

12. Politique des drogues en Europe : élargissement par-delà les drogues illicites ?

Champ d'application de la stratégie nationale

Depuis 1999, le champ d'action de la MILDT – Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, institution responsable de la définition, de la mise en œuvre et de la coordination de la politique française de lutte contre les drogues - a été élargi aux produits licites, tels que l'alcool, le tabac, les médicaments psychoactifs (hypnotiques, neuroleptiques, anxiolytiques et antidépresseurs) et les substances dopantes. Le « plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999-2000-2001 » a en effet opéré une rupture importante en définissant une stratégie axée sur une « approche globale », en cohérence avec l'élargissement de la notion de drogues aux produits licites (MILDT, 2000). L'approche globale a été fondée sur un consensus médico-scientifique qui met entre parenthèses le statut légal des produits pour s'intéresser aux comportements addictifs et à leurs déterminants et leurs conséquences.

Cette approche, tout en reconnaissant la spécificité pharmacologique et sociale de chaque produit, accorde une priorité aux comportements d'usage plutôt qu'aux produits. Ce parti pris induit des effets spécifiques dans la manière dont sont configurées les politiques publiques. Ainsi par exemple la prévention a-t-elle été organisée en différenciant plusieurs objectifs :

- retarder la rencontre avec un produit psychoactif, son expérimentation ;
- éviter le passage de l'usage occasionnel à l'abus⁶² (ou à l'usage nocif) et à la dépendance ;
- prévenir les dommages occasionnés par certaines formes d'usage et par la dépendance.

De même, le dispositif sanitaire et social, essentiellement tourné vers la référence à la dépendance, a été adapté, de façon à prendre en compte la notion d'usage nocif et l'élargissement aux produits licites. À cette époque sont posées les bases de l'organisation d'une politique générale de prise en charge des consommations abusives qui préconisait le rapprochement entre les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) par la création de nouveaux CSAPA ou centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.

Sur le plan répressif bien entendu, le statut du tabac, de l'alcool et des médicaments psychotropes n'a pas changé : l'offre et la consommation de ces substances sont légales mais réglementées. Cependant, le dispositif légal et réglementaire lié à ces deux produits s'est endurci progressivement, suivant une tendance amorcée depuis le début des années 1990.

La traduction opérationnelle de ces distinctions conceptuelles en orientations de politique publique a été l'une des innovations majeures de cette période, bien que l'intégration de l'alcool surtout, mais aussi du tabac, dans le champ des drogues ait fait l'objet d'une vive opposition, en raison de l'importance culturelle et économique prêtée au vin et du poids des intérêts économiques attachés à l'industrie du tabac.

⁶² Notion qui fait référence à un type de consommation qui se définit par l'existence de dommages liés à une consommation répétée sans signes de dépendance. Cette catégorie correspond à la définition de l'abus par le DSM IV et de l'utilisation nocive à la santé de la CIM 10.

L'actuel « plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool », adopté en juillet 2004, réaffirme la prise en compte des produits licites dans le champ de la lutte contre les dépendances (MILDT, 2004). Dans le prolongement du plan triennal, le plan d'action 2004-2008 prend acte « des résultats de la recherche et des évolutions dans les modes de consommation et les populations concernées » (p.5) et propose une « approche pragmatique par produit » (p.6) qui se décline en termes de prévention, d'information, de soins et de répression. Le plan quinquennal souligne la difficulté de « traduire en action le concept d'approche globale » (p.5) relevée dans le rapport d'évaluation du plan triennal (OFDT, 2003, et se reporter également à la section suivante de l'article) et annonce une volonté de « tirer parti de cette approche dans les domaines où elle pouvait être utile sans en faire le principe directeur de son action » (p.6).

Autrement dit, le plan gouvernemental propose des axes stratégiques par produit et accorde une place majeure à la prévention, en rappelant que « l'âge précoce des consommations est un facteur de gravité supplémentaire » (p.6). L'objectif général de prévention du plan consiste à empêcher et retarder l'âge de l'expérimentation de tous les produits ayant un potentiel addictif, en particulier le tabac et l'alcool qui ont un « impact sanitaire très fort en raison de la taille des populations concernées, du caractère durable de ces consommations au cours de la vie, de la dimension sociale et culturelle de celles-ci et des risques de pathologie graves qui leur sont associés » (p.6). Compte tenu de cet angle d'attaque, la population des jeunes est particulièrement ciblée par l'action préventive du plan.

Ces objectifs prioritaires, visant à mener une « lutte déterminée sur tous les fronts [...] contre le tabac » (p.5) et à s'attaquer « à l'acceptation encore trop complaisante des nuisances liées à l'alcool » (p.5) sont déclinés par volet d'intervention thématique (avec une part primordiale accordée à la prévention) et articulés à des indicateurs d'évaluation quantifiés (renvoyés en annexe du plan).

Sur les problématiques liées à l'alcool, le plan envisage de réduire de 20 % la consommation d'alcool moyenne par habitant, conformément aux critères définis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) repris parmi les objectifs de la loi de santé publique du 9 août 2004 (11 août 2004, n°185). Cet objectif invite à développer des actions visant à réduire les niveaux de consommation pour respecter les seuils de « consommation modérée » de l'OMS (ne pas dépasser une consommation équivalente à 2 verres⁶³ d'alcool par jour pour les femmes, 3 pour les hommes, ne pas consommer plus de 4 verres par occasion pour l'usage ponctuel et s'abstenir au moins un jour par semaine de toute consommation d'alcool). Il implique également la réduction des ivresses, l'abstention de consommation d'alcool pendant la grossesse et lors d'activités comportant des risques d'accident pour soi ou pour autrui. Il en résulte donc une stratégie multiforme, en accord avec les orientations de la stratégie d'action alcool 2002-2004 de la Direction générale de la santé (2001) :

- dans le champ de la prévention, le plan s'appuie sur plusieurs types d'actions : une communication publique intensive diffusant les repères d'une consommation modérée et reposant sur des messages adaptés aux différentes catégories de buveurs ou aux modalités de consommation d'alcool ; des actions de prévention des accidents ; le développement de l'éducation pour la santé en milieu scolaire ; l'application effective des mesures réglementaires visant à créer un contexte favorable à une consommation faible (application de l'interdiction de vente aux mineurs, veille judiciaire) ou l'adoption de nouvelles mesures ; un repérage en médecine générale de l'usage à risque, une motivation et une aide aux buveurs pour réduire leur consommation ;
- en termes d'information, de formation et de communication : développer un programme de formation des médecins généralistes au repérage précoce et à l'intervention brève auprès des buveurs excessifs ;

⁶³ Le terme verre désigne le "verre standard" ou unité internationale d'alcool qui correspond en moyenne à 10 grammes d'alcool pur.

- en matière de soins : améliorer l'accessibilité, la qualité et l'efficacité de la prise en charge des personnes (avec une attention particulière aux usagers incarcérés) et la prévention de rechutes et sensibiliser aux risques de la consommation d'alcool pendant la grossesse ;
- dans le domaine de l'application de la loi : respect de la législation relative à l'alcool, qu'il convient, aux termes du plan, de faire évoluer et de faire respecter plus rigoureusement ;
- en ce qui concerne le développement des connaissances (recherche et observation), afin de documenter les comportements de consommation, repérer l'abus ou la dépendance le plus tôt possible.

Le plan gouvernemental fait écho aux orientations du plan national de lutte contre le cancer 2003-2007 pour la baisse des consommations de tabac (MILC, 2003). Ses objectifs à cinq ans sont de :

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

Le programme d'action envisagé pour atteindre ces objectifs consiste à associer l'action sur l'offre (en augmentant les taxes, en restreignant la publicité, en pratiquant des restrictions de vente aux mineurs de moins de 16 ans, en favorisant une « école sans tabac », ou encore en orchestrant une campagne de communication) à une action visant à mieux faire appliquer la législation limitant la consommation de tabac dans les lieux collectifs, pour protéger les non-fumeurs et jouer un rôle dissuasif vis-à-vis des fumeurs.

Ainsi, les actions de lutte contre le tabagisme reposent sur une batterie d'objectifs :

- de prévention (empêcher ou retarder la première cigarette, inciter et aider les fumeurs à arrêter de fumer, protéger les non-fumeurs) ;
- d'information, de formation et de communication : le numéro d'appel drogue-tabac-info services DATIS a été remplacé par des numéros diversifiés par produit (Tabac info service par exemple), afin d'offrir une information spécifique et individualisée et une possibilité d'orientation. Le plan appelle à prévoir des campagnes de communication et à améliorer la formation des professionnels de santé sur les problèmes spécifiques liés à l'arrêt du tabagisme ;
- de soins : les axes d'intervention évoqués dans le plan consistent à favoriser les expériences de prise en charge des substituts nicotiques et le développement des consultations d'aide à l'arrêt ;
- de respect de la législation (faire évoluer et respecter la législation relative au tabac) ;
- de développement des connaissances (recherche et observation) : améliorer les connaissances sur les parcours de consommation, les dommages sociaux et sanitaires induits et les méthodes de prévention et d'éducation à la santé ;
- de lutte contre la contrebande : le plan gouvernemental vise à renforcer la lutte contre le trafic organisé de cigarettes et la vente illicite au détail constatée dans certaines grandes métropoles (Marseille, Toulouse, Paris), en particulier depuis la campagne de hausses successives du prix des cigarettes.

L'ensemble des orientations et des objectifs quantifiés contenus dans le plan quinquennal ont été définis en conformité avec les fondements de la politique nationale de santé publique affirmés dans la loi de santé publique du 9 août 2004 – qui vise à doter le pays des structures et de la démarche nécessaires pour mettre en oeuvre une politique ambitieuse de protection et de promotion de la santé de la population (Journal Officiel, 11 août 2004,

n°185). Parmi les « 100 objectifs de santé publique » posés pour traiter chacun des problèmes sanitaires retenus à l'issue de la consultation nationale, on trouve un « objectif quantifiable » pour chacun des deux produits. Il s'agit ainsi de :

- réduire la prévalence de l'usage excessif de l'alcool et prévenir l'installation de la dépendance (en s'attachant à moyen terme à diminuer la consommation annuelle d'alcool par habitant de 20 %, c'est-à-dire passer de 10,7 litres/an/habitant en 1999 à 8,5 litres/an/habitant d'ici 2008) ;
- réduire le tabagisme passif dans les établissements scolaires, les lieux de loisirs et l'environnement professionnel (en envisageant d'abaisser la prévalence du tabagisme pour les fumeurs quotidiens de 33 % à 25 % chez les hommes et de 26 % à 20 % chez les femmes d'ici 2008).

La référence aux médicaments psychotropes n'est pas présente de façon spécifique et explicite dans le plan gouvernemental : elle est toutefois suggérée à plusieurs reprises, partant de l'hypothèse selon laquelle les médicaments psychotropes sont intégrés dans le champ des substances dont il convient de combattre la consommation et les dommages, dans le prolongement des axes d'intervention définis dans le plan précédent.

Sur le volet de prévention du dopage, le plan vise à mener dans les milieux sportifs (auprès des jeunes et des cadres en particulier) des actions de formation, de sensibilisation et de prévention adaptées. Les objectifs assignés à ces actions sont de :

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

Par ailleurs, dans le prolongement des acquis du plan triennal, le plan gouvernemental 2004-2008 pose plusieurs objectifs transversaux à l'ensemble des produits, en faisant référence à la notion d'addiction : améliorer l'efficacité du système de soins dans le repérage et le traitement en favorisant la création de centres de référence en addictologie ; promouvoir l'addictologie comme soutien de l'enseignement, de la formation et de la recherche.

Enfin, bien que la question de l'intégration des « addictions sans produit » dans le champ d'action de la MILDT suscite des débats récurrents, dans la presse ou parmi les spécialistes de l'addiction, ce problème ne fait pas l'objet en France d'une véritable politique publique. Au cours de la période 1998-2002, une réflexion a été ouverte sur le sujet, comprenant notamment le jeu pathologique, l'usage immodéré d'Internet ou des jeux vidéo, l'achat compulsif ou les troubles de la conduite alimentaire tels que la boulimie et l'anorexie. Celle-ci s'est appuyée, une fois encore, sur les conclusions des spécialistes qui estiment que les addictions à Internet ou aux jeux vidéo obéissent à des mécanismes comparables à ceux des drogues et nécessitent des réponses thérapeutiques proches. Ces discussions émergentes ne se sont pas traduites par des changements institutionnels.

Origines et arguments de l'élargissement de la stratégie aux drogues licites

L'élargissement de la stratégie nationale de lutte contre les drogues aux substances licites en 1999 s'est appuyé sur l'état des connaissances scientifiques acquises, notamment sur les recommandations contenues dans les rapports récents (Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé sur les toxicomanies, 1994; Parquet, 1997). Il s'est

traduit par des stratégies distinctes à travers les deux plans gouvernementaux adoptés depuis cette date. A partir des faiblesses connues du dispositif français de lutte contre la drogue, un certain nombre d'évolutions souhaitables ont été tracées, conduisant à revoir la politique de prévention et de prise en charge menée en France jusqu'en 1999.

L'élargissement aux drogues licites a reposé sur plusieurs constats⁶⁴ essentiels :

- l'évolution des modes de consommations qui font état d'une stabilité (voire d'une diminution) de la consommation d'héroïne, d'une augmentation de la consommation de cannabis, de l'accessibilité de plus en plus importante aux drogues de synthèse, de la fréquence croissante des consommations abusives associant produits licites et illicites ;
- dans le même temps on observait un accroissement des consommations d'alcool fort chez les jeunes avec ivresses répétées, de médicaments psychoactifs comme dans tous les pays développés et une banalisation des produits dopants ;
- les travaux les plus récents montraient une base moléculaire commune à toutes les dépendances ;
- la difficulté à concilier l'action répressive et l'action sanitaire ;
- le manque de diversification du dispositif spécialisé de soins aux toxicomanes relativement développé dans une orientation encore marquée vers les personnes dépendantes aux opiacés ;
- l'insuffisance de prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool et des consommateurs de tabac au regard de l'importance des populations concernées ;
- le repérage tardif des consommations abusives et un accès aux soins trop tardif ;
- la diversité des financements et l'absence de programmation territoriale des dispositifs de prévention et de soins entraînant des disparités importantes ;
- l'attitude relativement fermée des dispositifs de droit commun (médecine de ville, hôpital) à l'égard des usagers de drogues.

Le rapport du Comité national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé sur les toxicomanies (1994) a, le premier de façon significative, remis en cause la distinction – jugée pharmacologiquement arbitraire - entre les drogues licites et illicites, considérant qu'elle ne repose sur aucune base scientifique ou pratique. Le rapport a mis l'accent sur l'importance de la prévention, en soulignant que la santé des usagers de drogues, quel que soit le statut légal du produit, doit être prioritaire.

Dans le prolongement de ces conclusions, le rapport Parquet, intitulé « Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives » (1997), est venu souligner que les évolutions de la problématique des drogues imposaient des solutions plus pragmatiques qu'un discours sur l'abstinence tel que celui qui avait été tenu pendant près de trois décennies. Rappelant les effets neurobiologiques communs aux produits licites et illicites sur le psychisme et les déterminants psychosociaux et environnementaux des conduites addictives, le rapport en concluait que, bien plus que le produit lui-même, c'est le comportement de consommation qui détermine le risque et qui distingue l'usage nocif et la dépendance. Il proposait un message de prévention en conséquence, qui cible les substances psychoactives, terme générique qui recouvre les drogues illicites, l'alcool, le tabac, les médicaments psychotropes.

⁶⁴ D'après la lettre de mission de N. Maestracci, alors Présidente de la MILDT, fixant les objectifs du groupe de travail RASCAS chargé de mener la réflexion sur les aspects communs et spécifiques aux usages des différentes substances psychoactives.

L'approche par le comportement prônée dans ce rapport soutenait également une distinction de l'usage, de l'abus (ou usage nocif) et de la dépendance, qui était déjà présente dans les classifications internationales de référence (notamment dans la 10ème version de la classification internationale des maladies – CIM 10 – de 1992 ou la 4ème version du manuel de diagnostic et statistique des troubles mentaux – DSM IV – de 1994) qui présentaient l'avantage d'intégrer une dimension psychopathologique et comportementale de rupture par rapport à un comportement habituel du sujet. Bien qu'il défende le maintien de l'objectif « traditionnel » des politiques de prévention – éviter l'initiation de la consommation de substances psychoactives –, le rapport préconisait une démarche qui aille au-delà, en prévenant aussi le passage de l'usage à l'usage nocif ou à la dépendance.

Dans ce sens, la réflexion du Pr. Parquet constitue une avancée importante dans l'approche de la prévention : elle suggère en effet de bâtir la stratégie de prévention sur une logique de programme, afin d'établir des objectifs diversifiés, adaptés aux besoins spécifiques des populations. De plus, le développement d'une culture commune – érigé en objectif dans le plan triennal 1999-2001 – y est posé comme l'une des modalités essentielles de la recherche d'un discours cohérent entre les différents interlocuteurs oeuvrant dans le champ de la prévention (services d'État, professionnels, médias, groupes de consommateurs ou autres groupes communautaires). Les conclusions de ce rapport ont donc été concrètement intégrées dans l'élaboration d'une stratégie de prévention différenciée, qui concerne l'ensemble des produits et qui distingue les niveaux d'usage.

S'appuyant sur ces éléments de connaissance scientifique, l'une des principales caractéristiques du plan triennal a été d'élargir le programme du gouvernement à l'alcool, au tabac, aux médicaments psychoactifs et aux substances dopantes, ce qui ne signifie pas que toutes ces substances aient été traitées de la même façon sur le plan juridique et en termes de soins ou de prévention. Le plan d'action n'a pas été cloisonné par produit : il a construit ses axes d'intervention en référence aux comportements d'usage, considérant que les points communs entre drogues licites et illicites étaient plus nombreux que les spécificités de chacun des produits. Dans cette logique, la référence à la notion d'addiction a été largement développée. Le plan quinquennal a tempéré ce parti pris en privilégiant une approche par produit, tout en empruntant aux schémas cognitifs de l'approche globale.

La traduction en action de ce concept d'« approche globale » à partir de 1999 a été commentée et discutée dans le rapport d'évaluation du plan triennal réalisé par l'OFDT (2003). Celui-ci a considéré que la notion s'était révélée plus complexe et difficile à mettre en œuvre qu'il n'y paraissait. Si les efforts de constitution d'une culture commune sur l'ensemble des réponses publiques et des produits psychoactifs ont porté leurs fruits, le rapport a estimé en revanche que la prévention, les soins et la répression ont eu du mal à rendre l'approche globale opératoire :

- En matière de prévention, tant par la communication sociale que par les actions de terrain, l'approche globale axée sur les comportements des usagers plutôt que sur les produits n'a pas réussi à préciser ses objectifs opérationnels. La possibilité d'adresser des messages globaux capables d'atteindre des cibles spécifiques, tant en termes de publics que de produits, s'est heurtée à des difficultés de traduction opérationnelle.
- En matière de soins, l'application de l'approche globale, qui devait déboucher d'abord sur la définition de modalités concrètes de prise en charge tenant compte de ce qui est commun aux différents produits et de ce qui leur est spécifique, et à terme, sur l'uniformisation administrative des structures, a montré ses limites, faute de rapprochement suffisant des pratiques et des réponses médicales.
- En matière répressive enfin, l'approche globale n'a pas su s'affranchir de l'état des lois. Le plan n'a pas conduit à la modification de la loi : ni prohibition généralisée de

toutes les drogues, ni régime unique de légalisation contrôlée. L'alcool, le tabac et les médicaments psychotropes restent des substances dont l'offre et la consommation ne sont pas interdites. Les stupéfiants étant toujours illicites, l'approche globale s'est manifestée par une volonté de substituer une plus grande médicalisation à la répression classique concernant l'usage de drogues illicites, particulièrement du cannabis, et aux conséquences pénales de la consommation abusive d'alcool.

Si l'approche globale a ouvert l'ère de l'indifférenciation des produits, ses traductions immédiatement observables sont apparues limitées dans la période d'application du Plan triennal. Après avoir établi ce constat, le rapport d'évaluation du plan triennal pose la question : comment pouvait-il en être autrement ? Le Plan quinquennal (2004-2008), sans revenir sur la légitimité de l'approche globale, a choisi de privilégier une approche par produit. La MILDT a ainsi recentré ses objectifs et sa sphère d'activité sur les consommations les plus massives en population générale (alcool, tabac, médicaments psychotropes, cannabis). Le cannabis en particulier a été ciblé dans le plan d'action, partant de l'idée selon laquelle ce produit aurait connu une banalisation auprès des jeunes.

En outre, le principe de l'élargissement de la notion de drogues aux produits licites ne semble pas définitivement acquis. Ainsi, lors de la parution de l'actuel plan quinquennal et dans la période qui a suivi, l'intégration de l'alcool dans le périmètre des drogues a été rediscutée, en référence au statut particulier accordé au vin. Lors des discussions parlementaires sur le projet de loi relatif au développement des territoires ruraux en octobre 2004, les sénateurs s'étaient attiré les foudres des associations anti-alcooliques en introduisant en première lecture dans le projet de loi un dispositif dérogatoire à la loi Evin, autorisant dans la publicité pour le vin des références à ses « caractéristiques sensorielles et organoleptiques ». Au cours des débats parlementaires, certains députés ont revendiqué une « union sacrée autour du vin » et appelé à une « trêve dans les attaques systématiques contre le vin ». La question de supprimer l'obligation de mention des dangers de l'alcool sur la santé figurant sur les bouteilles de boissons alcoolisées a même été posée en séance.

Au nom de l'ampleur des consommations de vin en France et de leur dimension culturelle, ainsi que pour préserver les intérêts économiques de la filière viticole (600 000 professionnels), le vin a traditionnellement, parmi les alcools, bénéficié d'un régime particulier : c'est, par exemple, le moins taxé des alcools puisque sa fiscalité est 32 fois moins élevée que celle des alcools forts. La mise en péril de ce statut par les spécialistes en alcoologie, partisans d'une lutte sans concession contre l'alcoolisme, déclenche régulièrement de vives protestations de la part des viticulteurs, producteurs et distributeurs, relayés par les députés élus dans des circonscriptions rurales marquées par l'emprise du secteur de production viticole. Cette controverse a été tranchée avec l'adoption en janvier 2005, lors de l'examen en deuxième lecture du projet de loi sur les territoires ruraux, d'un amendement de compromis, précisant les règles encadrant la publicité collective pour le vin : le texte dispose que celle-ci peut comporter des références et des représentations relatives aux terroirs de production, aux distinctions obtenues, aux appellations d'origine et à leurs éléments constitutifs, ou aux indications géographiques protégées. Elle doit être limitée à la description du produit (et non à l'acte et aux effets des consommations), apporter des indications objectives (et non subjectives), à des fins informatives (et non incitatives). Cet exemple témoigne cependant des ambiguïtés d'une politique publique « globale », prise en tenailles entre une logique de santé publique et une logique économique et commerciale contradictoires.

Le problème du dopage est venu au centre du débat politique sur les drogues en 1998. C'est dans ce contexte qu'il a été intégré dans le champ d'intervention de la MILDT. Une expertise collective « dopage et pratiques sportives » avait en effet été réalisée par le CNRS sur les aspects sociologiques, psychologiques, pharmacologiques et toxicologiques des pathologies

associées au dopage, dont le rapport d'étape paru en août 1998 dressait un certain nombre de recommandations à visée préventive (Escande et Roussel, 1998) :

- développer l'étude de la liaison existant entre dopage et toxicomanie ;
- introduire au niveau français et européen la donnée « pratique du sport » dans les systèmes de recensement de pharmacovigilance ;
- demander officiellement à l'AFSSAPS d'exiger des études spécifiques chez le sportif, lors du dépôt pour une autorisation de mise sur le marché (AMM) de nouveaux produits risquant d'être utilisés comme produits dopants ;
- initier des études épidémiologiques ayant pour but d'évaluer l'étendue du phénomène dopage et la gravité de ses conséquences sur la santé des athlètes à court, moyen et long terme ;
- mettre en place un enseignement obligatoire concernant le dopage, destiné aux professions de santé, dans le cadre de leur formation initiale et continue.

Un certain nombre d'actes législatifs ont alors été posés en réponse à cette problématique (arrêté du 10 septembre 1998 (Journal Officiel, 29 septembre 1998), arrêté du 2 juillet 1998 (Journal Officiel, 21 juillet 1998), décret n°98-464 du 10 juin 1998 (Journal Officiel, 17 juin 1998)), de façon à adapter l'arsenal législatif existant relatif à la prévention et à la répression de l'usage de produits dopants à l'occasion des compétitions et manifestations sportives.

Responsabilité et compétences (coordination)

Depuis l'adoption de la loi organique relative aux lois de Finances⁶⁵ (LOLF) du 1er août 2001, une nouvelle organisation administrative et budgétaire a été approuvée (Journal Officiel, 2 août 2001, n°177). Selon cette réforme, le Président de la MILDT - rattachée au Premier ministre - est responsable de la mise en oeuvre du programme « Drogue et toxicomanie ». Pour 2005, la MILDT s'est vu attribuer 38 millions d'euros, répartis autour de trois actions prioritaires pour lutter contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool : des actions de coordination interministérielle des volets préventif, sanitaire et répressif ; des actions d'expérimentation de nouveaux dispositifs partenariaux de prévention, de prise en charge et d'application de la loi et enfin, des actions de coopération internationale. Ce programme, qui appartient à la mission Santé⁶⁶ du gouvernement, s'inscrit toutefois dans un environnement interministériel fort puisque la lutte contre les drogues (tabac, alcool et drogues illicites) implique une vingtaine de départements ministériels. Par ailleurs, il doit aussi mobiliser les collectivités locales et les associations autour des objectifs du plan gouvernemental, qui constitue le cadre de référence du programme.

Le rôle de coordination de la MILDT porte sur l'ensemble des initiatives nécessaires à la conduite des actions des ministères au service d'une politique cohérente de lutte contre les drogues illicites, l'alcool et le tabac.

- Il s'agit de permettre à la fois le rappel de la loi et la prise de conscience sanitaire et sociale des conduites à risque, à travers de formations intercatégorielles communes aux différents acteurs de la prévention (policiers, gendarmes, personnels des établissements scolaires ou de clubs sportifs).

⁶⁵ L'ordonnance du 2 janvier 1959 portant loi organique relative aux lois de finances - qui a été entièrement abrogée le 1er janvier 2005 - définissait les compétences et les pouvoirs du gouvernement et du Parlement pour les finances de l'Etat. La réflexion qui s'est engagée au Parlement, dans les années 1998-2000, autour de l'efficacité de la dépense publique et du rôle des assemblées en matière budgétaire, a vu naître une volonté politique consensuelle de moderniser les règles budgétaires et comptables, posées par l'ordonnance organique de 1959. La mise en oeuvre de la nouvelle constitution financière aura duré à peine quatre ans, de sa promulgation en 2001 au vote de la loi de finances pour 2006 selon les nouvelles règles.

⁶⁶ Dans le cadre du projet de loi de Finances pour 2005 et selon les dispositions prévues par la réforme budgétaire de 2001, la Mission Santé comporte trois autres programmes, à savoir : Santé publique et prévention, Offre de soins et qualité du système de soins, Conception et gestion des politiques de santé.

- Il s'agit également de s'appuyer sur le programme de recherche piloté par la MILDT, dont les priorités sont définies par un conseil scientifique et qui permet de lancer des appels d'offres auprès des établissements publics de recherche, de disposer d'expertises collectives permettant à tous les ministères d'avoir le même niveau d'information sur l'état des connaissances scientifiques sur les risques et les conséquences sanitaires des consommations.
- L'orchestration des campagnes de communication commanditées par la MILDT relève essentiellement de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). Le programme alcool développé plus haut vise à promouvoir une consommation faible et à alerter sur les risques associés à une alcoolisation régulière. La communication d'ores et déjà planifiée par l'INPES pour la période 2004-2006 s'appuie sur des campagnes télévisées et des actions hors médias. Parallèlement aux actions "grand public" réalisées par l'INPES, de nombreux services de prévention développent des outils destinés à leurs actions ou proposés à des acteurs de terrain. La labellisation de ces outils par la MILDT garantit la validité des informations et la valeur préventive des contenus.
- Sur le plan de la prise en charge, le dispositif de soins repose sur la planification de l'offre de soins au niveau régional, même si celle-ci reste inégalement répartie. Le développement de l'offre de soins pour les personnes en difficulté avec l'alcool reste « très insuffisant » (p.31), selon les termes du plan quinquennal. Les carences identifiées portent sur l'offre de soins dans certains secteurs géographiques, sur la coordination entre structures, en particulier entre médecine de ville et secteurs spécialisés et sur la prise en charge des troubles psychiatriques associés. L'une des pistes d'amélioration proposée par le plan consiste à réorganiser les centres spécialisés en alcoologie (CCAA) et les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) dans le cadre d'établissements médico-sociaux nommés CSAPA. Ces centres pourront proposer des soins soit simultanément pour les divers types d'addiction, soit exclusivement pour des problèmes d'alcool ou de tabac (notamment). Les activités concernant l'alcool, le tabac ou d'autres substances doivent être définies dans le projet d'établissement, dans le cadre de programmes distincts (détaillant le projet thérapeutique, les horaires de consultation, les personnels affectés, etc.). Les CSAPA peuvent être développés sur un seul site ou associer différentes structures en réseau. Par ailleurs, la couverture actuelle en équipes de liaison en addictologie (créées dans le cadre du plan précédent) « ne répond encore qu'insuffisamment aux besoins » selon l'actuel plan gouvernemental (p.34). Ces équipes sont chargées d'assister les équipes soignantes de l'hôpital pour le repérage et la prise en charge des patients hospitalisés ayant des problèmes d'abus ou de dépendance et d'élaborer les protocoles de soins pour celles-ci lors des hospitalisations. Elles devraient être généralisées dans l'ensemble des départements de façon à renforcer les personnels existants.
- La protection des non-fumeurs requiert une meilleure application et un meilleur contrôle des restrictions législatives existantes, redonnant à la loi en vigueur (dite loi Evin) sa valeur dissuasive. Cette tâche implique une action coordonnée de nombreux ministères dont le pilotage constitue un axe prioritaire du programme « drogue et toxicomanie ». A cet effet, le Premier ministre avait demandé expressément à la MILDT, par lettre de mission du 17 juillet 2004, de piloter l'ensemble du dispositif d'interdiction de fumer dans les lieux collectifs, afin d'améliorer le respect de la loi Evin dans ce domaine.

En termes de pilotage local et de maillage territorial, les priorités définies au niveau national sont relayées au niveau territorial par les coordinateurs et chefs de projet drogues et dépendances dans chaque département. Il est demandé à ces chefs de projet de coordonner, sous l'autorité du préfet, les actions des services déconcentrés sur l'ensemble du champ des drogues. Leur mission se traduit par des programmes territoriaux axés autour :

- des conventions départementales d'objectifs passées entre les procureurs et les DDASS, afin d'offrir dans le cadre des alternatives aux poursuites une prise en charge sanitaire et sociale des usagers sous main de justice ;
- d'actions de prévention scolaire, péri et extrascolaire, pour lesquelles ils devront notamment veiller à ce que les messages et actions en direction des jeunes soient validés, cohérents et comprennent tous les aspects législatifs sanitaires et sociaux ;
- d'actions locales liées au respect de la loi Evin dans les lieux publics ;
- de toute action entrant dans les grands axes du plan gouvernemental.

Pour apporter un soutien technique à ces chefs de projet et coordonnateurs, un dispositif de Centres d'information de ressources sur les drogues et dépendances (CIRDD) a été créé dont les missions de conseil méthodologique, d'observation et de documentation doivent répondre à l'ensemble des volets de la politique gouvernementale. Ce réseau des CIRDD, labellisé par la MILDT, actuellement incomplet et hétérogène, se réorganise au niveau régional, et parfois interrégional, afin de mieux répondre aux besoins locaux et de permettre une mise en commun des moyens.

Pour conclure, il est important de souligner que la MILDT n'a pas vocation à intervenir directement dans la mise en oeuvre de différentes problématiques liées à la lutte contre les drogues illicites, l'alcool et le tabac mais à impulser et coordonner les différents intervenants du champ en leur donnant les outils nécessaires à la conduite de leurs actions.

Mai 2005

I. Obradovic et C. Diaz Gomez

OFDT

ivobr@ofdt.fr, crdia@ofdt.fr

Textes officiels de référence :

Journal Officiel (2 août 2001, n°177), Loi organique n°2001-692 du 1er août 2001 RELATIVE AUX LOIS DE FINANCES (NOR: ECOX0104681L).

Journal Officiel (11 août 2004, n°185), Loi n° 2004-806 du 9 Août 2004, rectificatif paru au JO n° 186 du 12 août 2004; second rectificatif paru au JO n° 276 du 27 novembre 2004 (NOR: SANX0300055L).

Journal Officiel (17 juin 1998), Décret du Président de la République non délibéré en Conseil des Ministres 98-464 du 10 juin 1998 PORTANT PUBLICATION DE L'AMENDEMENT A L'ANNEXE DE LA CONVENTION CONTRE LE DOPAGE DU 16 novembre 1989, ADOPTE A STRASBOURG LE 28 février 1998 (NOR:MAEJ9830054D).

Journal Officiel (21 juillet 1998), Arrêté ministériel du 02 juillet 1998 MODIFIANT ET COMPLETANT L'ARRETE DU 03-12-1992 PRIS EN APPLICATION DE L'ART. 1 DU

DECRET 91837 DU 30-08-1991 MODIFIE CONCERNANT LES CONTROLES PREVUS PAR LA LOI 89432 DU 28-06-1989 RELATIVE A LA PREVENTION ET A LA REPRESSION DE L'USAGE DE PRODUITS DOPANTS A L'OCCASION DES COMPETITIONS ET MANIFESTATIONS SPORTIVES (NOR: MJSK9870070A).

Journal Officiel (29 septembre 1998), Arrêté ministériel du 10 septembre 1998 COMPLETANT L'ARRETE DU 11 JUILLET 1994 PRIS EN APPLICATION DE L'ART.1 DU DECRET 93170 DU 27-03-1993 CONCERNANT LES CONTROLES PREVUS PAR LA LOI 84610 DU 16-07-1984 RELATIVE A L'ORGANISATION ET A LA PROMOTION DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES ET PAR LA LOI 89432 DU 28-06-1989 RELATIVE A LA PREVENTION ET A LA REPRESSION DE L'USAGE DE PRODUITS DOPANTS A L'OCCASION DES COMPETITIONS ET MANIFESTATIONS SPORTIVES (NOR: MJSK9870118A).