

SOMMAIRE

<u>INTRODUCTION</u>	6
I - CONNAITRE, SAVOIR ET COMPRENDRE	16
1.1 <u>Structurer et développer la recherche</u>	16
1.1.1 Structurer la recherche	17
1.1.2 Développer la recherche.....	19
1.2 <u>Conduire des enquêtes épidémiologiques régulières en en population générale</u>	19
1.3 <u>Développer un réseau sentinelle pour observer les tendances récentes de consommation</u>	20
1.3.1 Le réseau sentinelle TREND.....	21
1.3.2 La banque de données SINTES.....	21
1.4 <u>Mettre en place un cadre global d'évaluation des politiques publiques</u>	23
1.4.1 L'approche globale d'évaluation des politiques publiques.....	23
1.4.2 Développer un pôle d'expertise en matière d'évaluation	24
1.5 <u>Valoriser</u>	24
1.6 <u>Créer une structure unique d'observation, de recherche et d'évaluation sur les drogues et les dépendances</u>	25
II - COMMUNIQUER ET INFORMER : CREER UNE CULTURE DE REFERENCE FIABLE SUR LA DROGUE	26
2.1 <u>Mener une politique volontariste de communication et d'information</u>	28
2.1.1 Créer une culture commune qui fonde et légitime l'action publique.....	28
2.1.2 Faire de la MILDT un lieu de référence	30
2.2 <u>Assurer régulièrement la diffusion et la mise à jour de l'ensemble des données</u>	32
2.2.1 La mise en place d'un site internet de service public	32
2.2.2 Un travail d'accompagnement dans la durée de la presse.	33
2.2.3 Une stratégie éditoriale sur le moyen et long terme.....	33
2.3 <u>Améliorer l'accessibilité à Drogues info service</u>	34

III - SYSTEMATISER LA PREVENTION ET ELARGIR SON CHAMP	
TOUT EN RAPPELANT LES INTERDITS POSES PAR LA LOI	35
3.1 <u>Redéfinir la prévention</u>	35
3.1.1 Promouvoir une démarche de prévention axée sur les comportements de consommation des substances psychoactives.....	35
3.1.2 Intégrer la démarche de prévention dans les objectifs et les principes de la politique pénale à l'égard des usagers	37
3.2 <u>Aider les acteurs de prévention à développer les réponses adaptées à l'évolution des modes de consommation</u>	38
3.2.1 La déclinaison des orientations nationales au niveau local	39
3.2.2 Un guide des bonnes pratiques de prévention.....	39
3.2.3 Une procédure de validation des outils	40
3.2.4 Une réorganisation des financements	40
3.2.5 La professionnalisation des acteurs de prévention	41
3.2.6 Un guide d'évaluation des actions de prévention	42
3.3 <u>Organiser les actions de prévention</u>	42
3.3.1 Les parents	43
3.3.2 La mobilisation des établissements scolaires.....	43
3.3.3 Des actions de prévention dans tous les lieux fréquentés par les adolescents et jeunes adultes hors temps scolaire.....	46
3.3.4 Une présence dans les lieux festifs et les raves.	47
3.3.5 Les lieux d'apprentissage et de formation professionnelle.....	48
3.4 <u>Qualifier des lieux d'accueil, d'écoute, d'orientation et de prise en charge, adaptés aux adolescents et jeunes adultes consommateurs</u>.....	48
3.5 <u>Réaffirmer les principes et les objectifs de la politique pénale à l'égard des usagers</u>	49
3.5.1 Des objectifs compris et partagés par tous les acteurs.....	49
3.5.2 Prévenir la récidive en privilégiant les alternatives à l'incarcération et le suivi à la sortie de prison.....	51
3.5.3 La généralisation des conventions départementales d'objectifs	53
3.6 <u>Adapter les missions de Drogues Info Service</u>.....	54
3.6.1 L'élargissement des missions de Drogues Info Service.....	54
3.6.2 Faciliter l'accès des professionnels aux réseaux d'information et de compétence.....	55
IV - LA FORMATION	56
4.1 <u>Créer une culture commune à tous les acteurs</u>	56
4.1.1 Un corpus de connaissances commun à tous les acteurs.....	57
4.1.2 Un programme de formation spécifique pour les policiers, gendarmes, douaniers et personnels pénitentiaires	57
4.1.3 Une formation commune à tous les acteurs de prévention	58

4.2	<u>Permettre aux professionnels de poser les bonnes questions au bon moment</u>	59
4.2.1	Mieux repérer les conduites à risque des adolescents.....	60
4.2.2	Sensibiliser les éducateurs sportifs et les responsables de clubs sportifs aux risques de l'utilisation de produits dopants et autres substances psychoactives.....	60
4.3	<u>Améliorer la formation initiale et continue des médecins et pharmaciens</u>	61
	La création d'un DESC	61
4.4	<u>Mieux cibler la formation des services répressifs</u>	62
4.5	<u>Développer les actions de formation du CIFAD</u>	62
V - ACCUEILLIR, ORIENTER, SOIGNER, INSERER		63
5-1	<u>Améliorer l'offre de soins</u>	64
5.1.1	Permettre au système ambulatoire de droit commun d'accueillir les usagers de substances psychoactives	64
5.1.2	Améliorer la prise en charge à l'hôpital.....	65
5.1.3	Faire évoluer les dispositifs spécialisés	67
5.1.4	Renforcer les réseaux pour améliorer la mise en relation des différents dispositifs de prise en charge	68
5-2	<u>Diversifier les réponses et améliorer leur qualité</u>	69
5.2.1	Etablir des protocoles.....	70
5.2.2	La substitution.....	70
5.2.3	Les situations de crise	72
5.2.4	La réduction des risques à l'égard des usagers actifs les plus marginalisés.....	72
5.2.5	La prise en charge des personnes dépendantes du tabac.....	74
5.2.6	Les consommations abusives de médicaments psychoactifs	76
5.2.7	Expérimenter de nouveaux modes de prise en charge	76
5-3	<u>Le suivi thérapeutique, l'hébergement et l'insertion professionnelle</u>	78
5.3.1	Le suivi thérapeutique	78
5.3.2	L'approche sociale	79
5-4	<u>Trois populations pour lesquelles la prise en charge est à construire et à renforcer</u>	80
5.4.1	Les parents, usagers de produits, et leurs enfants	80
5.4.2	Les adolescents	81
5.4.3	Les usagers incarcérés.....	82
5-5	<u>Conduire une démarche d'inventaire et de programmation départementale et régionale</u>	88

VI - APPLIQUER LA LOI ET RENFORCER LA REPRESSEION DU TRAFIC	89
6.1 <u>Réaffirmer la priorité accordée à la lutte contre les trafics.....</u>	91
6.1.1 Lutter plus efficacement contre le trafic	91
6.1.2 Atteindre le patrimoine des trafiquants	92
6.1.3 Renforcer la mobilisation des acteurs économiques	94
6.2 <u>Lutter plus efficacement contre la fabrication et le trafic de drogues de synthèse.....</u>	95
6.2.1 L'évolution du système national de classement des produits stupéfiants et psychotropes	95
6.2.2 Renforcer le dispositif national de contrôle des produits chimiques précurseurs de drogues.....	96
6.3 <u>L'usage criminel des produits psychoactifs.....</u>	99
VII - COORDONNER AU PLAN NATIONAL ET LOCAL	100
7-1 <u>La coordination nationale : le rôle de la MILDT</u>	100
7-2 <u>La coordination locale</u>	101
7.2.1 La redéfinition des missions du dispositif de coordination locale.....	102
7.2.2 La constitution d'un réseau de centres d'information et de ressources sur les drogues et les dépendances.....	103
VIII - L'ACTION EXTERIEURE DE LA FRANCE	104
8.1 <u>Une nécessaire coordination.....</u>	105
8.1.1 Redéfinir les zones géographiques prioritaires	106
8.1.2 Une stratégie globale, élargie à la notion de réduction des risques	106
8.1.3 Développer de nouveaux outils	107
8.2 <u>Inscrire la stratégie française dans une démarche multilatérale : les instances européennes et internationales.....</u>	107
8.2.1 La présidence française de l'Union européenne	108
8.2.2 Le Conseil de l'Europe	108
8.2.3 Les Nations Unies	108
8.3 <u>Promouvoir et développer les activités du CIFAD</u>	109

ANNEXES

- 1 Les chiffres-clés : synthèse du rapport Indicateurs et Tendances 1999 de l'OFDT**
- 2 Projet SINTES (banque de données sur les drogues de synthèse)**
- 3 Note d'orientation du 12 février 1999, relative aux conventions départementales d'objectifs**

INTRODUCTION

Ce plan fait suite à la note d'étape remise au Premier ministre le 15 octobre 1998, dont les orientations ont fait l'objet d'une large concertation interministérielle.

Il s'appuie sur les nombreux rapports dont a fait l'objet la politique de lutte contre la drogue, sur les travaux scientifiques les plus récents, ainsi que sur les données européennes et internationales dont nous disposons.

Il ne s'agit pas d'inventer des solutions radicalement nouvelles dans un domaine où beaucoup de savoir-faire existent. Nombre d'actions ont été mises en oeuvre avec succès, bien qu'elles soient restées souvent éparpillées et peu coordonnées.

Il ne s'agit pas non plus de changer la loi, ni de modifier la hiérarchie des interdits telle qu'elle résulte d'ailleurs des conventions internationales ratifiées par la France.

L'évolution des modes de consommation, d'après les dernières enquêtes épidémiologiques, suggère des enjeux nouveaux dont il est urgent de tenir compte (cf. annexe 1 / les chiffres-clés : synthèse du rapport *Indicateurs et Tendances 1999* de l'observatoire français des drogues et toxicomanies).

Si la consommation de stupéfiants est et doit rester prohibée, l'action répressive devra tenir compte de ces enjeux et des impératifs de santé publique qui en résultent. L'interpellation des usagers devra notamment, tout en rappelant l'interdit, permettre une véritable orientation, sanitaire, sociale ou éducative.

Par ailleurs, la prise de conscience des phénomènes de polyconsommation et de l'extrême fréquence de la dépendance à plusieurs produits, notamment chez les jeunes, conduisent à proposer des programmes de prévention et de prise en charge qui s'adressent à toutes les conduites addictives, quelle que soit la nature juridique du produit consommé.

Cette démarche ne conduit pas à remettre en cause les spécificités culturelles, sociales ou pharmacologiques de chacun des produits, mais à faire comprendre que toutes les substances psychoactives sont susceptibles d'un usage nocif, que leur usage soit ou non prohibé.

Une telle approche devrait notamment permettre de traiter la consommation excessive d'alcool, dont les effets sont largement sous-estimés, sans toutefois remettre en cause les bénéfices liés à un usage modéré et convivial.

L'objectif est de fixer des orientations claires et cohérentes, dans laquelle chacun puisse se reconnaître, au delà de la diversité des approches et des cultures professionnelles.

Le plan est fondé sur des constats essentiels :

- Les modes de consommation ont profondément évolué : stabilité, voire diminution de la consommation d'héroïne, augmentation de la consommation de cannabis (1/3 des jeunes de 15 à 19 ans déclare en avoir consommé), accessibilité de plus en plus importante des drogues de synthèse, fréquence des consommations abusives associant produits licites et illicites.

Dans le même temps, on observe une croissance chez les jeunes de la consommation d'alcool fort et des ivresses répétées, une stabilisation de la consommation de tabac à un niveau élevé, une progression de la consommation de médicaments psychoactifs, en particulier chez les jeunes filles, ainsi qu'une certaine banalisation de l'usage des produits dopants.

- Face à la rapidité des évolutions constatées, la politique de recherche, les outils de connaissance et d'évaluation sont insuffisants pour permettre aux pouvoirs publics de prendre en temps utile les décisions nécessaires.
- Alors que la politique de lutte contre la drogue fait l'objet depuis plusieurs années de débats passionnés, l'information mise à la disposition du grand public reste faible. De même, l'insuffisance de culture commune aux différents acteurs (répressifs, sociaux, éducatifs et sanitaires) constitue un frein à la conduite d'une politique comprise et partagée par tous, de sorte que les messages à destination des jeunes apparaissent brouillés, peu crédibles et donc peu efficaces.
- Il résulte des travaux scientifiques les plus récents qu'il existe une base biologique et moléculaire commune à toutes les dépendances, même si certains produits sont plus dangereux que d'autres. Toutes les enquêtes montrent par ailleurs, notamment chez les jeunes, un lien évident entre les différentes pratiques de consommation.
- L'augmentation de la consommation de produits psychoactifs par les jeunes est un phénomène qui concerne l'ensemble des pays développés. Elle n'est pas cantonnée aux quartiers en difficulté. Il est au contraire démontré que les jeunes scolarisés en zone d'éducation prioritaire (ZEP) consomment nettement moins de cannabis, d'alcool et de tabac que les autres même si, pour les autres produits, c'est parmi les élèves des ZEP qu'on trouve le pourcentage le plus élevé d'usagers fréquents (au moins dix fois dans l'année).
- Dans le domaine de la prévention, beaucoup d'actions sont conduites mais dépendent trop souvent du dynamisme des acteurs locaux. Les enquêtes récentes montrent qu'en milieu scolaire les programmes de prévention ont concerné moins de 40% des élèves pour la drogue et moins de 20% pour l'alcool et le tabac. Par ailleurs, aucune compétence particulière n'est exigée des acteurs de prévention.

- L'application de la loi du 31 décembre 1970 à l'égard des usagers a été constamment marquée par une difficulté à concilier l'action répressive avec les impératifs de santé publique. Le nombre d'usagers interpellés a doublé en 5 ans (75 000 en 1998) mais la procédure judiciaire ne permet pas encore suffisamment une rencontre utile avec les médecins ou les travailleurs sociaux.
- Bien que le dispositif spécialisé de soins aux toxicomanes soit relativement développé et performant, il est peu diversifié et encore trop orienté vers une population d'héroïnomanes.

La prise en charge des personnes en difficultés avec l'alcool est insuffisante au regard de l'importance de la population concernée (entre 3 et 5 millions de personnes). Il en est de même pour les consommateurs de tabac.

Les consommations abusives ou à risque ne sont pas repérées de manière suffisamment précoce, de sorte qu'elles ne sont prises en charge que plusieurs années après l'installation de la dépendance. Or, il est établi que, dans la majorité des, ces consommations excessives ou dépendantes ont commencé avant l'âge de 20 ans. D'une manière générale, les savoir-faire pour prévenir et traiter les nouveaux comportements des jeunes (polyconsommation, et usage nocif de produits licites et illicites) sont encore insuffisants.

Enfin, la diversité des financements et l'absence de programmation territoriale des dispositifs de prévention et de soins ont conduit à des disparités importantes.

- Les dispositifs de soins de droit commun (médecine de ville, hôpital) restent relativement fermés, ou du moins insuffisamment attentifs aux usagers de drogue. Ils ne repèrent les consommateurs excessifs d'alcool que dans un cas sur deux et ne traitent pas la consommation tabagique de manière préventive.
- Le dispositif spécialisé a été fortement orienté vers une approche psycho-médicale en négligeant souvent l'accompagnement social et professionnel.
- Si les poursuites pour trafic international de stupéfiants sont stables depuis plusieurs années, les interpellations pour trafic local, source d'économies parallèles et de nuisances sociales, baissent régulièrement depuis 1996. Cette situation est mal comprise aussi bien des élus que de l'opinion publique.
- Tous les rapports successifs dénoncent l'insuffisance et la fragilité du pilotage national ainsi que l'absence de visibilité du pilotage départemental.
- En l'absence d'indicateurs fiables, les actions conduites ne sont pas ou peu évaluées.

Face à ces constats, le plan ne saurait avoir pour ambition de répondre de manière exhaustive à tous les besoins. Il ne prétend pas non plus donner des réponses simples à des questions qui sont complexes et chargées d'émotions. Il s'efforce de définir des priorités d'action, ainsi que les moyens d'y parvenir. Il dégage aussi des pistes de réflexion et d'expérimentation dans certains domaines où il existe encore peu de savoir-faire.

Les orientations essentielles sont les suivantes:

1. Connaître, savoir et comprendre.

L'objectif est d'améliorer notre dispositif d'observation, d'études et de recherche afin de **permettre aux pouvoirs publics d'anticiper les évolutions et de prendre les décisions utiles au bon moment**. Trois types d'actions sont proposés :

- **Elaborer une programmation pluriannuelle de la recherche à partir d'un état des lieux des connaissances.** Cela suppose de mobiliser des équipes de recherche dans des disciplines insuffisamment investies (notamment l'économie, la sociologie, la criminologie...).

Il conviendra également de développer des programmes de recherche qui permettent de disposer de données indiscutables concernant le tabac et l'alcool. Les professionnels du secteur des boissons alcoolisées seront associés à la définition de ces programmes.

- **Créer, à l'observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), un dispositif permanent d'observation en temps réel de l'évolution des modes de consommation et des produits qui circulent.** Ce projet comporte deux volets :
 - le recueil des drogues de synthèse sur les lieux de consommation et l'analyse de leur composition ;
 - la mise en place d'un « réseau sentinelle » (médecins, pharmaciens, hôpitaux, services de police et de gendarmerie, associations d'autosupport, centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance) qui rendra compte régulièrement de ses observations.
- **Mettre en place à l'OFDT un programme d'évaluation des politiques publiques, à partir de la construction d'indicateurs fiables.**

Ces orientations passent par le regroupement de l'ensemble des instruments de mesure et de connaissance aujourd'hui dispersés. **Elles supposent de modifier les statuts, les missions et le conseil scientifique de l'OFDT afin qu'il devienne le lieu de référence et de pilotage de la recherche dans le domaine des drogues et des dépendances.**

2. Communiquer et informer en direction du grand public : créer une culture de référence fiable.

Le relatif silence des pouvoirs publics a laissé la place libre à de nombreux messages d'origines diverses, qui sont dispersés, parfois inexacts et souvent contradictoires. Les attitudes face aux consommations des jeunes ont tendance à osciller entre indifférence dommageable et dramatisation excessive.

En mettant à la disposition de l'ensemble de la population des informations qui ne dépassent guère aujourd'hui le cercle des spécialistes, on améliore sa capacité à formuler des réponses adaptées aux différents comportements d'usage et d'usage nocif. Il convient donc de diffuser largement des informations portant sur les comportements et les produits, ainsi que sur les politiques publiques conduites. Elles permettront aussi de rappeler le contexte législatif et réglementaire.

Cette politique volontariste de communication et d'information, inscrite dans la durée, se traduira notamment par :

- **une campagne de communication à destination du grand public** sur trois ans (campagne télévisée, documents d'information) débutera à l'automne 1999 ;
- **des actions plus ciblées** seront menées à destination des jeunes, des professionnels, des élus, des relais d'opinion ...
- **un site Internet**, où seront disponibles les données et connaissances concernant la drogue et les dépendances, sera ouvert en octobre 1999. Il sera accessible aussi bien au grand public qu'aux professionnels et aux scientifiques.

Le service d'accueil téléphonique national Drogues Info Service sera réorganisé, et sa dénomination modifiée, pour répondre aux appels concernant l'usage excessif d'alcool, de tabac ou de médicaments psychoactifs. Il deviendra accessible depuis les DOM. Il gérera également un service de courrier électronique.

3. Systématiser la prévention et élargir son champ tout en rappelant les interdits posés par la loi.

Toutes les consommations problématiques débutent à l'adolescence. La prévention à l'égard des jeunes constitue une priorité.

Les travaux et les expériences les plus récentes conduisent à privilégier une approche de prévention fondée sur les comportements plus que sur les produits, en distinguant l'usage, l'usage nocif et la dépendance. Lorsqu'on sait qu'un jeune sur trois a expérimenté une drogue illicite et que ceux qui consomment le plus de cannabis sont aussi ceux qui consomment le plus de tabac et d'alcool, il est certain que **le rappel de la loi doit s'accompagner d'une démarche de prévention qui ne s'attache plus seulement à prévenir l'usage mais aussi lorsqu'il existe, à éviter le passage de l'usage nocif à la dépendance.**

Il s'agit :

- de définir un programme national de prévention accompagné de la mise au point de supports et d'outils méthodologiques validés : élaboration d'un guide des bonnes pratiques de prévention et d'un guide d'évaluation, mise en place d'une commission de validation des outils de prévention ;

- d'élaborer un plan départemental de prévention : définition d'objectifs évaluables, identification des acteurs compétents (services de l'Etat, associations, experts), financement au projet et non à la prestation ;
- de professionnaliser les acteurs de prévention (élaboration de contenus de formation, financement d'actions interministérielles de formation dans chaque région) ;
- de généraliser effectivement les comités d'éducation pour la santé et la citoyenneté dans les établissements scolaires, de sorte que tous les jeunes bénéficient d'au moins un programme de prévention au cours de leur scolarité ;
- de conduire des actions de prévention auprès des associations sportives et culturelles, ainsi que dans les lieux festifs, concerts, festivals et « raves » ;
- de développer les lieux d'accueil et d'écoute pour les adolescents afin que tous les jeunes puissent y avoir accès, quel que soit le lieu où ils résident.

Ces orientations conduisent à réaffimer les objectifs et les principes de la politique pénale à l'égard des usagers.

Dans cette perspective, le Garde des Sceaux a adressé aux procureurs de la République une circulaire concernant les réponses judiciaires à l'usage de stupéfiants. Elle les invite à éviter l'emprisonnement pour les usagers et à développer des réponses sanitaires et sociales à tous les stades de la procédure. Elle recommande également de veiller à ce que la politique d'interpellation ne vienne pas contrecarrer les programmes de réduction des risques. Elle incite enfin à une politique d'exécution des peines qui privilégie les aménagements de peine.

Pour accompagner ces dernières orientations, les conventions départementales d'objectif viennent d'être généralisées à tous les départements (déconcentration de crédits destinés à développer la prise en charge sanitaire et sociale des personnes sous main de justice).

Ces conventions pourront également être utilisées pour les personnes poursuivies pour des faits liés à une consommation excessive d'alcool.

4. Harmoniser les connaissances des principaux acteurs : une véritable politique de formation initiale et continue.

L'objectif essentiel est de créer une culture commune à tous les professionnels de la prévention, de l'éducation, du soin et de la répression, à partir de savoirs validés.

Les actions de formation doivent accompagner la mise en oeuvre du plan dans cinq directions.

- **Former tous les professionnels non spécialisés qui se trouvent en relation avec des usagers de drogue en intégrant les problèmes posés par les consommateurs excessifs d'alcool.** Il s'agit de donner les informations essentielles sur les

comportements des usagers, les produits et les politiques publiques notamment la politique de réduction des risques. Un effort particulier sera porté sur la formation des policiers, gendarmes et personnels pénitentiaires.

- **Assurer une formation commune à tous les acteurs de la prévention.**
- **Permettre aux personnels spécialisés d'acquérir les compétences qui leur manquent.** Il s'agit des enseignants, éducateurs et médecins généralistes qu'il faut mieux préparer à repérer les conduites à risque.
- **Assurer des formations plus ciblées à destination des services répressifs** concernant notamment la lutte contre le trafic local.
- **Améliorer la formation initiale et continue des médecins et des pharmaciens.** Il s'agit notamment de créer un diplôme d'études spécialisées complémentaires en addictologie (DESC) afin que les compétences acquises en toxicomanie et en alcoolologie obtiennent une reconnaissance universitaire.

5. Accueillir, orienter, soigner, insérer les usagers de produits psychoactifs.

S'il faut poursuivre de manière déterminée la politique de réduction des risques, qui a démontré son efficacité (baisse des contaminations par le VIH, amélioration de l'état de santé et de l'insertion sociale des usagers, diminution du nombre des décès par overdose), **il est urgent de réorienter le dispositif d'accueil et de soins vers une prise en charge plus précoce des consommateurs abusifs de multiples produits.**

Afin de tenir compte des nouveaux modes de consommation associant plusieurs produits, les structures de soins et de prise en charge seront invitées à se rapprocher. L'objectif est que, dans chaque département, les consommateurs en difficulté puissent trouver une offre de soins adaptée. En effet, même si les profils des personnes accueillies sont encore très différents, surtout si leur dépendance est ancienne, les profils des usagers d'aujourd'hui nous conduisent à penser que les dépendants de demain seront des polyconsommateurs.

Il s'agit :

- **de conduire une démarche d'inventaire et de programmation régionale et départementale ;**
- **de développer et de structurer les réseaux ville-hôpital** en les invitant à se rendre compétents pour l'ensemble des conduites addictives (renforcement des réseaux existants et création de 20 nouveaux réseaux en trois ans) ;
- **de développer progressivement les équipes de liaison hospitalière** afin qu'il en existe au moins une par département et dans tous les établissements publics de santé de plus de 200 lits. Cette orientation suppose le rapprochement des équipes « alcool » et « toxicomanie », ainsi que la création de nouvelles équipes. Cet objectif pourra être atteint par la création d'une vingtaine d'équipes par an, pendant cinq ans.

- **de renforcer les consultations en alcoologie** (CCAA) existantes, de les rapprocher progressivement du dispositif de soins spécialisés pour toxicomanes et de créer de nouvelles structures en équipant en priorité les départements qui en sont aujourd’hui dépourvus (renforcement de 20 structures et création de 50 structures sur trois ans).
- **d'étudier la possibilité de créer un cadre juridique et financier unique pour l'accueil de toutes les personnes ayant des comportements addictifs.**

Cette approche ne conduit pas à remettre en cause la diversité nécessaire des structures et des compétences. Elle permet seulement de mieux répartir l'offre de soins sur le territoire et de mieux répondre à la réalité des nouveaux modes de consommation.

- **de développer la politique de réduction des risques de sorte que les usagers les plus marginalisés puissent être mieux accueillis** dans toutes les grandes villes (création sur trois ans de 3 sleep-in, 20 boutiques, 30 programmes d'échange de seringues, 30 équipes mobiles de proximité dans les quartiers en difficulté, 50 distributeurs automatiques) ;
- **d'assurer la continuité des soins des usagers en garde à vue et dans les établissements pénitentiaires.** Il s'agit d'améliorer la prise en charge des personnes détenues (dont 30% sont toxicomanes), de mieux préparer leur sortie de prison (intervention plus systématique des centres de soins spécialisés dans les établissements pénitentiaires, unités de préparation à la sortie).

Un effort particulier sera fait pour la prise en charge des personnes détenues en difficultés avec l'alcool (environ 30% des entrants).

- **de veiller à l'accès des usagers de drogue aux dispositifs d'insertion existants, notamment ceux prévus dans le cadre de la loi sur l'exclusion** (accueil dans les centres d'hébergement et de réinsertion sociale / CHRS, accès aux programmes d'insertion dans le cadre du programme de prévention et de lutte contre les exclusions) ;
- **de renforcer l'accompagnement social des personnes sous traitement de substitution suivies en médecine de ville** (appui aux réseaux de médecins généralistes ou conventions avec les centres de soins ou les centres d'hébergement et de réadaptation sociale);
- **de mieux prendre en charge les femmes enceintes** qui consomment de la drogue ou qui font un usage excessif d'alcool ;
- **d'expérimenter des prises en charge pour les adolescents consommateurs excessifs**, à l'égard desquels il existe peu de savoir-faire.

6. Appliquer la loi et renforcer la répression du trafic

Si le bilan de l'application de la loi de 1970 fait apparaître une augmentation importante des interpellations d'usagers, on constate une stabilité des poursuites concernant le trafic international et une baisse relative des interpellations pour trafic local.

Cette situation a conduit le Garde des Sceaux à réaffirmer que la lutte contre le trafic doit constituer une priorité de politique pénale. A cet effet, elle a adressé aux procureurs de la République une circulaire visant à rendre plus efficace la répression du trafic international et local. Elle incite les parquets à recourir à l'ensemble des outils procéduraux offerts par la loi, notamment les dispositions relatives au « proxénétisme de la drogue », qui sont encore peu utilisées.

L'arrivée massive et constante de nouvelles drogues de synthèse nécessite l'adaptation de notre dispositif de contrôle juridique et administratif. Des améliorations doivent être recherchées autour de plusieurs axes, parmi lesquels figurent :

- la mise au point de nouveaux outils juridiques et techniques, notamment un nouveau mode de classement des stupéfiants et des psychotropes plus rapide et plus performant ;
- le développement d'un véritable programme de sensibilisation des milieux industriels sur les risques de détournement des produits chimiques les plus sensibles.

Le développement de **l'usage criminel de certains produits psychoactifs**, en particulier de certains médicaments, nécessite également de prendre une série de mesures d'information et de prévention.

7. Cordonner au plan national et local

- **La MILD'T** est chargée d'élaborer le travail interministériel et d'en assurer le suivi, sans toutefois se substituer aux différents départements ministériels. Elle doit être un lieu de référence et de compétence où les savoir-faire s'expérimentent et s'évaluent.

Pour permettre à la mission de travailler dans la durée, les emplois des chargés de mission, qui étaient jusqu'à présent mis à disposition par les départements ministériels, seront consolidés. Par ailleurs, une cellule spécifique sera créée au sein de la mission pour mettre en oeuvre les dispositions du plan concernant l'ensemble des dépendances.

- **La coordination locale** est assurée par le chef de projet désigné par le préfet. Il préside un comité de pilotage composé de tous les services de l'Etat concernés et auxquels peuvent être associées des représentants des collectivités territoriales, des organismes de protection sociale et des associations. Une circulaire redéfinit ses missions afin qu'il joue un véritable rôle de programmation et d'impulsion. Les crédits qui lui sont délégués pour conduire des actions locales ont été augmentés de manière significative.

Des centres d'information et de ressources sur la drogue et les dépendances, à vocation régionale ou départementale, seront créés. Ils apporteront aux chefs de projet ainsi qu'aux services de l'Etat, aux collectivités territoriales, aux organismes de protection

sociale ou aux associations, la documentation et l'appui méthodologique dont ils ont besoin (création de 20 centres en trois ans).

8. Développer la coopération internationale.

Les actions de coopération concernent essentiellement la réduction de l'offre (4% des crédits en 1998 et 10 % en 1999 sont consacrés à la réduction de la demande) et les priorités géographiques sont peu lisibles (à titre d'exemple, la Colombie et le Maroc absorbent un tiers du budget).

Il s'agit de redéfinir nos priorités géographiques en fonction des flux du trafic et notamment de privilégier la coopération avec l'Asie centrale et du sud-ouest, la Russie et l'Ukraine.

Même si les actions concernant la réduction de l'offre doivent rester prioritaires, il est également nécessaire de conduire des actions dans le domaine de la réduction de la demande, pour lequel nous disposons d'un savoir-faire reconnu. Il faudra surtout développer des actions de réduction des risques dans les pays les plus proches de nous, où l'état de santé des toxicomanes est particulièrement préoccupant (notamment la Russie et l'Ukraine).

I - CONNAITRE, SAVOIR ET COMPRENDRE

Pour mener des politiques publiques, il est indispensable de comprendre et mesurer le phénomène que l'on veut traiter. Il faut donc pouvoir disposer des connaissances les plus précises possibles sur les produits, leurs effets sanitaires et sociaux, l'évolution des modes, des niveaux et des contextes de consommation, les facteurs prédictifs, l'évolution du trafic, l'efficacité des actions menées sur l'offre, la pertinence des traitements et des prises en charge.

Ce besoin de connaissances n'est aujourd'hui que très partiellement satisfait, pour des raisons qui touchent aussi bien à la faiblesse de la recherche et des instruments de mesure, qu'à leur cloisonnement et à leur dispersion. Les perspectives d'élargissement du champ d'intervention de la MILD'T à l'ensemble des substances psychoactives n'ont fait qu'amplifier ces besoins, en insistant sur la nécessité d'une approche globale des conduites à risques et des comportements de dépendance. En outre, les programmes de recherche publique concernant l'alcool et le tabac devraient être plus largement développés en regard des enjeux.

Enfin, le temps de la recherche n'est pas celui de l'action publique. **Aussi est-il nécessaire de disposer d'outils de connaissance qui permettent d'observer, en temps réel, l'évolution des modes et des contextes de consommation, afin d'adapter régulièrement les politiques publiques.**

1.1

STRUCTURER ET DEVELOPPER LA RECHERCHE

La faiblesse du dispositif de recherche a été soulignée par tous les rapports depuis celui de Mme Trautmann, en 1990. La multiplicité des sources de financement et des commanditaires (ministères, établissements publics, organismes de recherche publics et privés) a conduit à une dispersion des recherches et constitué un obstacle à la cohérence et à la comparabilité des données. Pour les mêmes raisons, certaines études et recherches sont insuffisamment connues et diffusées.

Les questions touchant à la drogue concernent de multiples disciplines, aussi bien dans le domaine des sciences de la vie que dans celui des sciences humaines. Or, s'il existe des équipes structurées, notamment dans le domaine des neurosciences, certains champs disciplinaires ne sont pas ou peu mobilisés (économie, histoire, droit, sociologie, recherches cliniques...). L'absence de confrontation de ces différentes disciplines constitue un obstacle à la compréhension globale du phénomène, pourtant indispensable à la pertinence et à l'efficacité des politiques publiques.

Les recherches concernant les produits psychoactifs licites, comme le tabac ou l'alcool, sont inégalement développées et sont financées, pour l'essentiel, par les industriels du secteur concerné.

Cette situation ne peut seulement se résoudre par l'élaboration de nouveaux appels d'offres, même financièrement bien dotés, mais par un travail résolu de structuration d'un milieu de recherche pluridisciplinaire, qui favorise le recrutement de jeunes chercheurs. Le lancement de nouveaux programmes de recherche doit également être précédé d'un état des lieux des connaissances dans les différentes disciplines concernées, ce qui nécessitera, dans certains domaines, la réalisation d'expertises collectives.

Il est indispensable de définir une stratégie claire de recherche qui s'inscrive dans la durée, ainsi qu'une organisation qui permette aux décideurs de disposer des connaissances nécessaires à l'élaboration des politiques publiques.

Instance de coordination interministérielle, la MILD'T doit se doter des moyens d'assumer cette fonction dans le secteur de la recherche, en étroite liaison avec le ministère de la recherche, les établissements publics scientifiques et techniques (EPST), les organismes de recherche propres aux différents ministères, les universités, les différents laboratoires et partenaires privés. Elle doit :

- contribuer sur le long terme à la structuration des recherches et des milieux de recherche en s'appuyant sur la réalisation d'états des lieux par discipline et/ou par produit, à la mobilisation de jeunes chercheurs et de nouvelles équipes, ainsi qu'à leur pérennisation;
- construire les méthodologies d'évaluation devant accompagner la mise en place de tout nouveau dispositif ;
- devenir un lieu de référence permettant de rendre compte de l'état des connaissances auprès des pouvoirs publics, de la communauté scientifique et du grand public.

La MILD'T devra s'appuyer sur l'OFDT et son collège scientifique, dont les compétences seront élargies à la recherche.

1.1.1 Structurer la recherche

De nouveaux modes d'action doivent être définis :

- **Effectuer un état des lieux des connaissances** par discipline et/ou produit constitue un premier temps indispensable à toute volonté de structuration de la recherche et des milieux de recherche. Cet état des lieux nécessite la mise au point d'un répertoire actualisé et thématique des différentes équipes de recherche ou de chercheurs isolés travaillant sur les domaines concernés. La conduite d'expertises collectives permettra également d'établir un état objectif des connaissances, notamment sur des sujets pour lesquels il n'existe pas encore de consensus scientifique.

Afin de disposer d'éléments de connaissance indiscutables, un programme de recherches sur l'alcool devra également être mené. Il portera notamment sur le rapport

bénéfice-risque d'une consommation modérée, ainsi que sur les moyens de prévenir une consommation excessive. Les professionnels du secteur des boissons alcoolisées seront associés à l'élaboration de ce programme.

- Analyser les différents secteurs de la recherche :

- Dans le domaine de la recherche neurobiologique, l'accent doit ainsi être mis sur une meilleure connaissance des mécanismes de la dépendance afin d'envisager des nouvelles stratégies thérapeutiques. Le passage de l'usage d'un produit à l'usage nocif et à la dépendance est lié à différents facteurs qu'il convient de mettre en évidence. De même, ces connaissances permettront d'identifier les facteurs intervenant dans l'arrêt de la dépendance. Les implications dans le domaine du médicament et des biotechnologies seront également recherchées.
- Dans le domaine de la recherche clinique, il est important de structurer des équipes susceptibles de dresser un état des lieux, de décrire les processus de soins actuels mais aussi de dégager de nouvelles stratégies sanitaires.

Des essais cliniques devront notamment porter sur l'élargissement de la palette des médicaments utilisables pour la substitution, notamment sur les médicaments codéinés et la substitution par voie injectable (cf. infra / 5.2.2).

- Dans le domaine des sciences humaines et sociales,
 - En sociologie et anthropologie doivent être développés l'évaluation des politiques publiques mais aussi l'évaluation comparative des politiques des différents pays, la recherche sur les relations entre les usages de substances psychoactives, la violence et la délinquance, et l'impact des politiques de prévention, domaines encore peu étudiés.
 - En économie, il conviendra de réaliser des études sur l'évaluation des coûts liés aux usages des différentes substances psychoactives (et non pas de l'usage d'un seul produit comme cela est fait le plus couramment).
 - En psychologie, domaine où très peu d'équipes se sont investies, des recherches devront également être développées.
- Dans le domaine de l'agriculture, les données provenant du ministère de l'agriculture concernant les produits viticoles et le tabac seront également prises en compte.
- Les consommations successives ou concomitantes de produits aussi bien licites qu'illicites nécessitent une meilleure compréhension tant sous l'angle pharmacologique que comportemental. Peu de travaux de recherche publique existent sur le tabac, l'alcool et les produits dopants, ce qui nécessite un effort particulier sur ces questions. Des programmes de recherche devront notamment porter sur les rapports entre alcool et criminalité ainsi qu'alcool et accidents du travail.

Des études cliniques seront en particulier menées pour explorer la faisabilité et l'efficacité de stratégies de diminution de la consommation de tabac au regard de la relation dose-effets (cf. infra / 5.2.5).

- La nouvelle législation sur la sécurité routière prévoit de rechercher systématiquement les produits illicites chez les conducteurs impliqués dans un accident mortel de la circulation. Il apparaît nécessaire de mener des travaux de recherche sur les rapports entre la prise de médicaments psychoactifs et la conduite de véhicules.

1.1.2 Développer la recherche

Pour mener à bien ces actions, il est nécessaire de rechercher et de pérenniser de nouvelles équipes. Une série d'actions devra être développée afin de mobiliser les jeunes chercheurs et établir une reconnaissance des spécialités liées aux substances psychoactives. Pour soutenir les équipes et les laboratoires susceptibles de s'engager sur plusieurs années, il faut, en accord avec le ministère de la recherche :

- dresser un état des lieux des différents diplômes d'études approfondies (DEA) pouvant avoir des relations avec le champ des substances psychoactives, de sorte que cette thématique puisse être en partie reprise dans la programmation des enseignements.
- créer des postes fléchés, des allocations de recherche, des bourses de thèses et des bourses post-doctorales.

Une programmation pluriannuelle sera élaborée en étroite liaison avec le conseil scientifique de l'OFDT. Ce dernier aura pour missions de dresser un état des lieux, d'identifier les besoins de connaissance et, enfin, de proposer les réorganisations nécessaires au dispositif de recherche.

1.2

CONDUIRE DES ENQUETES EPIDEMIOLOGIQUES REGULIERES EN POPULATION GENERALE AFIN DE MESURER LES EVOLUTIONS ET D'EFFECTUER DES COMPARAISONS EUROPEENNES.

La création de l'observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), regroupement d'intérêt public financé par la MILDT, a permis de rassembler en un lieu unique l'ensemble des données chiffrées disponibles sur les questions de toxicomanie. Pour autant, le dispositif statistique français reste lacunaire. Les données émanant de plusieurs ministères et services sont souvent peu compatibles entre elles en raison de l'hétérogénéité des modes de recueil. Elles mesurent finalement plus l'activité des services que le phénomène lui-même.

Ces données doivent être complétées par des enquêtes épidémiologiques régulières qui évaluent la prévalence de la consommation dans la population générale. Or, ces enquêtes sont aujourd'hui largement insuffisantes et surtout, elles ne sont pas systématiquement reproduites avec la même méthodologie pour mesurer les évolutions. En outre, aucune des enquêtes disponibles n'a inclus la question concernant du dopage.

L'objectif est ici d'améliorer les indicateurs dont dispose l'OFDT, par la mise en oeuvre d'un dispositif pérenne d'enquêtes sur les consommations de produits psychoactifs. Ce dispositif devra s'appuyer sur les enquêtes existantes et mettre en place,

le cas échéant, des enquêtes spécifiques. Il devra également prendre en compte le développement de standards européens afin de pouvoir mettre en perspective les résultats nationaux.

Outre l'introduction de questions relatives aux consommations de produits psychoactifs dans le cadre des enquêtes de l'INSEE ou d'autres études spécifiques, quatre axes méritent d'être prioritairement développés et valorisés :

- enquête “ Baromètre santé ” réalisée par le comité français d'éducation pour la santé (CFES) sur un échantillon de la population âgée de 15 à 75 ans ;
- enquête européenne ESPAD (European school survey program on alcohol and other drug) en milieu scolaire sur un échantillon d'élèves des classes de la 4ème à la terminale ;
- enquête annuelle sur une classe d'âge, dans le cadre de la journée de préparation à la défense (1999) ;
- enquête annuelle sur les perceptions, les opinions et les attitudes des français (1999).

1.3

DEVELOPPER UN RESEAU SENTINELLE POUR OBSERVER LES TENDANCES RECENTES DE CONSOMMATION

Dans un domaine aussi mouvant que celui de la lutte contre la drogue et la toxicomanie **il est nécessaire de disposer d'outils de connaissance qui permettent d'observer, en temps réel, l'évolution des modes et des contextes de consommation afin d'adapter régulièrement les politiques publiques.**

Afin d'adapter rapidement les moyens de prise en charge des usagers de drogues (types de structures, information et formation des professionnels susceptibles d'agir, messages de prévention, réduction des risques), l'observatoire français des drogues et toxicomanies mettra en place un système de veille pérenne reposant sur un réseau d'observateurs répartis sur 10 sites en France (Lille, Metz, Paris et sa banlieue, Rennes, Dijon, Lyon, Bordeaux, Toulouse et Marseille).

Ce dispositif sentinelle intégrera en outre une banque de données spécifiquement consacrée aux drogues de synthèse qui recueillera des informations sur l'ensemble du territoire (voir infra 1.3.2 : banque de données SINTES)

1.3.1 Le réseau sentinelle TREND

Le projet intitulé TREND (Tendances Récentes et Nouvelles Drogues) sera complémentaire du dispositif statistique épidémiologique actuel. **Il est conçu pour repérer l'émergence de tendances et apporter des éléments de compréhension des phénomènes mesurés.**

Ce réseau sentinelle sera constitué d'acteurs de proximité (médecins généralistes, professionnels des services d'urgences hospitaliers, professionnels des structures d'accueil pour les usagers, associations d'auto-support, ethnologues, ...). Les informations données par l'institut de veille sanitaire (IVS), les centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP) et les services répressifs, compléteront ce dispositif.

Les membres du réseau fourniront des données de façon continue ou semestriellement. Toutes ces informations seront ensuite rassemblées et analysées par l'OFDT. Validé régulièrement par un comité d'experts pluridisciplinaire, ce travail sera, avec la même périodicité, porté à la connaissance des pouvoirs publics, des professionnels et du public. Des enquêtes *ad hoc* seront, le cas échéant, mises en place afin de confirmer et d'évaluer l'importance d'un phénomène émergent.

1.3.2 La banque de données SINTES

Intitulée SINTES (système d'identification national des toxiques et substances), cette banque de données est fondée sur un réseau mixte, associant les services et laboratoires répressifs, des laboratoires hospitaliers, des experts en pharmacodépendance, des centres de soins spécialisés, des médecins intervenant sur les lieux de consommation ainsi que des épidémiologistes. **Réseaux sanitaires et répressifs permettent en effet une approche complémentaire du phénomène, indispensable pour mieux cerner la dangerosité des produits et leurs contextes d'usage.**

De nouvelles drogues de synthèse font régulièrement leur apparition sur le marché illicite, notamment les stimulants de type amphétamine. **La maîtrise de ce phénomène est aujourd'hui pour les pays européens un enjeu majeur de santé publique.** On note en effet :

- l'augmentation continue de la circulation de ces produits (1435 saisies ont été réalisées en 1997 contre 270 en 1993 ; les saisies douanières ont été multipliées par 7 entre 1997 et 1998) ;
- les connaissances nouvellement acquises sur leur dangerosité (expertise collective de l'INSERM sur l'ecstasy, 1998) ;
- la capacité technique des laboratoires clandestins à créer en permanence de nouvelles molécules ;

- la diversification et le rajeunissement des publics touchés par leur consommation, souvent associée à d'autres substances licites ou illicites, ainsi que la représentation totalement erronée d'innocuité qui s'attache à leur image.

L'action commune de l'Union européenne du 16 juin 1997 impose la mise en place d'un système d'alerte rapide à l'échelle des quinze Etats membres, permettant le repérage et la mise en place de mesures de contrôle de tout nouveau produit sur le marché européen. Ce dispositif insiste, en particulier, sur la nécessité de recueillir des données sur le contexte d'usage des produits, ainsi que sur le public touché.

La maîtrise du phénomène passe effectivement par une adaptation permanente des politiques publiques, tant sanitaires et sociales (soins d'urgence, prévention, réduction des risques), que répressives (meilleure connaissance des filières de production, classement de nouveaux produits) à partir de données constamment réactualisées et précises en matière toxicologique et épidémiologique : composition des produits disponibles sur le marché, apparition de nouvelles substances, nouveaux modes de consommation, pathologies associées, populations touchées... Les pouvoirs publics doivent être en mesure de délivrer des messages d'alerte en direction des différents acteurs et, le cas échéant, du grand public.

Cette banque de données sur les produits de synthèse sera intégrée au réseau sentinel TREND.

Les échantillons collectés (saisies effectuées dans le cadre d'enquêtes judiciaires ou produits obtenus directement sur les lieux de consommation, soirées rave, lieux festifs ...) seront systématiquement adressés aux laboratoires pour analyse de leur composition. Les résultats, de même que les données disponibles sur le contexte d'usage de ces produits, seront centralisés à l'OFDT. Le comité d'experts du dispositif (TREND-SINTES) en fournira une analyse semestrielle, qui sera portée à la connaissance des pouvoirs publics et des partenaires du réseau.

Le dispositif TREND-SINTES sera prêt à fonctionner fin juin 1999.

1.4

METTRE EN PLACE UN CADRE GLOBAL D'EVALUATION DES POLITIQUES PUBLIQUES

L'évaluation des politiques menées dans le domaine de la lutte contre les drogues et les toxicomanies est quasiment inexistante en France. Cette situation n'est pas propre à ce domaine : l'expertise et la pratique en matière d'évaluation sont peu développées. Si certains travaux ont été menés à l'initiative de certains chercheurs ou à la suite d'une commande des pouvoirs publics, ils n'ont pas toujours été menés à leur terme. En outre, ces évaluations sont pour la plupart réalisées en aval de la mise en place des actions ou des dispositifs étudiés.

Face à cette situation, il apparaît indispensable de conduire une action à deux niveaux :

- mener une approche globale d'évaluation des politiques publiques s'inscrivant dans la durée et fortement articulée au plan triennal ;
- développer des savoir-faire, les diffuser et mettre en place une capacité d'expertise des projets d'évaluation des actions.

1.4.1

L'approche globale d'évaluation des politiques publiques

L'ensemble des mesures du plan triennal feront l'objet d'une évaluation globale. Un **mandat d'évaluation**, élaboré par la MILDT et validé en comité interministériel, sera confié à l'OFDT. Ce mandat précisera le but, l'objet et le programme d'une évaluation globale des mesures du plan.

Les mesures du plan seront évaluées dans leur ensemble, à partir d'**objectifs spécifiques évaluables**, c'est à dire réalistes, mesurables et limités dans le temps. Au regard de ces objectifs spécifiques, la **liste des actions, dispositifs ou programmes couverts par le champ de l'évaluation** sera déterminée en identifiant ce qui relève de l'innovation (dispositifs nouveaux), de la poursuite ou de l'adaptation de dispositifs anciens.

Dans le cadre de ce plan de travail, des **évaluations de dispositifs particuliers** pourront être programmées. L'OFDT assurera l'intégration de leurs résultats dans le cadre de l'analyse globale.

1.4.2**Développer un pôle d'expertise en matière d'évaluation**

Ce développement se fera autour des trois axes suivants :

- surveiller (au sens épidémiologique) les évaluations réalisées, en cours ou en projet, ce qui permettra de les intégrer dans le système d'information européen EDDRA (exchange on drug demand reduction) piloté par l'observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) ;
- développer des protocoles méthodologiques (guide d'évaluation) que puissent s'approprier l'ensemble des acteurs ;
- formuler des avis sur des projets d'évaluation.

1.5**VALORISER**

Le conseil scientifique participera à la valorisation et diffusion des résultats de recherches. **Le développement de la recherche n'a de véritable sens que si ses résultats sont rapidement publiés et diffusés.**

Il faut donc :

- développer les bases documentaires existantes et multiplier les travaux de synthèse thématique (revues documentaires) concernant les drogues illicites ;
- constituer des bases similaires concernant l'alcool, le tabac et les médicaments psychoactifs ;
- diffuser régulièrement des lettres d'information courtes et ciblées présentant les principaux résultats des travaux de recherche ;
- organiser des séminaires inter-disciplinaires ;
- rendre accessibles sur Internet les travaux les plus récents.

1.6**CREER UNE STRUCTURE UNIQUE D'OBSERVATION, DE RECHERCHE ET D'EVALUATION SUR LES DROGUES ET LES DEPENDANCES**

Ce projet répond à un double objectif :

- rassembler en un lieu unique des actions aujourd’hui dispersées ;
- créer un lieu d’observation et de recherche suffisamment pérenne pour conduire des programmes de recherche inscrits dans la durée. Pour être en mesure d’anticiper les évolutions et de poser les questions de recherche avec une indépendance suffisante, cette structure doit être clairement distincte de l’outil de pilotage politique, donc de la MILDT.

Cette structure regroupera les activités actuelles de l’OFDT (observation statistique, études, évaluation, observation des produits qui circulent et de l’évolution des modes de consommation) ainsi que la programmation, la structuration et le financement de la recherche, actuellement assurés par la MILDT. Le conseil d’administration du GIP-OFDT proposera en conséquence une modification de ses statuts et de ses missions, ainsi que de son conseil scientifique.

Ce projet s’inscrira autour de trois priorités dans le cadre européen :

- établir un partenariat avec les organismes de recherche existant dans les autres pays de l’Union européenne ;
- apporter aide et soutien aux chercheurs français susceptibles de répondre aux appels d’offre de l’union européenne ;
- proposer de faire évoluer l’OEDT vers une fonction de pilotage de la recherche (dans le cadre de la présidence française de l’Union européenne).

II - COMMUNIQUER ET INFORMER : CREER UNE CULTURE DE REFERENCE FIABLE SUR LA DROGUE

Si la communication ne peut à elle seule changer les comportements, **une information objective et plus largement partagée est un préalable indispensable à toute politique de prévention**. Les grandes campagnes de communication doivent être relayées par des actions d'information plus ciblées et, surtout installées dans la durée.

Les campagnes grand public concernant la drogue sont rares. La dernière date de 1994. Trop générales ou trop simplistes (“*La drogue, c'est de la merde*”, “*La drogue, en avoir, c'est se faire avoir*” et plus récemment “*Aidons-les à trouver la force de dire non*”), elles n'ont pas permis de diffuser régulièrement une information sur des bases scientifiques solides.

Par ailleurs, **si les campagnes concernant l'alcool et le tabac financées par le fonds de prévention de la CNAM sont plus régulières et mieux dotées, elles ne s'appuient pas sur un dispositif de prise en charge suffisamment solide**. Ainsi la campagne 1999 de communication sur le tabac renvoie à un numéro vert provisoire. En effet, le financement des campagnes de lutte contre le tabagisme par le FNPEIS a été, en 1998 et 1999, d'un montant exceptionnel dont il est difficile de préjuger la reconduction. Les centres de soins spécialisés en tabacologie sont, par ailleurs, pratiquement inexistants.

Les données et études disponibles, bien qu'insuffisantes, sont loin d'être négligeables. Pour autant, il faut bien reconnaître qu'elles font l'objet d'une diffusion relativement confidentielle.

Enfin, les politiques conduites notamment dans le domaine de la réduction des risques (programmes d'échanges de seringues, ouverture de lieux d'accueil pour toxicomanes encore actifs) n'ont pas été suffisamment expliquées de sorte qu'elles suscitent dans certains lieux l'incompréhension et le rejet.

Le relatif silence des pouvoirs publics sur ces questions ou leur prise de parole intermittente laissent la place libre à de nombreux messages, d'origines diverses, qui sont dispersés, parfois inexacts et souvent contradictoires. Cette situation renforce les malentendus, les représentations excessives et surtout l'impression d'impuissance, sans permettre à l'opinion publique de développer des attitudes adaptées.

Sur des questions aussi complexes, **aucun message ne peut aujourd'hui être jugé crédible si le public auquel il s'adresse ne dispose pas de l'ensemble des éléments d'information qui ont servi à le fonder**. S'agissant d'un problème qui touche aux choix essentiels de vie et sur lequel, en conséquence, chacun a son idée personnelle, il apparaît indispensable de créer une culture commune qui fonde et légitime l'action publique.

Les comparaisons internationales montrent à cet égard que l'efficacité des politiques menées dans ce domaine, plus que dans d'autres, est directement proportionnelle au degré d'adhésion profond de l'opinion publique.

Pour créer une culture commune, il faut au préalable mettre à la disposition du grand public une information complète et validée scientifiquement, accompagnée de messages cohérents et compatibles entre eux. Cette information devra porter non seulement sur les produits et leurs effets, mais également sur les contextes d'usage, les modes et les comportements de consommation, les risques à court et long terme, les données épidémiologiques, l'encadrement législatif et réglementaire, les politiques publiques et les modes d'intervention possibles.

Cette information doit viser les jeunes mais aussi leurs parents et, plus largement, l'ensemble des adultes. En réduisant la distance qui existe entre la connaissance des jeunes et celle des adultes, elle devrait permettre à ces derniers d'avoir des attitudes plus adaptées à l'égard des pratiques de consommation. En effet, le sentiment d'être en face d'un problème complexe et mal connu renforce l'idée que les réponses ne peuvent relever que de spécialistes ... Or, si elle est donnée au bon moment, une réponse éducative apparaît suffisante dans de nombreux cas.

Les parents se sentent sous-informés et donc inaptes à ouvrir sur ce sujet un dialogue avec leurs enfants, voire inquiets sur la pertinence des attitudes à adopter face à des jeunes qui consommeraient. Les jeunes, pour leur part, pensent connaître les risques induits par les différents produits licites ou illicites, alors que leur information est souvent parcellaire ou erronée. Enfin, les problèmes de consommation de produits illicites restent largement tabous dans le cadre de la relation parents-enfant.

En ce qui concerne les produits licites, tels que l'alcool, le tabac et les médicaments psychoactifs, nous savons, sans en avoir tiré les conséquences en termes de communication et de prévention, que les habitudes de consommation et les attitudes éducatives des parents ou des adultes référents sont largement déterminantes pour le comportement des jeunes.

La communication doit également viser à faire comprendre la politique menée et notamment la nécessité absolue de développer un dispositif de réduction des risques, non seulement à destination des usagers de drogue les plus marginalisés, mais aussi pour les jeunes dont la consommation abusive est source de risques sanitaires et sociaux.

La communication devra plus particulièrement viser à sensibiliser les élus, les relais et le grand public sur la nécessité de développer des programmes de réduction des risques. Une telle communication devrait permettre de lever les incompréhensions et les malentendus qui ont trop souvent accompagné la création de lieux d'accueil, de boutiques ou de programmes d'échange de seringues.

2.1**MENER UNE POLITIQUE VOLONTARISTE DE COMMUNICATION ET D'INFORMATION**

L'objectif poursuivi est d'augmenter le niveau de connaissance et d'information de l'ensemble de la population pour la rendre plus apte à apporter des réponses adaptées aux différents comportements d'usage et d'usage nocif, sans avoir systématiquement recours à des spécialistes.

Cette orientation justifie quelques moyens nouveaux qui permettent d'inscrire la démarche d'information dans la durée, au-delà du temps nécessairement limité des grandes campagnes de communication. Mais, au-delà des moyens, elle nécessite surtout une cohérence du discours des différents départements ministériels, tant au niveau national que local.

L'information et la communication ne peuvent suffire à changer les comportements. Elles devraient toutefois conduire à lever les malentendus et à mettre à distance les peurs pour permettre à chacun d'adopter une attitude pragmatique et plus efficace.

2.1.1**Créer une culture commune qui fonde et légitime l'action publique en suscitant une adhésion profonde de l'opinion publique**

La stratégie de communication, destinée à accompagner le plan triennal, s'inscrit sur une durée de trois ans. Elle repose sur les objectifs suivants :

- diffuser une information tout public ou ciblée, complète, validée scientifiquement et accompagnée de messages cohérents et compatibles entre eux ;
- agir sur les représentations sociales pour combattre l'idée d'impuissance et de fatalité ;
- agir sur les motivations à consommer tout en développant les compétences des personnes à résister.

Cette mise à niveau des connaissances doit aider le grand public, et plus particulièrement les jeunes, les parents et les adultes référents, à adopter des attitudes responsables face aux différents comportements d'usage et d'usage nocif.

L'information diffusée portera plus particulièrement sur les produits et leurs effets, les modes et contextes de consommation, les risques, les données épidémiologiques, l'encadrement législatif et réglementaire, les adresses utiles,... Elle portera également sur les mesures du plan gouvernemental, et plus particulièrement sur la politique de prévention de l'initialisation, de l'usage nocif et de la dépendance ainsi que sur les dispositifs de réduction des risques.

Ce programme de communication a été établi en partenariat avec le comité français d'éducation pour la santé et avec la collaboration d'une agence de communication

sélectionnée par appel d'offres. **L'ensemble des actions est programmé pour un lancement en octobre 1999.**

De 1999 à 2001, un travail pédagogique sera développé auprès des médias afin qu'ils préparent, relayent et soutiennent les actions de communication.

Un colloque interministériel sera organisé à l'automne 1999 et rassemblera un millier de professionnels (élus, institutionnels, relais locaux, associations, médias...) afin de sensibiliser les participants aux axes politiques et stratégiques de la politique gouvernementale mise en œuvre. La campagne de communication télévisuelle tout public sera présentée en avant-première. A cette occasion, une collection de livrets de connaissance destinée aux professionnels sera lancée. Les quatre premiers numéros de cette collection seront diffusés largement. Ils constitueront pour l'ensemble des professionnels, quelle que soit leur spécialité, les outils de références indispensables pour conduire des actions de proximité cohérentes sur l'ensemble du territoire.

Ce souci de proximité devra particulièrement être pris en compte pour **le développement d'outils de communication et de prévention adaptés aux départements d'outre-mer, dans lesquels les pratiques de consommation sont largement différentes.**

Au deuxième semestre 1999, une campagne de communication tout public sera menée, notamment au travers de la diffusion d'un film publicitaire sur les principales chaînes de télévision. Utilisé comme levier, ce spot aura pour but d'inciter le grand public à se procurer un guide d'information permettant à chacun de faire le point sur ses connaissances. Les thèmes abordés dans ce guide seront accessibles au plus grand nombre (produits et effets, modalités de consommation, législation en vigueur, informations pratiques, repères pour réagir et gérer les risques d'une consommation...). Le guide, édité en 1,5 million d'exemplaires, sera largement diffusé.

Des supports d'information et de prévention ciblés de type « flyers » ou encartages presse-magazines seront conçus à l'intention des jeunes et diffusés en partenariat avec les organismes les plus proches des publics ciblés et des lieux de consommation. Ils viseront à informer sur les risques d'une consommation et à interroger le lecteur sur ses motivations à consommer.

Tout au long de ces trois années, la MILDT mettra en place une communication de proximité au moyen de relations presse, d'une diffusion d'informations via Internet, en s'appuyant sur les relais locaux (chefs de projet, services de l'Etat, réseau associatif).

Une enquête d'opinion sera menée de façon périodique par l'OFDT. Elle indiquera les tendances en matière de comportements de consommation et de perception des français sur l'ensemble des substances psychoactives. L'analyse des résultats rendra compte des évolutions au regard de la politique de prévention engagée. La première enquête, en cours d'exploitation, sera publiée à l'automne 1999.

Au delà du plan triennal, l'inscription de cette stratégie dans la durée devrait permettre d'accompagner utilement les programmes de prévention et de réduction des risques.

2.1.2 Faire de la MILDT un lieu de référence

Mettre l'information à la portée de tous est un objectif prioritaire qui suppose d'être en mesure de rassembler, valider et diffuser les informations répondant aussi bien aux attentes du grand public que des spécialistes. La MILDT doit devenir un lieu de référence en matière d'information, de communication et de documentation.

1) La communication

Il est indispensable que les informations diffusées auprès du grand public soient cohérentes et harmonisées. Il appartient à la MILDT de coordonner et valider les actions de communication des différents services de l'Etat, lorsqu'elles visent à l'information du grand public.

A cette fin, elle devra notamment être en mesure d'expertiser et de soutenir les actions proposées par les ministères, ainsi que par les services déconcentrés de l'Etat. Elle devra veiller, en liaison avec les chefs de projet départementaux, à ce que les campagnes de communication menées localement soient en cohérence avec le programme national. (cf. infra / 3.2.3). Plus généralement, elle aidera à la constitution d'outils à l'usage des services déconcentrés de l'Etat ou des collectivités territoriales.

Associée aux comités de pilotage des campagnes de prévention sur le tabac et l'alcool conduites par la CNAM en partenariat avec le CFES, qui est sous tutelle de la DGS, la MILDT veillera à la cohérence des actions de communication menées par les différents acteurs. Elle participera aux campagnes menées sur l'alcool par la délégation interministérielle à la sécurité routière, ainsi qu'à celles menées par la DGS sur le volet relatif à la réduction des risques pour les usagers de drogue par voie intraveineuse (UDVI).

2) La documentation :

Les intervenants et professionnels du secteur connaissent d'importantes difficultés pour accéder à l'ensemble des données et études disponibles en matière de produits psychoactifs et de dépendances. Ces difficultés sont largement imputables à l'éparpillement des lieux qui disposent de ces informations : la MILDT, l'OFDT, Drogues Info Service, le réseau Toxibase, les universités, les établissements d'enseignement, les organismes de recherche, les conseils généraux, le milieu associatif ... S'agissant de l'alcool et du tabac, on constate un éparpillement similaire des informations entre le CFES, les CODES (comités départementaux d'éducation pour la santé), l'ANPA (agence nationale de prévention de l'alcoolisme), les CDPA (comités départementaux de prévention de l'alcoolisme) ... Il convient aussi d'améliorer la qualité des informations disponibles, dont la cohérence voire la fiabilité, ne sont pas toujours certaines.

Cette situation est encore amplifiée par la multitude d'outils mis à la disposition des différents acteurs de prévention (plaquettes, vidéos, etc...), sans que ces derniers disposent toujours des informations et du recul suffisants pour guider leurs choix et identifier un partenaire potentiel. Monter un projet devient souvent un jeu de piste décourageant qui entrave le développement de nouvelles initiatives.

C'est la raison pour laquelle la MILD'T, avec les différents ministères, le CFES et les associations compétentes, installe une commission permanente de validation des outils de prévention et de communication (cf. infra / 3.2.3).

Pour répondre à l'ensemble des besoins et jouer pleinement son activité de conseil et d'aide à la recherche, **le service de documentation de la MILD'T devra être renforcé**. S'appuyant sur l'OFDT, Drogues Info Service et le réseau Toxibase, il devra être en mesure de disposer de toutes les connaissances disponibles sur le phénomène, ainsi que sur les politiques menées aussi bien en France qu'à l'étranger. **Cet objectif impliquera également de mettre en réseau l'ensemble des lieux de documentation existants, la MILD'T en assurant l'animation.**

3) Les centres d'information et de ressources sur la drogue et les dépendances :

L'accès à l'information étant largement lié à la mise en place de structures de proximité, un réseau national de centres d'information et de ressources sera constitué. Il permettra de répondre directement aux besoins exprimés par les acteurs locaux, qu'il s'agisse des professionnels du secteur sanitaire et social, des collectivités et des élus locaux, des enseignants, des associations ...

Disposant d'une documentation de base, ces centres joueront un rôle d'aide et de conseil auprès des acteurs locaux, tout en permettant l'accès à la documentation de la MILD'T et des autres membres du réseau. Ils devront mettre à disposition du public les documents et outils d'information validés par la MILD'T et auront un rôle d'expertise et d'accompagnement au plan local des actions de communication et de prévention (cf. infra / 7.2.2).

2.2	ASSURER REGULIEREMENT LA DIFFUSION ET LA MISE A JOUR DE L'ENSEMBLE DES DONNEES
-----	---

La cellule de communication, d'information et de documentation de la MILD'T sera organisée et dotée de moyens suffisants pour inscrire ses actions dans la durée. Elle assurera régulièrement la diffusion et la mise à jour de l'ensemble des données : documents et fiches, dossiers de presse, documents pédagogiques, site internet, ...

2.2.1 La mise en place d'un site internet de service public

Un site internet sera mis en place **à partir d'octobre 1999**.

Référence en matière de lutte contre la drogues et de prévention des dépendances, ce site devra permettre la mise à disposition de connaissances validées scientifiquement, actualisées et accessibles, tant pour le grand public que pour les professionnels. Des informations mises à jour régulièrement seront disponibles.

La maîtrise d'ouvrage du site est assurée par la MILD'T en association avec les partenaires drogues-info-service, l'observatoire français des drogues et des toxicomanies, l'association Toxibase et le CFES, maître d'oeuvre. Deux sociétés ont été sélectionnées par appel d'offres : d'une part, une agence de communication pour la conception graphique et informatique du site, d'autre part, une société pour l'hébergement du serveur.

Le site offrira aux « internautes » différentes informations sur les politiques publiques en matière de drogues et de toxicomanies, l'actualité du secteur (colloques, publications, communiqués de presse, dossiers de presse...), la documentation (bases de données documentaires, rapports de référence, listes d'ouvrages destinés au grand public et aux professionnels...), la législation (base de données législative), la recherche (bases de données statistiques, études menées par l'observatoire français des drogues et des toxicomanies, appels d'offres, répertoire des sources statistiques en France,...), les adresses utiles (lieux et personnes ressources, associations, institutions,...). Des savoirs thématiques vulgarisés seront proposés.

Au fur et à mesure de l'évolution du site, des dossiers thématiques avec plusieurs niveaux d'information seront mis en ligne (dossiers « international », « prévention », « douanes », « application de la loi », « prise en charge des toxicomanes et soins »...). Un comité éditorial se réunira régulièrement pour faire vivre le site et les contenus.

Pour les acteurs de terrain, des brochures seront téléchargeables.

L'interactivité sera favorisée par le biais de courriers électroniques, de listes de diffusion spécifiques, de questions / réponses, de formulaires et, à moyen terme, de forums animés par un modérateur. Une partie du site sera également accessible en version anglaise.

2.2.2**Un travail d'accompagnement dans la durée de la presse généraliste et spécialisée.**

Depuis un an environ, la presse s'est largement fait l'écho des nouvelles données scientifiques diffusées par les rapports d'experts, ainsi que de la nouvelle approche de prévention. Elle recherche l'information à la source et accorde une grande importance à toutes les connaissances nouvelles disponibles et publiées sur le secteur.

La MILD'T doit être très attentive et particulièrement vigilante à la demande d'information des médias. A cet effet :

- elle accompagnera la mise en place du plan triennal par des relations presse institutionnelle et fera relayer, en cas de nécessité, sa prise de parole par le témoignage d'experts scientifiques afin de mieux faire comprendre les fondements de l'action ;
- elle engagera des actions spécifiques, notamment auprès de la presse familiale, féminine et jeune au moyen de « tables rondes » et « rencontres discussions » avec des experts. Un travail d'accompagnement sur des thèmes généraux sera entrepris auprès de ces médias afin que les lecteurs soient invités à s'interroger, à s'informer, à en savoir plus.

Ces relations presse s'inscriront dans la durée au travers :

- d'une analyse permanente de l'actualité relative aux drogues et dépendances, afin de garantir l'accès des médias à une information juste et validée ;
- d'actions ponctuelles (lancements de campagnes de communication, colloques, restitution d'études scientifiques, ...) avec une forte visibilité ayant pour objet de mettre en lumière un thème sur lequel la prévention et l'information sont nécessaires, de susciter des interrogations et de permettre aux pouvoirs publics de développer des réponses.

2.2.3**Une stratégie éditoriale sur le moyen et long terme.**

Toutes les publications de la MILD'T devront être ancrées sur une stratégie à moyen et long terme. La **collection de livrets de connaissances pour les professionnels**, lancée à l'automne 1999, fera l'objet d'éditions régulières sur des thématiques complémentaires. Des **fiches de savoirs thématiques seront élaborées pour constituer une banque de données de savoirs vulgarisés et accessibles au grand public**.

2.3**AMELIORER L'ACCESSIBILITE A DROGUES INFO SERVICE**

Le numéro vert de Drogues Info Service, au travers de **son rôle d'écoute, de soutien, d'information, de prévention et d'orientation**, représente un facteur de continuité indispensable à la mise en oeuvre d'une stratégie à long terme d'information du grand public. L'accueil téléphonique est en effet un instrument de premier plan pour établir un lien de proximité avec les usagers de drogues et leur entourage.

On rappelera à cet égard que 75 % des appellants sont directement concernés par l'usage de produits, le leur ou celui d'un proche, et que l'accès à ce service s'inscrit dans le cadre d'une démarche positive de demande d'information, de conseil et d'orientation.

Drogues Info Service devra être en mesure de répondre à l'élargissement de ses compétences à l'ensemble des produits psychoactifs (cf. infra / 3.5). Dans le même temps, il devra **élargir son champ d'activité à l'ensemble du territoire en ouvrant ses lignes aux départements d'outre-mer**. Cette ouverture, pour répondre aux attentes locales, nécessitera un plan de formation des équipes métropolitaines sur les problématiques locales, les besoins spécifiques de la population, les spécificités culturelles, ainsi que les ressources et les institutions locales.

La promotion du numéro vert de Drogues Info Service sera effectuée au travers de l'ensemble des documents édités dans le cadre des actions de communication mises en œuvre par la MILDT (guide d'information grand public, livrets de connaissances, dossiers de presse, flyers...).

Elle s'exercera également par le biais du site Internet de la MILDT. Drogues Info Service verra son activité élargie à la gestion des courriers électroniques provenant du grand public et à l'animation, à moyen terme, de forums. Disposant d'une expérience de plusieurs années, Drogues Info Service assurera la gestion thématique d'un service interactif de questions-réponses avec les utilisateurs du site Internet de la MILDT.

III - SYSTEMATISER LA PREVENTION ET ELARGIR SON CHAMP TOUT EN RAPPELANT LES INTERDITS POSES PAR LA LOI

Faute d'une information suffisante, les représentations sociales de l'usager de drogues sont principalement celles de l'héroïnomane dépendant alors que les dangers d'une consommation abusive d'alcool ou de médicaments sont largement sous-estimés. Les attitudes face aux comportements de consommation ont tendance à osciller entre indifférence dommageable et dramatisation excessive.

Dans un tel contexte, il n'est pas surprenant que la politique de prévention reste, malgré les engagements successifs des différents plans de lutte contre la drogue et les moyens relativement importants mis en oeuvre, parcellaire, insuffisante, peu coordonnée et souvent contradictoire, même si de nombreuses actions de qualité sont ou ont été menées.

Par ailleurs, les programmes de prévention concernant le tabac, l'usage excessif d'alcool et les médicaments psychoactifs sont peu développés.

La prévention doit s'attacher désormais à prendre en compte les changements constatés dans les évolutions des comportements et modes de consommation. Ces orientations conduisent à réaffirmer les objectifs et les principes de la politique pénale à l'égard des usagers.

Pour que l'action des pouvoirs publics soit comprise par les jeunes, il est en effet indispensable que les actions de prévention, de soins et de répression s'inscrivent dans une logique de complémentarité.

3.1

REDEFINIR LA PREVENTION

3.1.1

Promouvoir une démarche de prévention axée sur les comportements de consommation des substances psychoactives

Dans le rapport “*Pour une politique de prévention en matière de comportement de consommation de substances psychoactives*” (1997), le professeur Parquet, après avoir fait le constat d'une certaine cacophonie des actions et des discours, souligne la nécessité d'élaborer, à partir de définitions communes, un corpus théorique qui devrait servir de base à une véritable politique publique. Il propose, à partir des données internationales qui font l'objet d'un consensus scientifique, une approche fondée sur les comportements et non sur les produits, en distinguant l'usage, l'abus ou l'usage nocif et la dépendance.

Cette distinction a le mérite de prendre acte de la réalité telle qu'elle est et non pas telle qu'on voudrait qu'elle soit. Elle permet également de tenir à l'égard des jeunes un discours crédible, qui ne soit pas contredit par leur propre expérience. Lorsque nous savons qu'un tiers des jeunes âgés de 15 à 19 ans a déjà expérimenté un produit illicite et que ceux qui consomment le plus de cannabis sont également ceux qui consomment le plus d'alcool ou de tabac, **il est certain que le rappel de l'interdit doit s'accompagner d'une démarche de prévention qui ne s'attache plus seulement à prévenir l'usage mais aussi, lorsqu'il existe, à éviter le passage à l'usage nocif et à la dépendance.**

Cette politique de prévention **doit se décliner en fonction de l'âge des jeunes et de leur expérience éventuelle de consommation. Elle doit non seulement viser à faire baisser la consommation globale, mais également à réduire les risques et les dommages résultant de cette consommation, pour l'individu, son entourage et la société toute entière.**

La prévention, c'est aussi apprendre à se confronter aux risques. L'élargissement de la notion de prévention jusqu'à la notion de réduction des risques passe par la reconnaissance de quatre objectifs complémentaires.

1) Prévenir la première consommation de drogues, parce que :

- la première prise d'une substance psychoactive peut avoir, pour un jeune dont la structure psychique est fragile, des conséquences dommageables pour sa santé et son évolution ;
- la composition de nombreuses substances en circulation est souvent inconnue et certaines d'entre-elles sont d'emblée dangereuses, comme l'ecstasy ;
- la nocivité de la consommation de tabac n'est plus à démontrer.

2) Agir sur les consommations précoces. Les quelques enquêtes dont nous disposons font clairement apparaître que plus la consommation est précoce, plus le jeune aura des chances de développer une consommation à problèmes. Ces observations conduisent à proposer une démarche similaire pour les consommations d'alcool, de tabac et de médicaments psychoactifs.

3) Lorsque la consommation existe, éviter le passage de l'usage occasionnel à l'usage nocif et à la dépendance. Cet axe devra également prendre en compte la nécessité de prévenir la consommation nocive d'alcool et de médicaments psychoactifs.

Ces trois premiers objectifs conduiront à développer un programme fondé sur :

- le rappel de l'interdit, assorti d'un travail pédagogique permettant la compréhension des textes législatifs et réglementaires applicables ;
- une information sur les produits, ainsi que sur les conséquences sociales et sanitaires de leur consommation ;
- un travail visant à développer les facteurs de protection (estime de soi, compétences personnelles...) et à prendre en compte les facteurs de vulnérabilité.

4) Le quatrième objectif est de réduire les risques de la consommation. Il concerne les consommateurs problématiques.

La notion de réduction des risques a jusqu'à présent été essentiellement développée en direction des héroïnomanes, pour qui il était indispensable d'éviter la contamination par le VIH et le virus de l'hépatite C. Il convient aujourd'hui d'étendre la réduction des risques à toutes les personnes dont la consommation entraîne des dommages, tant sanitaires (conséquences à court ou moyen terme d'une consommation excessive, risques de dépendance, pathologies associées) que sociaux (conflits familiaux, désinsertion scolaire, sociale et professionnelle, délinquance associée).

Une telle approche doit également permettre de prendre en compte les risques et les dommages d'une consommation excessive d'alcool.

Elle doit enfin conduire à préciser les objectifs de la politique pénale à l'égard des usagers de drogues illicites, dans une perspective d'insertion et de prévention de la récidive.

3.1.2

Intégrer la démarche de prévention dans les objectifs et les principes de la politique pénale à l'égard des usagers

L'usage, la détention et le trafic de stupéfiants sont réprimés par **la loi du 31 décembre 1970**, qui a d'ailleurs été modifiée à de nombreuses reprises depuis cette date. Le volet répressif de cette loi est caractérisé par :

- la pénalisation de l'usage sur la base d'une classification des stupéfiants établie par arrêté du ministre de la Santé, en conformité avec les conventions internationales (convention unique de 1961 et convention sur les substances psychotropes de 1971) ;
- en matière de trafic, des règles de procédure pénale dérogatoires au droit commun analogues à celles qui sont prévues pour la lutte contre le terrorisme : durée plus longue de la garde à vue, perquisitions de nuit ;
- des sanctions sévères pour les trafiquants.

Cette loi prévoyait également une mesure inédite destinée à inciter l'usager à se soigner : l'injonction thérapeutique décidée par le procureur de la République.

Le bilan de l'application de cette loi est contrasté. Si le volet répressif a été immédiatement appliqué, il a fallu attendre 1987 pour que le volet sanitaire, et notamment l'injonction thérapeutique, soit effectivement mis en oeuvre. La collaboration entre la justice et la santé a par ailleurs été longtemps marquée par une indifférence, voire une défiance réciproque qui a conduit les magistrats et les policiers d'un côté, les médecins et les intervenants en toxicomanie de l'autre, à évoluer parallèlement, sans échange véritable.

Cette situation a conduit à une sorte de « schizophrénie » dans le domaine de la lutte contre la drogue, qui a entraîné bien des incompréhensions regrettables, en

particulier lorsqu'il est devenu impératif de mettre en place la politique de réduction des risques. Bien qu'ayant évolué, elle est encore loin d'être satisfaisante, faute de définition d'objectifs communs à l'ensemble des acteurs, de sorte que les efforts des uns sont encore trop souvent annihilés par ceux des autres.

Face à cette situation, le Garde des Sceaux précise par la circulaire du XX juin 1999, élaborée après une large consultation interministérielle, les objectifs et les principes de la politique pénale conduite à l'égard des usagers, de telle sorte qu'elle soit comprise par tous, et notamment par les jeunes à qui elle s'adresse : **rappeler l'interdit fixé par la loi tout en respectant les impératifs de santé publique, prévenir l'usage de drogues et, lorsqu'il existe, éviter le passage à l'usage abusif. L'adoption de tels objectifs devrait permettre de réserver les poursuites aux cas où la consommation est source de dommages, soit pour l'usager lui-même, soit pour son environnement.**

L'interpellation doit permettre une orientation sanitaire et sociale à tous les stades de la procédure, l'injonction thérapeutique ne pouvant répondre à elle seule à cette exigence. Cette orientation suppose que soient organisées, dans chaque département, des capacités de diagnostic en amont de la décision judiciaire et des possibilités d'orientation. Un tel dispositif doit pouvoir s'appuyer notamment sur les services d'injonction thérapeutique, les permanences d'orientation pénales et le dispositif spécialisé.

La réaffirmation des objectifs de la politique pénale à l'égard des usagers s'accompagnera de la définition d'une politique d'exécution des peines. Les jeunes usagers ressortent trop souvent de prison sans suivi, ni contrôle. Ils reviennent dans leurs quartiers dans des conditions souvent mauvaises, aussi bien pour eux-mêmes que pour la sécurité publique.

La circulaire précitée du Garde des Sceaux rappelle, à cet égard, que la loi permet aujourd'hui de multiples aménagements de peine (libération conditionnelle, sursis avec mise à l'épreuve, semi-liberté, placement à l'extérieur), qui sont insuffisamment utilisés.

3.2

AIDER LES ACTEURS DE PREVENTION A DEVELOPPER LES REPONSES ADAPTEES A L'EVOLUTION DES MODES DE CONSOMMATION

Même si de nombreux acteurs de la prévention ont déjà pris conscience de la nécessité de traiter l'ensemble des substances psychoactives dans une approche globale des conduites à risques et des comportements de dépendance, les efforts doivent être poursuivis pour que tous puissent bénéficier d'un véritable soutien dans le choix, l'élaboration et le suivi de leurs projets.

Il n'est en effet pas contestable que les initiatives reposent encore aujourd'hui pour l'essentiel sur la bonne volonté des acteurs : les porteurs de projets sont multiples (associations, collectivités locales, services de l'Etat...), les intervenants variés (travailleurs

sociaux, enseignants, éducateurs, centres de soins aux toxicomanes, médecins, pharmaciens, policiers, gendarmes...) et la pérennité des financements incertaine.

Pour accompagner les nouvelles orientations et favoriser leur inscription dans les pratiques, plusieurs séries de mesures doivent être mises en oeuvre.

3.2.1

La déclinaison des orientations nationales au niveau local : l'adoption de programmes départementaux de prévention

Le chef de projet désigné par le Préfet sera chargé d'élaborer le programme départemental de prévention dans le cadre du comité de pilotage composé des représentants des services de l'Etat. Dans cette perspective, il associera les personnes ressources et les associations agissant dans le domaine de la prévention. Il coordonnera le recensement des actions, des ressources, des besoins et attentes. Il conduira le travail d'expertise collective. Il assurera le choix des objectifs et des stratégies, le suivi et l'évaluation du programme. Il s'appuiera sur les « centres d'information et de ressources », là où ils existent.

Les outils ci-après seront mis à la disposition des acteurs chargés de l'élaboration du plan départemental et de son suivi.

3.2.2

Un guide des bonnes pratiques de prévention

Ce guide a pour objectif d'aider à la mise en oeuvre et au suivi des actions de prévention. Tout en abordant, dans une approche globale, l'ensemble des comportements à risque, il s'attachera à décliner, en fonction de l'expérience du consommateur, les méthodes d'intervention. Celles-ci, en effet, doivent s'adapter à la personnalité et aux modes de vie du consommateur, mais aussi aux caractéristiques des produits consommés.

Après avoir rappelé le cadre théorique de la prévention, il définira une méthodologie pour la validation des outils, l'élaboration des programmes départementaux et la réalisation d'actions spécifiques. Le document précisera ce qu'il convient de faire et d'éviter de faire.

Le guide devra être utilisé par les services de l'Etat et constituer une référence pour les collectivités territoriales et les acteurs de terrain. Il sera un instrument pour l'élaboration de chartes départementales de prévention, contractualisées entre l'Etat et les collectivités territoriales.

Ce guide, en cours d'élaboration avec l'appui d'un groupe d'experts, sera diffusé au dernier trimestre 1999.

3.2.3

Une procédure de validation des outils

Compte tenu de la diversité des approches de la prévention et de la disparité des outils élaborés, l'Etat mettra en place une procédure de validation qui, au regard des critères élaborés par les administrations concernées et un collège d'experts, assurera à la fois la cohérence et la qualité des interventions en fonction des objectifs et des publics visés. Une collaboration particulière est instituée avec le CFES.

A cette fin, **il est indispensable qu'aucun ministère ne diffuse d'outil sans l'avoir soumis à cette procédure de validation**. Les collectivités locales, les associations et les particuliers qui le souhaitent pourront bénéficier de cette procédure.

Une commission permanente de validation est en cours de constitution. Ses premiers travaux ont déjà permis de retenir une série de critères, parmi lesquels on peut citer :

- l'exactitude de l'information apportée ;
- la connaissance et le professionalisme du promoteur de l'outil ;
- l'adéquation du contenu aux objectifs et publics visés ;
- la conformité aux principes éthiques, ainsi qu'aux lois et réglements.

Cette instance délivrera un avis sur les outils concernant les drogues et les dépendances, notamment lorsque des financements publics sont sollicités. Elle se réunira régulièrement à partir d'octobre 1999.

3.2.4 Une réorganisation des financements :

Au niveau national, la MILD'T renforce les moyens dévolus aux ministères pour développer la prévention (34,7 MF en 1998 / 52,2 MF en 1999). Elle s'assure de l'affectation de ces crédits sur des projets élaborés dans le cadre de la concertation interministérielle ; elle renforce les procédures de contrôle de l'exécution des actions, non seulement par les comptes rendus établis par les ministères mais aussi par la mise en place progressive de procédures d'évaluation, conduites sous l'égide de l'OFDT par des organismes extérieurs.

De plus, le chef de projet départemental est désormais destinataire d'une enveloppe significative (14,8 MF en 1998 / 30 MF en 1999). Il s'agit de conforter son rôle d'impulsion et de coordination. Grâce à ces crédits, il peut financer des études spécifiques, des formations pluridisciplinaires, des actions arrêtées dans le cadre du plan départemental et envisager les termes d'une contractualisation avec les collectivités territoriales et les organismes sociaux (CPAM, CAF, MSA....). Cette enveloppe facilitera la concertation avec les services de l'Etat, qui seront conduits à faire connaître, au sein du comité restreint, le montant des crédits déconcentrés destinés à la prévention. Cette mutualisation des ressources renforcera l'efficacité de la politique départementale de prévention.

Le programme départemental intégrera des actions à conduire sur plusieurs années, favorisant ainsi une certaine sécurité des financements. **Les chefs de projet seront invités à formaliser avec les associations concernées des conventions pluriannuelles à partir d'objectifs évaluables, préalablement déterminés.** Ce mode de financement devra se

substituer au financement à la prestation, qui est aléatoire et ne permet pas de garantir la qualité et la continuité des actions.

3.2.5 La professionnalisation des acteurs de prévention

D'une manière générale, aucune compétence particulière n'est exigée des acteurs de prévention. Or, il ne suffit pas qu'ils soient de bons professionnels de la toxicomanie pour être de bons professionnels de la prévention.

Les nouvelles connaissances, ainsi que les orientations en matière de prévention, seront prises en compte dans les formations initiales et continues des personnels de l'ensemble des ministères concernés. Il s'agit de constituer une culture de prévention partagée par l'ensemble des intervenants, quelle que soit leur origine professionnelle et institutionnelle, et d'organiser au niveau déconcentré des formations pluridisciplinaires.

A cet effet, les modalités et les contenus de formation initiale des centres de formation de chaque ministère seront revus. Chaque ministère sera invité à prendre en compte les propositions contenues dans les programmes de formation à caractère interministériel, en cours d'élaboration. Ceux-ci pourront aussi servir de point d'appui pour les formations organisées par les collectivités locales et les associations.

Un premier module définira un corpus de savoirs indispensables pour tout acteur de prévention.

Un second sera destiné aux professionnels de l'éducation, de l'animation et de l'insertion, confrontés aux problèmes des jeunes consommateurs (éducation nationale, agriculture, missions locales, centres de formation pour adultes, points écoute jeunes, protection judiciaire de la jeunesse, administration pénitentiaire...). Il abordera tout particulièrement l'analyse des signes de vulnérabilité, les phénomènes de polyconsommation et la dangerosité des drogues de synthèse. **Dès 1999, le module sera appliqué dans la formation des personnels de la PJJ.** En effet, l'étude épidémiologique conduite en 1998 par l'INSERM sur les questions de santé et de comportement à risques des jeunes sous protection judiciaire fait apparaître que ces derniers ont largement recours aux produits psychoactifs. L'usage nocif qu'ils en font est en étroite corrélation avec un état de santé très dégradé.

Il fera ensuite l'objet d'une diffusion plus large auprès des différentes administrations dont les personnels sont en contact avec les jeunes consommateurs.

3.2.6**Un guide d'évaluation des actions de prévention**

L'élaboration et la réalisation d'un programme de prévention doivent être accompagnées d'une évaluation rigoureuse. En effet, la mise en oeuvre des programmes a rarement été accompagnée d'évaluation, de sorte que des incertitudes subsistent sur l'impact réel des actions menées, ainsi que sur les cibles (notamment les âges), les lieux et les méthodes les plus pertinents.

On peut toutefois tirer plusieurs enseignements importants des évaluations disponibles : d'une part, les filles sont plus sensibles que les garçons aux messages de prévention actuellement diffusés, d'autre part, les parents restent pour les jeunes, même les plus en difficulté, les personnes référentes essentielles, notamment dans le domaine de la santé. Enfin, il existe des corrélations entre les comportements des parents face à la consommation et ceux de leurs enfants (cf. « *Enquête INSERM sur l'état de santé des jeunes scolarisés de 15 ans* », 1994 / « *Evaluation en milieu scolaire d'un programme de prévention primaire en matière de toxicomanie* », 1998 / « *La santé des adolescents de la protection judiciaire de la jeunesse. 14-21 ans* », 1998).

Un guide d'évaluation des actions de prévention est en cours de rédaction avec le soutien de l'OFDT et le concours d'experts. Ce document doit donner aux acteurs locaux des outils d'aide à la décision, ainsi qu'un cadre de référence pour évaluer leurs actions.

Ce guide fournira aux professionnels un ensemble d'orientations et de références sur les théories, méthodologies et indicateurs, à partir des normes soutenues par la communauté scientifique internationale et notamment par l'OEDT. Il sera diffusé fin 1999.

3.3**ORGANISER LES ACTIONS DE PREVENTION**

La population jeune (essentiellement 16-25 ans) doit être la cible prioritaire des programmes de prévention, en famille, à l'école, en apprentissage et dans les lieux sportifs ou de loisirs. Si l'école doit être le lieu privilégié de la prévention, il est absolument indispensable de mener des actions hors vie scolaire et il ne faut pas oublier qu'aucune politique de prévention ne peut réussir auprès des jeunes si elle ne recueille pas l'adhésion et la compréhension des adultes qui les entourent, notamment de leurs familles. Des actions devront donc être menées auprès des associations familiales et de parents d'élèves.

Un travail éducatif, mené très en amont de la possible rencontre avec les produits, doit contribuer à renforcer les facteurs personnels de protection de l'enfant et de l'adolescent et à porter une attention précoce aux manifestations de sa vulnérabilité.

3.3.1 Les parents

Les parents sont les premiers éducateurs. Or, ils ne disposent pas aujourd’hui des informations essentielles leur permettant de jouer un rôle de prévention à l’égard de leurs enfants. Il faut développer leurs compétences en s’appuyant sur les outils suivants :

- une campagne de communication, qui apporte à la population des informations validées ; elle a pour objectif essentiel de donner aux parents, et plus largement aux adultes, des outils de dialogue avec les jeunes ;
- un module de formation, définissant un corpus de savoirs indispensables à tout acteur de prévention, sera proposé aux associations familiales, aux associations de parents d’élèves, aux associations de quartiers et aux entreprises ;
- l’appel gratuit de Drogues Info Service ;
- des lieux d’écoute, spécialisés ou non dans le domaine des consommations de produits psychoactifs.

3.3.2 La mobilisation des établissements scolaires

Plusieurs enquêtes réalisées en 1997 (OFDT-CADIS) et 1998 (OFDT-INRP-Université Paris X) en milieu scolaire ont permis de souligner les principales tendances de consommation chez les jeunes de 15 à 19 ans :

- L’usage de cannabis se banalise chez les jeunes, environ un tiers en ayant fait l’expérience, une moitié d’entre eux étant des consommateurs plus réguliers (10 fois ou plus au cours des 12 derniers mois). Cette banalisation se remarque particulièrement à Paris, où le niveau de consommation dépasse les 40 %.
- Les taux de consommation des autres substances illicites deviennent significatifs, l’ecstasy et la cocaïne apparaissent et les produits à inhaler restent les produits les plus expérimentés par les adolescents.
- Entre 1993 et 1997, on note une nette augmentation de la proportion des 15-19 ans ayant connu plusieurs épisodes d’ivresse pendant l’année. La consommation régulière apparaît, quant à elle, en légère baisse chez les jeunes, en particulier la consommation de vin.
- Il y a de moins en moins de gros fumeurs (10 cigarettes et plus par jour), mais le nombre de fumeurs réguliers est en augmentation, représentant environ un tiers des jeunes.
- L’usage de médicaments psychotropes, consommation toujours majoritairement féminine, est en augmentation. 30 % des jeunes y ont eu recours, même exceptionnellement, au cours des douze derniers mois.
- Entre 15 et 19 ans, les prévalences des consommations de toutes les substances psychoactives augmentent avec l’âge. A l’exception des médicaments psychotropes et des consommations modérées de tabac, les déclarations des garçons sont toujours nettement supérieures à celles des filles.

- La consommation de cannabis dans les lycées situés en ZEP est moins importante que dans les autres lycées. En revanche, la consommation d'autres drogues illicites y est comparativement plus importante.

1) L'éducation nationale :

En 1990, le ministère de l'éducation nationale, de la recherche et de la technologie (MENRT) a mis en place des “ **comités d'environnement social** ” (CES) qui regroupent les membres de la communauté éducative, les familles et les acteurs de la vie locale du quartier dans une logique de réseau. Ces comités sont l'outil privilégié des actions de prévention dans le domaine de la toxicomanie et, plus largement, de toutes les conduites à risque.

Une étude évaluative réalisée en 1998 (Robert BALLION, ODFT-EHSS-CNRS) montre que le CES est une innovation organisationnelle intéressante dont les effets sont jugés positifs dès lors que les acteurs sont suffisamment mobilisés et investis, ce qui est loin d'être la règle. **En 1998, seuls 32,9 % des établissements secondaires publics disposaient d'un CES, ce chiffre étant en évolution de 4 % par rapport à 1997.** Même dans les quartiers les plus difficiles, ils n'ont pas été systématiquement mis en place puisqu'ils ne concernent que 48 % des établissements situés en ZEP. Par ailleurs, la même étude estime qu'environ la moitié des comités créés sont en sommeil ou fonctionnent au ralenti sans visibilité suffisante. L'essentiel des moyens de fonctionnement de ces comités provient des crédits interministériels de la MILDT.

Or, le rôle de l'éducation nationale est absolument essentiel et incontournable. La conduite dans les établissements scolaires d'une politique de prévention déterminée ne peut être laissée à la seule bonne volonté des acteurs locaux, mais doit devenir une véritable priorité.

Par circulaire du 1er juillet 1998, la ministre déléguée à l'enseignement scolaire a décidé de la généralisation de ces comités désormais appelés « comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté » (CESC). **Les propositions suivantes visent, d'une part, à rendre effective la généralisation des CESC, d'autre part, à faire bénéficier l'ensemble des élèves d'un programme de prévention pendant leur scolarité.**

L'extension des CESC à l'ensemble des établissements scolaires du premier et second degré se fera progressivement. Dès 1999, la totalité des collèges (4942) disposeront de CESC. En 2000 et 2001, 600 nouveaux LEP seront dotés de ce nouveau dispositif (contre 580 actuellement), ainsi qu'une partie des 1000 lycées qui restent à doter.

Les inspecteurs d'académie, qui assurent le pilotage des CESC au plan départemental, sont partie prenante des programmes départementaux.

Des documents d'accompagnement pédagogique, établis par les rectorats, accompagneront le dispositif (méthodes pour l'organisation, la participation des élèves, la mise en place des actions). **Pour aider la communauté éducative, le MENRT et la MILDT élaborent un nouveau document « Repères » qui, à partir de cas concrets de pratiques de transgression ou de prise de risques, propose des recommandations pratiques, elles-mêmes référencées à des bases théoriques.** Enfin, pour impulser sa politique, le MENRT a mis en

place des formations inter-académiques, axées sur le thème des conduites à risques. En 1998, 170 personnes ont suivi cette formation de formateurs, devenant ainsi personnes ressources au sein de leur académie afin de développer les CESC. Ces formations sont par ailleurs démultipliées au sein des plans académiques de formation conduits par les recteurs à partir des financements de l'éducation nationale et de la MILD'T.

De même, un effort important de formation devra être fait à destination des des personnels du service de promotion de la santé en faveur des élèves (infirmiers, médecins), ainsi que du service social en faveur des élèves (assistantes sociaux). Leur rôle est en effet essentiel pour repérer plus précocement les conduites à risques des adolescents.

Le MENRT développera des actions d'éducation à la santé à l'intérieur des programmes d'enseignement, dans le cadre des heures de vie de classe et lors de « rencontres éducatives pour la santé » abordant notamment les conduites à risques prévues par la circulaire « orientations pour la santé à l'école et au collège » du 24 novembre 1998. Elles se feront en liaison étroite avec les CESC. Elles s'attacheront prioritairement à développer les compétences personnelles et relationnelles des jeunes (image de soi, initiative, solidarité et responsabilité), compétences utiles pour résister à une offre de produits, pour demander de l'aide. A partir de la rentrée 1999, tous les élèves de collège recevront, au cours de leur scolarité, 40 heures d'éducation à la santé.

2) Le ministère de l'agriculture et de la pêche :

L'enquête CADIS réalisée en 1997 dans les lycées agricoles, selon la même méthodologie que celle utilisée pour l'enquête dans les établissements d'enseignement général de l'éducation nationale, fait apparaître des niveaux similaires de consommation de substances psychoactives. Seule la consommation d'alcool est plus importante.

Le fonctionnement des lycées agricoles repose largement sur l'internat. Ce mode de prise en charge permet une intervention éducative globale, assurée de façon constante. La communauté éducative est amenée dès lors à concevoir un projet pédagogique tenant compte de la vie quotidienne des jeunes.

En matière de prévention, le ministère de l'agriculture et de la pêche mettra en place le programme suivant :

- sensibilisation des surveillants d'internat, des délégués des élèves et des aides éducateurs recrutés sur emploi-jeunes (100 par an sur 3 ans) ;
- mobilisation des professeurs d'éducation socio-culturelle pour développer des actions d'éducation à la santé, en s'appuyant notamment sur des ateliers d'écriture et de théâtre ; ces ateliers concernent 500 élèves encadrés par 20 professeurs sur 3 ans ;
- formation initiale et continue à la prévention des conduites à risques, à destination des proviseurs, conseillers principaux d'éducation, professeurs et infirmières nouvellement recrutés (600 personnes par an pendant trois ans) ;

- consultations médico-psychologiques organisées dans les 18 grandes écoles relevant du ministère de l'agriculture afin d'écouter, d'informer et d'orienter, le cas échéant, les étudiants vers des structures de soins spécialisées.

3.3.3

Des actions de prévention dans tous les lieux fréquentés par les adolescents et jeunes adultes hors temps scolaire

Les enquêtes en milieu scolaire mentionnées ci-dessus font état des niveaux de consommation dans la vie quotidienne des jeunes, quel que soit le milieu fréquenté. La prévention est d'autant plus nécessaire hors temps scolaire que le temps scolaire ne représente dans l'année que 36 semaines de 26 heures en moyenne.

Deux données peuvent être rappelées, qui attestent de l'importance qu'il y a d'intervenir pendant le temps libre :

- **71 % des jeunes de 15 à 24 ans ont des pratiques sportives régulières ;**
- **5 millions de jeunes sont annuellement renseignés par les antennes du réseau des centres information-jeunesse.**

Les actions de prévention seront conduites par les différents acteurs que sont les services de l'Etat (jeunesse et sports, DDASS, gendarmerie nationale, police nationale et politique de la ville), les collectivités territoriales et les associations, selon les orientations nationales et les options retenues au sein du comité de pilotage.

Les acteurs locaux sont invités, dans le cadre des actions financées, à mettre l'accent sur les points suivants :

- la reconnaissance de l'importance et l'influence du groupe de pairs dans la vie des jeunes ;
- la responsabilisation des jeunes, sur laquelle repose la pédagogie de l'action ; des jeunes relais interviendront notamment auprès de leurs pairs pour les aider à limiter les risques liés aux consommations, en particulier lors des soirées, des rencontres et pratiques sportives et culturelles ; des jeunes relais en situation professionnelle (emploi-jeunes) seront également formés ;
- la prise en compte des nouveaux contextes et modes de consommation liés à la recherche de bien-être et de performance (recherche d'ivresse, d'extase, accès à de nouvelles sensations) ;
- la prise en compte des consommations de produits dopants (psychoactifs ou non) dans le cadre des activités physiques et sportives non professionnelles ;
- une information sur les dangers de la première consommation de drogues de synthèse, de type ecstasy, et une information sur les conséquences des consommations abusives.

Toutes ces actions s'attacheront à mettre en place une véritable politique de réduction des risques visant à permettre aux consommateurs de mieux connaître les risques encourus, de demander et de trouver de l'aide, de bénéficier le cas échéant d'un suivi éducatif, social ou sanitaire.

De manière systématique, l'ensemble des lieux d'accueil, d'hébergement et de loisirs (réseaux information jeunesse, MJC, foyers de jeunes travailleurs, centres sociaux, clubs sportifs ...) seront informés des axes définis ci-dessus et assureront la diffusion des documents réalisés dans le cadre de la campagne de communication.

Les objectifs quantitatifs et qualitatifs de ces actions, ainsi que leur mise en oeuvre, seront arrêtés dans le cadre du plan départemental de prévention.

3.3.4 Une présence dans les lieux festifs et les raves.

Il s'agit de porter une attention particulière aux modes de vie inspirés par de nouveaux modèles culturels extrêmement fragmentés. Beaucoup consomment des drogues de synthèse et d'autres substances dans les raves, « free parties », concerts, manifestations culturelles et sportives, festivals. Ces nouvelles formes de consommation existent aussi de manière plus diffuse et permanente dans la vie quotidienne des jeunes, les bars et boîtes de nuit, les bandes et la rue.

Il convient notamment de s'attacher :

- à prévenir l'usage ;
- à mettre en oeuvre une véritable politique de réduction des risques et dommages liés à la consommation de produits ;
- à organiser sur ces différents lieux des interventions de première urgence et à soutenir les associations qui interviennent dans ce cadre ; des rencontres régulières avec les associations de « ravers » et les groupes d'auto-soutien sont déjà régulièrement organisées à la MILD'T ;
- à soutenir les villes festivalières qui le souhaitent pour l'accueil et la prise en charge des jeunes en errance et grands consommateurs de substances psychoactives (présence d'éducateurs, travail en réseau avec les services spécialisés, modalités d'hébergement) ;
- à conduire des actions destinées à éviter que les jeunes ne prennent le volant après avoir consommé de l'alcool ou de la drogue.

Ces actions seront soutenues soit dans le cadre du programme de prévention départemental, soit au travers du réseau associatif national.

3.3.5**Les lieux d'apprentissage et de formation professionnelle**

L'apprentissage et la formation professionnelle sont des périodes vécues comme sources d'insécurité, en raison notamment du contexte de chômage.

Les missions locales et le réseau des permanences d'accueil, d'information et d'orientation (PAIO) reçoivent, dans le cadre de leur mission d'insertion sociale, 1,3 million de jeunes de moins de 25 ans. Des actions de formation sont conduites afin de permettre aux accueillants de mieux prendre en charge les problèmes de consommations des jeunes.

Il est également prévu de former les formateurs des centres de formation pour adultes (CFA) et des centres d'aide à la décision (CAD). Cette formation sera coordonnée par l'assemblée permanente des chambres des métiers (APCM).

Les centres de ressources pourront servir d'appui aux actions de prévention que les entreprises auront décidé de mener, en particulier celles qui sont confrontées à des impératifs de sécurité.

3.4**QUALIFIER DES LIEUX D'ACCUEIL, D'ECOUTE, D'ORIENTATION ET DE PRISE EN CHARGE, ADAPTES AUX ADOLESCENTS ET JEUNES ADULTES CONSOMMATEURS**

Au regard des études réalisées au sein de l'éducation nationale, des lycées agricoles et de la protection judiciaire de la jeunesse, il apparaît que de nombreux jeunes vivent des situations de souffrance et de mal-être, sans pouvoir et savoir à qui se confier.

La réponse apportée par la création, depuis 1996, de 78 points écoute parents et enfants et par l'installation de points santé dans des structures fréquentées par les jeunes est partielle. L'évaluation des points écoute, en cours, permettra d'ici fin 1999 de dégager la pertinence de la fonction d'écoute et les conditions d'efficacité du dispositif.

Quelle que soit la forme qu'ils prendront, des lieux d'accueil et d'écoute pour les adolescents doivent exister sur l'ensemble du territoire. Ce programme sera défini en fonction des résultats de l'évaluation.

3.5

REAFFIRMER LES OBJECTIFS ET LES PRINCIPES DE LA POLITIQUE PENALE A L'EGARD DES USAGERS

Bien que les circulaires des Gardes des Sceaux successifs depuis 1978 recommandent pour les usagers de privilégier le soin et la réinsertion, **les interpellations pour usage ont plus que doublé en cinq ans pour atteindre un nombre de 74 633 en 1998**, avec une proportion croissante d'usagers de cannabis (environ 85 % en 1998). Moins de 5 % de ces interpellations donnent lieu à des condamnations pénales, rarement sévères. Le nombre de condamnations à des peines d'emprisonnement ferme pour simple fait d'usage décroît par ailleurs d'années en années (494 en 1997).

Parallèlement à cette évolution, il apparaît que **les injonctions thérapeutiques, dont le nombre est faible au regard des chiffres d'interpellations** (8 812 en 1995), s'appliquent aujourd'hui majoritairement à des usagers de cannabis. En 1997, seules 36 % des mesures concernaient les héroïnomanes, contrairement aux orientations interministérielles qui recommandent de réserver cette mesure aux usagers toxicodépendants. Par ailleurs, une évaluation récente estime que seulement un tiers environ des injonctions thérapeutiques sont effectives (Michel SETBON - GAPP. « L'évaluation de l'injonction thérapeutique », 1998), faute de définition commune des critères de décision et des effets attendus.

Il est certain que l'évolution des modes de consommation, qui allient drogues illicites, alcool et médicaments détournés de leur usage, ne facilite pas la définition d'une politique pénale cohérente, les usagers les plus marginalisés n'étant plus nécessairement des usagers de produits illicites, et inversement.

Si les parquets évoluent progressivement vers des réponses diversifiées, (classement avec avertissement, ou avec orientation vers une structure sanitaire sociale ou de prévention adaptée notamment), l'extrême diversité des pratiques ne s'explique pas par la seule diversité des contextes. Ainsi, malgré quelques progrès, les réponses judiciaires à la toxicomanie demeurent encore trop marquées par le cloisonnement des interventions des différents acteurs du processus (police, justice, autorité sanitaire).

3.5.1

Des objectifs compris et partagés par tous les acteurs

La politique pénale à l'égard des usagers de drogues ne peut avoir de réelle efficacité que si elle est comprise du public auquel elle s'adresse, en particulier des jeunes. Il importe toutefois, au préalable, que les objectifs poursuivis par la répression de l'usage soient partagés par tous les acteurs de la politique publique, qu'ils aient une action sanitaire ou répressive.

Au travers de la circulaire précitée, le Garde des Sceaux incite les procureurs de la République et les services déconcentrés de la Justice à favoriser, dans le cadre de l'interdit

légal, des orientations sanitaires et sociales pour les personnes présentant des difficultés liées à l'usage de drogues. Les objectifs poursuivis sont les suivants :

- obtenir une diminution des consommations ;
- éviter le passage de l'usage à l'usage abusif, en particulier chez les jeunes ;
- obtenir une diminution de la délinquance liée à la situation sociale et sanitaire des toxicomanes ;
- diminuer les dommages sanitaires et sociaux subis par les consommateurs excessifs ou dépendants, en les mettant en contact, par tous les moyens, avec les structures du réseau sanitaire et social.

L'adoption de tels objectifs devrait permettre d'accentuer la priorité donnée à l'orientation sociale et sanitaire, à tous les stades de la procédure, et de réserver les poursuites aux cas où l'usager est source de danger pour lui-même mais aussi, et surtout, pour son environnement. **Logiques d'ordre public et de santé publique doivent ainsi être indissolublement intégrées.**

L'effort de coordination de tous les acteurs doit être poursuivi et intensifié. Il devra notamment se traduire dans les contrats locaux de sécurité, ainsi que dans **l'élaboration des conventions départementales d'objectifs justice/santé, dont le dispositif est généralisé.**

La circulaire du Garde des Sceaux demande notamment aux procureurs de la République de veiller à ce que :

- les critères encadrant la pratique des transactions douanières, à l'égard des détenteurs de faibles quantités de stupéfiants, soient intégrés dans les orientations de politique pénale ;
- les services exerçant des missions de police judiciaire interpellent en priorité les usagers de stupéfiants causant un dommage pour eux-mêmes ou pour autrui. Il convient notamment que l'action de la police judiciaire soit compatible avec la politique de réduction des risques.

En effet, le développement de structures « bas seuil » ou « niveau d'exigence adaptée » (boutiques, sleep in) crée naturellement dans certains lieux une concentration de toxicomanes actifs. En particulier, les programmes d'échange de seringues provoquent la circulation d'usagers en possession de seringues. L'efficacité de la démarche de réduction des risques impose que les impératifs de la répression ne viennent pas contrecarrer les objectifs de santé publique poursuivis par la politique de réduction des risques. Réciproquement, ces structures d'accueil doivent pouvoir compter sur l'intervention des forces de police en cas de troubles à l'ordre public (violences, trafic) au sein même de la structure, comme aux abords de celle-ci.

Ces orientations devront être accompagnées par **une politique de formation à l'égard des acteurs de la politique publique, qu'ils aient une action sanitaire ou répressive.**

La circulaire du XX juin 1999 prévoit que la palette des alternatives aux poursuites des usagers interpellés devra être diversifiée. Une attention particulière sera

apportée aux jeunes usagers à l'égard desquels l'interpellation doit être l'occasion d'une action préventive, voire d'une prise en charge éducative globale quand cela s'avère nécessaire. Le classement avec avertissement, le classement avec orientation ou sous condition de prise en charge sociale et éducative seront mis en oeuvre pour les autres usagers. L'injonction thérapeutique sera réservée aux usagers toxicodépendants.

Une telle diversification des réponses judiciaires nécessitera la mise en place de permanences d'orientation sanitaire et sociale. Les magistrats trouveront ainsi un interlocuteur spécialisé pour éclairer leur décision et pour assurer le suivi des mesures, une fois la décision prise. Ces dispositifs pourront prendre appui sur la permanence d'orientation pénale des juridictions et devront se traduire, si possible, par la présence d'une structure spécialisée au sein ou à proximité du tribunal. Ils pourront être financés dans le cadre des conventions départementales d'objectifs justice/santé.

Les crédits dédiés aux injonctions thérapeutiques seront redéployés pour mettre en oeuvre ces dispositifs et, plus globalement, faciliter la coordination des actions menées par les services de santé publique et de la justice.

3.5.2

Prévenir la récidive en privilégiant les alternatives à l'incarcération et le suivi à la sortie de prison

Il convient d'améliorer la prise en charge sanitaire et l'insertion socioprofessionnelle des toxicomanes les plus en difficulté, et donc les plus susceptibles de récidives. Cette démarche, pour être efficace, doit être accompagnée d'une implication forte des parquets pour promouvoir les mesures alternatives à l'incarcération et le suivi des usagers de drogues sortant de prison. La mesure d'individualisation doit en effet devenir la règle.

Ces mesures doivent également être développées pour les personnes ayant commis des délits liés à une consommation excessive d'alcool (notamment des violences).

1) Des mesures alternatives à l'incarcération :

En l'absence de délit connexe, les usagers de drogues devraient systématiquement pouvoir bénéficier de mesures alternatives à l'incarcération. La loi offre aujourd'hui une palette très large de mesures en ce sens, qui peuvent être assorties d'une obligation de soins :

- avant jugement : le contrôle judiciaire socio-éducatif ;
- après jugement : l'ajournement de la peine, le sursis probatoire ou bien encore le travail d'intérêt général.

Le contrôle judiciaire. Aujourd'hui, 25 % des mesures de contrôle judiciaire socio-éducatif (sur un total d'un peu plus de 11 000 mesures) concernent des prévenus toxicomanes. Cette proportion pourrait être accrue dans la mesure où le contrôle judiciaire avec obligation de soins est particulièrement adaptée aux prévenus toxicomanes.

Les mesures post-sentencielles. En 1998, les services de l'administration pénitentiaire ont au total suivi plus de 138 000 mesures, dont 105 000 mesures de sursis avec

mise à l'épreuve, 24 000 mesures de travail d'intérêt général et 763 mesures d'ajournement avec mise à l'épreuve.

On ne dispose encore que de peu de données sur les caractéristiques des personnes suivies. Il est toutefois indéniable que les toxicomanes lourds accèdent encore insuffisamment aux peines alternatives à l'incarcération. Ainsi, les sursis avec mise à l'épreuve (75 % des mesures en milieu ouvert) ne concernent-ils qu'une minorité de condamnés pour infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS).

Une récente étude a par ailleurs mis en évidence le faible nombre de mesures de travail d'intérêt général (TIG) bénéficiant aux condamnés usagers de drogues, à la différence des TIG destinés à accueillir les conducteurs délinquants (qui sont mis en place en collaboration étroite avec les centres de cure ambulatoire en alcoologie / CCAA). Ces peines permettent d'alterner période de travail et temps de sensibilisation et de formation. Une évolution similaire doit être encouragée pour tous les condamnés ayant des consommations problématiques, quel que soit le produit concerné.

2) Systématiser la préparation et l'encadrement de la sortie de prison :

Les données disponibles sur la population carcérale traduisent la surreprésentation d'une population jeune et fortement touchée par la toxicomanie. Elles soulignent la nécessité de définir une politique d'exécution des peines qui tienne compte des besoins spécifiques des toxicomanes :

- 30 % des entrants en prison déclarent une consommation prolongée et régulière de drogue pendant les 12 derniers mois ; la moitié d'entre eux sont polytoxicomanes ; une proportion équivalente déclare une consommation excessive d'alcool ;
- 40 % des entrants n'ont eu aucun contact avec le système de soins pendant l'année qui a précédé leur incarcération (*Etude DREES sur la santé des entrants / 1997*) ;
- près de 25 % de la population pénale a par ailleurs moins de 25 ans.

La proportion de condamnés sortant en libération conditionnelle diminue constamment depuis plusieurs années (en 1998, seuls environ 10 % des condamnés sortant de prison en ont bénéficié). Le volume des autres mesures d'aménagement de peine est sans commune mesure avec le besoin d'encadrement des détenus à leur sortie de prison (3,51 % des journées de détention ont été effectuées en semi-liberté en 1998, on a compté moins de 2000 placements à l'extérieur sans surveillance continue en 1997).

Les détenus toxicomanes sont le plus souvent exclus de ces aménagements de peine, compte tenu de leur profil particulièrement lourd, tant sur le plan pénal que socio-sanitaire. Or, sur les 75 000 détenus qui sortent de prison chaque année, environ 30 % sont des usagers de drogues. **La grande majorité de ces derniers sort donc de prison sans aucun suivi judiciaire.**

Bien que n'étant majoritairement pas en situation de demande d'aide, cette population a plus que tout autre besoin d'être suivie à la sortie de prison. Le cadre structurant d'une mesure judiciaire constitue, en outre, la meilleure garantie pour encourager les organismes d'accueil à accepter ce type de public.

Dans la circulaire du XX juin 1999, le Garde des Sceaux a donné des instructions de politique pénale concernant l'exécution des peines. Celles-ci visent à éviter que les jeunes détenus ne sortent de prison sans aucun suivi, y compris et surtout lorsqu'ils ont été condamnés pour trafic.

Pour ces derniers délits, la préparation d'une libération conditionnelle doit permettre d'organiser un suivi rigoureux dans un lieu différent du lieu du délit qui a entraîné la condamnation.

3.5.3

La généralisation des conventions départementales d'objectifs comme instrument de mise en oeuvre des orientations de politique pénale

Les questions évoquées en amont soulignent la nécessité d'une implication plus forte des parquets, afin qu'ils privilégient systématiquement les mesures alternatives à l'incarcération et les aménagements de la peine de prison.

Ces mesures pourront notamment être mises en oeuvre grâce aux financements prévus pour les conventions départementales d'objectifs de lutte contre la toxicomanie dont le dispositif, initialement cantonné à la géographie prioritaire de la politique de la ville, est généralisé en 1999.

Instaurées en 1993, ces conventions sont signées par le procureur de la République et le préfet. Elles présentent un intérêt majeur : celui d'inscrire la prise en charge des toxicomanes sous main de justice dans un cadre départemental et pluriannuel.

Ce dispositif est adapté aux besoins identifiés localement par les autorités judiciaires et les services relevant du ministère de la justice (orientation et prise en charge des usagers interpellés, classement sous condition, prise en charge des mineurs toxicomanes, contrôle judiciaire socio-éducatif, condamnations assorties d'une obligation de soins, développement du TIG ou de mesures d'aménagement de la peine de prison, type semi-liberté ou libération conditionnelle, interventions en détention, prise en charge immédiate de sortants de prison).

Il peut être pensé en cohérence avec l'ensemble des actions conduites dans le cadre de la politique de prise en charge des toxicomanes dans le département.

Les conventions départementales d'objectifs ont par ailleurs été étendues à la prise en charge des justiciables ayant une consommation abusive d'alcool, dont on sait qu'elle est responsable de nombreux actes de délinquance graves (infractions routières, infractions à caractère sexuel, actes de violence).

Ces conventions doivent en particulier permettre **la mise en place des permanences d'orientation sanitaire et sociale des usagers interpellés et d'augmenter les moyens de coordination entre la justice et la santé à tous les stades de la procédure pénale.** Les crédits spécifiques à l'injonction thérapeutique seront redéployés à cet effet.

Ces orientations sont rappelées dans la note ci-jointe du 12 février 1999 par laquelle la MILD'T, après concertation interministérielle, a généralisé ce dispositif.

3.6

ADAPTER LES MISSIONS DE DROGUES INFO SERVICE A L'EVOLUTION DES BESOINS DE LA POPULATION ET DES POLITIQUES PUBLIQUES

Pour répondre aux nouveaux axes de la politique gouvernementale, il apparaît indispensable de faire évoluer les missions du service national d'accueil téléphonique Drogues Info Service. Celui-ci devra en effet être en mesure de faire face à l'augmentation des appels concernant l'usage de drogues, ainsi qu'à élargissement de ses compétences aux consommations problématiques d'alcool, de tabac et de médicaments psychoactifs. Il devra également jouer un rôle dans la mise en place de structures de proximité, permettant de répondre aux besoins des différents professionnels du secteur.

3.6.1

L'élargissement des missions de Drogues Info Service

Le renouvellement profond de la politique publique de prévention repose sur deux orientations qui concernent très étroitement les missions du service national d'accueil téléphonique Drogues Info Service. Il s'agit :

- d'une part, de l'élargissement du champ de la prévention à l'ensemble des substances psychoactives ;
- d'autre part, de la distinction entre les risques liés à l'usage, l'abus ou la dépendance.

Ces deux orientations confirment les observations faites par ce service, selon lesquelles les difficultés et les besoins des appelants n'apparaissent pas comme spécifiques au statut légal des produits consommés : l'alcool et les médicaments ont toujours fait partie des principaux produits cités, en tant que produits associés à la consommation. Par ailleurs, les besoins et attentes exprimés au cours des appels ne relèvent pas seulement de la toxicomanie mais, le plus souvent, de problèmes divers concernant la vie familiale, l'autorité parentale, le cadre scolaire, l'insertion sociale ou professionnelle, la solitude ...

La compréhension des nouveaux axes proposés en matière de politique de prévention nécessitent de faire évoluer visiblement les missions de *Drogues Info Service*. Le nom du service devra ainsi être modifié pour que le public ne s'y adresse plus seulement pour des besoins concernant des drogues illicites mais également pour l'ensemble des problématiques touchant à la consommation de substances psychoactives.

Les « écoutants » bénéficieront d'un programme progressif de formation sur les problématiques spécifiques à l'alcool, au mésusage des médicaments psychotropes, au tabac et

au dopage. La documentation de référence et le système d'information sur les appels devront suivre cette évolution et être adaptés aux nouveaux champs de compétence du service.

L'élargissement de la population concernée par les missions du service nécessitera de prendre en considération :

- la stratégie de communication à déployer autour du numéro d'appel (Cf. supra / 2.3.3) ;
- les perspectives d'augmentation, à terme, du volume d'activité du service ;
- la possibilité d'un renforcement massif des effectifs ou d'une diversification des missions en plusieurs services complémentaires et cohérents.

Le conseil d'administration de Drogues Info Service a déjà décidé l'élargissement de ses missions. Ses moyens devront être adaptés en 2000 pour y répondre.

3.6.2

Faciliter l'accès des professionnels aux réseaux d'information et de compétences

Les professionnels non spécialisés (soignants, enseignants, responsables associatifs, etc...) sont de plus en plus confrontés à des problèmes de consommation de substances psychoactives. Comme on l'a vu, différentes mesures du présent plan visent à assurer leur information, harmoniser leurs compétences et les aider à bénéficier d'un véritable soutien dans le choix, l'élaboration et le suivi des réponses les plus adaptées.

Drogues Info Service doit jouer un rôle de conseil et d'orientation pour ces professionnels. Pour ce faire, le service national d'accueil téléphonique devra :

- développer des ressources documentaires spécifiques, tenant compte de la diversité des environnement professionnels concernés ;
- **mettre en place une ligne téléphonique qui leur sera réservée** (au prix d'une communication locale). Cette ligne « professionnelle » ne sera pas conçue comme une aide à la prise en charge. Elle aura pour principale vocation d'informer et d'orienter les professionnels vers les réseaux de compétences.

Pour évaluer la pertinence d'un tel projet, une ligne sera, dans un premier temps, mise en place à titre expérimental dans une seule région géographique, au dernier trimestre 1999.

IV - LA FORMATION

Toutes les actions prévues dans ce plan comportent un volet formation. Il est toutefois utile de récapituler les plus importantes dans un chapitre spécifique.

4.1

CREER UNE CULTURE COMMUNE A TOUS LES ACTEURS

Le premier objectif de l'approche interministérielle des questions de formation est de créer une culture commune à tous les professionnels de la prévention, de l'éducation, du soin, de l'insertion et de la répression à partir de savoirs validés.

Il existe depuis plusieurs années une volonté affirmée de mettre en cohérence les politiques publiques. Cependant, les logiques institutionnelles et les cultures professionnelles, voire les corporatismes, permettent rarement de dépasser les cloisonnements.

De nombreuses formations sont financées sur crédits interministériels. Leurs contenus ne sont toutefois guère harmonisés. Elles dépendent essentiellement de la qualité de l'organisme à qui la formation a été demandée. De plus, les sessions de formation continue, nationales et locales, sont le plus souvent suivies par un auditoire déjà informé, qui n'est donc pas celui qui en a le plus besoin.

Il apparaît également nécessaire d'harmoniser les contenus de formation initiale afin qu'en plus des compétences nécessaires à chaque corps professionnel, l'ensemble des acteurs dispose d'un corpus commun de connaissances (sur les comportements de consommation, les produits, la réglementation applicable et les politiques publiques mises en oeuvre).

Enfin, l'élargissement du champ de la prévention à l'ensemble des substances psychoactives nécessite, pour certains professionnels, l'acquisition de compétences nouvelles.

4.1.1**Un corpus de connaissances commun à tous les acteurs.**

Il s'agit de veiller à ce que les contenus de formation initiale et continue des différents centres et écoles professionnels soient cohérents. Ils doivent notamment intégrer les données scientifiques les plus récentes ainsi que les grands axes des politiques publiques.

Un travail d'inventaire est actuellement conduit avec les différents ministères et écoles concernés pour aboutir à une harmonisation des contenus à la fin de l'année 1999.

4.1.2**Un programme de formation spécifique pour les policiers, gendarmes, douaniers et personnels pénitentiaires**

Les personnels des services de police, de gendarmerie, des douanes et de l'administration pénitentiaire, quotidiennement au contact d'usagers de drogues et de toxicomanes, sont souvent confrontés à des situations difficiles.

Non spécialisés, ils sont souvent peu informés des enjeux de santé publique et ont du mal à situer leur action, notamment par rapport à la politique de réduction des risques. Soumis à des logiques contradictoires, peu associés à la mise en oeuvre des actions de santé publique, ils ne sont pas en mesure de pouvoir adopter les attitudes les plus appropriées.

Or, toutes les expériences conduites à l'étranger montrent que le succès des politiques de réduction des risques repose sur la capacité des pouvoirs publics à en faire partager les objectifs par l'ensemble des acteurs, et plus particulièrement les acteurs répressifs.

Parallèlement à la formation des agents qui interviennent dans le champ de la prévention (principalement les policiers formateurs anti-drogue et les formateurs relais anti-drogue de la gendarmerie) et qui bénéficieront par ailleurs du module de formation visé en 4.1.3, **il apparaît nécessaire de développer des programmes spécifiques, ayant pour objectif d'assurer une formation minimale de tous les policiers, gendarmes, douaniers et personnels pénitentiaires susceptibles de côtoyer des usagers de drogues.**

Les écoles nationales seront chargées de la mise en oeuvre de ces programmes dans le cadre de la formation initiale et continue. Etablis en liaison avec la MILDT, les modules devront aborder :

- les connaissances récentes sur les produits, ainsi que sur l'évolution des comportements et modes de consommation ;
- les modalités de prise en charge sanitaire et sociale des usagers et toxicomanes ;
- les objectifs de santé publique poursuivis dans le cadre de la politique de réduction des risques et des traitements de substitution ;

- les nouvelles orientations pénales en matière d'usage et de trafic ;
- les comportements à adopter dans les différentes situations professionnelles.

Pour donner des résultats significatifs, ce programme doit concerner, dès sa mise en oeuvre, un nombre important d'agents.

- **L'école nationale d'administration pénitentiaire** et les directions régionales des services pénitentiaires assureront la formation initiale ou continue de 2000 personnels pénitentiaires par an.
- **Le ministère de l'Intérieur** s'attachera à former tous les élèves policiers et adjoints de sécurité (emplois jeunes) en formation initiale, soit 5500 gardiens de la paix par an (16 500 en trois ans) et environ 14 000 adjoints de sécurité sur trois ans. Progressivement, dans le cadre de la formation continue, un effectif d'environ 5000 gardiens de la paix seront formés par an, sur trois ans, en priorité ceux qui sont chargés de la sécurité publique et notamment de l'îlotage opérationnel. Un effort particulier sera déployé en direction des fonctionnaires et agents de sécurité affectés aux tâches de police de proximité, actuellement en expérimentation sur 64 sites.
- **La Gendarmerie** adoptera une démarche similaire, en assurant la formation initiale des personnels en école et en effectuant une mise à niveau de l'ensemble des militaires déjà affectés dans les unités.
- Un module sera intégré dans le programme de formation initiale et continue de **l'école nationale des brigades des douanes** de La Rochelle.

4.1.3

Une formation commune à tous les acteurs de prévention

Un module, en cours de réalisation, définira un corpus de savoirs indispensables à tout acteur de prévention. Il est élaboré à partir des recommandations du groupe de travail sur la prévention, qui est réuni par la MILD'T. Il s'articulera autour des axes suivants :

1) Un travail sur les représentations

Le module s'attachera, grâce à un travail des participants sur leurs représentations, motivations et convictions, à analyser les conséquences de l'élargissement de leur champ d'intervention à l'ensemble des pratiques addictives.

2) Une transmission de connaissances

La formation apportera des éléments de connaissance sur les comportements d'usage, d'usage abusif ou nocif et de dépendance, les facteurs de protection et de vulnérabilité, les modes et contextes de consommation, les produits eux-mêmes, leurs effets et leur dangerosité. Elle abordera également la question de l'interdit, de la loi, des relations entre la réduction de l'offre et de la demande.

Une attention particulière sera portée à la réduction des risques.

3) Un travail sur les pratiques professionnelles

Il s'agit de conduire une réflexion sur les méthodes, les pratiques professionnelles et les supports de prévention les plus efficaces, en tenant compte de l'origine professionnelle de chacun des intervenants. Ce module sera mis à disposition des collectivités territoriales, des associations, des professions médicales, paramédicales, sociales ou éducatives qui participent aux actions de prévention.

Au niveau national, les écoles et centres de formation relevant des ministères concernés pourront disposer dès l'an 2000 de ce module et l'intégrer dans leurs programmes.

Pour en accompagner la mise en oeuvre, des sessions interministérielles régionales seront organisées. Elles s'appuyeront notamment sur les écoles nationales dont l'implantation a été décentralisée.

L'expérience sera menée en l'an 2000, dans quatre régions et pour 200 stagiaires (4 x 50) d'origines professionnelles différentes (répressifs, travailleurs sociaux, médecins, ...). Après évaluation, elle sera progressivement étendue à d'autres régions après évaluation.

4.2	PERMETTRE AUX PROFESSIONNELS DE POSER LES BONNES QUESTIONS AU BON MOMENT
------------	---

Les formations destinées aux enseignants, éducateurs et médecins généralistes devront plus largement porter sur la capacité :

- à repérer, au-delà du symptôme apparent, les jeunes ayant des consommations abusives ou à risques ;
- à leur fournir l'aide et l'orientation nécessaires.

L'enquête sur les adolescents relevant de la protection judiciaire de la jeunesse (INSERM, Marie Choquet, 1998) montre que même les professionnels les plus aguerris ont du mal à identifier les problèmes les plus graves que rencontrent les jeunes et à les distinguer des troubles habituels de l'adolescence.

Il est donc urgent de mettre en place **une formation qui conduise les professionnels à (se) poser les bonnes questions, au bon moment**, de telle sorte que les jeunes ne se retrouvent plus seuls face à des problèmes insurmontables.

4.2.1	Mieux repérer les conduites à risque des adolescents
--------------	---

Un module de formation spécifique sera destiné aux professionnels de l'éducation, de l'animation et de l'insertion, confrontés aux problèmes des jeunes consommateurs (Education nationale, Jeunesse et sports, PJJ, Administration pénitentiaire, missions locales, CFA, " Points écoute jeunes "...). Il abordera tout particulièrement l'analyse des signes de vulnérabilité, les phénomènes de polyconsommation et la dangerosité des drogues de synthèse, le repérage des conduites dangereuses et les réponses éducatives, sociales et sanitaires à apporter. Il consacrera un temps important à la fonction d'écoute.

Il sera réalisé et mis en oeuvre au cours du dernier trimestre 1999 par la PJJ avec le soutien de la MILDT et l'appui méthodologique d'un organisme extérieur spécialisé dans le montage de modules de formation. Seront formés par an et pendant trois ans :

- dans le cadre de la formation initiale, 200 éducateurs et autres personnels éducatifs (psychologues, professeurs techniques, ...), soit 600 personnes au total ;
- dans le cadre de la formation continue, 250 personnes, soit 750 personnes. Ce module sera mis en oeuvre dès 1999-2000 dans les 26 départements prioritaires au regard de la lutte contre la délinquance juvénile.

Dès l'an 2000, il sera mis à disposition des autres ministères et organismes intéressés qui l'adapteront, le cas échéant, à leurs missions propres. Un effort particulier sera fait pour les enseignants et personnels de l'éducation nationale parallèlement au développement des programmes de prévention au sein des établissements scolaires.

4.2.2

Sensibiliser les éducateurs sportifs et les responsables de clubs sportifs aux risques de l'utilisation de produits dopants et autres substances psychoactives

71 % des jeunes de 15 à 24 ans ont des pratiques sportives régulières, soit environ 5 millions de personnes. **Même si peu de données sont disponibles, on estime que le dopage concerne environ 10% des sportifs amateurs.** L'objectif est de sensibiliser les éducateurs sportifs aux risques liés à la consommation de produits destinés à améliorer les performances.

Environ 10 000 jeunes obtiennent chaque année des diplômes qualifiants, de niveaux différents pour l'animation et l'éducation sportives.

Les actions de formation sont assurées par les associations agréées par le ministère de la Jeunesse et des sports, et par les centres régionaux d'éducation populaire et de sport (CREPS) sous la tutelle directe du ministère. Ce dernier s'attachera à promouvoir dans ces différents centres de formation, les orientations retenues dans le cadre des deux modules interministériels.

4.3

AMELIORER LA FORMATION INITIALE ET CONTINUE DES MEDECINS ET PHARMACIENS

La formation initiale et continue des médecins a fait l'objet, au fil des plans successifs de lutte contre la drogue, de diverses recommandations qui n'ont pas toutes été suivies d'effets.

Elle reste encore peu développée, tant dans le domaine des drogues illicites qu'en matière de tabacologie et d'alcoologie. On estime pourtant qu'un patient adulte sur cinq présente un risque ou une pathologie lié à un usage nocif d'alcool.

La formation dans le domaine des traitements de substitution ou des médicaments psychotropes existe. Elle a cependant l'inconvénient d'être principalement assurée par les laboratoires pharmaceutiques concernés.

Il faut donc **encourager toutes les initiatives visant à organiser une meilleure formation des médecins et des pharmaciens au travers des outils existants, et plus particulièrement des nouveaux médias (internet, CD ROM...)**

La mise en place des réseaux de professionnels de santé est par ailleurs particulièrement propice aux échanges d'informations et à la formation.

La création d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires en addictologie (D.E.S.C.)

Les médecins spécialistes désirant acquérir des compétences en toxicomanie ou en alcoologie peuvent actuellement s'inscrire à une capacité en « alcoologie-toxicomanie », qui donne lieu à la délivrance d'un diplôme national.

Il est toutefois apparu utile de créer un DESC d'addictologie, qui doit consacrer la reconnaissance universitaire de cette spécialité. Prévu pour la rentrée universitaire 2000, ce diplôme sera ouvert aux internes engagés dans un DES selon les modalités suivantes :

- DES donnant directement accès au DESC d'addictologie (médecine interne, médecine du travail, neurologie, psychiatrie, santé publique et médecine sociale) ;
- les internes ayant suivi d'autres DES pourront suivre le DESC d'addictologie après avis de l'enseignant coordinateur du diplôme.

Le DESC apportera aux internes les compétences nécessaires pour développer des actions de prévention, de soins, de réinsertion et de recherche en ce qui concerne les conduites addictives.

A terme, la création d'une filière d'internat de médecine générale permettra aux médecins généralistes de suivre cette filière.

4.4**MIEUX CIBLER LA FORMATION DES SERVICES REPRESSIFS**

Les services de police, de gendarmerie et des douanes, chargés de la lutte contre le trafic, doivent constamment acquérir de nouvelles techniques d'enquête pour s'adapter aux nouvelles formes de délinquance, nationale et internationale. Certains textes récents (notamment les dispositions de la loi du 13 mai 1996 relative au « proxénétisme de la drogue ») ne sont pas ou peu appliqués, faute d'être suffisamment connus par les fonctionnaires concernés (cf. chapitre relatif à l'application de la loi)

Dès la fin de l'année 1999, des stages et séminaires seront organisés dans un cadre interministériel pour les magistrats, policiers, gendarmes, douaniers, agents des services fiscaux.

4.5**DEVELOPPER LES ACTIONS DE FORMATION DU CENTRE INTERMINISTERIEL DE FORMATION ANTI-DROGUE (CIFAD) DANS LA ZONE CARAÏBE**

Le CIFAD développe des actions de formation à destination des policiers, gendarmes et douaniers des départements français d'Amérique, ainsi que de stagiaires étrangers de la zone Caraïbe et Amérique latine (cf. chapitre consacré à l'action extérieure de la France).

Les actions conduites par ce centre se sont considérablement développées cette dernière année et sa légitimité dans la zone est indiscutable.

Ce centre devrait être doté du statut de groupement d'intérêt public (GIP) avant la fin de l'année 1999. Les ministères de la Justice et de la Santé seront associés à son fonctionnement.

Cet élargissement permettra au centre de répondre aux nombreuses demandes de formation dans les domaines de la réduction de la demande et des risques.

Le centre devra également être en mesure d'assurer aux fonctionnaires français nouvellement nommés une information minimum sur les particularités des DOM.

V - ACCUEILLIR, ORIENTER, SOIGNER, INSERER

Beaucoup de choses ont été faites pour l'accueil et les soins aux usagers de drogues. Toutefois, les rapports insistent sur **l'insuffisante analyse des besoins qui a présidé à l'installation des structures spécialisées, ainsi que sur l'absence de coordination avec le dispositif sanitaire et social de droit commun.**

Par ailleurs, le problème des personnes en difficulté avec l'alcool a été largement sous-estimé, de sorte que le dispositif d'accueil et de soins est loin de répondre aux besoins. Il en est de même pour le tabac.

Il s'agit de mieux définir les besoins, de mieux planifier et surtout, de s'adapter plus rapidement aux évolutions. Cette intention n'est pas purement administrative et financière puisque, dans ce domaine, les erreurs d'appréciation peuvent avoir des conséquences importantes en terme de santé publique. De ce point de vue, on doit s'interroger sur le retard pris par la France pour mettre en place une politique de réduction des risques et les traitements de substitution à l'égard des héroïnomanes quelles qu'en soient les raisons : retard de l'information, conservatisme des intervenants en toxicomanie et des médecins, lenteurs administratives, crainte de l'opinion publique... Ceci doit nous conduire à créer les conditions de prises de décisions plus rapides et à améliorer notre capacité à les imposer.

Dans cet esprit, **la réorganisation de l'offre de soins doit permettre d'anticiper les nouveaux comportements de consommation et d'élaborer les réponses adaptées aux nouveaux besoins. Toutes les enquêtes récentes réalisées auprès des jeunes conduisent à penser que, dans dix ans, les mêmes structures auront à traiter essentiellement de polyconsommations.** Or, les consultations spécialisées ne s'intéressent généralement aujourd'hui qu'au traitement de la dépendance à une seule substance.

Même si chaque substance a ses effets propres qu'il ne s'agit pas de nier, **les travaux scientifiques les plus récents ont démontré qu'il existe une base biologique moléculaire commune à toutes les addictions**, résidant dans la potentialisation d'un système dopaminergique, dit « de récompense ».

Si les structures de prise en charge restent généralement distinctes, de nombreux professionnels ont éprouvé le besoin de se rapprocher et ont commencé à mettre en place des équipes susceptibles de répondre à l'ensemble des addictions. De telles expériences, qui ne sont plus marginales, ont contribué à l'élaboration de savoir-faire indiscutables.

L'ensemble de ces éléments conduit à proposer un rapprochement progressif des différentes structures traitant des dépendances, qui sera précédé d'une réflexion méthodologique sur les aspects communs et les aspects spécifiques aux différentes conduites addictives. Il devra s'accompagner d'un travail de recherche et d'évaluation visant à adapter les modes de prise en charge aux nouveaux profils des usagers.

5-1

AMELIORER L'OFFRE DE SOINS

Les dispositifs, ambulatoires ou hospitaliers, sanitaires ou sociaux, spécialisés ou non, qui assurent les fonctions d'accueil, d'orientation, de soins et d'insertion des usagers de drogue sont nombreux. **Ils ne répondent toutefois qu'à une partie des besoins. Nous savons que beaucoup d'usagers, notamment les plus en difficulté, n'entrent pas en contact avec eux.**

Aujourd'hui, **notre système de santé est mieux préparé à prendre en charge les complications et pathologies associées aux consommations excessives, qu'à les prévenir en traitant les pratiques addictives elles-mêmes.** Si le dispositif de soins de droit commun est confronté depuis toujours à la morbidité et à la mortalité liées à l'usage nocif d'alcool et de tabac, ce n'est que depuis l'arrivée de l'infection au VIH que les problèmes somatiques des usagers de drogue sont pris en charge.

L'objectif est d'intervenir suffisamment en amont pour assurer une meilleure complémentarité entre le système de soins de droit commun et le dispositif spécialisé.

Compte tenu de la diversité des réalités locales et des besoins, il ne s'agit pas de répondre uniquement en terme d'équipements et de structures. Il faut identifier les carences, définir les fonctions et déterminer les acteurs les plus compétents.

5.1.1

Permettre au système ambulatoire de droit commun d'accueillir les usagers de substances psychoactives

Les médecins généralistes libéraux accueillent quotidiennement des personnes dont l'usage d'alcool et/ou de tabac a des conséquences pathologiques. **Ils ne repèrent que de manière insuffisante l'usage nocif ou la dépendance de leurs patients.** A titre d'exemple, les experts estiment que seulement la moitié des personnes en difficulté avec l'alcool sont identifiées par les médecins auxquels elles s'adressent.

Les médecins généralistes n'ont pu réellement s'investir dans la prise en charge des usagers de drogues illicites que depuis la mise à disposition des traitements de substitution.

Les pharmaciens d'officine reçoivent depuis longtemps les personnes utilisant des médicaments codéinés à visée d'auto-substitution. Ils gèrent, depuis 1987, la vente redevenue libre des seringues et assurent, depuis 1995, la délivrance des médicaments de substitution. Ils sont les seuls professionnels à accueillir les consommateurs de tabac utilisant dans un but de sevrage les substituts nicotiniques faiblement dosés.

Même si un nombre significatif de ces professionnels « de ville » a acquis des savoir-faire dans le domaine de la dépendance aux drogues illicites et à l'alcool, ce

nombre reste trop limité au regard des enjeux et il n'a pas su dépasser à ce jour le cercle relativement étroit des professionnels les plus motivés.

Les services de médecine scolaire, universitaire et du travail ont un rôle essentiel à jouer en matière de prévention, de repérage, d'accompagnement vers le soin, de soutien et d'insertion. Ils ne sont pas toujours suffisamment préparés à cette tâche et, surtout, ne savent pas toujours comment et vers qui orienter les consommateurs en difficulté.

Pour améliorer cette situation, il faudra :

- développer la formation (cf. supra / 4.3) ;
- développer les pratiques en réseaux qui permettent, d'une part, de coordonner les diverses compétences et, d'autre part, d'envisager de nouveaux modes de tarification (cf. infra / 5.1.4);
- élaborer et diffuser des protocoles de prise en charge (cf. infra / 5.2).

5.1.2 Améliorer la prise en charge à l'hôpital

De nombreux services accueillent des personnes dépendantes, mais les interventions sont encore cloisonnées et ne prennent pas suffisamment en compte la nécessité d'une prise en charge globale du comportement addictif.

Certains services hospitaliers se sont spécialisés dans la prise en charge des personnes dépendantes à la drogue ou à l'alcool. Ces services demeurent rares.

Les services de psychiatrie restent relativement fermés aux personnes dépendantes souffrant de troubles du comportement. Même si ces services sont ceux qui reçoivent le plus grand nombre d'alcoolodépendants, ils interviennent peu dans la prise en charge des conduites addictives. Pourtant, de nombreuses comorbidités psychiatriques sont constatées et l'entrée dans la maladie mentale semble se manifester plus souvent qu'auparavant par la consommation de toxiques. Certains états induits par les produits impliquent une prise en charge psychiatrique, qui n'est pas toujours assurée.

Les services d'urgence dans les hôpitaux accueillent, dans des circonstances diverses, des personnes ayant des pratiques addictives. Ils ne sont pas toujours suffisamment préparés à prendre en charge et, surtout, à orienter ces patients vers des soins adaptés.

Pour l'essentiel, les personnes dépendantes sont ainsi accueillies à l'hôpital en fonction de la pathologie associée dont elles souffrent, sans prise en compte particulière de leur dépendance. C'est ce constat qui a conduit à la création des « équipes de liaison ».

Ces équipes ont pour mission de promouvoir la délivrance de soins adaptés aux personnes dépendantes et de proposer des réponses spécifiques à leurs besoins. Elles peuvent intervenir directement auprès du patient, ont un rôle de formation et de soutien des soignants, et enfin facilitent les prises en charge relais à la fin des hospitalisations. Elles sont généralement composées d'un médecin, d'un psychologue et d'un travailleur social.

Leur nombre est insuffisant au regard des besoins. Près de 13 % des patients hospitalisés, en moyenne, auraient des difficultés avec l'alcool. **Il existe actuellement 62 équipes de liaison pour les toxicomanes et 21 pour les personnes en difficultés avec l'alcool au sein des établissements publics de santé, auxquelles il faut ajouter la vingtaine d'équipes qui seront créées en 1999.**

Il apparaît donc nécessaire de renforcer structurellement le dispositif existant, c'est à dire de créer mais aussi de renforcer des équipes de liaison et de soins aux personnes toxicomanes ou alcoolo-dépendantes.

Même si les équipes de liaison « alcoologie » et « toxicomanie » se sont constituées de manière distincte, il apparaît souhaitable de les rapprocher et de tendre vers la création de nouvelles équipes capables de répondre aux problèmes posés par toutes les dépendances. La création d'équipes devra tenir compte des compétences spécifiques acquises, des besoins régionaux et des données épidémiologiques locales.

La création d'une vingtaine d'équipes par an, sur une période de cinq ans, constitue un objectif susceptible de réduire les retards constatés, notamment dans la prise en charge des personnes toxicomanes ou alcoolo-dépendantes.

Cette fonction de liaison en addictologie devrait pouvoir être assurée dans tous les établissements même si, compte tenu de leur taille et de leur importance très diverse, elle n'implique pas nécessairement la création d'une nouvelle structure.

Par ailleurs, il convient d'inscrire cette fonction dans l'organisation des permanences d'accès aux soins de santé (PASS), qui doivent être installées dans les établissements publics de santé dans le cadre de la loi relative à la lutte contre les exclusions.

L'objectif est d'équiper les établissements publics de santé les plus importants d'une équipe de liaison en addictologie, à savoir une équipe dans chaque hôpital de plus de 200 lits MCO (Médecine Chirurgie Obstétrique) et au moins une par département. La création d'une vingtaine d'équipes par an, sur une période de cinq ans, devrait permettre de réduire les retards constatés.

5.1.3 Faire évoluer les dispositifs spécialisés

Le dispositif spécialisé de prise en charge des toxicomanes est relativement développé. Il comprend 190 centres ambulatoires et 56 permanences d'accueil. Certains départements, qui ont pourtant des besoins, en sont dépourvus.

Même si son savoir-faire est reconnu, ce dispositif, initialement créé pour répondre aux besoins des héroïnomanes dépendants, doit évoluer et se diversifier pour prendre en charge les nouvelles conduites d'usage nocif et les polyconsommations.

Des instructions ont été données dans ce sens aux préfets par la note d'orientation de la direction générale de la santé du 5 novembre 1998 relative à la révision des projets thérapeutiques des CSST, qui devront notamment prendre en compte la réduction des risques et l'accès aux soins, les comorbidités psychiatriques, les polytoxicomanies et les nouveaux modes de consommations. Ils sont également invités à se rapprocher du dispositif de lutte contre l'alcoolisme.

Au nombre de 194, les centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie (CHAA) créés pour prendre en charge les personnes en difficultés avec l'alcool, sont insuffisamment développés au regard du nombre des personnes concernées (3 à 5 millions). Dix départements en sont dépourvus. On estime que ce dispositif ne prend en charge que 2 à 3% des personnes qui en auraient besoin, ce qui est très insuffisant, même si la majorité de ces personnes n'a pas vocation à être prise en charge par une structure spécialisée mais par la médecine de ville. Depuis le 1^{er} janvier 1999, ces centres devenus « centres de cure ambulatoire en alcoologie » (CCAA) relèvent de l'assurance maladie dans le cadre de l'enveloppe médico-sociale.

Les CSST sont exclusivement financés par l'Etat dans le cadre de la loi du 31 décembre 1970, ce qui a contribué à les isoler du dispositif de droit commun. Le dispositif spécialisé est fondé sur la gratuité des soins, la protection du volontariat et la garantie de l'anonymat. Ces dispositions étaient destinées à inciter les usagers de drogue à recourir au système de soins sans risquer d'être poursuivis pour usage de stupéfiants.

Cet objectif n'a toutefois pas été atteint puisqu'un grand nombre d'usagers n'entre pas en relation avec le système de soins ou ne le rencontre qu'à l'occasion d'une incarcération. L'amélioration de l'accès aux soins, constatée ces dernières années, est essentiellement liée à l'arrivée des traitements de substitution et à la mise en place de la politique de réduction des risques.

La gratuité ne se justifie plus dès lors que la couverture sociale des usagers de drogue, même les plus désinsérés, s'est considérablement améliorée et que la loi sur la Couverture maladie universelle (CMU) doit faire disparaître les dernières carences dans ce domaine.

L'anonymat a déjà été largement remis en cause lorsque les traitements de substitution ont été mis en place. Il n'est pas démontré qu'il facilite réellement le recours aux soins, même si sa suppression doit être accompagnée de précautions.

Pour toutes ces raisons, il sera étudié la possibilité de créer un cadre juridique et financier unique pour l'accueil de toutes les personnes ayant des comportements addictifs.

Les consultations spécialisées en sevrage tabagique sont rares et isolées. Elles sont liées la plupart du temps aux services spécialisés qui accueillent les patients souffrant de pathologies associées (cardiologie, pneumologie, ORL...) Elles traitent, en conséquence, plus la complication associée que le comportement addictif. C'est d'autant plus regrettable que la dépendance au tabac est très souvent associée à la consommation de drogues et d'alcool (80 % des alcoolodépendants sont également des consommateurs de tabac). Dans le cadre d'une approche plus globale, les consultations spécialisées en sevrage tabagique doivent constituer des pôles de référence et de compétences, utilisables par les professionnels et services traitant des autres addictions.

Compte tenu des données épidémiologiques, l'objectif est de disposer d'environ 600 structures capables de répondre, en fonction des spécificités locales, aux besoins des usagers de drogues, d'alcool et de tabac. Il ne s'agit pas de préconiser une modélisation des structures, mais de mieux utiliser des compétences aujourd'hui dispersées, en utilisant un cadre administratif et financier unique.

Compte tenu de l'important retard du dispositif de soins aux personnes en difficultés avec l'alcool, cette orientation devra conduire:

- **au renforcement des consultations en alcoologie existantes et à la création de nouvelles structures, en équipant en priorité les départements qui en sont aujourd'hui dépourvus ; devront ainsi être créées 180 structures sur la durée de deux plans, dont 10 renforcées et 20 créées en 2000, ainsi que 10 renforcées et 30 créées en 2001 ;**
- **au financement des centres de soins aux toxicomanes (CSST) par l'assurance maladie (enveloppe médico-sociale) ; cette mesure permettra de créer un cadre juridique, administratif et financier unique pour la prise en charge ambulatoire des personnes ayant des comportements addictifs.**

5.1.4

Renforcer les réseaux pour améliorer la mise en relation des différents dispositifs de prise en charge

Depuis longtemps, devant la complexité de la prise en charge de certains problèmes de santé, les professionnels sociaux et sanitaires se sont constitués en réseaux de soins impliquant notamment les hôpitaux et les médecins généralistes. Ces réseaux ont pour objectif de mobiliser leurs ressources sur un territoire donné, afin d'assurer la continuité et la qualité des soins.

Les premiers réseaux ont été créés il y a plus de vingt ans. Les réseaux « toxicomanie » l'ont été plus récemment, à la suite des réseaux « ville hôpital » destinés à la prise en charge des personnes infectées par le VIH. Il existe actuellement 96 réseaux, dont 67 « toxicomanie » et 29 « alcool », qui sont structurés et financés de manière variable par l'Etat et/ou l'assurance maladie.

Si d'autres réseaux existent, il est difficile d'en dresser l'inventaire, faute de critères communs de fonctionnement, de financement et d'évaluation.

Fondés sur un volontariat qui s'épuise nécessairement avec le temps, les actions des réseaux sont peu formalisées et leurs modalités d'organisation sont très diverses. Il faut aujourd'hui mieux les structurer et les doter des moyens nécessaires à leur mission.

Dans cette perspective, il est indispensable de donner un cadre précis aux activités et d'élaborer un cahier des charges pour l'ensemble des réseaux autour de trois grandes fonctions : coordination et animation, formation des professionnels, suivi et évaluation.

Ce cadre permettra de faciliter le rapprochement des réseaux « toxicomanie » et « alcool » et de les rendre compétents pour toutes les conduites addictives.

Ces réseaux permettront de prendre en compte la globalité des prestations à apporter aux patients dans le cadre d'un forfait de santé publique.

Il s'agit, dans les trois ans, de créer une vingtaine de nouveaux réseaux et de renforcer ceux qui existent aussi bien sur les crédits de l'Etat que sur ceux de l'assurance maladie, pour la partie hospitalière.

5-2	DIVERSIFIER LES REPONSES ET AMELIORER LEUR QUALITE
-----	---

L'irruption de l'infection VIH a fait évoluer considérablement la prise en charge des usagers de drogues. Elle a notamment permis aux héroïnomanes d'accéder aux traitements de substitution et a entraîné la mise en place d'une véritable politique de réduction des risques.

Elle a également conduit le dispositif spécialisé et le secteur sanitaire et social de droit commun à modifier profondément leurs méthodes de prise en charge. Ils ont notamment appris à ne plus avoir le sevrage et l'abstinence pour seuls objectifs et à adapter leurs exigences à la situation de chaque personne. C'est pour répondre à ces nouveaux besoins que se sont développés les traitements de substitution, ainsi que les lieux d'accueil « à niveau d'exigence adaptée », dits « de bas seuil », pour les usagers encore actifs les plus marginalisés.

Cette politique a porté ses fruits. Le nombre des nouvelles contaminations de toxicomanes par le VIH a diminué. Le nombre des décès par overdose a été divisé par trois en 5 ans (143 en 1998). Enfin, l'état de santé et l'insertion sociale des usagers se sont améliorés.

Néanmoins, la contamination des usagers par le virus de l'hépatite C (VHC) reste particulièrement préoccupante. Elle concerne environ 65% des usagers de drogue par voie intraveineuse (UDVI).

Enfin, de nombreux usagers, parmi les plus en difficulté, n'ont encore aucun contact avec le dispositif d'accueil et de soins.

Ces enjeux nécessitent la mise en place de nouvelles stratégies thérapeutiques.

5.2.1 Etablir des protocoles

Pour améliorer la qualité des soins, il est indispensable d'élaborer des protocoles de diagnostic (marqueurs précoces) et de soins (indications des différentes chimiothérapies, ainsi que des techniques éducatives et psychothérapeutiques) pour l'usage nocif et la dépendance. Les recommandations des conférences de consensus sur le sevrage (drogues, alcool, tabac) doivent être largement diffusées et appliquées. Enfin, des protocoles d'évaluation doivent être élaborés.

L'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) **sera saisie pour élaborer et diffuser des protocoles de diagnostic, de soins et d'évaluation.**

5.2.2 La substitution

Les traitements de substitution ont été mis en place très progressivement. Aujourd'hui, plusieurs constats s'imposent :

- **Environ 64 000 personnes bénéficient d'un traitement de substitution.** Ce nombre correspond à un tiers des personnes estimées dépendantes à l'héroïne. Sans prétendre mettre tous les héroïnomanes sous traitement de substitution, il est nécessaire de s'assurer que tous ceux qui le souhaitent puissent y avoir accès.
- **Les procédures de prescription des deux médicaments disponibles sont très différentes.**

La METHADONE-AP-HP, qui concerne environ 7 000 patients, ne peut être prescrite pour la première fois que dans un CSST. Bien que le traitement puisse être poursuivi en médecine de ville, cette possibilité est peu utilisée, de sorte que les patients restent suivis dans les centres et l'accueil de nouveaux patients devient difficile.

Le SUBUTEX®, disponible en officine depuis février 1996, peut être prescrit directement par un médecin généraliste. Sa prescription, relativement peu encadrée, **bénéficie aujourd'hui à environ 57 000 personnes.**

Même si ces médicaments ne s'adressent en principe pas aux mêmes catégories d'usagers, les experts s'accordent pour considérer qu'il conviendrait d'élargir l'accès à la **METHADONE-AP-HP**, de mieux encadrer la prescription du **SUBUTEX®** et de prévoir un accompagnement social plus systématique des patients sous traitement. **L'évaluation des expériences conduites dans d'autres pays montre en effet que, tout autant que le traitement lui-même, c'est la qualité de l'encadrement qui fait la réussite de la substitution.**

- Le déséquilibre entre les prescriptions respectives de chacun des deux médicaments (7 000 versus 57 000) résulte essentiellement **de la capacité d'accueil insuffisante des CSST pour le traitement par la METHADONE-AP-HP, mais aussi d'un passage difficile à une prise en charge par les médecins généralistes**. La prescription de l'un ou l'autre de ces médicaments dépend donc plus de la structure à laquelle s'adresse l'usager que d'une indication spécifique.
- **Des détournements d'usage, essentiellement pour le SUBUTEX®, sont rapportés** : injection, trafic, recherche de multiples prescripteurs, association à d'autres produits ou médicaments... Ils concernent entre 12 et 20 % des patients. S'ils ne doivent pas conduire à remettre en cause un dispositif dont les effets bénéfiques sont indiscutables, il est nécessaire de chercher les moyens de limiter ces errements, d'une part en recherchant de nouveaux traitements, d'autre part, en améliorant l'accompagnement social.

Les objectifs à atteindre pour les trois prochaines années sont donc les suivants:

- **étendre la possibilité de primoprescription de la MEHADONE-AP-HP aux médecins hospitaliers ;**
- **faciliter le « passage en ville » des patients sous METHADONE-AP-HP, ce qui suppose que les centres de soins aux toxicomanes poursuivent l'accompagnement social des patients suivis en ville ;**
- **fractionner la délivrance du SUBUTEX® ; la limitation à 7 jours vient d'être intégrée dans l'article R 52-13 du Code de la santé publique ;**
- **mener des études pour préciser les indications respectives de l'un et l'autre des deux médicaments ainsi que les conditions nécessaires au succès des traitements.** Certaines de ces études ont été intégrées dans le programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) ; les programmes de recherche pour 2000 et 2001 devront intégrer cette préoccupation ;
- **élargir la palette des médicaments utilisables pour la substitution afin de répondre à la diversité des situations rencontrées et inciter à la mise en place d'essais cliniques dans cet objectif.** Ces essais devront notamment porter sur les produits codéinés et la substitution par voie injectable (cf. voir supra / 1.1.1).

5.2.3 Les situations de crise

Même si elles sont quantitativement peu importantes, les situations de crise sont difficiles à gérer. Elles entraînent un désarroi important des professionnels et parfois une attitude de rejet ou « d'abandon » peu propice au démarrage d'une prise en charge à long terme. Par exemple, les savoir-faire sont insuffisants dans la prise en charge des ivresses ou des états psychiatriques aigus induits par la consommation de crack ou d'hallucinogènes.

L'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) sera saisie d'une demande visant à élaborer des protocoles qui devront être largement diffusés.

5.2.4

La réduction des risques à l'égard des usagers encore actifs les plus marginalisés

La politique de réduction des risques s'est mise en place grâce au travail remarquable de quelques militants confrontés à l'urgence de la situation née de l'épidémie de sida. Même si elle a été soutenue et financée par le ministère chargé de la Santé, elle est restée très peu visible, de sorte qu'elle n'a pas toujours été comprise, ni par les élus, ni par les acteurs répressifs, ni par l'opinion publique.

Au delà de la diminution des risques infectieux qui en constitue l'objectif de santé publique principal, la politique de réduction des risques s'attache à atténuer les autres problèmes sanitaires et sociaux résultant aussi bien de l'usage que de la recherche de drogues: complications sanitaires liées à l'utilisation de la voie veineuse ou aux effets pathologiques des produits consommés, dégradation des liens sociaux et familiaux, violence et délinquance associées... La politique de réduction des risques et des dommages va donc plus loin qu'une simple dispensation de matériel d'injection stérile. En acceptant la dépendance des usagers de drogues, elle permet d'entrer en contact avec les plus marginalisés et les plus vulnérables, et de leur faire une offre adaptée de soins et de réinsertion.

Cette politique a porté ses fruits, puisque le nombre de partages de seringues a diminué notablement et le nombre de nouveaux cas d'infection par le VIH a baissé chez les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI).

Cependant, les toxicomanes représentaient encore, au premier semestre 1998, 21% des nouveaux cas de sida. L'hépatite C touche environ 65% des toxicomanes fréquentant les centres de soins.

Ce constat doit conduire à maintenir et développer de manière volontariste la politique de réduction des risques. La dernière conférence sur la réduction des risques a insisté sur l'importance primordiale du développement de l'accès aux seringues stériles pour la diminution de la transmission du VHC.

Il existe actuellement 34 boutiques (lieux d'accueil pour usagers encore actifs et marginalisés), 2 « sleep in » (lieux d'hébergement de nuit), 88 programmes d'échanges de seringues et 148 automates distributeurs ou échangeurs. **Le bilan effectué montre que les usagers qui fréquentent ces programmes sont très demandeurs d'un accompagnement social ou sanitaire, même s'ils ne recherchent pas l'abstinence.**

Ces structures sont trop peu nombreuses et mal réparties sur le territoire. 70 villes de plus de 40 000 habitants sur 160 ne disposent d'aucun programme. Elles se sont créées devant l'urgence sanitaire que constituait le sida, grâce à une poignée de militants, sans toujours bénéficier du personnel nécessaire pour assurer leur fonctionnement dans la durée. Enfin, victimes de leur succès auprès des toxicomanes, **elles sont souvent mal acceptées par les riverains** qui, souvent sous-informés, ne supportent pas le regroupement de toxicomanes très marginalisés en un seul lieu.

Il est aujourd'hui nécessaire, si on veut éviter l'épuisement des professionnels et la détérioration des conditions d'accueil, de renforcer les équipes dont l'activité augmente rapidement et de créer de nouvelles structures.

Il faudra également mieux intégrer les politiques de réduction des risques dans l'ensemble des structures spécialisées ainsi que dans les structures généralistes accueillant un public marginalisé (boutiques solidarité, CHRS, établissements de santé...). A cette fin un groupe de travail, qui pourra être le Comité de suivi de l'accès aux seringues (COSAS), élaborera un cahier des charges dès la fin de l'année 1999 avec l'aide d'un consultant extérieur.

Les usagers ou ex-usagers de drogues employés dans le dispositif de réduction des risques (notamment dans les programmes d'échange de seringues) sont recrutés, à partir de leur expérience de vie, en dehors de tout cadre. Il apparaît indispensable de mieux définir leur rôle, leurs missions et les modalités de leur encadrement. Une réflexion sera conduite sur cette question par un groupe de travail spécifique sur la fonction d'auto-support des usagers de drogue ou dans le cadre plus général de la réflexion menée par la direction de l'action sociale (DAS) sur le statut des personnes-relais travaillant pour d'autres personnes en difficultés (migrants, prostituées...).

Les objectifs sont les suivants :

- **Renforcer et poursuivre le développement des structures de réduction des risques et des structures destinées aux usagers de drogues les plus marginalisés :**
 - renforcer les structures de « première ligne » dont l'activité a le plus augmenté, par la création de 8 nouveaux emplois par an pendant trois ans ;
 - ouvrir trois « sleep-in » supplémentaires pour parvenir à cinq « sleep-in » en 2001 ;
 - créer 30 équipes mobiles de proximité dans les quartiers les plus en difficultés, un en 1999 (équipe mobile dans le XVIIIème arrondissement de Paris), 14 en 2000 et 15 en 2001 ;
 - ouvrir 20 « boutiques » en trois ans, soit une en 1999, 2 en 2000 et 17 en 2001 ;
 - créer 20 programmes d'échange de seringues, soit un en 1999, 8 en 2000 et 11 en 2001. Ces programmes pourront être en lieu fixe, unité mobile ou en pharmacie ;

- mettre en place 50 distributeurs automatiques, soit 5 en 1999, 5 en 2000 et 40 en 2001.

Les villes de plus de 40 000 habitants (70 sur 160) ne disposant d'aucun programme de réduction des risques seront équipées en priorité. Les « boutiques » seront réservées aux agglomérations de plus de 100 000 habitants (soit 38 villes).

- **Donner un cadre à la politique de réduction des risques. Elaborer un cahier des charges qui permettra de l'intégrer aussi bien dans le dispositif spécialisé de soins que dans les structures généralistes accueillant un public marginalisé.**
- **Définir le rôle et le statut des ex-usagers de drogue travaillant dans les structures de réduction des risques (conditions de recrutement, perspectives de vie professionnelle et de formation).**

5.2.5

La prise en charge des personnes dépendantes du tabac

La consommation de tabac induit une forte dépendance ; son usage n'a pas de conséquences sociales mais comporte une morbidité et une mortalité importantes à long terme. **Si, depuis la loi Evin, la consommation de tabac a baissé de 11% entre 1991 et 1997, les fumeurs réguliers représentent encore plus de 34% des adultes.** La consommation de certaines catégories de personnes est préoccupante : **48% des jeunes de 18-19 ans et 25% des femmes enceintes fument, ainsi que plus de la moitié des personnes en situation de précarité.**

Le secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale vient de lancer un plan ambitieux de lutte contre le tabagisme visant à informer la population, à renforcer la protection des non-fumeurs et à faciliter le sevrage tabagique.

Parmi les objectifs de ce plan, figurent :

- l'intégration d'informations sur les possibilités de sevrage tabagique dans les conseils de santé donnés aux femmes enceintes au cours de la consultation de préparation à la naissance au 3ème mois de grossesse ;
- la formation de 3000 médecins par an au conseil minimal de prévention ;
- la mise à disposition gratuite des substituts nicotiniques aux personnes consultant dans les centres d'examen de santé de la CNAMTS et dans les CCAA, ainsi qu'aux patients hospitalisés ;
- la facilitation de l'accès à ces substituts en le rendant possible sans prescription médicale et en formant les pharmaciens d'officine au conseil ;
- la mise en place de centres de sevrage dans les établissements de santé : 150 centres seront financés en 2000 par l'assurance maladie.

Dans les structures spécialisées de prise en charge des usagers de drogues et des personnes en difficultés avec l'alcool, on constate souvent une tolérance, voire une complaisance vis-à-vis de la consommation de tabac.

Bien qu'il n'y ait pas de position définitive sur l'intérêt de conduire un sevrage aux produits opiacés ou à l'alcool en même temps qu'au tabac, cela est aujourd'hui envisageable. Dans tous les cas, les conclusions de la conférence de consensus récente sur le sevrage à l'alcool insistent sur la nécessité de signifier au moins au patient sa dépendance tabagique pour créer les conditions d'une prise en charge éventuelle dans un deuxième temps.

Des stratégies très diverses coexistent pour le sevrage tabagique : permettre aux individus, à leur entourage ou à un professionnel de réperer leur dépendance et ses conséquences ; faciliter l'arrêt sans accompagnement, ni substitut nicotinique ; encourager l'utilisation des substituts nicotiniques accessibles sans prescription ; accompagner la prise en charge par les professionnels de ville ou en consultation spécialisée.

Les consultations spécialisées doivent constituer les pôles de référence pour les praticiens et contribuer à définir les indications respectives des différentes stratégies. Elles sont toutefois trop peu développées.

Avec moins de 10% de sevrages maintenus à un an, les résultats de ces diverses stratégies sont modestes au regard de l'enjeu que le tabac représente pour la santé publique.

Les très grands consommateurs de tabac sont à la fois ceux pour lesquels le sevrage est le plus difficile et ceux qui sont le plus exposés aux complications. Confrontés à la seule possibilité d'un arrêt total, ils peuvent renoncer à toute démarche de soin. Il est difficile d'abandonner cette population à sa consommation excessive, plus ou moins culpabilisée ou rationalisée. **La relation dose-effets de la consommation de tabac étant démontrée, il conviendra que des études soient menées pour explorer la faisabilité et l'efficacité de stratégies de diminution de la consommation et les modalités d'un usage du tabac à moindre risque** (cf. supra / 1.1.1).

Dans ce champ, il convient :

- **d'élargir les consultations spécialisées dans le cadre du programme global de développement des structures d'accueil et de soins en alcoologie ;**
- **de conduire des actions de formation des professionnels ;**
- **d'intégrer la prévention du tabagisme dans les programmes d'information et de prévention conduites en direction des jeunes et du grand public** (cf. supra / chapitres consacrés à la communication et à la prévention) ;
- **mener des études sur l'intérêt d'une politique de réduction des risques pour les gros fumeurs.**

5.2.6**Les consommations abusives de médicaments psychoactifs**

Dans ce domaine, la prise de conscience du mésusage a eu notamment lieu à la suite du rapport du Professeur Zarifian en 1996. Dans son rapport de 1998, l'observatoire des prescriptions et consommations de médicaments a par ailleurs noté **une augmentation de 42,5 % de la consommation des antidépresseurs entre 1991 et 1997**. Cependant, et paradoxalement, cette consommation excessive ne veut pas dire que toutes les pathologies psychiatriques sont suffisamment traitées. Tous les experts observent en effet que certaines pathologies psychiatriques, notamment la dépression, sont insuffisamment prises en charge.

La consommation abusive ou détournée de médicaments psychoactifs est souvent associée à la consommation d'autres substances psychoactives.

Enfin l'augmentation de la consommation de médicaments chez les jeunes, plus particulièrement chez les filles, est préoccupante. Elle suggère l'importance des habitudes de consommation et d'auto-médication familiales. Elle nécessite des programmes de prévention déterminés.

Plusieurs objectifs doivent ici être poursuivis :

- **intégrer la consommation abusive ou le mésusage de médicaments dans les programmes de prévention et de soins concernant les conduites addictives;**
- **mieux former les médecins aux bonnes pratiques de prescriptions des médicaments psychoactifs ;**
- **intégrer les aspects spécifiques aux médicaments psychoactifs dans les actions d'éducation du patient, notamment sur le bon usage du médicament ;**
- **conduire des actions d'information et de prévention, particulièrement chez les jeunes.**

5.2.7**Expérimenter de nouveaux modes de prise en charge**

Il s'agit de faire évoluer le dispositif de soins et les stratégies thérapeutiques afin qu'ils s'adaptent à l'évolution très rapide des besoins. **L'objectif est de faire en sorte que tous les usagers en difficultés soient en contact avec le système de soins et puissent être accueillis sans aucune distinction.**

Même s'il a évolué, le dispositif spécialisé de soins aux toxicomanes accueille essentiellement des héroïnomanes dépendants, pour lesquels il a acquis compétence et savoir-faire. Or, même s'il convient d'être très prudent sur ce point, l'usage intraveineux d'héroïne semble diminuer. **Les professionnels sont en revanche démunis devant certains comportements d'usage et certains produits utilisés.**

Les centres d'alcoologie prennent majoritairement en charge des malades alcooliques déjà dépendants et relativement anciens (la moyenne d'âge des patients est de 40

ans) et, d'après les estimations, ils **ne touchent que 2 à 3% de la population relevant de soins alcoolologiques.**

Pour toutes les autres catégories d'usagers, il semble y avoir une augmentation du nombre de consommateurs : utilisateurs compulsifs de cannabis, usagers de cocaïne et de crack, usagers de drogues de synthèse et de médicaments détournés, consommateurs abusifs ou polyconsommateurs de produits associés à l'alcool et au tabac, usagers de produits destinés à améliorer les performances, utilisateurs bien insérés socialement. Leurs prises en charge sont peu développées et nécessitent une amélioration des savoir-faire.

De plus, il s'agit de personnes qui sont à la frontière entre l'usage nocif et la dépendance, qui ne se sentent pas toxicomanes et ne formulent aucune demande de soins spécifiques même si elles fréquentent, pour d'autres motifs, régulièrement des médecins.

Par ailleurs, il n'existe pas actuellement de protocoles définis sur la conduite à tenir vis-à-vis de l'usage nocif et de l'abus.

Ces constats conduisent à agir dans trois directions.

- Les dispositifs se sont développés pour des raisons historiques de manière cloisonnée alors que les données épidémiologiques, biologiques et cliniques plaident en faveur d'une approche commune des pratiques addictives. **Le rapprochement des structures exigera un réflexion méthodologique sur les aspects communs et spécifiques aux divers usages des différentes substances psychoactives.** Cette réflexion devra prendre en compte aussi bien les données scientifiques que les pratiques de prise en charge.
- **De nombreux usagers n'entrent pas en contact avec le système de soins et ne formulent pas de demande d'aide** sauf lorsqu'ils y sont contraints par la survenue d'une pathologie associée. Il est nécessaire de comprendre les raisons de cette situation, d'expérimenter et d'évaluer les programmes permettant d'y remédier.

Ces orientations rendent nécessaires :

- **un travail d'étude et de recherche sur la diversité des structures et stratégies thérapeutiques à développer ; il devra également porter sur le rapprochement des structures spécialisées à partir d'une identification de ce qui est commun aux différentes addictions et de ce qui est différent ;**
- **un inventaire et une évaluation des données et des pratiques professionnelles concernant les usages « atypiques » ;**
- **l'expérimentation de nouveaux modes de prise en charge.**

5-3

LE SUIVI THERAPEUTIQUE, L'HEBERGEMENT ET L'INSERTION PROFESSIONNELLE

5.3.1 Le suivi thérapeutique

Le suivi thérapeutique concerne certains toxicomanes en difficulté et une partie des alcoolodépendants.

Il existe pour les toxicomanes 50 CSST avec hébergement, dont 3 communautés thérapeutiques autorisées. Un réseau de familles d'accueil s'est également développé. **Ces structures, dont le projet est généralement fondé sur la recherche d'une rupture avec l'environnement, sont fréquemment situées à distance du lieu de vie habituel des patients.**

Les appartements thérapeutiques pour les usagers de drogue sont au contraire implantés dans la cité. Ils permettent l'acquisition d'une certaine autonomie dans le milieu de vie habituel.

Les structures qui assurent les soins de suite ne semblent pas répondre à l'ensemble des besoins. Leur répartition géographique est inégale et leurs méthodes thérapeutiques doivent être diversifiées. **Il est donc nécessaire de conduire une analyse exhaustive des besoins et des réponses. Cette évaluation pourra être menée avec le soutien de l'OFDT dans le cadre du programme général d'évaluation. Elle associera la D.G.S., la DAS, la CNAM (division des nomenclatures) et la Direction des Hôpitaux (PMSI).**

La révision en cours des projets thérapeutiques des CSST permettra un premier état des lieux. La note d'orientation de la D.G.S. du 5 novembre 1998 relative à cette révision demande aux centres avec hébergement de s'ouvrir aux personnes non complètement sevrées ou recevant un traitement de substitution, de créer des liens avec les structures médicales et avec l'environnement social. Elle recommande également de réservier les appartements thérapeutiques aux personnes en très grande difficulté sociale.

L'évaluation devra également porter sur les centres de post-cure pour alcoolodépendants, dans lesquels les délais d'admission sont encore très longs.

Enfin, comme pour les dispositifs spécialisés ambulatoires, il conviendra d'envisager la possibilité pour ces structures de répondre à l'ensemble des conduites addictives.

5.3.2 L'approche sociale

Le dispositif d'accueil et de soins a longtemps privilégié une approche psychologique et médicale au détriment d'une approche sociale.

Il apparaît nécessaire de s'intéresser aux problèmes familiaux et sociaux (logement, ressources, travail...) des usagers abusifs de drogue ou d'alcool.

Même si plusieurs centres de post-cure ont mis en place des ateliers d'insertion professionnelle afin de mieux prendre en compte la dimension sociale des problèmes, ces ateliers restent souvent coupés de la réalité et ne contribuent pas nécessairement à insérer les usagers dans la vie réelle.

Il ne s'agit donc pas de créer des dispositifs d'insertion spécifiques qui s'ajouteraient à ceux qui existent déjà mais de mieux utiliser les dispositifs existants, notamment ceux relatifs au RMI, à l'économie sociale, au logement social (notamment le Fonds de solidarité logement), les centres d'hébergement et de réadaptation sociale, les missions locales - jeunes et les PAIO, les fonds d'aide aux jeunes (FAJ), l'accompagnement social individualisé (ASI) et les plans locaux pour l'insertion et l'emploi.

L'Etat n'intervient pas seul dans ces dispositifs d'aide. Il doit y faire participer les collectivités territoriales et les organismes de protection sociale, notamment les CAF et la MSA (Mutualité sociale agricole).

La loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions permettra de développer et de réorganiser certains de ces dispositifs et elle en créera d'autres mieux adaptés.

Les personnes toxicomanes ou alcoolodépendantes devront pouvoir être accueillies dans les CHRS, dont le nombre de places augmentera de 1 500 au cours des trois prochaines années. Ils auront aussi accès au programme TRACE en faveur des jeunes de 16 à 26 ans en difficulté et confrontés à un risque d'exclusion professionnelle du fait de leurs comportements addictifs et une meilleure utilisation des contrats emploi-solidarité et des contrats emploi-consolidé (CES et CEC). Enfin, la mise en place dans chaque département d'un système permanent de veille sociale et l'installation d'une commission de l'action sociale d'urgence (CASU) doivent représenter un progrès dans la prise en charge des personnes les plus en difficultés.

Les expériences innovantes de liaison entre la médecine de ville et le secteur social pourront être étendues. Il s'agit notamment de faire intervenir un travailleur social dans le cabinet du médecin généraliste afin de prendre en charge les demandes administratives et d'engager un travail d'accompagnement social. Ce rapprochement, déjà mis en oeuvre dans certaines villes à titre expérimental, doit être encouragé.

Il est nécessaire d'élaborer des procédures permettant aux usagers de drogues et aux alcoolodépendants de bénéficier de l'ensemble de ces dispositifs. **Une circulaire sera adressée aux préfets en ce sens. Elle renverra à l'élaboration de protocoles locaux permettant de développer l'accès des dispositifs de droit commun à des populations présentant des problèmes spécifiques, tel que l'usage de drogues ou la consommation excessive d'alcool.**

Des actions visant à permettre à des usagers très marginalisés ou sortant de prison d'acquérir les compétences nécessaires pour accéder au dispositif de droit commun seront soutenues. Ces actions seront prise en charge par les associations exerçant une fonction de « sas intermédiaire » entre la très grande marginalité et la vie professionnelle.

5-4	TROIS POPULATIONS POUR LESQUELLES LA PRISE EN CHARGE EST A CONSTRUIRE ET A RENFORCER
-----	---

5.4.1 Les parents usagers de produits et leurs enfants

Un nombre important de personnes dépendantes sont parents (un tiers des toxicomanes et sans doute plus chez les personnes en difficultés avec l'alcool). La consommation de produits a nécessairement des conséquences sur la vie et le développement des enfants.

Il s'agit à la fois de soutenir les parents dans leur mission éducative et de permettre aux enfants d'exprimer les difficultés de leur(s) parent(s). Les structures des dispositifs spécialisés seront invitées à développer des prises en charge fondées sur les techniques de thérapie familiale.

La grossesse et la période périnatale nécessitent des interventions médicales et sociales qui concernent les services de maternité et de protection maternelle et infantile, ainsi que l'aide sociale à l'enfance (ASE). La consommation importante d'alcool chez les femmes enceintes entraîne en effet des pathologies souvent graves du foetus et du nouveau né (alcoolisme foetal, troubles intellectuels, retard du développement). Il en est de même pour la consommation de certaines drogues. Ces pathologies, relativement fréquentes et décrites par les spécialistes, sont souvent mal connues du grand public. La gestion des traitements de substitution des futures mères et le sevrage des nouveaux nés doivent être soigneusement pris en compte.

Une articulation de ces actions avec celles développées dans les plans « périnatalité » sera établie.

Si, à l'occasion de la visite médicale du troisième mois de grossesse, les messages d'éducation à la santé sont indispensables pour la plupart des femmes enceintes, les femmes les plus en difficulté y sont peu sensibles.

Quelques associations ont mis en oeuvre des actions intéressantes : prévention conduite en partenariat avec les maternités, accueil des parents en difficulté et de leurs jeunes enfants, aide à la construction de la parentalité, thérapies familiales.

Ces actions restent cependant trop rares et expérimentales. Il est nécessaire de les soutenir et d'évaluer leur transférabilité.

5.4.2 Les adolescents

L'émergence de nouvelles formes de consommation chez les jeunes n'a pas été suffisamment prise en compte ni par le dispositif spécialisé, ni par le dispositif de soins de droit commun, de sorte que ces jeunes - consommateurs abusifs de multiples produits mais non dépendants - constituent une population presque invisible en termes d'action publique.

L'étude de l'INSERM sur les adolescents relevant de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) montre en effet que ces jeunes, déjà particulièrement en difficulté, ont pu être régulièrement en contact avec des éducateurs spécialisés et rencontrer un médecin, en moyenne 5 fois par an, sans que des conduites à risque, parfois très graves, aient été repérées.

Il est probablement difficile à cet âge de distinguer les signes qui doivent faire penser à un usage nocif de ceux qui relèvent des crises et remaniements habituels de l'adolescence. Un tel diagnostic nécessite la recherche active d'un certain nombre de signes d'alerte.

De plus, lorsque la consommation abusive est repérée, l'orientation et la prise en charge sont complexes pour deux raisons :

- parce que les jeunes, plus encore que les adultes, ont du mal à comprendre la nécessité d'une aide au long cours ;
- parce qu'il n'existe pas de lieu d'accueil et de soins adaptés pour ces jeunes qui ne recourent pas au dispositif spécialisé et ne vont pas consulter les services généralistes (services de pédiatrie, CMP, CMPP, services de PMI et de l'ASE....). Ces derniers ne se reconnaissent d'ailleurs pas compétents pour traiter des consommations abusives.

Cette difficulté conduit à s'interroger, d'une part, sur l'absence de lieux de consultation et de soins spécifiques pour les adolescents (problème qui dépasse largement le cadre du présent plan) et, d'autre part, sur l'opportunité de consacrer des structures spécialisées aux jeunes usagers de produits psychoactifs.

Les 78 points-écoute enfants et parents créés depuis 1996 constituent une première réponse en proposant aux jeunes consommateurs et / ou à leur parents un premier

accueil et une orientation. Les résultats provisoires de l'évaluation en cours sur ces structures de proximité, installées dans les quartiers en difficulté montrent qu'ils correspondent à un besoin.

Il n'existe pas de réponse unique. Les réponses doivent être construites localement, notamment dans le cadre **des 4 programmes régionaux de santé consacrés aux jeunes.**

A partir de ces programmes et de l'évaluation des « points écoute », **il conviendra de conduire une réflexion sur les nouveaux enjeux et la pertinence des structures et des savoir faire existants.** Un tel travail est déjà en cours avec la direction de la protection judiciaire de la jeunesse.

Des projets expérimentaux de prise en charge d'adolescents consommateurs excessifs seront conduits, financés et évalués pour alimenter la réflexion.

5.4.3 Les usagers incarcérés

1) Accès aux soins et santé des détenus :

Beaucoup d'incarcérations débutent par une garde à vue, période durant laquelle les traitements ne sauraient être interrompus sans compromettre les conditions de prise en charge sanitaire à l'arrivée en prison.

Un rapport récent du Conseil national du sida (CNS) a souligné les difficultés, pour les personnes gardées à vue ou placées en rétention administrative, à poursuivre le traitement antirétroviral ou le traitement de substitution qu'elles recevaient auparavant. Le CNS constate l'amélioration de la prise en charge médicale en prison, depuis la réforme de 1994, mais déplore la disparité des pratiques médicales selon les établissements. Il souligne le risque de rupture des traitements à l'arrivée en détention et à l'occasion des transferts.

Ce constat est confirmé par une enquête menée en 1998 par la direction des hôpitaux (DH) et la DGS. **Elle montre que l'accès aux traitements de substitution pour les héroïnomanes incarcérés demeure plus réduit qu'en milieu libre (1 usager sur 7 contre environ 1 sur 3 en milieu libre).**

La prison n'échappe pas aux phénomènes qui caractérisent la toxicomanie à l'extérieur. Certaines évolutions y sont cependant plus accentuées ou plus délicates à maîtriser qu'en milieu libre, compte tenu des caractéristiques de la population détenue et de l'univers clos que constitue le milieu carcéral.

Ainsi comme dans les autres pays d'Europe, une minorité d'usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI) persiste à consommer en détention. **De plus, la prévalence du VIH (1,6 % de la population) y est 3 à 4 fois supérieure à celle qui prévaut en milieu libre pour une population comparable.**

Ces constats font craindre que des contaminations virales (VIH et VHC), liées à l'usage de drogues par voie intraveineuse et à la réutilisation du matériel d'injection, ne surviennent pendant la détention. Une mission sur la réduction des risques en prison mène actuellement des travaux pour mieux cerner ce phénomène et proposer des solutions adaptées.

Plus globalement, **une étude sur la santé des entrants en prison, réalisée au printemps 1997 (DREES 1998)**, démontre que la population carcérale est concernée par la consommation des produits psychoactifs dans des proportions nettement supérieures à celles du milieu libre, même à population comparable :

- Les entrants en prison sont jeunes puisque la moitié d'entre eux a moins de 28 ans.
- Pendant l'année précédent l'incarcération :
 - ⇒ 40% d'entre eux n'ont eu aucun contact avec le système de soin ;
 - ⇒ 30 % d'entre eux (dont la moitié sont des consommateurs d'opiacés) déclarent avoir utilisé de façon prolongée et régulière au moins une drogue (produits illicites et médicaments) ;
 - ⇒ 6% déclarent avoir utilisé une drogue par voie intraveineuse ;
 - ⇒ 13,5% associent alcool et drogues ;
- 30 % des entrants déclarent avoir une consommation excessive d'alcool ;
- 78 % des entrants fument et 20 % fument plus de 20 cigarettes par jour ;
- 17 % des entrants déclarent un traitement en cours par psychotrope.

Ces constats sont d'autant plus préoccupants que la consommation de produits psychoactifs, tels que les médicaments ou le tabac, a tendance à augmenter en prison. Ils démontrent que la population la plus lourdement touchée par la toxicomanie, l'alcoolisme, le tabagisme et le mésusage des médicaments se trouve en prison.

Eléments de démographie carcérale :

- Le 1er janvier 1999, il y avait près de 53 000 détenus dont 20 000 prévenus.
- La durée moyenne de l'incarcération continue de s'allonger (8,3 mois en 1999 contre 7 mois en 1990) : 75 % des condamnés purgent une peine supérieure à 1 an.
- 75 000 personnes sont sorties de prison en 1998, soit près de 25 000 usagers réguliers de drogues.
- 138 000 mesures étaient suivies en milieu ouvert le 1er janvier 1998 dont 75 % de sursis probatoire et près de 20 % de Travaux d'Intérêt Général.

Ces données démontrent qu'il faut à la fois tenir compte de l'allongement des durées de séjour mais aussi du nombre important de sorties annuelles, dont beaucoup concernent des prévenus (30 %), pour lesquels la libération est plus difficile à anticiper.

Il convient de ne pas négliger les personnes suivies en milieu ouvert qui sont deux fois plus nombreuses que celles détenues.

Les structures pénitentiaires et sanitaires

Le parc pénitentiaire est constitué de 186 établissements dont 119 maisons d'arrêt accueillant les prévenus et les courtes peines, 12 centres autonomes de semi-liberté et 55 établissements pour peines (moyennes et longues). En milieu ouvert, l'administration pénitentiaire gère 187 antennes composées de travailleurs sociaux auprès des tribunaux.

Le dispositif de soins somatiques et psychiatriques en milieu pénitentiaire a été réorganisé et renforcé d'abord dans les établissements neufs du programme « 13 000 », puis dans tous les établissements pénitentiaires en application de la loi du 18 janvier 1994, loi qui a constitué une avancée considérable.

Complétant ce dispositif, il existe, dans les plus grandes maisons d'arrêt, des centres de soins spécialisés dans la prise en charge des toxicomanes (16 au total). Ils ont pour mission le suivi et la préparation de la sortie des détenus toxicomanes ainsi que la coordination de l'ensemble des actions menées dans ce domaine. Compte tenu de la taille de certains établissements (ex : Fleury-Mérogis), du flux des détenus entrant et sortant, la sortie des détenus n'est pas toujours suffisamment préparée, que ce soit sur le plan sanitaire ou social. Cependant, **il n'existe que 4 structures de prise en charge de l'alcoolisme en milieu pénitentiaire.**

Dans le reste des établissements pénitentiaires (160 établissements), comme en milieu ouvert, l'intervention des centres de soins spécialisés et des centres d'hygiène alimentaire dépend des initiatives locales, notamment dans le cadre des conventions départementales d'objectifs.

L'insuffisance de mesures d'aménagement de peine

Trop de jeunes sortent de prison sans suivi et les usagers de drogues sont encore trop souvent exclus des mesures d'individualisation, alors qu'il est particulièrement nécessaire d'organiser un accompagnement à la sortie de prison.

Cette situation s'explique par l'insuffisance des structures prêtes à accueillir des personnes toxicomanes dans le cadre d'une alternative à l'incarcération. Il existe également une réticence à faire bénéficier le public toxicomane de ce type de mesure, compte tenu de son profil pénal et psychologique.

2) Toutes les sorties de prison doivent pouvoir être anticipées et préparées.
Les sortants de prison toxicomanes doivent faire l'objet d'un suivi à l'extérieur.

La note de la D.G.S. sur la révision des projets thérapeutiques des centres de soins spécialisés insiste sur la nécessité de conduire des actions dans les établissements pénitentiaires.

Si ces actions peuvent se dérouler dans certains lieux sans moyen nouveau, ce n'est pas toujours le cas, notamment lorsque les usagers incarcérés sont nombreux.

Pour préparer sérieusement les sorties de prison, il convient :

- **de développer la collaboration des services judiciaires et pénitentiaires avec les services sanitaires et sociaux, notamment afin d'éviter que les sorties non-programmées (levées de mandat de dépôt, transfert) ne conduisent à une rupture de la prise en charge ;**
- **de renforcer les structures spécialisées dans la prise en charge des conduites addictives ; ces dernières doivent :**
 - assurer la prise en charge pendant la durée de l'exécution de la peine ;
 - préparer la sortie et organiser le suivi à l'extérieur ;
 - intervenir en milieu ouvert.

Des orientations nationales préciseront les missions à accomplir. Il s'agira de traiter toutes les formes de dépendance, y compris le tabagisme, qui concerne 80% des détenus, et les consommations excessives de médicaments psychoactifs.

En prison, ces structures interviendront dans le repérage systématique, le suivi et la préparation du projet de sortie des usagers de drogues.

Cette approche globale impose une coordination étroite entre centres de soins spécialisés, services médicaux psychologiques régionaux (SMPR), services de médecine générale et services pénitentiaires d'insertion et de probation. Cette collaboration est particulièrement nécessaire pour assurer le suivi des usagers sous substitution (cf. infra).

Ces orientations seront traduites dans des conventions locales (services sanitaires intervenant en milieu pénitentiaire, services déconcentrés de l'administration pénitentiaire et centres de soins). Elles comporteront des objectifs quantitatifs et qualitatifs définis localement à partir des données judiciaires et pénitentiaires. Des indicateurs de répartition des moyens seront déterminés (proportion d'usagers de drogue ou d'autres substances psychoactives, flux annuel de population à prendre en compte, durée moyenne de détention ou de suivi en milieu ouvert, caractéristiques principales des addictions à traiter...).

3) Diversifier les modes de prise en charge en milieu carcéral et à la sortie et garantir l'accès des personnes détenues à l'ensemble des soins

Les traitements de substitution

Pour ce qui concerne la garde à vue, des orientations interministérielles organiseront le rapprochement des structures sanitaires (centres de soins méthadone, réseaux ville-hôpital, équipes de liaison, urgences hospitalières) avec les services d'enquête afin :

- **de favoriser l'intervention de médecins formés à ce type de traitements ;**
- **de garantir la vérification de la prescription, l'obtention et le financement du médicament.** Sur ce dernier point, le projet de loi relatif à la couverture médicale universelle (CMU), en cours d'examen devant le Parlement, pourrait intégrer un amendement gouvernemental étendant ce nouveau régime aux traitements de substitution pendant le Garde à vue.

Tous les détenus doivent avoir accès aux mêmes traitements qu'en milieu libre. Il conviendra de veiller à la continuité du traitement en cas de transfert et à la libération. La proportion d'usagers sous substitution en prison devrait ainsi progressivement rejoindre celle qui prévaut en milieu libre. L'élargissement de l'autorisation de mise sur le marché de la méthadone devrait faciliter cette évolution en permettant aux médecins des unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) d'initialiser le traitement, prérogative réservée à ce jour aux seuls médecins des centres de soins spécialisés dans la prise en charge des toxicomanes.

L'expérimentation de prises en charge collectives

Des prises en charge collectives devront être proposées aux détenus qui souhaitent entamer un travail sur leur dépendance pendant le temps de l'incarcération (ex: groupes de parole). Elles devront permettre au détenu de s'inscrire dans un projet d'exécution de peine intégrant une démarche structurante de soins et d'insertion, qu'il s'agisse des usagers de produits illicites ou de personnes alcoolodépendantes.

Les unités pour sortants toxicomanes

Débuté en 1997 dans 8 sites pilotes, le programme expérimental des unités pour sortants toxicomanes (UPS) a pour objectif de préparer la sortie des détenus toxicomanes présentant les difficultés d'insertion les plus lourdes, au travers d'un stage de 4 semaines fondé sur la dynamique de groupe. Un suivi à l'extérieur est prévu. Au bout de deux ans de fonctionnement, les effets positifs de la dynamique de groupe sont soulignés. Ce programme est en cours d'évaluation.

Ces actions collectives devront être menées dans un cadre sanitaire qui préserve l'accès à une palette de soins diversifiée (sevrage et substitution) et être fondées sur un projet individuel cohérent.

Qualifier le réseau d'accueil des sortants de prison toxicomanes les plus en difficulté

En effet, le manque d'autonomie de certains usagers de drogues nécessite la mise en oeuvre d'une prise en charge sanitaire et sociale de transition dans le mois suivant la libération. Outre sa durée, cette prise en charge se caractérise par la qualification des structures d'hébergement appelées à accueillir cette population :

- connaissance de la prison, de la population carcérale, du phénomène de la toxicomanie ;
- non sélection des publics accueillis ;
- organisation d'activités pendant la journée ;
- travail en réseau étroit avec des partenaires (santé, hébergement, emploi, etc...).

Les modalités de réponse à ces besoins spécifiques entreront dans le cadre du programme de lutte contre l'exclusion qui prévoit la création de 1500 places en centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) en trois ans.

4) La réduction des risques en prison est un enjeu majeur de santé publique

Des mesures ont été prises pour lutter contre l'offre de produits en détention : contrôle de l'entrée de drogue lors des visites des familles, vigilance accrue du personnel de surveillance. L'ensemble des professionnels s'accorde cependant pour considérer qu'il est indispensable de compléter cette démarche par une action sur la demande et par une politique volontariste de réduction des risques en prison.

Celle-ci s'est traduite par les dispositions suivantes :

- 1988-1992 : dépistage anonyme et gratuit proposé en détention dans le cadre d'une démarche d'information et de conseil médical personnalisée et mise à disposition de préservatifs dans les lieux de consultation médicale ;
- 1995-1996 : possibilité de poursuivre et d'initier les traitements de substitution en détention ;
- 1998 : distribution systématique, gratuite et régulière d'eau de Javel à 12 degrés.

Plusieurs mesures doivent ici être prises :

- **mieux connaître le phénomène** en poursuivant les études actuellement en cours sur la consommation de produits illicites et les risques de transmission de maladies infectieuses en prison ;
- **informer et former les personnels pénitentiaires**, dans le cadre de modules mixtes (santé/justice) sur les toxicomanies en général, et sur la réduction des risques en particulier ;
- **mener des actions de prévention à l'égard des détenus et de leurs familles**. La sensibilisation des familles de détenus est particulièrement nécessaire parce que celles-ci sont appelées à jouer un rôle important dans la réinsertion de leurs parents détenus et parce que l'entrée des produits en détention passe souvent par leur intermédiaire. **La formation des associations assurant l'accueil des familles venues rendre visite à un parent détenu constituera un vecteur essentiel de cette sensibilisation.**

5-5	CONDUIRE UNE DEMARCHE D'INVENTAIRE ET DE PROGRAMMATION DEPARTEMENTALE ET REGIONALE A PARTIR D'UNE IDENTIFICATION DES BESOINS. MIEUX REPARTIR LES MOYENS SUR LE TERRITOIRE.
-----	---

La diversité des structures existantes et l'ampleur des carences identifiées rendent nécessaire une démarche globale de recensement des besoins et d'inventaire des ressources disponibles et mobilisables pour y répondre à l'échelon local.

Les consommations de drogues illicites et d'alcool sont inégalement reparties sur le territoire. Si les conséquences de l'abus d'alcool en terme de morbidité décroissent globalement selon un gradient nord-sud, son usage nocif et la dépendance se situent à un haut niveau sur l'ensemble du territoire. La consommation de drogues illicites semble davantage se concentrer dans les zones fortement urbanisées (Nord-Pas de calais, Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur).

Les dispositifs spécialisés de prise en charge se sont développés sans plan d'ensemble, en fonction des capacités d'initiative et de persuasion d'équipes locales, le plus souvent associatives. Ceci explique les disparités de moyens d'un département à l'autre. En matière de sevrage tabagique, aucune politique déterminée n'a été menée pour développer une offre de soins à la hauteur des enjeux.

Il s'agit donc d'organiser les réponses et de les articuler dans une démarche de programmation régionale, interdépartementale et départementale accompagnée d'une déconcentration des moyens. Cette démarche s'appuiera sur les indicateurs mis en place par l'OFDT et prendra en compte les orientations fixées au niveau régional par la conférence régionale de santé et les objectifs de l'agence régionale d'hospitalisation (ARH).

Elle fera l'objet d'instructions aux chefs de projet « toxicomanies » désignés par le préfet dans chaque département dont les missions seront redéfinies (voir projet de circulaire annexé au présent plan)

Cette démarche s'appuiera également sur le travail réalisé dans les 9 régions où la conférence régionale de santé a proposé un programme concernant la dépendance à un ou plusieurs produits, en direction d'une partie (les jeunes) ou de toute la population.

Dans un souci de cohérence, il est nécessaire que cette démarche de programmation soit conduite en intégrant les problèmes posés par l'ensemble des pratiques addictives.

VI - APPLIQUER LA LOI ET RENFORCER LA REPRESSION DU TRAFIC

La redéfinition des objectifs de politique pénale à l'égard des usagers de drogues ne peut être comprise que si elle s'accompagne d'une ferme volonté de réaffirmer la priorité accordée à la lutte contre le trafic, sous toutes ses formes. La réduction de l'offre de produits stupéfiants, qui constitue la vocation première de l'action répressive, constitue en effet un volet indispensable à l'efficacité de toute politique gouvernementale de réduction de la demande et de lutte contre la toxicomanie.

Agir efficacement sur la réduction de l'offre, c'est lutter conjointement contre le trafic international et contre le trafic local, sans oublier le blanchiment des capitaux provenant des deux trafics. Il s'agit d'intervenir à toutes les phases souvent très cloisonnées des différents réseaux : production et fabrication, transport et transit, vente en gros, demi-gros et détail.

La priorité accordée à la lutte contre le trafic de stupéfiants s'est traduite, à l'occasion des précédents plans gouvernementaux, par un renforcement du dispositif législatif et des moyens à disposition des services qui concourent à la conduite de l'action répressive. Elle s'est également concrétisée par l'utilisation de techniques d'analyse criminelle de plus en plus élaborées et l'adaptation permanente des méthodes d'action des différents services répressifs.

Pour autant, le trafic ne cesse de progresser de façon alarmante, tant sur le plan national qu'international. Aux problèmes sociaux et sanitaires générés par la consommation de drogues s'ajoutent désormais des effets de plus en plus déstructurants pour les économies mondiale, nationale et locale.

Le trafic est encore très multiforme, aussi bien au niveau international que local. Les réseaux de trafiquants apparaissent cependant de plus en plus structurés et bien équipés. **Au niveau international, ils se traduisent par la mise en oeuvre de véritables stratégies de type commercial :** études de marchés tenant compte de l'aspect économique et culturel, promotion de nouveaux produits en fonction de l'évolution des modes de consommation, utilisation des différences législatives entre pays pour pénétrer plus facilement les marchés, réorganiser les routes d'approvisionnement ou les lieux de production, ajustement des prix aux contextes locaux ...

Parallèlement, les manifestations du trafic local sont de moins en moins occultes. Elles laissent apparaître le développement d'un trafic de plus en plus structuré, souvent selon un mode familial, **paradoxalement bien intégré dans les quartiers, et générateur de ressources et d'économie parallèle.**

Tous ces éléments soulignent, sinon un paysage nouveau, du moins la nécessité d'intensifier notre action, en visant aussi bien à démanteler les filières d'importation et de

distribution qu'à soustraire les profits qu'elles génèrent pour l'économie souterraine. Ces orientation constituent le fondement de la circulaire du Garde du XX juin 1999, relative à la conduite de l'action publique en matière de lutte contre le trafic de stupéfiants (cf. infra / 6.1).

Le développement de la circulation et de l'usage des produits de synthèse conduit également se poser **la double question de l'efficacité du dispositif de classement des nouvelles molécules de drogue et du dispositif national de contrôle des produits chimiques précurseurs** (cf. infra / 6.2).

La mise en évidence de plusieurs cas d'**usage criminel de substances psychoactives**, en particulier de certains médicaments, nécessite par ailleurs de prendre un ensemble de mesures visant notamment à évaluer le potentiel de dangerosité des différents produits psychoactifs en terme de soumission médicamenteuse, alerter les autorités sanitaires et les pouvoirs publics sur les risques présentés par certains produits ou médicaments, prendre les mesures de prévention appropriées et informer l'ensemble des professionnels concernés sur les conduites à tenir (cf. infra / 6.3).

Deux questions méritent enfin d'être évoquées dans ce chapitre consacré à l'application de la loi, bien qu'elle ne fassent pas l'objet de développements ultérieurs. Il s'agit :

- **du dépistage systématique des stupéfiants chez les conducteurs impliqués dans des accidents mortels de la circulation**, qui sera organisé en application de la loi portant diverses mesures de sécurité routière, qui vient d'être adoptée ; un décret interministériel sera préparé pour appliquer rapidement ces dispositions ;
- **de l'application insuffisante des textes limitant l'accès des mineurs aux boissons alcoolisées**. L'augmentation de la consommation d'alcool chez les jeunes justifie une action déterminée de prévention, d'information et de répression. Elle justifie plus largement, à l'instar de ce qui a été fait en matière de délits routiers, l'ouverture d'une réflexion autour de l'application de la Loi Evin, de la définition d'objectifs de politique pénale et de l'organisation d'une veille judiciaire.

Jusqu'à présent, la veille judiciaire a été largement déléguée aux associations et plus particulièrement au centre national de lutte contre le tabagisme. Cette situation a conduit les parquets à ne pas s'investir suffisamment dans le contrôle de l'application des dispositions relatives à la publicité et à la protection des consommateurs.

L'évaluation de l'application de l'ensemble des dispositions de cette loi a été confiée au commissariat général au plan. Le Garde des Sceaux appréciera la suite à donner à ces conclusions en termes d'orientations de politique pénale.

6.1**REAFFIRMER LA PRIORITE ACCORDEE A LA LUTTE CONTRE LES TRAFICS****6.1.1 Lutter plus efficacement contre le trafic**

Les statistiques annuelles de l'office central de répression du trafic illicite de stupéfiants (OCRTIS) montrent que l'augmentation constante du nombre d'interpellations pour usage de stupéfiants (74 633 en 1998) s'accompagne depuis 1996 d'une baisse significative des interpellations pour trafic.

Cette baisse est largement imputable à la chute des interpellations pour trafic local (4 263 en 1998, soit une baisse de 17,88 % par rapport à 1997), le nombre d'interpellations pour trafic international restant stable (1 278 en 1998). Pour la catégorie intermédiaire des usagers-revendeurs, les interpellations, après avoir augmenté régulièrement jusqu'en 1996, ont également baissé ces deux dernières années (10 874 en 1998).

Face à un trafic de mieux en mieux organisé, dont le démantèlement impose des investigations longues et approfondies, la circulaire du Garde des Sceaux du XX juin 1999, relative à la conduite de l'action publique en matière de lutte contre les trafics de stupéfiants, souligne la nécessité d'un renforcement de la coordination entre les différents services d'enquête. Il s'agit d'éviter que les investigations conduites en enquête préliminaire ou sur commission rogatoire, par des services dont les objectifs sont parfois différents, ne se traduisent par des chevauchements sur une même opération de trafic ou des séquences connexes, au détriment de l'efficacité de l'action publique et de la conduite ultérieure de la procédure.

Parmi les mesures arrêtées dans le cadre du précédent plan gouvernemental du 14 septembre 1995, figurait le renforcement de la coordination des moyens des services répressifs, en particulier dans la zone Antilles-Guyane et la région Nord-Pas de Calais. Il est en effet apparu que les particularismes locaux rencontrés dans ces deux zones devaient conduire à la création de cellules spécifiques, seules susceptibles d'accroître l'efficacité de l'Etat.

A l'instar de l'expérience menée dans la zone Antilles-Guyane et la région Nord-Pas de Calais, ainsi que des pratiques initiées par certains parquets, il apparaît indispensable, en amont des interpellations, de fonder l'action publique sur la mise en place de dispositifs de coordination locale, ayant pour missions :

- d'instaurer un flux régulier d'informations permettant de centraliser, analyser, exploiter et diffuser les renseignements détenus par les différents services ;
- de recenser les enquêtes en cours en matière de trafic de stupéfiants, qu'elles soient diligentées en matière préliminaire, sur flagrance ou dans le cadre d'une commission rogatoire ; d'examiner les liens qui pourraient exister entre elles ;

- à partir de l'ensemble de ces éléments, de définir en commun des objectifs ponctuels et veiller à la cohérence des actions entreprises par les différents services.

La circulaire du Garde des Sceaux pose les principes qui doivent guider l'action des parquets dans la mise en place de ces dispositifs.

La mise en oeuvre de cette circulaire **s'accompagnera, au cours du second semestre de l'année 1999, d'une évaluation des dispositifs mis en place dans le cadre des régions Antilles-Guyane et Nord-Pas de Calais.**

Le décret du 3 août 1953, qui confère des missions de centralisation et de coordination à l'OCRTIS, est imparfaitement appliqué. Une réflexion interministérielle sera conduite sur la coordination de l'ensemble des services répressifs intervenant en matière de trafic international, tant en termes d'objectifs que de modalités d'intervention. Cette réflexion pourra éventuellement conduire à des propositions de révision du décret concerné.

Cette réflexion devra également inclure la question de la coopération internationale, de sorte que **l'ensemble des actions de coopération technique et opérationnelle déployées par les services répressifs français à l'étranger s'intègre dans le cadre de priorités géographiques et stratégiques définies au niveau interministériel, notamment en terme de retour pour la sécurité intérieure.**

Il conviendra, le cas échéant, de développer la présence française en redéployant ou en ouvrant de nouveaux postes d'officiers de liaison spécialisés dans le domaine des stupéfiants et en leur donnant des moyens suffisants pour assurer efficacement leurs missions. Les efforts devront par ailleurs porter sur l'organisation d'actions de formation destinées aux fonctionnaires étrangers, soit sur site, soit en France, en mettant l'accent sur la formation de formateurs pour démultiplier localement les enseignements.

6.1.2 Atteindre le patrimoine des trafiquants

L'efficacité de la lutte contre le trafic de stupéfiants dépend étroitement de la capacité d'atteindre le patrimoine des trafiquants ou de tous ceux qui retirent un profit direct ou indirect du trafic.

La loi offre des instruments juridiques permettant de prononcer des sanctions patrimoniales plus sévères à l'encontre des trafiquants, à la hauteur du profit qu'ils tirent du trafic. Ces dispositions sont cependant insuffisamment exploitées. Faute d'identification du patrimoine des trafiquants et en l'absence de mesures conservatoires préalables prises au cours de l'information, les peines de confiscation prononcées par les tribunaux se limitent le plus souvent à la seule confiscation des biens saisis lors des interpellations.

Le rappel de cette priorité constitue l'un des axes directeurs de la circulaire du ministère de la justice du XX juin 1999. **Elle souligne le rôle déterminant que doivent jouer les parquets pour la conduite d'investigations financières en matière de lutte contre le trafic de stupéfiants, non seulement en ce qui concerne la saisie des biens qui sont en lien avec l'infraction commise, mais également pour tout ce qui touche à**

l'adoption de mesures conservatoires permettant de « geler » le patrimoine des trafiquants dans l'attente de leur condamnation.

Cette circulaire devrait également conduire à développer une action plus déterminée des parquets à l'encontre de ceux qui participent au recel ou au blanchiment des capitaux issus du trafic, au travers de l'application effective des dispositions relatives :

- au délit général de blanchiment, élargi par la loi du 13 mai 1996 au blanchiment du produit de tout crime ou délit ;
- à la responsabilité des personnes morales ;
- au « proxénétisme de la drogue ».

Le « proxénétisme de la drogue » :

Comme on l'a vu, le nombre des interpellations et des poursuites pour trafic local est en baisse significative depuis plusieurs années. Cette situation ne manque pas de surprendre alors que le développement du trafic local est dénoncé et redouté par tous.

De nouveaux outils procéduraux ont été mis à disposition des services répressifs par la loi du 13 mai 1996. Ils n'ont toutefois pas ou peu été utilisés. L'article 222-39-1 du code pénal permet de poursuivre pénalement ceux qui ne peuvent pas justifier de ressources correspondant à leur train de vie tout en étant en relations habituelles avec des usagers de drogues ou des dealers.

Ce texte, en renversant la charge de la preuve à partir d'une approche économique des patrimoines, devrait pourtant permettre de poursuivre des faits qui ne sont pas aujourd'hui poursuivis.

Les premières évaluations conduites sur l'application effective de cette disposition pénale montrent que l'article 222-39-1 CP est généralement peu connu de la plupart des services et qu'il n'existe en réalité, sur cette question, pas ou peu de collaboration entre les services fiscaux et les différents services répressifs.

Le Garde des Sceaux a demandé aux procureurs de la République d'organiser une action plus concertée entre les services compétents. Dans ce cadre, il apparaît utile de conduire, sous l'égide des différents ministères, un travail sur l'adaptation des méthodes et techniques d'investigation aux exigences de la loi de 1996, notamment au travers d'une amélioration de la coordination avec les services fiscaux.

Le succès des enquêtes dépend en effet, dans une large mesure, de la capacité de l'ensemble des services opérationnels et financiers à intervenir dans le cadre d'une coordination locale, permettant, autour de la définition d'objectifs communs, d'alimenter les procédures par le recueil et l'exploitation de renseignements propres à établir l'environnement de la personne suspectée, ainsi que l'origine de ses ressources.

Dans le même temps, des actions interministérielles de formation sur l'application de la loi de 1996 seront mises en place, associant localement des magistrats, des policiers, des gendarmes et des agents des services fiscaux.

Ce travail sera poursuivi en 2000 par la mise en place, dans plusieurs départements pilotes, de phases expérimentales pour mesurer, à partir de cas concrets, l'efficacité des structures actuelles et définir des modalités pratiques de collaboration avec les services fiscaux. La mise en place de ces sites expérimentaux s'accompagnera, si nécessaire, d'un renforcement des moyens mis à leur disposition, tant sur le plan technique (matériels performants de surveillance, de communication, de filature) que sur celui du fonctionnement (frais d'enquêtes et d'écoutes téléphoniques ...).

L'année 2001 sera consacrée à l'évaluation des activités des structures ou dispositifs mis en place dans les départements pilotes, en les comparant notamment aux résultats des autres départements.

6.1.3 Renforcer la mobilisation des acteurs économiques

Les voies commerciales licites et les expéditions régulières de marchandises sont fréquemment utilisées pour le transport illicite de stupéfiants. Nombre de saisies réalisées dans les conteneurs maritimes portent ainsi sur des produits qui y ont été placés à l'insu des sociétés concernées.

Les entreprises dont les personnels et les véhicules peuvent servir à leur insu de vecteurs à des trafics illicites, notamment les entreprises de transport, doivent prendre conscience du rôle qu'elles peuvent jouer dans ce domaine.

Dans ce but, la douane renforcera le programme de partenariat qu'elle développe avec les entreprises depuis plusieurs années. Intitulé DEFIS (douane et entreprise face au trafic illicite de stupéfiants), il repose sur la signature de mémoires d'entente au travers desquels la douane et les sociétés commerciales s'engagent à renforcer leur coopération.

6.2

LUTTER PLUS EFFICACEMENT CONTRE LA FABRICATION ET LE TRAFIC DE DROGUES DE SYNTHESE

De nouvelles drogues de synthèse font régulièrement leur apparition sur le marché illicite, notamment les stimulants de type amphétamine.

Comme on l'a déjà vu, la maîtrise de ce phénomène constitue aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique, justifiant la mise en place d'instruments spécifiques de recueil de données sur la composition des produits qui circulent sur le marché, leur contexte d'usage et les populations touchées (cf. supra / 1.2.3. / banque de données SINTES). **L'objectif est d'améliorer la réactivité des pouvoirs publics face à l'expansion rapide de ces produits tout en étant en mesure, le cas échéant, de déclencher des mécanismes d'alerte sanitaire.**

Il n'est toutefois pas besoin d'attendre les premiers résultats de cette mesure pour s'interroger sur notre capacité à lutter plus efficacement contre la fabrication et le trafic de ces substances. Deux axes prioritaires de travail doivent ici être envisagés :

- l'adaptation de notre système national de classement des stupéfiants et psychotropes à l'évolution permanente du trafic et à l'apparition désormais continue de nouvelles molécules de drogues de synthèse ;
- le renforcement, en amont de la fabrication de ces substances, du dispositif national de surveillance du commerce des produits chimiques qui entrent dans leur composition ou leur synthèse.

6.2.1

L'évolution du système national de classement des produits stupéfiants et psychotropes

La législation française repose sur un principe de classement nominal des produits, identique à celui adopté par les conventions internationales. Les lourdeurs inhérentes à cette procédure font que les pouvoirs publics sont généralement en retard de plusieurs mois sur l'apparition de nouvelles substances, lorsque celles-ci n'ont pas déjà été classées au niveau international. Il faut en effet entre 6 et 8 mois pour procéder à l'évaluation préalable du potentiel d'abus et de dépendance des produits, puis effectuer leur classement par arrêté du ministre chargé de la Santé.

Au fur et à mesure que ces substances sont identifiées puis classées, de nouvelles molécules aux effets pharmacologiques similaires apparaissent. Dans l'intervalle qui précède leur classement, les trafiquants se retrouvent dans une situation de quasi-impunité.

Les procédures de classement nominal des stupéfiants et psychotropes au niveau international (conventions des Nations-Unies de 1961 et 1971) connaissent les mêmes lourdeurs. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle le « **plan d'action contre la fabrication, le**

trafic et l'abus de stimulants de type amphétamine et de leurs précurseurs », adopté par la 20ème session extraordinaire des Nations Unies de juin 1998, invite les Etats à envisager d'autres mécanismes de classement.

En marge des travaux sur la mise en place de la banque de données SINTES, la MILD'T a initié une réflexion interministérielle pour examiner les possibilités :

- **de mettre en place un système plus souple de classement provisoire des produits**, qui permette d'effectuer des poursuites dans la période qui précède leur inscription à titre définitif dans les listes de stupéfiants ou de psychotropes ;
- voire, de modifier certaines dispositions du code pénal pour **élargir les possibilités de poursuites aux produits destinés à un usage humain qui ne sont pas classés en tant que stupéfiants mais qui présentent des analogies de structure chimique et produisent des effets pharmacologiques similaires** (classement analogique).

Les premiers résultats de cette étude militent en faveur d'un maintien du système actuel de classement nominal des produits, pour des raisons qui tiennent à la fois à l'application du principe de légalité des délits et des peines et à la nécessaire sécurité juridique des poursuites. Il ressort toutefois que les **délais d'évaluation du potentiel d'abus et de dépendance des nouveaux produits, et donc de leur classement, pourront être réduits de façon appréciable (3 mois représentant un optimum)**. Le développement de ce nouveau dispositif d'évaluation rapide toxicopharmacologique s'appuiera sur l'utilisation de procédés scientifiques reposant sur l'analyse tridimensionnelle des sites actifs des molécules et leur comparaison avec les structures moléculaires de substances déjà classées.

Cette nouvelle procédure d'évaluation accélérée sera inscrite dans le programme de la présidence française de l'Union européenne, en vue de donner toute son efficacité à l'action commune de juin 1997 sur les drogues de synthèse.

6.2.2

Renforcer le dispositif national de contrôle des produits chimiques précurseurs de drogues

Certains produits chimiques, plus connus sous l'appellation de « précurseurs », jouent un rôle capital dans la synthèse ou l'extraction des drogues. Fabriqués à des fins parfaitement licites, les précurseurs font l'objet d'un commerce très large et sont indispensables aux industries chimiques et pharmaceutiques. Leur détournement est très faible au regard des volumes échangés dans le monde.

L'importance du commerce des précurseurs a conduit à une démarche conditionnée, consacrée par la convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988. Vingt-deux substances chimiques, figurant parmi les plus sensibles, ont été classées en tant que produits précurseurs au niveau international.

La surveillance du commerce des produits chimiques précurseurs, qui relève de la compétence communautaire, s'opère au travers d'un ensemble de règlements et directives, qui régissent aussi bien leur fabrication et leur mise sur le marché que les échanges avec les pays tiers. D'intensité variable selon les catégories concernées de produits, ces mesures de

surveillance se sont notamment traduites par la mise en place de mécanismes d'agrément ou d'enregistrement des opérateurs, assortis d'un régime de licences à l'exportation, notamment en direction des pays tiers les plus sensibles

La loi du 19 juin 1996 a adapté le droit interne aux exigences des différents règlements et directives communautaires. L'essentiel du dispositif national est placé sous l'autorité de la mission nationale de contrôle des précurseurs chimiques (MNCPC). Outre l'accomplissement des obligations et formalités administratives, la sensibilisation et la formation des opérateurs constituent une des missions prioritaires de ce service.

Si le dispositif de surveillance du commerce des produits précurseurs est relativement strict pour les substances les plus sensibles, **la philosophie des textes repose avant tout sur la vigilance et la coopération volontaire des opérateurs.** Compte tenu des volumes de produits échangés dans le monde, il est en effet certain que seuls les industriels et négociants du secteur chimique sont véritablement en mesure d'apprécier le caractère inhabituel d'une commande ou d'une transaction ; d'où la nécessité de développer une sensibilisation et une formation des milieux industriels sur les risques de détournement de leurs produits et les sanctions auxquelles ils s'exposent.

C'est précisément le souci d'associer les industriels et les négociants du secteur chimique à la prévention du détournement des produits précurseurs qui a conduit à rattacher la MNCPC au secrétariat d'Etat à l'Industrie (arrêté du 11 mars 1993).

Or, l'évaluation récente de l'activité de ce service montre que si les opérateurs français remplissent globalement l'ensemble de leurs obligations administratives, le nombre de déclarations de soupçons reste faible. Toutefois, le commerce des précurseurs chimiques vers les pays producteurs de stupéfiants est relativement stable, la plupart des opérations étant le fait de sociétés mères vers leurs filiales locales.

Sans préjuger de l'importance effective du détournement de produits précurseurs à l'intérieur ou à partir du territoire national, il apparaît aujourd'hui indispensable de conduire une action plus déterminée de sensibilisation et de mobilisation des milieux industriels et du négoce.

1) Renforcer la mobilisation des opérateurs

La question du renforcement de la mobilisation des opérateurs est d'autant plus actuelle que les plus récents travaux internationaux conduisent à la création de listes de surveillance spéciale pour de nouvelles catégories de produits précurseurs de drogues de synthèse. **Ces listes ne renvoient pas à l'accomplissement de formalités particulières, comme pour les 22 produits actuellement classés, mais appellent à une vigilance accrue des industriels et à une implication encore plus forte des pouvoirs publics.**

A cet effet, diverses actions devront être développées :

- l'organisation de journées d'information à destination des différentes catégories d'opérateurs concernés ;
- l'édition de brochures ou plaquettes et le développement d'une communication via Internet ;

- la mise en place d'échanges institutionnels réguliers, pouvant revêtir la forme d'une lettre d'information périodique reprenant notamment les données de la banque sur les drogues de synthèse (SINTES) ;
- la conduite d'une réflexion sur la mise en place d'un système d'alerte rapide pour faciliter la circulation d'informations en temps réel.

Ces actions, qui feront l'objet d'une évaluation à l'échéance du plan triennal, devront être conduites en étroite liaison avec les principales organisations professionnelles du secteur de la chimie. **Elles nécessiteront un renforcement des moyens humains et matériels mis à disposition de la MNCPC.**

2) Développer de nouveaux outils juridiques destinés à renforcer la lutte contre le détournement et l'utilisation illicite de produits précurseurs

Bien qu'aucun laboratoire susceptible d'alimenter en drogues synthétiques des réseaux illicites n'ait récemment été démantelé sur le territoire national, plusieurs affaires ont néanmoins permis d'établir **l'existence de laboratoires de fortune, régulièrement approvisionnés en petites quantités de produits chimiques. On constate également l'émergence d'un courant de fraude intra-communautaire sur ce type de produits.**

Si la législation introduite en 1996, qui institue un contrôle administratif des circuits commerciaux, permet de prévenir le détournement des produits précurseurs au travers des filières industrielles et du commerce de gros, elle n'apporte pas de moyen nouveau pour répondre à ce type de situation. Ainsi, les services de police judiciaire ne disposent d'aucune base juridique pour saisir ces substances, lorsqu'il n'est pas établi que leur propriétaire est impliqué dans un trafic de stupéfiants. De la même manière, les services douaniers ne peuvent contrôler et saisir ces marchandises à la circulation, quand bien même leur détenteur ne pourrait être en mesure de justifier du caractère licite de leur destination.

Une réflexion interministérielle sera menée sur l'élaboration de nouveaux outils juridiques permettant aux services de police judiciaire de saisir à titre conservatoire les produits précurseurs les plus sensibles et d'ouvrir une procédure d'enquête sur la légalité de leur utilisation.

Il conviendra également d'inscrire au programme de la présidence française de l'Union européenne une proposition de modification de la directive 92/109 CEE du Conseil du 14 décembre 1992, instaurant un document d'accompagnement à la circulation intra-communautaire de ces substances.

6.3**L'USAGE CRIMINEL DES PRODUITS PSYCHOACTIFS**

Plusieurs affaires pénales ont permis de mettre en évidence des cas d'usage criminel de produits psychoactifs, par l'administration aux victimes de drogues ou de certains médicaments modifiant leur état de conscience.

De même, bien qu'il ne s'agisse pas à proprement parler de cas d'usage criminel de produits psychoactifs, la commission de certains crimes ou délits est parfois directement liée au fait que les victimes ou les auteurs de ces infractions sont au moment des faits sous l'emprise de drogues ou de certains médicaments psychoactifs.

Cette situation a conduit l'Agence du Médicament, en 1997, à constituer un groupe de réflexion pluridisciplinaire. Se fondant sur les conclusions de ce groupe, il est proposé de mettre en oeuvre les mesures suivantes :

- informer et former les différents professionnels concernés (professionnels de santé, magistrats, policiers ...) sur les risques d'utilisation criminelle de certaines drogues et certains médicaments ;
- modifier la forme galénique (matrice, colorant ...) des médicaments pour éviter qu'ils ne soient absorbés à l'insu des personnes ;
- élaborer des recommandations sur les conduites à tenir vis-à-vis des victimes et des agresseurs ;
- renforcer la coordination entre les structures médicales d'accueil et de soins et les autorités judiciaires et policières.

Un projet de circulaire, des brochures destinées aux services sanitaires et répressifs, ainsi qu'un protocole de prise en charge des victimes pour les services d'urgence, sont en cours d'élaboration au ministère de la santé.

En outre, une réflexion est actuellement conduite sur l'homologation de structures d'analyses biologiques ou toxicologiques pour la recherche de ces produits psychoactifs.

Enfin, l'AFSSAPS apportera sa contribution technique en matière de recensement des cas, de mise à disposition de tests de dépistage biologique et de contrôle de qualité des structures homologuées.

VII - COORDONNER AU PLAN NATIONAL ET LOCAL

7-1

LA COORDINATION NATIONALE : LE ROLE DE LA MILDT

La première mission interministérielle de coordination de la politique de lutte contre la drogue a été créée en 1982. Son action s'est poursuivie sous diverses formes jusqu'à ce jour. La mission actuelle, qui résulte du décret du 24 avril 1996, coordonne l'activité de 17 départements ministériels.

La nécessité de maintenir une mission interministérielle n'a jamais été remise en cause dans les rapports successifs, qui insistent au contraire sur la nécessité de renforcer son rôle de pilotage national.

Depuis 15 ans, nombre de missions ou délégations interministérielles ont été créées pour faire face à l'émergence de nouveaux problèmes de société. Pour autant, l'organisation excessivement verticale de l'Administration française a toujours résisté aux tentatives de créer des méthodes de travail plus transversales.

A cette conception verticale de l'organisation administrative s'ajoutent des cloisonnements entre les directions et les bureaux de la plupart des ministères, ce qui entraîne souvent des coordinations internes délicates.

Cette situation rend la mission de coordination particulièrement difficile, voire, quasiment impossible. C'est ce qui a conduit la Cour des Comptes, dans son rapport de juin 1998, à constater que les ministères avaient, pour l'essentiel, continué à mener leurs propres politiques, en utilisant la MILDT comme un guichet distributeur de crédits plutôt que comme un lieu de définition et de proposition des politiques publiques.

Malgré l'ampleur des missions qui lui ont été confiées par le décret de 1996, la MILDT est restée une petite structure. Le statut des chargés de mission, mis à disposition par les différents ministères, ne lui a pas permis de s'attacher toutes les compétences nécessaires.

En outre, l'effectif théorique fixé par le cabinet du Premier ministre n'a jamais été atteint.

S'il est absolument nécessaire de maintenir une structure interministérielle, qui trouve d'ailleurs son équivalent dans la plupart des pays développés, celle-ci doit être dotée de moyens propres à en assurer la pérennité.

Même si elle doit rester une structure légère, afin de ne pas se substituer à l'action des différents ministères, la mission doit devenir un lieu de référence incontournable et un véritable outil d'élaboration du travail interministériel.

Elle doit également être en mesure de conduire et d'évaluer des expérimentations dans des domaines dans lesquels les savoir-faire sont peu développés et de les évaluer.

Pour atteindre cet objectif, il est nécessaire de créer des emplois à la MILD'T, par voie de transfert des emplois des fonctionnaires mis à sa disposition par les différents ministères. Une demande a déjà été faite en ce sens pour le budget 2000.

Le décret fixant les attributions du comité interministériel sera modifié pour tenir compte de la nécessité de prévenir et de prendre en charge l'ensemble des dépendances. Par ailleurs, ce comité sera élargi aux :

- ministère de l'agriculture et de la pêche, qui gère notamment l'enseignement agricole ;
- ministère de la culture et de la communication, impliqué dans les actions de prévention conduites dans les concerts et manifestations culturelles ;
- ministère chargé de l'industrie, qui a la responsabilité du contrôle des précurseurs chimiques ;
- ministère chargé des transports (délégation interministérielle à la sécurité routière) pour les questions liées à la conduite sous l'empire de substances psychoactives.

7-2	LA COORDINATION LOCALE
-----	-------------------------------

La diversité des acteurs, des décideurs et des sources de financement au plan national aboutit, **au plan local, à un épargillement encore plus grand des actions de l'Etat.**

Bien que les questions de toxicomanie relèvent légalement de la compétence de l'Etat, **de nombreuses collectivités territoriales se sont engagées**, souvent en partenariat avec l'Etat, dans des actions d'information, de prévention, de réduction des risques ou d'insertion.

Les chefs de projet, désignés en 1996 parmi les responsables des services de l'Etat dans le département, n'ont pas toujours trouvé leur place, faute d'une définition claire de leurs compétences et de leurs missions. Par ailleurs, même s'il s'articule autour d'un comité restreint, ce dispositif se superpose à d'autres structures de concertation locale, notamment celles de la politique de la ville. Enfin, les crédits consacrés à la lutte contre la drogue sont déconcentrés de manière dispersée, en fonction des différents programmes, de sorte que le chef de projet ne dispose pas d'une enveloppe suffisante pour mettre en oeuvre une politique effective.

Bien que la politique de lutte contre la drogue ne doive pas se confondre avec la géographie prioritaire, toutes les enquêtes s'accordent à constater que la consommation de drogues est aussi répandue dans les milieux sociaux favorisés que dans les milieux défavorisés. Elle doit trouver des articulations avec la politique de la ville, notamment sur le plan communal et intercommunal au sein des contrats de ville ou des contrats d'action de prévention pour la sécurité dans la ville (CAPS). En outre, l'importance des questions touchant à la santé publique nécessite de maintenir un dispositif spécifique de coordination, qui évite l'éparpillement des crédits et rende visible les moyens consacrés à cette politique publique.

Comme au plan national, l'échelon de coordination locale doit permettre de créer une culture commune à tous les acteurs. Il doit également être l'interlocuteur privilégié des collectivités territoriales et des organismes de protection sociale. Il doit surtout être en mesure d'élaborer et de mettre en oeuvre une politique locale à partir d'une identification rigoureuse des besoins et d'une mobilisation coordonnée des différents intervenants.

Dans cette perspective, le dispositif de coordination prévu par la circulaire du 9 juillet 1996 sera maintenu. Son rôle et ses missions seront redéfinis.

7.2.1

La redéfinition des missions du dispositif de coordination locale

Le chef de projet, désigné par le préfet, sera chargé :

- d'élaborer un état des lieux ;
- de diffuser les informations et outils de communication validés au niveau national ;
- d'établir un programme départemental de prévention ;
- de coordonner la politique de formation ;
- de négocier les conventions départementales « justice santé » ;
- de procéder à l'évaluation des actions financées.

Pour remplir ses missions, il devra, au sein du comité de pilotage composé des représentants de tous les services de l'Etat concernés, animer localement la politique interministérielle et veiller à la cohérence des différentes actions conduites ou financées.

S'il ne lui appartient pas d'intervenir dans la définition et la mise en oeuvre de la politique pénale, il devra veiller à ce que les actions éducatives, sociales et sanitaires s'articulent avec celle-ci.

Afin de soutenir son action, les crédits qui lui sont délégués ont été augmentés de manière significative en 1999.

L'ensemble de ces orientations feront l'objet d'une circulaire du Premier ministre.

7.2.2**La constitution d'un réseau de centres d'information et de ressources sur les drogues et les dépendances**

Pour répondre aux importants besoins locaux d'information et de compétence, **des centres d'information et de ressources sur les drogues et les dépendances seront créés. Ils auront une vocation départementale, interdépartementale ou régionale.** Centres d'information et de documentation sur l'ensemble des dépendances, ils devront également être en mesure d'apporter un soutien méthodologique pour l'élaboration de projets et pour en accompagner la mise en oeuvre, sans toutefois en être directement les promoteurs.

Ils apporteront aux chefs de projet un appui technique pour la conduite de leurs actions.

Ils seront à la disposition de tous les professionnels, des services de l'Etat, des collectivités territoriales, des organismes de protection sociale et des associations.

Selon les réalités locales, ils pourront être créés en partenariat avec les collectivités territoriales et s'appuyer sur les structures déjà existantes. Il est prévu d'en mettre en place **20 en trois ans.**

VIII - L'ACTION EXTERIEURE DE LA FRANCE

La doctrine française en matière de lutte contre la drogue et la toxicomanie est fondée, depuis de nombreuses années, sur le principe d'une approche équilibrée entre la réduction de la demande et la réduction de l'offre. Cette approche inclut à la fois les aspects de prévention, d'éducation, de soins, de réinsertion, de répression. Au niveau international, elle s'inscrit dans le cadre des principes de co-responsabilité et de solidarité entre Etats, d'un soutien aux approches multilatérales et du respect des droits de l'Homme.

On ne retrouve cependant pas toujours, dans les actions conduites, la traduction concrète de cette doctrine.

L'absence de visibilité est renforcée par le nombre des intervenants. La plupart des ministères disposent en effet de services ou de directions chargés des affaires internationales, qui conduisent des actions bilatérales ou multilatérales et des programmes de coopération technique. Certains ont des implantations permanentes à l'étranger. C'est notamment le cas des ministères de l'intérieur (réseau des attachés de police / SCTIP, antennes de l'OCRTIS), de la défense, de l'économie et des finances (attachés douaniers) et de la justice (magistrats de liaison).

L'action extérieure de la France s'exprime aussi, plus indirectement, au travers des projets entrepris par le secteur associatif, les collectivités territoriales et certains organismes de droit public, comme les hôpitaux ou les centres de recherche.

Les multiples modalités de financement des différents acteurs ne permettent pas d'évaluer avec exactitude le montant total des moyens engagés en matière d'aide et de coopération à l'étranger. Le ministère des affaires étrangères évalue cette contribution à 20 MF, dont 10 MF sur des crédits interministériels MILDT.

Cette estimation apparaît modeste, d'autant qu'elle intègre la contribution annuelle de la France au programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues (PNUCID). Elle ne concerne toutefois que les crédits publics d'intervention et ne tient notamment pas compte :

- de la participation française au financement des programmes de l'Union européenne ;
- des sommes engagées par les organismes de droit public (hôpitaux, centres de recherche) et le secteur associatif (ONG) ;
- du coût en personnel et en fonctionnement des structures spécialisées. Une évaluation de ces coûts est actuellement en cours afin de les inclure dans une estimation globale, à l'instar de ce qui se fait dans de nombreux pays anglo-saxons.

L'équilibre affirmé entre la réduction de l'offre et la réduction de la demande ne correspond pas à la réalité de l'action de la France en matière d'aide et de coopération. Même s'il ne saurait être question d'établir un équilibre arithmétique entre le montant des crédits consacrés aux différents volets, il est certain que la part effectivement consacrée au développement d'actions de prévention, de soins ou de réinsertion est faible (4 % des crédits interministériels en 1998, 10 % en 1999).

Les actions financées ne correspondent pas toutes aux zones géographiques prioritaires en terme de retour pour la sécurité intérieure. En 1998, 46 % du total des crédits interministériels consacrés à la coopération en matière de lutte contre la drogue ont ainsi été destinés à l'Amérique latine et à la zone Caraïbe. Certains pays ont été particulièrement favorisés, comme la Colombie (22 % de l'enveloppe globale) et le Maroc (11 %).

Les actions développées en direction des pays d'Asie et d'Europe centrale et orientale (PECO) ne représentent qu'une faible part de ces crédits, pour l'essentiel consacrée à la réduction de l'offre. Or, l'état sanitaire des usagers de drogues dans les PECO et les pays de la CEI impose le soutien à une politique déterminée de réduction des risques.

Ces différents constats marquent la nécessité d'établir une véritable coordination interministérielle. Celle-ci devra prioritairement s'attacher à l'élaboration d'une stratégie d'action plus claire, ainsi qu'à la redéfinition des interventions à mener selon des priorités géographiques et thématiques.

8.1

UNE NECESSAIRE COORDINATION

L'élaboration de critères **clairs et précis pour orienter les choix** de programmation des différents ministères est nécessaire pour assurer la cohérence d'ensemble de l'action extérieure de la France. Une réflexion interministérielle est actuellement en cours, en étroite liaison avec le ministère des affaires étrangères.

Afin de guider au mieux les actions des différents ministères, le comité permanent devra se réunir régulièrement autour des questions internationales, dont il définira les axes stratégiques en termes :

- de zones géographiques prioritaires ;
- d'équilibre entre la réduction de l'offre et de la demande.

8.1.1 Définir les zones géographiques prioritaires

Les crédits interministériels consacrés aux actions de coopération internationale seront redéployés selon les zones géographiques prioritaires définies par le comité permanent. Ces choix prendront en compte en priorité l'intérêt de la coopération en terme de retour pour la sécurité intérieure. Ils prendront également en compte les problèmes de santé des usagers de drogues dans les pays proches de la France, sur un plan géographique, historique ou culturel.

Ils s'inscriront dans le cadre de la politique générale et des priorités définies par le ministère des affaires étrangères et devront notamment prendre en compte :

- un redéploiement des actions en direction de la Russie, de l'Ukraine, de l'Iran, de la Turquie, ainsi que de certains pays d'Asie centrale et du sud-ouest ;
- la poursuite parallèle des efforts en direction des PECO, de l'Afrique, de l'Amérique latine et des Caraïbes.

Les nouvelles priorités se traduiront par un rééquilibrage des crédits interministériels attribués à certaines zones géographiques, ainsi que par l'éventuel redéploiement des officiers de liaison français en poste à l'étranger. Elles seront périodiquement rééexaminées en fonction de l'évolution de la production, du trafic, de la consommation, des risques sanitaires, du contexte régional et local, ainsi que des évaluations conduites à l'échelle bilatérale et multilatérale.

8.1.2 Une stratégie globale, élargie à la notion de réduction des risques

Le principe d'une approche équilibrée de la réduction de l'offre et de la demande a été repris dans les résolutions de la session spéciale de l'Assemblée générale de l'ONU de juin 1998. **Or, l'examen des actions réalisées au cours des dernières années montre que la part effectivement consacrée à la prévention, au traitement et à la réinsertion reste très peu importante.** La France possède pourtant dans ce domaine, qui fait l'objet d'une forte demande de coopération, une expérience et un savoir-faire reconnus.

Le rééquilibrage des actions conduites dans les zones géographiques prioritaires ne devra pas se limiter à la réduction de l'offre et de la demande. Il devra également intégrer la notion de réduction des risques.

Les actions en matière de réduction des risques sont d'autant plus importantes que les risques de contamination VIH et VHC, liés à l'état de santé catastrophique des usagers de drogue dans certains pays, ne s'arrêtent pas aux frontières.

8.1.3

Développer de nouveaux outils

Afin de garantir l'application effective des principes d'action précédemment exposés, le comité permanent devra disposer :

- **d'informations en permanence actualisées** sur la situation des drogues en Europe et dans le reste du monde, ainsi sur les politiques publiques conduites en la matière. Le comité permanent s'appuiera sur les travaux des agences spécialisées (OEDT, PNUCID, OICS, OMS, Interpol, OMD, Europol, CICAD ...), ainsi que sur les rapports des postes diplomatiques, consulaires et de l'ensemble des fonctionnaires français en poste à l'étranger.
- **d'outils de programmation.** Afin de permettre au comité permanent d'avoir une vue d'ensemble de la coopération et de son coût, d'éviter les « doublons », de rechercher une complémentarité entre les actions et, enfin, d'établir des critères de financement sur crédits interministériels, il devra être informé de l'ensemble des actions menées :
 - au plan bilatéral, par les différents acteurs français, Etats étrangers ou ONG ;
 - au plan multilatéral, par l'Union européenne et les différentes organisations internationales (PNUCID, CICAD, OMS, ...).

L'avis du ministère des affaires étrangères sera par ailleurs sollicité pour tous les projets de coopération internationale.

- **d'outils d'évaluation.** L'obtention de crédits interministériels sera notamment subordonnée à la présentation de projets intégrant des modalités d'évaluation.

8.2

INSCRIRE LA STRATEGIE FRANÇAISE DANS UNE DEMARCHE MULTILATERALE: LES INSTANCES EUROPEENNES ET INTERNATIONALES

Comme cela a déjà été souligné, l'action extérieure de la France s'inscrit depuis de nombreuses années dans une démarche de soutien aux approches multilatérales. S'il appartient au secrétariat général du comité interministériel pour les questions de coopération économique européenne (SGCI) et au ministère des Affaires Etrangères de définir les stratégies de négociation dans le cadre des instances européennes et internationales, il est indispensable de les alimenter par un travail interministériel en amont. Ce travail devra notamment permettre :

- d'assurer la cohérence des discours tenus par les ministères dans les différentes enceintes européennes et internationales ;
- de donner à nos partenaires une image plus claire des différents aspects de la politique gouvernementale (réduction de l'offre et de la demande, mais également des risques), notamment par des échanges de professionnels et de savoir-faire avec nos partenaires de l'Union européenne.

8.2.1 La présidence française de l'Union européenne

Dans la perspective de la prochaine présidence française de l'Union européenne (second semestre de l'an 2000), les priorités susceptibles d'être retenues font actuellement l'objet d'une concertation interministérielle. Elles pourraient notamment concerner:

- la redéfinition de la politique de coopération internationale de l'Union ;
- le rapprochement, voire, si cela est possible, l'harmonisation des législations, plus particulièrement en ce qui concerne les sanctions applicables au trafic dans les différents Etats membres ;
- la poursuite de la mise en oeuvre de l'action commune du 16 juin 1997 sur le système d'alerte rapide sur les drogues de synthèse ;
- la politique de réduction des risques.

8.2.2 Le Conseil de l'Europe

La France continuera à apporter son soutien au Groupe Pompidou, dans la mesure où celui-ci poursuit une réflexion sur des sujets nouveaux qui ne sont pas abordés dans d'autres enceintes.

8.2.3 Les Nations Unies

Le programme du PNUCID doit être soutenu plus résolument, notamment pour mettre la France en mesure de peser sur les choix stratégiques. Elle n'est actuellement que le 8ème pays contributeur. La contribution devra être augmentée. Une part plus importante, sinon la totalité de la contribution française, devra toutefois être affectée à des projets que nous aurons préalablement sélectionnés. Le soutien apporté aux projets de développement alternatifs devra privilégier les pays pour lesquels ces plans sont accompagnés de véritables programmes de développement.

Un soutien important devra également être apporté aux programmes de l'OMS, notamment le programme « Pour un monde sans tabac »...

8.3**PROMOUVOIR ET DEVELOPPER LES ACTIVITES DU CENTRE INTERMINISTERIEL DE FORMATION ANTI-DROGUE (CIFAD) DE FORT-DE-FRANCE**

Ce centre, dont la MILD'T assure la totalité du financement, fonctionne grâce au personnel mis à disposition par la police, la gendarmerie et les douanes. Depuis sa création, sa mission est d'assurer une formation sur les techniques et méthodes d'investigations en matière de lutte contre le trafic de drogue et le blanchiment pour :

- les fonctionnaires français (policiers, gendarmes et douaniers) en poste dans les départements français d'Amérique ;
- les fonctionnaires étrangers de la zone Amérique latine et Caraïbe. Le CIFAD dispense effectivement des formations en trois langues (français, espagnol et anglais). Cette action internationale, qui constitue plus d'un tiers de son activité globale, est en pleine expansion.

Un ensemble de mesures ont été adoptées pour répondre aux perspectives d'évolution de l'activité internationale du CIFAD, notamment dans le cadre du plan européen d'action pour les Caraïbes et l'Amérique latine, tout en poursuivant son action en matière de formation des personnels en poste dans les départements français d'Amérique. Celles-ci se concrétiseront notamment par :

- l'élaboration d'un nouveau statut de type GIP lui permettant d'acquérir une autonomie financière et juridique ;
- l'extension de ses missions actuelles à la réduction de la demande et des risques ;
- son ouverture à des formateurs permanents issus d'autres ministères (justice, affaires sociales, santé) et, de manière ponctuelle, selon les actions programmées, à d'autres intervenants français ou étrangers (et plus particulièrement des autres Etats membres de l'Union européenne) ;
- l'accueil de stagiaires (français ou étrangers) d'origine professionnelle plus diversifiée incluant, outre les fonctionnaires, des élus, des agents des collectivités territoriales, des professionnels concernés par les soins, la réinsertion, la prise en charge sanitaire et sociale, et, d'une manière générale, de tous intervenants en matière de drogues et de dépendances (secteur associatif inclus) ;
- l'augmentation du budget de fonctionnement du centre et la pérennisation de ce financement dans le cadre de la convention GIP.

Les statuts de ce nouveau GIP, qui associera désormais les ministères de la Justice et de la santé, seront adoptés en septembre 1999.

Annexe n°1

Les chiffres-clés :

synthèse du rapport Indicateurs et Tendances 1999 de l'OFDT

FICHES SYNTHESE « INDICATEURS ET TENDANCES » RAPPORT DE L'OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies) 1999.

Mention obligatoire

LA CONSOMMATION DE PRODUITS PSYCHOACTIFS

LES DROGUES

- **15,8 % des adultes de 18 à 75 ans déclarent avoir déjà consommé une substance illicite au cours de leur vie** et 4,4 % au cours des 12 derniers mois.
- **La consommation de drogues est en augmentation chez les jeunes**, on constate une banalisation du cannabis. Le nombre de jeunes ayant consommé du cannabis au moins 10 fois au cours de l'année a augmenté de plus de moitié entre 1993 et 1997.
- **Plus d'un tiers des jeunes âgés de 15 à 19 ans ont déjà consommé une drogue** (presque exclusivement du cannabis),
 - 14% en ont consommé dix fois et plus au cours de la vie.
 - 3 % des lycéens ont consommé des drogues de synthèse au cours de l'année. La consommation de ces drogues semble en augmentation, ainsi que le confirme une autre enquête menée auprès des appelés.
 - 0 à 2%, selon les enquêtes, ont consommé au cours de l'année des hallucinogènes, des amphétamines, de la cocaïne et de l'héroïne.
 - 1 à 6 % , selon les enquêtes, ont expérimenté au cours de l'année les produits à inhaler (colle, solvants).
- **La consommation d'héroïne est globalement en diminution.** Cette évolution est liée à l'accroissement rapide du nombre de personnes sous traitement de substitution depuis 1996, mais aussi à la désaffection à l'égard de ce produit. Toutefois, cette tendance est à nuancer, car on remarque des consommations occasionnelles d'héroïne dans le sillage de la consommation des drogues de synthèse.
- **La consommation de cocaïne semble être en augmentation.** En 1997, entre 1 et 2 % des lycéens de 15 à 19 ans déclarent en avoir consommé dans l'année.

L'ALCOOL

- En 1996, **95 % des adultes de 18 à 75 ans déclarent avoir consommé de l'alcool dans leur vie.**
 - 91 % au moins une fois au cours de l'année,
 - 71 % dans la semaine écoulée,
 - 50% la veille,
 - plus d'un sur cinq tous les jours (cette proportion a fortement diminué depuis 1980).
- **On constate une tendance générale à la baisse des consommations moyennes d'alcool en France.** Cette tendance générale laisse apparaître une consommation de vin en baisse. Il n'en est pas de même pour les alcools forts dont la consommation,

par personne, passe de 1,64 litres à 2,12 litres entre 1970 et 1994 (en équivalent litre d'alcool pur).

- En 1997, **trois jeunes sur quatre de 12 à 19 ans déclarent avoir déjà consommé de l'alcool au cours de leur vie.**
 - un jeune sur quatre au moins une fois par semaine,
 - deux jeunes sur mille tous les jours.
- **On observe chez les jeunes une légère diminution de la consommation régulière d'alcool, mais une nette augmentation des ivresses.**

LE TABAC

- En 1998, **28 à 33 % des Français de plus de 15 ans se déclarent fumeurs.**
Parmi ceux-ci :
 - 45 % consomment entre 1 et 10 cigarettes par jour,
 - 40% entre 11 et 20 cigarettes par jour,
 - 1 % des fumeurs fume plus de deux paquets par jour.
- **Depuis le début des années 1990, on observe une tendance globale à la baisse de la consommation. Néanmoins celle des femmes est en augmentation.**
- **29 % des jeunes de 12-19 ans, déclarent fumer, même de temps en temps.**
Parmi ceux-ci la consommation moyenne est de 6,8 cigarettes par jour ;
21 % des fumeurs réguliers ont une consommation supérieure à 10 cigarettes par jour.
- **On constate une diminution importante du nombre de jeunes fumeurs depuis 20 ans.**
- 46 % en 1977 contre 25 % en 1997.

LES MEDICAMENTS PSYCHOACTIFS

- **En 1995, un adulte sur dix consomme régulièrement des médicaments psychotropes.**
 - 9 % des adultes de 18 à 75 ans déclarent avoir consommé des somnifères ou des tranquillisants au cours de la semaine précédant l'enquête. (Ce chiffre ne prend pas en compte les consommations d'antidépresseurs, qui apparaissent en augmentation).
- **8,7 % des 12-19 ans ont pris un médicament psychoactif au cours des 30 derniers jours.**
 - 10 % des lycéens ont régulièrement pris des médicaments psychoactifs au cours de l'année,
 - 20 %, en ont pris de manière exceptionnelle dans la même période.
- **Ces chiffres sont en augmentation par rapport à 1993.**

DIFFUSION DES DROGUES DE SYNTHESE

LES ANNEES 90 : PLUSIEURS VAGUES DE CONSOMMATION

• L'ecstasy

Certaines données récentes font apparaître des taux de consommation significatifs pour l'ecstasy.

- **en 1996, 5,1% des jeunes appelés**, convoqués dans les centres de sélection du service national, en ont consommé au cours de la vie,
- **en 1998, 3% des lycéens parisiens** en ont consommé au moins une fois (contre 0,1% en 1991).

Ces chiffres suggèrent que la consommation d'ecstasy existe au delà du mouvement techno.

• Les amphétamines et le LSD

- 52 % des consommateurs actuels d'amphétamines et 36 % des consommateurs de LSD ont commencé ces consommations entre 1993 et 1997,
- 118 personnes consommant du LSD comme produit principal sont passées dans les centres de soins en 1996 (contre 66 en 1993),
- 185 usagers d'amphétamines, ont eu le même parcours en 1996 (contre 69 en 1993),
- 30 % des échantillons d'ecstasy analysés contiennent des amphétamines ou dérivés, seuls ou en association avec d'autres composants.

Lorsque le produit consommé comme "ecstasy" est identifié à posteriori comme étant des amphétamines, l'usager a tendance à en renouveler la consommation.

LSD et ecstasy sont fréquemment consommés de manière simultanée ou séquentielle, pour potentialiser, substituer ou renforcer mutuellement leurs effets. La demande d'amphétamines et de LSD est en constante augmentation. Entre 1992 et 1997, les interpellations ont triplé pour usage et usage / revente d'amphétamines et plus que doublé, pour le LSD.

• Le Gamma OH et la Kétamine

Le Gamma OH et la kétamine sont apparus en 1996. Présents depuis quelques années dans le milieu techno, la consommation de ces deux produits semble depuis peu se répandre au delà de ce premier cercle. Depuis, et en raison de leurs prix modiques et de leur disponibilité, ils ne cessent de se diffuser.

HEROINE, COCAINE, ET MEDICAMENTS PSYCHOACTIFS ASSOCIES A L'ECSTASY

- **La cocaïne** est utilisée pour renforcer les effets stimulants de l'ecstasy, en compenser l'absence ou l'insuffisance.
- **L'héroïne et les médicaments** sont plutôt utilisés pour atténuer les effets négatifs de la "descente".

Il convient de noter toutefois, qu'actuellement nous ne disposons pas encore de données sur des échantillons larges et représentatifs.

DISPOSITIF SANITAIRE ET SOCIAL : LES CHIFFRES

LES DROGUES

• Structures de soins spécialisées

- 190 centres de soins en ambulatoire assurent l'accueil et l'orientation de toutes personnes ayant un problème lié à la dépendance,
- 50 centres avec hébergement collectif assurent les mêmes missions,
- 1 400 places d'hébergement étaient disponibles dans le dispositif spécialisé fin 1997,
- 5 "unités d'hospitalisation spécifique", centres de traitement situés à l'intérieur de l'hôpital, assurent en outre une prise en charge globale des usagers de drogues,
- 16 centres spécialisés de soins en milieu pénitentiaire, ex "antenne toxicomanie" coordonnent toutes les actions en faveur des usagers de drogues détenus et préparent leur sortie en liaison avec des institutions extérieures.

• Réduction des risques (chiffres 1997)

- 13,8 M de seringues ont été vendues ou distribuées aux usagers de drogues,
- 90 % des seringues utilisées ont été vendues en pharmacie dont 30 % sous forme de « Stéribox » (trousse de prévention),
- 1,5 M de seringues ont été distribuées gratuitement dans le cadre des programmes d'échange de seringues,
- 50 récupérateurs de seringues et 148 distributeurs automatiques de seringues,
- 32 boutiques, structures d'accueil (dit "bas seuil" d'exigence), pour des usagers de drogues encore actifs les plus marginalisés,
- 2 "sleep-in" (hébergement de nuit en urgence), un à Paris et l'autre à Marseille.

• Traitements de substitution

La délivrance de méthadone doit être initiée dans les centres spécialisés et peut être relayée en médecine de ville. La buprénorphine haut dosage (Subutex) peut en revanche être prescrite directement par les praticiens de ville.

- **64 000 personnes sont sous traitement de substitution,**
- 57 000 patients sont sous subutex,
- 7 200 patients sont sous méthadone.

• Dispositif de soins de droit commun

Le nombre d'usagers vus par les médecins généralistes a augmenté de 50 % entre 1995 et 1997. Cette augmentation est surtout due à la mise en place des traitements de substitution.

- 67 réseaux ville-hôpital-toxicomanie étaient recensés fin 1998.

L'ALCOOL

- **Structures de soins spécialisées** : Le dispositif spécialisé s'appuie sur les centres de consultation ambulatoire en alcoologie (ex centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie) centrés sur le soin et l'accompagnement social,
- 194 CHAA fin 1997.

A coté de ce dispositif, d'autres structures interviennent dans la prise en charge de l'alcoolisme: l'hôpital, les centres de cure et de post-cure, les médecins libéraux, les structures généralistes d'éducation à la santé, les associations d'anciens malades.

- **Hôpital**

- 50 unités d'alcoologie de 10 à 40 lits en moyenne avec 1063 lits au total, elles accueillent 20 000 malades par an (fin 1997),
- 25 centres, à gestion essentiellement associative, (encore dénommés centres de post-cure) comptent 807 lits et accueillent 8 000 malades par an (fin 1997).

- **Médecine de ville**

- 18% des patients adultes venus consulter en médecine générale présentaient un risque ou une pathologie liés à leur alcoolisme fin 1990.

LE TABAC

- 200 consultations de sevrage tabagique spécialisées publiques, environ.

Ce nombre paraît limité si on le rapporte aux 10 M de fumeurs "à problèmes" (fumant plus de 10 cigarettes par jour) en 1998.

LA CONSOMMATION DE PRODUITS PSYCHOACTIFS CHEZ LES PERSONNES INCARCERÉES

USAGERS DE PRODUITS PSYCHOACTIFS PARMI LES ENTRANTS EN PRISON

- **Un entrant en prison sur trois déclare une consommation régulière de drogues illicites** au cours des 12 derniers mois,
 - 25 % des entrants mentionnent une utilisation régulière de cannabis, 14 % d'opiacés, 9 % de cocaïne ou de crack, 9 % de médicaments utilisés comme une drogue, 3 % des autres drogues (LSD, ecstasy, colle, solvants, etc). 15 % des entrants consomment plusieurs produits.
- **33 % des entrants déclarent avoir une consommation excessive régulière d'alcool** (supérieure ou égale à 5 verres par jour) et/ou discontinue (supérieure ou égale à 5 verres consécutifs au moins une fois par mois),
 - 10 % des entrants boivent en excès régulièrement et 6 % associent consommation excessive régulière et discontinue.
- **Quatre entrants sur cinq fument,**
 - un sur cinq consomme plus d'un paquet par jour.
- **Un entrant sur cinq suit un traitement qui comprend des médicaments psychotropes** (anxiolytiques ou hypnotiques).
Chiffres 1997, enquête réalisée par le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité (direction de la recherche des études et des statistiques) dans l'ensemble des maisons d'arrêt et des centres pénitentiaires.
- **43 % des 1 212 détenus interrogés, déclarent avoir consommé des substances illicites** pendant les 12 mois précédent l'incarcération (**enquête européenne menée en 1997/1998 dans 4 établissements**).

USAGERS DE DROGUES PAR VOIE INTRAVEINEUSE PARMI LES ENTRANTS

- **12 % de l'ensemble des détenus se sont injectés des drogues par voie intraveineuse au cours de la vie**, dont 9 % au cours des 12 mois précédent l'incarcération.

Parmi ces derniers :

- 45 % se sont injectés plus de 10 fois durant les quatre semaines avant l'incarcération,
- 34 % ont partagé leur matériel lors de leur dernière injection,
- 62 % consomment de l'héroïne,
- 62 % de la cocaïne,
- 37 % des benzodiazépines,

(enquête européenne de 1997/1998 dans 4 établissements).

- usagers de drogues poursuivant leurs pratiques ou s'initiant à la toxicomanie en prison
- **32 % des personnes détenues ont déclaré avoir déjà consommé en prison des produits illicites par voie non injectable,**
- **35 % des usagers de drogues par voie intraveineuse ont affirmé s'être déjà injecté de la drogue en prison et 6 % avoir commencé à s'injecter en prison (enquête européenne de 1997/1998 dans 4 établissements).**

USAGE ET TRAFIC DE DROGUES ILLICITES

INTERPELLATIONS

- **Quatre interpellations sur cinq concernent l'usage simple.**
- **Une interpellation sur dix concerne l'usage-revente.**
- **Une interpellation sur vingt concerne le trafic.**
- **90 000 interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants en 1998.**
 - 87 % des interpellés pour usage sont des usagers de cannabis,
 - 8 % sont usagers d'héroïne,
 - 2,2 % ont été interpellés pour usage de cocaïne,
 - **80% des interpellés pour cannabis,**
 - 13 % sont usagers-revendeurs d'héroïne,
 - 0,5 % ont été interpellés pour usage-revente de cocaïne,
 - **50% des interpellations pour trafic concernent le cannabis,**
 - 25% concernent le trafic d'héroïne,
 - 15% concernent le trafic de cocaïne.
- **Forte hausse des interpellations des usagers et usagers-revendeurs de cannabis. Elles ont plus que doublé entre 1993 et 1998.**
 - Forte diminution des interpellations d'usagers d'héroïne depuis 1995. En 1998, elles ont chuté de 35 % par rapport à 1997.
- **Baisse des interpellations pour trafic local depuis 1996 (7 079 en 96 / 4 283 en 98).**
- **Les interpellations pour usage et pour trafic de cocaïne sont en augmentation.**
 - Elles n'ont pas progressé pour les usagers et les trafiquants d'ecstasy.
- **Des usagers interpellés plus âgés pour l'héroïne et la cocaïne que pour le cannabis et l'ecstasy.**
 - 29 ans pour la cocaïne (en moyenne) cet âge est en augmentation depuis le début des années 1980,
 - 28 ans pour l'héroïne (en moyenne) cet âge est en augmentation depuis le début des années 1980,
 - 23 ans pour l'ecstasy (en moyenne),
 - 22 ans pour le cannabis (en moyenne) ; cet âge est en diminution depuis le début des années 1990.

INJONCTIONS THERAPEUTIQUES

Le nombre d'injonctions thérapeutiques prononcées stagne en 1996, et régresse légèrement en 1997.

- 70 % des personnes faisant l'objet d'une mesure d'injonction rentrent effectivement en contact avec le système de soins.

Cette mesure est utilisée en majorité pour les usagers de cannabis et dans un tiers des cas pour des usagers d'héroïne (en 1997).

CONDAMNATIONS

- **15 700 condamnations sanctionnent en 1997, au moins une infraction d'usage.**
 - 27 500 condamnations comportent au moins une infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS).
 - 12 % de ces condamnations concernent les usagers simples (en 1997),
 - 36 % concernent l'usage associé au trafic de stupéfiants,
 - 9 % concernent l'usage associé à d'autres délits.
- **Stabilité du nombre de condamnations de trafiquants non usagers entre 1991 et 1997.**
- **Près de 50% d'augmentation pour les condamnations comportant au moins une infraction d'usage entre 1991 et 1997.**

INCARCERATIONS

Seules sont connues les infractions principales à l'origine des incarcérations. Les chiffres qui sont fournis ici ont donc tendance à sous-estimer le nombre de personnes incarcérées poursuivies ou condamnées pour au moins une infraction d'usage.

- **18 % de l'ensemble des détenus sont incarcérés pour ILS.** Ils étaient 23 % en 1994.
- **Deux tiers des 10 600 personnes incarcérées pour ILS le sont pour trafic** (chiffres 1997).
- **Au 1er janvier 1998, 450 personnes sont incarcérées pour usage en infraction principale.**

LES DROGUES ILLICITES DANS L'UNION EUROPEENNE

CONSOMMATION DE CANNABIS ET DES AUTRES DROGUES

- **Le cannabis est la drogue illicite la plus consommée au sein de l'Union européenne.**
 - La prévalence de l'usage chez les jeunes adultes est à peu près identique, en France (8 %), en Allemagne (8 %), et au Danemark (7 %) et pas très différente en Espagne (11 %).
 - Chez les lycéens de 15-16 ans, elle est particulièrement élevée au Royaume-Uni, en Irlande et aux Pays-Bas. D'après les enquêtes les plus récentes, la prévalence en France tendrait à se rapprocher de ces niveaux.
- **La consommation d'amphétamines arrive en deuxième position parmi les produits illicites expérimentés dans de nombreux pays de l'Union européenne.**
Elle est moins fréquemment déclarée dans les enquêtes en France.
 - L'ecstasy : 0,5 à 3 % d'adultes en consomment dans les pays de l'Union européenne, 1 % d'adultes en consomment en France.
- **La cocaïne** : 1 à 3 % des adultes l'ont expérimentée dans l'UE (1% en France).
- **L'héroïne** : 0,2 à 0,3% des adultes l'ont expérimentée dans l'UE (0,4% en France).

DECES

- **Les décès liés à la drogue diminuent dans presque tous les pays de l'UE.** Le nombre de décès est toutefois à nouveau en hausse en Espagne et en Italie.
- En France, la diminution a été rapide depuis 1994, où le plus haut niveau avait été atteint (564 en 1994 vs 143 en 1998). C'est le seul pays où le nombre de décès est revenu à son niveau de la fin des années 1980 (à l'exception des Pays-Bas dont le niveau est constant depuis 1985).

DEMANDES DE TRAITEMENT ET TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION

- **Les caractéristiques de la population d'usagers de drogues ayant recours au système sanitaire et social sont assez homogènes au sein de l'Union européenne.**
 - **70% à 90% des demandes de traitement concernent les hommes,**
 - **l'âge moyen est de 30 ans** (avec toutefois une proportion importante de jeunes en Irlande, Grande-Bretagne, Portugal, Allemagne et Belgique),
 - **70 à 90% des traitements concernent l'héroïne** (sauf dans les pays nordiques et la Belgique où les amphétamines prennent une place importante),
 - **moins de 5 % des demandes de traitements concernent la cocaïne,**
 - **10 % des demandes de traitements concernent le cannabis.**
 - **La méthadone reste le produit de substitution principalement prescrit.**
 - La France se singularise par l'importance des prescriptions de **buprénorphine**.
 - Certains pays expérimentent le LAAM (Lévo-Alpha-Acétyl-Méthadol).

INTERPELLATIONS

- **L'augmentation des interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants, est constatée dans de nombreux pays.**
- **On remarque, en revanche, que la France est le pays où le cannabis occupe la place la plus importante dans les interpellations en 1996 (79 %), suivie de près par la Grande-Bretagne (77 %), l'Espagne (65 %), la Belgique (56%) et l'Allemagne (43 %).**
En Italie et au Portugal, l'héroïne est la principale drogue à l'origine des interpellations (respectivement 45 et 58 % des interpellations).
- **En 1996, c'est en France (79%), en Grande-Bretagne (88%), en Suède et en Autriche que les interpellations d'usagers sont les plus élevées par rapport à l'ensemble des interpellations pour ILS.**

ANNEXE N°2

PROTOCOLE DE MISE EN PLACE DU PROJET

SINTES

SYSTEME D'IDENTIFICATION NATIONAL DES TOXIQUES ET SUBSTANCES

Table des Matières

1	RESUME	3
2	PRESENTATION	4
2.1	NOM DU PROJET	4
2.2	RESPONSABLES DU PROJET	4
2.3	COORDONNEES DE L'OFDT	4
2.4	COORDONNEES DE LA MILD'T	4
2.5	PARTENAIRES	4
2.5.1	<i>Du système répressif</i>	4
2.5.2	<i>Du système socio-sanitaire</i>	4
3	INTERET DU PROJET	5
4	OBJECTIFS	5
4.1	OBJECTIFS PRINCIPAUX	5
4.2	OBJECTIF SECONDAIRE	6
5	COLLECTE DES PRODUITS ET DES DONNEES	6
5.1	PARTICIPANTS A LA COLLECTE	6
5.2	PRODUITS COLLECTES	6
5.3	QUANTITE	6
5.3.1	<i>Réseau répressif</i>	6
5.3.2	<i>Réseau socio-sanitaire</i>	6
5.4	LIEUX DE PRELEVEMENT	7
5.4.1	<i>Réseau répressif</i>	7
5.4.2	<i>Réseau socio-sanitaire</i>	8
5.5	TYPES DE DONNEES RECUELLIRES	8
5.5.1	<i>Réseau socio-sanitaire</i>	8
5.5.2	<i>Réseau répressif</i>	9
6	CIRCUIT DE COLLECTE	9
6.1	LES ECHANTILLONS DE PRODUITS	9
6.1.1	<i>Réseau répressif</i>	9
6.1.2	<i>Réseau socio-sanitaire</i>	9
6.2	LES DONNEES DE CONTEXTE ET D'ANALYSE TOXICOLOGIQUE	11
6.2.1	<i>Organisation technique</i>	11
6.2.2	<i>Circuit des données</i>	11
7	ANALYSE DES DONNEES	11
8	DIFFUSION DES RESULTATS	12
8.1	DIFFUSIONS REGULIERES	12
8.2	EN CAS D'ALERTE	12
9	EVALUATION	13
10	RESSOURCES	13
11	COUT DU PROJET	13
11.1	ORGANISATION	13
11.2	COUT DU RECUEIL DES DONNEES	13
11.3	COUT DE L'ANALYSE TOXICOLOGIQUE	13
11.4	BUDGET TOTAL DE FONCTIONNEMENT POUR LE RESEAU SOCIO-SANITAIRE	14
12	CALENDRIER	14
13	ANNEXES	14
13.1	ANNEXE 1	15
13.2	ANNEXE 2	16
13.3	ANNEXE 3	23

1 RESUME

La consommation de drogues synthétiques est en expansion. Cependant, il n'existe que **peu de données** relatives à la composition et l'usage de ces produits.

Le **projet SINTES** (Système National d'Identification des Toxiques et Substances) présenté ici vise à **améliorer la connaissance** des drogues de synthèse en vue d'optimiser l'**aide à la décision** et parvenir à une meilleure **adéquation entre l'offre de soins** apportée par les professionnels **et les besoins**.

Ces données **s'intégreront dans un dispositif plus large** d'identification des **Tendances Récentes Et des Nouvelles Drogues** (TREND) que met en place l'OFDT.

Des échantillons de produits synthétiques seront recueillis et transmis à des laboratoires spécialisés pour une **analyse toxicologique**. L'information ainsi recueillie sera colligée à l'OFDT, puis analysée et diffusée.

Les partenaires qui alimenteront cette banque de données sur les produits synthétiques regroupent tous les intervenants en contact avec les produits : police, douanes, gendarmerie et organismes réalisant un travail de prévention en contact avec les usagers.

Le réseau socio-sanitaire sera composé des équipes de Médecins du Monde, du CEID de Bordeaux et de celles de l'IREP.

Les laboratoires responsables de l'analyse toxicologique seront les laboratoires interrégionaux de police scientifique dont les données seront regroupées au laboratoire de Lyon, les 10 laboratoires des douanes qui regroupent leurs résultats au laboratoire interrégional des douanes d'Ile-de-France, l'IRCGN, laboratoire de la gendarmerie nationale de Rosny-sous-Bois, le laboratoire de l'hôpital Fernand-Widal à Paris et le laboratoire du centre antipoison de l'hôpital Salvator à Marseille.

Pour l'expertise toxico pharmacologique, un partenariat avec les CEIP/centre antipoison de Paris et Marseille est prévu.

Les produits considérés par les usagers comme étant des drogues synthétiques, qu'ils se présentent sous forme solide, de poudre ou liquide, seront recueillis et analysés en laboratoire.

Une information concernant le contexte d'utilisation, le type des usagers et certains événements observés sera également collectée, exclusivement par le réseau socio-sanitaire.

Toute l'information (résultats d'analyse toxicologique et données d'observation) sera centralisée à l'OFDT, sur support informatique dans une **banque de données**.

L'analyse des données se fera à plusieurs niveaux :

- Une première expertise toxicologique sera réalisée par les laboratoires partenaires ;
- Une analyse spécifique des données du projet sera réalisée par l'OFDT ;
- L'information apportée par le projet SINTES sera ensuite prise en compte parmi l'ensemble des informations par ailleurs recueillies dans le projet plus global d'identification des tendances récentes ;
- En cas d'identification d'un produit nouveau, une expertise toxico-pharmacologique des produits sera réalisée par les deux CEIP/CAP partenaires du projet.

Plusieurs niveaux de diffusion sont prévus :

- L'information sera diffusée aux participants à l'action sous forme brute et en temps réel ;
- Les décideurs et les professionnels concernés recevront tous les six mois un compte rendu contenant résultats et expertise. Ils seront contactés en cas d'identification d'un phénomène nouveau ;
- En cas d'identification d'un produit nouveau, les organismes internationaux impliqués seront informés ainsi que l'ensemble des partenaires ;
- En cas d'identification d'un problème toxico-pharmacologique grave, les deux CEIP/CAP déclencheront une alerte sanitaire.

2

3 PRESENTATION

Protocole version définitive (plan triennal)

3.1 NOM DU PROJET

SINTES : Système d'Identification National des Toxiques et Substances.

3.2 RESPONSABLES DU PROJET

L'OFDT est chargé de la conception et de la mise en œuvre technique du projet. La MILD'T suivra de près son élaboration et son fonctionnement. Elle assurera la coordination interministérielle pour ce projet, notamment en ce qui concerne les aspects juridiques.

3.3 COORDONNEES DE L'OFDT

Adresse : 105, rue La Fayette, 75 010 Paris

Tél. : 01 53 20 16 16

Fax. : 01 53 20 16 00

3.4 COORDONNEES DE LA MILD'T

Adresse : 10, Place des Cinq Martyrs du Lycée Buffon, 75 014 Paris

Tél. : 01 40 56 63 00

Fax. : 01 40 56 63 13

3.5 PARTENAIRES

3.5.1 Du système répressif

- La gendarmerie nationale et l'IRCGN, laboratoire de la gendarmerie nationale de Rosny-sous-Bois
- La police nationale et les laboratoires interrégionaux de police scientifique dont les données seront réunies au laboratoire de police scientifique de Lyon
- Les douanes et les dix laboratoires des douanes dont les données sont réunies au laboratoire interrégional d'Ile-de-France

3.5.2 Du système socio-sanitaire

- Médecins du Monde (MDM), mission France, projet « rave »
- Institut de Recherche en Epidémiologie de la Pharmacodépendance (IREP)
- Comité d'Etude et d'Information sur la Drogue (CEID, Bordeaux)
- Les Centres d'Evaluation et d'Information sur les Pharmacodépendances (CEIP)
- Laboratoire de toxicologie de l'hôpital Fernand-Widal

- Laboratoire de toxicologie et de pharmacodépendance, centre antipoison de l'hôpital Salvator à Marseille

4 INTERET DU PROJET

La consommation des drogues de synthèse se développe actuellement de façon importante, les types de produits consommés se diversifient rapidement et de manière incontrôlée, enfin, les circonstances sociales et culturelles de la consommation évoluent également pour toucher un public de plus en plus large et notamment les jeunes, voire les très jeunes.

Les conséquences de ces évolutions constituent un risque de santé publique.

L'information relative à la composition des produits est actuellement peu importante et dispersée.

Du côté du système répressif, les laboratoires de police centralisent peu cette connaissance, ils ont analysé 74 échantillons en 1996, 61 en 1997. Les laboratoires des douanes ont effectué 538 analyses en 1997. La gendarmerie a effectué deux analyses par mois de ce type de produit en 1997. Cette information, lorsqu'elle existe, n'est pas aujourd'hui partagée.

Du côté du système socio-sanitaire, les équipes du CEID et celle de Médecin du Monde ont analysé respectivement 16 et 73 échantillons de produits synthétiques en 1997 et 1998.

Tous les résultats convergent pour affirmer que le terme « ecstasy » recouvre en réalité plusieurs types de produits et d'association de produits, parfois des médicaments, à des dosages variables. L'impact de ces usages, en termes de santé publique, est donc imprévisible.

Face à ce constat préoccupant, la mise en œuvre d'un dispositif permettant à tous les acteurs de la lutte contre la drogue et la toxicomanie de disposer d'une connaissance fine des produits consommés et des contextes d'usage s'avère indispensable.

5 OBJECTIFS

5.1 OBJECTIFS PRINCIPAUX

L'objectif du dispositif est de collecter une information toxicologique et épidémiologique sur les produits synthétiques, les usagers de ces produits et sur le contexte de l'usage. L'ensemble de ces données doit aboutir à suivre l'évolution des usages dans le champ des drogues synthétiques soit :

- l'identification de nouveaux produits
 - l'identification de nouvelles associations de produits connus
 - l'identification de nouveaux modes d'usage des produits
 - l'identification de nouvelles populations exposées aux produits sus cités
 - la connaissance de la composition des produits synthétiques circulant
- et leur cortège pathologique

Cette banque de données est avant tout un outil d'aide à la décision publique.

La connaissance des produits en circulation et des populations consommatrices est nécessaire afin d'orienter l'action des décideurs.

Ces données et leur analyse sont également nécessaires aux professionnels de santé dans le but de contribuer à assurer une adéquation entre l'offre de soins et les besoins.

Ce dispositif permettra en outre de répondre aux obligations prévues par l'action commune européenne du 16 juin 1997 instaurant un système d'alerte rapide relatif à l'apparition de nouvelles drogues de synthèse.

5.2 OBJECTIF SECONDAIRE

Ces données relatives aux drogues synthétiques exclusivement alimenteront un ensemble de données relatives à l'observation de l'usage des drogues en général. Il s'agit du dispositif en réseau d'identification des Tendances Récentes Et des Nouvelles Drogues (TREND) que met en place l'OFDT. Ce projet plus global a pour objectif d'observer en temps réel l'évolution des consommations, de leur modalités et leurs conséquences ainsi que les produits qui circulent afin d'adapter régulièrement les politiques publiques. Il fait appel à des observateurs sentinelles répartis dans dix sites en France.

6 COLLECTE DES PRODUITS ET DES DONNEES

6.1 PARTICIPANTS A LA COLLECTE

Le dispositif mis en place fait appel à tous les intervenants en contact avec les produits : police, douanes, gendarmerie et organismes réalisant un travail de prévention en contact avec les usagers.

6.2 PRODUITS COLLECTES

Les produits recueillis et analysés sont ceux considérés par les usagers comme étant des drogues synthétiques quelle qu'en soit la forme : solide, poudre, liquide ; la forme de ces produits pouvant varier.

6.3 QUANTITE

6.3.1 Réseau répressif

Le nombre d'échantillons analysés par les laboratoires du système répressif dépendra des saisies effectuées. Aucun objectif chiffré ne peut être établi.

6.3.2 Réseau socio-sanitaire

La collecte par le réseau socio-sanitaire est établie de manière à s'assurer d'une large diversité géographique et contextuelle (boîtes de nuits, soirées privées, raves, etc.). Ainsi, cette diversité doit conférer au système son efficacité en termes d'identification d'un phénomène émergent.

Le nombre d'échantillons analysés par le réseau socio-sanitaire est fixé à 70 par mois pour la première année. Le laboratoire de l'hôpital Fernand-Widal en analysera 50 chaque mois et le laboratoire du CAP de Marseille 20 par mois. Ces échantillons seront obtenus à titre gracieux ou onéreux, si possible, en deux exemplaires. Un échantillon sera analysé et l'autre conservé par le laboratoire comme référence.

Compte tenu des capacités de prélèvement ainsi que de la diversité des sites couverts par chaque organisme, la répartition suivante est prévue :

- Médecins du monde (MDM) en recueillerait 40 par mois soit 480 échantillons (960 exemplaires) par an.
- Le CEID en recueillerait 20 par mois soit 240 échantillons (480 exemplaires) par an.
- L'IREP en recueillerait 10 par mois soit 120 échantillons (240 exemplaires) par an.

La pertinence de ce nombre d'échantillons sera évaluée après une année de fonctionnement.

6.4 LIEUX DE PRELEVEMENT

Les lieux de recueil seront répartis sur le territoire :

6.4.1 Réseau répressif

La police

Afin d'augmenter la quantité d'échantillons centralisés dans la base de produits du laboratoire de police scientifique de Lyon, un projet de réactivation de la procédure d'analyse d'échantillons par les services de police a été proposé par l'OCRTIS. Ainsi les services de police situés à proximité d'un laboratoire de police scientifique seront encouragés à faire analyser les produits par ces laboratoires publics. Si les services de police se trouvent éloignés de ces laboratoires, ils transmettront systématiquement, quand les quantités saisies seront suffisantes, un échantillon de drogue de synthèse, à des fins de recherche, en dehors de toute procédure judiciaire, comme le prévoit le décret de 1953, au laboratoire de police scientifique de Lyon. Les informations issues de tous les laboratoires de police scientifique seront ensuite centralisées au laboratoire de police scientifique de Lyon, correspondant de l'OFDT.

Le mode de fonctionnement ainsi décrit est l'objet d'une circulaire en préparation au ministère de l'Intérieur.

La gendarmerie

Afin d'augmenter le nombre d'échantillons reçus par l'IRCGN, il est prévu que deux sites pilotes, les groupements de l'Hérault et celui de la Moselle, soient particulièrement sensibilisés au projet. Ils enverront ainsi plus systématiquement leurs échantillons au laboratoire de Rosny-sous-Bois.

Les douanes

Le travail s'effectuera sur toute la France, dans la continuité de ce qui est accompli actuellement.

L'organisation du réseau répressif ainsi définie semble être acceptable par le ministère de la Justice si le budget actuel prévu par ce ministère pour l'analyse toxicologique dans le cadre des affaires judiciaires ne s'en trouve pas augmenté.

6.4.2 Réseau socio-sanitaire

Les échantillons de l'IREP proviendront des départements de la Moselle, la Meurthe-et-Moselle, la Meuse, Paris, le Nord et le Pas-de-Calais et seront obtenus au sein des milieux « techno » et « tous publics ».

Le CEID prélèvera en Gironde, Pyrénées-Atlantiques, dans le Gard, le Vaucluse et en Haute-Garonne. Les échantillons seront obtenus au sein des milieux « techno » et « tous publics » également.

L'équipe de Médecins du Monde prélèvera en Ile-de-France, Yonne, Oise, Eure, Eure-et-Loire, Loiret, Loir-et-Cher, dans le Sud-Est dans les départements de l'Hérault, Aveyron, Tarn, Aude, Pyrénées-Orientales, Alpes-Maritimes, Var, Bouches-du-Rhône, Alpes-de-Haute-Provence, Rhône, Isère, Savoie, Haute-Savoie, Loire et Ardèche dans le Sud-Ouest avec les départements des Pyrénées-Atlantiques et des Landes, dans l'Est dans le Bas-Rhin, et dans l'Ouest en Ile-et-Vilaine, Morbihan et Côtes-d'Armor. Les échantillons seront obtenus essentiellement au sein des milieux « techno » et des raves.

6.5 TYPES DE DONNEES RECUEILLIES

Aucune donnée nominale ne sera recueillie. Les collecteurs d'échantillons ne seront pas identifiés dans la base de données à l'OFDT.

6.5.1 Réseau socio sanitaire

- Données générales

Date de prélèvement, région de prélèvement, nombre d'échantillons prélevés et prix payé au détail.

- Description physique du produit

Logo, motif apparent, contenu supposé par le consommateur, appellation, aspect, diamètre, épaisseur, présence de tâches, coloration, couleur, forme, sécabilité, etc..

- Dimensions et analyse toxicologique des produits (données fournies par les laboratoires uniquement)

Identification du laboratoire, épaisseur (en mm), diamètre (en mm), masse (en mg), techniques d'analyse toxicologique utilisées, identification qualitative et quantité des produits (en mg de base de produit), identification des excipients, etc.. ...

- Variables relatives au contexte et à l'usager (renseignées par l'enquêteur sans qu'il soit nécessaire d'interroger directement l'usager).

Age, sexe, produits consommés en association, niveau d'utilisation du produit, voie d'administration, intervention des services sanitaires d'urgence, types d'accidents recensés, etc..

6.5.2 Réseau répressif

Seules les variables relatives au lieu de recueil et à la description physique et toxicologique des produits seront renseignées par ces intervenants.

7 CIRCUIT DE COLLECTE

7.1 LES ECHANTILLONS DE PRODUITS

Tous les échantillons seront *in fine* gardés par les laboratoires : un sera analysé, l'autre conservé dans une échantillothèque durant une année. La conservation des échantillons permettra d'effectuer une deuxième analyse en cas d'identification d'un nouveau produit ou de découverte d'un comprimé de même aspect mais de contenu différent.

7.1.1 Réseau répressif

Le laboratoire interrégional de police scientifique de Lyon centralise les analyses effectuées par les laboratoires de police scientifique.

Le laboratoire interrégional des douanes d'Ile-de-France centralise les analyses effectuées par les 10 laboratoires des douanes.

Le laboratoire de Rosny sous Bois centralise les analyses effectuées par la gendarmerie.

7.1.2 Réseau socio-sanitaire

7.1.2.1 Habilitation au transport et à la collecte

Le protocole présenté ici a fait l'objet d'une concertation interministérielle. L'enjeu majeur de santé publique que représente une meilleure connaissance des drogues de synthèse a été reconnu par tous les participants. La pertinence et l'intérêt du projet ont également été unanimement reconnus.

Les partenaires constituant le réseau socio-sanitaire n'étant pas autorisés juridiquement à l'acquisition, la détention et la cession de ce type de produit, il a été convenu que les procureurs des régions de collecte seraient informés du projet par l'OFDT. En cas d'opposition de leur part, la collecte ne pourra s'effectuer dans les limites de leur ressort.

Localement, les responsables de la collecte sont tenus d'informer les procureurs de leur implication dans le projet. Toute difficulté ou dysfonctionnement qui pourrait survenir lors de la conduite du projet sera portée à la connaissance des autorités judiciaires.

Les chefs de projet des régions de collecte seront également informés par la MILD'T et l'OFDT.

Par ailleurs, l'OFDT délivrera une attestation individuelle et nominative aux participants à la collecte indiquant que l'intéressé pourra acquérir à titre onéreux ou gracieux, détenir, transporter et céder, en vue d'analyse, aux laboratoires sanitaires désignés. Cette attestation précisera :

le nom de la personne, sa qualité, son appartenance, les départements de prélèvement et le nombre d'échantillons prévus par mois pour l'association.

une copie de cette attestation sera adressée aux procureurs de la République des lieux de prélèvements.

L'attestation sera valable pour une année à partir de son émission et renouvelée dans les mêmes conditions.

7.1.2.2 Acquisition des échantillons

Avant chaque mission, le coordinateur local rédigera un ordre de mission mentionnant le nom de la personne qui recueille les échantillons, la date et le lieu de prélèvement ainsi que le nombre d'échantillons maximum à prélever.

La personne qui collectera les échantillons sera munie de l'attestation (document établi par l'OFDT) et de cet ordre de mission.

Les échantillons seront donc acquis à titre onéreux ou gracieux et transmis par les membres possédant cette attestation au responsable du laboratoire de Fernand Widal ou à celui du Centre antipoison de Marseille, selon l'organisme.

7.1.2.3 Transmission au laboratoire

Deux laboratoires sont destinataires des échantillons, l'un au Nord (laboratoire de l'hôpital de Fernand-Widal à Paris) et l'autre au Sud-Est (laboratoire du centre antipoison de Marseille). L'équipe de MDM qui prélève dans le Sud-Est adressera 40 échantillons par mois, soit la moitié de ses prélèvements, au laboratoire de toxicologie de l'hôpital Salvator à Marseille (qui en analysera 20 et en conservera 20 en échantillothèque) et l'autre moitié au laboratoire de l'hôpital Fernand-Widal. Le CEID et l'IREP adresseront leurs échantillons au laboratoire de toxicologie de l'hôpital Fernand-Widal.

Un carnet à souche SINTES sera émis, tamponné par l'OFDT et transmis au responsable de chacune des trois associations. Chaque page sera constituée de trois parties : une souche et deux feuillets détachables par souche.

Sur la souche du carnet seront reportées les informations suivantes : numéro de l'échantillon, identité du préleveur de l'échantillon ou code d'enquêteur, date de collecte, nombre d'exemplaires de l'échantillon et destination prévue.

L'échantillon sera mis dans un sachet en plastique (un sachet par exemplaire d'échantillon) et agrafé avec : d'une part l'un des deux feuillets issu du carnet à souche mentionnant le numéro de l'échantillon, le nombre d'exemplaires de cet échantillon, l'origine et la destination des produits, d'autre part une copie de la feuille de recueil d'information (contenant la description physique du produit). Cette feuille permettra à la personne réceptionnant les échantillons au laboratoire, de vérifier que les numéros des échantillons à analyser correspondent bien à la description qui en est faite (fiche portant le même numéro d'échantillon).

L'autre feuillet du carnet à souche mentionnera également le numéro de l'échantillon, le nombre d'exemplaires de cet échantillon et l'origine et la destination des produits. Ces feuillets, conservés avec les souches dans un premier temps, seront récupérés tous les mois par l'OFDT qui pourra ainsi établir la correspondance entre le nombre d'échantillons prélevés et le nombre d'analyses toxicologiques réalisées.

Au total, 70 échantillons (*2)= 140 exemplaires par mois circuleront.

7.1.2.4 Stockage des prélèvements

Le stockage en lieu sûr des prélèvements se fera sous la responsabilité des deux laboratoires concernés.

7.2 LES DONNEES DE CONTEXTE ET D'ANALYSE TOXICOLOGIQUE

7.2.1 Organisation technique

7.2.1.1 Le réseau socio-sanitaire

Un réseau « intranet » sécurisé sera mis en place à l'OFDT. Les partenaires auront accès, par une connexion à ce réseau, aux fiches correspondant au produits qu'ils auront eux-mêmes recueillis. Ils pourront saisir directement leurs données. La saisie se fera sur un questionnaire HTML et les données seront stockées dans une base de données « ACCESS ».

7.2.1.2 Le réseau répressif

Les données seront fournies par ces laboratoires tous les deux mois et une extraction automatisée sera réalisée à partir de leur propres fichiers. Un fichier homogène commun sera ainsi réalisé.

7.2.2 Circuit des données

7.2.2.1 Données de contexte et de description physique du produit

Ces données seront recueillies exclusivement par les partenaires du réseau socio-sanitaire. Le questionnaire sera rempli en double (papier autocopiant) par les enquêteurs de MDM, l'IREP et ceux du CEID. Un exemplaire sera gardé sur le site de recueil, l'autre accompagnera les échantillons au laboratoire. Les données seront ensuite transmises directement à l'OFDT, soit par fax. (après photocopie de l'original) soit sur support informatique (disquette ou réseau intranet).

7.2.2.2 Données d'analyse toxicologique.

Ces données seront recueillies par l'ensemble des partenaires et seront fournies par les laboratoires à l'OFDT directement, soit par fax, soit sur support informatique (disquette ou réseau intranet). L'interlocuteur référent pour l'OFDT sera :

- pour les douanes, le laboratoire des douanes d'Ile de France,
- pour la police, le laboratoire de police scientifique de Lyon,
- pour la gendarmerie, L'IRCGN.

8 ANALYSE DES DONNEES

L'analyse toxicologique se répartira dans les laboratoires participants.

Une expertise pharmaco-toxicologique aura lieu, en cas d'identification d'un produit nouveau, aux CEIP/CAP de Paris (responsable : Dr. Dally) et de Marseille (responsable : Dr. Ardit).

L'analyse quantitative des données de contexte ainsi que celle des données toxicologiques se fera à l'OFDT. Une analyse sommaire sera réalisée tous les deux mois et diffusée sur le site intranet pour les participants à l'action avec diffusion en doublon par fax. Une analyse plus approfondie sera réalisée tous les six mois.

Le projet SINTES s'intègre dans un dispositif plus global d'analyse des Tendances Récentes et Des Nouvelles Drogues (TREND). A ce titre, les données de SINTES représenteront un des sources d'informations utilisées pour dégager périodiquement les tendances. Le protocole de ce dispositif plus large prévoit la mise en place d'un comité d'experts sous l'égide du collège scientifique de l'OFDT. Ce comité sera composé de membres du collège scientifique et d'experts extérieurs désignés pour leur expérience. Le groupe de travail ainsi formé analysera donc l'ensemble des données du projet global des tendances récentes.

Avant diffusion, les données toxicologiques seront soumises pour validation aux laboratoires participants.

9 DIFFUSION DES RESULTATS

9.1 DIFFUSIONS REGULIERES

L'information sera diffusée aux participants à l'action sous forme brute et en temps réel. Cette diffusion se fera soit par un réseau intranet, soit par fax. Les participants pourront avoir accès à leur propres données brutes (fiches) et à une synthèse sommaire de l'ensemble des données de la base mise à jour tous les deux mois.

Les décideurs et les professionnels concernés et désignés par la MILD'T recevront tous les six mois un compte-rendu contenant résultats et expertise. Les procureurs et chefs de projet des régions de collecte socio-sanitaires seront destinataires de ces rapports.

9.2 EN CAS D'ALERTE

- En cas d'identification d'un nouveau produit, l'OFDT diffusera l'alerte aux partenaires du projet ainsi qu'aux organismes répressifs (douanes, gendarmerie, police, justice) et sanitaires (AFSSAPS) intéressés ainsi qu'aux organismes internationaux impliqués (OEDT et UNE).
- Tout nouveau produit fera l'objet d'une expertise pharmaco-toxicologique par les deux partenaires CEIP-CAP du projet.
- Si cette expertise objective une alerte sanitaire, l'information sera diffusée directement par les CEIP-CAP partenaires du projet à la DGS et/ou l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Cette alerte sera également diffusée aux partenaires de SINTES par l'OFDT.
- Toute alerte provenant de l'UNE ou de l'OEDT sera également transmise à l'OFDT qui a pour mission de retransmettre ce message aux partenaires de SINTES et aux représentants des systèmes sanitaire et répressifs concernés.

L'ensemble des partenaires sanitaires et répressifs sera ainsi informé.

10 EVALUATION

Ce projet fera l'objet d'une évaluation dès sa mise en place. Une évaluation des procédures en particulier, sera réalisée. La première conclusion de cette évaluation aura lieu 6 mois après le début de la collecte.

11 RESSOURCES

Le projet sera financé par l'OFDT.

La MILD'T interviendra également pour les frais du réseau répressif si les implications financières ne relèvent pas des missions de base du service de ces partenaires.

Les coûts d'investissements seront pris en charge par la MILD'T. Une convention avec les CEIP sera établie pour ce qui concerne les investissements matériels destinés à équiper les laboratoires publics.

12 COUT DU PROJET

12.1 ORGANISATION

Le nombre total d'analyses d'échantillons prévus est de 70/mois soit 840 pour une année.

- Médecins du monde (MDM) en recueillera 40 par mois soit 480 par an
- Le CEID en recueillera 20 par mois soit 240 par an
- L'IREP en recueillera 10 par mois soit 120 par an
- Le laboratoire de Fernand-Widal analysera 50 échantillons par mois. Il assurera également la coordination des laboratoires et un potentiel de recours en cas de besoin.
- Le laboratoire de Marseille analysera 20 échantillons par mois.

12.2 COUT DU RECUEIL DES DONNEES

Le coût du recueil d'un échantillon en deux exemplaires est évalué à 600 F par échantillon.

Ce coût tient compte du prix d'achat de l'échantillon, du temps enquêteur nécessaire à la recherche des échantillons et des informations, ainsi que le temps de coordination de la collecte pour les organismes.

12.3 COUT DE L'ANALYSE TOXICOLOGIQUE

Technique d'analyse utilisée : chromatographie gazeuse couplée à la spectrométrie de masse.

Personnel nécessaire : un attaché diplômé à raison de 10 vacations par semaine (3h30 par vacation) est nécessaire pour l'analyse de 10 à 15 échantillons par semaine.

Réactifs nécessaires : colonnes HP, réactifs de dérivation, contrôles, standards deutérés, substances de référence, solvants d'extraction et colonnes d'extraction

Le coût par échantillon est évalué à 450 F TTC

12.4 BUDGET TOTAL DE FONCTIONNEMENT POUR LE RESEAU SOCIO SANITAIRE

Organisme	Nombre de prélèvements pour une année	Budget annuel (en FF TTC)
MDM	480	288 000 F
CEID	240	144 000 F
IREP (régions du Nord, Est et Ouest)	120	72 000 F
Sous total	840	504 000 F
Laboratoire de Marseille	$20*12 = 240$	108 000 F
Laboratoire de Fernand Widal, Paris	$50*12 = 600$	270 000 F
Sous total	840	378 000 F
CEIP-CAP de Paris	expertise	50 000 F
CEIP-CAP de Marseille	expertise	50 000 F
Sous total		100 000 F
Total	840	982 000 F

Un investissement matériel est prévu pour l'hôpital Fernand Widal. Il s'agit de l'achat d'un appareil de chromatographie en phase gazeuse couplé à un spectromètre de masse. Le prix de cet appareil est de 700 000 F HT soit 844 200 F TTC.

L'achat d'un appareil photographique numérique pour les deux laboratoires est également envisagé, soit un investissement supplémentaire de 20 000 F.

13 CALENDRIER

Démarrage du projet prévu en juillet 1999.

Première analyse sommaire en octobre 1999.

Premier compte rendu en janvier 2000.

14 ANNEXES

Annexe 1

Organisation schématique du dispositif

Annexe 2

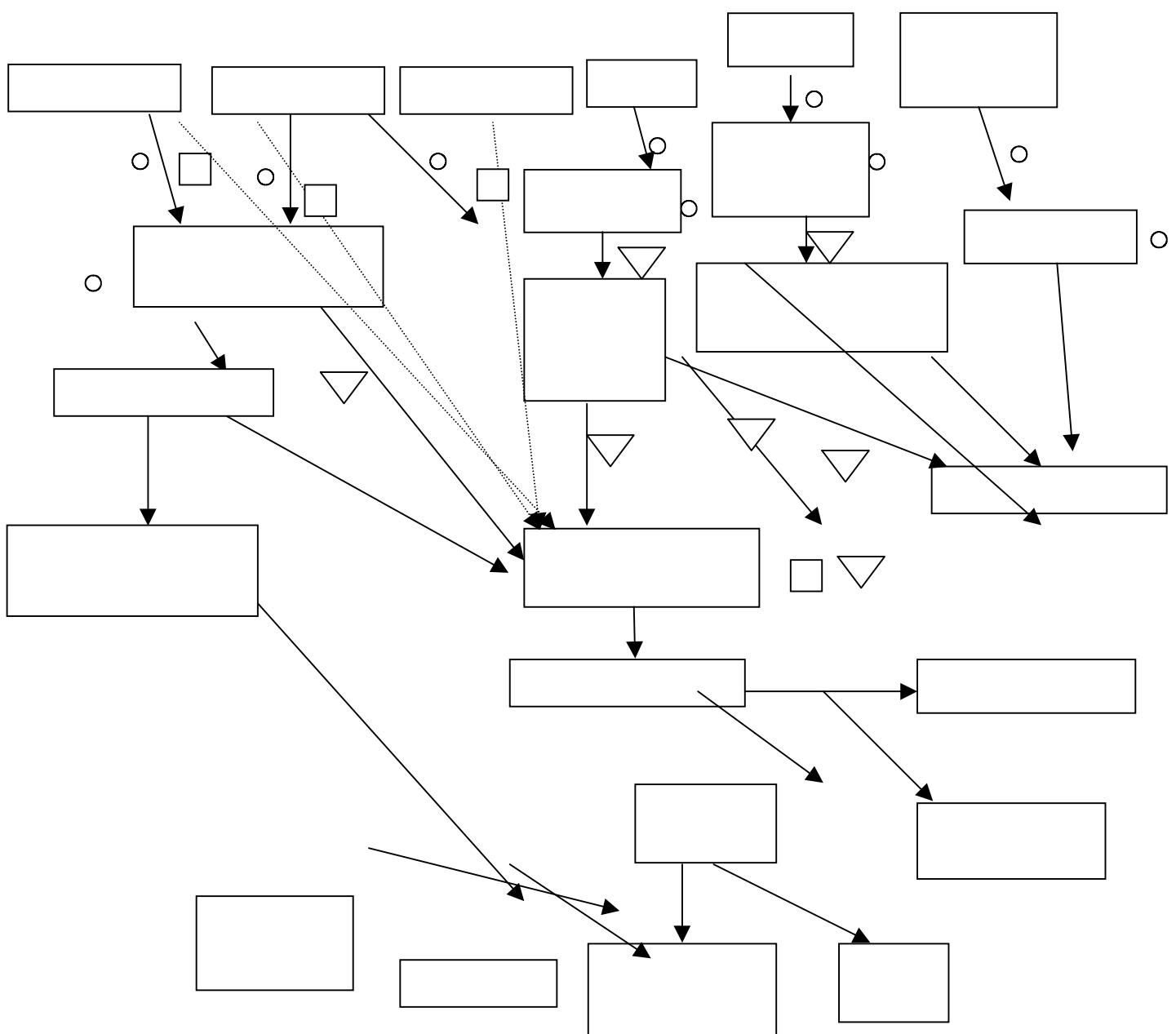
Fiche de recueil des données prévue pour les partenaires du réseau socio-sanitaire

Annexe 3

Régions couvertes par le dispositif.

14.1 ANNEXE 1

Schéma d'organisation de la mise en œuvre du projet SINTES 15-01-99.



Légende :

Echantillon : ○

Données sur le contexte

Données toxicologiques

*Accès aux données brutes et en temps réel

RECUÉIL D'INFORMATIONS SUR LE TERRAIN

A remplir par l'enquêteur en l'absence du consommateur de l'échantillon

CONCERNANT LE "CONSOMMATEUR" DE L'ECHANTILLON

14. Age approximatif (en années)

30. Y a-t-il eu des bagarres au cours de la fête ?

15. Sexe

16. Produits consommés en association

17. Niveau d'utilisation du produit

18. Voie d'administration prévue ou utilisée

19. Nombre de prises lors de l'événement
(déjà prises ou prévues)

20. Effet recherché

21. Fréquence de consommation. Usager

22. Quand s'est-il procuré le produit ?

CONCERNANT LE SITE

23. Type d'événement (en clair)

24-26. Age de la population (en année)

27. Consommations circulant

28. Y a-t-il eu, à votre connaissance,
intervention des services sanitaires d'urgence ?

29. Type d'accidents recensés

ans

1 Homme

2 Femme

1 aucun 2 alcool 3 cannabis 4 acide

5 héroïne 6 cocaïne 7 médicaments psychotropes

8 autres, lesquels _____

9 ne sais pas

1 consommation 2 vente 3 production

4 usager/revendeur 5 ne sais pas

1 fournisseur non consommateur 2 avalé 3 fumé

4 injecté 5 sniffé 6 inhalé 7 ne sais pas

prises

1 «speed» 2 «ecsta» 3 psychédélique

4 autre : _____

1 néophyte 2 occasionnel 3 régulier 4 intensif

1 avant la soirée 2 pendant la soirée 3 ne sais pas

ans ans ans
24. âge moyen 25. le plus bas 26. le plus haut

1 aucun 2 alcool 3 cannabis 4 acide

5 héroïne 6 cocaïne 7 médicaments psychotropes

8 autres, lesquels _____

9 ne sais pas

1 oui

2 non

1 oui un peu 2 oui beaucoup 3 non

RECUEIL D'INFORMATION SINTES DONNEES D'ANALYSE TOXICOLOGIQUE

Feuille à envoyer avec le prélèvement au laboratoire de toxicologie

31. Laboratoire

32. Epaisseur (en mm)

 mm

33. Diamètre(s) (en mm)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 mm

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 mm

34. Masse (en mg)

 mg

35. Techniques utilisées pour l'analyse qualitative

1 Chromatographie en phase gazeuse couplée à la spectrométrie de masse

2 Autres :

36. Techniques utilisées pour le dosage

37. Identification qualitative et dosage des produits (en mg de base de produit)

Nom des substances	Dosage (mg)	%

38. Excipients

39. Ce produit est-il un médicament ?

1 oui, nom commercial : _____

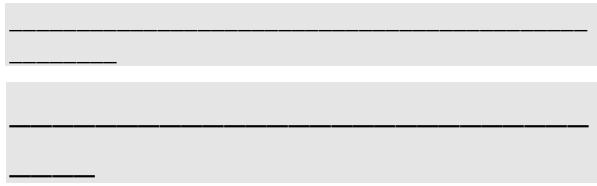
2 non

40. Ce produit est-il dans votre répertoire analytique ?

1 oui

2 non

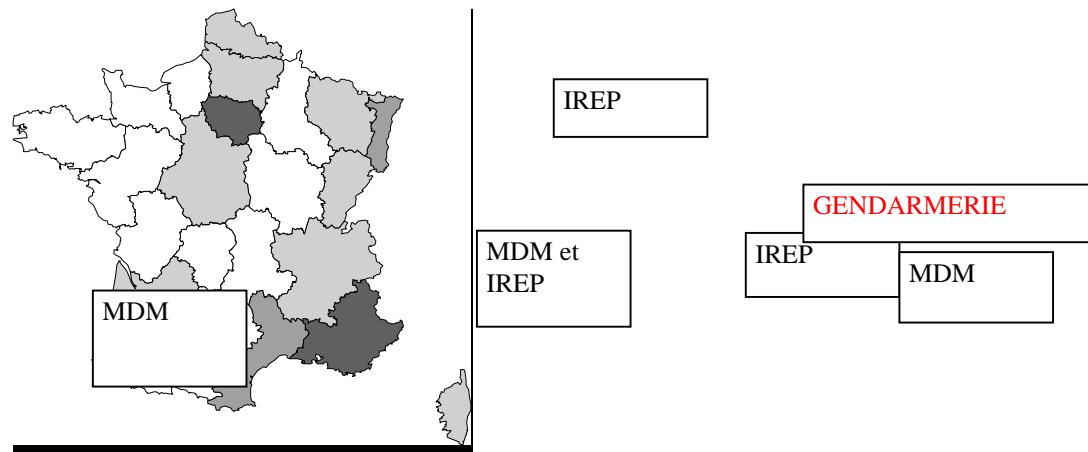
41. Commentaires



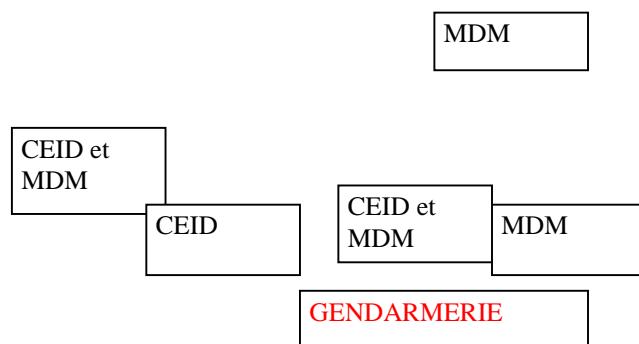
14.3

14.4 ANNEXE 3

Projet SINTES, régions géographiques couvertes par le dispositif



Les douanes et la police interviennent sur toute la France.



ANNEXE N°3

**NOTE D'ORIENTATION DU 12 FEVRIER 1999, RELATIVE AUX
CONVENTIONS DEPARTEMENTALES D'OBJECTIFS**

Paris, le 12 février 1999

NM/CT/99-01/123

La Présidente de la Mission interministérielle
de lutte contre la drogue et la toxicomanie

à

- Mesdames et Messieurs

- les Préfets de région
- les Préfets de département
- les Chefs de projet pour la lutte contre la drogue et la toxicomanie, pour mise en oeuvre

- Mesdames et Messieurs

- les Premiers présidents des Cours d'Appel
- les Procureurs généraux près lesdites Cours
- les Procureurs de la République près les Tribunaux de grande Instance
- les Directeurs Régionaux des Services Pénitentiaires
- Les Directeurs Départementaux de la Protection Judiciaire de la Jeunesse

Objet : Note d'orientation pour la mise en oeuvre des conventions départementales d'objectifs de lutte contre la toxicomanie.

P.J. : - Circulaire interministérielle du 14 janvier 1993 instaurant les conventions départementales d'objectifs de lutte contre la toxicomanie.
- Circulaire du Premier ministre du 9 juillet 1996 relative à la lutte contre la drogue et la toxicomanie au niveau départemental.
- Note d'orientation de la direction générale de la santé du 5 novembre 1998 relative à la révision des projets thérapeutiques des centres spécialisés de soins aux toxicomanes.
- Répartition des crédits de financement du dispositif depuis 1993.
- Grille de présentation des projets de convention de prestation tripartite
- Grille-bilan du dispositif départemental

La coordination de l'action des autorités répressives et sanitaires est indispensable pour que l'application de la loi du 31 décembre 1970 soit l'instrument d'une politique efficace de lutte contre la toxicomanie.

La circulaire du 14 janvier 1993 a ainsi créé les conventions départementales d'objectifs de lutte contre la toxicomanie dans 15 départements considérés comme prioritaires pour la politique de la ville, dans le but de renforcer le dispositif de prise en charge sanitaire et sociale des toxicomanes relevant de la justice. En 1995, ces conventions ont été étendues à 15 nouveaux départements.

Cette démarche repose, à titre principal, sur une évaluation concertée des besoins et des ressources réalisée par les différents acteurs locaux concernés par la lutte contre la toxicomanie, sous l'égide des procureurs de la République et des préfets.

Le dispositif s'est avéré pertinent. Il a permis un rapprochement des autorités sanitaires et judiciaires, une plus grande coordination des dispositifs sanitaires et sociaux existants et une meilleure prise en compte des besoins exprimés par l'institution judiciaire, notamment en matière d'accueil d'urgence.

La présente note, élaborée après une concertation interministérielle, précise et réactualise les orientations de la circulaire du 14 janvier 1993 précitée à laquelle il convient de se reporter pour avoir une connaissance complète de la procédure à suivre.

Elle a pour objectif d'ajuster le dispositif en amorçant sa généralisation.

Compte tenu du délai nécessaire à la préparation de ces conventions départementales, la généralisation effective du dispositif est prévue pour l'an 2000.

Néanmoins, le comité de pilotage national examinera les dossiers qui lui parviendront dans les délais dès 1999, notamment pour financer les mesures prévues dans la circulaire relative aux réponses judiciaires à la toxicomanie actuellement en cours de préparation au ministère de la Justice.

Dans un souci de simplification et d'efficacité, elle confie l'animation et le suivi du dispositif aux chefs de projet instaurés par la circulaire du 9 juillet 1996 dans le cadre des comités restreints de lutte contre la drogue et la toxicomanie, dont le conseil départemental de prévention de la délinquance constitue l'organe de concertation.

Enfin, la présente note préfigure la déconcentration de la politique de lutte contre la drogue et la toxicomanie qui constituera une des orientations de travail de la MILDT.

En effet, la conduite d'une politique locale cohérente nécessitera la mise en oeuvre de schémas départementaux, dont les conventions d'objectifs justice-santé, constitueront un volet important.

I. - RAPPEL DES FINALITÉS DU DISPOSITIF ET REACTUALISATION DES AXES DE TRAVAIL

1.1. - LES FINALITES INITIALES DES CONVENTIONS DEPARTEMENTALES D'OBJECTIFS . DEMEURENT.

Il s'agit, en effet, de permettre une prise en charge rapide et adaptée des usagers de drogue relevant de la justice, à tous les stades du processus pénal, en développant tant les alternatives aux poursuites que les alternatives à l'incarcération et les aménagements de la peine d'emprisonnement.

Pour atteindre cet objectif final, l'effort de rapprochement et d'articulation entre les autorités relevant de la justice et de la santé doit être poursuivi et intensifié par une meilleure définition des besoins et une clarification des champs et des modalités d'intervention respectifs.

1.2. - LES AXES DE TRAVAIL

1.2.1. - Pérennité des orientations initiales.

Les axes de travail proposés par la circulaire fondatrice des conventions d'objectifs demeurent d'actualité et sont confirmés :

- hébergement combiné à des modalités d'accompagnement sanitaire et social adaptées,
- complémentarité des réponses apportées aux usagers d'un département, sans exclure les mineurs du champ d'application des conventions.

1.2.2. - Les axes de travail à développer

Il conviendra de développer les partenariats (ou de réorienter les partenariats existants) afin de remplir les objectifs suivants :

- Assurer une permanence garantissant un diagnostic de la situation des usagers et leur orientation rapide, voire immédiate vers les structures éducatives, sociales ou sanitaires adaptées, afin, notamment, de réserver la mesure d'injonction thérapeutique aux usagers toxicodépendants. Si la situation locale le permet, les crédits spécifiques à l'injonction thérapeutique pourront utilement être redéployés pour soutenir ce nouveau dispositif.
- Systématiser les interventions en détention et la préparation à la sortie de prison et, tout particulièrement, permettre le développement de mesures d'aménagement de la peine garantissant un suivi à la libération.
- Apporter des réponses spécifiques pour l'accompagnement des jeunes consommateurs, notamment dans une optique de prévention des conduites à risque.
- Prendre en compte les actions relatives aux personnes alcoolodépendantes placées sous main de justice.

Ces axes de travail imposent le recours à des compétences permettant de faire le lien entre des réseaux de nature variée (centres de soin spécialisés, associations dédiées aux publics placés sous main de justice, mais aussi, missions locales, structures favorisant

l'insertion professionnelle, établissements scolaires, médecins généralistes, secteur de pédopsychiatrie, etc.).

II.- LES MODALITÉS DE MISE EN OEUVRE ET DE SUIVI DES CONVENTIONS D'OBJECTIFS

La procédure mise en place par la circulaire du 14 janvier 1993 a fait la preuve de son efficacité et il convient de la pérenniser.

Cependant, certaines améliorations peuvent être apportées dans la présentation des dossiers et le suivi des actions.

Il s'agit, en particulier, de financer les surcoûts engendrés par la prise en charge de personnes placées sous main de justice et non de permettre le fonctionnement normal d'une structure dont les missions relèvent d'autres sources de financement pour sa gestion habituelle.

Il convient enfin de rappeler l'importance de la phase d'identification des besoins, de recensement et d'analyse des ressources apportées par le dispositif sanitaire et social. Ce diagnostic devra être étendu aux structures éducatives et de prévention.

2.1. - L'ELABORATION DES CONVENTIONS D'OBJECTIFS TRIENNALES

L'élaboration des conventions relève de la responsabilité du préfet et des autorités judiciaires.

Dans les départements déjà impliqués dans le dispositif, le procureur de la République coordonateur des cellules Justice-ville est signataire de la convention.

Dans les autres départements, un chef de juridiction devra être désigné pour représenter l'ensemble des autorités et services relevant de la Justice.

Le dispositif initial prévoyait des conventions d'objectifs annuelles renouvelables.

Pour assurer la pérennité des actions conduites et garantir néanmoins une actualisation régulière du dispositif, les conventions seront désormais passées pour une durée de 3 ans et mises à jour à l'issue de cette période.

Chaque année, un bilan d'exécution de la convention sera réalisé à partir des rapports d'exécution des conventions annuelles de prestation.

En 1999, les demandes de financement devront être accompagnées d'une convention triennale réactualisée.

Les départements ayant renouvelé leur convention en 1998, l'adresseront au comité de pilotage national accompagnée d'un avenant lui conférant un caractère triennal.

2.2. - LES CONVENTIONS ANNUELLES DE PRESTATION

Elles concrétisent chaque année l'engagement de la structure financée dans le cadre des conventions d'objectifs.

Elles sont l'instrument de suivi et d'évaluation du dispositif. Jusqu'à présent, elles ne faisaient pas l'objet d'une évaluation systématique.

Or, le comité de pilotage a besoin d'une appréhension homogène des actions conduites pour assurer le suivi et l'évaluation du dispositif au plan national.

En particulier, il faut pouvoir repérer selon quelle procédure les personnes placées sous main de justice seront orientées vers la structure financée pour vérifier si l'action bénéficie bien au public relevant de la justice.

Pour 1999, les demandes de financement devront être accompagnées des projets de conventions de prestation qui préciseront obligatoirement, selon le modèle proposé en annexe :

- le type de prestation proposé ;
- le mode d'articulation de la structure avec les services de la justice (ex : présence en détention selon telle périodicité, rencontre de toutes les personnes signalées par l'établissement pénitentiaire, etc.) ;
- la situation judiciaire des publics visés ;
- le nombre de personnes qui sera pris en charge ;
- la durée moyenne de la prise en charge par personne ;
- un plan de financement comprenant notamment la description du surcoût imposé par la prise en charge d'un public placé sous main de justice (compétence spécialisée, déplacements, encadrement plus lourd, etc.).

Ces conventions sont tripartites (préfet, justice, structure). A la différence de ce qui est prévu dans la circulaire initiale, il est préférable que le signataire de la convention pour la justice soit le magistrat ou le service directement bénéficiaire de la prestation.

Chaque structure bénéficiaire réalisera un bilan annuel d'exécution de son action, à partir de la grille jointe en annexe, accompagné d'une analyse qualitative. Elle l'adressera au chef de projet départemental ainsi qu'au chef de juridiction responsable des conventions d'objectif.

Un bilan global d'exécution des conventions devra être réalisé par le chef de projet départemental, après avoir recueilli l'avis de l'autorité judiciaire, en utilisant

impérativement la grille jointe en annexe. Ce bilan sera exigé pour la reconduction des financements en 1999.

2.3.- MODALITES PRATIQUES DE FINANCEMENT POUR 1999

En 1999, tous les départements ont vocation à présenter des demandes de financement fondées sur une convention d'objectifs de lutte contre la toxicomanie.

Les dossiers devront être adressés au comité de pilotage national qui siège à la MILDT (10, place des cinq Martyrs du Lycée Buffon - 75506 PARIS CEDEX 15).

Les départements déjà engagés dans le dispositif adresseront leur dossier avant le 1er avril 1999.

Les nouveaux départements concernés désirant entrer dans le dispositif dès 1999 adresseront leur dossier avant le 1er juin 1999.

Il devront comprendre :

- une convention d'objectifs réactualisée, le cas échéant ;
- un projet de convention de prestation par action, élaboré selon le modèle joint en annexe ;
- un bilan départemental des actions financées en 1998, réalisé à partir de la grille jointe en annexe, accompagné d'un avis sur la qualité des actions conduites.

Ce dossier devra être présenté conjointement par le préfet et le chef de juridiction représentant des services relevant du ministère de la Justice dans le département.

Nicole MAESTRACCI