la Communauté Européenne montre que les droits d'accise sur les boissons alcoolisées sont très faibles en France.

### ACTIONS PROPOSEES

Il convient de rapprocher le coût externe de chacune des drogues avec les impôts qui sont prélevés sur les produits. Les drogues illicites ne faisant pas l'objet de prélèvements fiscaux nous n'évoquerons que l'alcool et le tabac.

La théorie économique de la taxation a établi de longue date que le montant des impôts spécifiques prélevés sur les produits engendrant des externalités doit être égal au coût de ces externalités.

En 2006, les taxes spécifiques sur le tabac s'élèvent approximativement à 10 milliards d'euros et les taxes sur l'alcool à 8 milliards d'euros. Elles sont donc entre près de trois fois inférieures au coût externe. **La conclusion est simple, l'alcool et le tabac imposent un coût à la collectivité que les taxes sont bien loin de compenser. Les autorités publiques seraient donc amplement légitime à remonter massivement les taxes sur des deux types de produits.**

La seconde règle de fiscalité est de concevoir des systèmes de taxation qui empêchent les consommateurs de fuir les taxations en modifiant leur consommation d'un produit vers un autre. Il convient d'augmenter les taxes sur les produits moins taxés comme les cigares et les cigarillos taxés à 44%, le tabac à rouler taxé à 76% et à les aligner sur le taux des cigarettes taxées à 81% pour les moins chères. In fine, le prix minimum du gramme de tabac devrait être égal pour tous les produits. A l'heure actuelle 16 grammes de tabac coûtent au minimum 3,40€ sous forme de tabac à rouler, 6,07€ sous forme de 20 cigarettes (paquet de 30 cigarettes à 9,10€), et 5,90€ pour 20 cigarillos dont le poids est indéterminé.

Il en va de même avec l'alcool où les autorités publiques devraient **unifier le montant des accises prélevées sur les différentes formes d'alcool. Il existe un fort différentiel de taxe entre les différents spiritueux.** Les droits sur le vin sont de 3,55 euros par hectolitre, contre 56 euros pour les vins doux naturels (muscats, etc.) et 223 euros pour les produits dits « intermédiaires », tels que le pineau des Charentes et le porto. Les spiritueux (whisky, pastis, etc.) sont taxés à hauteur de 1.514 euros par hectolitre d'alcool pur, soit un peu plus de 600 euros par hectolitre pour un alcool à 40 degrés. En outre, une cotisation sur les alcools de plus de 25 degrés s'ajoute (1,6 euro par litre). Pour des raisons qui n'ont rien à voir avec la santé publique les différents gouvernements épargnent systématiquement le vin. **Il convient d'unifier la taxation sur les alcools au regard des impératifs de santé publique.**

- **Bibliographie dans "contributions des experts" page 236**



Nous devons mieux anticiper les usages futurs et **poser un interdit social cohérent et commun à toutes les substances et comportements dangereux**. A ce stade, l'ancienne division licite/illicite est une prime donnée à l'alcool ! La pénalisation du cannabis cache la sous-évaluation des dommages de l'alcool chez les jeunes et de la délinquance en lien avec l'alcool.

Il faut **déployer une gradation des réponses** car il s'agit à la fois de ne pas d'oublier la sécurité publique et de mettre fin à la discordance de traitement entre les comportements problématiques instituée dans les années 70 quand les usagers d'un alcool banalisé étaient des millions en comparaison de quelques centaines de toxicomanes utopistes, ce qui n'est manifestement plus le cas aujourd'hui. L'intérêt d'une approche par les dommages, par tous les dommages, c'est qu'elle permet de mieux comprendre pourquoi il est nécessaire d'adapter la législation : sanctionner de façon claire et explicite les dommages causés à autrui, quelle que soit la substance consommée, quitte à moins sanctionner l'usage privé simple.

### LES INFRACTIONS ET DOMMAGES

- **Les différentes infractions et dommages sociaux liés à l'alcool**

#### **1-Il faut avant tout constater l'indigence des données disponibles relatives aux rapports entre alcool et délinquance**

Alors que la co-occurrence alcool et délinquance est constatée quotidiennement par la police, la justice et les praticiens, il n'existe aucun corpus rassemblant de manière synthétique les dispositifs statistiques dispersés qui signalent ce lien entre alcool et délinquance.

Les dispositifs d'observation relatifs aux violences et aux différentes mises en danger d'autrui favorisées ou directement induites par l'alcoolisation devraient permettre de relever la part de l'alcoolisation dans la levée des inhibitions, la perte de contrôle et les passages à l'acte (accidentologie, dégradations, violences aux personnes, délinquance sexuelle, etc...), et la délinquance routière.

Ce même déficit se retrouve au niveau des données relatives au traitement pénal de cette délinquance et de ses auteurs, de leur prise en compte par les dispositifs administratifs, judiciaires et pénitentiaires, et des prises en charge, tant en prévention qu'en soins, en milieu ouvert et en détention et alors que les praticiens constatent également le rôle de l'alcool dans les phénomènes de récidive.

L'alcoolisation perturbe le fonctionnement émotionnel et cognitif, potentialise les conduites à risque et joue ainsi le rôle d' « aide planifiée à l'agression ». Une consommation abusive d'alcool augmente les risques de violences et la gravité des délits, notamment les agressions physiques et sexuelles, ainsi que le risque d'incivilités et d'agressions à la sortie des bars. L'alcool au volant représente par ailleurs la délinquance n°1 avec 25 % de toutes les condamnations prononcées chaque année par les tribunaux français.

Considérer les rapports entre alcoolisation et délinquance invite à distinguer parmi les infractions celles directement liées à l'alcool et celles indirectement liées.

#### **2-Les infractions directement liées**

Il s'agit des infractions dont la consommation d'alcool constitue l'élément direct. Les deux principales sont :

- ◆ **La conduite automobile sous l'emprise de l'alcool (CEA)**

L'alcool est présent dans 10 à 16 % des accidents corporels, 30 à 37 % des accidents mortels avec plus de 50 % des accidents mortels au cours des nuits de week-end.



La consommation associée d'alcool et cannabis multiplie ce risque par dix.

**290 300 infractions de sécurité routière liées à l'alcool** ont été constatées en 2011. Avec près de 152 600 condamnations en 2011, **les CEA représentent plus de la moitié des condamnations pour infractions en matière de circulation routière et un quart de toutes les condamnations prononcées chaque année en France.**

#### ◆ **Les Ivresses Publiques et Manifestes**

Les auteurs d'ivresses publiques et manifestes représentent environ 70 000 personnes par an qui font l'objet de 50 000 visites médicales préalablement à leur conduite au poste de police pour dégrisement.

Les infractions directement liées à l'usage d'alcool représentent en 2007 près du quart de toutes les condamnations prononcées par les juridictions pénales.

### **3-Les infractions indirectement liées à l'usage d'alcool**

Il s'agit des infractions commises concomitamment avec une consommation d'alcool sans que celle-ci ne constitue un élément de leur définition sur le plan juridique et ce sont **principalement les violences**. L'alcoolisation occasionnelle ou chronique est un facteur retrouvé chez plus d'un tiers des auteurs de violences conjugales et/ou familiales et d'agressions physiques et sexuelles, etc. Le facteur alcool est encore fortement présent en matière de **violences sexuelles**, notamment les violences sexuelles entre partenaires.

Le rapport l'ONDPR de décembre 2012 fait le point sur les violences hors ménage (à l'extérieur) et intra ménage (familiales) liées à la consommation d'alcool ou de drogues :

- Les personnes s'étant déclarées victimes de violences physiques : 200.000 personnes / an victimes de violences physiques en lien avec l'alcool. La fréquence des cas où l'auteur est sous l'emprise de l'alcool ou d'une drogue atteint 46% des hommes victimes. La proportion s'accroît très significativement avec la gravité de l'atteinte.
- Violences sexuelles en lien avec l'alcool ou les drogues : environ 50.000 personnes victimes chaque année.
- Violences physiques ou sexuelles intra-familiales : environ 200.000 personnes par an les déclarent en lien avec l'alcool, dont 49 % pour les femmes victimes de violences physiques ou sexuelles par le conjoint et 25 % des faits de maltraitance à enfants

### **4-Les réponses pénales**

Le traitement pénal de la délinquance lié à l'alcool est difficile à décrire et à évaluer dans ses modalités et son efficacité de par la diversité des procédures et l'individualisation des peines.

**En matière de faits de violence**, compte tenu de la diversité des auteurs, des faits et des circonstances, la réponse pénale est imputée en fonction de la gravité des dommages aux personnes et de l'état de récidive. Une obligation de soin est généralement prononcée quand l'auteur des faits s'adonne à une consommation excessive d'alcool, a fortiori s'il est récidiviste, notamment dans le cadre des alternatives à l'incarcération. Les SPIP ont la responsabilité de veiller à son respect tandis que les médecins qui accompagnent ces condamnés sont tenus au secret professionnel, ce qui induit des difficultés récurrentes dans l'articulation médico-judiciaire. La Loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance a étendu le champ de l'injonction thérapeutique aux délinquants qui font « une consommation habituelle et excessive de boissons alcooliques » et modifié l'organisation de la prise en charge sanitaire en organisant une triangulation de la relation entre autorité judiciaire et le soignant de la personne enjointe par un « médecin relais » placé auprès de l'autorité sanitaire. En pratique, le recours à l'injonction thérapeutique pour les auteurs de délits liés à l'alcool reste rare au profit de l'obligation de soin classique qui est bien connue des magistrats tandis que la mission de « médecin relais » n'a pas rencontré l'intérêt des praticiens.

**En matière de délinquance routière liée à l'alcool**, le traitement pénal et la prévention de la récidive de la conduite sous l'empire de l'alcool (CEA) est plus lisible et évaluable. En pré-

sententiel, le premier critère est la distinction entre primo-délinquance (PD) et état de récidive (un nouveau délit dans les 5 ans). Le second critère est l'existence ou non de dommages aux biens ou aux personnes. Le troisième est le taux d'alcoolémie mesuré au moment des faits. Une primo-CEA sans dommages aux biens ou aux personnes et avec une alcoolémie inférieure à <1,5 à 2 g/l est habituellement jugée « pas trop grave » et la sanction prononcée est peu sévère : retrait de 6 points, suspension de permis, amende. La Justice gradue sa réponse en fonction des dommages si bien que l'absence de dommages et de sanction entretient parmi les conducteurs, les magistrats et la société la méconnaissance qu'une CEA constitue bien une mise en danger d'autrui et risque de récidive. En revanche, dès qu'il y a des dommages et/ou un taux d'alcoolémie élevé considéré comme anormal, et/ou état de récidive, la sanction est sévère et une obligation de soin est prononcée comme dans les cas de violences aux personnes.

Les sanctions sont donc prononcées en fonction du taux d'alcoolémie, de la gravité des dommages aux biens et aux personnes, et de l'état de récidive. Le rapport du justiciable à l'alcool, son statut alcoologique (consommation à risque, consommation régulière et excessive, dépendance) n'est en général pris en considération qu'en cas de récidive et/ou de gravité significative des dommages. **La primo-délinquance routière n'engage pas de manière systématique une politique de prévention de la récidive** en considérant le statut alcoologique du conducteur interpellé.

La prévention de la récidive semble confiée implicitement aux médecins des commissions médicales des permis de conduire qui examinent les conducteurs sanctionnés préalablement à la récupération de leur permis, examen dont le coût d'environ 30 euros est à leur charge ainsi que celui des examens psychotechniques obligatoires depuis le décret du 17 juillet 2012 dont le coût est de 100 à 150 euros. Les conducteurs sanctionnés ont le sentiment d'une double peine et d'une injustice qui occulte l'origine alcoolique de l'infraction et les entretient dans la méconnaissance des risques et des dommages liés à l'alcool au volant. La prévention de la récidive est confiée à la sanction financière plutôt qu'à une démarche psycho-éducative sur les dangers de l'alcool au volant permettant de faire réfléchir le conducteur sanctionné à son rapport à l'alcool et l'invitant à modifier son comportement.

Pourtant l'efficacité des stages psycho-éducatifs de sensibilisation aux dangers de l'alcool (et des autres produits) chez les primodélinquants pour prévenir la récidive des CEA a été montré, notamment par la recherche-action EVAPACA menée en 1999 à Besançon par l'ANPAA 25 et le Dr Pascal Gache dont M. Rémi Heitz, alors délégué interministériel à la sécurité routière, avait dit qu'il faudrait la généraliser.

On sait aussi, en matière des CEA, que les  $\frac{3}{4}$  des conducteurs interpellés ne sont pas des malades alcooliques dépendants mais des consommateurs à risque : consommation ponctuelle importante et/ou consommation régulière excessive. Les réponses médicales ne sont alors pas les plus pertinentes ni les plus accessibles et des réponses psycho-éducatives, individuelles ou groupales types stages, paraissent plus adaptées.

- **Infractions et dommages sociaux concernant les drogues illicites**

## **1-Une consommation de masse du cannabis**

La consommation de stupéfiants, et plus particulièrement du cannabis, massivement répandue, est de plus en plus ressentie comme un phénomène relevant du comportement personnel et du style de vie tant qu'il ne perturbe pas la vie sociale. L'idée de sanction pénale en réponse n'apparaît plus pertinente même par ceux qui veulent marquer un interdit social.

Le recours à l'emprisonnement apparaît de plus en plus comme totalement inapproprié et stigmatisant, les effets pervers de la prison sont connus : spirale de la désinsertion, promiscuité, enfermement dans une vie où tout tourne autour des drogues.

## **2-Interpellations**

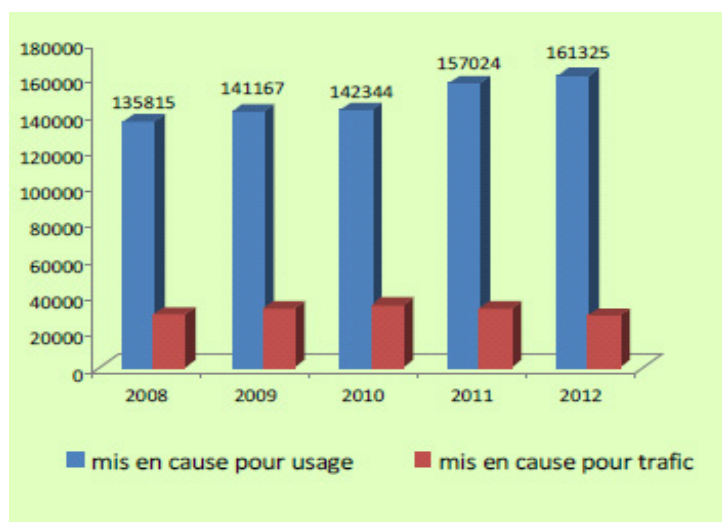
Un total d'environ 4,5 millions de personnes qui ont consommé des drogues illicites en

France en 2011, le nombre de personnes interpellées s'élève à 142.541, soit environ 3% des usagers. Le risque d'être confronté à l'application de la loi en France est donc faible pour les usagers, sauf dans les populations les plus contrôlées, ce qui pose un réel problème d'égalité entre citoyens.

Sur 160.308 personnes interpellées en France en 2011 pour infraction à la législation sur les stupéfiants, 130.973 le sont pour consommation du cannabis et 17.767 pour trafic (dont la grande majorité pour usage-revente).

### 3-Le bilan de la lutte anti-drogue en 2012 :

- Le nombre de mis en cause pour infractions à la législation sur les stupéfiants atteint un nouveau record historique, surpassant légèrement le bilan exceptionnel enregistré en 2011.
- Le nombre de personnes mises en cause pour infractions à la législation sur les stupéfiants atteint le niveau de 197 580.
- Les trafiquants au nombre de 28 333 représentent 14 % du nombre total des interpellations, le nombre d'**usagers** interpellés (**161 325**) augmente légèrement.



### 4-Condammations

Chaque année, environ 30.000 décisions, ont été prononcées en 2011 pour usage de stupéfiant, infraction unique. Une amende est prononcée à titre principal dans 65% des condamnations. Son montant moyen est 280 euros, et d'environ 217 euros pour les compositions pénales.

Il existe de fortes différences dans la pratique des parquets dont les choix sont aussi de plus en plus induits par la « politique du chiffre » faisant augmenter le taux de poursuites via l'ordonnance pénale qui est une condamnation avec inscription au casier judiciaire et fixant un premier terme de récidive au détriment des alternatives aux poursuites aboutissant à un classement sans suite n'entraînant pas inscription au casier judiciaire.

En 2011, 368 condamnations prononcées pour usage de stupéfiants étaient assorties d'une injonction thérapeutique (303 en 2010).

L'élément nouveau de ces dernières années est le suivi d'un stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants, qui doit être exécuté dans un délai de 6 mois, et dont le coût (jusqu'à 450 € actuellement) est a priori à la charge de l'utilisateur.

Au total, on peut rapporter les 1.477 peines fermes d'emprisonnement prononcées aux 142.541 interpellations d'usagers, ce qui correspond, toutes choses égales par ailleurs, à environ 1%.

- **Les débats juridiques**

Il existe des débats, en France comme dans d'autres pays, sur la légitimité de la poursuite des usagers, voire des producteurs de cannabis pour leur propre consommation, au regard du principe constitutionnel de n'incriminer que des comportements nuisibles à autrui.

En ce qui concerne l'incrimination de la détention de stupéfiants, la loi de 1970 présente l'inconvénient de ne comporter qu'une disposition à caractère général axée sur le trafic de stupéfiants, sans spécifier la possession en vue de l'usage.

Il existe aussi des jurisprudences minoritaires mais révélatrices d'un débat dans des juridictions qui n'estiment pas constitué le délit de conduite sous stupéfiant lorsque la consommation de cannabis a été établie par analyse sanguine sans référence, comme pour l'alcool, à un seuil minimal ayant une influence sur la conduite.

Le Conseil constitutionnel, dans une décision ambiguë du 9 décembre 2011, a confirmé que le délit respectait le principe de légalité mais qu'il faudra un décret précisant quel est le seuil minimal de produit stupéfiant qui doit être constaté dans le sang pour que des poursuites soient possibles.

- **L'évaluation de l'efficacité des réponses de la justice**

Il n'existe aucune recherche-évaluation interdisciplinaire sur la pertinence des dispositifs mis en place.

- **L'évaluation des programmes de substitution**

La politique française, très spécifique, de distribution massive de Subutex® a provoqué nombre de trafics. Une partie des prescriptions seraient ainsi détournées et un trafic important s'est développé par exemple entre la France et l'île Maurice.

## STRATÉGIES LÉGISLATIVES POSSIBLES POUR UNE MEILLEURE RÉDUCTION DES DOMMAGES

- **En ce qui concerne l'alcool**

Les propositions qui vont suivre nécessitent bien entendu d'être discutées et approfondies techniquement, ce que ne saurait permettre cette première approche. Il s'agit de garder la loi comme point de repère pour les usagers d'alcool pour prévenir la mise en danger d'autrui et sa récurrence. Elle doit permettre de **rapprocher au maximum la lutte contre les différentes addictions** pour diminuer les consommations, **quels que soient les produits en cause** (drogue illicite, alcool, tabac), compte tenu des dommages causés :

- **les faits de délinquance et/ou de mise en danger d'autrui liés à l'alcool doivent continuer à être sanctionnés et l'être de manière plus crédible ;**
- **le dépistage de la conduite sous l'emprise de l'alcool** doit être renforcé de manière crédible par des contrôles d'alcoolémie plus ciblés capables de persuader la grande majorité des conducteurs de la très grande probabilité d'être à l'avenir contrôlé et sanctionné en cas de conduite à plus de 0,50 g par litre de sang ;
- la nature de cette délinquance doit mobiliser de surcroît l'objectif de la prévention de la récurrence ;
- **la prévention de la récurrence** ne procède pas seulement du caractère supposé dissuasif de la sanction mais **peut être améliorée par la prise en compte du comportement alcoolique et de son type ;**
- **La réponse pénale doit donc permettre d'évaluer systématiquement le statut addictologique de toute personne interpellée ou poursuivie pour tout fait de délinquance directement ou indirectement liée à l'alcool ;**
- **l'évaluation systématique du statut addictologique de la personne sous main de justice serait assurée à ses frais par une orientation obligatoire vers une consultation** par un généraliste agréé ou un service d'addictologie ;
- **la sanction et la prise en compte du comportement d'alcoolisation pourraient ainsi être personnalisée et graduée, en distinguant :**

1. selon l'âge (entre mineurs/majeurs) ;
  2. la « consommation à risque » avec une orientation vers un stage psycho-éducatif de sensibilisation aux risques lié à la consommation d'alcool (et autres produits) ;
  3. la « consommation problématique » avec une injonction de suivi en addictologie ;
  4. la récidive pour laquelle le parquet adapterait sa réponse et prononcerait une obligation de soin en addictologie.
- L'évaluation du suivi de l'orientation et de son efficacité serait assurée par un dispositif de triangulation Justice-Santé rénové à partir de l'évaluation des dispositifs actuels de l'injonction thérapeutique (loi de 1970), des médecins relais (loi du 5 mars 2007) et des POSS que le Plan triennal 1999-2001 recommandait.
  - **Pour les conducteurs sanctionnés pour primo-CEA**, l'examen par la commission médicale des permis de conduire devrait être systématique et donner l'occasion aux médecins examinateurs de procéder à une démarche de repérage précoce au terme duquel ils recommanderait selon le type de comportement d'alcoolisation de la personne une orientation vers une contre-visite à 6 mois, un stage de psycho-éducatif de sensibilisation aux risques lié à la consommation d'alcool ou une orientation thérapeutique pour la prise en charge de l'alcoolisation problématique.
  - L'évaluation du dispositif et de son efficacité devra également être assurée.

Cette politique implique de remettre de l'ordre dans la hiérarchie des réponses pénales par une redéfinition des critères de décision afin qu'ils soient plus homogènes et cohérents sur tout le territoire national et par la mise en place de parcours juridico-sanitaires gradués, lisibles faisant sens et crédibles pour les personnes sanctionnés avec l'objectif de susciter la modification de leur comportement d'alcoolisation et mieux prévenir la récidive.

L'action en milieu carcéral doit être renforcée, affinée et évaluée : 30 % des détenus présentent lors de leur incarcération une consommation excessive problématique avec 20 % de dépendance à l'alcool.

Un programme d'études sur le lien entre alcool et délinquance, plus particulièrement les violences, devrait être lancé, pour définir là encore une véritable politique santé-justice, tant au niveau national que local, avec une focale sur le milieu carcéral.

## • En ce qui concerne les stupéfiants

La loi ne touche qu'une très faible proportion d'usagers. Or, une bonne loi doit être adaptée, pertinente, comprise, applicable et appliquée effectivement. Des centaines de milliers de personnes recourent actuellement aux drogues avec un sentiment d'impunité. Il doit être souligné par ailleurs que l'usage de drogue - en particulier de cannabis - est devenu en France un phénomène de société.

La pénalisation de l'usage privé n'a pas limité l'augmentation des usages, elle ne permet de rencontrer qu'une petite partie des usagers qui en auraient besoin, du fait des critères qui président aux interpellations et elle induit une réponse confuse (cf le stages/CJC/injonction). Elle a centré l'action publique sur la défense de l'interdit, au dépens d'une action plus diversifiée, préservant un interdit d'usage chez les mineurs, avec une orientation systématique vers le premier recours CJC et une action par l'intervention précoce. Chez l'adulte, la pénalisation pourrait être réservée à des usages nuisant à autrui, ou en public, etc... l'utilisateur simple étant orienté vers le soin.

En matière d'interpellations et de poursuites, l'égalité devant la loi est remise en cause. La loi est appliquée de manière très disparate et il existe des écarts géographiques importants en fonction de l'acuité locale du problème, de la motivation et des moyens à la disposition du parquet.

Les usagers de drogues licites - alcool, tabac - sont bien plus nombreux que les usagers de drogue illicites (qui le plus souvent ont recours aux deux).



## Les obligations découlant des conventions internationales

- Les Etats doivent conférer le caractère d'infraction pénale à la possession, l'achat et la culture de drogues à des fins de consommation personnelle illicite, les autorités pouvant, au lieu de condamner et de sanctionner les auteurs de l'infraction, ou comme complément de la condamnation ou de la sanction pénale, les soumettre à des mesures de traitement.
- En Europe, l'usage illicite de stupéfiants peut être sanctionné en théorie et à un certain stade - par une peine d'emprisonnement dans 22 pays, 6 Etats ont recours à des sanctions administratives avec les usagers de stupéfiants.
- Pour déterminer si la possession de drogue relevée chez des usagers est en rapport avec leur usage ou un trafic, 20 Etats s'en remettent à l'appréciation des autorités judiciaires tandis que 8 Etats le font en référence à de quantités préétablis par des textes, En ce qui concerne la sanction de l'usage, 7 Etats européens prévoient des dispositions spécifiques plus douces ou plus flexibles pour les usagers de cannabis.

## Décriminalisation de l'usage : le modèle portugais

Au Portugal, la Commission de dissuasion a pour mission de dissuader les consommateurs occasionnels de récidiver, à travers un entretien, ou en cas de récidive, en sanctionnant l'infraction par une amende ou un travail d'intérêt collectif. Quant au toxicomane déjà dépendant, il sera dirigé vers un centre de désintoxication.

## PROPOSITIONS

**Les propositions qui vont suivre nécessitent bien entendu d'être discutées et approfondies techniquement, ce que ne permet pas cette première approche.**

Il semble exister un **consensus selon lequel la loi doit continuer à marquer un interdit social en matière d'usage de drogue/ stupéfiant, mais sans référence à une peine d'emprisonnement**. Il s'agit de garder la loi comme point de repère pour les usagers de drogue/stupéfiant, tout en faisant en sorte que la réponse législative ne soit pas cause de dommages. La ligne générale propose de **marquer l'interdit de l'usage des drogues illicites mais de rapprocher au maximum la lutte contre toutes les addictions pour diminuer les consommations, quel que soient les produits en cause** (drogue illicite, alcool, tabac) compte tenu des dommages causés :

- La réponse personnalisée et graduée distinguerait d'abord selon l'âge (entre mineurs/majeurs).
- Elle aurait pour vocation de permettre **d'évaluer systématiquement la situation de toute personne verbalisée / interpellée pour usage de produit illicite (de même que pour un délit commis sous l'emprise de l'alcool)**, par une orientation obligatoire vers une consultation par un généraliste agréé ou un service d'addictologie, aux frais de la personne mise en cause. En cas de « consommation problématique » une suite adaptée serait donnée par le parquet via une injonction de suivi en addictologie. En cas de récidive, le parquet adapterait sa réponse par une peine d'amende (CRPC, ordonnance pénale).

Cette politique implique de remettre de l'ordre dans la hiérarchie des réponses pénales.

Cela conduit à **contraventionnaliser l'usage illicite**, ce qui serait une mise en conformité avec la plupart des pays européens qui sont passés à des systèmes d'amendes et d'obligations diverses. La contraventionnalisation constituerait une sanction plus adaptée à l'infraction de simple usage. La classe de contravention resterait à déterminer. A noter que les rapports du Sénat, les groupes parlementaires, ont fait des propositions en ce sens qui feraient consensus, pour une contravention de 3<sup>ème</sup> classe (78 €).

Il faut à partir de là développer un programme de prévention et d'orientation vers ces dispositifs pour éviter les poursuites à la première infraction et permettre des réponses plus individualisées vers une orientation sanitaire dès qu'un véritable problème d'addiction serait

relevé, quels que soient les produits en cause. Les dispositifs articulant santé et justice au niveau national et local devraient donc être repensés en ce sens. Une véritable politique contre les usages abusifs et les addictions devrait être repensée, quels que soient les produits.

Ce choix a une conséquence importante, à savoir : puisque une peine d'emprisonnement n'est plus encourue, la garde à vue n'est plus applicable pour simple usage.

L'usage au volant ou par certaines professions continuerait d'être puni par les mêmes délits qu'actuellement.

**Le délit de possession de stupéfiants par un usager serait spécifiée pour tenir compte des réalités** : création d'une infraction spécifique de détention ou **possession pour usage personnel**, (dans les limites d'une petite quantité) qui deviendrait un délit spécifique distinct de celui que prévoit l'article 222 -37 CSP lequel punit la détention ou le transport pour revente ou le trafic, tout comme la facilitation d'usage à autrui, de 10 ans d'emprisonnement). Le fait que la possession pour usage personnel soit un délit permettrait de recourir à la garde à vue.

L'usage-revente (cession ou offre illicite à une personne en vue de sa consommation personnelle) 222-39 CSP resterait un délit puni de peine d'emprisonnement tout comme la détention pour usage personnel.

- **Bibliographie dans "contributions des experts" pages 244-246**

**PARTIE IV**  
**MISE EN PLACE ET EVALUATION**



Plusieurs moyens d'intervention sont nécessaires dans les domaines de la santé et de l'action sociale, pour prévenir et réduire ces dommages.

Les actes de prévention et de promotion de la santé, des soins ambulatoires et hospitaliers, des prises en charge sociales. Les acteurs de la santé et du social à mobiliser alors, institutionnels et professionnels, sont nombreux et très divers.

Quand il faut actionner plusieurs moyens d'intervention relevant d'autorités publiques différentes (Etat et collectivités territoriales), exigeant le concours d'opérateurs multiples, et justifiant l'emploi de ressources financières non négligeables, il est particulièrement nécessaire de se doter d'une stratégie collective claire et pertinente, sans cesse réadaptée en fonction de l'évaluation de ses résultats.

Une telle stratégie devrait répondre à une priorité gouvernementale, compte tenu de l'importance des dommages de toutes sortes liés aux addictions. Et cette priorité, assortie des moyens nécessaires de la mettre en œuvre, devrait se retrouver dans « *la stratégie nationale de santé* » actuellement en préparation. \_

## Un cadre stratégique national pour orienter la prévention et la réduction des dommages liés aux addictions dans les régions

- Tout d'abord une décision prise par le gouvernement de **faire des addictions une priorité nationale** et la détermination des moyens nécessaires pour la mettre en œuvre :
  - « **La Stratégie Nationale de Santé** » devrait être le cadre d'accueil naturel de cette priorité « *addictions* ». Quant aux moyens de mettre en œuvre cette priorité, ils devraient trouver leur place, notamment, dans **la Loi de Santé Publique** qui devrait découler de la détermination de la Stratégie Nationale de Santé .
- Puis la définition **d'un Plan Gouvernemental « addictions »**, interministériel, précisant les objectifs et les approches les plus efficaces pour prévenir et réduire les dommages liés aux addictions, assortis d'indicateurs de suivi
- Enfin la mise en place d'un **comité de suivi du « Plan Gouvernemental Addictions »**

## Une stratégie régionale déclinant et prolongeant le cadre stratégique national

Les ARS pourront alors élaborer une stratégie régionale adaptée aux besoins de la prévention les dispositions prévues pour sa mise en œuvre ont vocation à se retrouver dans le **projet régional de santé (PRS)**

Chacune des trois composantes du PRS devrait aborder le sujet des addictions :

- *le plan stratégique régional,*
- *chacun des trois schémas régionaux (prévention, soins, médico-social)*
- *différents programmes d'action régionaux, départementaux et territoriaux.*

Ce travail pluri-partenarial devrait être placé sous l'égide du préfet de région.

Une **Commission Régionale Addictions** y devra être instituée au niveau régional. Si sa **présidence était assurée par le préfet de région, son secrétariat pourrait être tenu par l'ARS.**

## Une application locale volontariste d'une stratégie régionale interministérielle inscrite dans un cadre national d'objectifs et de moyens

**Le département** représente le niveau local où doivent se définir des **programmes** d'action, **s'appuyant sur des contrats locaux de santé** si besoin, impliquant tous les services ministériels concernés (santé, intérieur, justice, éducation nationale), les collectivités territoriales, et les institutions, structures, associations, professionnels relevant de la santé et du social.

La partie santé de ces programmes devrait être constituée par extraction et enrichissement des dispositions prévues par le plan stratégique et les schémas du PRS.

Il conviendra de confier cette fonction au délégué territorial de l'ARS. Cela exigera un travail privilégié entre ce délégué territorial de l'ARS et le préfet de département. Les principes de cette collaboration, obéissant à un modèle qui pourrait être défini au niveau national, devraient figurer dans le protocole liant le préfet et l'ARS.

L'évaluation des stratégies et plans d'action en matière de drogue : la France a été l'un des premiers pays à le faire avec son Plan triennal 1999-2001. Aujourd'hui, deux tiers des pays qui sont suivis par l'OEDT ont mené une telle évaluation au moins une fois (EDR 2013).

## Évaluation des stratégies européennes

### Faiblesses et bonnes pratiques génériques : planification, objectifs, mise en œuvre et utilisation de l'évaluation

La plupart des évaluations sont planifiées trop tardivement, souvent quelques mois avant la fin du plan.

Les résultats de l'évaluation sont aussi souvent mis à disposition trop tard pour l'élaboration du nouveau plan, ce qui rend l'exercice d'évaluation dans certains cas inutile.

Les spécialistes en évaluation recommandent que les **évaluations débutent avec la mise en œuvre du plan**, et parfois même lors de sa conception. Un tel agenda est toutefois souvent irréaliste en raison d'impératifs budgétaires et politiques. **Une bonne pratique serait de lancer l'évaluation à mi-terme du plan et d'assurer que le cahier des charges et les ressources nécessaires soient disponibles à partir de ce moment là.** Même si l'essentiel des ressources pour l'évaluation seront consommées durant la dernière année, une planification à mi-terme permet d'opérer des choix stratégiques et de mettre en place des collectes d'informations pertinentes.

Les ressources et objectifs de l'évaluation doivent être accordés. Ceci peut être fait par un **groupe de pilotage mixte**, incluant décideurs, chercheurs/évaluateurs et d'autres acteurs concernés, dont la tâche serait aussi de suivre la mise en œuvre de l'évaluation.

Une **évaluation mixte, incluant une division des tâches entre évaluateurs internes (présentation de la politique et collecte de données de monitoring) et externes (conception de l'évaluation et formulation des conclusions)** peut être une solution permettant de réduire ces problèmes. Un groupe de pilotage, comme mentionné ci-dessus, est un autre complément pour rendre l'évaluation plus robuste.

### Faiblesse et bonnes pratiques spécifiques : gérer la complexité, identifier les données manquantes et oser la comparaison internationale

Un plan d'action drogue en Europe contient en moyenne plusieurs dizaines d'objectifs et environ une centaine d'actions.

Cette complexité est associée à deux carences majeures des évaluations : la première est que le plan est conceptualisé comme une simple addition d'une centaine de mesures, indifférenciées en termes d'importance, de ressources et de priorités.

L'autre carence est que les évaluations se transforment en exercices et ce type d'exercice absorbe une large partie des ressources de l'évaluation et ne produit que peu de données utiles et fiables.

**Une approche plus pragmatique est de sélectionner au sein du plan quelques thèmes (couverture des traitements, efficacité de la mise en œuvre de la législation, prévention scolaire) ou enjeux particuliers (nouvelles drogues, vieillissement des usagers d'héroïne) qui bénéficieraient particulièrement d'un éclairage évaluatif.**

## 1- Le manque de données

La connaissance du phénomène de la production, du trafic/de la vente, de l'usage et des conséquences liées aux drogues s'améliore sans cesse mais reste encore parfois limitée. En outre, il existe très peu de données standardisées sur certains aspects de la mise en œuvre des stratégies et plans.

## 2- Un outil trop peu utilisé : la comparaison internationale

En complément de l'approche de l'évaluation par priorités suggérée ci-dessus, la comparaison internationale permet d'explorer les résultats d'une politique nationale de manière plus globale.

### Thèmes et indicateurs d'évaluation des plans gouvernementaux

Une évaluation d'un plan national devrait répondre aux moins à deux questions : le plan a-t-il été mis en œuvre et ses objectifs ont-ils été atteints ?

Comme mentionné ci-dessus, la complexité des stratégies et plans drogue invite à faire des choix évaluatifs pragmatiques. Un focus sur certains aspects des plans, éventuellement en complément d'un monitoring plus complet sur sa mise en œuvre, permet de produire des connaissances et recommandations plus robustes et utiles à la prise de décision. Ces aspects (ou priorités) peuvent concerner la problématique (prise en charge d'une cohorte vieillissante d'usagers d'héroïne, contrôle des nouvelles drogues, traitements pour l'hépatite C, etc.) ou la politique (ressources et résultats de la réduction de l'offre, mise en place d'une nouvelle approche de prévention, etc.).

Un certain nombre d'indicateurs permettent aussi un suivi et une appréciation plus générale du plan, et à travers lui, de la politique drogue. Ces indicateurs concernent d'abord le marché (surtout pour les drogues licites), l'usage et les dommages liés aux drogues. L'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies a développé cinq indicateurs clefs, concernant l'usage et les problèmes liés aux drogues illicites, qui permettent d'observer les niveaux et tendances nationales en comparaison avec les autres pays Européens. (Usage en population générale, usage problématique, transmission de maladies infectieuses, décès et mortalité, demande de traitement).

Un autre ensemble d'indicateurs concerne les mesures mises en place par les Etats, jusqu'ici principalement dans le champ de la santé (mais aussi de la fiscalité pour les drogues licites). Les indicateurs dans ces domaines (traitement, réduction des risques, prévention) concernent le volume d'interventions (nombre, répartition géographique, couverture estimée des besoins) mais aussi leurs qualités (type *evidence-based*).

### Evolution vers des Plans Addictions Européens

L'enjeu : faire adopter aux pays européens des « Plans de lutte contre les addictions ».

L'objectif est d'adjoindre aux stratégies actuelles anti-drogues illicites des stratégies concordantes d'action contre l'alcool et le tabac. Et d'avoir 3 volets regroupés dans un même plan global.

Les indicateurs pour l'alcool et le tabac sont du même ordre que ceux pour les drogues illicites : évolutions des ventes et des consommations, modalités de consommation, dommages sanitaires (mortalité, pathologie traceuses, demandes de traitements...) dommages sociaux (interpellations, incarcérations...), fiscalité.

La France, étant donné son degré d'avance dans la réflexion, pourrait avoir un rôle moteur dans cette évolution.

# CONTRIBUTIONS DES EXPERTS PLAN

Pages

## I - REDUIRE LES DOMMAGES DES ADDICTIONS – QUELQUES ELEMENTS INDISPENSABLES A CONNAITRE POUR AGIR..... 9

- Bien connaître les consommations et l'importance des dommages entraînés par les produits psychoactifs licites et illicites .....
- Comprendre l'intérêt de la notion d'addiction qui remplace celles d'alcoolisme de drogue et de toxicomanie.....
- S'appuyer sur une meilleure connaissance des mécanismes addictifs permet de mieux les prévenir et les traiter.....
- Pour réduire les dommages il faut agir sur les trois déterminants des addictions.....
- Tous ces éléments amènent à un changement de paradigme : mettre en place
- Une politique de réduction pragmatique des dommages.....

## II – L'ETAT DES LIEUX DES DOMMAGES

### Dommages liés aux produits

- Les consommations et leurs évolutions depuis 10 ans  
(M. Pousset – P. Arwidson- F. Beck- C. Palle) ..... 17
- L'alcool (H.J. Aubin- P. Arwidson - A. Rigaud - R. Moirand – O. Cottencin) ..... 26
- Au tabac (B. Dautzenberg – P. Arwidson- Y. Berlin – A. Borgne)..... 33
- Au cannabis (A. Benyamina - M. Pousset - JP. Couteron – F. Beck – I. Obranovic)..... 38
- A l'héroïne (A. Morel – M. Pousset - M. Auriacombe – P. Carrière – P. Kokoreff- F. Olivet)..... 43
- A la cocaïne et au crack (L. Karila - M. Pousset - M. Jauffret Roustide – F. Hervé..... 45
- Aux nouvelles drogues (L. Karila- M. Pousset – G. PFau - P. Chappard)..... 48

### Dommages liés aux comportements

- Aux jeux d'argent (M. Bronnec– O. Simon – E. Benoit – JP Couteron) ..... 50
- Aux mésusages des médicaments psychotropes (M. Dematteis – P. Ardwisson – F. Vorspan).... 54
- Au dopage (F. Deroche – W. Loewenstein- X. Bigard – A. Calmat – P. Magaloff) ..... 55

### Dommages liés aux comportements addictifs dans les populations vulnérables et situations spécifiques

- Les jeunes (JP. Couteron - C. Tellier - R. Bouthier – G. Lafaye – N. Bonnet)..... 59
- Les femmes (M. Jauffret-Roustide - J. Ebert -T. Danel) ..... 62
- Addictions chez les femmes enceintes (S. Coscas –C. Lejeune- M Delcroix )..... 65
- La précarité (C. Pequart – E. Avril – A. Mercuel) ..... 67
- Le milieu carcéral (L. Michel – M. Jauffret-Roustide – JP. Jean – B. Leroy)..... 71
- Le milieu festif (D. Mourgue – S. Bohelay) ..... 73
- Les patients souffrants de troubles psychiatriques  
(A. Dervaux- G. Brousse – A. Benyamina – JP. Delile – F. Bellivier)..... 74
- En entreprise (G. Lutz – G. Demortière – F. Beck – C. Gillet)..... 76

## III- LES STRATEGIES VALIDEES DE REDUCTION DES DOMMAGES

### Stratégies sanitaires et sociales transversales

- Stratégies communes et principes généraux (M. Reynaud - JP. Couteron – M. Jauffret-Roustide) 80
- Organisation de la politique nationale, territoriale (A. Lopez)..... 87

• Stratégies globales de prévention ; prévention primaire ( P. Arwidson – A. Morel – A. Rigaud – R. Demeulemeester) .....	90
• Le repérage précoce et l'intervention brève (JP. Couteron – Castera) .....	104
• Amélioration du dispositif d'accès aux soins, de prise en charge, de réhabilitation, de réductions des risques .....	107
- Dispositif de proximité ( Castera) .....	
- Actions auprès des consommateurs, outils coopératifs (P. Chappard) .....	
- Amélioration des dispositifs médico-social et de réduction des risques (A. Morel – A. Rigaud – E. Avril – M. Debrus) .....	
- Dispositif sanitaire et social (F. Paille).....	
• Médicaments (M. Dematteis –M. Auriacombe).....	121
• Psychothérapies (JB. Daepfen - HJ Aubin) .....	125
• Enseignement- Formation- Recherche (M. Lejoyeux, P. Peretti-Watel).....	127

### Stratégies spécifiques pour les différents produits

• Alcool (HJ.Aubin - A. Rigaud - F. Paille - R. Moirand – P.Arwidson – O. Cottencin-F Bourdillon).....	129
• Tabac (P. Arwidson - B. Dautzenberg – Y. Berlin – A. Borgne).....	133
• Cannabis (A. Benyamina – JP. Couteron – I. Obranovic).....	138
• Héroïne (M. Auriacombe – A. Morel – P. Carrièri – Kokoreff – F. Olivet – Y. Edel – JY. Legall).....	140
• Cocaine et crack (F. Hervé - L. Karila - M. Jauffret Roustide) .....	144
• Nouvelles drogues (P. Chappard – L. Karila – P. Batel).....	149

### Stratégies pour les dommages liés aux comportements

• Jeux d'argent (M. Bronnec – O. Simon – E. Benoit).....	152
• Mésusages de médicaments psychotropes (F. Vorspan – M. Dematteis) .....	159
• Dopage (F. Deroche – W. Loewenstein- M. Rieu – J.P. Verdy - X. Bigard - P. Magaloff) .....	161

### Stratégies spécifiques de réduction des dommages adaptées aux populations et situations spécifiques

• Les jeunes (JP. Couteron - C. Tellier - R. Bouthier – G. Lafaye – N. Bonnet).....	166
• Les femmes (J. Ebert –T. Danel- M. Jauffret-Roustide).....	174
Addictions chez les femmes enceintes (C. Coscas – C. Lejeune- M.Delcroix ).	
• La précarité ( C. Pequart – E. Avril – A. Mercuel).....	176
• Le milieu carcéral (L. Michel – M. Jauffret-Roustide – JP. Jean – B. Leroy).....	186
• Le milieu festif (D. Mourgue – P. Batel – S. Bohelay).....	189
• Les patients souffrants de troubles psychiatriques .....	191
(A. Dervaux – G. Brousse – A. Benyamina – JP. Delille - FBellivier)	
• En entreprise (G. Lutz – G. Demortière – F. Beck – C. Gillet).....	194

### Propositions d'évolutions socio-économiques, législatives, réglementaires, fiscales

• Comparaison des dommages, des bénéfices et des représentations des différentes addictions (M. Reynaud) .....	197
• Le bilan socio-économique des Drogues en France (P. Kopp) .....	204
• Les stratégies marketing de l'alcool et du tabac (K. Gallopel-Morvan –JF. Diouf – R. Bouthier) ....	214
• Les effets de la fiscalité sur les consommations (C. Hill).....	230
• L'analyse des législations et possibilités évolutives (JP. Jean – B. Leroy).....	237
• L'évaluation des stratégies et plans nationaux en matière de drogues en Europe (F. Zobel – H. Bergeron) .....	247

