

Alcool, Tabac, Drogues, Ecrans

PLAN NATIONAL DE MOBILISATION CONTRE LES ADDICTIONS

2018 - 2022



Premier ministre

Mission
interministérielle
de lutte contre
les drogues et les
conduites addictives

EDITO

M. Edouard Philippe

Premier ministre de la République Française



©Garnier

Les conduites addictives constituent un défi majeur pour notre société.

Beaucoup de Français font un usage quotidien de produits psychoactifs : tabac, alcool, cannabis. D'autres y ont recours occasionnellement. Certains, enfin, sont directement affectés par les usages de tiers. Les addictions, ce sont aussi des comportements, tels que l'usage excessif des écrans ou des jeux vidéo, qui enferment et qu'on ne peut plus maîtriser. Tous les territoires, qu'ils soient urbains ou ruraux, métropolitains ou ultramarins, sont concernés.

Les risques et les dommages sont clairement établis. Chaque année, le tabac et l'alcool sont responsables du décès respectivement de 73 000 et de 49 000 personnes. Ces chiffres ne sont pas acceptables.

Notre jeunesse est tout particulièrement affectée. En effet, l'usage précoce et régulier des substances psychoactives est très nocif pour la maturation du cerveau tout au long de l'enfance et de l'adolescence.

Dans ces circonstances, l'enjeu principal – et c'est l'ambition première de ce plan – est de doter nos enfants des compétences leur permettant de réduire leurs comportements à risque et de les faire grandir dans un environnement plus protecteur, les exposant moins à d'incessantes incitations.

Atteindre cet objectif implique de changer nos regards et nos attitudes. Le plan national de mobilisation contre les addictions vise à créer un élan et accompagner une prise de conscience dans l'ensemble de la société.

Sous l'égide des préfets, le plan sera décliné en actions plus fines, au plus près des citoyens, au cœur des territoires, avec la préoccupation de coller à la réalité des trajectoires et aux priorités politiques portées par les collectivités locales.

Porté par un discours public clair sur les risques et les dommages des consommations de substances psychoactives et des usages à risque, le plan national de mobilisation contre les addictions met l'accent sur la prévention et porte une attention particulière aux publics les plus vulnérables du fait de leur âge ou de leurs fragilités. Il renforce la qualité des réponses apportées aux conséquences des addictions pour les individus et la société et témoigne d'un engagement fort contre les trafics. Il propose de nouvelles mesures pour la recherche, l'observation et le développement de la coopération internationale.

SOMMAIRE

AXE 1	UNE PRÉVENTION POUR TOUS ET TOUT AU LONG DE LA VIE	17
Priorité 1	Eclairer pour responsabiliser	20
Objectif 1.1	Changer de regard sur les consommations	22
Objectif 1.2	Donner les moyens à la prévention des addictions	23
Objectif 1.3	Renforcer la pertinence et la visibilité des avertissements sanitaires	23
Objectif 1.4	Rendre les connaissances scientifiques sur les addictions accessibles aux jeunes	23
Priorité 2	Protéger l'enfant à naître de l'exposition aux substances psychoactives pendant la grossesse et améliorer les prises en charge	24
Objectif 2.1	Développer l'information et la prise en charge des femmes	26
Objectif 2.2	Améliorer le repérage et la prise en charge des enfants exposés	26
Priorité 3	Faire grandir nos enfants dans un environnement protecteur	27
Objectif 3.1	Aider les parents dans leur rôle éducatif	32
Objectif 3.2	Donner à l'école les moyens d'une prévention efficace	32
Objectif 3.3	Savoir réagir dès les premiers usages problématiques de produits ou d'écrans/jeux	33
Objectif 3.4	Accorder une attention particulière aux enfants relevant de l'aide sociale à l'enfance et de la protection judiciaire de la jeunesse	34
Objectif 3.5	Assurer le respect des interdits protecteurs	34
Objectif 3.6	Réduire l'exposition des jeunes au marketing des producteurs	35
Priorité 4	Promouvoir le bien-être et la réussite des jeunes	36
Objectif 4.1	Soutenir l'investissement de l'enseignement supérieur dans la prévention	41
Objectif 4.2	Mobiliser les jeunes	41
Objectif 4.3	Mieux encadrer la vente des boissons alcooliques	42
Objectif 4.4	Préserver l'esprit de fête dans un espace public tranquillisé	43

Priorité 5	Faire de la lutte contre les conduites addictives une priorité de la santé au travail	44
Objectif 5.1	Améliorer les connaissances et les compétences des acteurs du monde du travail dans le domaine des addictions	46
Objectif 5.2	Sensibiliser les acteurs de la formation professionnelle des jeunes	47
Objectif 5.3	Mettre en place des mesures ciblées pour des secteurs ou des catégories professionnelles particulièrement exposés à des conduites addictives	47
Objectif 5.4	Réduire les accidents du travail en lien avec la consommation de substances psychoactives	48
Objectif 5.5	Encourager les expériences permettant de lutter contre la désinsertion professionnelle en lien avec les conduites addictives	48

AXE 2	UNE MEILLEURE RÉPONSE POUR LES CITOYENS ET LA SOCIÉTÉ AUX CONSÉQUENCES DES ADDICTIONS	49
--------------	--	----

Priorité 6	Construire des parcours de santé à partir d'un premier recours consolidé et d'une offre de soins spécialisée mieux structurée	52
Objectif 6.1	Systématiser et renforcer le repérage des conduites addictives	58
Objectif 6.2	Renforcer l'implication des professionnels de premier recours dans l'accompagnement des patients présentant des addictions	58
Objectif 6.3	Développer les recommandations de bonnes pratiques en addictologie et en favoriser l'appropriation	59
Objectif 6.4	Rénover les pratiques professionnelles	59
Objectif 6.5	Structurer les parcours de santé en addictologie	60
Objectif 6.6	Rendre les parcours de santé accessibles aux personnes en situation de handicap	60
Priorité 7	Améliorer l'offre en matière de réduction des risques et des dommages	62
Objectif 7.1	Adapter le cadre de référence pour les acteurs de la réduction des risques	64
Objectif 7.2	Adapter l'offre aux besoins	65
Objectif 7.3	Poursuivre l'expérimentation des salles de consommation à moindre risque	65
Objectif 7.4	Prévenir les surdoses	66

Priorité 8	Priorité 8 : Aller vers les personnes vulnérables	67
Objectif 8.1	Prévoir des réponses accessibles	70
Objectif 8.2	Favoriser la réinsertion des personnes dans le cadre d'un parcours de vie	71
Priorité 9	Renforcer l'efficacité de la réponse judiciaire à la délinquance en lien avec les addictions	72
Objectif 9.1	Restaurer la crédibilité et la lisibilité de l'interdit concernant l'usage de produits stupéfiants	74
Objectif 9.2	Développer des mesures de suivi efficaces, en particulier pour les délinquants à risque élevé de récidive	74
Priorité 10	Diminuer les risques pour les personnes sous main de justice	75
Objectif 10.1	Mettre en œuvre une véritable prévention primaire pour les personnes sous main de justice	76
Objectif 10.2	Renforcer l'accompagnement des personnes sous main de justice et la réduction des risques	77
Priorité 11	Réduire l'insécurité routière en lien avec les usages à risque	78
Objectif 11.1	Améliorer la formation des conducteurs et les sensibiliser tout au long de leur vie sur les risques générés au volant par les usages à risque	80
Objectif 11.2	Lutter contre la conduite sous l'emprise de l'alcool	80
Objectif 11.3	Renforcer et optimiser les contrôles	81
Objectif 11.4	Adapter la sanction aux risques	81
<hr/>		
AXE 3	UN ENGAGEMENT FORT CONTRE LES TRAFICS	83
Priorité 12	Faciliter la lutte contre les trafics et renforcer les moyens et compétences dédiés	86
Objectif 12.1	Mieux coordonner les stratégies d'enquête	87
Objectif 12.2	Renforcer les capacités d'investigations	87
Objectif 12.3	Adapter la lutte aux évolutions des trafics	88

Priorité 13	Renforcer la coopération internationale en matière de lutte contre les trafics	89
Objectif 13.1	Renforcer la coopération policière, douanière et judiciaire avec les pays prioritaires, en particulier de production et de transit	90
Objectif 13.2	Renforcer la coopération en matière d'enquête	90
Objectif 13.3	Faire du volet patrimonial un axe fort de la coopération	91
Objectif 13.4	Renforcer les mécanismes de détection et d'alerte sur les nouvelles substances psychoactives, notamment les opioïdes de synthèse	91
Objectif 13.5	Prévenir et lutter davantage contre le détournement de précurseurs chimiques	92
Objectif 13.6	Renforcer le partage d'information pour s'attaquer à la vente de stupéfiants sur Internet	92
Priorité 14	Limiter l'attractivité des trafics	93
Objectif 14.1	Prévenir l'entrée et aider à la sortie des réseaux de l'économie de la rue	94
Objectif 14.2	Renforcer les sanctions patrimoniales	95
<hr/>		
AXE 4	LA RECHERCHE ET L'OBSERVATION AU SERVICE DE L'ACTION	97
Priorité 15	Rapprocher science, décision politique et citoyens	99
Objectif 15.1	Resserrer les liens entre chercheurs, décideurs, professionnels et citoyens	100
Objectif 15.2	Renforcer le pilotage et l'investissement dans la recherche sur les addictions	100
Priorité 16	Elargir les connaissances dans tous les domaines de l'action publique	101
Objectif 16.1	Elargir les connaissances sur les usages et les trajectoires de consommation	104
Objectif 16.2	Elargir les connaissances pour mieux prévenir	104
Objectif 16.3	Elargir les connaissances pour mieux réduire les risques et soigner	105
Objectif 16.4	Elargir les connaissances dans le champ de la réponse pénale	105
Objectif 16.5	Elargir les connaissances dans le champ de la réduction de l'offre et de la lutte contre le trafic	106

AXE 5	UN IMPÉRATIF : OBSERVER ET AGIR AUSSI AU-DELÀ DE NOS FRONTIÈRES	107
Priorité 17	Promouvoir sur la scène internationale une politique de lutte contre les drogues équilibrée	109
Objectif 17.1	Porter une politique globale et équilibrée, respectueuse des droits de l'Homme, dans les relations bilatérales et dans toutes les instances multilatérales	110
Objectif 17.2	Préserver le cadre international de coopération	110
Objectif 17.3	Favoriser la coopération avec la société civile	110
Objectif 17.4	Intégrer davantage la question des drogues dans l'aide au développement	111
Objectif 17.5	Promouvoir la collecte de données objectives, fiables et comparables	111
Priorité 18	Porter au niveau européen une approche globale en matière de conduites addictives	112
Objectif 18.1	Promouvoir l'approche globale des conduites addictives auprès des instances européennes	113
Objectif 18.2	Renforcer la coopération européenne en matière d'alcool et de tabac	113
Objectif 18.3	Soutenir la diffusion d'informations scientifiques sur la prévention, y compris sur la Toile	113
AXE 6	MOBILISER DANS LES OUTRE-MER	115
Priorité 19	Adapter les priorités du plan aux particularités ultramarines	117
Objectif 19.1	Lutter contre toutes les formes de délinquance liées à la consommation et aux trafics de produits psychotropes	118
Objectif 19.2	Mieux mesurer les niveaux et impacts des consommations	118
	DE LA DÉFINITION DES PRIORITÉS À L'ACTION INTERMINISTÉRIELLE ET TERRITORIALE	120
	LISTE DES SIGLES	122
	ANNEXE : TABLEAU DE BORD DU PLAN NATIONAL DE MOBILISATION CONTRE LES ADDICTIONS	126

**MOBILISER CONTRE
LES ADDICTIONS :
UNE PRIORITÉ DE
L'ACTION PUBLIQUE**

Les conduites addictives demeurent un problème majeur de société et de santé publique, en raison des dommages sanitaires et sociaux qu'elles induisent, de leurs conséquences en termes d'insécurité, du fait du trafic et de la délinquance, et de leur coût pour les finances publiques.

Le tabac tue 73 000 personnes chaque année en France, l'alcool environ 50 000 et les drogues illicites 1 600. Le coût social total de ces consommations a été estimé, en 2010, à environ 120 milliards d'euros tant pour l'alcool que pour le tabac et à près de 10 milliards pour les drogues illicites ; 20 milliards d'euros supportés par l'Etat et l'assurance maladie (1,1 % du PIB)¹. L'Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants (OCRTIS) évalue à 3,2 milliards d'euros le chiffre d'affaires du trafic de stupéfiants en France.

PRINCIPAUX DOMMAGES SANITAIRES ET SOCIAUX

Dommages pour la santé

- 73 000 décès liés au tabac, 49 000 décès liés à l'alcool
- Le tabac et l'alcool sont les 2 premières causes de mortalité évitable par cancer ; plus d'1/3 des décès par cancer sont liés au tabac (45 000) et à l'alcool (15 000)
- Un enfant sur 1000 naît avec un syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF)
- 900 000 hospitalisations annuelles en raison de troubles mentaux ou de comportements liés à la consommation d'alcool². La moitié des patients admis en service hospitalier de psychiatrie présente un trouble mental associé à un abus de substance (principalement l'alcool, le cannabis et les sédatifs)
- 343 décès par surdose de drogues illicites parmi les 15-49 ans³
- 64% des usagers ayant injecté au cours de la vie sont séropositifs pour le VHC

Dommages sociaux

- L'alcool est présent dans 30% des condamnations pour violences, 40% des violences familiales, 30% des viols et agressions⁴
- Un Français sur cinq se dit très affecté par les dommages subis liés à l'alcoolisation de tiers
- Un taux d'alcoolémie supérieur au seuil de 0,5g/l est présent dans 29% des accidents mortels de la route soit 819 décès en 2016 (conducteurs alcoolisés et victimes)
- Les stupéfiants sont présents dans près d'un quart des accidents mortels de la route
- Coût social de l'alcool : 120 milliards d'euros
- Coût social du tabac : 120 milliards d'euros
- Le chiffre d'affaires généré par le trafic de drogues est estimé à 3,2 milliards d'euros (dont près de la moitié pour le cannabis)

1 Pierre Kopp, Le coût social des drogues en France, note de l'OFDT 2015-04, septembre 2015.

2 <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/alcool/#consequ>

3 Enquête DRAMES 2015

4 Rizk C., « L'emprise de l'alcool ou de la drogue sur les auteurs d'actes de violences, de menaces ou d'injures décrits par les personnes s'étant déclarées victimes lors des enquêtes Cadre de vie et sécurité » de 2009 à 2012, Repères, n°19, 2012 ; et Bègue L., Arvers P., Subra B., Bricout V., Perez-Diaz C., Roché S., Swendsen J. et Zorman M., Alcool et agression : consommations et représentations de la part des auteurs et des victimes d'agression [Programme VAMM 1 - Violence Alcool Multi Méthodes] Etude évaluative sur les relations entre violence et alcool pour la Direction Générale de la Santé, 2008.

Au terme du plan gouvernemental 2013-2017 qui a porté la politique de lutte contre les conduites addictives au cours des dernières années, le Premier ministre a souhaité que la MILDECA lui propose, en lien avec les ministères concernés, une actualisation et une intensification de cette politique, afin de protéger nos concitoyens, en particulier les plus jeunes, leurs niveaux de consommation étant parmi les plus élevés en Europe, quel que soit le produit en cause.

PRINCIPAUX NIVEAUX DE CONSOMMATION⁵

En population générale

- Tabac : 13 millions de fumeurs quotidiens
- Alcool : 5 millions de consommateurs quotidiens
- Cannabis : 700 000 usagers quotidiens
- 280 000 usagers problématiques de drogues illicites chez les 15-64 ans⁶
- 2% des 18-64 ans ont expérimenté des cannabinoïdes de synthèse

Parmi les jeunes de 17 ans

- 25% des jeunes de 17 ans fument quotidiennement du tabac
- 8% des jeunes de 17 ans consomment au moins 10 fois par mois de l'alcool
- 44% des jeunes de 17 ans ont déclaré une alcoolisation ponctuelle importante (API) dans le mois (5 verres ou plus en une seule occasion pour les adolescents)
- 25% des usagers de cannabis de 17 ans présentent un risque d'usage problématique ou de dépendance

Parmi les collégiens

- 12,3% des élèves de 3^e fument quotidiennement du tabac
- 37% des élèves de 3^e ont consommé de l'alcool au moins une fois dans le mois
- 12% des élèves de 3^e ont fumé du cannabis au moins une fois dans le mois

5 OFDT, Drogues chiffres clés, 2017 et OFDT, Tendances 106, Alcool, Tabac, Cannabis en 2014 durant « les années collège », décembre 2015

6 Consommation par voie intraveineuse ou usage régulier d'opiacés, de cocaïne ou d'amphétamines

Pour protéger, **d'abord les enfants, les jeunes et les plus vulnérables**, réduire le nombre de décès, éviter les maladies, mieux vivre ensemble avec moins de violence, faire la fête avec moins de drames, et préserver les finances publiques, le plan national vise à mobiliser les services de l'Etat, les collectivités locales et la société civile. Il entend créer un élan et accompagner une prise de conscience dans l'ensemble de la société pour diminuer les consommations de produits psychoactifs, licites ou illicites, et les conduites addictives avec ou sans substance.

Il met l'accent sur la **responsabilisation et sur le rôle essentiel des parents et des adultes auprès des plus jeunes** qui sera facilité par l'adoption d'une série de mesures de réduction de l'offre et de l'accessibilité des produits.

Inscrit dans un **temps long**, compatible avec l'atteinte des objectifs en matière de prévention, il indique **les priorités et les principales mesures** à mettre en œuvre, témoignant d'une **action publique ambitieuse et pragmatique**.

Global et précis, généraliste et spécifique, le plan comporte des mesures qui concernent ce qu'il y a de commun à l'ensemble des consommations, des comportements addictifs ou des publics. Mais il préconise également des actions qui renvoient aux particularités des produits, des populations exposées, des lieux de vie ou territoires d'intervention (par exemple concernant l'Outre-mer – cf. Axe 6 : Mobiliser dans les Outre-mer).

Solide sur son argumentaire, il repose sur des **données probantes**, tant pour la définition des objectifs que pour la sélection des stratégies d'action les plus efficaces. Il s'efforce également d'être **innovant** pour ce qui concerne les modalités de mise en œuvre, de dialogue et de partenariat. Conscient de la complexité des interactions à l'origine des consommations et des comportements, il prévoit les **besoins de nouvelles connaissances** pour préparer les décisions de demain.

Parce qu'il traite d'un phénomène dont une partie des déterminants se joue à l'échelle de la planète, il **porte un regard et définit des actions dans le champ international**. Il est aussi résolument tourné vers l'Union européenne, afin que celle-ci offre un cadre concerté et commun aux Etats membres en matière de lutte contre l'ensemble des conduites addictives.

Il est enfin étroitement **articulé avec d'autres plans gouvernementaux** : la stratégie nationale de santé, le plan priorité prévention, le plan d'action décidé par le comité interministériel à la sécurité routière, le plan pauvreté, le plan étudiants, le plan quinquennal pour le logement d'abord, le Livre bleu outre-mer, les Etats généraux des nouvelles régulations numériques. En ce qui concerne la lutte contre le tabac, de nombreuses mesures sont portées concomitamment par le programme national de lutte contre le tabac 2018-2022, adopté en juin 2018. Le prochain plan national de lutte contre les trafics de stupéfiants traduira en orientations opérationnelles l'engagement contre les trafics.

Dans le cadre du suivi de la mise en œuvre du plan, sous l'égide du comité permanent prévu à l'article D.3411-15 du code de santé publique, une évaluation à mi-parcours de la trajectoire vers les objectifs prioritaires du plan permettra, le cas échéant, d'ajuster l'action publique avant l'échéance de 2022.

Les 6 axes, 19 priorités et plus de 200 mesures proposées font suite à une large concertation menée depuis fin octobre 2017 qui a associé les ministères, leurs opérateurs (agences sanitaires et agences régionales de santé), la CNAM et la CNAF, les associations représentant les communes (Association des maires de France, France Urbaine, Union nationale des centres communaux d'action sociale) et les départements (Association des départements de France), les professionnels, associations et intervenants, spécialistes de l'addictologie ou de la réduction des risques, mais aussi des représentants du secteur économique de la production d'alcool, de la restauration et de la distribution. Plus de 70 contributions ont été recueillies.

SIX GRANDS DÉFIS À RELEVER

- 1 Protéger dès le plus jeune âge
- 2 Mieux répondre aux conséquences des addictions pour les citoyens et la société
- 3 Améliorer l'efficacité de la lutte contre le trafic
- 4 Renforcer les connaissances et favoriser leur diffusion
- 5 Renforcer la coopération internationale
- 6 Créer les conditions de l'efficacité de l'action publique sur l'ensemble du territoire

AXE 1

**UNE PRÉVENTION
POUR TOUS ET
TOUT AU LONG
DE LA VIE**

Dans un contexte où la France compte **chaque jour 13 millions de fumeurs de tabac, 5 millions de consommateurs d'alcool et 700 000 usagers de cannabis, le défi est collectif** pour agir contre le développement de conduites addictives et ainsi réduire les conséquences sur la santé des individus et les dommages sociaux qu'elles induisent.

Plusieurs études, dont un rapport récent de l'Organisation mondiale de la santé (The case for investing in public health, WHO, 2015), montrent qu'**investir dans la prévention**, quelle que soit la nature des risques, présente à court et long terme des bénéfices individuels et collectifs. A l'instar de la **stratégie nationale de santé**, qui fait de la prévention un axe central, le plan national de mobilisation contre les addictions doit porter **un ensemble d'ambitions**, fondées sur la programmation d'actions réalistes et efficaces, **afin de prévenir les consommations et réduire les niveaux d'usage**.

La prévention des conduites addictives vise à **protéger toutes les catégories de population**, quels que soient leur âge, leurs lieux de vie et leurs fragilités. L'usage de substances psychoactives restant cependant marqué par de **fortes inégalités sociales**, les groupes les plus exposés aux risques et dommages des conduites addictives devront bénéficier le plus précocement possible d'interventions adaptées aux spécificités de leurs situations.

L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) a mis en lumière **le rôle complexe des déterminants sociaux** qui s'avère particulièrement important dans la transition de l'expérimentation à l'usage problématique des produits les plus couramment utilisés. Les usages de produits psychoactifs participent des inégalités sociales de santé.

En outre, en France, **les groupes sociaux les plus favorisés, en termes de revenus, d'éducation ou d'intégration sociale, sont ceux qui bénéficient des programmes généraux de prévention et adoptent plus facilement des comportements favorables à la santé**⁷. Cette situation contribue à l'aggravation des inégalités de santé.

A titre d'illustration, d'après les données issues du Baromètre santé, entre 2010 et 2016, la fréquence du tabagisme quotidien a augmenté de 35,2 % à 37,5 % dans la tranche des plus bas revenus, alors qu'on constate une baisse de 23,5 à 20,9 % dans la tranche des revenus les plus élevés. Après une hausse continue depuis 2000, ce n'est qu'à partir de 2017 que la prévalence du tabagisme quotidien diminue aussi parmi les personnes ayant les niveaux de revenus les moins élevés⁸. L'expérimentation et l'usage occasionnel du cannabis apparaissent plus fréquemment associés à des contextes d'intégration et l'usage régulier est lié à des situations de vulnérabilité sociale. La situation est plus contrastée concernant l'alcoolisation excessive qui concerne à la fois certains groupes favorisés, tels que les femmes cadres par exemple, et certaines classes moins aisées, notamment les hommes vivant au sein de ménages à bas revenus ou les personnes ayant connu des épisodes de précarité.

Les politiques publiques fondées sur le principe de l'universalisme proportionné⁹ sont promues pour réduire les inégalités sociales de santé. Elles impliquent de **répondre aux besoins de publics spécifiques, tout en offrant à l'ensemble de la population des programmes de prévention universels de qualité**.

7 Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. (dir). Les inégalités sociales de santé. Paris : La découverte, Inserm, 2000 : 448 p.

8 Bourdillon F. Éditorial. Baisse du tabagisme en France : un million de fumeurs quotidiens de moins entre 2016 et 2017. Un succès pour la santé publique. Bull. Épidémiol. Hebd. 2018;(14-15):262-4. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/14-15/2018_14-15_0.html

9 Sir Marmot in Fair Society, Healthy Lives : A Strategic Review of Health Inequalities in England Post-2010 ; "les actions doivent être universelles, mais avec une ampleur et une intensité proportionnelles au niveau de défaveur sociale. C'est ce que nous appelons l'universalisme proportionné".

Concernant les personnes plus exposées aux risques liés aux consommations, les recherches montrent l'efficacité des politiques visant à promouvoir un environnement favorable au renforcement des compétences individuelles et collectives. Ceci est particulièrement vrai pour les personnes difficilement touchées par les interventions de prévention, de soin ou d'insertion sociale pour des raisons éducatives, culturelles, linguistiques, sociales, ou liées au handicap, etc¹⁰. C'est la raison pour laquelle la prévention des conduites addictives devra amplifier le développement d'interventions et d'outils fondés sur une démarche de « conception universelle » qui permet d'informer les publics concernés quelle que soit leur situation. Dans le même temps, les publics les plus vulnérables, souvent déjà en difficulté avec leur consommation, doivent bénéficier d'un ensemble d'actions permettant de prendre en compte la globalité de leur situation, notamment en allant à leur rencontre (cf. Priorité 8 : Aller vers les personnes vulnérables).

Les interventions en direction de la population générale et des publics les plus vulnérables ne pourront être efficaces que si elles se fondent sur un **discours public lisible** portant sur les risques et dommages liés aux consommations, notamment de tabac, d'alcool ou de cannabis. L'efficacité de la politique de prévention dépendra également de la mise en œuvre d'une politique plus volontariste pour **limiter la disponibilité des produits**, notamment, pour les produits licites, une **observation plus stricte des règles de publicité et de vente, en priorité celles visant à protéger les mineurs**. Par ailleurs, la **lutte contre le trafic** de produits illicites doit être renforcée.

Enfin, **la recherche est à développer** pour garantir un haut niveau d'efficacité en matière de prévention (cf. Objectif 16.1 : Elargir les connaissances sur les usages et les trajectoires de consommation et Objectif 16.2 : Elargir les connaissances pour mieux prévenir).

¹⁰ Rapport de juin 2017 de l'Académie nationale de médecine: Précarité, pauvreté et santé

1

PRIORITÉ 1

Eclairer pour responsabiliser

Si neuf Français sur dix considèrent la consommation de substances psychoactives comme le principal déterminant de la santé, les perceptions, souvent éloignées de la réalité scientifique, varient selon la nature des produits¹¹. Les consommations d'héroïne et de cocaïne sont considérées comme très dangereuses pour la santé par respectivement 90 % et 85 % des Français, suivies par l'usage du cannabis (54 %), devant celui du tabac (41 %) et d'alcool (11 %)¹². Parmi les trois produits les plus diffusés (alcool, tabac, cannabis), le cannabis est perçu comme celui dont il est le plus difficile de se passer quand on a commencé à en consommer (38 %), à égalité avec le tabac (37 %). L'alcool n'est considéré comme très addictif que par un quart des Français.

Cette enquête, menée sur 2 500 personnes, révèle aussi que les Français adhèrent aux mesures visant à limiter la consommation parmi les plus jeunes ainsi qu'aux mesures préventives, en direction des femmes enceintes par exemple.

Si le discours public est aujourd'hui robuste et partagé concernant les risques liés au tabac, la Cour des comptes en 2016 et, en 2017, Santé publique France et l'Institut National du Cancer (INCa)¹³ recommandent aux pouvoirs publics de promouvoir des actions innovantes fondées sur un **discours public plus lisible portant sur les risques et les dommages liés à la consommation d'alcool**.

L'enjeu désormais est de communiquer sur le fait que les risques liés à la consommation d'alcool pour la santé augmentent avec la quantité consommée (risque de cancer sans effet de seuil, y compris en deçà des repères¹⁴) ainsi que sur les repères de consommation dits à moindre risque.

11 « Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes en France métropolitaine ». Tendances n° 88, OFDT, 6 p. Octobre 2013

12 EROPP 2012 - Tendances 88, tableau 2 page 3 première ligne

13 Cour des comptes : Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool 2016. Paris ; Santé publique France / Inca : Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France, mai 2017.

14 <http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Alcool>

INFORMATIONS SUR LA CONSOMMATION D'ALCOOL QUI DOIVENT DÉSORMAIS ÊTRE DÉLIVRÉES AU GRAND PUBLIC¹⁵

Les risques liés à la consommation d'alcool pour la santé augmentent avec la quantité consommée.

Si vous consommez de l'alcool, pour limiter les risques pour votre santé au cours de votre vie, il est recommandé : de ne pas consommer plus de 10 verres standard par semaine et pas plus de 2 verres par jour ; d'avoir des jours sans consommation.

Et pour chaque occasion de consommation, il est recommandé de :

- Réduire la quantité d'alcool consommée ;
- Boire lentement, en mangeant et en alternant avec de l'eau ;
- Éviter les lieux et activités à risque ;
- S'assurer que vous avez des personnes que vous connaissez près de vous et que vous pouvez rentrer chez vous en toute sécurité.
- Femmes enceintes / jeunes et adolescents : pour limiter les risques pour votre santé, l'option la plus sûre est de ne pas consommer d'alcool.

En outre, selon une nouvelle étude publiée en janvier 2018, **faire goûter de l'alcool à un enfant pourrait avoir pour effet d'augmenter la consommation de boissons alcoolisées à la fin de l'adolescence.** Autrement dit, en croyant prévenir la surconsommation d'alcool de leurs enfants, les parents leur feraient en fait aimer et apprécier le goût des boissons alcoolisées, ce qui augmenterait la probabilité d'une consommation à risque une fois l'enfant parvenu à l'adolescence. Sensibiliser les parents à l'effet des initiations à l'alcool dans le cercle familial est donc essentiel.

De même, **les dommages liés à la consommation de cannabis sont méconnus** et l'usage du produit est désormais largement banalisé, en particulier parmi les jeunes. C'est une représentation positive qui s'affirme désormais autour de ce produit, accentuée par les propriétés « naturelles » prêtées à l'herbe. Les risques du cannabis sont peu évoqués dans les discours des jeunes consommateurs (enquête ARAMIS de l'OFDT, janvier 2018).

En France, la progression de la consommation de cannabis est la plus forte pendant les années collège entre les classes de 4^e et de 3^e, à une période critique de maturation cérébrale. Les rapports scientifiques nationaux et internationaux confirment que le cannabis risque de perturber des zones cérébrales essentielles au développement psychique, intellectuel et relationnel des plus jeunes.

Compte tenu des risques pour la santé mentale (troubles cognitifs, addiction, maladies psychiatriques) et le parcours social et scolaire des jeunes, l'OMS (rapport 2016) et l'Inserm (expertise collective 2014) recommandent aux pouvoirs publics de développer des stratégies de prévention et de sensibilisation propices à retarder l'âge de l'expérimentation et l'entrée dans une consommation régulière de cannabis.

Un discours public renouvelé doit par conséquent aussi être construit et porté, notamment par les parents et les professionnels, concernant les risques associés à la consommation de cannabis.

Cette démarche vise aussi bien les citoyens que les autorités publiques, dans la mesure où ils partagent la responsabilité de la prévalence des consommations en France.

¹⁵ Santé publique France / Inca : Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France, mai 2017.

¹⁶ Craig R. Collier, Kathleen Shyhalla, Seth E. Frndak : "Early alcohol use with parental permission: Psychosocial characteristics and drinking in late adolescence", Addictive Behaviors, janvier 2018.

Rendre les connaissances scientifiques sur les addictions accessibles aux jeunes

Depuis 2013, le renforcement de la culture scientifique sur les addictions est une priorité du programme national de recherche sur les drogues et les conduites addictives. Cette démarche s'inscrit plus largement dans le cadre de la Stratégie nationale de culture scientifique, technique et industrielle (SNCSTI 2017-2025).

L'enjeu est d'améliorer la compréhension et la perception des mécanismes et des risques associés aux conduites addictives, en renforçant les connaissances du grand public, et notamment celles des jeunes, en neurosciences des addictions. Elle permet notamment d'améliorer les perceptions des risques à court terme sur le cerveau, ce qui, notamment pour les jeunes, est souvent plus efficace que la sensibilisation à des risques sur le long terme. Il conviendra donc de poursuivre le soutien à ces initiatives de culture scientifique (média numérique, événements nationaux et régionaux) dans un contexte où plusieurs études montrent que l'information scientifique en neurosciences des addictions favorise une meilleure perception des risques¹⁷.



OBJECTIF 1.1

CHANGER DE REGARD SUR LES CONSOMMATIONS

- 1 Adopter un discours public clair, objectif et partagé sur les risques et les dommages liés aux consommations, notamment d'alcool et de cannabis, fondé sur les dernières données scientifiques nationales et internationales. Le faire porter par tous les départements ministériels. Susciter des débats, en particulier au niveau local. Promouvoir ce discours au niveau européen et envisager des actions d'information convergentes entre les Etats membres.
- 2 Relayer ce discours ainsi que l'information sur les repères de consommation d'alcool à moindre risque auprès du grand public, des leaders et des relais d'opinions, des professionnels de santé et du secteur social et médico-social, des enseignants, des éducateurs sportifs et des associations d'usagers, selon des modalités adaptées à chaque cible (y compris par des campagnes de communication grand public).
- 3 Développer un partenariat avec le conseil supérieur de l'audiovisuel pour la mise en place de chartes de responsabilité sur les messages et contenus diffusés.
- 4 Promouvoir la démarche des « lieux promoteurs de santé » ou des « lieux sans » notamment dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, les établissements accueillant des personnes sous-main de justice ainsi que des espaces publics locaux (lieux festifs, plages...).

¹⁷ Evaluating-Drug-Prevention-Programs-Neuroscience-Canadian, Centre on Substance Use and Addiction, mai 2016

OBJECTIF 1.2

DONNER LES MOYENS À LA PRÉVENTION DES ADDICTIONS

1.2

- 1 Transformer le Fonds tabac en un Fonds addictions, destiné à financer des actions de prévention des addictions (cette mesure sera portée dans le PLFSS pour 2019). Y affecter le produit des amendes forfaitaires pour usage de stupéfiants.

OBJECTIF 1.3

RENFORCER LA PERTINENCE ET LA VISIBILITÉ DES AVERTISSEMENTS SANITAIRES

1.3

- 1 Elaborer des scénarios d'évolution du texte du message sanitaire législatif (L.3323-4 du code de la santé publique) pour en faire un message non modifiable et sans mention complémentaire, renouvelé périodiquement, avec des contraintes réglementaires de visibilité et de lisibilité (taille, couleurs, contraste, emplacement).
- 2 Renforcer la visibilité et la lisibilité des informations sanitaires obligatoires en augmentant significativement la taille du pictogramme « femme enceinte » pour les boissons alcooliques et en imposant une couleur ou un contraste (arrêté de la ministre chargée de la santé).
- 3 Définir les modalités permettant de rendre directement lisible l'information sur l'apport calorique, la composition et la déclaration nutritionnelle sur tous les contenants d'alcool.
- 4 Renouveler le contenu et le format des messages sanitaires figurant sur les sites des jeux en ligne.

OBJECTIF 1.4

RENDRE LES CONNAISSANCES SCIENTIFIQUES SUR LES ADDICTIONS ACCESSIBLES AUX JEUNES

1.4

- 1 Développer l'offre de culture scientifique sur les addictions, numérique et événementielle (débat, événements scientifiques nationaux).

2

PRIORITÉ 2

Protéger l'enfant à naître de l'exposition aux substances psychoactives pendant la grossesse et améliorer les prises en charge

On estime à **une naissance pour 1000 la fréquence d'une forme complète de syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF)**. Environ 8 000 enfants naissent en France chaque année avec des conséquences importantes de la consommation d'alcool durant la grossesse sur le développement du cerveau (troubles causés par l'alcoolisation fœtale – TCAF), qui se caractérisent par des troubles irréversibles de l'apprentissage, de la mémoire et du comportement ainsi que par une plus grande vulnérabilité au risque d'addiction ultérieure. Il s'agit de la première cause de handicap mental d'origine non génétique. **500 000 personnes souffrent à des degrés divers des conséquences de la consommation d'alcool de leur mère au cours de la grossesse.**

Les études scientifiques prouvent également que **la consommation de tabac durant la grossesse augmente de trois fois le risque de mort fœtale in utero au début de la grossesse ainsi que le risque de naissance prématurée**. La consommation de tabac a également des effets négatifs sur la taille et le poids des nouveau-nés (les enfants nés de mères fumeuses pèsent en moyenne 200 grammes de moins que les enfants nés de mères non fumeuses).

Enfin, les dommages du **cannabis** pour le fœtus sont bien décrits dans la littérature internationale¹⁸. Selon l'OMS, pendant la grossesse, le tétrahydrocannabinol (THC), composant actif du cannabis, peut traverser le placenta et affecter le fœtus, notamment **son poids à la naissance et le fonctionnement cérébral**. Un programme de recherche, coordonné par l'Université d'Aix Marseille en lien notamment avec l'Inserm, met en évidence les effets retardés pour l'enfant et l'adolescent de l'exposition in utero au cannabis : troubles du comportement, altérations des perceptions visuelles, troubles de la compréhension du langage, troubles de l'attention, troubles de la mémoire, impulsivité pour l'enfant ; troubles anxio-dépressifs, troubles de la mémoire à court terme, troubles attentionnels, troubles de la planification des tâches, troubles du comportement et risque accru de consommer du cannabis pour les adolescents.

¹⁸ The health and social effects of nonmedical cannabis use, WHO, 2015 p 16

Intensifier la sensibilisation aux risques des consommations pendant la grossesse

Malgré les recommandations des experts en faveur d'une **abstinence totale pendant la grossesse**¹⁹, **seul un quart de la population affirme que toute consommation d'alcool pendant la grossesse comporte un risque pour l'enfant et près d'un tiers des femmes enceintes continuent de consommer au moins occasionnellement des boissons alcoolisées. 24 % d'entre elles déclarent fumer quotidiennement** (20 % au-delà du 1^{er} trimestre). La proportion de fumeuses parmi les femmes enceintes positionne la France loin devant les autres pays de l'Union européenne, qui affichent des prévalences inférieures à 15 %.

Les femmes les plus jeunes et celles disposant des revenus les plus bas sont particulièrement concernées par ces consommations.

Ces constats nécessitent de **réviser les stratégies d'information** et d'accompagnement pour que la recommandation d'abstinence durant la grossesse soit comprise et observée, par les mères, leur conjoint et leur entourage, en vue de constituer des environnements favorables à la non consommation. Ils nécessitent aussi de travailler à renforcer la **visibilité des avertissements sanitaires** sur les bouteilles et les conditionnements de tabac.

Les professionnels de santé et ceux des champs médico-social et éducatif constituent des relais essentiels pour la diffusion des messages de prévention. A cet égard, l'enquête nationale périnatale menée en 2016 par l'Inserm et la DREES révèle que les professionnels de santé portent une certaine attention au tabagisme pendant la grossesse (80% des femmes rapportent avoir été interrogées sur leur consommation de tabac) mais qu'ils sont peu nombreux à donner des conseils pour l'arrêt du tabac : seulement 46,3% des femmes ayant fumé à un moment de leur grossesse disent avoir reçu des conseils sur l'arrêt du tabac. Par ailleurs, cette attention est beaucoup plus faible concernant la consommation d'alcool : 67,1% des femmes déclarent avoir été interrogées à ce sujet pendant la grossesse et **moins d'un tiers dit avoir reçu la recommandation de ne pas consommer d'alcool pendant la grossesse.**

Favoriser un double repérage précoce, à l'attention des femmes et des enfants

- pour les **femmes**, informer, repérer et aider celles en difficulté du fait de leur consommation de substances psychoactives, si possible dès l'expression d'un désir de grossesse, ainsi que leur entourage; permettre un accompagnement adapté, sans stigmatisation, des femmes pour qui l'abstinence totale apparaît du domaine de l'impossible et pour lesquelles une prise en charge pluridisciplinaire et inscrite dans la durée s'avère particulièrement nécessaire.
- pour les **enfants**, améliorer les pratiques professionnelles, afin de permettre de **poser un diagnostic, le plus tôt possible**, et mettre en place un accompagnement adapté, afin de réduire le handicap.

¹⁹ Avis publié par Santé publique France en mai 2017, rapport de l'Académie de médecine du 22 mars 2016 sur l'alcoolisation fœtale

2.1

OBJECTIF 2.1

DÉVELOPPER L'INFORMATION ET LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES

- 1 Renforcer l'information des jeunes femmes, des futures mères, des futurs pères et de leur entourage, notamment via les documents émis par les caisses de sécurité sociale des branches famille et maladie, par les laboratoires de biologie médicale ou encore les notices de tests de grossesse, ainsi que par des campagnes d'information grand public sur les conséquences des consommations durant la grossesse.
- 2 Mettre à disposition des femmes enceintes des auto-questionnaires « consommation (alcool, tabac, cannabis) - facteurs de vulnérabilité » afin de mieux les informer et de faciliter la communication avec les professionnels de santé, notamment lors de l'entretien prénatal précoce (**mesure plan priorité prévention**).
- 3 Augmenter la visibilité et la lisibilité des avertissements sur les bouteilles d'alcool (cf. Objectif 1.3 : Renforcer la pertinence et la visibilité des avertissements sanitaires) (**mesure plan priorité prévention**).
- 4 Renforcer les connaissances des professionnels de santé du secteur médico-social et social (formation initiale et continue), ainsi que ceux intervenant dans les établissements d'information sur le conseil conjugal et familial (EICCF) et dans les centres de planification familiale, sur les risques et sur les pratiques du repérage précoce des situations de consommation chez les femmes en âge de procréer. En faire un sujet de l'entretien prénatal précoce.
- 5 Adapter l'offre spécialisée en addictologie à l'accueil des femmes (en général) et prévoir dans le parcours de santé en addictologie la prise en charge coordonnée des femmes enceintes souffrant d'addiction (cf. Objectif 6.5 : Structurer les parcours de santé en addictologie).

2.2

OBJECTIF 2.2

AMÉLIORER LE REPÉRAGE ET LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS EXPOSÉS

- 1 Mieux former et sensibiliser les professionnels de santé (sages-femmes, pédiatres, médecins généralistes, professionnels des PMI,...), ainsi que les professionnels de la petite enfance, au repérage chez les enfants des troubles liés à l'alcoolisation fœtale quel que soit l'âge de recours.
- 2 Faciliter, dans chaque région, l'inscription des enfants exposés dans un parcours de santé organisé autour des troubles du neuro-développement. Porter une attention particulière aux enfants les plus à risque (enfants adoptés, enfants ayant des parents à consommation problématique...).
- 3 Etudier l'opportunité d'une identification et d'une labellisation d'équipes de référence sur l'exposition prénatale à l'alcool.
- 4 Développer la recherche sur les biomarqueurs de l'exposition anténatale à l'alcool ainsi que sur les facteurs de neuroprotection.

PRIORITÉ 3

3

Faire grandir nos enfants dans un environnement protecteur

Malgré quelques fragiles améliorations observées ces dernières années s'agissant des collégiens et des lycéens, les consommations de tabac, d'alcool et de drogues illicites, en particulier de cannabis, chez les jeunes restent très préoccupantes. **A 17 ans, 25 % des adolescents fument quotidiennement du tabac et 8 % consomment de l'alcool plus de 10 fois par mois**²⁰. 44 % des jeunes de 17 ans ont connu un épisode d'alcoolisation ponctuelle importante (API) dans le mois, avec des variations significatives selon les régions. **Pour le cannabis, la consommation mensuelle place les jeunes de 16 ans dans les premiers parmi 35 pays européens**. 39 % des jeunes de 17 ans déclarent avoir déjà fumé du cannabis. Si l'usage régulier décroît légèrement entre 2014 et 2017, la proportion de jeunes présentant un risque d'usage problématique ou de dépendance concerne une proportion un peu plus importante des usagers dans l'année qu'en 2014 : 25 % contre 22 % en 2014. Au total, 7,4 % des jeunes de 17 ans présenteraient une consommation problématique.

Quant à l'usage des **écrans**, très largement utilisés par les adolescents, voire les enfants ; la pratique d'internet chez les jeunes de 16 ans a considérablement progressé au cours des dix dernières années : surfer sur internet apparaît aujourd'hui comme la première pratique journalière, et ce très largement devant les autres loisirs. Les données scientifiques sont insuffisantes pour estimer les usages problématiques, voire conduites addictives, qu'ils induisent. Les écrans favorisent certains apprentissages ; ils permettent l'accès à des savoirs et sont source de distraction. Leur usage chez les plus jeunes doit toutefois être accompagné, ménager des moments pour d'autres apprentissages psychomoteurs et relationnels, et préserver des temps de calme et de sommeil. Mais les parents semblent souvent démunis et en manque de repères.

La pratique des **jeux vidéo** (en réseau, de rôle, de stratégie, de combat, etc.) constitue une activité susceptible de générer un usage problématique ; elle concerne 46 % des adolescents qui y jouent un peu plus de 3 heures en moyenne chaque semaine. En plus des précautions décrites plus haut pour les écrans, les jeux vidéo présentent des risques d'enfermement des jeunes dans des scénarios addictifs, irréels et parfois violents. En outre, il s'agit de l'activité internet la plus liée au genre : 61 % des garçons déclarent y avoir joué, contre 31 % des filles. Des études internationales, fondées sur des critères de définition hétérogènes, indiquent que 1 à 5 % des adolescents seraient dépendants des jeux vidéo. Centrée sur un échantillon d'élèves de la région parisienne, de la classe de quatrième à la classe de première, l'enquête PELLEAS fait apparaître que **pour 1 adolescent sur 8 l'usage des jeux vidéo est problématique**. Le « trouble du jeu vidéo » (Gaming disorder) est, depuis le 18 juin 2018, reconnu comme une maladie (section des troubles de l'addiction) par l'Organisation mondiale de la santé, par une intégration dans la classification internationale des maladies (CIM 11).

20 OFDT: « Les drogues à 17 ans: analyse de l'enquête ESCAPAD 2017 », Tendances, février 2018.

Retarder l'âge des expérimentations et l'entrée dans la consommation

Selon les conclusions de l'Expertise collective de l'Inserm sur les Conduites addictives chez les adolescents, publiée en 2014, quel que soit le produit considéré, le cerveau de l'adolescent est plus vulnérable aux substances psychoactives que le cerveau de l'adulte. Les processus de maturation cérébrale entraînent une **vulnérabilité particulière à la neurotoxicité de ces substances**. La précocité de l'expérimentation et de l'entrée dans la consommation régulière accroît ainsi les risques de dépendance ultérieure et plus généralement de dommages subséquents.

Les effets péjoratifs du cannabis, notamment sur le parcours scolaire en cas de consommation précoce, sont également maintenant bien documentés²¹. Une consommation avant l'âge de 15 ans est également un facteur de risque de survenue de troubles psychotiques. La perception du risque lié à la consommation de cannabis reste toutefois faible chez les jeunes et la France est le pays européen avec le plus fort taux d'incitation sociale (fréquence des occasions de consommer)²².

Aider les parents, l'école et les lieux d'accueil dédiés aux mineurs à développer les compétences psycho-sociales

Les travaux scientifiques internationaux comme nationaux, tels que l'expertise collective de l'Inserm citée plus haut, invitent tous les acteurs publics, professionnels, parents, à **agir tôt** dans le développement de l'enfant pour retarder le plus possible l'âge des expérimentations d'alcool, de cannabis ou de tabac et réduire le risque ultérieur de conduites addictives.

Les programmes de prévention les plus favorables sont ceux qui débutent durant la période préscolaire, voire la période périnatale, et qui agissent sur les compétences socio-émotionnelles des adultes. **Sachant que les comportements des parents pendant la grossesse et la petite enfance sont déterminants dans l'apprentissage de capacités d'auto-régulation, de gestion des émotions et de comportements prosociaux chez l'enfant, les interventions de prévention ciblées sur les adultes en contact avec les enfants, notamment les parents, avec le développement des habiletés parentales, semblent particulièrement judicieuses**²³.

Cet effet protecteur contre les addictions devrait figurer parmi les objectifs des dispositifs d'aide à la parentalité, dont le renforcement, dans une perspective d'investissement social, constitue l'une des priorités de la politique familiale et de lutte contre la pauvreté du gouvernement²⁴. A ce titre, la préoccupation de prévention des conduites addictives pourrait également être portée auprès des conseils départementaux et être intégrée dans les schémas départementaux enfance – famille.

Les parents doivent être également mieux informés sur les risques en rapport avec les consommations et les comportements. Ils doivent être davantage sensibilisés sur leur capacité d'intervention et renforcés dans leur rôle éducatif. Les dernières données montrent clairement que l'initiation de la consommation d'alcool a lieu le plus souvent en famille, souvent entre 5 et 10 ans. L'enquête PELLEAS a également indiqué la nécessité de les aider à mieux encadrer l'usage des jeux d'écrans.

21 Melchior et al. International Journal of Epidemiology, mai 2017.

22 Enquête ESPAD 2015, OFDT.

23 Expertise Inserm, Troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent, 2005

24 Présentation par la Ministre des Solidarités et de la Santé, devant le conseil d'administration de la CNAF, des priorités de la politique familiale et de lutte contre la pauvreté, le 19 septembre 2017.

Les compétences psycho-sociales des enfants visent à renforcer l'estime de soi, la capacité à maîtriser ses émotions, la confiance dans l'adulte et l'empathie. Elles permettent de mieux gérer les exigences et les épreuves du quotidien. Leur efficacité est accrue lorsque les parents et autres adultes en contact avec les enfants sont associés (cf. Inserm, 2014) : **la bienveillance et l'écoute, en famille comme à l'école, sont des facteurs de protection essentiels** contre les consommations précoces de substances psychoactives, les addictions et leurs conséquences, et contre d'autres conduites « à risque » (violence, tentatives de suicide...). Elles sont autant de ressources pour favoriser la réussite éducative et scolaire. **Bienveillance et prévention interagissent en faveur du bien-être et se renforcent mutuellement au bénéfice des jeunes, de leur famille et de l'école.**

L'efficacité de ces programmes est bien démontrée (cf. Inserm, 2014) dans le cadre d'expérimentations conduites dès le plus jeune âge. Il convient de travailler aux conditions de leur déploiement sur l'ensemble du territoire.

Quand les enfants sont confiés aux pouvoirs publics, que ce soit au titre de l'aide sociale à l'enfance ou de la protection judiciaire de la jeunesse, cette responsabilité incombe aussi (les parents conservant généralement l'autorité parentale) aux professionnels chargés du suivi socio-éducatif des jeunes. En milieu ouvert, en famille d'accueil ou en établissement, il s'agit de former les professionnels à ce type de démarche, pour faire de ces institutions des promoteurs de la santé des jeunes, à l'instar de la démarche « PJJ promotrice de santé ». Selon leur âge, ces jeunes constituent bien évidemment aussi des publics cibles des mesures de promotion du bien-être et de la réussite de la jeunesse (cf. Priorité 4).

Renforcer la coordination et la formation des acteurs au contact des enfants

Les communautés éducatives devront être accompagnées et soutenues dans cette évolution, afin de permettre l'intégration de ces approches dans la vie de l'établissement scolaire et dans les enseignements, le plus précocement possible, tout au long du parcours scolaire, en articulation avec certaines compétences disciplinaires.

La réflexion déjà engagée dans certains établissements scolaires devra être poursuivie et amplifiée, en s'appuyant sur les réformes en cours et le parcours éducatif de santé, pour **promouvoir le rôle des compétences psycho-sociales comme socle de compétences utiles à la promotion de la santé et du bien-être, ainsi qu'à la prévention de nombreux risques.**

Une attention particulière devra être portée aux jeunes engagés dans des formations professionnelles ainsi qu'à ceux qui ne sont ni scolarisés, ni stagiaires, ni salariés, en renforçant les compétences des professionnels susceptibles de les accompagner (missions locales notamment).

De nombreux professionnels (acteurs associatifs, policiers formateurs anti-drogues, gendarmes formateurs relais anti-drogues, professionnels de santé...) interviennent également auprès des jeunes, en particulier des élèves, pour transmettre des informations sur les risques liés à la consommation de substances psychoactives. Ces interventions manquent souvent de coordination. Les contenus et les méthodes doivent être davantage articulés dans un objectif d'efficacité de l'action. Il convient donc, sur la base des connaissances disponibles, d'élaborer une recommandation sur la pertinence et, le cas échéant, sur l'organisation des interventions informatives (contenu, acteurs, fréquence), dans le cadre du parcours des enfants et des jeunes au sein de chaque territoire. L'association à ces interventions d'un acteur de l'Education nationale et l'implication des équipes éducatives permettraient d'assurer le relais par d'autres actions pédagogiques ou éducatives, dans le cadre d'un continuum éducatif en lien avec le projet d'établissement.

Les premières consommations et les situations de mal-être doivent être également repérées plus précocement et conduire, si nécessaire, à des orientations plus rapides vers les professionnels à même d'apporter une réponse. **Les pratiques professionnelles devront ainsi évoluer et les interventions être mieux coordonnées et fluidifiées**, notamment entre personnels scolaires, professionnels de santé de premier recours, services de protection maternelle et infantile (PMI), maisons des adolescents (MDA), points accueil et écoute jeunes (PAEJ), missions locales, centres médico-psychologiques (CMP) ou **consultations jeunes consommateurs (CJC), qui constituent des ressources importantes en prévention, formation et intervention précoce et doivent être mieux connues des parents.**

Au total, l'enjeu est de rapprocher les acteurs de la prévention intervenant dans les territoires de vie des enfants et des adolescents et de faire de leur bien-être et de leur santé une partie intégrante des politiques éducatives, des politiques d'accès aux soins, des politiques de soutien aux familles, et des politiques de la jeunesse²⁵.

Protéger les mineurs en faisant appliquer l'interdiction de vente de tabac, d'alcool et de jeux d'argent

Une étude très récente²⁶ de l'OFDT confirme la perception par les jeunes d'un environnement éminemment favorable aux consommations : tabac et alcool sont décrits comme omniprésents dans l'entourage, familial, scolaire, amical et social ; dans leur quartier et aux abords des établissements scolaires ; dans les images auxquelles ils sont exposés au quotidien, notamment dans les univers de fiction. Ce contexte inclut aussi de fréquentes incitations à « au moins essayer » dont témoigne une majorité de jeunes, faisant de l'expérimentation une expérience à laquelle il est difficile de se dérober.

La faible application de la loi encadrant la vente de tabac et d'alcool, notamment aux mineurs, explique aussi la facilité d'accès aux produits. Si l'alcool et le tabac sont interdits à la vente aux mineurs depuis 2009, interdictions renforcées en 2016, il apparaît, selon l'OFDT, que plus de la moitié des jeunes de 16 ans ayant consommé de l'alcool au cours du dernier mois estimaient en 2015 qu'ils n'avaient pas de difficulté à se procurer de l'alcool, quel qu'il soit²⁷. Ce niveau atteint 80 % quand il s'agit de bière. Pour le tabac, les jeunes qui fument sont presque 9 sur 10 à estimer qu'il leur est facile de s'approvisionner auprès d'un buraliste.

En ce qui concerne la vente de jeux de grattage ou autres par les buralistes, le contrôle de l'âge du joueur est censé être effectif. Toutefois, un audit interne de la Française des Jeux des points de vente sur la période de janvier à mi-septembre 2017 indiquait que seuls 29,8 % des buralistes refusaient de vendre un jeu à un mineur.

Quant à l'accès aux casinos et cercles de jeux sur Paris (disparus en janvier 2018 pour faire place aux clubs de jeux), il est interdit aux mineurs et fait l'objet d'un contrôle systématique à l'entrée sous le contrôle de caméras de vidéoprotection. Des contrôles réguliers du respect de l'ensemble de la réglementation sont effectués par un service spécialisé de la direction centrale de la police judiciaire ayant des compétences de police administrative, le Service central des courses et des jeux, en coordination avec la DLPAJ.

25 Rapport de la Mission Bien être et santé des jeunes, Professeur Marie-Rose MORO, Jean-Louis BRISON, novembre 2016.

26 OFDT, ARAMIS, décembre 2017.

27 Interrogés sur leurs consommations lors de la dernière occasion, les jeunes de 17 ans mentionnent les bières (63,5 %) et les spiritueux (67,3 %) qui demeurent, comme lors des enquêtes précédentes, les boissons alcoolisées les plus populaires à 17 ans. Viennent ensuite les prémix (26,4 %), suivis du champagne (24,8%) et des vins (18,4 %). En cumulé (vin, champagne ou les deux), l'usage récent est de chiffre 35,9 %.

Les sites de jeux sur internet sont également réservés aux adultes ; tous les joueurs doivent fournir une pièce d'identité et un RIB, dans le délai d'un mois suivant l'inscription. Il subsiste toutefois le risque que les mineurs puissent se connecter et jouer, soit pendant ce délai d'un mois, soit en jouant avec des proches, majeurs.

En dépit de l'ensemble de cette réglementation, 44 % des jeunes Français de 17 ans ont répondu²⁸ positivement à la question « Avez-vous déjà joué à un jeu d'argent quel que soit le type de jeu ? ». 39 % déclarent avoir joué au moins une fois au cours des douze derniers mois précédant l'enquête et un sur dix à avoir joué durant la semaine précédant l'enquête²⁹.

Réduire l'exposition des jeunes à la publicité et aux stratégies d'influence

Les études montrent que les jeunes, en raison de leurs pratiques sociales (internet, réseaux sociaux, loisirs, cinéma, sports, etc.), sont plus sensibles à l'**influence des stratégies publicitaires directes ou « indirectes »**, qui valorisent l'image positive/festive de tel ou tel comportement ou produit (sponsoring, placement de produits, organisation de « concours », etc.).

Le lien entre l'exposition à la publicité et l'augmentation de la consommation d'alcool chez les jeunes (dont les comportements d'alcoolisation excessive) est particulièrement bien démontré dans la littérature scientifique française et internationale³⁰.

Pour cette raison, les industriels investissent massivement dans ces stratégies. **En 2011, on estimait à 460 millions d'euros l'investissement publicitaire consacré à la promotion de la consommation d'alcool**, somme à comparer aux 3 millions consacrés aux campagnes de prévention par Santé publique France.

Malgré le cadre réglementaire existant, une étude récente³¹, parue en janvier 2017 dans la revue *Addictions*, évaluant l'exposition à la publicité des boissons alcoolisées auprès d'un échantillon de 6 642 lycéens français, montre que **29,8 % ont déclaré avoir été exposés aux publicités en faveur de l'alcool chaque jour au cours des douze derniers mois**. Les principaux lieux d'exposition sont les supermarchés, les films, les magazines et journaux, les affiches dans la rue ou dans les transports publics, et Internet. La Cour des comptes, Santé publique France et l'Institut national du Cancer³² recommandent de renforcer la réglementation, en particulier sur internet et dans les environnements où sont exposés les plus jeunes.

Ces recommandations portent également sur le **renforcement des informations sanitaires obligatoires** (publicités, contenant) pour l'alcool (cf. Objectif 1.3 : Renforcer la pertinence et la visibilité des avertissements sanitaires) et sur **la transparence sur les activités de lobbying**.

Enfin, il s'agit de s'engager davantage dans des campagnes de marketing social, afin de contrer les effets de l'exposition à la publicité et ce faisant de réduire l'attractivité des produits et la consommation.

28 Enquête ESCAPAD 2011

29 OFDT, Données ESCAPAD 2017, « Pratiques des jeux d'argent et de hasard en France à 17 ans », septembre 2018

30 « Expertise collective, Influence du marketing et de la publicité des industriels du tabac et de l'alcool » in *Conduites addictives chez les adolescents : Usages, prévention et accompagnement*, Inserm, Editor. 2014, Inserm: Paris. p. 137-147.

31 Jernigan, D., et al., Alcohol marketing and youth alcohol consumption: a systematic review of longitudinal studies published since 2008. *Addiction*, 2017. 112 Suppl 1: p. 7-20. / McClure, A.C., et al., Alcohol marketing receptivity, marketing-specific cognitions, and underage binge drinking. *Alcohol Clin Exp Res*, 2013. 37 Suppl 1: p. E404-13; Gallopel-Morvan, K., et al., France's Évin Law on the control of alcohol advertising: content, effectiveness and limitations. *Addiction*, 2017. 112 Suppl 1: p. 86-93.

32 Cour des comptes : Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool 2016. Paris ; SANTÉ PUBLIQUE FRANCE / Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France, mai 2017.

3.1

OBJECTIF 3.1

AIDER LES PARENTS DANS LEUR RÔLE ÉDUCATIF

- 1 Inscrire parmi les objectifs de renforcement et de meilleure couverture territoriale des dispositifs d'aide à la parentalité la prévention des conduites addictives, notamment dans la prochaine convention d'objectifs et de gestion de la CNAF et, au niveau local, dans les schémas départementaux des services aux familles.
- 2 Intégrer dans le cahier des charges des centres sociaux l'objectif de prévention des comportements à risque (dont les consommations de produits psychoactifs et l'implication dans le trafic de stupéfiants), grâce aux dispositifs d'aide à la parentalité et d'actions collectives auprès des jeunes.
- 3 Déployer des programmes validés visant à développer conjointement les compétences psychosociales des jeunes et les compétences parentales, notamment le programme de soutien aux familles et aux parents (Strengthening family program for parents and youth)³³.
- 4 Soutenir des programmes d'appui aux parents (exemple : Mallette des parents). Utiliser ce vecteur notamment en vue d'un usage maîtrisé des écrans par les jeunes, à partir de messages simples (mesure plan priorité prévention).
- 5 Informer davantage les parents sur l'existence et le rôle des consultations jeunes consommateurs et des maisons des adolescents, en particulier dans le cadre du rapprochement prévu (mesure plan priorité prévention) entre les CJC et les établissements scolaires.
- 6 Promouvoir, dans le cadre de recherche-action, les pratiques de prévention ciblée sur les enfants des personnes présentant des addictions afin de réduire le sur-risque qu'ils présentent de développer eux-mêmes des addictions.

3.2

OBJECTIF 3.2

DONNER À L'ÉCOLE LES MOYENS D'UNE PRÉVENTION EFFICACE

- 1 Déployer, dans chaque région académique, des programmes validés de développement des compétences psycho-sociales, visant à la fois à l'amélioration du climat scolaire et à la prévention des comportements à risque, dont les conduites addictives. Ces programmes seront conduits en y associant les parents et seront accompagnés de séminaires académiques sur le développement des compétences psychosociales.

³³ Ce programme a été adapté culturellement en France pour les 6-11 ans et est en cours d'évaluation pour des adolescents.

- 2 Confier à une mission d'inspection interministérielle l'élaboration d'une recommandation sur la pertinence et l'organisation des interventions informatives (contenu, acteurs, fréquence) en milieu scolaire.
- 3 Former (formations initiales et continues, catégorielles et intercatégorielles) les enseignants et les personnels de santé scolaire à la promotion du développement des compétences psychosociales, en prenant appui sur le réseau des universités pour l'éducation à la santé (formations à distance et en présentiel) et sur des ressources pédagogiques qui intègrent l'acquisition des compétences psychosociales aux pratiques d'enseignement (actualisation et développement des ressources Profédus).
- 4 Soutenir l'action de prévention des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (les CDESC, comités départementaux, et les CAESC, comités académiques) ainsi que l'action d'impulsion et de coordination des chefs d'établissement référents par la mise à disposition de ressources (fiches méthodologiques, programmes validés).
- 5 Développer, dans les lycées agricoles, des programmes pluriannuels de prévention des conduites addictives, pour les jeunes.

OBJECTIF 3.3

SAVOIR RÉAGIR DÈS LES PREMIERS USAGES PROBLÉMATIQUES DE PRODUITS OU D'ÉCRANS/JEUX

3.3

- 1 Renforcer la capacité au repérage précoce par les professionnels au contact des enfants, adolescents et jeunes adultes, en diffusant les critères d'alerte simples (usages problématiques des produits, des écrans, jeu pathologique) et en les aidant à apporter des réponses adaptées aux situations rencontrées.
- 2 Consolider la mission de centres ressources des CJC et des MDA, en appui de ces professionnels et favoriser leur intervention « hors les murs » au plus près des adolescents et des jeunes (en s'appuyant sur la mesure du plan priorité prévention visant la mise en place de partenariats entre les CJC et les établissements scolaires). Renforcer et actualiser leurs connaissances et compétences en matière de nouvelles conduites addictives et addictions, par exemple les jeux d'écran.
- 3 Former les professionnels des missions locales à la problématique des conduites addictives ainsi qu'au repérage précoce et aux modalités adaptées d'orientation. Construire un partenariat avec l'Etablissement pour l'insertion dans l'emploi (EPIDE).
- 4 Dans le cadre de l'expérimentation qui sera conduite sur le bien-être et la santé des jeunes dans trois régions pilotes (Ile-de-France, Pays-de-la-Loire, Grand-Est), prendre en compte les situations de consommations de produits psychoactifs des jeunes.

3.4

OBJECTIF 3.4

ACCORDER UNE ATTENTION PARTICULIÈRE AUX ENFANTS RELEVANT DE L'AIDE SOCIALE À L'ENFANCE ET DE LA PROTECTION JUDICIAIRE DE LA JEUNESSE

- 1 S'appuyer sur la dynamique « PJJ promotrice de santé » pour renforcer une prise en compte cohérente des conduites addictives dans les projets éducatifs des établissements ou services, visant notamment à l'empowerment des jeunes et de leurs familles. Ce travail doit permettre également de favoriser le développement des compétences psychosociales au quotidien, en lien avec les objectifs des projets personnalisés des jeunes accueillis.
- 2 Intégrer dans les formations, initiale et continue, des professionnels exerçant auprès des publics PJJ et ASE les stratégies probantes de prévention des consommations et autres conduites à risque, qui ont également un impact sur les troubles du comportement.
- 3 Soutenir le déploiement de thérapies familiales multidimensionnelles (MDFT) dans les établissements volontaires de la PJJ ou de l'ASE en l'adaptant aux cadres spécifiques.
- 4 Renforcer le partenariat entre les CJC et les établissements de la PJJ et de l'ASE.
- 5 Renforcer l'efficacité des actions menées dans les régions au bénéfice des jeunes pris en charge par la PJJ, en offrant un cadrage national pour les critères de qualité des actions à financer, leur inscription dans la durée et la complémentarité des acteurs ; favoriser des expérimentations territoriales.

3.5

OBJECTIF 3.5

ASSURER LE RESPECT DES INTERDITS PROTECTEURS

- 1 Rappeler au grand public l'interdiction de vente aux mineurs du tabac, de l'alcool et des jeux d'argent : intégration de ce message dans les campagnes de communication grand public programmées sur les risques liés à l'alcool ou au tabac ; financement d'actions de communication ciblées via des appels à projets ; communications locales assurées par les débitants de boissons, dans le cadre de chartes d'engagement (cf. Objectif 4.3 : Mieux encadrer la vente des boissons alcooliques).
- 2 Faire respecter l'interdiction de vente d'**alcool** aux mineurs par l'ensemble des points de vente (y compris la vente à emporter) :
 - mobiliser les professionnels du secteur de la production et de la distribution, dans le cadre de chartes d'engagements portant en particulier sur la formation des professionnels, l'information délivrée aux consommateurs, la signalétique dans les commerces et sur les contenants, l'organisation des rayons et des passages en caisse ;

- former les détenteurs de licence (cf. mesure 4.3.1 : Améliorer la lisibilité du droit des débits de boissons) ;
- étendre l'amende forfaitaire délictuelle au délit de vente d'alcool aux mineurs (projet de loi de programmation pour la justice) ;
- renforcer le partenariat avec les associations du secteur de l'addictologie pour l'organisation d'opérations de testing visant à observer le degré de respect de la législation sur un territoire donné ;
- mettre en place des plans de contrôles coordonnés au niveau local, sous l'égide du préfet.

3 Faire respecter l'interdiction de vente du **tabac** aux mineurs :

- rappeler aux débitants de tabac, notamment via l'adaptation de leur formation initiale et continue en lien avec la confédération des buralistes, leur obligation d'exiger du client qu'il établisse la preuve de sa majorité et d'appliquer la mise en place des affichettes obligatoires sur l'interdiction de vente aux mineurs ;
 - mener des actions de prévention auprès des jeunes ;
 - mener des actions de prévention et de rappel à la loi auprès des buralistes ;
 - augmenter le nombre de contrôles administratifs, par sensibilisation des élus locaux et des responsables des polices municipales et par la formation des agents de police municipale³⁴ ;
 - mettre en place, sous l'égide du préfet, un plan de contrôle ;
 - organiser la coordination avec la DGDDI, autorité de tutelle des débitants de tabac et détentrices à ce titre de pouvoirs de sanction telles que des amendes ou la suspension provisoire ou définitive de la licence ;
 - renforcer le partenariat avec les associations du secteur de l'addictologie pour l'organisation d'opérations de testing visant à observer le degré de respect de la législation sur un territoire donné ;
 - organiser, à partir de l'ensemble des données collectées, un suivi partagé de l'évolution des pratiques de vente de tabac à des mineurs.
- 4 Finaliser l'étude de faisabilité menée par l'ARJEL sur la mise en place d'une « carte joueur » destinée à rendre la procédure d'identification et donc de vérification de l'âge du joueur plus rapide et fiable.

OBJECTIF 3.6

RÉDUIRE L'EXPOSITION DES JEUNES AU MARKETING DES PRODUCTEURS

3.6

- 1 Veiller au respect de la réglementation destinée à réduire l'exposition des jeunes à la publicité pour l'alcool, notamment dans les enceintes sportives ; intégrer le contrôle de la réglementation relative à la publicité dans les plans de contrôle des forces de l'ordre, arrêtés sous l'égide du préfet, et des agents de la DGCCRF, via la Directive nationale d'orientation (DNO).
- 2 Etudier et observer régulièrement l'impact des stratégies marketing et d'influence (alcool et tabac, etc.), en coopération avec l'OFDT.

³⁴ La loi du 26 janvier 2016 a renforcé les pouvoirs de polices municipales en matière de contrôle et de sanction dans le cadre de la lutte contre le tabagisme

4

PRIORITÉ 4

Promouvoir le bien-être et la réussite des jeunes

La mobilisation des communautés éducatives et de l'entourage doit se poursuivre après la scolarité obligatoire, afin d'accompagner les jeunes dans leurs premiers pas d'émancipation et de vie d'adultes, qu'ils soient encore mineurs ou déjà majeurs, en formation ou en activité professionnelle ou engagés dans des études supérieures. L'association des jeunes eux-mêmes aux actions de prévention et de réduction des risques est primordiale.

Une étude conduite sur la santé des étudiants (I-SHARE) indique que la prévalence des consommations de produits psychoactifs par les étudiants reste élevée : entre un quart et un tiers des étudiants fument régulièrement ; près de 10 % fument du cannabis plus de 10 fois dans le mois ; 10 % environ consomment de l'alcool plus de dix fois par mois et plus d'un tiers connaît un épisode d'alcoolisation ponctuelle importante (API) une fois par mois.

Au regard de l'impact des consommations sur la réussite académique, une action déterminée sur le bien-être des étudiants s'impose. Elle s'inscrit opportunément dans les réformes des études supérieures engagées par le Gouvernement, inscrites dans un continuum académique avec l'enseignement scolaire. Le Plan étudiants adopté fin 2017 propose des cadres nouveaux pour un renforcement de la prévention à destination des étudiants. Les services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMMPS) se développent, le nombre de ceux constitués en centres de santé étant appelés à passer de 24 aujourd'hui à 34 fin 2019. Cette mesure s'accompagne de la mise en place d'une Conférence de la prévention étudiante.

Mobiliser les jeunes sur la base des dernières connaissances sur leurs rapports aux produits

On connaît désormais mieux les perceptions par les mineurs et les motivations des usages de substances psychoactives ainsi que les trajectoires de consommation³⁵. Il apparaît que l'enjeu de sociabilité et la dimension collective déterminent les initiations aux drogues : il s'agit à la fois d'expérimenter les sentiments, perceptions et pensées d'autrui et de former une communauté affective immédiate ; selon les cas, l'enjeu pour le jeune est de consolider une alliance ou de conjurer le risque de mise à l'écart du groupe.

L'expérimentation est décrite comme une expérience initiatique mais aussi un passage banal et conventionnel, loin de tout sentiment de transgression. A l'opposé, le fait de se tenir à l'écart des substances psychoactives relève souvent d'une démarche volontariste, construite dans une forme d'opposition aux pressions des pairs.

Alors qu'en ce qui concerne le tabac, un virage semble être pris avec une image désormais fortement négative, l'alcool reste, dans les perceptions, associé à la joie, la fête, le bien-être, l'insouciance, la convivialité, la détente et rattaché aux notions de culture et de tradition. Toutefois, les récits sur les usages sont dominés par la référence aux alcools forts, à des quantités évaluées collectivement comme excessives et à des « dérapages ». Quant au cannabis, c'est une représentation plus positive qui se dessine autour de ce produit. Bénéficiant d'une image positive et « dédramatisée », il est perçu comme moins dangereux et addictif que le tabac. Cette image moins défavorable est accentuée par les propriétés « naturelles » prêtées à l'herbe, qui apparaît comme la forme d'usage principale du cannabis dans cette génération. Les risques du cannabis ne sont pas évoqués dans les discours des consommateurs ; tout se passe comme si les représentations négatives du tabac contribuaient à la normalisation du cannabis, qui bénéficierait ainsi de ce discrédit.

L'analyse des perceptions met en évidence l'importance de travailler les représentations des jeunes et de concilier approche individuelle et dimension collective, tant le rôle de l'entourage et de l'environnement peut être déterminant des consommations.

Mieux encadrer la vente des boissons alcooliques et réguler la vie festive

Compte tenu des risques et des dommages liés aux consommations de produits psychoactifs, le législateur les a soumis à un régime exigeant de régulation et a confié au préfet et au maire des pouvoirs spécifiques de police administrative. Il a posé un continuum d'interdits, sanctionnés pénalement ou administrativement, dont la finalité est de créer un environnement protecteur, en particulier pour les plus jeunes :

- Interdiction de vendre de l'alcool et du tabac aux mineurs (cf. Objectif 3.5 : Assurer le respect des interdits protecteurs) et réglementation de la publicité qui vise à limiter l'exposition à des incitations à consommer, mais aussi, s'agissant du contenu des messages, à lutter contre les représentations positives de l'alcool et du tabac portées par le marketing (cf. Objectif 3.6 : Réduire l'exposition des jeunes au marketing des producteurs) ;
- Régimes spécifiques de classification des boissons (déterminant notamment le type des licences), d'affichage ainsi que d'encadrement des types de lieux de vente et des conditions d'ouverture, d'exploitation et de transfert des débits de boisson à consommer sur place. L'accès aux boissons alcoolisées est favorisé aujourd'hui par la multiplication des débits de boissons à emporter ou temporaires et la diversification des modes de vente (internet). Les mairies et les préfetures n'assurent pas de suivi systématique des licences et des obligations de formation. Seul un recensement au plan national avec enregistrement du numéro de licence permettrait de suivre de façon efficace et exhaustive les licences III et IV des débits de boisson.

35 OFDT, "Représentations, motivations et trajectoires d'usage de drogues à l'adolescence", Tendances, décembre 2017.

- Régulation des « happy hours »³⁶ qui, de par leurs modalités (incitation à consommer davantage en un temps réduit et association de la consommation d'alcool à la fête et à la convivialité), contribuent au binge drinking ; l'encadrement des happy hours, introduit par la loi HPST du 21 juillet 2009, suivie du décret du 6 mai 2010 (l'article L.3323-1 et l'article R.3351-2 du code de la Santé Publique)³⁷, est actuellement inopérant car largement inappliqué (selon des données fournies par la DACG, moins d'une dizaine d'infractions sont relevées chaque année sur l'ensemble du territoire).
- Répression de l'ivresse publique et manifeste (IPM). En 2016, le nombre d'infractions pour ivresse publique et manifeste ayant donné lieu à des poursuites s'est élevé à 48 415.

La nécessité et l'efficacité d'une régulation simultanée et coordonnée dans ces différents champs sont fondées sur des données scientifiques solides. Ainsi, les recherches montrent que la disponibilité des substances licites et illicites a un impact sur la consommation. A pouvoir addictif égal, un produit peu disponible touchera un nombre réduit de consommateurs et le nombre de dépendants sera moindre. **Limiter la disponibilité des produits, par un respect accru des réglementations protectrices, constitue un enjeu majeur pour diminuer la précocité des expérimentations et réduire les niveaux de consommation.**

Par ailleurs, **la multiplication des rassemblements festifs et la consommation habituelle de produits psychoactifs associée appellent une réflexion sur les risques sanitaires et la prévention des troubles à l'ordre et à la sécurité publics, tant dans l'espace urbain que rural.**

En France, un peu plus de la moitié de la population (53%) indique avoir subi au cours des douze derniers mois des dommages induits par la consommation d'alcool par un tiers³⁸, un Français sur 5 (21%) disant avoir été très affecté.

Outre les nuisances occasionnées (nuisances sonores pour le voisinage, détérioration du mobilier urbain, déchets sur la voie publique), l'état d'ébriété peut présenter un risque pour la personne ivre ou pour des tierces personnes et implique la mobilisation d'importants moyens policiers, judiciaires et sanitaires.

L'Inserm et l'OFDT ont démontré qu'une consommation abusive d'alcool augmentait les risques de violences conjugales, la gravité de certains crimes ou délits, notamment les agressions physiques ou sexuelles, le risque d'incivilités et d'agressions à la sortie des bars. Dans le cadre d'une étude Violence Alcool Multi-Méthodes (VAMM) de 2006-2007, il a été démontré que 40 % des sujets ayant participé à une bagarre dans un lieu public avaient consommé de l'alcool dans les deux heures qui précédaient. 32% des destructions intentionnelles ont été précédées d'une consommation d'alcool, 20 % des vols. Alcool mais aussi cocaïne sont les deux substances les plus liées à la violence selon une étude publiée en 2014³⁹.

Les mesures proposées visent à mieux protéger la jeunesse et améliorer la salubrité et la tranquillité publiques grâce à une approche associant enjeux de sécurité et de santé tout en reconnaissant la fonction sociale forte de la fête.

36 Terme anglais signifiant littéralement « heure heureuse », le happy hour permet de proposer aux clients un tarif réduit sur une boisson (moitié prix, par exemple) ou une consommation gratuite pour une achetée, le tout dans un temps imparti. Proposé en général pour une durée de 2 à 3 heures (de 18 h à 20 h ou 21 h), le but pour les débits de boissons est d'attirer les clients avant les heures de grande fréquentation ou les jours de semaine moins fréquentés.

37 Notre droit fixe le cadre suivant : Un commerce de débit de boissons qui met en valeur une tarification à prix réduit pour des consommations avec alcool doit également offrir des réductions durant les mêmes heures sur les boissons non alcoolisées encore nommés softs. La promotion effectuée sur les consommations sans alcool doit être indiquée de la même manière que celle des breuvages alcoolisés. En cas de non-respect de la loi, le commerçant s'expose à une amende de 4ème catégorie d'un montant de 750 €.

38 Tendances n° 118, "Usages d'alcool et dommages subis : une perspective européenne", Juin 2017, OFDT

39 Source : « Drogues alcool et agression » de Laurent Bègue- octobre 2014

Agir sur les prix de l'alcool et du tabac

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'augmentation des prix du tabac est « le moyen le plus efficace de diminuer la consommation ». C'est pourquoi le Gouvernement a pris la décision **d'augmenter significativement et progressivement le prix du tabac, pour aboutir à un paquet de tabac à 10 euros à horizon 2020.**

Si l'objectif n'est évidemment pas d'instaurer une prohibition déguisée par les prix, l'action sur le prix apparaît dans toutes les études comme l'une des mesures les plus efficaces pour réduire la consommation d'alcool et les dommages qui en découlent. Selon les derniers rapports de l'OCDE, « une hausse des taxes ayant pour résultat l'augmentation de 10 % du prix des boissons alcoolisées et l'adoption d'une série de mesures réglementaires pourraient produire des effets considérables ». Cette hausse doit concerner l'ensemble des boissons alcoolisées ; au regard du nombre de grammes d'alcool, aujourd'hui les vins et bières bénéficient d'une fiscalité avantageuse par rapport aux autres boissons alcooliques.

Dans son rapport de juin 2016 sur les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool, la Cour des comptes souligne que « l'action par les prix et la fiscalité apparaît dans toutes les études comme l'une des mesures les plus efficaces pour la santé publique et la réduction des coûts sanitaires et sociaux de l'alcool. Elle doit donc se situer au cœur de toute stratégie de lutte contre les consommations nocives d'alcool ». La Cour souligne que l'augmentation des taxes de 2012 fut indéniablement l'un des facteurs de baisse de la consommation de certains alcools.

Le régime fiscal⁴⁰ des boissons alcoolisées est défini par des directives européennes (92/ 83/CEE et 92/84 CEE du 19 octobre 1992) précisant respectivement les produits soumis à l'accise et les taux minimaux qui s'appliquent. Les accises sur le vin sont calculées sur les seules quantités, indépendamment du degré d'alcool, alors que pour les autres produits elles le sont au degré par hectolitre. Actuellement les droits d'accises varient en France de 0,003 euro par verre-standard pour le vin à 0,14 euro pour les spiritueux, soit un rapport de 1 à 50. Les taux nationaux sont très différents d'un Etat européen à l'autre. La Cour des comptes insiste sur le fait que l'absence de règles communes de taxation en fonction du contenu en alcool pur constitue un obstacle pour un usage de la fiscalité à des fins de santé publique.

Quant à la fixation d'un prix minimum, la Cour de justice de l'Union européenne, saisie suite à la mise en place de cette mesure par l'Ecosse, a considéré, dans sa décision du 23 décembre 2015, qu'une telle mesure devait s'appuyer sur des éléments de preuve fournis par l'Etat membre concerné, permettant raisonnablement d'estimer que cette mesure est seule apte à réaliser les objectifs poursuivis notamment en santé publique (en comparaison en particulier avec des mesures fiscales)⁴¹.

La Cour suprême britannique a autorisé en novembre 2017 le Gouvernement écossais à fixer un prix minimum pour la vente d'alcool, par le biais de la loi « Minimum Unit Pricing » votée par le parlement écossais en 2012 ; dans son jugement, la Cour suprême a estimé que « la loi n'est pas contraire au droit communautaire » et que la mise en place d'un prix minimum est un « moyen proportionné d'atteindre un but légitime ». Selon la Cour, les objectifs poursuivis par cette loi sont valables puisqu'ils visent à lutter contre la consommation excessive d'alcool, cause de problèmes sociaux et sanitaires en Ecosse et en particulier chez les populations les plus fragiles.

40 Les droits indirects sur les boissons alcoolisées comprennent la TVA à 20% (10% en Corse et 8,5% dans les DOM) et les droits d'accise auxquels s'ajoutent des cotisations de sécurité sociale sur les boissons titrant plus de 18° d'alcool pur et sur les premix. En Corse, les vins produits et consommés sur l'île sont exonérés de droits d'accise et de TVA. Les rhums produits dans les DOM bénéficient également d'un taux égal à la moitié de celui des autres spiritueux. Les recettes liées à la fiscalité indirecte des boissons alcoolisées sont pour partie affectées aux organismes de sécurité sociale (cf.p64 et 65 du rapport de la Cour des comptes juin 2016).

41 Le détail de l'argumentaire de la Cour de justice de l'Union européenne peut être consulté à partir de ce lien : <https://curia.europa.eu/jcms/upload/docs/application/pdf/2015-12/cp150155fr.pdf>

En France, l'étude « Alcoprihaut » en 2013-2014 a exploré l'efficacité du prix minimum, en partant de l'insuffisance d'un changement de fiscalité des boissons alcooliques vendues à un prix très bas du gramme d'alcool, notamment le vin, pour atteindre les objectifs de santé publique. Cette mesure permettrait de mieux protéger les jeunes et gros consommateurs. Ces données doivent être complétées par une évaluation de l'ampleur des effets escomptés en matière de santé publique, induits par la baisse de consommation, ainsi que de l'impact d'une telle mesure sur les différents secteurs économiques concernés.

Un meilleur encadrement des pratiques promotionnelles des distributeurs permettrait également de réduire l'accessibilité, en particulier pour des publics vulnérables.

Surveiller l'accessibilité des jeux pour une meilleure protection

Les jeux d'argent sont définis à l'article 2 de la loi du 2 mai 2010, modifié par la loi du 17 mars 2014 ; les conditions pour qualifier un jeu d'argent sont la disponibilité au public, un sacrifice financier et une espérance de gain.

Les mesures de régulation mises en place ne visent pas seulement la protection des jeunes mais aussi la lutte contre les addictions pour l'ensemble de la population. En effet, le développement d'internet a fortement contribué ces dernières années au développement des jeux en ligne, permettant de jouer partout et en permanence. Par ailleurs, le marché des jeux en ligne a été ouvert à la concurrence à compter de 2010 pour le poker, les paris sportifs et les paris hippiques. Les opérateurs doivent mettre en place, sous le contrôle de l'Autorité de régulation des jeux en ligne (ARJEL), des dispositifs de protection : affichage de messages de prévention, définition par le joueur de limites de dépôts de mises, possibilités de s'auto-exclure pour une durée de 7 jours à 3 ans.

Selon l'Observatoire des jeux (ODJ), les dépenses de jeux des Français ont augmenté sur la période 2000 /2016, leur part au sein des dépenses que les ménages consacrent aux loisirs et à la culture passant de 8,3 à 9,9 %. En 2016, les dépenses de jeux par habitant majeur atteignent 193 € contre 134 € en 2000. Le média internet prend une place croissante dans la part des dépenses de jeux (9,8 % en 2016).

Entre 2010 et 2014, la proportion de Français âgés de 15 à 75 ans ayant pratiqué des jeux d'argent et de hasard au cours des 12 derniers mois a très sensiblement progressé : de 46,4% en 2010 à 56,2% en 2014. Concernant les joueurs problématiques, une enquête réalisée par l'ODJ, l'OFDT et Santé publique France sur les pratiques de jeux des Français en 2014 a suggéré que l'élargissement de l'offre de jeux, avec l'ouverture en 2010 d'un marché légal sur Internet, avait eu pour conséquence un développement de la demande. Il y aurait une augmentation des joueurs « à risque modéré » et une stabilité du nombre de joueurs « excessifs ». En ce qui concerne le jeu des mineurs, la proportion de joueurs « problématiques » serait deux fois plus élevée que chez les joueurs adultes, mais ces chiffres doivent être pris avec prudence. Il serait par conséquent intéressant de compléter ces données par une nouvelle étude conjointe plus fine sur les joueurs « à risque modéré », public cible des actions de prévention, et sur le jeu des mineurs.

OBJECTIF 4.1

SOUTENIR L'INVESTISSEMENT DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR DANS LA PRÉVENTION

4.1

- 1 Encourager la mutualisation des bonnes pratiques d'encadrement des soirées festives.
- 2 Favoriser l'implication des services inter-universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (SIUMPPS) dans la prévention des API, de la consommation de tabac et de cannabis et de l'ensemble des conduites addictives ; diffuser la pratique, désormais éprouvée, des étudiants relais santé (ERS).

OBJECTIF 4.2

MOBILISER LES JEUNES

4.2

- 1 Former des jeunes du service civique, en fonction de leurs missions, à la prévention des conduites addictives ; les associer à des programmes de prévention.
- 2 Utiliser l'opportunité du service sanitaire des étudiants en santé (40 000 jeunes) qui débute en 2018 pour renforcer les actions de prévention des conduites addictives, en particulier celles menées auprès de publics vulnérables.
- 3 Mobiliser les fédérations sportives comme relais des campagnes de prévention, comme c'est aujourd'hui le cas pour le « mois sans tabac ». S'appuyer sur l'engagement citoyen de la Coupe du monde de rugby de 2023 et des Jeux olympiques de 2024 pour promouvoir la prévention des consommations à risque.
- 4 Soutenir des interventions de prévention par les pairs au sein des établissements, sur le modèle des projets ayant montré leur efficacité comme « Assist »⁴² dans les collèges et « P2P » dans les lycées.
- 5 Dans le respect des crédits alloués par le fonds national d'action sociale de la convention d'objectifs et de gestion de la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF), soutenir le développement du programme des Promeneurs du Net qui vise à proposer une présence éducative bienveillante, à l'écoute des jeunes, dans la « rue numérique » et les différents réseaux sociaux, pour les informer mais aussi les accompagner dans leurs projets.

42 Campbell R, Starkey F, Holliday J, Audrey S, Bloor M, Parry-Langdon N, et al. "An informal school-based peer-led intervention for smoking prevention in adolescence (ASSIST): a cluster randomised trial". Lancet. 2008;371(9624):1595-602. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18468543>.

4.3

OBJECTIF 4.3

MIEUX ENCADRER LA VENTE DES BOISSONS ALCOOLIQUES

- 1 Améliorer la lisibilité du droit des débits de boissons, notamment : en lien avec les collectivités locales, constitution d'un groupe de travail chargé de réviser les conditions de vente des produits alcooliques ainsi que le régime juridique des débits de boissons, traitant en particulier :
 - Les conditions d'ouverture et de fonctionnement des débits de boissons : mise en cohérence des règles applicables aux débits de boissons à consommer sur place et les règles applicables à la vente à emporter ; précision des règles applicables aux débits de boissons temporaires (notamment lors d'événements festifs) ; renforcement de la formation de tous les exploitants des débits de boissons, y compris temporaires ; révision de la définition des zones de protection ;
 - Le respect des exigences de santé publique : amélioration de la visibilité des affichages, modalités de mobilisation des débitants de boissons pour faire respecter les interdits protecteurs.
 - L'amélioration de la gouvernance locale : évaluation du partage de compétence entre maires et préfets et de l'intérêt des commissions de débits de boissons ; mise en place d'une plateforme de gestion en ligne des licences (demandes d'ouverture, de mutation, de transfert...) et création d'un fichier national partagé répertoriant l'ensemble des débits de boisson en activité.
- 2 Veiller au respect des dispositions législatives encadrant la pratique des happy hours, par l'intégration de cette problématique dans les plans de contrôle arrêtés sous l'égide des préfets (cf. mesure 3.5.2).

OBJECTIF 4.4

4.4

PRÉSERVER L'ESPRIT DE FÊTE DANS UN ESPACE PUBLIC TRANQUILLISÉ

- 1 Favoriser au plus près des territoires une approche concertée de prévention des risques sanitaires et de troubles à l'ordre public qui peuvent être associés aux événements festifs en milieu urbain (promotion des démarches type charte de la vie nocturne, prévention itinérante) comme en milieu rural (milieux festifs alternatifs type free party).
- 2 Faciliter l'intervention des acteurs de la réduction des risques et des dommages sur les lieux festifs.
- 3 Conseiller les collectivités sur l'aménagement de l'espace public susceptible de réduire les risques et les nuisances (par ex. emplacement de zones festives, règles d'éclairage public...).
- 4 Pour les ivresses publiques et manifestes (IPM) :
 - Porter le montant de l'amende d'IPM au niveau de celle encourue pour avoir fumé dans les lieux publics, en passant l'amende de la seconde à la troisième classe (de 150 à 450 € au maximum) ;
 - Forfaitiser l'amende pour ivresse publique et manifeste (68 €) ;
 - Inscrire la poursuite des débitants de boisson, en application de l'article de l'article R.3353-2 du code de la santé publique, dans les plans de contrôles coordonnés déterminés au niveau local (cf. mesure 3.5.2) ;
 - Faciliter la mise en œuvre des dispositions de l'article L.3341-1 du code de la santé publique prévoyant que la conduite d'une personne en état d'ivresse dans les locaux de police, de gendarmerie ou dans une chambre de sûreté soit réalisée aux frais du contrevenant.
- 5 Mener une évaluation du dispositif de lutte contre les addictions au sein des casinos et de son impact. Il s'agira de mieux déterminer les publics à risque (jeunes majeurs /personnes âgées), de mesurer l'efficacité des préconisations et mesures actuelles et, le cas échéant, de faire évoluer sur cet aspect l'arrêté du 14 mai 2007 relatif à la réglementation dans les casinos voire la partie réglementaire du code de la sécurité intérieure. Etudier les conditions de l'extension du fichier des exclus de jeux (consultés pour l'accès aux casinos et aux sites gérés par l'ARJEL) aux autres jeux (points de vente physiques de la Française des Jeux et du PMU).

5

PRIORITÉ 5

Faire de la lutte contre les conduites addictives une priorité de la santé au travail

De nombreuses publications scientifiques attestent du rôle de l'environnement sur les consommations de substances psychoactives en dehors des seuls facteurs individuels. L'environnement de travail, comme l'environnement familial, socio-économique et culturel peut protéger ou, au contraire, fragiliser les personnes face au risque de conduites addictives. Le fait d'avoir un emploi fait néanmoins partie des facteurs de protection, les demandeurs d'emploi consommant globalement plus que les personnes en activité (baromètres santé INPES 2010 et 2014).

En France, les niveaux de consommation au sein de la population en activité sont élevés (baromètre santé 2014) et sont supérieurs pour certains produits tels que le tabac, le cannabis et médicaments psychotropes à la prévalence observée en population générale :

- Tabac : 30,4 % des actifs occupés fument quotidiennement (29 % en population générale 18-75 ans)
- Alcool : 7,3 % sont des consommateurs à risques, 9,5 % ont des ivresses répétées, 18,6 % des actifs occupés ont eu un épisode d'alcoolisation ponctuelle importante dans le mois
- Cannabis : 9 % des actifs occupés (6,5 % en 2010) ont consommé du cannabis dans l'année.
- Cocaïne : son usage est en augmentation parmi les actifs occupés entre 2005 (0,5 %) et 2014 (0,8 %)
- Médicaments psychotropes : 16,7 % des actifs occupés (13 % en population générale parmi les 18-75 ans).

Ces constats cachent une grande **diversité des niveaux de consommation selon les secteurs professionnels, et à l'intérieur de ces secteurs, selon les catégories socio professionnelles et le sexe**⁴³.

Plusieurs secteurs d'activité ont été identifiés dans la littérature scientifique comme particulièrement liés à des usages de substances psychoactives : les métiers des arts et du spectacle, l'agriculture, la pêche, la marine marchande, la construction, la restauration, le secteur de l'information/communication, les métiers de relation avec le public.

Les études et les travaux de recherche dans le domaine des sciences sociales ont montré les **interrelations entre le travail (conditions et organisation du travail, management, statut d'emploi, culture d'entreprise...) et les conduites addictives**⁴⁴. Les liens entre consommations et harcèlement au travail, ennui, insatisfaction, horaires irréguliers, décalés ou de nuit, postes de sécurité ou de sûreté, ou travail avec un haut niveau de pénibilité physique ont été particulièrement documentés.

43 Courrier des addictions, liens entre substances psychoactives et milieu professionnel, F. Beck, C. Palle, JB Richard, janvier- mars 2016

44 Liens entre substances psychoactives et milieu professionnel, le courrier des addictions, F. Beck, C. Palle, JB Richard janvier février mars 2016, PSYCHOTROPES revue internationale des toxicomanies et des addictions, 2015, travail(s) santé et usages de substances psychoactives

La prise de responsabilité chez les femmes se traduit par une plus grande consommation d'alcool contrairement aux hommes (F. Beck 2010). Aussi des résultats intermédiaires tirés de la cohorte Constances, présentés en mai 2018, indiquent-ils que les femmes cadres présentent un plus haut pourcentage de consommation à risque d'alcool (11,7 %) que les ouvrières et artisanes.

Une enquête (auprès de 400 000 personnes dans 14 pays développés) publiée par le British Medical Journal⁴⁵ démontre que les individus qui travaillent plus de 48 heures par semaine, soit au-dessus du seuil de la directive européenne sur le temps de travail, ont un risque accru de 12 % de s'engager dans une consommation à risque d'alcool par rapport à ceux travaillant 35 à 40 heures par semaine.

L'OFDT souligne, en s'appuyant sur une revue de littérature de 2015, que les liens entre secteurs d'activité et pratiques addictives renvoient à plusieurs dimensions qui peuvent se cumuler⁴⁶ :

- dimension culturelle (socialisation professionnelle à l'alcool), pratiques de l'ordre du rituel (casse-croute alcoolisée, bière et vin le midi, « pots », after work, etc.) ;
- souffrance au travail et risques psychosociaux, les substances psychoactives servant à gérer le stress, notamment avec le tabac et le cannabis ;
- recherche de la performance, qui peut être assimilée à une forme de dopage (amphétamine, cocaïne).

Vers une approche globale de prévention et de réduction des risques

Le plan santé au travail 2016-2020 pour les entreprises et le plan d'action pluriannuel pour une meilleure prise en compte de la santé et de la sécurité au travail dans la fonction publique (avril 2017) intègrent pour la première fois la question des conduites addictives dans leurs stratégies de prévention collective.

Le rapport de la Cour des comptes de juin 2016 demande aux pouvoirs publics de faire de la lutte contre les consommations nocives d'alcool une priorité de l'action publique. Elle préconise notamment de **supprimer l'autorisation d'introduction et de consommation d'alcool sur le lieu de travail** et recommande de **renforcer l'implication des personnels de santé dans le repérage précoce** des consommateurs à risques.

L'hypothèse d'une révision de la réglementation actuelle, en vue d'une interdiction clairement posée de la consommation de tout produit alcoolique sur le lieu de travail (modification du code du travail – article R. 4228-20⁴⁷ en supprimant les exceptions) a été explorée, en lien avec les partenaires sociaux (Groupe permanent d'orientation du Conseil d'orientation des conditions de travail). Le renforcement de l'interdit n'est pas ressorti comme le levier à privilégier pour répondre à ce qui est apparu être une vraie préoccupation des acteurs de l'entreprise, l'accent devant plutôt être mis sur des actions visant à la prévention auprès des salariés, en particulier pour les secteurs ou catégories professionnelles les plus exposées, ainsi que la clarification de la responsabilité de l'employeur.

Dans ce contexte, les orientations proposées priorisent une approche globale préventive, articulant actions individuelles et collectives et prenant en compte le caractère multifactoriel des conduites addictives. Elles comprennent des mesures d'ordre général et des mesures ciblées pour éviter la stigmatisation de certains secteurs. Ces initiatives visent à améliorer les conditions de travail et la performance de l'entreprise mais sont également susceptibles de relever de sa responsabilité sociétale. L'identification de la prévention des conduites addictives parmi les thématiques de la responsabilité sociétale des entreprises favoriserait ainsi l'engagement volontaire de celles-ci.

45 Long Working hours and alcohol use : systematic review and meta-analysis of published studies and unpublished individual participant data; www.bmj.com/content/350/bmj.g7772 BMJ 2015; 350 doi: (Published 13 January 2015)

46 Revue de littérature C Palle, OFDT 2015

47 Article R4228-20 du code du travail : Aucune boisson alcoolisée autre que le vin, la bière, le cidre et le poiré n'est autorisée sur le lieu de travail.

5.1

OBJECTIF 5.1

AMÉLIORER LES CONNAISSANCES ET LES COMPÉTENCES DES ACTEURS DU MONDE DU TRAVAIL DANS LE DOMAINE DES ADDICTIONS

- 1 Intégrer la problématique des conduites addictives dans la responsabilité sociétale des entreprises. Pour ce faire, la Plateforme RSE, installée à France Stratégie a été saisie pour qu'elle propose des mesures encourageant les entreprises à s'engager dans des démarches volontaires visant à réduire les consommations à risque d'alcool, de tabac et de stupéfiants.
- 2 Inclure dans les cursus de management un module relatif à la prévention des conduites addictives - mettre en place des partenariats avec les écoles de commerce, la conférence des grandes écoles, et la direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) pour les écoles de la fonction publique (Etat, territoriale, hospitalière).
- 3 Consolider le rôle des acteurs de la santé au travail⁴⁸ par la généralisation du repérage précoce et de l'intervention brève ; prendre appui à cet effet sur la validation du RPIB par la Haute Autorité de Santé (tabac, alcool, cannabis) et sur la formation des médecins du travail et de prévention et des infirmiers de santé au travail organisée par la MILDECA depuis 2015 en partenariat avec le ministère du travail et l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP). Intégrer la prévention des conduites addictives dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) signés entre les CARSAT, les DIRECCTE et les services de santé au travail.
- 4 Assurer une meilleure coordination et un meilleur échange d'information entre médecin du travail, médecin conseil de la sécurité sociale et médecin traitant, avec l'accord du patient, en particulier pour prévenir la désinsertion professionnelle (en cohérence avec les orientations du troisième plan de santé au travail et de la stratégie nationale de santé⁴⁹).
- 5 En lien avec les orientations du troisième plan de santé au travail, mieux sensibiliser et former, les autres acteurs de l'entreprise : DRH, encadrement, représentants du personnel. Développer un partenariat avec l'Association nationale des DRH (ANDRH).
- 6 Organiser en 2018 une nouvelle journée nationale de prévention des conduites addictives en milieu professionnels centrée sur la consommation d'alcool et développer la communication sur la plateforme Addict'aide, dédiée aux addictions dans le monde du travail (nouvelles fonctionnalités).

48 L'article L.4622-2 du code du travail dispose que : « Les services de santé au travail ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. A cette fin, ils (...) 2° Conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin d'éviter ou de diminuer les risques professionnels, d'améliorer les conditions de travail, de prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail, de prévenir le harcèlement sexuel ou moral, de prévenir ou de réduire les effets de l'exposition aux facteurs de risques professionnels mentionnés à l'article L. 4161-1 et la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs. »

49 La Stratégie nationale de santé porte l'objectif de structurer davantage le réseau des services de santé au travail, ainsi que leurs relations avec les caisses d'assurance maladie, pour gagner en efficacité dans les politiques de maintien dans l'emploi.

OBJECTIF 5.2

SENSIBILISER LES ACTEURS DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE DES JEUNES

5.2

- 1 Conclure avec les institutions responsables de la formation professionnelle des jeunes et de l'apprentissage une convention visant à faciliter et accompagner la mise en place dans chaque région d'un plan d'actions prévoyant notamment des actions de sensibilisation et de formation des professionnels, des programmes de prévention pour les jeunes, l'intégration de ces jeunes dans les dispositifs de repérage précoce et de prise en charge. Evaluer et diffuser en particulier les initiatives existantes, par exemple la consultation avancée CJC dans des centres de formation des apprentis (CSAPA Toulouse).
- 2 Associer les milieux professionnels (chambres de commerce et d'industrie, fédérations professionnelles notamment celles qui recrutent en apprentissage) pour favoriser leur intervention auprès des jeunes en insertion ou en formation, afin de les informer sur les risques des conduites addictives en relation directe avec les métiers et les secteurs professionnels qu'ils souhaitent intégrer.

OBJECTIF 5.3

METTRE EN PLACE DES MESURES CIBLÉES POUR DES SECTEURS OU DES CATÉGORIES PROFESSIONNELLES PARTICULIÈREMENT EXPOSÉS À DES CONDUITES ADDICTIVES

5.3

- 1 En accord avec le ministère du travail et les autres ministères concernés, accompagner les secteurs d'activité identifiés pour la mise en place de plans d'actions.
- 2 Tirer les enseignements de l'expérimentation actuelle menée par l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) dans le cadre des clusters sociaux, ayant pour objectif de réunir les différents acteurs d'un territoire pour prévenir les conduites addictives (entreprises, collectivités locales, services de santé au travail, représentants du personnel, caisses d'assurance retraite et de santé au travail, etc.).
- 3 Favoriser l'intégration de la prévention des conduites addictives dans les négociations au niveau des branches professionnelles – en lien avec la direction générale du travail (DGT) – notamment celles qui regroupent des PME / TPE.

5.4

OBJECTIF 5.4

RÉDUIRE LES ACCIDENTS DU TRAVAIL EN LIEN AVEC LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

- 1 Poursuivre l'exploitation des données de la cohorte Constances pour identifier les accidents du travail en lien avec la consommation de substances psychoactives. Utiliser ces résultats pour adapter les actions de prévention, par un partenariat avec la sécurité routière, les ministères du travail et de la justice et la CNAM.
- 2 Faire mener par la branche AT/MP, en lien avec les acteurs concernés - sécurité routière, Institut français des sciences et technologies des transports, de l'aménagement et des réseaux (IFSTTAR), services de santé au travail, Santé publique France - des expérimentations permettant de mettre en œuvre des actions de prévention ciblées sur des secteurs d'activité, des modes de déplacements particuliers et/ou des populations particulièrement exposées. Ces démarches incluront l'expérimentation d'incitations à la prévention innovantes du risque routier professionnel, dans la limite de la responsabilité de l'employeur.

5.5

OBJECTIF 5.5

ENCOURAGER LES EXPÉRIENCES PERMETTANT DE LUTTER CONTRE LA DÉINSERTION PROFESSIONNELLE EN LIEN AVEC LES CONDUITES ADDICTIVES

- 1 Valoriser des solutions permettant de concilier maintien dans l'emploi et traitement des addictions afin que l'interdiction ne se traduise pas uniquement par une sanction ou un licenciement.

AXE 2

**UNE MEILLEURE
RÉPONSE POUR
LES CITOYENS
ET LA SOCIÉTÉ AUX
CONSÉQUENCES
DES ADDICTIONS**

Si la prévention est essentielle, l'enjeu est également de mieux prendre en charge les conduites addictives, réduire les risques liés aux consommations et prévenir les dommages associés. En particulier, il convient d'améliorer le repérage précoce des personnes ayant une conduite addictive (cf. Objectif 3.3 : Savoir réagir dès les premiers usages problématiques de produits ou d'écrans/jeux) ainsi que leur accompagnement tout au long du parcours de soin et de vie.

Cette exigence implique que non seulement le secteur sanitaire et médico-social spécialisé en addictologie, mais aussi tous les professionnels amenés à accueillir et à prendre en charge des personnes présentant une conduite addictive, interviennent au bon moment et puissent communiquer, dans le cadre d'une organisation repensée en logique de « parcours », afin que chacun puisse contribuer de façon efficace et cohérente à l'accompagnement des personnes⁵⁰.

Le secteur spécialisé en addictologie est rarement le premier point de contact avec le système de santé pour une personne ayant une conduite addictive ; en outre, au regard du niveau de prévalence des conduites addictives et de l'impact de celles-ci sur l'état de santé général, il ne serait pas pertinent de restreindre au seul secteur spécialisé la prise en compte de cette problématique. **Dès lors, la priorité au cours des prochaines années sera de faire des professionnels de premier recours – en premier lieu, les médecins généralistes – les acteurs pivot du repérage et la porte d'entrée des parcours de santé.** La mise à disposition de ressources et référentiels doit également leur permettre de prendre en charge et accompagner directement davantage de patients (hors situations complexes) sans référer au secteur spécialisé.

Quant au secteur sanitaire et médico-social spécialisé en addictologie, il a connu de fortes mutations au cours des dernières décennies, notamment sous l'impulsion de plans ministériels successifs.

Il reste toutefois confronté à une série de défis :

- une faible visibilité de l'offre existante pour le grand public et pour les professionnels non spécialisés ;
- la variabilité des pratiques professionnelles, liée en partie aux qualifications diverses des personnels, mise en évidence dans les synthèses des rapports d'activité établies périodiquement par l'OFDT ainsi que dans des rapports successifs de l'IGAS⁵¹ ;
- la nécessité de diversifier les modalités d'intervention pour être en capacité de s'adapter à la multiplicité des produits et des modes de consommation et de se projeter « hors les murs », directement auprès des personnes nécessitant un accompagnement ;
- un maillage territorial davantage fruit des implantations historiques que d'une adéquation actualisée aux besoins des territoires ;
- la prise de conscience de la pertinence d'une meilleure association ou prise en compte des usagers eux-mêmes ainsi que de l'entourage, en particulier des parents des jeunes patients.

Se pose donc la question de la capacité du secteur, tel qu'il est structuré aujourd'hui, à relever ces défis, alors que les orientations prises dans les nouveaux projets régionaux de santé sont appelés à impulser des recompositions de l'offre, tant dans ce domaine que dans des secteurs connexes.

En parallèle, se développent des modalités de prise en charge, telles que des formes d'accompagnement spécialisé sur la consommation de certains produits, ainsi que de nouvelles pratiques de réduction des risques. La loi de modernisation de notre système de santé a précisé, dans son article 41, le concept de

⁵⁰ Les Addictions, Conseil économique, social et environnemental CESE, Juin 2015.

⁵¹ IGAS, « Evaluation du dispositif médico-social de prise en charge des conduites addictives », février 2014 et IGAS, « L'accès aux outils de réduction des risques et des dommages pour les usagers de drogues », décembre 2017.

réduction des risques et prévu, à l'article 43, l'expérimentation sur six ans de salles dites de consommation à moindre risque (SCMR). Plusieurs villes se sont portées volontaires pour expérimenter ces SCMR. Deux d'entre elles, l'une à Paris et l'autre à Strasbourg, ont ouvert à l'automne 2016. S'il est trop tôt pour établir un bilan précis de cette expérimentation, on observe que ces salles ont trouvé leur public.

Les recommandations sur la prise en charge des personnes infectées par les virus des hépatites (VHB et VHC), ainsi que sur la place des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) du VHC, publiées début 2014, incitent à poursuivre et renforcer les actions et expérimentations entreprises dans ce sens. Il s'agit notamment du dépistage combiné VIH-VHB-VHC par TROD et de recherches portant sur d'autres modalités de dépistage, en particulier par auto-prélèvement sur buvard avec analyse à distance. Les recommandations de prise en charge de l'hépatite C de 2016 préconisent en outre de renouveler le dépistage de l'hépatite C, notamment en médecine générale, tous les ans chez les usagers de drogue et tous les six mois chez les injecteurs actifs, afin de proposer un traitement aux personnes infectées, de réduire les risques de circulation du virus et de renforcer les approches individualisées de RDRD pour éviter les recontaminations. Depuis juin 2016, le traitement de l'hépatite C par les antiviraux d'action directe est pris en charge par l'assurance maladie à 100 % pour les usagers de drogues sans critère de restriction comportementale et quel que soit leur stade de fibrose. Depuis août 2016, les CAARUD et les CSAPA peuvent réaliser des TROD du VHC et du VIH. Un rattrapage vaccinal contre l'hépatite B est également recommandé pour les usagers de drogue.

Les besoins de recherche dans les champs des soins et de la réduction des risques sont traités dans l'axe 4 (cf. Objectif 16.3 : Elargir les connaissances pour mieux réduire les risques et soigner).

La réduction des risques et la prévention des dommages ne revêtent pas uniquement un caractère sanitaire. Ce sont aussi les conséquences sociales sur l'individu qui doivent être prises en compte, afin d'éviter la mise en place d'une spirale d'exclusion – la consommation de produits rendant la participation à la vie sociale difficile (en particulier, trouver et conserver un emploi ou un logement) et la situation d'exclusion rendant la personne plus vulnérable à des addictions.

Les conduites addictives sont également fréquemment présentes dans des actes de délinquance, alimentant là encore une spirale difficile à briser, compte tenu de la forte prévalence des addictions en milieu carcéral. Or, la réponse est aujourd'hui insuffisamment adaptée aux besoins d'accompagnement et/ou de soins pour les usagers de substances psychoactives dont le parcours de vie croise le système judiciaire. Cela résulte en partie d'une méconnaissance par la justice de ce qui peut être utilement attendu des services de santé et à la complexité de certaines situations individuelles nécessitant des approches transdisciplinaires. Dans ce domaine également la recherche, l'innovation et l'évaluation doivent être mobilisées (cf. Objectif 16.4 : Elargir les connaissances dans le champ de la réponse pénale).

Au-delà du parcours de soins, c'est ainsi la consolidation de parcours de vie, par la mobilisation de partenaires extérieurs au secteur spécialisé en addictologie, qui est en jeu.

Enfin, l'intervention de la puissance publique vise à mieux prévenir les conséquences des addictions sur la société, dans la mesure où les conduites addictives sont susceptibles de provoquer des troubles à l'ordre public ou d'entraîner des dommages corporels pour des tiers, en particulier en matière de sécurité routière et de délinquance.

6

PRIORITÉ 6

Construire des parcours de santé à partir d'un premier recours consolidé et d'une offre de soins spécialisée mieux structurée

Compte tenu de la prévalence dans la population générale des risques et des dommages liés en particulier au tabac, à l'alcool et au cannabis, le dispositif de soins de premier recours, articulé à titre principal autour des médecins généralistes⁵², est aujourd'hui encore insuffisamment engagé dans les logiques de repérage précoce et, le cas échéant, de soins pour les personnes consommant ces produits. Ce constat, relevé supra pour les femmes enceintes, est valable plus largement, pour l'ensemble de la population.

Plus précisément, ces professionnels sont encore insuffisamment sensibilisés et formés pour pouvoir proposer à leurs patients une réponse adaptée, en termes de repérage des usages à risque, d'évaluation de l'ensemble des consommations, de motivation au changement, de réduction des risques et de dépistage systématique des comorbidités infectieuses (VIH, VHC et VHB), d'engagement dans le soin ainsi que d'orientation, le cas échéant⁵³.

Le ministère chargé de la santé et la Haute Autorité de santé promeuvent pourtant le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB)⁵⁴, notamment en matière d'alcool, dès lors que l'efficacité des interventions brèves reposant sur une approche motivationnelle a été établie au plan international⁵⁵. Cette approche n'est toutefois pas déployée à ce jour à hauteur des enjeux. La difficulté des professionnels de santé à aborder les problèmes d'alcoolisation est relevée depuis plusieurs années, dans plusieurs travaux ; elle apparaît liée en partie à leurs représentations, voire à leur propre consommation⁵⁶. Elle peut aussi tenir à la réticence de s'engager dans une consultation longue ; à cet égard, outre une meilleure utilisation de l'opportunité ouverte par la rémunération de consultations de prévention, il semble intéressant de renforcer la diffusion auprès des patients, en amont ou en aval des consultations, des outils d'auto-évaluation des consommations⁵⁷.

52 Le rôle des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens ainsi que celui des médecins du travail sont évoqués dans l'axe 1.

53 HAS (SRP) / Recommandations de la commission d'audition / Mai 2007 Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins.

54 https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2011726/fr/alcool-cannabis-tabac-chez-l-adulte-outil-pour-aider-au-reperage-precoce et https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1714809/fr/sevrage-tabagique-des-outils-pour-reperer-et-accompagner-les-patients.

55 Beich A., Thorsen T., Rollnick S. "Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis". *British Medical Journal*, 2003.

56 « Alcoolisation à risque chez des étudiants en médecine parisiens », D.Duroya, P.Iglesias, F.Perquier N.Brahima M.Lejoyeux, 2016, l'Encéphale.

57 A titre d'illustration, on peut mentionner l'expérimentation de l'application RICAON, menée par le CHU de Nantes, visant à expérimenter l'utilisation d'un outil numérique par un intervenant de première ligne pour repérer précocement les consommations à risque ; ou celle de la mise en place par le CRES PACA du site « en patientant » consultable sur bornes et tablettes dans les salles d'attente de trois maisons de santé (Tourves, Dignes-les-Bains et Nice) pour sensibiliser les patients à l'importance de la prévention, leur faire prendre conscience d'un besoin personnel et les aider à en parler avec les soignants.

S'agissant des patients présentant une dépendance aux opiacés, une étude montre que 80 % d'entre eux sont suivis par 5 % des médecins généralistes et que l'âge moyen de ces derniers est particulièrement élevé, faisant craindre, à moyen terme un important problème de prise en charge⁵⁸. Ce constat est aggravé par une diffusion en hausse de l'héroïne dans certaines régions et le risque de survenue d'une véritable crise liée aux opioïdes de synthèse, contre lesquels le suivi de ces patients, associé à la qualité de la prescription de médicaments de substitution aux opiacés, reste essentiel.

Favoriser le travail en équipe pluridisciplinaire

L'évaluation de la performance des maisons de santé pluriprofessionnelles, pôles et centres de santé menée par l'IRDES entre 2009 et 2012⁵⁹ n'a pas identifié de pratiques professionnelles nouvelles dans le domaine des conduites addictives.

Toutefois, par la définition d'un projet de santé et leurs modalités spécifiques de travail - partage d'expérience, complémentarité des approches et insertion des professionnels de santé partenaires au sein de la maison de santé dans un tissu sanitaire, médico-social et social-, ces structures d'exercice coordonné des soins de premier recours (maisons de santé pluriprofessionnelles, centres de santé) sont davantage en capacité de repérer les consommations à risque et d'accompagner leurs patients.

Les microstructures semblent également favoriser la pratique de repérage des consommations de substances psychoactives ; 42 microstructures, organisées en réseaux, sont actuellement déployées sur le territoire. Il s'agit d'une équipe pluriprofessionnelle, constituée d'un psychologue et d'un travailleur social, intervenant au cabinet même du médecin généraliste. Les professionnels de la microstructure travaillent également en partenariat avec l'hôpital et le secteur médicosocial. Ce suivi médico-psycho-social de proximité peut être plus adapté aux situations souvent complexes de certains patients du cabinet confrontés à la précarité et dont les addictions sont associées à d'autres pathologies (troubles psychiatriques, hépatites...).

Entre 2007 et 2014, à l'initiative du réseau national des microstructures, plusieurs études de validation, internes ou externes de la pertinence ou de l'impact positif des microstructures ont été menées⁶⁰. Une recherche action sur les conditions de transférabilité notamment des expériences du Grand Est à d'autres régions est en cours ; le référentiel qui sera produit dans ce cadre devrait permettre de faciliter la création de microstructures dans d'autres territoires, en fonction des besoins identifiés par les ARS.

Développer la formation des professionnels de santé

La majorité des médecins en fin de cursus de formation de médecine générale ne semble pas en mesure de repérer et de prendre en charge de manière adéquate un fumeur et / ou un patient ayant des consommations à risque ou problématiques d'alcool. En outre, les risques liés à la prescription de médicaments générateurs de conduites addictives, tels que les psychotropes, incluant les benzodiazépines et les antalgiques opiacés, ne sont pas suffisamment connus.

58 Augé-Caumont M.J. et al, Etat des lieux de la prise en charge en ville des patients souffrant d'addiction aux opioïdes.

59 L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012 Les rapports de l'IRDES n° 559 décembre 2014

60 Mesure comparée de l'efficacité des microstructures versus les cabinets de médecine générale (OFDT-2008), dépistage et accès au traitement des patients usagers de drogues atteints par le virus de l'hépatite C (2009), caractéristiques des patients inclus au réseau RMS Alsace, issus des microstructures implantées en milieu rural (2010), comportement des patients et des médecins devant la vaccination antivirale B (BEH-2011), enquête de satisfaction des usagers des microstructures (2013), image de l'ensemble des patients suivis par les réseaux en 2010 et 2014 (2016), pratique du fibroscan en réseau microstructures et en CSSRA (2016),

Les compétences en addictologie des médecins généralistes peuvent être renforcées ; il existe manifestement une insuffisance de formation initiale sur le sujet. En outre, il apparaît qu'une amélioration de la formation initiale permet une amélioration des pratiques⁶¹. L'autonomie des universités et la disparité des formations nécessitent un travail de mobilisation en vue de garantir un socle minimal de formation et d'acquisition de compétences sur les conduites addictives.

La mise en place d'un service sanitaire pour les étudiants en santé, à compter de l'automne 2018, vise à ce que ceux-ci s'approprient les enjeux et les outils de prévention qui vont leur servir dans leur vie professionnelle au quotidien, tout au long de leur exercice.

Par ailleurs, dans le cadre de la réforme du 3^e cycle des études de médecine, en cours depuis la rentrée 2017, est mise en place une formation spécialisée transversale (FST) d'addictologie pouvant être suivie dans le cadre des cursus des différentes spécialités (y compris de médecine générale) ; elle devient la formation qualifiante pour devenir médecin addictologue et se substitue progressivement aux anciennes formations non qualifiantes, type DESC ou capacités. Il conviendra de veiller à l'opérationnalité de la réforme en ce qui concerne la médecine générale.

Le développement professionnel continu (DPC) des professionnels de santé est maintenant une obligation quel que soit le mode d'exercice. Les conditions de prise en compte des conduites addictives dans ce processus doivent être travaillées avec le collège national professionnel de chaque spécialité, en lien avec l'agence nationale du DPC et la Haute Autorité de santé.

Dans ce contexte, les outils de formation en e-learning paraissent une opportunité à développer. A titre d'illustration, on peut citer des initiatives telles que les tutoriels « Addictutos », les MOOC « comprendre les addictions », les « DU d'addictologie en e-learning », les congrès d'addictologie en e-learning, l'université numérique en santé (UNESS) ou le site « Intervenir Addictions ».

Structurer et rendre visible l'offre de soins sur chaque territoire

Malgré des efforts importants entrepris au cours des dernières années, les articulations entre l'offre de premier recours et les dispositifs spécialisés ne garantissent pas encore la fluidité et la qualité nécessaires aux parcours de santé des usagers. Le dispositif spécialisé dans ses différentes composantes (libéral, médico-social, hospitalier) demeure souvent peu lisible sur les territoires tant pour les partenaires que pour les acteurs extérieurs au monde de la santé, les consommateurs et leur entourage.

Le rapport IGAS de 2014 interrogeait notamment la pertinence du maintien d'un statut double au sein du secteur médico-social ; il préconisait des rapprochements fonctionnels entre CSAPA et CAARUD sur la base du volontariat, appelés à être évalués, avant d'envisager, le cas échéant, une fusion statutaire. La présence concomitante de CSAPA intra-hospitaliers et de consultations sanitaires d'addictologie pourrait également être examinée.

L'articulation avec la psychiatrie n'est pas encore assez organisée et les parcours des personnes varient beaucoup selon que leur porte d'entrée est un service d'addictologie ou un service de psychiatrie.

Dans un objectif de cohérence des parcours et de plus grande lisibilité, les projets régionaux de santé pilotés par les ARS doivent permettre d'organiser, dans la proximité, la bonne articulation :

61 Djengué A. et al, L'alcoolologie et les futurs médecins généralistes français. Evaluation des connaissances, des pratiques et de la formation reçue <http://www.cairn.info/revue-psychotropes-2017-1-page-89.htm>

- d'une part, entre les professionnels du premiers recours, les spécialistes de l'addictologie et les professionnels des autres disciplines qui sont amenés à délivrer des soins aux personnes concernées (infectiologie, psychiatrie, obstétrique, algologie, traumatologie, etc.). Cette structuration pourra prendre appui sur le développement de communautés professionnelles territoriales de santé⁶² ;
- d'autre part, avec les établissements et services sociaux et médico-sociaux non spécialisés en addictologie, intervenant auprès de divers publics (personnes handicapées, personnes âgées, personnes en difficulté sociale)⁶³.

Cette organisation de l'offre de service addictologique nationale et territoriale permettra de renforcer la cohérence et la fluidité des parcours pour les patients, avec un accompagnement et des soins adaptés, personnalisés et de qualité (offre ambulatoire et résidentielle, présentielle ou d'aides à distance, etc). Elle devra s'accompagner d'indications sur un « panier de services », concrétisant la transversalité du parcours de santé en addictologie. Une vigilance particulière devra être portée à la bonne articulation avec les projets territoriaux de santé mentale⁶⁴.

Cette évolution devra intégrer les efforts entrepris de façon plus générale pour **consolider la place de l'utilisateur** qui visent notamment à développer la formation de patients experts, **défendre les droits des usagers d'alcool, de tabac et de drogues illicites et améliorer l'exercice effectif de la démocratie sanitaire.**

Une révision de la circulaire n° DHOS/O2/2008/299 relative à la filière de soins en addictologie, selon une logique de « parcours », plus que de filière, incluant le secteur médico-social et les soins de suite permettrait de faciliter l'organisation de l'offre addictologique, en articulation avec le premier recours, le secteur psychiatrique et le secteur social.

Il conviendra, enfin, de veiller à ce que les services et établissements spécialisés en addictologie soient bien pris en compte dans les différentes réformes en cours concernant le développement du dossier médical partagé et de la messagerie sécurisée, l'expérimentation des prescriptions électroniques ainsi que la cartographie de l'offre de santé.

Améliorer l'offre spécialisée et renforcer l'appropriation des bonnes pratiques professionnelles

Le déploiement de services ou dispositifs spécialisés sur l'ensemble du territoire ou encore le renforcement de leurs moyens ne peuvent, à eux seuls, permettre d'atteindre toute l'efficacité escomptée, sans une appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Ainsi, malgré des évolutions notables ces dernières années, l'évaluation multidimensionnelle des caractéristiques et des besoins des personnes concernées n'est pas généralisée et les modalités d'accompagnement des patients demeurent très inégales selon les structures ou services qui les reçoivent. Il en est de même du développement des partenariats entre professionnels.

62 Article 65 de la Loi de modernisation de notre système de santé modifiant les articles L. 1434-12 et L. 1434-13 du code de la santé publique

63 ANESM lettre de cadrage pour le programme « Prévention des conduites addictives et réduction des risques et des dommages liés aux addictions » et en particulier son volet « La prise en compte des conduites addictives au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) », Juin 2016.

64 Décret n°2017-1200 du 27 juillet 2017 : « I- Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l'organisation des conditions du repérage précoce des troubles psychiques, de l'élaboration d'un diagnostic et de l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux, conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles (...) II- Le projet territorial de santé mentale prend en compte cette priorité en apportant des réponses aux problématiques des populations à risques spécifiques telles que les enfants, adolescents, personnes âgées, personnes en situation de handicap, personnes placées sous main de justice, personnes en situation de précarité, personnes ayant des conduites addictives, victimes de psycho-traumatisme, familles nécessitant un accompagnement à la parentalité, et personnes isolées. »

Ceci témoigne, entre autres, d'une insuffisante élaboration et mise à disposition de référentiels de bonnes pratiques professionnelles ou cliniques.

Pourtant, quelques évolutions engagées récemment témoignent de la capacité de transformation du secteur. Ainsi, face à l'évolution des consommations de substances psychoactives constatées chez les jeunes, et conformément aux recommandations de l'expertise collective Inserm⁶⁵, l'intervention précoce en addictologie, qui s'inscrit dans un continuum entre la prévention et le soin, a été intégrée dans les pratiques des CJC. Mission des CSAPA centrée sur les conduites addictives chez l'adolescent, les CJC sont désormais des structures de l'intervention précoce en addictologie et constituent les relais de tous les dispositifs qui accueillent des jeunes.

L'extension de cette démarche sur l'ensemble du territoire devra être poursuivie pour améliorer le repérage des jeunes usagers qui n'ont pas identifié par eux-mêmes les difficultés liées à leur consommation. La mesure du plan priorité prévention visant à doter les CJC de moyens supplémentaires afin de renforcer leur capacité à travailler en lien avec les établissements scolaires doit y contribuer.

Les professionnels des CJC seront aussi appelés à poursuivre les initiatives engagées pour modéliser et valider leurs pratiques, afin d'améliorer la qualité de l'offre de services ainsi que sa visibilité pour les intervenants médicaux ou sociaux extérieurs. Le cadre offert par le PAACT – processus d'accompagnement et d'alliance pour le changement thérapeutique- est ainsi appelé à être utilisé par l'ensemble des CJC.

Par ailleurs, la méthode de thérapie familiale dite MDFT (Multidimensionnal Family Therapy) a été expérimentée dans certaines structures avec des résultats encourageants. Fondée sur une approche familiale multidimensionnelle, MDFT s'avère, selon les évaluations disponibles, particulièrement efficace pour les situations les plus complexes (mineurs de moins de 15 ans, jeunes consommateurs dépendants au cannabis, jeunes présentant en outre des troubles psychiatriques ou des troubles du comportement). Afin de permettre l'orientation de ces situations, il conviendra de poursuivre l'accompagnement à la méthode MDFT dans les régions qui ne bénéficient pas d'une équipe d'addictologie formée à cette approche.

Ces pratiques professionnelles peuvent aussi être appréhendées par les secteurs sanitaire et social partenaires de celui de l'addictologie – notamment dans les structures relevant de la protection judiciaire de la jeunesse ou de l'aide sociale à l'enfance –, dans la mesure où ce type d'approche familiale semble avoir plus largement des effets bénéfiques pour la prise en charge des jeunes qui en relèvent.

Enfin, ce sont aussi des expériences de prises en charge, telles que celles portées par la Fondation santé des Etudiants de France, qui pourraient être développées. Elles s'inscrivent en effet dans une approche globale et intersectorielle, grâce à un partenariat renforcé avec l'Education nationale, qui a permis de développer des compétences en matière de soin et de réinsertion des élèves en grande difficulté psychique et scolaire et de coupler ainsi reprise scolaire et soins. Le dispositif soin-étude permet de dessiner un parcours en adéquation avec les capacités que les conduites addictives avaient altérées et ainsi éviter la chronicisation et la perte de chance. Les modalités de prise en charge concernent à la fois les patients et leurs familles, par un dépistage précoce et un premier niveau de prise en charge en ambulatoire ou par un accompagnement en hospitalisation.

65 Inserm 2014 Expertise collective sur les conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement

Favoriser l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de handicap

Si la prévalence des consommations chez les personnes en situation de handicap est mal connue, les multiples difficultés liées au handicap (isolement, stigmatisation, difficultés d'insertion sociale, professionnelle, etc.) représentent un facteur de vulnérabilité, favorisant le développement de conduites addictives. En outre, il existe un lien entre les troubles du neuro-développement liés à l'exposition pendant la grossesse à l'alcool, avec les handicaps qui en résultent, et les risques de troubles ultérieurs de l'usage de certaines substances psychoactives.

Un rapport de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM)⁶⁶ indique que **les médecins informent rarement les personnes en situation de handicap des risques associés à la consommation d'alcool ou de tabac**. Par ailleurs, l'enquête Baromètre Santé Sourds et Malentendants 2011-2012 met en évidence l'inefficacité des messages et interventions de prévention pour les personnes en situation de handicap souffrant de conduites addictives, concernant l'abus d'alcool en particulier.

Les professionnels du champ du handicap, les aidants et les familles se sentent parfois démunis pour accompagner une personne en situation de handicap qui a un usage problématique. Différents travaux ont ainsi montré que, pour les personnes en situation de handicap, et ce quelle que soit la nature de ce handicap, les obstacles à l'accès aux soins courants et aux soins préventifs étaient encore multiples et complexes (HAS 2011 et IRDES n° 560 - Juin 2015).

Une publication récente⁶⁷ met en lumière les enjeux spécifiques liés à la consommation de substances psychoactives par des personnes présentant un handicap mental ainsi que la difficulté de leur proposer des actions de prévention et de prise en charge adaptées à leurs besoins. Cette situation semble de nature à renforcer leur exclusion sociale, voire à mener vers des actes de délinquance, ce qui conduit à leur sur-représentation dans le système judiciaire.

66 ANESM (agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux)

http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Analyse_Litterature_Juillet_2013.pdf

67 Kiewik M. et al., Addiction, Letter to the Editor, 2017

6.1

OBJECTIF 6.1

SYSTÉMATISER ET RENFORCER LE REPÉRAGE DES CONDUITES ADDICTIVES

- 1 Former les professionnels de premier recours au repérage précoce et à l'intervention brève (RPIB) ; renforcer la diffusion de son usage sur l'ensemble du territoire, en lien avec l'assurance maladie, par les vecteurs d'information (notamment campagnes de visites des délégués de l'assurance maladie) et les outils incitatifs adaptés (notamment via la rémunération sur objectifs de santé publique⁶⁸).
- 2 Développer le recours aux outils d'auto-évaluation, en particulier sur support numérique, pour les patients en pré ou en post consultation de premier recours.
- 3 S'assurer de la pratique systématique du RPIB au sein des centres d'examen de santé de la sécurité sociale, à l'occasion des examens périodiques de santé, et développer les partenariats locaux avec les services addictologiques pour favoriser les relais lorsque nécessaire (en particulier pour les jeunes).

6.2

OBJECTIF 6.2

RENFORCER L'IMPLICATION DES PROFESSIONNELS DE PREMIER RECOURS DANS L'ACCOMPAGNEMENT DES PATIENTS PRÉSENTANT DES ADDICTIONS

- 1 Renforcer la formation initiale et continue des professionnels de santé sur la thématique des conduites addictives ainsi que sur les approches motivationnelles. Soutenir le développement de formations pluri professionnelles territorialisées dans le cadre du DPC. Porter une attention particulière à la formation concernant la prescription d'antalgiques opiacés ainsi que la prise en charge des patients dépendants aux opiacés.
- 2 Promouvoir le dépistage du VIH, VHC et VHB par les professionnels de premier recours, la répétition du dépistage VIH et VHC tous les ans ou six mois pour les injecteurs actifs et le rattrapage vaccinal contre le VHB.
- 3 Sous la responsabilité des ARS, promouvoir :
 - le travail en réseau des professionnels (médecins généralistes, pharmaciens, infirmiers...) ;
 - l'inscription dans les projets de l'ensemble des organisations de soins de premier recours (maisons de santé pluridisciplinaires, équipes de soins primaires, communautés professionnelles territoriales de santé...) de la prise en charge des addictions, de la réduction des risques et des dommages et de la coordination des soins avec les dispositifs et services spécialisés en addictologie ;
 - le déploiement sur le territoire de nouvelles microstructures.

68 La rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) contient désormais deux indicateurs relatifs à la prévention des conduites addictives, l'un relatif au tabac (part des patients MT tabagiques ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier ; déclaratif, objectif cible >75%), l'autre à l'alcool (part des patients MT consommateurs excessifs d'alcool ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier ; déclaratif, objectif cible > 75%).

OBJECTIF 6.3

6.3

DÉVELOPPER LES RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES EN ADDICTOLOGIE ET EN FAVORISER L'APPROPRIATION

- 1 Programmer en partenariat avec la HAS la poursuite de l'actualisation et/ou de l'élaboration de référentiels d'intervention en addictologie⁶⁹. Adapter les outils de repérage aux nouveaux repères de consommation d'alcool.
- 2 S'assurer de leur diffusion et de leur appropriation auprès de l'ensemble des professionnels concernés, spécialisés en addictologie ou intervenant auprès de personnes souffrant d'une addiction.
- 3 Favoriser l'appropriation de l'approche PAACT à l'ensemble des CJC.

OBJECTIF 6.4

6.4

RÉNOVER LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

- 1 Promouvoir les approches et pratiques professionnelles qui prennent en compte de façon systématique les objectifs de réduction des risques et des dommages, dans une approche intégrée des risques (individuels, familiaux ou judiciaires) en s'appuyant sur l'expertise, le savoir et le vécu des usagers. Cette démarche doit également concerner les acteurs des secteurs social et médico-social pour une prise en compte adaptée du tabac et de l'alcool.
- 2 Concevoir de nouvelles modalités d'intervention « hors les murs » pour atteindre les personnes qui n'accèdent pas spontanément aux services, au regard de la diversité des publics, des pratiques et des environnements de consommation (équipes mobiles auprès d'autres services, maraudes...).
- 3 Développer la formation de pairs aidants et des patients experts et leur intégration dans les équipes d'addictologie.
- 4 Développer l'offre de prévention par l'aide à distance (outil d'aide à la réduction de la consommation de cannabis, ligne d'accompagnement, alcoomètre...).

⁶⁹ HAS - Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins - Recommandations de la commission d'audit, mai 2007 ; HAS - Prise en charge des consommateurs de cocaïne - Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, février 2010 ; ANESM - La réduction des risques et des dommages dans les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD), octobre 2017.

6.5

OBJECTIF 6.5

STRUCTURER LES PARCOURS DE SANTÉ EN ADDICTOLOGIE

- 1 Réviser la circulaire n° DHOS/O2/2008/299 relative à la filière de soins en addictologie, selon une logique « parcours », incluant le secteur médico-social et les soins de premier recours. Sur cette base, structurer, dans chaque région, l'offre de services en addictologie (libérale, médicosociale, hospitalière) et poursuivre (voir aussi plan priorité prévention) le renforcement des équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA).
- 2 Favoriser l'évolution des structures en inscrivant les orientations nécessaires dans des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, tant dans le champ médico-social que sanitaire.
- 3 Systématiser l'intégration de la problématique des conduites addictives dans les parcours de santé élaborés pour les patients avec des pathologies chroniques (cancers, hépatite C, pathologie psychiatrique...).

6.6

OBJECTIF 6.6

RENDRE LES PARCOURS DE SANTÉ ACCESSIBLES AUX PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

- 1 Elaborer les programmes de prévention, de repérage et d'accompagnement des addictions sur un mode « inclusif », c'est à dire accessibles à tous.
- 2 Développer des outils adaptés pour répondre à des besoins particuliers (langue des signes, braille, version audio, etc.) et en assurer une large diffusion tant auprès des publics que des aidants naturels ou des professionnels en contact avec les personnes en situation de handicap ; utiliser notamment comme support les documents liés aux démarches administratives.
- 3 En partenariat avec les maisons départementales pour les personnes handicapées (MDPH), améliorer la connaissance des personnes en situation de handicap, des aidants naturels et des familles, sur les structures et services intervenant dans le champ de l'addictologie.
- 4 Adapter la prévention des conduites addictives (cf. Priorité 3 : Faire grandir nos enfants dans un environnement protecteur) aux enfants vivant avec un handicap accueillis en classe ordinaire ou en structure spécialisée ; intégrer les auxiliaires de vie scolaire (AVS) dans les actions de prévention.

- 5 Développer, en lien avec la HAS, la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et les autorités de tutelle (ARS et conseils départementaux), des référentiels relatifs à la prévention et promotion de la santé dans tous les projets d'établissements et services médicosociaux pour personnes handicapées, prenant en compte les usages et les risques liées aux conduites addictives.

- 6 Mobiliser les professionnels de santé de premier recours pour qu'ils abordent la question des consommations avec leurs patients handicapés et développer des compétences dans la filière d'addictologie pour assurer un accompagnement adapté.

- 7 Adapter les pratiques professionnelles des CJC et des MDA à l'accueil de ce public.

7

PRIORITÉ 7

Améliorer l'offre en matière de réduction des risques et des dommages

L'usage problématique de drogues illicites⁷⁰ (hors cannabis) concernerait en France 280 000 personnes (valeur centrale de la fourchette d'estimation : 222 000 - 340 000), soit en moyenne 7,5 usagers pour 1000 habitants. Le nombre de vies perdues chaque année liées aux drogues illicites est estimé à 1600 (surdoses, VIH/ sida, accidents, pathologies chroniques liées au virus de l'hépatite C)⁷¹. L'usage de l'injection concernerait chaque année 105 000 individus et 86 000 chaque mois (prévalences respectives de 2,6 et 2,1 pour 1000).

Depuis 2013, **les décès par surdose**, liés à l'héroïne, aux amphétamines et aux nouveaux produits de synthèse (NPS), mais aussi en partie à des mésusages et des détournements de médicaments, **semblent à la hausse**. Les décès par surdose en France restent toutefois bien moins nombreux que dans certains pays européens⁷².

L'enquête DRAMES rapporte, pour l'année 2016, une hausse des décès directement liés à l'usage abusif de substances psychoactives (médicaments et drogues illicites) de 243 en 2014 à 343 en 2015 et 406 en 2016 ; le cannabis est impliqué dans 30 décès et pour 16 d'entre eux, comme seul produit à l'origine du décès.

Le contexte international invite à une **vigilance extrême au regard de l'épidémie de décès par surdose liés aux opioïdes**, notamment en Amérique du nord. Celle-ci est liée à une diffusion très importante des prescriptions d'opioïdes (oxycodone notamment) à visée antalgique, à laquelle s'est ajoutée l'augmentation de la disponibilité d'opioïdes de synthèse, tel que le fentanyl ou des fentanylloïdes, détournés de leur usage ou fabriqués par des laboratoires clandestins et largement diffusés, notamment via internet. Ces substances sont particulièrement dangereuses, en raison de leurs effets opiacés très puissants. Elles constituent un marché extrêmement lucratif pour les trafiquants, auquel la France et l'Europe, jusqu'alors partiellement épargnées, pourraient être confrontées. **Le risque est d'autant plus marqué que l'on observe aujourd'hui une augmentation de la disponibilité de l'héroïne dans plusieurs régions.**

70 L'usage problématique de drogues illicites est défini par l'OEDT comme la consommation chez les 15-64 ans de drogues par voie intraveineuse ou l'usage régulier d'opiacés, de cocaïne ou d'amphétamines

71 Pierre Kopp, Le coût social des drogues en France OFDT 2015

72 Le nombre de surdose serait 6 à 8 fois plus élevé au Royaume-Uni et 3 à 4 fois plus élevé en Allemagne

Par ailleurs, l'évolution permanente du marché des nouveaux produits de synthèse ainsi que l'utilisation de l'internet caché (dark web) exigent une attention renforcée de tous les acteurs.

La consommation de crack par des usagers très désocialisés, à Paris et dans sa proche banlieue, est une réalité déjà ancienne. Cependant, partout en France, la pratique de « basage » de la cocaïne s'est étendue progressivement, au-delà des usagers relevant du courant alternatif électro initialement seuls concernés, vers des consommateurs de cocaïne socialement mieux insérés, essentiellement visibles par leur recherche de matériel de consommation. L'arrivée de quantités plus importantes de cocaïne sur le sol français, visible dès 2016, pourrait aussi jouer un rôle dans la disponibilité du crack.

Néanmoins, l'Île-de-France est restée, depuis les années 1980, la seule zone géographique comportant un marché organisé du crack en France métropolitaine, renforçant la disponibilité de ce produit. La redistribution des zones de ventes du crack à Paris avec en particulier leur migration sur les quais puis dans les rames du métro, mais aussi à proximité des lieux de vente du Skénan® autour de la gare du Nord, rend plus visible les consommations de crack sur la voie et les lieux publics.

Au-delà des dommages directement attribuables au produit consommé par un usager, des études mettent en évidence que les usagers de drogues sont particulièrement concernés par les infections à VHC. Les données de l'enquête ANRS-Coquelicot 2011-2013 indiquent une prévalence des anticorps (Ac) anti-VHC de 44 % parmi les usagers de drogues et de près de 65 % chez les usagers de drogues par voie injectable (UDI) ayant injecté au moins une fois au cours de la vie⁷³.

Selon l'étude Prévagay 2015 (Santé publique France), parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) fréquentant les lieux de convivialité gay, la prévalence de la séropositivité au VIH est significativement plus élevée chez ceux déclarant avoir consommé au moins un produit psychoactif au cours des 12 derniers mois (35 % vs 16 %). Par ailleurs, 1,6 % des HSH ayant participé à l'étude avait pratiqué le slam dans l'année (injection de produits psychoactifs en contexte sexuel), cette proportion atteignant 3,1 % au cours de la vie⁷⁴.

L'implantation des CAARUD dans les villes de grande taille ne permet pas de répondre à l'ensemble de la demande⁷⁵ et laisse entière la question de l'accès au matériel et aux services de réduction des risques et des dommages pour ceux qui résident en zone rurale ou périurbaine. Le milieu festif techno et free parties, organisateurs d'événements le plus souvent situés en zones très éloignées des CAARUD, justifie par ailleurs des modalités d'approches spécifiques.

Le rapport de l'IGAS de décembre 2017 permet de disposer d'un état des lieux précis et actualisé sur l'accessibilité aux outils et aux services de réduction des risques ; il formule des recommandations utiles à l'amélioration de l'offre de réduction des risques.

73 Weill-Barillet L et al. Hepatitis C virus and HIV seroprevalences, sociodemographic characteristics, behaviors and access to syringes among drug users, a comparison of geographical areas, ANRS-Coquelicot survey, *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2016.

74 OFDT Théma Trend juillet 2017 cite une publication de l'OEDT attirant l'attention sur la pratique du slam comme particulièrement à risque. Plus généralement les pratiques du chem sex sont mal quantifiées mais sont réelles au regard des constats faits par les services de santé en France (Bordeaux, Lyon, Paris, Rennes, Marseille) d'augmentation des recours aux soins de ces publics (infections réitérées, arrivées aux urgences pour des intoxications sévères et/ou des dommages somatiques engendrés par les pratiques sexuelles, décompensations psychiatriques...); ces constats sont corroborés par l'arrivée de nouveaux consultants dans les CAARUD et les CSAPA faisant état de ces pratiques. Sur 17 554 HSH interrogés dans le cadre du « Net Gay Baromètre » en 2013, 12,6 % déclarent avoir consommé au moins une fois une des substances associées au chem sex (cocaïne, MDMA, GHB, kétamine, cathinones) et 1,2 % avoir pratiqué une injection (slam). La brigade des stupéfiants à Paris a investigué en 2015, 21 cas de surdoses mortelles dont 3 liées à l'usage de cathinones en slam.

75 Dans l'enquête ANRS-Coquelicot, 30 % des UD déclaraient avoir eu des difficultés à se procurer du matériel stérile au cours des 6 derniers mois, et 60 % en Seine Saint-Denis.

Les évolutions des consommations, souvent multiples, la diffusion de certaines drogues au-delà des milieux traditionnellement consommateurs, le marché particulièrement dynamique des NPS ainsi que le risque d'une crise des opioïdes appellent à une vigilance particulière pour renforcer la réduction des risques et des dommages⁷⁶. Celle-ci doit évoluer pour être plus réactive, plus souple et plus agile. Elle doit être intégrée à d'autres types d'accompagnements, dans une logique de services plus que de structures.

Enfin, au-delà de l'acceptation traditionnelle du concept de réduction des risques centré sur l'usage de drogues illicites (notamment par voie intraveineuse), **la réduction des risques et des dommages se développe pour d'autres substances psychoactives, notamment l'alcool**. Des expérimentations locales sont conduites en ce sens ; elles doivent être évaluées pour que les bonnes pratiques puissent être diffusées.

7.1

OBJECTIF 7.1

ADAPTER LE CADRE DE RÉFÉRENCE POUR LES ACTEURS DE LA RÉDUCTION DES RISQUES

- 1 Réviser le référentiel national de réduction des risques en direction des usagers de drogue (issu du décret n°2005-347 du 14 avril 2005, actuellement annexe 31-2 du code de santé publique) pour :
 - élargir cette approche à l'ensemble des conduites addictives et prendre en compte la diversification observée des profils d'usagers, des produits consommés ainsi que de l'augmentation de l'accessibilité notamment de la cocaïne, du crack et des NPS ;
 - faire évoluer les modalités d'intervention de type hors les murs en développant notamment une offre de service nationale par voie postale et sur internet.
- 2 Intégrer les modalités d'analyse des produits (précédé d'un bilan de l'existant), d'accompagnement et d'éducation aux risques liés à l'injection ainsi que les modalités d'interventions adaptées au milieu pénitentiaire (cf. Priorité 10 : Diminuer les risques pour les personnes sous main de justice).
- 3 Communiquer davantage auprès des publics concernés (consommateurs et proches) sur l'offre de RDRD.
- 4 Réaliser un bilan des expériences menées en matière de RDRD alcool.

⁷⁶ EMCDDA, Fentanils and synthetic cannabinoids : driving greater complexity into the drug situation. An update from the EU Early Warning System. Juin 2018.

OBJECTIF 7.2

7.2

ADAPTER L'OFFRE AUX BESOINS

- 1 Améliorer le maillage territorial en matière de services de RDRD sur la base d'un état des lieux des besoins et de l'offre existante. En Ile-de-France, s'appuyer sur les travaux du groupe « crack » mené, sous l'égide de la MILDECA au premier trimestre 2018, pour faire évoluer l'offre de RDRD.
- 2 Favoriser au plus près des territoires une approche concertée de réduction des risques et des dommages liés à la consommation d'alcool ou de drogues qui peuvent être associés aux événements festifs en milieu urbain comme en milieu rural.
- 3 Développer l'accès aux matériels et aux services en mobilisant tous les types d'offre (depuis l'échange de matériels, en y associant les pharmaciens et la voie postale, jusqu'aux salles de consommation à moindre risque).
- 4 Développer des approches à distance (outils internet, smartphone, support téléphonique, etc., différents supports de l'assurance maladie) et/ou des offres d'accompagnement collectif (par exemple alcoochoix).
- 5 Intégrer le matériel d'injection des usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI) dans le circuit d'élimination des déchets d'activités de soins à risque infectieux (DASRI).
- 6 Elaborer des stratégies de réponse aux usages problématiques en cours d'extension, notamment la pratique du chemsex.
- 7 Faire évoluer le contenu des trousse de prévention (injection et crack) pour les adapter aux nouveaux enjeux, au meilleur coût.

OBJECTIF 7.3

7.3

POURSUIVRE L'EXPÉRIMENTATION DES SALLES DE CONSOMMATION À MOINDRE RISQUE

- 1 Poursuivre l'adaptation des salles de consommation à moindre risque déjà autorisées pour les renforcer et surmonter les éventuelles difficultés rencontrées, le cas échéant en prévoyant une évolution du cahier des charges national.
- 2 Envisager, pendant la période d'expérimentation, l'ouverture d'autres structures pour répondre à des besoins non couverts (y compris en Ile-de-France, si nécessaire).

7.4

OBJECTIF 7.4

PRÉVENIR LES SURDOSES

- 1 Promouvoir le bon usage des médicaments antalgiques opioïdes afin de prévenir les mésusages et les intoxications.
- 2 Eduquer les usagers et professionnels à la reconnaissance des signes de surdose et à la conduite à tenir.
- 3 Développer la formation et les outils d'accompagnement des professionnels de santé, notamment s'agissant de la mise à disposition de la naloxone et de la prescription et délivrance des MSO.
- 4 Veiller à l'accessibilité physique et économique de la naloxone. Faciliter en particulier la délivrance de la naloxone dite « take home » par des structures spécialisées (CSAPA / CAARUD) et non spécialisées, et développer la formation des professionnels, des intervenants, des usagers concernés et de leurs proches.
- 5 Prévoir des mesures de protection pour les agents susceptibles de manipuler involontairement des produits type fentanyl (douaniers et forces de l'ordre notamment).

PRIORITÉ 8

8

Aller vers les personnes vulnérables

La stratégie nationale de santé (SNS) met l'accent sur l'importance en France des inégalités sociales de santé qui se traduisent par des différentiels d'espérance de vie significatifs entre catégories sociales (les ouvriers ont à 35 ans une espérance de vie inférieure de 6,4 ans en moyenne à celle des cadres supérieurs masculins, cet écart étant de 3,2 ans pour les femmes). Certaines catégories de personnes ont moins recours aux dispositifs sanitaires et sociaux par méconnaissance de leurs droits, de défiance vis-à-vis des institutions ou en raison d'obstacles pratiques, tels que le manque de mobilité ou de domiciliation.

Les conduites addictives concernent de façon inégale les différents groupes sociaux. Ainsi, d'après les données issues du Baromètre santé, entre 2010 et 2016, la fréquence du tabagisme quotidien a augmenté de 35,2 % à 37,5 % dans la tranche des plus bas revenus, alors qu'on constate une baisse de 23,5 à 20,9 % dans la tranche des revenus les plus élevés. L'expérimentation et l'usage occasionnel du cannabis apparaissent plus fréquemment associés à des contextes d'intégration et l'usage régulier est lié à des situations de vulnérabilité sociale. La situation est plus contrastée concernant l'alcoolisation excessive qui concerne à la fois certains groupes favorisés, tels que les femmes cadres par exemple, et certaines classes moins aisées, notamment les hommes vivant au sein de ménages à bas revenus ou les personnes ayant connu des épisodes de précarité. Parmi les personnes prises en charge pour un problème d'alcool dans les CSAPA, le taux d'emploi pour les hommes est de 52% et celui pour les femmes de 50%, alors qu'il est respectivement de 82% et de 74% dans la population générale ; ce phénomène s'est renforcé ces dernières années avec les difficultés d'accès à l'emploi.

Le cumul des difficultés qui peuvent être sociales, éducatives, sanitaires, ou liées aux discriminations, exige de concilier plusieurs logiques d'intervention : santé, logement, mobilité, ressources financières, formation / emploi, environnement familial... Dans ces circonstances, prévenir et prendre en charge les conduites addictives implique d'inscrire cette action dans une démarche globale en direction des publics vulnérables, sans attendre qu'ils ne se présentent d'eux-mêmes à un guichet ou un dispositif de soins. Au-delà du parcours de santé, on appréhende le parcours de vie.

Plusieurs publics prioritaires peuvent ainsi être identifiés :

Les jeunes errants, s'installant parfois dans des modes de vie alternatifs. Ainsi, dans leurs dernières observations⁷⁷, les sites TREND signalent un rapprochement accentué entre un public nomade consommateur des produits emblématiques de la scène festive alternative, qui flirte temporairement avec l'errance urbaine – pour l'été en particulier – et des jeunes plus durablement installés dans la précarité à l'intérieur ou à la périphérie des villes. Autrement dit, une fraction des routards saisonniers plus importante qu'auparavant semble basculer dans un mode de vie organisé en squats ou isolé dans la rue. A ces groupes en situation de précarité, s'agrège parfois un nouveau public affilié à des mouvements anti-autoritaires, installés en squats et peu ou pas usagers de drogues en dehors de l'alcool et du cannabis.

⁷⁷ OFDT, « Substances psycho-actives, usagers et marchés : les tendances récentes (2016-2017) », Tendances, décembre 2017.

Les migrants, avec en particulier une problématique spécifique posée par des mineurs non accompagnés souffrant d'addictions. Ainsi, on note au cours des deux dernières années l'installation dans l'espace public de quelques villes (Paris et Rennes en particulier) de groupes d'enfants parfois très jeunes ou d'adolescents, mineurs non accompagnés, que les services sociaux, de l'aide sociale à l'enfance ou de la PJJ ne parviennent pas à faire adhérer à des prises en charge. Ces jeunes partagent généralement l'expérience d'un long parcours d'errance et d'une vie à la rue déjà dans leur pays d'origine, le plus souvent au Maroc ou en Algérie. Leurs conditions de vie à la rue sont d'une extrême précarité. Exposés aux violences de la rue (prostitution, agressions sexuelles, exploitation...), ils peuvent eux-mêmes être menaçants et connaissent un état de santé très dégradé sur tous les plans. Les consommations de substances psychotropes en groupe apparaissent très visibles, avec des conduites d'abus particulièrement marquées chez les plus jeunes (usages de colle néoprène ou de solvants équivalents, inhalés « la tête dans le sac », toute la journée jusqu'à la rupture du stock. L'alcool et le cannabis sont également très présents. Les effets de ces consommations (désorientation, agressivité...) limitent la communication, déjà très difficile, avec les intervenants sociaux. Les produits sont financés par des actes délictueux (vols à l'arraché, agressions, deals) et probablement, à Paris du moins, par la prostitution.

Les personnes sans abri, vivant dans des conditions généralement de très grande précarité. Dans son étude publiée en décembre 2017, l'OFDT fait état de la grande vulnérabilité des publics d'usagers présents dans l'espace urbain, décrite par des observateurs ethnographiques et les intervenants mobilisés auprès de ces populations. La part des usagers fréquentant les CAARUD qui affichent des niveaux de précarité sociale très importants demeure élevée. La description des profils des personnes accueillies dans les salles de consommation à moindre risque de Paris et de Strasbourg corrobore ces données⁷⁸. Outre la faiblesse des ressources et les difficultés d'accès à l'emploi et aux droits sociaux de ces usagers, le caractère alarmant de l'état de santé de ces usagers est rapporté sur l'ensemble du territoire, incluant des pathologies lourdes aussi bien au plan somatique que psychiatrique. La crise de l'hébergement d'urgence est décrite comme engendrant une « concurrence des misères » au sein de laquelle les usagers de drogues sans abri ne sont pas prioritaires pour l'obtention d'un hébergement ou d'un logement.

Les personnes souffrant de graves troubles psychiatriques. La comorbidité addictive chez des patients psychotiques concerne 19 % des patients de la cohorte de patients schizophrènes en soins à Lyon, Lille et Marseille (données issues du suivi de la cohorte européenne Schizophrénia) avec 14 % d'addiction alcool et 7 % drogues. Ainsi, pour ces patients ayant des troubles psychotiques, comme pour ceux ayant des problèmes d'addiction et présentant une comorbidité psychiatrique, les modalités de prise en charge, plus complexes, doivent parfois faire appel à une clinique spécifique. De plus, l'articulation entre l'addictologie et la psychiatrie n'étant pas toujours harmonieuse, les parcours de soins sont variables selon la porte d'entrée empruntée par les patients, avec un risque de perte de chance si les deux troubles ne sont pas soignés de manière intégrée ou a minima en parallèle.

Les données épidémiologiques citées plus haut, déjà importantes, ne prennent pas en compte la consommation de tabac dont les équipes de santé mentale se préoccupent relativement peu alors même que celle de leurs patients est plus importante que dans la population générale et qu'elle a des conséquences importantes en termes de mortalité prématurée évitable et de qualité de vie.

Enfin, il existe une abondante littérature scientifique sur les interactions entre substances psychoactives et les médicaments antipsychotiques qui rendent nécessaire de s'intéresser à celles-ci pour atteindre les objectifs d'efficacité thérapeutique et de qualité de vie des personnes concernées.

⁷⁸ A titre d'illustration, parmi les personnes accueillies dans la SCMR de Strasbourg au 31 juillet 2017, 21 % étaient sans ressources, 35 % en logement précaire ou SDF ; 16 % n'avaient aucun suivi médical antérieur et 23 % avaient une sérologie positive pour l'hépatite C.

Proposer une prévention qui soit accessible à tous

Les publics vulnérables, éloignés du système administratif et de soins et / ou confrontés à des barrières linguistiques, culturelles ou de mobilité ont des difficultés d'accès aux dispositifs de prévention, rappelées dans la stratégie nationale de santé.

Ces constats nécessitent de **prévoir systématiquement des programmes de prévention, de repérage et d'accompagnement inclusifs**, c'est-à-dire d'emblée accessibles à tous.

Inscrire la lutte contre les conduites addictives dans les projets des établissements sociaux et médico-sociaux

Les acteurs du secteur de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion ne prennent pas encore suffisamment en compte les conduites addictives des personnes accompagnées, notamment la dépendance tabagique.

Favoriser directement l'insertion sociale et / ou professionnelle des personnes en situation à la fois de précarité et de dépendance à des substances psychoactives (sans exiger au préalable le sevrage)

Lorsque les personnes vivant en milieu défavorisé ont durablement des usages problématiques de substances psychoactives, il s'ensuit une détérioration rapide de leurs conditions de vie, avec une perte possible d'emploi ou de logement. De même, parmi les personnes déjà en situation d'errance, une polyconsommation associant l'alcool et d'autres substances psychoactives aggrave encore leur vulnérabilité⁷⁹.

Dans ces circonstances, l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies met en évidence que **la réinsertion sociale et professionnelle représente un volet essentiel des stratégies globales de lutte contre les conduites addictives**⁸⁰. Les politiques publiques efficaces en la matière sont celles qui visent la réinsertion sociale et professionnelle des usagers et qui agissent pour faciliter l'accès à l'emploi et au logement. Elles impliquent de mieux former et sensibiliser les professionnels de l'accueil et du soin aux problématiques sociales, professionnelles et sanitaires liées aux situations de précarité et de fluidifier les parcours des personnes, entre les différents professionnels et services.

Des efforts ont été déployés ces dernières années pour encourager des programmes particulièrement adaptés à la situation des usagers de drogues :

- Le programme « Un chez soi d'abord »⁸¹ propose à des personnes en situation d'errance et souffrant de troubles psychiques sévères et d'addictions d'accéder à un logement ordinaire directement depuis la rue, au sein duquel ils recevront un accompagnement soutenu par une équipe médico-sociale pluridisciplinaire ; 80 % des personnes engagées dans le programme souffrent d'une addiction ;

79 ROCHERE (de la) B. « La santé des sans-domiciles usagers des services d'aide ». Insee Première, avril 2003, n° 893. HCSP, Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité, Décembre 2009 MRIE, Dossier annuel 2011, Pauvretés, précarités, exclusions, Lyon, Juin 2011, p. 71.

80 Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment EMCDDA, Lisbon, October 2012

81 Généralisation de l'expérimentation, conduite depuis 2011 par la DIHAL dans quatre agglomérations (Paris, Lille, Marseille et Toulouse) par le décret n°2016-1940 du 28 décembre 2016 relatif aux dispositifs d'appartements de coordination thérapeutique « un chez soi d'abord ».

- Le dispositif « TAPAJ » (Travail alternatif payé à la journée) s'appuie sur un accès direct à l'emploi pour des jeunes usagers de drogues en errance ou issus de quartiers politique de la ville, sans condition préalable d'arrêt des consommations ; il constitue une mesure transitoire adaptée à la situation particulière de ces jeunes, leur permettant d'accéder ensuite au marché du travail classique et de construire un projet de vie.

Sur la base de tels dispositifs, ou d'autres expériences ayant montré leur efficacité et qui devront être diffusées, il s'agira de bâtir des programmes fondés sur une prise en charge globale, sanitaire, sociale et professionnelle des usagers. Ces programmes nécessitent, au niveau territorial, la mise en œuvre de synergies et de partenariats entre les structures de l'addictologie, les entreprises, les collectivités locales, les acteurs de l'emploi et de la formation (service public de l'emploi, structures d'insertion par l'activité économique, organismes de formation...) ainsi que les partenaires du logement et de l'hébergement.

La vie des personnes cumulant les vulnérabilités est plus fréquemment que pour d'autres marquée par des parcours judiciaires, le cas échéant des incarcérations. Les objectifs déclinés ci-dessous sont aussi appelés à être déclinés pour les personnes placées sous main de justice ainsi que les personnes sortant de prison.

8.1

OBJECTIF 8.1

PRÉVOIR DES RÉPONSES ACCESSIBLES

- 1 Elaborer les programmes de prévention, de repérage et d'accompagnement des addictions sur un mode « inclusif », c'est à dire accessibles à tous.
- 2 Développer des outils et des modalités d'intervention (par exemple, médiation sociale, possibilité d'interprétariat) adaptés pour répondre à des besoins particuliers des publics les plus en difficulté ; utiliser notamment comme support les documents liés aux démarches administratives.

OBJECTIF 8.2

8.2

FAVORISER LA RÉINSERTION DES PERSONNES DANS LE CADRE D'UN PARCOURS DE VIE

- 1 Faciliter le décloisonnement et les liens entre les acteurs médicaux et médico-sociaux et les acteurs de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion. **(mesure SNS)**
- 2 Repérer les situations de non recours et éviter les ruptures de parcours par la médiation sanitaire, en développant les structures type permanence d'accès aux soins de santé (PASS), en s'appuyant sur les plateformes d'accès aux soins de caisses primaires d'assurance maladie et en organisant la continuité de prise en charge en sortie d'hospitalisation. **(mesure SNS)**
- 3 Apporter des solutions complémentaires aux publics les plus vulnérables, dont l'accès à la domiciliation et à l'interprétariat (préalable à l'accès aux droits), l'accès à l'information sur les lieux de soins et le développement de solutions innovantes associant approches sociales et sanitaires (lits halte soins santé et de lits d'accueil médicalisés). **(mesure SNS)**
- 4 Concevoir, pour le secteur spécialisé en addictologie, de nouvelles modalités d'intervention « hors les murs » pour atteindre la diversité des publics, des pratiques et des environnements de consommation (équipes mobiles auprès d'autres services, maraudes..., en s'appuyant sur l'expertise, le savoir et le vécu des usagers) (cf. Objectif 6.4 : Rénover les pratiques professionnelles).
- 5 Promouvoir et développer le programme TAPAJ pour les jeunes qui sont en errance, en grande précarité ou dans les quartiers politique de la ville, en partenariat avec le comité interministériel de prévention de la délinquance et de la radicalisation (CIPDR).
- 6 Développer un partenariat entre les acteurs promouvant une approche « emploi d'abord » et « logement d'abord », notamment entre les dispositifs TAPAJ et « un chez soi d'abord ».
- 7 Expérimenter des dispositifs spécifiques pour l'accompagnement des mineurs non accompagnés souffrant d'addictions.

9

PRIORITÉ 9

Renforcer l'efficacité de la réponse judiciaire à la délinquance en lien avec les addictions

Les substances psychoactives, licites ou illicites, occupent une place centrale dans la délinquance en France. Aussi **les affaires en lien avec les stupéfiants (usage, trafic, conduite de véhicule après usage) représentent-elles 10 % des procédures avec auteur identifié traitées par les parquets**⁸². Par ailleurs, 93 515 condamnations pour conduite en état alcoolique ont été prononcées en 2015, ce qui place ce délit au premier rang des contentieux traités par les tribunaux correctionnels⁸³.

Améliorer la réponse judiciaire à l'usage illicite de stupéfiants

De manière consensuelle, **la réponse pénale actuelle à l'usage de stupéfiants n'apparaît plus efficace**, alors que l'activité des services répressifs a fortement progressé en ce domaine depuis la loi de 1970. Elle a été multipliée par 50 entre 1970 et 2013 (avec un quasi doublement depuis 2000) pour atteindre environ 180 000 personnes en 2016.

- Elle pêche par manque de lisibilité et de crédibilité du point de vue des citoyens ;
- La procédure relative au traitement de ces infractions est lourde et chronophage ; elle consomme, pour les forces de l'ordre, environ 1,2 million d'heures par an ;
- La pertinence de l'adressage par la justice des consommateurs vers le système de soins, dans le cadre des alternatives aux poursuites ou des peines, mérite d'être précisément évaluée.

Inscrite dans le cadre d'une politique globale associant largement la prévention, le repérage, l'accompagnement et la lutte contre les trafics, une réforme de la loi de 1970 portée par la Loi de programmation pour la Justice doit permettre de : 1) contribuer à réduire l'usage de stupéfiants en réaffirmant l'interdiction de consommer ces produits pour préserver la santé des individus, 2) restaurer la crédibilité de la loi par une sanction perçue comme effective 3) recentrer de manière significative l'activité des forces de l'ordre sur le trafic de stupéfiants et d'autres formes de délinquance (notamment lorsqu'elles créent un préjudice à des tiers).

82 Source : Le traitement judiciaire des infractions liées aux stupéfiants - infostat Justice mars 2017

83 93 515 soit 17% des 534 241 condamnations prononcées en 2015, compositions pénales incluses, source « les chiffres-clefs de la justice 2016 » - ministère de la Justice

Développer des sanctions judiciaires en milieu ouvert plus efficaces

La délinquance de droit commun apparaît comme très fortement corrélée à la consommation de substances psychoactives, en particulier l'alcool, qui a été consommé avant le passage à l'acte par une large majorité des auteurs des crimes et délits les plus courants : estimation de 72 % des vols, 57 % des agressions sexuelles⁸⁴.

L'autorité judiciaire prononce chaque année de très nombreuses sanctions visant à prévenir la récidive en agissant sur les facteurs individuels de délinquance. Elle cherche en particulier à agir sur la consommation non maîtrisée de substances psychoactives, en intégrant à la mesure pénale une obligation de soins : en alternatives aux poursuites, par les injonctions thérapeutiques et les orientations sanitaires prononcées par les parquets, ou en présentenciel, dans le cadre de contrôles judiciaires. 165 269 personnes étaient prises en charge en milieu ouvert par le SPIP au 1er juillet 2017 pour une mesure sans écrou. Une part significative des files actives des CSAPA est constituée de personnes adressées par la justice : en 2015, 40,8 % des consultations en lien avec le cannabis, 13,3 % alcool, 7,9 % autres drogues⁸⁵.

Dans ce contexte, faciliter les relations des acteurs de la santé et de la justice apparaît essentiel : par la mise à disposition de référentiels clairs sur la question de l'évaluation de la dépendance et du partage d'information ; en favorisant la connaissance réciproque des acteurs ; en renforçant la formation des professionnels de justice sur les conduites addictives et celle des professionnels de santé aux enjeux judiciaires et pénitentiaires. Ces mesures visent à dépasser les difficultés actuelles, telles que le refus de prise en charge par certains professionnels du soin dans le cadre d'une obligation judiciaire ou des exigences judiciaires inadaptées (abstinence immédiate) par méconnaissance des mécanismes d'addiction.

En outre, un effort particulier s'impose pour renforcer l'efficacité de la réponse judiciaire pour la minorité de délinquants à risque élevé de récidive : 10 % des condamnés sont à l'origine d'un tiers des condamnations prononcées en 10 ans⁸⁶.

Pour ces justiciables qui cumulent les difficultés (addictions, précarité sociale, troubles cognitifs, etc.), le soin obligé n'est pas à lui seul en capacité d'infléchir des trajectoires marquées par une succession de délits et d'incarcérations. La réponse est nécessairement pluridisciplinaire et s'inscrit donc inévitablement dans un champ interministériel.

Des alternatives à l'incarcération crédibles, sous forme de suivis renforcés, globaux et individualisés, ayant un contenu concret tangible, doivent être développées, quel que soit le cadre procédural (alternatives aux poursuites, présentenciel, postsentenciel). Diverses expérimentations ont été lancées localement, à l'initiative de professionnels de justice et/ou du monde médico-social.

L'enjeu pour l'avenir est de fournir aux initiatives locales, par un travail concerté des acteurs de justice et de ceux des champs médico-social et de l'insertion, des repères méthodologiques partagés, de manière à ce que les suivis renforcés s'inscrivent dans une politique pénale favorisant, tout au long de la chaîne judiciaire, la sortie de la délinquance. Dans ce sens, le rapport conjoint IGSJ/IGAS/IGF de juillet 2016 sur l'évaluation des politiques interministérielles d'insertion des personnes confiées à l'administration pénitentiaire par l'autorité judiciaire préconisait la multiplication de programmes alternatifs à la détention en cas de commission de délits liés aux addictions.

84 Source Laurent Bègue- Drogues, alcool et agression, l'équation chimique et sociale de la violence.

85 Source OFDT- RECAP 2015

86 Infostat justice, mars 2017 : une approche individualisée de la multicondamnation.

Ce travail de cadrage interministériel devra se fonder sur les données scientifiques validées (évaluations d'impact outre-Atlantique des Drug Courts et des outils RBR : risque, besoin, réceptivité), ainsi que sur les principes de suivi efficace identifiés par les règles européennes de probation, établies en 2010 par le Conseil de l'Europe, et les travaux de la conférence de consensus.

Il pourra s'appuyer sur les avancées acquises dans le champ postsentenciel, grâce à la politique volontariste menée par la direction de l'administration pénitentiaire pour renouveler les méthodes d'intervention de ses personnels d'insertion et de probation (formation aux principes de l'évaluation et aux techniques de l'entretien motivationnel, diffusion d'un manuel de mise en œuvre de la contrainte pénale, et prochainement d'un référentiel des pratiques opérationnelles des SPIP).

Le travail des acteurs concernés sur la prévention de la récidive des délinquants doit enfin s'appuyer sur des données objectives, ce qui implique de **mieux documenter le lien entre consommations de substances psychoactives et délinquance et de mieux évaluer l'impact des réponses judiciaires apportées** (cf. Objectif 16.4 : Elargir les connaissances dans le champ de la réponse pénale).

9.1

OBJECTIF 9.1

RESTAURER LA CRÉDIBILITÉ ET LA LISIBILITÉ DE L'INTERDIT CONCERNANT L'USAGE DE PRODUITS STUPÉFIANTS

- 1 Améliorer la réponse pénale pour l'usage de produits illicites : adopter le principe de l'amende forfaitaire dans un cadre délictuel. Affecter le produit des amendes au Fonds addictions, afin de financer des actions de prévention (cf. mesure 1.2.1).

9.2

OBJECTIF 9.2

DÉVELOPPER DES MESURES DE SUIVI EFFICACES, EN PARTICULIER POUR LES DÉLINQUANTS À RISQUE ÉLEVÉ DE RÉCIDIVE

- 1 Instaurer, dans le cadre de la stratégie de santé des personnes placées sous main de justice, un groupe de travail interministériel chargé à partir des travaux existants de fixer un cadre institutionnel clair aux interfaces entre la justice et la santé.
- 2 Conformément à la stratégie de santé des personnes placées sous main de justice, organiser des formations croisées des professionnels de justice et des professionnels de santé aux conduites addictives et aux enjeux judiciaires et pénitentiaires. Développer la formation des magistrats à l'entretien motivationnel.
- 3 Améliorer le suivi pluridisciplinaire des délinquants à risque élevé de récidive en :
 - élaborant, dans le cadre d'un groupe de travail interministériel, des préconisations de bonnes pratiques ;
 - accompagnant sur le plan méthodologique et évaluant les expérimentations de suivis pluridisciplinaires intensifs relevant de la « justice résolutive de problèmes ».

PRIORITÉ 10

10

Diminuer les risques pour les personnes sous main de justice

La population carcérale est concernée par une prévalence des conduites addictives plus élevée qu'en population générale au regard notamment de nombreuses interactions entre l'alcoolisation excessive et les actes délictuels, une fréquence importante des incarcérations pour infractions à la législation sur les stupéfiants de personnes également concernées par des conduites addictives, ainsi qu'une prévalence très élevée du tabagisme. **Il ressort des études récentes menées à l'initiative de la direction de l'administration pénitentiaire que la consommation de cannabis est particulièrement élevée en détention**⁸⁷.

Les personnes sous main de justice, particulièrement celles détenues, sont identifiées dans la stratégie nationale de santé comme des populations vulnérables, confrontées aux inégalités sociales de santé. Elles peuvent être issues de l'errance, migrantes et / ou souffrir de graves troubles psychiatriques dont la prévalence est forte en détention (cf. Priorité 8 : Aller vers les personnes vulnérables).

Les conditions de détention ainsi que la surpopulation pénale qui affecte les maisons d'arrêt, ne sont favorables ni à une prise en compte des addictions ni à la lutte contre le tabagisme passif (le respect de l'encellulement sans tabac des non-fumeurs n'est pas toujours possible).

Les données disponibles⁸⁸ attestent de pratiques à risque en détention : pratiques de sniff, d'injection, partage entre détenus de matériels d'injection. Le milieu carcéral est caractérisé par des prévalences de l'infection par le VIH et le VHC très nettement supérieures à celles observées en population générale.

Le repérage des conduites addictives par les professionnels de santé des unités sanitaires en milieu carcéral est encore insuffisamment appliqué et sa mise en œuvre ne se traduit pas toujours par une offre d'accompagnement et de soins adaptée à la réalité des besoins des personnes. Des recherches-actions sont actuellement en cours pour analyser les obstacles et les leviers à la mise en œuvre des bonnes pratiques et en favoriser le déploiement.

87 La consommation importante de cannabis en milieu pénitentiaire est confirmée par les travaux en cours relatifs à l'estimation des consommations de drogues par l'analyse des eaux usées de trois établissements pénitentiaires situés en France métropolitaine. Université Paris sud, UMR 8079 – Ecologie Systématique, Evolution Groupe Santé Publique – Environnement, Châtenay-Malabry cf. Note 2017-01 de l'OFDT.

88 Etude Prévacar / DGS / INVS et étude Coquelicot / ANRS.

Une attention particulière devra être portée aux établissements accueillant des mineurs, au regard de leur vulnérabilité accrue aux substances psychoactives.

Les premiers éléments d'évaluation issus des travaux de la recherche PRIDE¹, menée par l'Inserm en 2011, sur l'application des mesures de réduction des risques et des dommages (RDRD) en détention, témoignent d'un décalage entre les recommandations internationales en la matière et la réalité des pratiques dans les prisons françaises⁸⁹. Cette réalité a conduit l'administration pénitentiaire à signer une convention avec l'équipe de recherche en charge de la recherche PRIDE, pour un travail complémentaire visant à apprécier l'acceptabilité et la faisabilité de la prise en compte de ces recommandations pour la réduction des risques infectieux dans les établissements pénitentiaires français. Cette recherche bénéficie d'un cofinancement de l'ANRS, de Sidaction, et de l'ARS-PACA.

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, dans son article 41, précise ce qui relève de la réduction des risques et des dommages et prévoit que cette politique de RDRD s'applique également aux personnes détenues, selon des modalités adaptées au milieu carcéral. Les modalités d'application de ce chapitre du CSP sont précisées par décret en Conseil d'Etat.

L'objectif sera de rendre effectif dans les établissements pénitentiaires le repérage systématique des conduites addictives et l'offre élargie de réponses d'accompagnement. Ces réponses incluent les pratiques de réduction des risques et des dommages, dont le maintien de l'abstinence et la continuité des soins (avant et après la détention). La mise en œuvre de nouvelles mesures devra s'inscrire dans le cadre de la Stratégie de santé des personnes placées sous main de justice pilotée par le ministère chargé de la santé, en relation étroite avec celui de la justice.

10.1

OBJECTIF 10.1

METTRE EN ŒUVRE UNE VÉRITABLE PRÉVENTION PRIMAIRE POUR LES PERSONNES SOUS MAIN DE JUSTICE

- 1 Conduire une politique déterminée facilitant l'application de la loi Evin et la suppression de l'exposition au tabagisme passif dans une approche de promotion de la santé, tant en milieu pénitentiaire que dans les établissements et services de la PJJ.
- 2 Mettre en place un programme de prévention des consommations de tabac et de cannabis concernant les personnes placées sous-main de justice, en agissant à la fois sur le milieu ouvert, les établissements et services de la PJJ et sur l'ensemble du milieu pénitentiaire (professionnels et personnes détenues).
- 3 Saisir l'opportunité de la création de nouveaux centres éducatifs fermés et des quartiers de préparation à la sortie (QPS) pour étudier, dès la phase de conception architecturale et / ou l'élaboration du projet d'établissement, les éléments facilitant le respect de la loi Evin et la vie dans un établissement « sans tabac ».

⁸⁹ Référentiel UNODC 2012 HIV "Prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions"
- WHO/UNODC/UNAIDS 2007 « effectiveness of interventions to address HIV in prison »

OBJECTIF 10.2

RENFORCER L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES SOUS MAIN DE JUSTICE ET LA RÉDUCTION DES RISQUES

10.2

- 1 Mieux connaître les parcours et les pratiques de consommation des jeunes pris en charge par la PJJ en renouvelant une enquête sur leur santé et ses déterminants.
- 2 Rendre effectif dans les établissements pénitentiaires le repérage systématique des conduites addictives.
- 3 Assurer une offre de soins addictologiques en milieu pénitentiaire équivalente à celle proposée en milieu ordinaire par un renforcement des compétences des professionnels des unités sanitaires et une plus grande implication des CSAPA et CAARUD au sein des établissements en support des équipes sanitaires et/ou dans l'intervention directe auprès des personnes détenues. Favoriser l'accès aux soins addictologiques aux personnes sous main de justice en milieu ouvert.
- 4 Mettre en place un programme de prévention et de réduction des risques et des dommages, notamment pour l'alcool, en particulier dans la perspective de la sortie de l'établissement pour les personnes incarcérées ou les jeunes suivis par la PJJ pour réduire le risque de reprise de consommations dommageables.
- 5 Conduire une politique déterminée visant à diminuer la consommation et le trafic de cannabis en établissement pénitentiaire (actions visant les déterminants liés à l'offre, la demande et les modalités de consommation).
- 6 Agir sur la question spécifique du détournement et du mésusage de médicaments en milieu carcéral.
- 7 Soutenir l'intervention des pairs aidants dans l'accompagnement des personnes placées sous main de justice présentant une conduite addictive.
- 8 Favoriser l'accès des personnes détenues aux services d'aide en ligne téléphonique et aux contenus numériques en matière de prévention des addictions.
- 9 Lever les obstacles, notamment juridiques, à la réalisation de la recherche PRIDE sur l'acceptabilité et la faisabilité des actions de RDRD en milieu carcéral. Finaliser le décret sur les adaptations des modalités d'intervention de RDRD au bénéfice des personnes détenues.
- 10 Renforcer l'offre de dépistage du VIH, VHC et VHB ainsi que le rattrapage vaccinal contre l'hépatite B, en fonction des critères de risque ; favoriser le soin et l'accès au traitement durant l'incarcération.

11

PRIORITÉ 11

Réduire l'insécurité routière en lien avec les usages à risque

En 2017, selon les résultats définitifs de l'Observatoire national interministériel de la sécurité routière (ONISR), 3 684 personnes ont perdu la vie sur les routes de France. Avec 54 décès de moins qu'en 2016, la mortalité routière est en légère baisse (-1,4%). Ces résultats sont fragiles après trois années consécutives de hausse de la mortalité routière. L'abus d'alcool au volant et la conduite après usage de stupéfiants arrivent en deuxième cause des accidents mortels, après la vitesse excessive ou inadaptée⁹⁰.

L'étude Actusam conduite par l'IFSTTAR (bilan de l'accidentalité 2016 de l'ONISR) évalue le sur-risque d'être responsable d'un accident mortel pour un conducteur testé positif à 1.65 pour le cannabis et à 2.21 pour les opiacés. Pour l'alcool, le risque est multiplié par 17.8. Un conducteur positif à la fois au cannabis et à l'alcool multiplie par 29 son risque d'être responsable d'un accident mortel. Enfin, rappelons que le risque routier chez les professionnels constitue la première cause d'accident mortel de travail (20 %) ⁹¹. Les jours ouvrés, un pic d'accidentalité avec facteur alcool peut être observé entre 17h et 21h ; s'il n'est pas directement lié au trajet de retour du travail, il correspond à une période de « détente » de fin de journée. Un autre pic se produit après 23h, pour les retours de soirée. Ces données ne concernent que des alcoolémies positives supérieures au seuil légal de 0,5g/l, ne prenant pas en compte le sur-risque lié à une alcoolémie comprise entre zéro et le seuil légal. A noter que depuis 2015, le taux d'alcoolémie autorisé est passé à 0,2 g/l pour les conducteurs novices.

Comparativement à la vitesse, ces infractions apparaissent moins réprimées, comme l'a souligné la Cour des comptes en 2016 : « en matière de sécurité routière, où des résultats probants de baisse de la mortalité ont été obtenus depuis quarante ans, la conduite en état d'alcoolisation n'est pas aujourd'hui réprimée avec les mêmes résultats que la vitesse excessive, faute d'une chaîne de contrôle-sanction efficace ». Il en est de même pour la conduite après usage de stupéfiants : si la facilitation des contrôles induite par les modifications législatives et réglementaires de 2016-2017 est une avancée, les moyens financiers actuellement mobilisés ne permettent pas une réponse ferme plus systématique et fréquente.

⁹⁰ Selon le bilan 2016 de la sécurité routière, si la vitesse excessive ou inadaptée reste la première cause de mortalité routière, l'alcool est présent dans 29% des accidents mortels ; cette part est plus forte pour les 18- 44 ans. Quant aux stupéfiants, 22% des décès routiers impliquaient un conducteur ayant consommé de la drogue, la tranche d'âge la plus concernée étant les 16-34 ans. 3 à 4% des accidents sont directement attribuables aux médicaments, les benzodiazépines étant les plus impliqués (étude CESIR). Enfin, selon l'expertise collective Ifsttar-Inserm (avril 2011), près d'un accident corporel de la route sur 10 serait lié à l'utilisation du téléphone en conduisant.

⁹¹ La CNAMTS a fait état pour 2012 pour les seuls salariés qu'elle couvre de 74 194 accidents déclarés dans ce cadre (au moins 1 jour d'arrêt de travail), 7080 incapacités permanentes et 386 accidents mortels.

La lutte contre l'insécurité routière repose également sur une politique d'éducation et de prévention menée tant en milieu scolaire qu'en milieu professionnel. Celle-ci apparaît cependant insuffisante notamment pour les 16-24 ans et les personnes âgées (cf. rapport IGGN- IGPN- IGA sur « L'évaluation de la politique de sécurité routière » - juillet 2014). La Cour des comptes a par ailleurs souligné le nécessaire maintien des budgets alloués aux actions de prévention de la sécurité routière (en baisse de 24 % sur la période 2009-2014)⁹².

Les risques routiers sont particulièrement importants dans certains secteurs professionnels (commerciaux, artisans, conducteurs routiers, professions de la maintenance, coursiers, salariés du BTP) et nécessitent de mener des campagnes de prévention spécifiques. Néanmoins, comme l'indique la Cour des comptes, « il reste difficile de diffuser chez les automobilistes une représentation commune et précise des quantités d'alcool en jeu ».

Les dispositifs d'autodépistage présentent à cet égard un grand intérêt et devraient faire l'objet d'une utilisation élargie à l'ensemble des établissements nocturnes (obligation de mise à disposition dans les débits de boissons dont la fermeture intervient entre 2 heures et 7 heures depuis la loi du 14 mars 2011) ; ils devraient être également proposés aux établissements qui ferment à d'autres horaires.

Enfin, malgré les recommandations de la Commission européenne formulées en 2001⁹³, il n'existe toujours pas d'harmonisation des taux d'alcool au volant en Europe.

En cohérence avec les objectifs de la Commission européenne l'objectif fixé en 2012 par le ministre de l'Intérieur est de passer sous la barre des 2.000 morts en 2020.

Les objectifs et mesures ci-dessous sont principalement issus des décisions du comité interministériel à la sécurité routière (CISR) du 9 janvier 2018.

⁹² Cour des comptes : Rapport sur les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool - juin 2016

⁹³ RECOMMANDATION DE LA COMMISSION du 17 janvier 2001 concernant le taux maximal d'alcool dans le sang autorisé (TA) pour les conducteurs de véhicules à moteur (2001/115/CE)

11.1

OBJECTIF 11.1

AMÉLIORER LA FORMATION DES CONDUCTEURS ET LES SENSIBILISER TOUT AU LONG DE LEUR VIE SUR LES RISQUES GÉNÉRÉS AU VOLANT PAR LES USAGES À RISQUE

- 1 Renforcer l'éducation à la sécurité routière sur les risques liés à la consommation de produits et de médicaments psychoactifs :
 - auprès des enfants d'âge scolaire par la consolidation des partenariats nationaux et locaux, la réactualisation de la banque de questions de l'Attestation Scolaire de Sécurité Routière - et l'augmentation du nombre de questions portant sur les addictions ;
 - auprès des jeunes, notamment par la formation offerte aux responsables des associations étudiantes de tous les établissements d'enseignement supérieur (**mesure CISR**) ;
 - auprès des salariés, notamment pour les PME et TPE en lien avec les organismes de protection complémentaire.
- 2 Evaluer l'impact de ces formations sur la consommation ultérieure des conducteurs.
- 3 Faire prendre conscience aux nouveaux titulaires du permis de conduire de l'ampleur de leurs responsabilités, en conditionnant la délivrance du certificat permettant de conduire à la signature d'une charte numérique les engageant à se comporter dans tous les actes de leur vie de conducteur, de façon à respecter et à protéger l'ensemble des usagers de la route (**mesure CISR**).
- 4 Favoriser la sensibilisation des médecins par un programme sur plusieurs départements, puis sur l'ensemble du territoire, afin qu'ils évoquent le risque routier en lien avec les addictions lors des consultations médicales (**mesure CISR**).

11.2

OBJECTIF 11.2

LUTTER CONTRE LA CONDUITE SOUS L'EMPRISE DE L'ALCOOL

- 1 Inciter les usagers de la route à l'auto-évaluation de leur taux d'alcool en :
 - développant les partenariats avec les débits de boisson pour généraliser la mise à disposition d'éthylotests et la conduite d'actions conjointes de prévention (**mesure CISR**) ;
 - généralisant la vente d'éthylotests à proximité des rayons de boissons alcoolisées dans tous les établissements de boissons à emporter (**mesure CISR**).
- 2 Favoriser l'usage de l'éthylotest anti-démarrage (EAD) en :
 - donnant la possibilité à un conducteur contrôlé avec taux d'alcool supérieur à 0,8g/l dans le sang, dont le permis a été suspendu par décision préfectorale, de conduire pendant le temps de cette suspension, à condition de ne conduire qu'un véhicule équipé d'un EAD, à ses frais (mesure CISR) ;
 - rendant obligatoire la pose d'un EAD avec suivi médico-psychologique en cas de récurrence d'infraction de conduite en état alcoolique (**mesure CISR**).

OBJECTIF 11.3

RENFORCER ET OPTIMISER LES CONTRÔLES

11.3

- 1 Accroître la probabilité des contrôles et des sanctions immédiates : améliorer la dotation et la disponibilité des appareils de constatation des infractions de conduite après usage de stupéfiants et sous l'emprise d'un état alcoolique ; garantir la capacité financière d'expertise judiciaire.
- 2 Etudier la mise en œuvre d'un appareil portatif de nouvelle génération regroupant les fonctions de l'éthylotest et de l'éthylomètre actuels pour réduire le délai observé lors des contrôles et en multiplier le nombre (**mesure CISR**).
- 3 Soutenir les travaux de recherche et développement sur la simplification de la procédure technique de détection et de confirmation des conduites après usage de stupéfiants et notamment le développement d'un appareil mobile capable, à l'instar de l'éthylomètre pour l'alcool, de réaliser une analyse fiable en temps réel.

OBJECTIF 11.4

ADAPTER LA SANCTION AUX RISQUES

11.4

- 1 Priver immédiatement l'auteur d'une infraction grave au Code de la route – dont la conduite après usage de stupéfiants ou avec un taux d'alcool délictuel – de la libre disposition de son véhicule. Sur décision préfectorale, celui-ci pourra être placé immédiatement en fourrière, pour une durée de 7 jours, aux frais du contrevenant (**mesure CISR**).

AXE 3

**UN ENGAGEMENT
FORT CONTRE
LES TRAFICS**

Le commerce illicite de produits licites (alcool et tabac) ainsi que le trafic de produits illicites (stupéfiants) demeurent trop solidement implantés dans notre pays. L'offre de produits illicites couvre tout notre territoire et garantit aux consommateurs un accès trop aisé, à des prix peu prohibitifs, à une large gamme de drogues. Cette disponibilité excessive est l'un des déterminants de la banalisation du cannabis, mais aussi de la diffusion croissante de produits autrefois cantonnés à des milieux confidentiels : cocaïne et ses dérivés, héroïne, opiacés de synthèse, ecstasy. La contrebande de tabac offrant un accès à un moindre coût au produit, qui pourrait s'accroître dans la perspective de la hausse des prix annoncée, vient affaiblir la politique de lutte contre le tabagisme.

Le trafic génère une véritable économie parallèle. Selon les dernières données de l'OCRTIS, le marché des drogues illicites pouvait être estimé à 3,2 milliards d'euros. D'après, l'INHESJ, les quantités consommées et donc importées dans notre pays 285 tonnes de cannabis, 15 tonnes de cocaïne et 6,7 tonnes d'héroïne.

Localement il se traduit par l'emprise d'organisations criminelles sur des territoires entiers et leur population, et l'enrôlement, parfois contraint, de nombreux habitants dans le trafic : enfants et adolescents affectés au guet, personnes vulnérables ou femmes isolées désignées comme « nourrice », forte concurrence, violences, homicides entre trafiquants. Dans le seul département de la Seine- Saint-Denis la vente de drogues ferait vivre plus de 100 000 personnes.

Le trafic constitue un continuum, de la production dans des pays étrangers, à l'importation en grande quantité par des structures de criminalité organisée à la revente dans nos quartiers. Il est inextricablement lié à la criminalité organisée prise dans sa globalité : réseaux criminels spécialisés ou non (contrebande, traite des êtres humains, etc.), réseaux et structures de blanchiment (en lien avec l'ensemble de la criminalité financière organisée : escroqueries, fraudes fiscales et douanières etc.), porosité avec l'économie légale et exposition au risque de corruption. Les sommes considérables en espèces issues du trafic de stupéfiants viennent ainsi alimenter le travail dissimulé ou encore rémunérer les escrocs via des circuits complexes de compensation cash versus virements entre sociétés ou banques souvent basées dans des paradis fiscaux. La contrebande de cash est la technique de blanchiment la plus répandue. Elle est évaluée à 1 600 milliards de dollars par an (chiffres 2009, source ONUDC) à l'échelle mondiale.

Notre dispositif de lutte contre cette réalité criminelle s'appuie aujourd'hui sur de nombreux services aux compétences reconnues, dans la lutte contre les trafics, la criminalité organisée, le blanchiment comme la saisie des avoirs : offices centraux, services douaniers, gendarmerie, services de police de sécurité publique, de police judiciaire, Plate-forme d'identification des avoirs criminels (PIAC), Cellule nationale des avoirs criminels (CeNAC), l'Agence de gestion et de recouvrement des avoirs saisis et confisqués (AGRASC), Groupes d'intervention régionaux (GIR), juridictions interrégionales spécialisées (JIRS) et tribunaux de grande instance.

L'action qui en résulte est fondée sur l'intervention d'une multitude d'acteurs encore insuffisamment coordonnés dans l'analyse des données, le recueil et le partage du renseignement, les saisies de produits et le démantèlement des réseaux criminels. Le fonctionnement de la justice, reposant sur des juridictions localement compétentes et des JIRS, pourrait être aussi amélioré par une action plus intégrée en matière de lutte contre la criminalité organisée (dont le trafic de stupéfiants et le blanchiment en bande organisée) ainsi que par une meilleure lisibilité, pour les services d'enquête, des stratégies judiciaires, des rôles respectifs de l'enquête préliminaire ou de l'instruction, et des choix des voies de poursuites.

L'organisation de la réponse publique doit tendre vers une appréhension moins fractionnée du phénomène.

La mise en œuvre d'une **réelle stratégie nationale coordonnée de lutte contre les trafics est une nécessité**, au regard de l'emprise croissante du trafic sur notre pays.

S'agissant de l'institution judiciaire, la Direction des affaires criminelles et des grâces a diffusé le 30 septembre 2014 une circulaire visant à une amélioration du partage et du traitement de l'information sur la criminalité organisée ainsi qu'à une coordination renforcée entre JIRS et parquets non JIRS. Une circulaire du 24 avril 2017 prévoit en outre la création de structures dédiées au partage d'information judiciaire, les instances de coordination judiciaire et les bureaux de liaison.

A l'échelle interministérielle, les objectifs et priorités pourraient être mieux explicités. S'agit-il de limiter la pénétration des stupéfiants par la saisie de produits, de cibler quelques têtes de réseaux, de démanteler des réseaux entiers en poursuivant tous leurs protagonistes, d'augmenter le nombre de trafiquants interpellés ? Quelle est la place respective, en termes de priorité et d'allocation de moyens, de la lutte contre les différents niveaux de trafics, importation, stockage, trafic intermédiaire, revente sur la voie publique ?

De même, les objectifs de coopération avec les pays producteurs, exportateurs, de transit ou hébergeant des structures de blanchiment relèvent par nature d'une approche nationale coordonnée.

La lutte contre le blanchiment des revenus issus des trafics doit aussi devenir un axe majeur et un réflexe dans les stratégies d'enquête.

Le blanchiment est une forme de criminalité organisée à part entière, avec ses réseaux formés de délinquants spécialisés, offrant des services de conversion et dissimulation de fonds illicites, sans se soucier de leur origine. L'hybridation, c'est-à-dire l'utilisation des mêmes circuits de blanchiment, quelle que soit l'infraction préalable, est désormais un phénomène connu. Il est lié au fait que certaines structures (collecte, compensation, transferts) sont spécifiquement dédiées au blanchiment, comme d'autres à la logistique. Dans sa mise en œuvre opérationnelle, notre dispositif juridique, qui appréhende le blanchiment comme une infraction de conséquence, peut s'avérer difficile à mettre en œuvre. Au regard de ce constat, il importe de mieux mobiliser les ressources du droit existant et de mieux appuyer enquêteurs et magistrats s'agissant de l'utilisation efficiente des dispositifs existants (article 324-1-1 du code pénal ; visa du blanchiment de fraude fiscale face à des ressources d'origine non déterminée).

La recherche d'efficacité passerait aussi par une adaptation de l'appareil judiciaire concernant notamment la politique de recrutement d'assistants spécialisés.

Enfin, la recherche et l'évaluation des réponses publiques doivent être confortées s'agissant de la lutte contre les trafics (cf. Objectif 16.5 : Elargir les connaissances dans le champ de la réduction de l'offre et de la lutte contre le trafic).

Ces constats et recommandations doivent être mis en perspective face au maintien à un niveau très élevé de consommation des substances psychoactives en France. **Le renforcement de la lutte contre les trafics est un enjeu essentiel pour réduire l'offre afin de protéger les consommateurs, restaurer la crédibilité de l'Etat, réduire le sentiment d'abandon de certains territoires et limiter l'attractivité des trafics pour les jeunes en difficulté.**

12

PRIORITÉ 12

Faciliter la lutte contre les trafics et renforcer les moyens et compétences dédiés

Les trafics de produits licites ou illicites constituent une activité criminelle qui génère des profits colossaux et déstabilise de nombreux territoires. Le cannabis est disponible partout. La cocaïne est particulièrement accessible et le trafic d'héroïne est en augmentation. Le développement de la cannabiculture, l'usage habituel de messageries instantanées ou cryptées, la forte disponibilité de drogues sur le darkweb, l'usage de tous les vecteurs de transport possibles (terrestre, aérien, maritime, fret express et postal) et l'implication habituelle de mineurs montrent la capacité d'adaptation des trafiquants et soulignent la complexité des investigations. Celles-ci nécessitent désormais une **très forte coordination entre services, un haut niveau de compétence et des moyens performants.**

Diversifier les stratégies de lutte contre le trafic et en renforcer le pilotage

Face à une menace protéiforme et en constante mutation, il convient d'adapter des stratégies différenciées : consolider la capacité de contrôle dans les ports et aéroports, sur les axes de circulation ou sur internet en discriminant rapidement les flux suspects et en poursuivant le développement d'outils d'analyse et de ciblage performants, tout en favorisant la coopération internationale et la remontée, la centralisation et le traitement du renseignement opérationnel pour éradiquer les structures criminelles les plus importantes.

L'impact de l'action répressive sur l'offre de produits illicites et licites en France pourrait être renforcé par une amélioration de la cohérence des stratégies des parquets et une meilleure coordination entre les services et unités en charge des investigations.

Enfin, les évolutions des modes opératoires des trafiquants nécessitent de consolider les capacités d'investigation des enquêteurs et d'agir sur les nouvelles menaces.

Lutter contre le contournement de la réglementation relative aux produits illicites

L'arrivée récente sur le marché de produits contenant du cannabidiol destinés à la consommation humaine (cannabis très faiblement dosé en THC, e-liquide, vins, huiles, produits cosmétiques au CBD) appelle une action concertée des différentes autorités compétentes pour s'assurer du respect par les opérateurs économiques du cadre légal, à savoir l'interdiction de tout produit contenant du THC quelle qu'en soit la dose.

OBJECTIF 12.1

12.1

MIEUX COORDONNER LES STRATÉGIES D'ENQUÊTE

- 1 Préciser, dans le cadre d'une concertation interministérielle, la stratégie nationale de lutte contre les trafics de stupéfiants ; arrêter les objectifs internationaux, nationaux et territoriaux assignés aux différents acteurs institutionnels et offices concernés. Développer au niveau territorial des dispositifs de pilotage renforcé pour une meilleure coordination des services d'enquêtes, notamment dans le cadre des expérimentations menées au titre de la police de sécurité au quotidien.
- 2 A l'échelle de chaque département, en lien avec les juridictions (JIRS et de droit commun), généraliser l'organisation par les procureurs et les préfets de réunions associant tous les services impliqués dans la lutte contre le trafic des produits licites et illicites et la saisie des avoirs criminels.

OBJECTIF 12.2

12.2

RENFORCER LES CAPACITÉS D'INVESTIGATIONS

- 1 Renforcer les capacités d'analyse criminelle (renseignement opérationnel ou judiciaire) des services de la police judiciaire (police nationale, gendarmerie, douane), ainsi que l'expertise douanière en matière d'analyse des risques et de ciblage.
- 2 Poursuivre la modernisation des moyens d'enquête au profit de l'ensemble des forces et faciliter le recueil de la preuve numérique légale.
- 3 Renforcer les capacités de détection et de contrôle des flux de marchandises, de moyens de transport terrestres, aériens et maritimes de personnes : mise en œuvre effective du Service Central de Traitement des Lecteurs Automatisés de Plaques d'Immatriculation, améliorer la politique d'équipements et la stratégie de contrôles des ports et aéroports y compris secondaires, décliner le Passenger Name Record (PNR) sur d'autres vecteurs qu'aérien etc... Renforcer la surveillance de la navigation de plaisance et de l'aviation générale.
- 4 Développer une stratégie et des capacités spécifiques en matière d'investigation sur internet. Définir un cadre juridique unique pour l'enquête sous pseudonyme, permettant notamment la réalisation de « coups d'achats » numériques en matière de stupéfiants.
- 5 Poursuivre les travaux du groupe de travail interministériel relatif aux livraisons surveillées (domaine législatif).

12.3

OBJECTIF 12.3

ADAPTER LA LUTTE AUX ÉVOLUTIONS DES TRAFICS

- 1 Développer la stratégie consistant, parallèlement au démantèlement des trafics, à gêner les dealers et à dissuader leurs clients, dans le cadre de la mise en œuvre de la répression du délit d'usage de produits stupéfiants par le biais d'une amende forfaitaire.
- 2 Accentuer les démantèlements de cultures domestiques ou industrielles de cannabis (cannabiculture) via la recherche du renseignement et la veille numérique impliquant les services, administrations et partenaires concernés. Intensifier la lutte contre les activités illicites des magasins de vente de type growshop et des sites de vente en ligne dédiés, facilitant la production de cannabis et le trafic, en s'appuyant sur la définition en interministériel de stratégies d'enquête.
- 3 Renforcer les contrôles relatifs aux nouveaux produits de consommation susceptibles de contenir des composants relevant de la législation sur les stupéfiants ou d'être présentés comme ayant des propriétés thérapeutiques ou dont la présentation serait assimilable à de l'incitation à la consommation de stupéfiants.
- 4 Prolonger les actions entreprises dans les commerces en renforçant la lutte contre la vente d'objets dédiés à la promotion de l'usage de stupéfiants (vêtements, accessoires divers) ou à leur consommation (matériels divers de conditionnement ou de préparation du cannabis, « bangs », pipes etc.) sur les sites en ligne.
- 5 Renforcer la lutte contre les trafics de médicaments stupéfiants et psychotropes, avec une vigilance particulière sur les opioïdes, ainsi que de médicaments détournés de leur usage (par exemple pour dopage) ; actualiser, le cas échéant, la liste des stupéfiants et des psychotropes. Envisager l'extension des techniques spéciales d'enquête prévues en matière de criminalité et délinquance organisée au titre XXV du code de procédure pénale aux trafics de produits de santé commis en bande organisée.
- 6 Renforcer la lutte contre toutes les formes de trafics et d'achats sur le marché parallèle de tabac et d'alcool – mener notamment des actions de contrôle transfrontalier renforcé dans le cadre du plan porté par la Direction générale des douanes et des droits indirects (DGDDI) de renforcement de la lutte contre le commerce illicite du tabac et du plan national de lutte contre le tabac.
- 7 Soutenir la coordination interministérielle impulsée par le SG Mer en matière de trafic de stupéfiants par voie maritime en se fondant sur une analyse concertée des trafics concernés.

PRIORITÉ 13

13

Renforcer la coopération internationale en matière de lutte contre les trafics

Au plan international, le trafic de drogues s'accompagne souvent d'une montée du niveau général de violence, notamment urbaine, et génère une manne financière permettant à certaines organisations criminelles de disposer de moyens comparables, et parfois supérieurs à certains Etats. La pénétration de l'argent sale dans les économies et la corruption qui en résulte aggravent ainsi les difficultés de pays, voire de régions entières où l'Etat de droit est souvent remis en cause. Les routes et les moyens d'acheminement se diversifient constamment. En outre, dans les régions de production ou de transit, les consommations se développent de manière importante, l'Afrique de l'Ouest étant le dernier exemple en date.

L'effort doit ainsi rester particulièrement concentré sur cinq zones géographiques : Balkans, pays de la rive sud de la Méditerranée, Afrique de l'Ouest, Amérique latine et Caraïbes, Afghanistan-Pakistan.

La France continuera à s'engager pour que la lutte contre le trafic de drogues, la criminalité organisée, le blanchiment et la corruption constituent une priorité politique pour tous les pays et pour que la coopération bilatérale et multilatérale soit renforcée.

Internet et les technologies de l'information et de la communication (TIC), y compris les messageries cryptées et le Darknet, jouent un rôle important dans le développement de l'offre de stupéfiants et nécessitent une attention toute particulière. La lutte contre ce type de trafic exige une spécialisation des agents afin de pouvoir mener des investigations complexes, destinées à identifier les responsables de sites de vente en ligne. Elle implique un partage des savoirs liés aux techniques d'enquête en ligne, des formations dédiées ainsi que l'acquisition d'outils techniques spécifiques (logiciels de suivi des monnaies virtuelles, outils de captation de données de masse...).

L'apparition continue de nouvelles drogues de synthèse et leur disponibilité croissante sur la toile posent un défi majeur tant pour la santé que pour les services de contrôle. L'essor des opioïdes de synthèse, en particulier les dérivés du fentanyl aux Etats-Unis et au Canada, constitue une source d'inquiétude tant pour la France que pour ses partenaires (cf. Objectif 7.4 : Prévenir les surdoses).

Enfin, certains précurseurs chimiques – tels que l'acide sulfurique ou l'acétone – sont détournés et utilisés pour la fabrication illicite de drogues.

OBJECTIF 13.1

13.1

RENFORCER LA COOPÉRATION POLICIÈRE, DOUANIÈRE ET JUDICIAIRE AVEC LES PAYS PRIORITAIRES, EN PARTICULIER DE PRODUCTION ET DE TRANSIT

- 1 Encourager la signature, la ratification et l'application effective par tous les pays des Conventions des Nations unies contre la criminalité transnationale organisée (Convention de Palerme) et contre la corruption (Mérida).
- 2 S'appuyer sur le cadre fourni par Europol et Interpol (notamment le nouveau Cycle politique 2018-2021) et par Eurojust.
- 3 Définir une stratégie différenciée pour les zones frontalières et pour l'Outre-mer ; développer le cadre de coopération dans la lutte contre le trafic illicite maritime et aérien dans la région des Caraïbes établi par l'accord de San José ; s'appuyer sur le CIFAD pour développer la formation avec les pays partenaires de la zone.
- 4 Appuyer les initiatives régionales et les programmes mis en œuvre par l'Union européenne et l'ONUDC, notamment le Plan d'action de la Communauté économique des Etats de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) pour la lutte contre le trafic illicite de drogues, la criminalité organisée et l'abus de drogues en Afrique de l'Ouest ; le programme régional de l'ONUDC pour l'Afrique de l'Ouest ; l'Initiative du Pacte de Paris).
- 5 Développer la coopération régionale, en particulier dans les pays cibles, pour renforcer le contrôle des frontières (terrestres, aériennes, maritimes et virtuelles). La montée en puissance de la composante civile de la Force conjointe du G5 Sahel, dotée d'un mandat large incluant les trafics de stupéfiants, s'inscrit dans cet objectif.
- 6 Intégrer dans le programme de travail du forum méditerranéen de la garde-côte, coprésidé par la France (2017-2019), une action relative à la lutte contre les narcotrafics.

OBJECTIF 13.2

13.2

RENFORCER LA COOPÉRATION EN MATIÈRE D'ENQUÊTE

- 1 Promouvoir le développement d'Unités dédiées et d'Unités Permanentes de renseignement transnational.
- 2 Contribuer aux travaux menés au sein de l'Union européenne, notamment sous l'égide de la Commission, sur la question du chiffrage des données.
- 3 Participer à la négociation du projet d'instrument législatif sur l'accès à la preuve numérique que la Commission proposera début 2018.

OBJECTIF 13.3

FAIRE DU VOLET PATRIMONIAL UN AXE FORT DE LA COOPÉRATION

13.3

- 1 Inciter les pays de production et de transit à adhérer au réseau international CARIN pour renforcer l'identification de patrimoine, le gel, la saisie et la confiscation des avoirs.
- 2 Dans la continuité de la directive 2014/42 du 3 avril 2014 concernant le gel et la confiscation des instruments et des produits du crime dans l'Union européenne, achever la négociation sur le projet de règlement visant à favoriser la reconnaissance mutuelle des décisions de gel et de confiscation entre Etats membres.

OBJECTIF 13.4

RENFORCER LES MÉCANISMES DE DÉTECTION ET D'ALERTE SUR LES NOUVELLES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES, NOTAMMENT LES OPIOÏDES DE SYNTHÈSE

13.4

- 1 Inciter au partage systématique d'informations au niveau international sur ces substances et en particulier le fentanyl.
- 2 Renforcer les capacités du système d'alerte précoce de l'EMCDDA et d'Europol.
- 3 Porter une initiative au niveau européen afin d'améliorer l'échange d'informations et de bonnes pratiques en matière d'opioïdes ; en particulier, création, sur proposition de la France, d'un groupe de travail au sein de l'agence européenne des médicaments (EMA) sur ce thème.
- 4 Promouvoir le partage d'information des laboratoires européens d'analyse.

13.5

OBJECTIF 13.5

PRÉVENIR ET LUTTER DAVANTAGE CONTRE LE DÉTOURNEMENT DE PRÉCURSEURS CHIMIQUES

- 1 Renforcer la surveillance des précurseurs de drogues au niveau international.
- 2 Promouvoir au niveau international la coopération et l'approche partenariale avec les opérateurs économiques et organisations professionnelles concernés par ces produits chimiques.

13.6

OBJECTIF 13.6

RENFORCER LE PARTAGE D'INFORMATION POUR S'ATTAQUER À LA VENTE DE STUPÉFIANTS SUR INTERNET

- 1 Mieux prendre en compte le phénomène des trafics de stupéfiants sur internet.
- 2 Promouvoir la coopération internationale entre services policiers et douaniers, dans le respect de leurs pouvoirs respectifs, en vue d'interventions au moment des transactions et des livraisons.
- 3 Sensibiliser et protocoliser avec les opérateurs de fret express et de fret postal en matière de détection des flux sensibles, de sélection et de mise à disposition de colis suspects.

PRIORITÉ 14

14

Limiter l'attractivité des trafics

Le marché illégal, notamment en matière de trafic de stupéfiants, est fortement segmenté et marqué par la précarité des « fourmis » du trafic et l'enrichissement résiduel de quelques grands trafiquants. Ainsi, les guetteurs, généralement des adolescents, percevraient en moyenne 100 euros par jour et les « nourrices » quelques centaines d'euros par mois pour stocker les produits. Ces gains sont souvent aléatoires, alors que l'exposition à la violence, la pression de la structure criminelle, la déscolarisation sont des constantes. Cette réalité est souvent méconnue voire niée : elle illustre cependant le fait que **le trafic de stupéfiants ne constitue pas une voie d'ascension « sociale », malgré la très forte augmentation de personnes impliquées et l'image véhiculée dans l'imaginaire collectif.**

De 1975 à 2015, le nombre d'usagers-revendeurs interpellés est passé de 804 à 17 506 (source : OCR-TIS – OFDT). Ces activités sont massivement le fait d'hommes jeunes, voire mineurs, et issus très majoritairement des classes populaires. Les jeunes filles participent également aux trafics de rue. Elles endosseraient davantage le rôle de « banques » (stockage d'argent) ou de « nourrices » (stockage de produits). Elles seraient également plus présentes dans les lieux festifs, pour le trafic de cocaïne et de drogues de synthèse.

L'OFDT relève que le trafic local est majoritairement implanté dans les banlieues périphériques des grandes métropoles françaises, souvent classées en zone de sécurité prioritaire (ZSP). Sans réelle alternative au plan économique et social, ces jeunes peuvent être attirés par des activités illicites lucratives au gain financier rapide. Cependant, les classes défavorisées ne sont pas seules concernées par le trafic. Certaines études (comme ESCAPAD) montrent à rebours qu'il existerait un trafic dans les classes moyennes et aisées, moins visible car moins générateur de nuisances ou de troubles à l'ordre public.

Pour lutter contre l'attractivité de cette économie criminelle, il convient donc d'en déconstruire l'image positive, de prévenir l'entrée des jeunes en fédérant l'action des professionnels, et de faciliter l'insertion des « petites mains du trafic ».

L'identification des avoirs criminels, leur saisie puis leur confiscation constituent également des messages forts et cohérents tant vis-à-vis des populations, victimes directes ou indirectes des trafiquants, que des autorités judiciaires, douanières et policières investies quotidiennement dans le démantèlement des réseaux. La confiscation profite directement aux services répressifs et judiciaires via le fonds de concours drogue, tout en affaiblissant significativement la capacité des délinquants à relancer leurs trafics.

PRÉVENIR L'ENTRÉE ET AIDER À LA SORTIE DES RÉSEAUX DE L'ÉCONOMIE DE LA RUE

- 1 Gagner la campagne de communication auprès des jeunes en leur explicitant la réalité de l'économie de la rue ainsi qu'à la communauté des adultes à leur contact : les professionnels de l'Education nationale ; les éducateurs de la prévention spécialisée ou d'autres dispositifs de l'aide sociale à l'enfance (ASE) ; les éducateurs PJJ ; les chargés d'insertion ou psychologues en mission locale ; les intervenants dans les points accueil écoute jeunes (PAEJ) ; les assistants de service social ; les chargés de développement local ; les directeurs ou animateurs d'un centre social ; les animateurs sportifs, les intervenants culturels ou les médiateurs sociaux...

- 2 Développer des interventions fondées à la fois sur la prévention primaire pour les jeunes susceptibles d'entrer dans le trafic et sur la réduction des risques en prenant en compte les différents âges et niveaux d'implication des jeunes dans les trafics de rue⁹⁴ :
 - Soutenir, financièrement et via un appui méthodologique, le développement et l'essaimage de programmes d'intervention d'initiative locale, tels que celui porté par la Mission métropolitaine de prévention des conduites à risque à Paris et en Seine-Saint-Denis ;
 - Mobiliser, le cas échéant, à cette fin les policiers formateurs anti-drogue (PFAD) et les formateurs relais anti-drogue (FRAD) ainsi que les relais que peuvent constituer les centres de loisirs jeunes de la police nationale ou les brigades de prévention de la délinquance juvénile.

- 3 Consolider le partenariat amorcé avec le comité interministériel de prévention de la délinquance et de la radicalisation :
 - Intégrer cette problématique dans les plans locaux de prévention de la délinquance ;
 - Développer des actions de prévention de la récidive en milieu ouvert comme fermé pour les 13-25 ans (santé, réinsertion socio professionnelle) ;
 - Développer des actions pour les jeunes exposés au trafic (16-25 ans) : chantiers éducatifs, chantiers d'insertion, chantiers passerelle, jobs à la journée (modèle TAPAJ).

94 « Engagement des jeunes dans le trafic : Quelle prévention? » Pascale JAMOULLE, Pierre ROCHE Céreq Mars 2012

OBJECTIF 14.2

RENFORCER LES SANCTIONS PATRIMONIALES

14.2

- 1 Systématiser l'approche patrimoniale dans toute procédure de trafic de produits stupéfiants et de contrebande de tabac et d'alcool. Renforcer la traçabilité des saisies en procédure pour faciliter les confiscations.
- 2 Favoriser l'affectation des assistants spécialisés « saisies et confiscations » dans les juridictions de criminalité organisée (parquet, instruction, tribunaux correctionnels), traitant des trafics de stupéfiants et des produits de contrebande de tabac et d'alcool.
- 3 Approfondir et consolider la formation des magistrats et des services d'enquêtes en matière de saisies et de confiscations, notamment en ce qui concerne les confiscations dites en valeur et les confiscations dites générales.
- 4 S'assurer du remboursement des droits sociaux illégalement perçus (prestations familiales, allocation logement, revenu de solidarité active).

AXE 4

**LA RECHERCHE
ET L'OBSERVATION
AU SERVICE
DE L'ACTION**

L'élaboration du présent plan s'appuie sur les meilleures connaissances disponibles pour renforcer l'efficacité de l'action publique.

Mais, les conduites addictives résultant d'interactions complexes, en constantes évolutions, entre l'individu, son environnement et la société, d'importantes questions demeurent qui justifient une politique de recherche dynamique, ambitieuse et mobilisant un large spectre de disciplines. En effet, les recherches dans ce domaine concernent aussi bien l'étude des mécanismes fondamentaux de l'addiction (modèles animaux, génétique, imagerie cérébrale, neurobiologie), que les aspects psychologiques et sociétaux des conduites addictives, comme l'efficacité des réponses apportées.

La recherche sur les drogues et les conduites addictives occupe une place de plus en plus importante dans le paysage scientifique français. Entre 2010 et 2016, les publications sur les drogues et les addictions ont augmenté de 30 %. Sur la même période, l'investissement dans la recherche publique sur les conduites addictives a régulièrement progressé (de 13,5 à 17 millions d'euros ; + 26 %). Il existe maintenant une communauté d'équipes de recherches reconnues nationalement (Grand Prix Inserm 2015 et Prix Inserm 2016) et internationalement sur les mécanismes comportementaux et neurobiologiques de l'addiction aux drogues.

La coopération scientifique sur les addictions entre les instituts thématiques multi organismes (ITMO « Neurosciences » et « Santé publique » et les instituts de recherche sur les addictions (National Institute on Drug Abuse, NIDA) et sur l'alcool (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, NIAAA) a stimulé les échanges entre chercheurs (post-doctoral), les projets de recherche et les événements conjoints.

Ces équipes participent également au renforcement de la culture scientifique en neurosciences des addictions dans le cadre d'événements (fête de la Science, semaine du cerveau) et de projets innovants (programmes Apprentis chercheurs et média numérique Maad Digital) s'adressant aux jeunes, aux familles et aux enseignants (soutenus par l'Education nationale et la MILDECA) (voir axe 1).

Le potentiel de recherche clinique et thérapeutique sur les substances psychoactives et les conduites addictives demeure toutefois encore trop modeste, en particulier sur l'alcool, et devra bénéficier d'une meilleure coordination stratégique et de moyens dédiés.

Dans ce contexte, le soutien apporté ces dernières années à la recherche en sciences humaines économiques et sociales (via notamment les contrats doctoraux MILDECA EHESS, le Réseau Sciences Sociales Drogues et société D3S de l'EHESS, le réseau européen ERANID) sera maintenu pour répondre aux besoins exprimés par les acteurs publics et les professionnels du secteur : analyses comparatives des législations ; évaluations d'interventions en prévention, de soin ; demandes d'évaluation médico-économiques, etc. C'est toute la dynamique engagée ces dernières années qui sera ainsi poursuivie pour promouvoir la thématique des addictions à l'agenda national de la recherche et doter les chercheurs de moyens suffisants.

La recherche constitue donc un axe transversal important du plan de mobilisation contre les addictions. Les orientations proposées sont ainsi directement rattachées aux objectifs prioritaires du plan. Elles ont également vocation à accompagner la programmation de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT).

La diffusion et l'appropriation des connaissances scientifiques sur ces sujets sont indispensables pour favoriser une culture commune, pour lutter contre les préjugés, relativisme et autres idées reçues. A ce titre, l'objectif 3.4, visant à rendre les connaissances scientifiques sur les addictions accessibles aux jeunes sera également renforcé en direction des adultes et du grand public, en partenariat avec les acteurs nationaux et régionaux de culture scientifique.

Ces dispositions contribuent à la construction d'un discours public clair et partagé (cf. axe 1, Priorité 1 : Eclairer pour responsabiliser) et à l'efficacité actuelle et future de l'action publique.

PRIORITÉ 15

Rapprocher science, décision politique et citoyens

15

La MILDECA et l'OFDT bénéficient d'un positionnement privilégié pour accélérer le transfert de connaissances et leur appropriation par les décideurs, les professionnels et les citoyens. Depuis 2013, la MILDECA soutient prioritairement des expertises (expertises collectives Inserm sur les adolescents et l'alcool, évaluation des salles de consommation à moindre risque, étude « argent de la drogue »), évaluations ou recherches actions directement utiles à l'amélioration de l'action publique en matière de prévention, soin, réponse judiciaire ou lutte contre le trafic.

Dans la continuité de cette démarche, **la MILDECA, l'OFDT et le ministère de la Recherche animeront un rendez-vous interministériel régulier propice à une meilleure programmation et diffusion des connaissances. Les interfaces interministérielles « science - décideurs » seront thématiques par grands domaines de l'action publique**, en réponse aux priorités déterminées dans le présent plan (science et réponse pénale, science et lutte contre le trafic, science et prévention à l'école).

Les principaux enjeux de cette mesure sont les suivants :

- diffuser et partager avec les ministères concernés les connaissances scientifiques ;
- élaborer avec les ministères concernés des « commandes interministérielles » d'expertises ou d'évaluations d'impact répondant aux lacunes et besoins en connaissances dans les différents domaines de l'action publique ;
- favoriser l'organisation conjointe avec les ministères concernés d'événements propices au partage et au transfert de connaissances (colloques, consultations publiques, débats et conférences de consensus).

15.1

OBJECTIF 15.1

RESSERRER LES LIENS ENTRE CHERCHEURS, DÉCIDEURS, PROFESSIONNELS ET CITOYENS

- 1 Mettre en place une interface interministérielle « science – décideurs ».
- 2 Renforcer au niveau national et territorial l'offre de culture et de médiation scientifique sur les addictions pour diffuser et rendre accessibles au grand public les connaissances scientifiques (Jouer à Débattre, Maad digital).
- 3 Inscrire la thématique des addictions dans les événements scientifiques nationaux (fête de la Science, Semaine du cerveau) et dans le cadre de la programmation des « centres de science, centres de culture scientifique, technique et industrielle (CCSTI) ».

15.2

OBJECTIF 15.2

RENFORCER LE PILOTAGE ET L'INVESTISSEMENT DANS LA RECHERCHE SUR LES ADDICTIONS

- 1 Mandater le ministère de la Recherche en tant que pilote stratégique de la recherche sur les drogues et les conduites addictives (convention bilatérale MILDECA MESR).
- 2 Positionner la thématique des addictions à l'agenda des stratégies des opérateurs.
- 3 Accroître la part de la thématique « addictions » dans le cadre des appels à projet nationaux : ANR, ANRS, ANSM, IRESP, INCA, programme hospitalier de recherche clinique (PHRC).
- 4 Favoriser la concentration de la demande en redirigeant les appels à projets concernant la recherche sur les addictions vers l'ANR et en étudiant la possibilité d'un fléchage de la thématique dans le cadre de la programmation d'un ANR dédié (cf. programme ANR Santé mentale et Addictions « SA-MENTA » 2012 et 2013).
- 5 Encourager la structuration de la recherche sur l'alcool dans le cadre de la stratégie nationale de santé et du programme national de recherche en santé publique (prendre appui sur les recommandations en recherche de l'expertise Inserm Alcool à paraître en 2019).

PRIORITÉ 16

16

Elargir les connaissances dans tous les domaines de l'action publique

Afin de renforcer la qualité des réponses publiques sur l'ensemble des champs interministériels impliqués dans la mobilisation contre les consommations et les addictions, il convient de susciter l'acquisition de nouvelles connaissances dans plusieurs domaines clés.

Renforcer les connaissances sur les usages et les trajectoires de consommation et mettre en évidence l'impact des facteurs environnementaux, de l'offre de soin sur les trajectoires de dépendance et de soin.

Les travaux en épidémiologie sont essentiels pour mesurer la prévalence des consommations, comprendre les modes de consommation et en mesurer les conséquences sanitaires et sociales. De manière générale, les enquêtes devront prendre en compte les groupes spécifiques tels que les personnes handicapées, les personnes en situation de précarité, les personnes placées sous-main de justice, les migrants etc.

Les données, enquêtes et recherches permettant de mieux appréhender l'influence des facteurs environnementaux (sociaux, culturels, économiques, travail), l'impact de l'offre de prévention et de soin, ou de la régulation sur l'évolution des trajectoires de consommation seront encouragées.

Il s'agira également de mieux identifier les profils à risque en soutenant la recherche fondamentale sur les facteurs de vulnérabilités individuelles (biologiques psychologiques psychiatriques) en particulier sur les aspects cognitifs et émotionnels en jeu depuis l'initiation jusqu'à la dépendance. Les résultats des recherches dans ce domaine doivent contribuer au renforcement du repérage précoce des personnes à risque.

L'ensemble des enquêtes et études devra développer une approche genrée afin de mieux identifier les facteurs de risque ainsi que les trajectoires de dépendance des femmes et des hommes.

La recherche pour mieux prévenir

La recherche en prévention est encore insuffisamment développée. Il conviendrait ainsi de renforcer les connaissances sur l'évolution de l'offre de prévention, sur les modalités de diffusion des pratiques de prévention sur le terrain et sur l'efficacité des stratégies mises en œuvre, en articulation avec le programme national de recherche en santé publique. Il s'agira de poursuivre l'effort engagé pour développer la recherche « interventionnelle » dans le domaine des conduites addictives (appel à projet IRESP « prévention » fléché sur les addictions depuis 2014), visant à accompagner le déploiement de

programmes/interventions efficaces dans des contextes spécifiques (milieu scolaire, travail, etc.). Les dispositifs destinés à valoriser les résultats probants ou prometteurs dans ce domaine seront soutenus (portail Inspire ID, « boîte à outils » destinée aux décideurs et porteurs de projets de territoires...).

En parallèle, il serait utile de disposer de recherches régulièrement actualisées sur les représentations sociales, les stratégies marketing et d'influence pour optimiser les réponses publiques en matière de prévention. Les enquêtes sur la perception des risques associés à la consommation d'alcool et de cannabis seront essentielles pour adapter les messages notamment en direction des jeunes. Les études démontrent en effet que la perception des risques est inversement proportionnelle à la prévalence de la consommation chez les jeunes⁹⁵.

Les recherches sur les pratiques de consommation en lien avec le travail, leur motivation (usage en tant que réponse aux enjeux de performance), les représentations et la perception de la médecine du travail et de l'encadrement sur la question des drogues au travail seront également utiles pour adapter la prévention aux spécificités de cet environnement (cf. Priorité 5 : Faire de la lutte contre les conduites addictives une priorité de la santé au travail).

La recherche pour mieux réduire les risques, soigner et améliorer l'accès aux soins

Les efforts engagés pour renforcer la recherche clinique et thérapeutique sur les conduites addictives, en lien avec les centres d'investigation et de recherche clinique, les réseaux hospitalo-universitaires d'addictologie et les structures médico-sociales seront poursuivis.

Les recherches cliniques (recherches thérapeutiques sur de nouvelles molécules ou molécules anciennes dans de nouvelles indications ; pharmacogénétique) dans le domaine des addictions aident à mieux comprendre ces pathologies pour proposer des traitements et une prise en charge efficaces. Dans ce domaine, il est essentiel d'encourager la recherche translationnelle i.e. impliquant des collaborations étroites entre cliniciens, chercheurs fondamentalistes, comportementalistes et psychologues, dans un contexte où peu d'équipes de recherche clinique se consacrent exclusivement aux addictions, en particulier à la recherche clinique sur l'alcool, le tabac ou le cannabis.

La création d'un réseau de recherche sur l'alcool (le réseau REUNIRA porté par l'Inserm), conformément à une recommandation de la Cour des comptes, devrait à cet égard avoir un effet de levier important dans les années à venir pour le développement de la recherche clinique sur l'alcool.

En parallèle, les recherches permettant d'améliorer l'articulation entre l'offre médico-sociale, l'offre de soins et la demande de soins des usagers seront encouragées. Les évaluations d'impact des différents dispositifs de réduction des risques, des différentes prises en charge sont en effet essentielles pour améliorer l'adéquation de l'offre sanitaire et médico-sociale aux besoins des patients.

La recherche pour adapter la réponse pénale

Le renforcement des connaissances est particulièrement important dans le contexte actuel d'interrogation sur l'efficacité des réponses pénales : impact social désastreux des trafics dans certains quartiers, prévalences des consommations en hausse pour certains produits, évolutions des modes de consommations et des représentations, mutations des formes de trafics.

95 Johnston, L.D., P.M. O'Malley et.al. Monitoring the Future: Overview: Key Findings on Adolescent Drug Use, Université du Michigan, 2015

Une étude de l'observatoire national de la délinquance et des réponses pénales (ONDRP) de 2013 indique que, pour 38 % des personnes de 14 ans et plus, les phénomènes liés à la drogue constituent une forme de délinquance qu'il faudrait traiter en priorité dans la société française après les violences (43 %) et les vols (38 %). Cette priorité donnée par les Français à la lutte contre le trafic et la consommation de drogue nécessite une réponse pénale renouvelée.

Il conviendra de poursuivre et d'améliorer ce type d'enquête en population générale afin d'objectiver le sentiment d'insécurité dans les quartiers et les conséquences sociales de l'emprise de la drogue.

Les évaluations de l'impact des mesures judiciaires feront l'objet d'une réflexion et d'une animation scientifique à part entière dans le cadre de l'interface « Science-Décideurs » avec le ministère de la Justice, la Mission de recherche Droit et Justice (GIP Justice) et l'OFDT pour inciter au développement de méthodes adaptées, et, plus généralement, à l'adoption d'une culture de l'évaluation d'impact des réponses judiciaires s'inspirant des méthodes mises en place dans les pays anglo-saxons.

La recherche pour réduire l'offre et améliorer la lutte contre le trafic

Les recherches dans ce domaine doivent permettre de mieux appréhender la structuration de l'offre de drogues illicites (culture, production marchés et distribution), le trafic et le détournement, la criminalité (crime organisé, blanchiment de capitaux, questions de sécurité) et l'application de la loi.

Améliorer la surveillance sur les nouveaux produits psychoactifs (NPS)

Il conviendra de développer la surveillance sur l'offre de nouvelles substances psychoactives (NSP). Les NSP recouvrent une variété importante de substances psychoactives, qu'il s'agisse de médicaments, de plantes ou des nouveaux produits de synthèse (NPS). En janvier 2017, 284 NSP ayant circulé au moins une fois en France ont déjà été recensées et plus de 600 dans l'Union européenne. Leur consommation reste rare mais semble se développer. L'obtention de données sur les NSP s'appuyant sur le dispositif SINTES et les signaux sanitaires du réseau d'addictovigilance (CEIP-A) devra être améliorée.

L'enjeu est également d'assurer une surveillance et un encadrement du commerce licite des précurseurs chimiques afin d'éviter des détournements par les organisations criminelles pouvant conduire à la fabrication clandestine de drogues de synthèse (ecstasy, MDMA, LSD etc.) ou de nouvelles substances psychoactives comme les cannabinoïdes de synthèse ou les cathinones.

16.1

OBJECTIF 16.1

ELARGIR LES CONNAISSANCES SUR LES USAGES ET LES TRAJECTOIRES DE CONSOMMATION

- 1 Ouvrir les dispositifs d'observation et d'enquête existants aux addictions comportementales (jeux vidéo, écrans).
- 2 Promouvoir des recherches sur les trajectoires de consommateurs de cannabis : déterminants des risques de troubles psychiatriques (facteurs génétiques, âge, précocité d'exposition).
- 3 Comprendre les mécanismes des sorties spontanées de la consommation.
- 4 Renforcer les connaissances sur le mésusage des médicaments antalgiques opioïdes.
- 5 Documenter davantage les conduites dopantes en France : consommations, milieux et perspectives.

16.2

OBJECTIF 16.2

ELARGIR LES CONNAISSANCES POUR MIEUX PRÉVENIR

- 1 Renforcer les moyens alloués à la recherche interventionnelle dans le cadre des appels à projets du Fonds Tabac, en particulier pour évaluer la qualité des interventions de prévention en milieu scolaire et professionnel.
- 2 Renforcer les moyens alloués à l'accompagnement et au transfert de connaissances pour des interventions de prévention de meilleure qualité (soutien à la mise en place de centres de référence « CERRESP-Inserm » par exemple).
- 3 Renforcer le vivier de chercheurs en sciences humaines économiques et sociales, en particulier en sciences comportementales afin d'optimiser les stratégies de santé publique en matière de prévention des conduites addictives (appel à contrats doctoraux EHES, programme de soutien doctoral en marketing social porté par l'EHESP).

OBJECTIF 16.3

ELARGIR LES CONNAISSANCES POUR MIEUX RÉDUIRE LES RISQUES ET SOIGNER

16.3

- 1 Mieux documenter le coût efficacité des politiques et des interventions.
- 2 Evaluer l'offre de prise en charge et l'offre de réduction des risques (coût-efficacité des dispositifs) ainsi que les déterminants du maintien ou de l'échec du maintien dans certains dispositifs.
- 3 Approfondir les connaissances sur les conséquences de l'usage sur la santé (santé mentale, maladies infectieuses, morbidité liée aux mésusages, autres conséquences somatiques).
- 4 Etudier la perception des risques associés à l'alcool et au cannabis
- 5 Structurer la recherche sur les cannabinoïdes à usage thérapeutique, par la mise en place d'un réseau de recherche pluridisciplinaire⁹⁶.
- 6 Améliorer la robustesse et la comparabilité des données de mortalité (mesures des overdoses en particulier)

OBJECTIF 16.4

ELARGIR LES CONNAISSANCES DANS LE CHAMP DE LA RÉPONSE PÉNALE

16.4

- 1 Animer une réflexion sur la méthodologie des évaluations d'impact dans le champ judiciaire (recueil de données, transposabilité des méthodes pour favoriser des comparaisons internationales, etc.).
- 2 Evaluer les modifications du cadre législatif dans les pays étrangers.
- 3 Etudier plus précisément le lien entre consommation de produits psychoactifs et délinquance.
- 4 Evaluer l'impact de la réponse judiciaire à la délinquance liée aux conduites addictives.

⁹⁶ En permettant de réunir des compétences scientifiques complémentaires (épidémiologie, fondamentale, clinique, santé publique, sciences économiques humaines et sociales), un tel réseau favoriserait l'avancement de la recherche fondamentale, translationnelle et clinique sur les applications thérapeutiques des cannabinoïdes. Cet outil structurant pour la communauté des chercheurs devrait également favoriser la diffusion des connaissances auprès des professionnels de la santé, mais également des décideurs et du grand public.

16.5

OBJECTIF 16.5

ELARGIR LES CONNAISSANCES DANS LE CHAMP DE LA RÉDUCTION DE L'OFFRE ET DE LA LUTTE CONTRE LE TRAFIC

- 1 Mettre en place un dispositif de transmission d'échantillons de nouveaux produits de synthèse entre les laboratoires du service commun des laboratoires de la Direction générale de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) et de la douane, d'une part, et ceux de la police et de la gendarmerie, d'autre part, afin d'enrichir une base de données NPS commune ou un accès à la base de données nationales STUPS et d'améliorer le recueil des données ainsi que les capacités d'analyse en la matière.
- 2 Prévoir l'insertion d'un volet addiction dans l'enquête cadre de vie sécurité de l'INSEE / Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales (ONDRP).
- 3 Développer les recherches suivant les relations entre la criminalité organisée internationale et les produits illicites (stupéfiants, contrebande tabac/alcools, phénomène des « mules » en Guyane, contrefaçons, etc.).
- 4 Développer des recherches sur les liens qui peuvent exister entre trafic de drogues et terrorisme ; la production et l'offre de cannabis en Europe et en France ; la consommation d'héroïne en France (mutation de l'offre, nouveaux publics, nouvelles routes d'acheminement) ; le trafic des produits de la coca ; le trafic de stupéfiants et les nouvelles technologies ; le sentiment d'insécurité lié aux drogues.

AXE 5

**UN IMPÉRATIF :
OBSERVER
ET AGIR AUSSI
AU-DELÀ DE
NOS FRONTIÈRES**

Dans son dernier rapport mondial, l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) estime que 29,5 millions de personnes - soit 0,6 % de la population adulte mondiale - ont eu des problèmes de consommation et souffraient de troubles liés à la consommation de stupéfiants, y compris de dépendance.

Les modes de consommation évoluent rapidement : d'une part la polyconsommation, notamment la combinaison de drogues illicites, d'alcool et de médicaments est devenue le mode de consommation dominant en Europe et, d'autre part, l'apparition continue de nouvelles drogues de synthèse et leur disponibilité croissante sur Internet posent un défi majeur tant pour la santé que pour les services de contrôle. Des phénomènes nouveaux, comme les récentes épidémies d'overdoses liées à la consommation d'opioïdes de synthèse et notamment de fentanyl en Amérique du Nord, appellent toute notre vigilance.

La culture illicite, le trafic et la consommation de drogues trouvent aussi leurs racines dans la pauvreté, le sous-développement et la vulnérabilité des personnes. La production de coca ou de pavot à opium est parfois la seule source de revenu possible pour les populations locales. Dans ces régions où le marché économique est souvent atrophie et les infrastructures nécessaires au commerce inexistantes, la drogue peut apparaître comme la seule opportunité économique possible. Développement économique d'une part, sécurité et bien-être des personnes, d'autre part, sont intimement liés.

Les évolutions législatives dans certains pays, notamment sur le continent américain, témoignent des hésitations de nos sociétés entre la recherche d'une certaine liberté individuelle, la nécessité d'assurer une protection efficace des jeunes et la volonté de réduire la charge qui pèse sur toute la chaîne pénale. Ces expériences de légalisation de l'usage récréatif de cannabis témoignent également du questionnement à l'échelle mondiale sur le cadre légal le plus favorable à une réduction des dommages sanitaires et sociaux, sachant que la politique menée par un pays a des répercussions directes sur d'autres.

La France promeut une position globale pour l'ensemble des conduites addictives, visant l'équilibre entre les mesures de prévention, de soins et réduction des risques pour les usagers et de lutte contre les trafics et la criminalité. Elle promeut cette approche multidisciplinaire, ayant comme clé de voûte le respect des droits de l'Homme, dans toutes les instances internationales et dans ses relations bilatérales.

Elle insiste sur la nécessité d'une approche fondée sur les preuves et sur le transfert des connaissances scientifiques. L'échange de bonnes pratiques et d'expériences reste un outil essentiel.

Le développement des nouvelles substances psychoactives (NPS) et la disponibilité croissante des drogues sur la toile sont deux exemples qui illustrent l'importance du « faire ensemble ».

Aucun pays ne peut, seul, faire face à ces enjeux : c'est à travers l'échange et la coopération que nous pourrions progresser collectivement.

C'est la raison pour laquelle la France doit poursuivre son engagement avec ses partenaires européens sur la scène mondiale, afin d'appuyer des politiques fondées sur les preuves et adaptées aux contextes, tant en matière de prévention que de soins et de réduction des risques. Il convient également de renforcer la lutte contre les trafics de stupéfiants, avec une coopération internationale dense et efficace.

Les objectifs et mesures relatifs au renforcement de la coopération internationale en matière de lutte contre le trafic sont détaillés dans l'axe 3 (cf. Priorité 13 : Renforcer la coopération internationale en matière de lutte contre les trafics).

PRIORITÉ 17

17

Promouvoir sur la scène internationale une politique de lutte contre les drogues équilibrée

Mettre en œuvre les recommandations opérationnelles de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies (SEAGNU)

Le document final de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies (SEAGNU) consacrée au problème mondial de la drogue, qui s'est tenue en avril 2016, prône une démarche globale, intégrée et équilibrée : la communauté internationale préconise désormais une réponse axée sur la protection de la santé et le respect des droits de l'Homme, tout en réaffirmant son engagement à lutter contre la production et le trafic de stupéfiants. Cette déclaration insiste également sur l'importance d'appuyer l'élaboration des politiques publiques sur des résultats scientifiques et sur des données fiables, objectives et pertinentes.

Un débat ministériel sera organisé en marge de la 62^e session de la Commission des stupéfiants, en 2019, afin de faire le bilan de l'application des engagements communs pris pour aborder et combattre le problème mondial de la drogue. L'Union européenne a d'ores et déjà engagé les travaux au sein du Groupe horizontal drogue, afin de parvenir à une position commune sur les objectifs pour la future stratégie mondiale.

17.1

OBJECTIF 17.1

PORTER UNE POLITIQUE GLOBALE ET ÉQUILBRÉE, RESPECTUEUSE DES DROITS DE L'HOMME, DANS LES RELATIONS BILATÉRALES ET DANS TOUTES LES INSTANCES MULTILATÉRALES

- 1 Réaffirmer l'importance de mener des politiques globales et équilibrées, respectueuses des droits de l'Homme, comportant des mesures efficaces de prévention, de soins, de réduction des risques et des dommages, et fermement engagées contre les trafics et la criminalité organisée.
- 2 Rappeler l'opposition constante et déterminée à la peine de mort, en tous lieux et en toutes circonstances, et exhorter tous les États appliquant encore ce châtiment inhumain à établir un moratoire en vue d'une abolition définitive. Condamner les exécutions extrajudiciaires appliquées pour des infractions liées à la législation sur les stupéfiants.
- 3 Encourager la coopération entre les instances onusiennes compétentes sur les questions de drogues et addictions et notamment entre l'ONUDC, l'OMS, l'ONUSIDA et le PNUD. Renforcer également les synergies avec le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

17.2

OBJECTIF 17.2

PRÉSERVER LE CADRE INTERNATIONAL DE COOPÉRATION

- 1 Promouvoir la mise en œuvre des trois Conventions internationales relative au contrôle des drogues (1961, 1971, 1988).
- 2 Inciter l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS) à expliquer davantage les possibilités offertes par ces trois conventions, notamment en matière de non-criminalisation de l'usage, de mesures alternatives à l'incarcération pour usage de stupéfiants et des politiques en matière de réduction des risques.

17.3

OBJECTIF 17.3

FAVORISER LA COOPÉRATION AVEC LA SOCIÉTÉ CIVILE

- 1 Inciter les pays et les institutions internationales à entretenir un dialogue constructif avec les ONG. Promouvoir un travail commun des institutions et des associations sur le terrain. Favoriser la tenue de débats libres et l'implication de la presse.

OBJECTIF 17.4

INTÉGRER DAVANTAGE LA QUESTION DES DROGUES DANS L'AIDE AU DÉVELOPPEMENT

17.4

- 1 Promouvoir et mettre en œuvre, en étroite collaboration avec les pays bénéficiaires, des projets destinés à renforcer la résilience économique des agriculteurs dans les pays de production de pavot à opium et de coca, notamment dans le cadre des programmes de développement alternatif.
- 2 Soutenir des campagnes de prévention, à l'image de la campagne Listen first de l'ONUDC, lancée par la France, la Suède, l'ONUDC et l'OMS en 2016 et qui a touché plus de 60 millions de personnes.
- 3 Favoriser l'accès aux soins et aux traitements pour les usagers de drogues des régions prioritaires. Développer et faciliter l'accès aux programmes de réduction des risques.

OBJECTIF 17.5

PROMOUVOIR LA COLLECTE DE DONNÉES OBJECTIVES, FIABLES ET COMPARABLES

17.5

- 1 Inciter les pays à développer ou renforcer les observatoires nationaux en matière de conduites addictives afin de disposer d'une photographie claire de la situation.

18

PRIORITÉ 18

Porter au niveau européen une approche globale en matière de conduites addictives

Les politiques actuelles, tant au niveau européen qu'international, séparent nettement les drogues illicites du tabac et de l'alcool. A l'instar de la France, certains pays (Allemagne, Portugal, République tchèque) ont néanmoins développé des approches nationales intégrées de prévention et de soins englobant l'ensemble des conduites addictives.

En effet, les déterminants individuels, sociaux et environnementaux favorables au développement des conduites addictives sont les mêmes, qu'il s'agisse de tabac, d'alcool, de stupéfiants, ou d'usage excessif de jeux ou d'écrans.

Dès lors, pour prévenir les addictions, il est essentiel de créer un environnement favorable à la santé, celle-ci étant considérée, selon la définition de l'OMS, comme un état complet de bien-être physique, mental et social. Une conception élargie et scientifique de la prévention, dès le plus jeune âge, et qui inclut le renforcement des compétences psychosociales, est nécessaire (cf. Axe 1 : Une prévention pour tous et tout au long de la vie).

Notre action s'inscrit ainsi dans le cadre du Programme de développement durable à l'horizon 2030, adopté par les chefs d'Etat et de gouvernement en septembre 2015 et, en particulier, dans le droit fil du troisième objectif visant à « permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge ». Deux cibles de cet objectif concernent plus précisément les conduites addictives : « renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances psychoactives, notamment de stupéfiants et d'alcool » et « renforcer dans tous les pays, selon qu'il convient, l'application de la Convention cadre de l'Organisation mondiale pour la Santé pour la lutte anti-tabac ».

OBJECTIF 18.1

PROMOUVOIR L'APPROCHE GLOBALE DES CONDUITES ADDICTIVES AUPRÈS DES INSTANCES EUROPÉENNES

18.1

- 1 Favoriser la prise en compte dans la future Stratégie drogue de l'UE d'une approche portant sur les conduites addictives, la stratégie 2013-2020 arrivant prochainement à échéance.
- 2 Promouvoir l'élargissement du champ de compétences de l'European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) à l'ensemble des conduites addictives, afin de disposer d'un état des lieux complet de la situation épidémiologique au sein de l'UE.
- 3 Inciter l'Union européenne à inclure la dimension des conduites addictives dans la mise en œuvre des Objectifs du développement durable (ODD) et en particulier de l'objectif relatif à la santé et au bien-être.

OBJECTIF 18.2

RENFORCER LA COOPÉRATION EUROPÉENNE EN MATIÈRE D'ALCOOL ET DE TABAC

18.2

- 1 Porter une initiative visant à l'harmonisation et à l'augmentation de la fiscalité du tabac au niveau européen afin de limiter les distorsions de concurrence au sein du marché intérieur. Réduire la quantité de tabac pouvant être achetée par un particulier dans un autre Etat membre.
- 2 Inciter la Commission à proposer une nouvelle stratégie européenne sur l'alcool pour lutter contre les usages problématiques (l'Union européenne s'était dotée d'une Stratégie sur l'alcool qui est arrivée à terme en 2013 et qui n'a pas été renouvelée).

OBJECTIF 18.3

SOUTENIR LA DIFFUSION D'INFORMATIONS SCIENTIFIQUES SUR LA PRÉVENTION, Y COMPRIS SUR LA TOILE

18.3

- 1 Sur la base de l'initiative "Listen first" lancée par la France, la Suède, l'ONUDC et l'OMS, accroître le soutien de l'UE à la prévention fondée sur la science et aux projets centrés autour de l'écoute bienveillante des adultes vis-à-vis des plus jeunes.
- 2 Promouvoir au niveau européen les initiatives innovantes d'éducation scientifique (apprentis chercheurs, média numérique d'information scientifique, MAAD Digital) dont l'objectif est de favoriser la diffusion auprès des jeunes, de leurs parents et des enseignants des connaissances scientifiques récentes sur les mécanismes d'addictions.

AXE 6

**MOBILISER
DANS LES
OUTRE-MER**

19

PRIORITÉ 19

Adapter les priorités du plan aux particularités ultramarines

Des substances licites plus accessibles mais des consommations moindres qu'en métropole

En matière de substances licites, les départements d'outre-mer disposent d'un régime spécifique concernant la fiscalité applicable aux produits du tabac (art. 268 du code des douanes). En ce qui concerne l'alcool, si les taxes sur les boissons alcoolisées importées (vins et champagnes notamment) sont plus importantes dans les DOM du fait de l'existence de « l'octroi de mer », le rhum, reposant historiquement et économiquement sur une production locale importante, est une boisson courante qui est moins taxée que ne le sont les alcools dans l'Hexagone (cf. mesure 4.3.4).

Pour autant, malgré des facteurs de risque en matière d'addiction plus élevés - grande accessibilité du produit, forte proportion de jeunes notamment en Guyane et à La Réunion, difficultés socio-économiques -, le tabagisme quotidien à l'adolescence comme à l'âge adulte, apparaît nettement plus faible dans les DOM que dans l'hexagone, à l'exception de La Réunion. Il en est de même pour l'alcool, pour lequel les niveaux d'usage mesurés dans les DOM sont tous inférieurs à ceux de l'hexagone, tant en population adolescente qu'adulte. Toutefois ceci ne rend pas compte de réalités infra-régionales ni de celles de certaines populations confrontées à des difficultés particulières.

Des substances illicites très disponibles qui déstabilisent la société ultra-marine

Les départements français d'Amérique, par leur situation géographique, entre les zones de production (Amérique du sud et centrale) et celles qui constituent les grandes destinations du trafic (Amérique du nord et Europe), se révèlent des lieux stratégiques de transit, de négoce et de stockage pour des produits comme le cannabis et la cocaïne. Ces territoires, dotés en outre d'aéroports internationaux, représentent des zones rebond en direction des marchés européens. Enfin, l'importance du trafic inter-îles d'herbe de cannabis mérite d'être particulièrement soulignée.

Les îles de La Réunion et Mayotte sont confrontées à des phénomènes spécifiques de consommation croissante de substances psychotropes (médicaments et cannabis à la Réunion, cannabis et cannabinoïdes de synthèse à Mayotte), dont il est cependant difficile de mesurer l'impact. Il en est de même dans la zone Pacifique où la consommation habituelle d'herbe de cannabis est désormais concurrencée par la diffusion de méthamphétamine (ICE) alors que se développent les flux internationaux de cocaïne transitant par la zone économique exclusive de Polynésie.

Pour autant, les niveaux d'expérimentation mesurés dans les DOM montrent que le cannabis est globalement moins diffusé que dans l'hexagone, notamment en Guadeloupe, où son expérimentation est deux fois moindre en population adulte. Les départements de La Réunion et de la Martinique, quant à eux, se démarquent des autres DOM par des usages réguliers de cannabis comparables à ceux de la métropole. Les différents dispositifs d'intervention auprès des adolescents, comme les consultations jeunes consommateurs (CJC), décrivent des situations d'abus ou de dépendance particulièrement marquées parmi la population accueillie, notamment en ce qui concerne le crack. La fragilité des dispositifs d'addictovigilance et d'accueil des usagers ne permet pas le recueil exhaustif des données de consommation et d'abus.

Malgré des niveaux de consommation contrastés, il apparaît nécessaire d'avoir un engagement fort contre les addictions en raison :

- d'une population jeune exposée aux conséquences nocives des consommations : violences⁹⁷, notamment intrafamiliales⁹⁸ et mortalité routière supérieures à ceux de l'hexagone⁹⁹ ;
- des trafics de stupéfiants qui exercent une attraction croissante sur la jeunesse, attirée par un gain facile et rapide et qui sont au cœur des actions de coopération avec les autres Etats de la zone.

Si les Outre-mer ont fait l'objet de plusieurs plans et directives¹⁰⁰, la mobilisation nationale s'est poursuivie, notamment via les assises des Outre-mer. Tout en prenant en compte la réalité de chaque territoire, elle visera à consolider les structures de soin et de prévention (Priorité 6 : Construire des parcours de santé à partir d'un premier recours consolidé et d'une offre de soins spécialisée mieux structurée), y compris en milieu scolaire, les compétences des professionnels avec une attention particulière au soutien à la parentalité (cf. Priorité 3 : Faire grandir nos enfants dans un environnement protecteur) et au diagnostic précoce du syndrome d'alcoolisation fœtale (cf. Priorité 2 : Protéger l'enfant à naître de l'exposition aux substances psychoactives pendant la grossesse et améliorer les prises en charge).

97 En 2017, à Mayotte et dans les trois départements français d'Amérique, le nombre de vols violents pour 1000 habitants est nettement supérieur à ce qu'on observe en métropole. Avec 7,7 vols pour 1 000 habitants en 2017, la Guyane est le département le plus concerné, suivi de Mayotte (3,3), de la Guadeloupe (3,3) et de la Martinique (2,1). A la Réunion, le nombre de victimes est égal à la moyenne métropolitaine (1,4)- source SSMI-Insécurité et délinquance en 2017 : premier bilan statistique.

98 Cf. rapport du Conseil économique et social de mars 2017 sur les violences faites aux femmes.

99 Alors que la mortalité augmente de + 0,5 % entre 2015 et 2016 en métropole, elle augmente de + 15 % dans les départements d'outre-mer. Cette hausse est liée à celles enregistrées en Guadeloupe (de 40 tués en 2015 à 57 en 2016) et en Guyane (de 28 tués en 2015 à 37 en 2016). Depuis 2010, la baisse de la mortalité n'atteint que 1,7% outre-mer alors qu'elle de 12,9% en métropole. Sur 2012-2016, 34 % des personnes tuées dans les DOM le sont dans un accident avec un conducteur au taux d'alcoolémie supérieur ou égal à 0,5 g/l et 36 % avec un conducteur positif aux stupéfiants (contre respectivement 30 % et 22 % en métropole). Ces taux sont de 43 % et 39 % en Martinique.

100 Plan de mobilisation renforcé contre la délinquance en juin 2016 avec une déclinaison spécifique pour Mayotte, circulaires pénales pour la Guyane, la Guadeloupe qui identifie la lutte contre le trafic de stupéfiants comme priorité, la stratégie nationale de santé comprenant un volet outre-mer, plan jeunesse outre-mer etc... Le plan pour la Guyane du 21 avril 2017, la stratégie 2025 pour Mayotte et les assises de l'Outre-mer en cours soulignent l'attention portée aux départements d'outre-mer.

19.1

OBJECTIF 19.1

LUTTER CONTRE TOUTES LES FORMES DE DÉLINQUANCE LIÉES À LA CONSOMMATION ET AUX TRAFICS DE PRODUITS PSYCHOTROPES

- 1 Agir de façon ambitieuse contre la conduite sous l'emprise de l'alcool et après usage de stupéfiants.
- 2 En lien avec le CIFAD, opérateur de la MILDECA, favoriser le travail partenarial avec les autorités des pays cibles (financement des actions de la Direction de la Coopération Internationale, de la douane ou de l'OCRTIS notamment en Colombie ou en République Dominicaine) et les îles de l'arc antillais.
- 3 Renforcer la lutte contre le trafic inter-îles dans les Antilles et encourager l'élaboration d'un projet de type ALCORCA au profit des petites Antilles.
- 4 Diminuer l'impact des trafics en provenance d'Amérique du sud et adopter une stratégie nationale de lutte contre le phénomène des « mules » en lien avec les partenaires régionaux.
- 5 Trouver une solution pour le traitement des navires interceptés et abandonnés suite à une opération de police en mer.

19.2

OBJECTIF 19.2

MIEUX MESURER LES NIVEAUX ET IMPACTS DES CONSOMMATIONS

- 1 Améliorer la connaissance des consommations de substances psychoactives dans les départements d'Outre-mer (DOM) : par la mise en place de dispositifs de recueil par l'OFDT en Guyane et à La Réunion-Mayotte, le développement des études qualitatives dans les DOM notamment via le déploiement de l'enquête HBSC (collège) ou ESPAD, enquêtes spécifiques en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie, la mise en œuvre d'un volet Outre-mer pour l'enquête cadre de vie-sécurité INSEE.

DE LA DÉFINITION DES PRIORITÉS À L'ACTION INTERMINISTÉRIELLE ET TERRITORIALE

Le plan national de mobilisation contre les addictions : ce sont 6 axes, 19 priorités et plus de 200 mesures. C'est ainsi l'ambition de répondre à des défis importants : la santé et l'espérance de vie, la réussite scolaire et académique ainsi que l'insertion sociale et professionnelle, la justice sociale, la sécurité au quotidien, le mieux vivre ensemble au sein de la société et la limitation du coût social.

Sa mise en œuvre nécessite une mobilisation importante de la quasi-totalité des départements ministériels, aux niveaux national et territorial, et de leurs opérateurs (en particulier, des agences sanitaires et des organismes de protection sociale). Ils imposent également d'associer plus largement, en particulier les collectivités locales.

La bonne mise en œuvre des mesures du plan national nécessite tout d'abord de poursuivre, sur toute la durée du plan, le dialogue et le partenariat entre les ministères. Des comités de pilotage seront constitués ad hoc pour le pilotage de réformes complexes.

Par ailleurs, les représentants locaux de l'Etat – en particulier, les préfets, les recteurs, les directeurs généraux des agences régionales de santé et les procureurs – seront destinataires d'une instruction du Premier ministre les engageant à concourir à la mobilisation nationale contre les addictions. Des circulaires ministérielles préciseront la manière dont ils prendront le relais, territoire par territoire, pour traduire les orientations du plan en priorités et mesures locales, en associant étroitement les collectivités locales. Les ministères seront invités à mettre chaque année à l'agenda des regroupements nationaux des réseaux territoriaux la question des addictions.

Les sujets nécessitant un engagement interministériel marqué, tels que l'effectivité de l'interdiction de vente aux mineurs de l'alcool, du tabac et des jeux d'argent, l'accompagnement de la vie festive en milieu rural et urbain ou la prévention de la délinquance et la sécurité publique, feront l'objet d'un pilotage local par les préfets, dans le cadre de feuilles de route régionales formalisées dès 2018.

Le système résultant de cette nouvelle gouvernance permet à chacun de jouer pleinement son rôle. Le niveau national définit les grandes orientations de la politique. Il précise les mesures qui s'imposent à l'ensemble du territoire. Il a un rôle dans la mutualisation et le transfert de diverses ressources ainsi que dans l'animation et l'appui aux politiques régionales / locales, portées par l'Etat et les collectivités.

De son côté, la MILDECA consacra davantage de ressources pour faciliter l'action des chefs de projets. D'abord sur le plan des crédits dont elle dispose en sécurisant la part de ses crédits consacrés à leur action. Mais aussi, dès 2018, par l'organisation d'un appel à projets à destination des collectivités locales, pour soutenir une action territoriale globale et innovante en matière de lutte contre les conduites addictives.

Ensuite, afin de renforcer l'animation du réseau territorial de la MILDECA, chaque chargé de mission est désormais référent pour deux ou trois régions afin de :

- Porter le discours public et politique sur les grands enjeux du plan, donner puis rappeler les orientations prioritaires pour engranger rapidement quelques premiers succès durant l'année 2018, selon la logique des « gains rapides » (quick wins), tout en laissant le choix des actions au niveau local ;
- Contribuer au repérage des bonnes pratiques au sein des territoires (organisation, actions, etc.) et assurer leur diffusion nationale.

En vue de les accompagner dans la mise en œuvre des actions, la MILDECA et les ministères mettront également à disposition des acteurs institutionnels et associatifs territoriaux une « boîte à outils » évolutive qui rassemblera l'ensemble des ressources (épidémiologiques, relatives aux pratiques professionnelles, interventions ou programmes efficaces etc.), utiles à l'élaboration et à la mobilisation contre les conduites addictives au sein des territoires.

Le suivi de la mise en œuvre du plan sera resserré. Le comité permanent prévu à l'article D.3411-15 du code de santé publique sera réuni chaque année pour apprécier la mise en œuvre par les pilotes désignés des mesures du plan. L'OFDT aura en charge de renseigner l'évolution des indicateurs et des cibles du plan.

L'évaluation portant sur l'atteinte des résultats sera prévue dès le lancement du plan. Elle sera confiée à un prestataire externe pour mesurer, à mi-étape (afin de l'infléchir le cas échéant) puis, à échéance, l'efficacité de la politique conduite.

LISTE DES SIGLES

AGRASC	Agence de Gestion et de Recouvrement des Avoirs Saisis et Confisqués
ARJEL	Agence de Régulation des Jeux En Ligne
ANACT	Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
API	Alcoolisation Ponctuelle Importante
ALCORCA	Appui à la Lutte Contre la Criminalité Organisée en Région Caraïbes
ANDRH	Association Nationale des Directeurs de Ressources Humaines
ARAMIS	Attitudes, Représentations, Aspirations et Motivations lors de l'Initiation aux Substances psychoactives
CARSAT	Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CNAF	Caisse Nationale des Allocations Familiales
CAARUD	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques des Usagers de Drogues
CSAPA	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CIPDR	Comité Interministériel de Prévention de la Délinquance et de la Radicalisation
CAESC	Comités Académiques d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté
CDESC	Comités Départementaux d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté
CEDEAO	Communauté Économique Des États de l'Afrique de l'Ouest
CJC	Consultation Jeunes Consommateurs
CPOM	Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens
DRAMES	Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances

DASRI	Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux
DIHAL	Délégation Interministérielle à l'Hébergement et à l'Accès au Logement
DOM	Départements d'Outre-Mer
DPC	Développement Professionnel Continu
DRESS	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DARES	Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques
DACG	Direction des Affaires Criminelles et des Grâces
DLPAJ	Direction des Libertés Publiques et des Affaires Juridiques
DGCCRF	Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes
DGGN	Direction Générale de la Gendarmerie Nationale
DGPN	Direction Générale de la Police Nationale
DGRI	Direction Générale de la Recherche et de l'Innovation
DGAFP	Direction Générale de l'Administration et de la Fonction Publique
DGDDI	Direction Générale des Douanes et Droits Indirects
DIRECCTE	Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
DNO	Directive Nationale d'Orientation
EHESP	École des Hautes Études en Santé Publique
ESCAPAD	Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation à la Défense
ELSA	Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie
EPIDE	Établissement Pour l'Insertion Dans l'Emploi
EICCF	Établissements d'Information sur le Conseil Conjugal et Familial
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
ESPAD	European School Project on Alcohol and other Drugs
HSH	Hommes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes
HPST	Hôpital, Patients, Santé et Territoire
IGAS	Inspection Générale de l'Action Sociale
IGF	Inspection Générale des Finances

IGSJ	Inspection Générale des Services Judiciaires
IFSTTAR	Institut Français des Sciences et Technologies des Transports, de l'Aménagement et des Réseaux
Inserm	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Economiques
INHESJ	Institut National des Hautes Études de la Sécurité et de la Justice
INCa	Institut National du Cancer
ITMO	Institut Thématique Multi Organismes
IPM	Ivresse Publique et Manifeste
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MILDECA	Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives
MDA	Maison Des Adolescents
MOOC	Massive Open Online Course
MSO	Médicaments de Substitution aux Opiacés
MDFT	Multidimensional Family Therapy
ODJ	Observatoire Des Jeux
OEDT	Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (voir EMCDDA)
OFDT	Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
ONDRP	Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales
ONISR	Observatoire National Interministériel de la Sécurité Routière
OCRTIS	Office Central de Répression des Trafics Illicites de Stupéfiants
ONUDD	Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économiques
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisations Non Gouvernementales
PMU	Pari Mutuel Urbain
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PIAC	Plate-forme d'Identification des Avoirs Criminels

PAEJ	Point Accueil Écoute Jeunes
PAACT	Processus d'Accompagnement et d'Alliance pour le Changement Thérapeutique
PNUD	Programme des Nations unies pour le Développement
PJJ	Protection Judiciaire de la Jeunesse
RDRD	Réduction Des Risques et des Dommages
SCMR	Salle de Consommation à Moindre Risque
SSMSI	Service Statistique Ministériel de la Sécurité Intérieure
SUMPPS	Services Universitaires de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé
SNCSTI	Stratégie Nationale de Culture Scientifique, Technique et Industrielle
SAF	Syndrome d'Alcoolisation Fœtale
SINTES	Système d'Identification National des Toxiques Et Substances
TROD	Test Rapide d'Orientation Diagnostique
TAPAJ	Travail Alternatif Payé À la Journée
TCAF	Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale
UNESS	Université Numérique En Santé et Sport
UDVI	Usagers de Drogue par Voie Intraveineuse
VHB	Virus de l'Hépatite B
VHC	Virus de l'Hépatite C

ANNEXE : TABLEAU DE BORD DU PLAN NATIONAL DE MOBILISATION CONTRE LES ADDICTIONS

Ce que l'on doit changer

	THÈME	INDICATEUR	SOURCE DES DONNÉES	PÉRIODICITÉ	NIVEAU DE RÉFÉRENCE
1	La perception de la dangerosité des consommations pour la santé	<ul style="list-style-type: none"> Part des Français jugeant dangereux l'usage quotidien d'alcool Part des Français jugeant dangereux l'usage quotidien de tabac Part des 15-24 ans jugeant dangereux le cannabis dès l'expérimentation 	EROPP (OFDT)	Quinquennale (2018, 2023, 2028)	<ul style="list-style-type: none"> Alcool : 74 % en 2013 Tabac : 47 % en 2013 Cannabis : 49 % en 2013
2	Les niveaux de consommation en population générale	<ul style="list-style-type: none"> Usage régulier d'alcool en population générale (15-64 ans) Usage régulier de tabac en population générale (15-64 ans) Usage régulier de cannabis en population générale (15-64 ans) Nombre d'usagers problématiques de drogues illicites en population générale (15-64 ans) 	Baromètre santé (Santé publique France) Estimation OFDT à partir des données RECAP	Quadriennale (2017, 2021, 2025, 2029) Annuel	<ul style="list-style-type: none"> 5 millions de buveurs quotidiens 13 millions de fumeurs quotidiens 700 000 usagers quotidiens de cannabis 280 000 usagers problématiques de drogues illicites

THÈME	INDICATEUR	SOURCE DES DONNÉES	PÉRIODICITÉ	NIVEAU DE RÉFÉRENCE
3	L'âge des initiations	<ul style="list-style-type: none"> Part des jeunes de 17 ans qui n'ont pas expérimenté de boisson alcoolisée Age moyen lors de la première expérimentation de tabac pour les jeunes de 17 ans Age moyen lors de la première expérimentation de cannabis pour les jeunes de 17 ans 	<p>ESCAPAD (OFDT)</p> <p>Triennale (2017, 2020, 2023)</p>	<ul style="list-style-type: none"> 14 % en 2017 14,4 % en 2017 15,3 % en 2017
4	Les niveaux de consommation parmi les collégiens et les lycéens	<ul style="list-style-type: none"> Usage régulier d'alcool à 17 ans Usage régulier de tabac à 17 ans Usage régulier de cannabis à 17 ans Alcoolisation ponctuelle importante (API) dans le mois à 17 ans 	<p>ESCAPAD (OFDT)</p> <p>ENCLASS (OFDT)</p> <p>Triennale (2017, 2020, 2023)</p> <p>Quadriennale (2018, 2022, 2026, 2030)</p>	<p>En 2017 :</p> <ul style="list-style-type: none"> 8 % (> 10 fois par mois) ; 12 % garçons, 5 % filles 25 % fument tous les jours du tabac 7% consomment du cannabis > 10 fois par mois 44 % ont connu un épisode d'API dans le mois
5	L'accessibilité perçue des produits	<ul style="list-style-type: none"> Part des jeunes de 15-16 ans qui n'ont pas consommé d'alcool dans le mois précédant l'enquête déclarant qu'il leur serait facile ou très facile de se procurer des boissons alcoolisées Part des jeunes de 15-16 ans non-fumeurs dans le mois précédant l'enquête déclarant qu'il leur serait facile ou très facile de se procurer du tabac Part des jeunes de 15-16 ans qui trouvent facile d'obtenir du cannabis 	<p>ENCLASS (OFDT)</p> <p>Quadriennale (2018, 2022, 2026, 2030)</p>	<ul style="list-style-type: none"> En 2015, 76 % pour l'alcool En 2015, 59 % En 2015, 41 %

THÈME	INDICATEUR	SOURCE DES DONNÉES	PÉRIODICITÉ	NIVEAU DE RÉFÉRENCE
6	L'attention portée aux consommations pendant la grossesse	<ul style="list-style-type: none"> Part des femmes ayant reçu la recommandation de ne pas consommer d'alcool et d'arrêter de fumer pendant leur grossesse Part des femmes non consommatrices d'alcool durant la grossesse Part des femmes non consommatrices de tabac et de cannabis durant la grossesse 	<p>Enquête nationale périnatale</p> <p>Inserm /DREES</p>	<p>Sexennal (2016, 2022, 2028)</p> <ul style="list-style-type: none"> En 2016, 29,3 % En 2010, 77 % En 2016, 83,4 % pour le tabac et 97,9 % pour le cannabis
7	Les consommations dans le cadre du travail	Prévalence de consommation des actifs occupés dans les secteurs d'activité identifiés comme particulièrement liés à des usages de substances psychoactives	Baromètre santé (Santé publique France)	<p>Quadriennale (2017, 2021, 2025, 2029)</p> <ul style="list-style-type: none"> Secteur de la restauration : 44,7 % des fumeurs quotidiens en 2010 Secteur de l'eau et de l'assainissement : 17,4 % d'usagers quotidiens d'alcool
8	L'accompagnement et la prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de patients traités pour arrêter de fumer à partir des données de vente de traitements pour l'arrêt du tabac % de bénéficiaires d'une délivrance de médicaments de substitution aux opiacés. Part des patients tabagiques ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil de la Haute Autorité de santé (HAS) et enregistrée dans le dossier médical Part des patients consommateurs excessifs d'alcool ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier médical Profil et pratiques des usagers reçus dans les CAARUD. 	<p>GERS</p> <p>Données CNAM-, RSI, MSA issues de l'EGB, extraction ANSM, exploitation OFDT</p> <p>Bilan ROSP de la CNAM</p> <p>ENA-CAARUD</p>	<p>Annuelle</p> <p>Les consommations dans le cadre du travail</p>

	THÈME	INDICATEUR	SOURCE DES DONNÉES	PÉRIODICITÉ	NIVEAU DE RÉFÉRENCE
9	Le nombre de surdoses	Estimation du nombre de surdoses mortelles liées aux addictions	Registre CépiDC, Inserm ERASM (OFDT)	Annuelle	370 en 2016
10	Les complications infectieuses liées à l'usage de drogues	Prévalence et incidence des maladies infectieuses (VIH et VHC) parmi les usagers de drogues injecteurs	Coquelicot (Cermes 3/ Inserm U988 - Santé publique France) Ena-CAARUD (OFDT)	2004, 2011, 2019 (en préparation) 2015, 2019, 2023	
11	L'insécurité routière	<ul style="list-style-type: none"> Estimation du nombre de décès sur les routes avec facteur alcool. Estimation du nombre de décès sur les routes avec facteur stupéfiants. 	ONISR	Annuelle	En 2016, 819 personnes ont été tuées dans un accident avec alcool
12	Violence et substances psychoactives	<ul style="list-style-type: none"> Condammations pour violences liées à l'alcool (familiales, viols et agressions) Part des victimes déclarant que l'auteur (au moins un auteur) semble sous l'emprise de la drogue ou de l'alcool voire les deux (violences physiques, sexuelles) 	Casier national judiciaire Enquêtes Cadre de vie et sécurité 2015 à 2017, Insee-ONDRP-SSMSI	Annuelle	Pour les violences physiques, plus d'une victime sur trois (34 % en moyenne entre 2012 et 2016) a déclaré que l'auteur semblait sous l'emprise de la drogue ou de l'alcool voire les deux, contre 59 % en cas de violences sexuelles.
13	Efficacité de la lutte contre les trafics	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de trafics de produits stupéfiants démantelés Nombre d'organisations criminelles démantelées par la douane judiciaire Valeur des avoirs criminels saisis et confisqués en lien avec des délits de trafic de stupéfiants (hors douane) 	SSMSI (DGPN, PP, DGGN) et PIAC s'agissant des avoirs criminels Collecte interne au service national de douane	Annuelle	<ul style="list-style-type: none"> 10 000 trafics de produits stupéfiants démantelés en 2017 par la PN (9000) et la GN (1600) 62,6 millions d'euros saisis aux trafiquants
14	L'effort de recherche	<ul style="list-style-type: none"> Fonds alloués aux recherches sur les addictions Nombre de publications des opérateurs de recherche (champ drogues et addictions) 	DGRI, Département de l'évaluation et du suivi des programmes Inserm.	Annuelle	<ul style="list-style-type: none"> 17 M€ en 2015 En 2015, 489 publications

Alcool, Tabac, Drogues, Ecrans

PLAN NATIONAL DE MOBILISATION CONTRE LES ADDICTIONS 2018-2022

MILDECA

69 rue de Varenne

75007 Paris

01 42 75 80 00

#MobilisationAddictions



Mission interministérielle
de lutte contre les drogues
et les conduites addictives

drogues.gouv.fr