

En prévoyant dès sa conception son évaluation, le plan triennal 1999-2002 de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances a clairement choisi d'innover. Alors qu'il n'existe pas en France de véritable culture de l'évaluation, *a fortiori* dans ce domaine, le plan fait le pari que ce travail contribuera à servir l'action contre les drogues et à en favoriser l'acceptabilité sociale.

C'est dire, malgré les limites inhérentes au caractère précurseur de la démarche et à l'absence de véritable appareil méthodologique, la valeur sans précédent de l'exercice ici présenté.

Un exercice dont on mesurera d'autant mieux l'apport qu'on gardera toujours à l'esprit que l'évaluation de ce plan concerne l'effectivité des mesures préconisées et non leur pertinence. Enfin, d'une façon plus générale, c'est en prenant acte de la nature légitimement critique de l'évaluation, que le lecteur de ce rapport évitera toute interprétation hâtive et erronée de ses observations.

Dans la même collection

- ✓ Évaluation des programmes départementaux de prévention
- ✓ Évaluation du volet formation
- ✓ Évaluation du rapprochement de structures spécialisées pour une prise en charge globale des addictions
- ✓ Évaluation du programme de réduction des risques et de médiation sociale dans le 18^e arrondissement de Paris
- ✓ Évaluation des conventions départementales d'objectifs

ÉVALUATION des politiques publiques

ÉVALUATION DU PLAN TRIENNAL

**de lutte contre la drogue et de prévention
des dépendances (1999-2002)**

Rapport général

Sous la direction de
Michel SETBON
Olivier GUÉRIN
Serge KARSENTY
Pierre KOPP

ÉVALUATION DU PLAN TRIENNAL

**de lutte contre la drogue et de prévention
des dépendances (1999-2002)**

Rapport général

Sous la direction de
Michel SETBON
Olivier GUÉRIN
Serge KARSENTY
Pierre KOPP

Septembre 2003

Novateur et même précurseur dans bien des domaines, le *plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances* l'aura notamment été dans un registre *a priori* moins attendu : celui de l'évaluation. D'autant plus qu'en France, cette pratique fait trop souvent défaut. Elle était jusqu'alors absente des politiques relatives aux usages de substances psychoactives. Longtemps mal comprise, l'évaluation de l'action publique est apparue, en pratique, comme une nécessité complexe et exigeante.

Le présent rapport est l'aboutissement d'un exercice ardu qui a été confié à des équipes de l'Observatoire et à une commission scientifique d'experts associant deux qualités indispensables : une connaissance précise du milieu et de l'objet à évaluer et une indépendance scientifique réelle par rapport à ceux qui ont eu à mettre en application ce plan.

L'évaluation ne porte pas d'appréciation sur le sens et la pertinence des mesures qui composent le plan mais elle procède à un examen de l'effectivité de leur mise en place.

Le résultat est un document dense et rigoureux qui permettra au lecteur d'apprécier la mise en place d'une politique publique, rapportée à la disponibilité des moyens et à l'implication des acteurs. En tenant compte des apports de cette évaluation pour améliorer la définition de ce qu'ils ont l'intention de faire, les nouveaux planificateurs auront ainsi la possibilité de faire encore évoluer les politiques publiques en matière de conduites addictives.

Philippe-Jean PARQUET
Président du Conseil d'administration
de l'OFDT

CONTRIBUTIONS AU RAPPORT – MÉTHODE DE TRAVAIL

Telle qu'elle a été posée dans le cadre du mandat confié à l'OFDT par le Comité permanent interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie, la démarche d'évaluation du plan triennal du gouvernement précisait les rôles respectifs des acteurs engagés dans le processus. Cette organisation devait non seulement assurer une implication suffisante des acteurs institutionnels ayant en charge la mise en œuvre des orientations fixées par le plan, mais également garantir que les conclusions et les recommandations que l'on pourrait tirer du produit de l'évaluation puissent se faire « à bonne distance » de ceux-ci. Pour cela, la commission « évaluation » issue du Collège scientifique de l'OFDT devait jouer un rôle de pilotage. Il convient donc d'indiquer la nature des contributions de chacun.

La commission « évaluation » du Collège scientifique

Voici comment ont été définies et assumées les missions de cette instance :

- la conception et la validation du référentiel d'évaluation ;
- le pilotage d'un travail interne d'évaluation capitalisant, dans le présent rapport final, les apports des évaluations spécifiques et des autres données disponibles ;
- la validation du corps de texte des chapitres, la rédaction des conclusions et des recommandations.

L'équipe de l'OFDT

Les missions de l'équipe comportaient :

- la sélection des critères et des indicateurs pertinents pour juger de la réalisation des objectifs définis dans le plan triennal ;
- la collecte et l'analyse des données disponibles au regard des critères et des indicateurs retenus ;
- la rédaction du corps de texte des chapitres.

La MILD'T et son Comité permanent interministériel

Le rôle de ces instances dans la procédure d'évaluation peut se résumer ainsi :

- l'adoption d'un « mandat d'évaluation » confié à l'OFDT et mis en œuvre par la commission « évaluation » de son Collège scientifique ;
- la validation d'un « référentiel » (arborescence explicitant les liens causaux entre les différents niveaux de résultat attendus dans la mise en œuvre des mesures du plan) ;
- l'utilisation des conclusions et des recommandations du rapport final d'évaluation.

Dans le présent rapport, les chargés d'études de l'OFDT ont rédigé les textes des différents chapitres reprenant les axes prioritaires du plan triennal sous la direction d'un membre référent de la commission « évaluation » qui a, pour sa part, rédigé les conclusions et les recommandations.

Les membres de la commission « évaluation »

Michel Setbon – Sociologue, Directeur de recherche au CNRS, membre du laboratoire « Économie et sociologie du travail » à Aix-en-Provence ; Président de la commission.

Olivier Guérin – Avocat général à la Cour de cassation.

Serge Karsenty – Sociologue, Chargé de recherche au CNRS, membre du laboratoire « Droit et changement social » à Nantes.

Pierre Kopp – Professeur agrégé d'économie à l'Université Panthéon-Sorbonne (Paris I).

L'équipe de l'OFDT

Jean-Michel Costes, directeur de l'OFDT

Cristina Diaz-Gomez, responsable du pôle « évaluation des politiques publiques »

Ivana Obradovic, chargée d'études

Carine Mutatayi, chargée d'études

Autres contributions

Jean Fournié et Alexandra Morote ont contribué à la rédaction des chapitres deux et huit.

Remerciements pour leur participation

À l'Institut de médecine préventive de Lausanne et particulièrement à Françoise Dubois-Arber et Jean-Pierre Gervasoni pour leur accueil et leurs conseils avisés.

À la MILD'T et aux administrations concernées pour leur soutien à la démarche et à l'accès offert aux informations précieuses dont elles disposent.

Aux chargés d'études de l'OFDT pour leur relecture approfondie :

Julie-Émilie Adès

Hassan Berber

Matthieu Chalumeau

Hélène Martineau

François Beck

Agnes Cadet-Taïrou

Stéphane Legleye

Christophe Palle

Pierre-Yves Bello

Laurence Callard

Dominique Lopez

Abdalla Toufik

Laure Vaissade

Aux présidents du Conseil d'administration (Professeur Philippe-Jean Parquet) et du Collège scientifique (Professeur Claude Got) pour leur avis attentif.

Contributions

Présentation générale

Chapitre 1

Chapitre 2

Chapitre 3

Chapitre 4

Chapitre 5

Chapitre 6

Chapitre 7

Chapitre 8

Conclusions utiles à la préparation
de l'évaluation du prochain plan

Michel Setbon

Ivana Obradovic, Pierre Kopp

Carine Mutatayi, Michel Setbon

Carine Mutatayi, Serge Karsenty

Cristina Diaz Gomez, Michel Setbon

Cristina Diaz Gomez, Serge Karsenty

Ivana Obradovic, Olivier Guérin

Ivana Obradovic, Pierre Kopp

Cristina Diaz Gomez, Olivier Guérin

Serge Karsenty, Cristina Diaz Gomez

SOMMAIRE

CONTRIBUTIONS AU RAPPORT – MÉTHODE DE TRAVAIL	5
AVERTISSEMENT AU LECTEUR	13
PRÉSENTATION	15
<i>Dispositif et démarche de l'évaluation</i>	18
<i>Champ et méthode de l'évaluation</i>	19
<i>Tendances et enseignements de l'évaluation</i>	22
1 - CONNAÎTRE, SAVOIR ET COMPRENDRE	27
<i>Introduction</i>	27
1.1. Développement et structuration du dispositif de recherche	29
1.2. Développement et renforcement de l'observation sur les tendances des consommations	39
1.3. Développement d'une culture de l'évaluation	48
1.4. Valorisation des connaissances	53
1.5. Rassemblement des activités d'observation, d'animation de la recherche et d'évaluation	55
Résumé du chapitre 1	58
Conclusions et recommandations du chapitre 1	61
2 - CRÉER ET PROMOUVOIR UNE CULTURE DE RÉFÉRENCE COMMUNE SUR LES PRODUITS PSYCHOACTIFS	65
<i>Introduction</i>	65
2.1. Mise à disposition du public général d'informations scientifiquement validées	67
2.2. Amélioration des connaissances, perceptions et pratiques des professionnels	88
Résumé du chapitre 2	98
Conclusions et recommandations du chapitre 2	100

<p>3 - SYSTÉMATISER LA PRÉVENTION ET ÉLARGIR SON CHAMP TOUT EN RAPPELANT LES INTERDITS POSÉS PAR LA LOI</p> <p> Introduction 105</p> <p> 3.1. Impulsion et coordination de politiques locales de prévention 105</p> <p> 3.2. Promotion d'une approche de prévention qui prenne en compte tous les types d'usages (niveaux de consommation et produits) 122</p> <p> Résumé du chapitre 3 132</p> <p> Conclusions et recommandations du chapitre 3 134</p> <p>4 - RÉDUIRE LES RISQUES ET LES DOMMAGES À L'ÉGARD DES USAGERS DE DROGUES</p> <p> Introduction 139</p> <p> 4.1. Réduction des risques et des dommages liés à la consommation de substances psychoactives en milieu festif (tous usagers) 141</p> <p> 4.2. Réduction des risques et des dommages chez les usagers de drogues actifs les plus marginalisés 152</p> <p> Résumé du chapitre 4 170</p> <p> Conclusions et recommandations du chapitre 4 172</p> <p>5 - ACCUEILLIR, ORIENTER, SOIGNER, INSÉRER</p> <p> Introduction 177</p> <p> 5.1. Meilleure capacité des professionnels pour agir précocement en repérant en amont les conduites à risques et les dommages (tous produits et tous comportements de consommation) 179</p> <p> 5.2. Réorientation du dispositif pour une prise en charge plus précoce des consommateurs abusifs et des personnes dépendantes à un ou plusieurs produits 188</p> <p> Résumé du chapitre 5 206</p> <p> Conclusions et recommandations du chapitre 5 208</p> <p>6 - RÉAFFIRMER LES OBJECTIFS DE LA POLITIQUE PÉNALE À L'ÉGARD DES USAGERS</p> <p> Introduction 213</p> <p> 6.1. Prise en compte par les acteurs de la politique pénale de l'objectif d'une prise en charge sociosanitaire adaptée aux différents stades du processus pénal 216</p> <p> 6.2. Renforcement de la prise en charge en milieu carcéral des usagers à problèmes 245</p> <p> Résumé du chapitre 6 257</p> <p> Conclusions et recommandations du chapitre 6 260</p>	<p>7 - RÉAFFIRMER LA PRIORITÉ ACCORDÉE À LA LUTTE CONTRE LES TRAFICS 265</p> <p> Introduction 265</p> <p> 7.1. Renforcement de l'efficacité de la lutte contre le trafic de stupéfiants 267</p> <p> 7.2. Lutte contre la fabrication et la diffusion de nouvelles drogues de synthèse 287</p> <p> Résumé du chapitre 7 295</p> <p> Conclusions et recommandations du chapitre 7 299</p> <p>8 - L'ACTION EXTÉRIEURE DE LA FRANCE 303</p> <p> Introduction 303</p> <p> 8.1. Sensibilisation des communautés européenne et internationale à la politique française de lutte contre les drogues et de prévention des dépendances 305</p> <p> 8.2. Meilleure prise en compte des enjeux de sécurité intérieure et des enjeux sanitaires et sociaux tout en favorisant les actions de réduction de la demande dans les zones géographiques prioritaires 310</p> <p> Résumé du chapitre 8 315</p> <p> Conclusions et recommandations du chapitre 8 317</p> <p>CONCLUSIONS UTILES À LA PRÉPARATION DE L'ÉVALUATION DU PROCHAIN PLAN 319</p> <p> I. Interrogations autour de trois concepts importants 319</p> <p> II. Bonnes pratiques pour mieux intégrer l'évaluation dans l'élaboration du plan 322</p> <p>BIBLIOGRAPHIE 325</p> <p>SOURCES 331</p> <p>ANNEXES 335</p> <p> Liste des sigles 337</p> <p> Dispositifs de coordination locale animés par les chefs de projet « drogues et dépendances » 343</p> <p> Principaux résultats des évaluations spécifiques conduites dans le cadre de la démarche d'évaluation de l'OFDT 352</p> <p> Liste des tableaux et figures 377</p>
--	--

AVERTISSEMENT AU LECTEUR

Depuis le vote de la loi de 1970 incriminant l'usage de drogues en France et en dépit de multiples évolutions législatives, sociales et sanitaires, la politique de lutte contre les drogues n'avait jamais été évaluée. Une tentative initiée en 1993, dans le cadre du dispositif d'évaluation interministériel, s'était soldée par un échec. Ainsi, depuis plus de trois décennies d'action publique face aux drogues, rien ou presque n'avait permis de rendre compte de ce qui avait été réalisé à l'aune de ce qui était attendu pour réduire les multiples problèmes entraînés par l'offre et la demande de produits psychoactifs. L'évaluation présentée dans ce rapport est donc un événement sans précédent. Il serait regrettable que l'orientation critique de ses apports en masque le caractère innovant et courageux. Car l'ambition d'évaluer une politique publique, objet d'infinies controverses souvent hautement passionnelles, est d'abord de rendre plus intelligible le contenu d'une « boîte noire » où interagissent des éléments de toutes sortes : faits biologiques et sociaux, objectifs affichés, programmes inégalement engagés et impacts mal identifiés. Le courage se signale sur fond d'absence de culture d'évaluation dans notre pays, qu'expliquent deux facteurs à l'origine d'un cercle vicieux. Le premier, d'ordre structurel, rend l'exercice d'évaluation facultatif, voire inutile, du fait qu'aucune obligation réelle ne l'inscrit dans le processus de l'action publique. Le second, de nature socio-culturelle, fait de l'évaluation un produit particulièrement redouté, car trop souvent interprété et utilisé comme un jugement sur les acteurs de l'action publique, ce qu'il n'est pas et ne devrait être. En effet, ici encore plus qu'ailleurs, la nature de l'action et son extrême atomisation rendent illusoire et injuste d'imputer à l'acteur de coordination une responsabilité, globale et sectorielle, qui dépasse largement ses pouvoirs. Inutilité et dangerosité présumées expliquent largement un comportement collectif d'évitement de l'évaluation par tous ceux qui devraient en être les promoteurs.

Le plan triennal élaboré par la MILDT en 1999 opère une rupture volontaire avec cette attitude en faisant le pari que son évaluation pourra servir l'action publique contre les drogues et en favoriser l'acceptabilité sociale. Pari qui se fonde sur la conscience de la nature imparfaite de l'action publique

et sur la capacité de l'évaluation à l'améliorer. Intégrer et installer l'évaluation dans son champ d'action, c'est ainsi accepter la présence d'un regard extérieur dénué de complaisance qui rende compte des erreurs et des insuffisances des programmes lancés. À l'inverse, ignorer l'évaluation ou en repousser la mise en œuvre revient à considérer qu'il est préférable de se satisfaire d'une obscure imperfection, plutôt que d'en faire apparaître, publiquement, les ressorts.

Ces considérations, essentielles pour mettre en perspective le rapport d'évaluation, s'accompagnent d'une mise en garde quant aux interprétations qui pourraient être tirées de son contenu. Deux d'entre elles seraient particulièrement pernicieuses. L'une consisterait à aller au-delà de ce qui est écrit, en jugeant de la pertinence de tel ou tel programme sur la base des critiques et des problèmes énoncés dans le rapport. Par nature, l'exercice évaluatif vise à identifier ce qui fait défaut plutôt que ce qui est conforme, puisque l'un de ses objectifs est de concourir à l'amélioration des programmes. L'erreur d'interprétation courante est de condamner le programme, et souvent avec lui la stratégie à laquelle il est censé contribuer, sur la base des difficultés et des insuffisances identifiées. Pour juger de la validité d'un programme, il faudrait, en plus du recul nécessaire, utiliser un appareillage méthodologique capable de l'isoler, d'en identifier les différentes variables et de pouvoir mesurer ses impacts propres en les comparant à la situation de départ. Malheureusement, ici comme dans la plupart des évaluations, ces conditions n'ont pu être réunies. L'autre interprétation, tout aussi pernicieuse, serait de minimiser les apports du rapport d'évaluation en termes de connaissances. Malgré leurs limites, elles représentent un premier pas dont la modestie reflète bien plus les difficultés auxquelles l'évaluation est confrontée, que la marque de son inutilité. Une lecture du rapport qui éviterait ces deux dérives, le jugement sans preuves et le déniగement hâtif, participerait à la reconnaissance de l'évaluation comme une composante indispensable de l'action publique.

PRÉSENTATION

Le plan triennal¹, élaboré en 1999, incluait la mise en place d'un dispositif d'évaluation capable, trois ans après, de rendre compte de son état de réalisation et de ses impacts. Parmi les multiples innovations qui le caractérisent, ce souci d'évaluation en est l'un des plus volontaires et, probablement, des plus nécessaires. Conscients du paradoxe, relevé dans bon nombre de secteurs de l'action publique, entre une exigence affichée d'évaluation et une concrétisation anémique, les responsables de l'évaluation de la politique de lutte contre la drogue se sont attachés à suivre au plus près la mise en œuvre du plan triennal. Celui-ci est caractérisé par plusieurs innovations, dont l'une représente un changement du paradigme sur lequel reposait la loi de 1970 : l'élargissement du champ de la lutte contre la drogue à l'ensemble des produits psychoactifs quel que soit leur statut légal. Ce changement d'approche partait du constat de la multiplicité de produits et de pratiques en matière d'addiction ayant pour dénominateur commun leur dangerosité (pour soi-même et pour les autres) et leur potentiel de dépendance. Rappeler quelques données permet de rendre compte des évolutions de la perception du phénomène des drogues et de la nouvelle théorie d'action sur laquelle est fondé le tournant opéré par le plan triennal.

L'alcool et le tabac occupent une place centrale dans le champ des addictions en France du fait de leur niveau de consommation et de l'importance des dommages induits. En population générale adulte (18-75 ans), l'alcool est, avec le tabac, la substance psychoactive de loin la plus consommée : en 2000, seuls 2,5 % des personnes déclarent n'en avoir jamais bu, 21 % en consomment tous les jours et 9 % présentent un risque de dépendance actuelle ou passée (test DETA²). Cette proportion est restée stable au cours de la dernière décennie. L'alcool est directement à l'origine d'un certain nombre de pathologies ; il est également impliqué plus ou moins directement dans la survenue d'un grand nombre d'autres dommages. Le nombre de décès annuels attribuables à l'alcool en France est évalué à 45 000³. En

1. Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, *Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2001)*, Collection des rapports officiels, La Documentation française, Paris, 1999, 226 p.

2. Legleye (S.), Ménard (C.), Baudier (F.), Le Nezet (O.), Alcool In Guibert (P.), Baudier (F.), Gautier (A.), (dir.), *Baromètre Santé 2000 – Résultats*. Vanves, éd. du CFES, 2002, p. 123-159.

3. Hill (C.), « Alcool et risque de cancer », *Actualité et dossier en santé publique*, n° 30, 2000, p. 14-17.

population générale adulte (18-75 ans), l'expérimentation (consommation au moins une fois au cours de la vie) du tabac est très répandue chez les hommes (88 %) comme chez les femmes (76 %) ; l'usage actuel concerne 39 % des hommes et 30 % des femmes. La consommation quotidienne de tabac touche 33 % des hommes et 26 % des femmes⁴. Si, au cours de la dernière décennie, la tendance observée est une baisse de la consommation chez les hommes, elle est en hausse chez les femmes⁵, et doublée d'une augmentation de l'expérimentation et de l'usage quotidien chez les 14-18 ans⁶. Le tabac est le produit psychoactif dont les conséquences sanitaires, sociales et économiques sont les plus importantes. Il est considéré comme responsable de 60 000 décès par an, soit plus d'un décès sur neuf⁷.

L'usage récent (au moins une fois au cours de l'année écoulée) de médicaments psychotropes concerne 14 % des hommes et 25 % des femmes. La consommation régulière (au moins une fois par semaine depuis 6 mois) des seuls somnifères et tranquillisants est relevée pour 9 % des adultes⁸. Au cours des dix dernières années, les indicateurs de consommation sont restés relativement stables pour les anxiolytiques et les hypnotiques, en augmentation pour les antidépresseurs⁹. Chez les jeunes, l'expérimentation de ces produits hors cadre de prescription médicale est en nette augmentation au cours des années 1990 et concerne, en 1999, 17,4 % des filles et 11,0 % des garçons âgés de 14 à 18 ans¹⁰. L'usage volontairement détourné (« pour se droguer ») est très rare : 0,7 % des adultes l'ont fait au moins une fois dans leur vie. Toutefois, la consommation de certains de ces médicaments par les usagers problématiques de drogues illicites est fréquemment rencontrée. C'est le cas notamment des benzodiazépines et plus particulièrement du Rohypnol®¹¹.

4. Oddoux (K.), Peretti-Watel (P.), Baudier (F.), « Tabac », in Guibert (P.), Baudier (F.), Gautier (A.), (dir.), *Baromètre Santé 2000 – Résultats*, Vanves, éd. du CFES, 2002, p. 77-118.

5. Baudier (F.), Orlandini (C.), Guionet (M.), Oddoux (K.), *La consommation de tabac des adultes en France : évolution au cours des dix dernières années*, BEH (Bulletin épidémiologique hebdomadaire), n° 48, 2000, p. 213-214.

6. Choquet (M.), Ledoux (S.), Hassler (C.), *Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée : ESPAD 1999 France*, tome I, Paris, OFDT-INSERM, 2002, 148 p.

7. Hill (C.), « Mortalité attribuable au tabagisme, bénéfice pour la santé de l'arrêt du tabac, et absence probable de bénéfice d'une réduction de la consommation », in ANAES, Arrêt de la consommation du tabac. Conférence de consensus. Paris, EDK, 1998, p. 67-73.

8. Guibert (P.), Baudier (F.), Gautier (A.), *Baromètre Santé 2000*, Vanves, CFES, 2001, 473 p.

9. Baudier (F.), Arènes (J.), *Baromètre santé adultes 95/96*, Vanves, CFES, 1997, 288 p. ; Arènes (J.) et al., *Baromètre santé médecins généralistes 98/99*, Vanves, CFES, 2000, 195 p. et Guibert (P.), Baudier (F.), Gautier (A.), *Baromètre Santé 2000*, Vanves, CFES, 2001, 473 p.

10. Choquet (M.), Ledoux (S.), Hassler (C.), *Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée : ESPAD 1999 France*, tome I, Paris, OFDT-INSERM, 2002, 148 p.

11. Bello (P.-Y.), Toufik (A.), Gandidhon (M.), Giraudon (I.), *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2001 ; rapport TREND*, juin 2002, tome 1, Paris, OFDT, 2002, 296 p.

Quant aux produits illicites, les évolutions ont été différentes selon les produits. La consommation du cannabis s'est nettement étendue au cours des années 1990. En 2000, un Français sur cinq a déjà expérimenté le cannabis. Chez les jeunes, une majorité a déjà expérimenté le cannabis à la fin de l'adolescence. Cette consommation est majoritairement occasionnelle mais devient avec l'âge de plus en plus régulière et intense. En 2001, à 18 ans, 20 % des garçons et 7 % des filles ont un usage régulier (au moins 10 fois dans le mois) de cannabis¹². En dehors du cannabis, l'expérimentation, et plus encore la consommation actuelle, de drogues illicites ne concerne qu'une minorité de la population française¹³. Les conséquences problématiques des usages de drogues illicites restent largement occasionnées par la consommation d'héroïne, principal produit à l'origine des prises en charge sanitaires et sociales d'usagers de drogues illicites, et par la consommation de cocaïne souvent en association avec les opiacés. De plus, les usagers de cannabis et de médicaments psychotropes sont fréquemment des consommateurs de tabac et d'alcool.

En 1999, on estime entre 150 000 et 180 000 le nombre d'usagers d'opiacés ou de cocaïne « à problèmes¹⁴ ». Parmi cette population, on observe, au cours des dernières années, que l'usage de cocaïne est en progression quel que soit le mode d'usage (injectée, sniffée, fumée), tandis que celui de l'héroïne se stabilise après avoir diminué. Une grande partie de la population concernée par cette consommation problématique d'opiacés ou de cocaïne fait l'objet d'une prise en charge sanitaire et sociale, notamment sous la forme de traitements de substitution aux opiacés par de la méthadone ou de la buprénorphine haut dosage. Les problèmes les plus fréquents associés à ce type de consommation sont les contaminations virales. Bien qu'en baisse, la prévalence du VIH est en 1999 de 16 % pour les usagers injecteurs, celle du VHC a augmenté et atteint un niveau très élevé de 63 % en 1999¹⁵. Enfin, le nombre de décès par surdose¹⁶, en diminution depuis 1994, est de 120 en 2000.

12. Beck (F.), Legleye (S.), Peretti-Watel (P.), *Santé, mode de vie et usages de drogues à 18 ans*, ESCAPAD 2001, Paris, OFDT, 2002, 200 p.

13. Beck (F.), Legleye (S.), Peretti-Watel (P.), « Drogues illicites : pratiques et attitudes », in Guibert (P.), Baudier (F.), Gautier (A.) (dir.), *Baromètre santé 2000, tome 2 : résultats*, Vanves, CFES, 2001, p. 237-278.

14. Costes (J.-M.), Point focal français dans le cadre du projet de l'OEDT, « State of the art regarding national prevalence estimates of problem drug use in the EU Member states » (État actuel en ce qui concerne les estimations de prévalence nationale de la consommation problématique de drogues dans les États membres de l'UE), (CT.00.RTX.23), OEDT, Lisbonne, 2002.

15. Tellier (S.), *La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1999*, Paris, DREES, 2001, 47 p. (Document de travail n° 19).

DISPOSITIF ET DÉMARCHE DE L'ÉVALUATION

Avancer vers la concrétisation de l'objectif d'évaluation a consisté, dans un premier temps, à créer un dispositif d'évaluation, à concevoir et à élaborer une démarche et à les faire valider en comité permanent interministériel par l'ensemble des partenaires, ministères et institutions, regroupés autour de la MILDT. À la suite, des évaluations de certains programmes ont été lancées et réalisées, et leurs apports analysés avant d'être intégrés dans un ensemble d'informations de toute nature susceptibles de rendre compte des degrés de réalisation des actions programmées.

Les objectifs de l'évaluation sont figurés par certains choix méthodologiques inscrits dans le mandat d'évaluation et deux d'entre eux sont particulièrement déterminants.

■ La création d'un dispositif d'évaluation permanent et indépendant représenté par la commission « évaluation » du Collège scientifique de l'OFDT (trois chercheurs et un magistrat). Son travail, initié en 1999, a consisté, dans un premier temps, à concevoir un schéma d'évaluation pérenne, c'est-à-dire capable de suivre la politique publique de lutte contre les drogues au-delà du plan triennal. Il a pu bénéficier d'exemples étrangers, notamment du dispositif d'évaluation mis en place depuis 1991 en Suisse¹⁶. Un mandat d'évaluation a été élaboré, intégrant les orientations adoptées en Comité permanent interministériel¹⁷ qui précisent les finalités de l'évaluation, ses principes, ses critères et ses étapes ainsi que ses modalités de mise en œuvre. Des programmes prioritaires à évaluer ont été définis ainsi que certains dispositifs spécifiques dont l'évaluation a été jugée nécessaire. La commission « évaluation » a validé les contenus et les dispositifs d'évaluation, vérifié les résultats fournis et conduit les analyses.

■ Une « approche globale d'évaluation » du plan triennal a été retenue comme méthode de l'évaluation. Les fondements et les implications d'un tel choix nécessitent quelques éclaircissements. La multitude d'objectifs plus ou moins explicites énoncés par le plan triennal – de l'ordre de 400 – et correspondant à différents niveaux de concrétisation, rendait illusoire d'en rendre compte un à un, et encore moins dans leur ensemble. Certains étaient totalement nouveaux, tels ceux en liaison avec l'élargissement du champ d'action au tabac et à l'alcool, d'autres innovaient partiellement par de nouvelles approches ou de nouveaux dispositifs, certains enfin, restaient inchangés ou étaient simplement réaffirmés. Cette multiplicité de statuts historiques des programmes a eu deux conséquences méthodologiques sur l'évaluation : d'une part, il a fallu regrouper les objectifs par catégorie

16. Depuis 1991, l'Office fédéral de la santé publique a confié à l'Unité d'évaluation de programmes de prévention (UEPP) de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne (IUMSP) l'évaluation de mesures de la confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie.

17. Selon le décret n° 99-808 du 15 septembre 1999 le Président de la MILDT dispose d'un comité permanent interministériel qui comprend un ou plusieurs représentants de chacun des ministères et secrétariats d'Etat.

spécifique d'action publique, quelle que soit leur antériorité, dès lors qu'ils concourent à un même objectif « final » ; d'autre part, il a été convenu d'en rendre compte au bout de trois années selon des référentiels différents : cohérence entre objectifs et programmes lancés, niveau ou degré de réalisation effective ou, plus rarement, degré d'efficacité. L'important étant que tout objectif énoncé par le plan devait trouver sa place et sa cohérence au sein de la politique publique considérée comme un ensemble articulant les différents axes de l'action publique : prévention, réduction des risques, prise en charge, politique pénale, etc. Cette approche part de l'analyse suivante.

Quel que soit l'objectif visé par une action ou un programme, il représente une étape de la chaîne des actions jugées *a priori* capables de contribuer à l'atteinte d'objectifs situés à un niveau supérieur ou plus lointain : élaborer un programme, mettre en place une structure, former les acteurs, atteindre un public, fournir une prestation, accroître sa qualité, modifier des comportements, améliorer une situation sociale et sanitaire d'un public cible, etc. Chacune des étapes érigées en objectif représente un moyen contribuant à un objectif plus large. Cela exige du temps, de l'engagement, des ressources, un bon niveau d'observation par les acteurs des missions assignées, etc. La fonction cognitive de l'évaluation est de vérifier et de rendre compte, après un temps donné (ici 3 ans), dans quelle mesure une action préconisée a permis d'avancer dans l'atteinte (toujours partielle) de « l'objectif final » auquel il est censé contribuer, tant en termes de cohérence conceptuelle, d'effectivité instrumentale que d'efficacité ou d'efficience.

CHAMP ET MÉTHODE DE L'ÉVALUATION

Ainsi, la quasi-totalité des objectifs énoncés par le plan triennal a été regroupée en huit axes figurant les différents aspects de la politique publique de lutte contre les drogues sur lesquels l'évaluation a porté. La formulation de ces grands axes visait à traduire la stratégie globale fixée par le plan triennal, ses orientations spécifiques et les changements conceptuels et opérationnels affichés. Ces huit axes sont détaillés dans les huit chapitres qui composent le rapport d'évaluation et présentés sur la base d'une méthode commune.

Quels que soient les niveaux de réalisation et les effets dont l'évaluation puisse rendre compte, un certain nombre d'éléments clés communs aux huit axes structurent leur présentation. En premier lieu, la problématique autour de laquelle s'organise chaque axe : l'énoncé du problème auquel est censé répondre l'ensemble des actions qui composent l'axe considéré avec, d'une part, sa traduction conceptuelle et d'autre part, la théorie d'action énoncée par le plan triennal (la relation théorique entre le problème défini et l'orientation stratégique retenue). Ensuite, la réponse globale telle quelle est formulée par le plan triennal soit de façon explicite,

ou bien reconstruite à partir des objectifs qui apparaissent y concourir. À la suite, sont listés les objectifs opérationnels qui peuvent relever soit d'un renforcement d'actions en cours, soit de nouveaux programmes, soit encore d'infléchissements ou changements nécessaires pour rendre compatibles des dispositifs existants avec l'orientation stratégique de l'axe. Enfin, l'évaluation proprement dite, fondée sur les données disponibles et qui pourra concerner un ou plusieurs référentiels de l'évaluation : la cohérence des programmes par rapport aux objectifs énoncés, l'effectivité qui rend compte du degré de réalisation sous toutes ses formes et enfin l'efficacité, ou plus souvent les impacts, qui s'attachent à décrire les effets constatés et les conclusions qu'il est possible d'avancer au bout de trois années. Chaque axe se termine par des conclusions synthétisant les principaux constats et énonce des recommandations susceptibles de résoudre les problèmes rencontrés. Il est clair que, conformément au mandat d'évaluation, il n'était pas dans les objectifs de l'évaluation de porter un jugement sur la pertinence des objectifs qui figurent la politique publique de lutte contre les drogues, mais de rendre compte de la réalisation et de la contribution des actions et des programmes qui, théoriquement, en représentent les étapes nécessaires.

Une présentation rapide des huit axes permet au lecteur d'en visualiser les contenus et de se familiariser avec la logique d'approche :

Axe 1. Connaitre, savoir et comprendre. Le développement de la connaissance sur le phénomène des drogues a été érigé par le plan triennal à la fois comme une fin et un moyen, même si ses impacts sur lui ne peuvent être qu'indirects. Cet axe regroupe quatre grands domaines figurant autant de sous-objectifs : la recherche (son développement et sa structuration), l'observation et le suivi des grandes tendances de consommation des produits psychoactifs, l'évaluation de l'action publique afin de développer une culture de l'évaluation, et la valorisation des connaissances produites par ces trois secteurs.

Axe 2. Créer et promouvoir une culture de référence commune sur les produits psychoactifs. Réduire le poids des représentations erronées, tant en ce qui concerne l'usage de drogues que les réponses capables d'en réduire la fréquence et les conséquences, en rendant accessibles au public les connaissances validées, représente l'objectif final de cet axe. Malgré une liaison évidente avec l'axe 1, cet objectif suppose une stratégie, des cibles et des actions spécifiques. Il comprend deux sous-axes, auxquels sont attachés des moyens, des dispositifs et des programmes : l'un en direction de la population générale, l'autre spécifique aux professionnels des différents secteurs œuvrant dans le champ des drogues.

Axe 3. La prévention et son élargissement à certains produits licites. La nouveauté de cet axe est conceptuelle et opérationnelle. Partant du fait que la prévention peut s'appliquer aux différents niveaux de consommation selon le parcours de l'usager, l'objectif défini de la prévention a été décliné en trois niveaux : prévenir (ou réduire en fréquence) le passage de l'abstinence à l'usage occasionnel, de

l'usage occasionnel à l'usage abusif ou nocif et de l'abus à la dépendance. En même temps, le plan triennal lançait le concept de prévention globale effaçant la distinction de statut entre les produits. Sur le plan opérationnel, l'objectif fédérant les programmes et les actions était d'impulser et de coordonner la prévention au niveau local. Ces deux concepts clés, la prévention globale et la coordination, sont largement repris et discutés dans ce rapport.

Axe 4. La réduction des risques et des dommages. Il regroupe toutes les formes d'action qui ne s'adressent pas directement à l'usage de drogues, mais qui visent à en réduire les conséquences. Il se répartit en deux domaines d'intervention qui concernent des publics cibles différents : la réduction des risques et des dommages en milieu festif (tous types d'usagers) et celle qui vise les usagers de drogues actifs marginalisés.

Axe 5. L'accueil, l'orientation et la prise en charge. Il réunit tous les programmes contribuant à améliorer les capacités diagnostiques et les formes d'action à visée sociosanitaire des professionnels en charge des usagers actifs. Cet axe vise à promouvoir le repérage précoce des conduites à risques, l'accès précoce aux dispositifs de prise en charge et à favoriser leur décloisonnement au profit d'une prise en charge globale.

Axe 6. Réaffirmer les objectifs de la politique pénale à l'égard des usagers. Dans cet axe sont incluses toutes les formes d'action qui visent à rendre plus compatibles les objectifs judiciaires et sanitaires de la politique de lutte contre les drogues. Notamment en développant les mesures alternatives (sociosanitaires) aux poursuites pour délit d'usage, et cela à tous les stades de la filière pénale, à l'image de l'injonction thérapeutique présente au stade de l'interpellation de l'usager. Sont également concernées toutes les actions contribuant à améliorer la prise en charge des usagers problématiques en milieu pénitentiaire. La principale innovation opérationnelle qui porte cet objectif est représentée par les conventions départementales d'objectifs justice-santé (CDO).

Axe 7. Réaffirmer la priorité de la lutte contre les trafics. Quasi-exclusivement sous la responsabilité des acteurs répressifs, l'objectif final affiché est le démantèlement des filières d'importation et de fabrication de produits stupéfiants. En cela, il s'inscrit dans une relative continuité tout en visant à renforcer la mise en œuvre effective de la panoplie d'outils disponibles pour atteindre les trafiquants et à mieux contrôler et réprimer la diffusion de nouvelles drogues de synthèse.

Axe 8. Renforcer l'action extérieure de la France. L'objectif final est de promouvoir au niveau communautaire européen et international l'approche française soucieuse d'un meilleur équilibre entre les actions visant à réduire l'offre (résumée par la répression) et celles dédiées à la réduction de la demande (à travers la prévention, la réduction des risques et la prise en charge). La nature de cet objectif, qui dépend de nombreux facteurs échappant à la volonté nationale, limite l'évaluation à une approche descriptive.

Les huit chapitres du rapport sont consacrés à l'évaluation des huit axes forts du plan triennal. Chaque chapitre est complété par un résumé, puis par des conclusions et des recommandations.

TENDANCES ET ENSEIGNEMENTS DE L'ÉVALUATION

Les huit axes n'ont pu être évalués de la même façon, ni par rapport au même référentiel, afin de tenir compte de leur état d'avancement. Cependant, l'état de réalisation observable au terme du plan triennal permet de documenter deux points essentiels qui les concernent tous : d'une part, la volonté associée à la capacité de l'acteur interministériel d'avancer, de concert avec les partenaires ministériels et autres, dans le sens des objectifs visés, d'autre part la nature des obstacles, communs aux différents axes, qui en freinent la progression.

Sur le premier point, un constat se dégage qui éclaire les conditions et les limites de l'action interministérielle dans un domaine aussi diversifié que celui de la lutte contre la drogue. Malgré ses efforts, la MILD'T n'apparaît pas en mesure de contribuer à la réalisation des objectifs visés avec un égal degré d'effectivité, condition préalable à une quelconque efficacité. À l'aune du chemin accompli au bout de trois années, il est possible de représenter le champ d'action de l'acteur interministériel selon trois cercles concentriques illustrant différents niveaux d'engagement en fonction de ses modes d'action. Le premier cercle, le plus proche du centre représenté par la MILD'T, recouvre le champ où son action prend la forme d'un pilotage en direct : c'est le domaine où sa capacité de maîtrise des éléments nécessaires à l'action lui permet de jouer à la fois le rôle de maître d'ouvrage et d'acteur central, celui où son engagement apparaît le plus productif. Le domaine qui illustre le plus clairement ce cercle est celui figuré par l'axe 2, dans sa partie regroupant toutes les actions visant à créer une culture commune sous forme de campagnes en direction de la population générale. Le second cercle d'action correspond à un champ relevant d'un pilotage contractuel : il inclut les actions où la présence interministérielle est réelle, mais réduite pour l'essentiel à une allocation de ressources, sans être en mesure de peser sur le terrain de l'action ou de faire évoluer les comportements des acteurs (les trois exemples illustratifs : le dispositif de recherche, les programmes départementaux de prévention [PDP] et les CDO). Enfin, le troisième cercle, le plus lointain et le plus lâche, est celui du pilotage par une coordination formelle : il recouvre toutes les actions qui échappent à son volontarisme et à ses incitations, illustrant les limites de la fonction de coordination face à des acteurs autonomes disposant de ressources et de registres d'action organisés autour d'enjeux spécifiques (répression, justice, action internationale).

Cette représentation analytique en trois cercles de l'action interministérielle porteuse du plan triennal permet d'avoir un regard rétrospectif et prospectif sur la

stratégie d'une programmation non sélective. D'une part, le plan triennal ne hiérarchise pas ses différents objectifs selon certaines priorités et intègre toutes les demandes de ses partenaires de façon indifférenciée, d'autre part il innove largement sur les plans conceptuel (élargissement, approche globale, repérage précoce) et opérationnel, ce qui peut avoir pour effet de diluer les capacités d'action. En fait, l'absence de priorités clairement affichées n'aboutit pas à un traitement égal des objectifs. L'évaluation montre qu'à terme des priorités existent, mais elles ne sont visibles que *ex post* : des opportunités d'action émergent plus qu'elles ne sont la conséquence de choix fondés et auxquels sont affectées les ressources nécessaires. Inattendu ou prévisible, ce constat pousse, à la veille de l'élaboration d'un nouveau plan, à s'interroger sur les bénéfices et les risques de chacun de ces deux modèles : celui des priorités définies *ex ante*, ou bien le modèle des priorités constatées, illustré par la réalisation du plan triennal. Cette interrogation va de pair avec un besoin de réflexion sur le contenu opérationnel de la fonction interministérielle.

Les difficultés et les obstacles rencontrés lors de l'évaluation sont pour l'essentiel de trois ordres : définition des objectifs, adéquation des moyens et système d'information. En premier lieu, le constat d'un déficit, parfois d'une absence de définition précise des objectifs énoncés s'avère trop fréquent. Cette tendance pèse tant sur la mise en œuvre des actions et des programmes, que sur la possibilité de les évaluer pour en identifier le degré de réalisation et les impacts propres. Certes, il ne revient pas au plan triennal de formuler les objectifs avec un haut degré de précision, mais force est de constater que l'ambiguïté ou l'imprécision est une constante que l'on retrouve dans bien des actions évaluées. Le fait que la plupart des objectifs fixés par le plan dépassent sa courte durée, ne devrait pas conduire à laisser un vide entre des perspectives lointaines (telles « améliorer la santé des usagers de drogues », « renforcer la prise en charge sociosanitaire », « favoriser la médiation sociale », etc.) et les étapes nécessaires, à court et moyen terme, pour les atteindre. Ces objectifs intermédiaires devraient être énoncés avec une plus grande précision, tant sur un plan qualitatif que quantitatif, et être échelonnés. En matière d'action publique, l'expérience montre que l'imprécision et/ou la multiplicité des objectifs assignés favorise la confusion et désoriente les acteurs de la mise en œuvre. Cela a souvent pour effet de les conduire à opérer leur propre sélection, qui n'est pas forcément corrélée aux objectifs pertinents et représente une source permanente d'hétérogénéité. Un des exemples qui en témoigne concerne l'expérimentation dans le 18^e arrondissement de Paris visant à coupler un dispositif de proximité capable d'améliorer la prise en charge des usagers actifs marginalisés avec un programme de médiation sociale pour favoriser son acceptabilité par les riverains (voir axe 4). De même, en matière de prévention et de prise en charge, les contraintes conjointes de l'élargissement aux produits psychoactifs licites et d'une approche globale centrée sur les comportements individuels, réduisent la lisibilité des objectifs opérationnels et brouillent les contours des publics cibles.

Le second obstacle rencontré fréquemment concerne l'opacité entourant les moyens nécessaires à l'atteinte des objectifs affichés. Cette opacité est doublement préjudiciable, d'une part, quand une absence de moyens est évoquée par les acteurs ou constatée par les évaluateurs pour justifier le faible niveau d'engagement des actions qui viennent s'ajouter à celles dont ils avaient la charge ; d'autre part, elle favorise la tendance constatée à la multiplication d'objectifs non quantifiés, sans indication sur les moyens pour les atteindre. Dans le contexte du plan triennal, marqué par l'innovation et la multiplicité des objectifs, l'opacité sur les moyens est instrumentalisée dans les discours, utilisée comme une ressource, tant par l'acteur interministériel qui accroît ainsi sa capacité d'initiative, que par les acteurs opérationnels pour lesquels l'imprécision sur les moyens accroît la marge d'interprétation. On peut ainsi relever que l'élargissement au tabac, à l'alcool et aux médicaments psychotropes rendu explicite par les campagnes d'information du public ne s'est pas traduit par une augmentation significative du personnel chargé de l'information individualisée, malgré une augmentation sensible du budget du dispositif Drogue Info Service. La conséquence en a été que ce service, rebaptisé en 2001 Drogue Alcool Tabac Info Service, n'a pas augmenté son offre de service, malgré une réelle explosion de la demande. Il est tout à fait concevable que la définition de nouveaux objectifs, en relation avec de nouvelles cibles, ne soit pas systématiquement liée à de nouveaux moyens ou à des moyens proportionnels à la taille du changement. Mais alors, si leur prise en compte implique un changement d'échelle sans moyens humains supplémentaires, il devient nécessaire de redéfinir les missions et leur contenu, de les hiérarchiser afin d'organiser au mieux l'adaptation de l'offre existante aux nouveaux objectifs. L'adéquation explicite des moyens aux objectifs fait bien partie de la programmation de l'action et elle est une variable clé de l'effectivité et de l'efficacité.

Le troisième obstacle générique concerne l'insuffisance patente des systèmes d'information capables de rendre compte des activités censées contribuer aux objectifs visés. Le déficit chronique en données fiables constaté réduit les possibilités d'évaluation, rend hasardeux tout énoncé de jugement et entretient finalement l'opacité que l'évaluation devrait contribuer à réduire. Le constat est général et n'épargne ni les institutions publiques, ni les acteurs associatifs. Si certains domaines sont plus concernés que d'autres, les évaluateurs insistent tous sur cette faiblesse et suggèrent des voies capables d'améliorer l'information sur le contenu concret de l'action et sur leurs effets. La solution à ce problème est différente selon les institutions et les programmes concernés. D'une façon générale, il est plus facile pour l'acteur interministériel d'inclure une contrainte d'information dans les programmes qui font partie du premier et du second cercle évoqués précédemment, et particulièrement quand il s'agit de nouveaux programmes. Contractualiser l'information est d'autant plus envisageable qu'il y a un contrat et un financement associé. Mais en plus, le principe d'un retour permanent d'information devrait se

doubler d'une clause précisant les indicateurs nécessaires pour rendre compte des actions effectivement menées. Sans ces indicateurs établis en concertation avec ceux qui ont la responsabilité du programme et du système d'information, il devient impossible d'assurer une continuité spatiale et temporelle, indispensable pour tracer des évolutions et les comparer. On peut affirmer que sans système d'information répondant à quelques critères de qualité et de fiabilité, il ne peut y avoir d'évaluation bien fondée, ni d'action publique éclairée.

Pour terminer cette présentation, il est important de souligner que les obstacles et les faiblesses décrits ne devraient pas masquer le caractère exemplaire de l'exercice et ses apports qui vont au-delà du plan triennal. Non seulement l'évaluation du plan triennal représente une avancée qui s'inscrit à contre-courant d'une culture nationale peu propice à l'évaluation, mais de plus, les enseignements qu'elle fournit devraient servir à corriger certaines erreurs de jeunesse issues de la conception du plan. En éviter la répétition tient pour l'essentiel à deux considérations générales. La première porte sur la durée du futur plan qu'il serait bon d'étendre. À l'évidence, trois ans apparaissent trop courts pour juger du bien-fondé de programmes innovants ou même de modifications sensibles de certains programmes au long cours. La seconde concerne l'articulation entre la conception du plan et l'objectif d'évaluation. Alors que le plan triennal a été conçu en incluant simplement l'objectif de son évaluation, il aurait été préférable de prendre en compte cette perspective pour sélectionner et formuler ses objectifs : la majorité des points relevés qui réduisent les apports de l'évaluation auraient bénéficié d'une programmation intégrant l'objectif d'évaluation. Autrement dit, bien des obstacles ou des limites auxquels s'est heurtée l'évaluation ne sont que les prolongements de difficultés négligées ou irrésolues lors de la programmation du plan triennal (l'ensemble des points susceptibles d'améliorer l'élaboration des futurs plans et leur évaluation sont repris en détail dans « les conclusions utiles à la préparation de l'évaluation du prochain plan »). Prendre en compte ces premiers enseignements revient à accorder à l'évaluation une certaine utilité et quelque pérennité. Malgré leur portée modeste, ses apports peuvent être plus utiles à l'amélioration de l'action publique que ne le serait la tentation de faire table rase. Il faut être fermement convaincu qu'il y a plus à attendre de la réduction progressive des difficultés dont rend compte l'évaluation des objectifs opérationnels qu'à espérer un quelconque miracle d'une remise en cause des objectifs finaux.

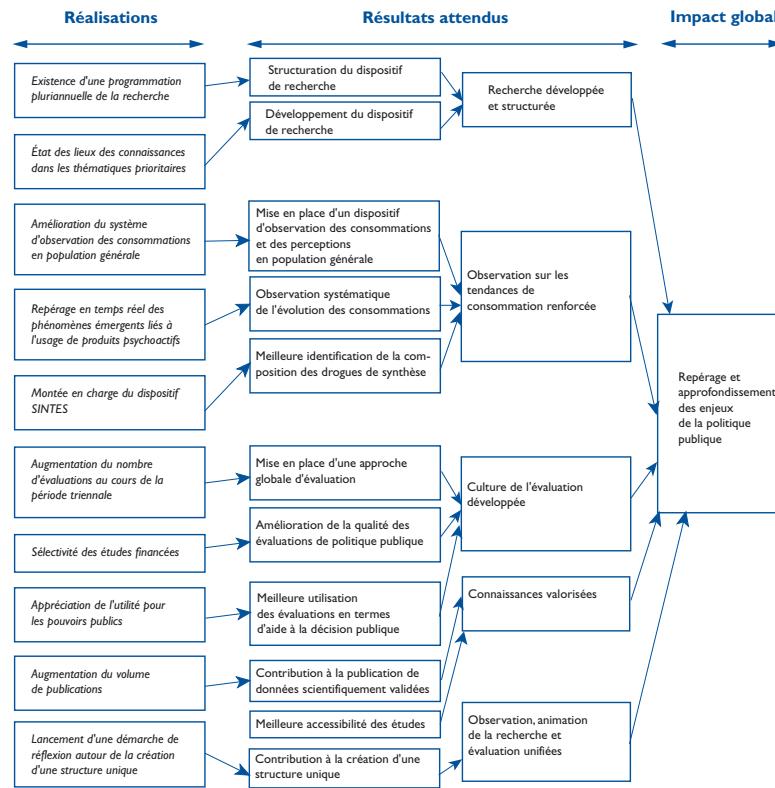
1 - CONNAÎTRE, SAVOIR ET COMPRENDRE

INTRODUCTION

Des études scientifiques ont fait apparaître que la consommation de produits psychoactifs, qu'il s'agisse d'alcool, de tabac, de drogues illicites, de médicaments psychotropes ou de substances dopantes, concerne directement ou indirectement la grande majorité des Français. Cette information a conduit les rédacteurs du plan de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances à ne pas circonscrire la question des drogues aux seuls usagers dépendants aux opiacés – soit quelque 150 000 héroïnomanes qui avaient été, pendant plus de vingt ans, le cœur de cible du dispositif de lutte contre la toxicomanie. Les hésitations qui ont pu être observées dans la définition et la mise en œuvre de l'action publique par le passé s'expliquent en partie par l'insuffisance des connaissances, tant épidémiologiques que scientifiques, en matière de toxicomanie – comme l'ont montré différents rapports (Trautmann, 1989 ; Henrion, 1995 ; Académie des sciences, 1997). L'objectif premier du plan triennal était donc d'améliorer le dispositif d'observation, d'études et de recherche, afin de permettre aux pouvoirs publics d'anticiper les évolutions et de prendre les décisions utiles.

La production des connaissances scientifiques nécessaires à la conduite de l'action publique s'est appuyée sur cinq grands axes stratégiques : la recherche, dans les secteurs déjà investis ainsi que dans des champs d'investigation nouveaux ; l'observation en temps réel des nouvelles tendances de consommation et des nouveaux produits (drogues de synthèse notamment) ; l'évaluation, de façon à guider la décision publique en apportant des instruments de mesure d'impact opérationnels ; la valorisation des connaissances accumulées dans les domaines de la recherche, de l'observation et de l'évaluation, et l'adaptation, en fonction des informations disponibles, des messages de prévention ; enfin, la création d'une structure rassemblant les fonctions d'observation, d'animation de la recherche et d'évaluation qui devienne l'organisme de référence pour toutes les activités de recherche.

Au regard de ces diverses priorités liées au développement des connaissances, la question centrale abordée dans le présent chapitre est de savoir si les actions prévues pour atteindre ces objectifs ont été effectivement mises en œuvre. Ce chapitre explore les réalisations déclinées dans le schéma présenté ci-après en résultats directs attendus et en effets plus lointains.



Apprécier les avancées de la politique de recherche et de développement des connaissances dans le domaine des drogues et des dépendances s'avère être une entreprise complexe, du fait de la multiplicité des acteurs – publics et privés – impliqués dans la production de connaissances. Ce chapitre tente de mesurer la capacité des pouvoirs publics à mettre en œuvre une politique systématique de recherche, d'observation et d'évaluation, susceptible d'encourager et de faire émerger des connaissances et des compétences spécifiques dans ce champ.

Nous exposerons successivement les moyens déployés et les initiatives en faveur :

- d'un développement et d'une structuration du dispositif de recherche ;
- d'un renforcement de l'observation sur les tendances des consommations ;
- du développement d'une culture de l'évaluation ;
- d'une amélioration de la valorisation des connaissances ;
- d'un rassemblement des activités d'animation, de recherche et d'évaluation.

1.1. DÉVELOPPEMENT ET STRUCTURATION DU DISPOSITIF DE RECHERCHE

Constats posés par le plan triennal

Le plan triennal pointait un important besoin de connaissances. Trois principaux constats étaient faits : la multiplicité et la dispersion des financements, induisant une certaine discontinuité de l'effort consenti en direction des milieux de recherche, le manque de structuration du champ dans certains domaines et l'absence de confrontation interdisciplinaire.

Dès lors, l'enjeu identifié consistait à organiser le capital de connaissances existant tout autant qu'à développer les domaines de recherche peu investis.

Réponses apportées par le plan triennal

Le plan triennal prévoyait de mettre en place de nouveaux modes d'action permettant *in fine* de structurer le dispositif de recherche.

Évaluation du degré de réalisation de cet objectif

Seront successivement décrits les efforts réalisés pour (a) établir une programmation annuelle de la recherche et (b) lui apporter un soutien financier, les moyens déployés pour (c) développer les activités de recherche dans le domaine des drogues et des toxicomanies, en particulier (d) dans les secteurs peu investis. Feront également l'objet d'un examen les actions menées pour (e) accroître le potentiel de recherche et (f) produire des états des lieux des connaissances, et les actions en faveur(g) de la formation de nouveaux chercheurs et(h) de la structuration de nouvelles équipes de recherche.

Existence d'une programmation pluriannuelle de la recherche

Le dispositif de recherche a été mieux structuré grâce à la mise en place d'une programmation pluriannuelle des recherches menées dans le champ des drogues et des toxicomanies.

La MILDT s'est dotée d'un Conseil scientifique multidisciplinaire dès juin 2000. À partir de ce dispositif, des appels d'offres annuels de recherche ont systématiquement été lancés et diffusés auprès des milieux scientifiques pendant la période triennale, en concertation avec l'INSERM et le CNRS. Bien qu'ils se soient progressivement inscrits dans des priorités de recherche, ces appels d'offres sont restés généralistes et :

- axés sur les questions de l'usage et/ou de la dépendance aux substances psychoactives illicites et licites – incluant l'alcool, le tabac, les médicaments psychotro-

pes, ainsi que les produits psychoactifs utilisés pour améliorer les performances des individus (psychotropes, produits de synthèse, produits dopants),

- ouverts à toutes les disciplines – compte tenu du caractère multidimensionnel et multifactoriel des phénomènes de dépendance.

Ainsi la MILD'T a-t-elle lancé, conjointement avec l'INSERM et le CNRS, un premier appel d'offres en 1999 (dont les résultats ont fait l'objet d'un bilan à la fin de l'année 2002), un deuxième, de façon autonome, en 2000, s'adressant à toutes les disciplines scientifiques susceptibles d'apporter un éclairage sur la question des drogues, et deux autres, en partenariat avec l'INSERM, en 2001 et en 2002, mettant l'accent sur un certain nombre de thèmes et de modes d'approche correspondant à des priorités de recherche.

La continuité des axes thématiques de recherche a été garantie pendant la période triennale. La stabilité du choix des partenaires institutionnels de la MILD'T (l'INSERM et le CNRS) a favorisé la pérennité des six grands axes définis dans les appels d'offres d'une année sur l'autre :

- usage, usage nocif, dépendance aux substances psychoactives : facteurs de vulnérabilité et facteurs de protection ;
- temporalité des comportements de consommation ;
- usages sociaux des substances psychoactives, polyconsommations et émergence de « nouvelles » drogues ;
- impact des modalités de l'offre sur les consommations ;
- impacts sanitaires, économiques et sociaux de la consommation de substances psychoactives ;
- actions et politiques publiques en matière de réduction des risques associés aux substances psychoactives : acteurs, dispositifs, contextes de mise en œuvre.

En 2002 comme en 2001, les projets de recherche soumis à appel d'offres se sont articulés autour de ces six axes, à l'intérieur desquels certains sujets ou angles d'analyse ont été ciblés. Les besoins de connaissance prioritaires mis en exergue à travers ces deux appels d'offres concernent le thème des « arrêts spontanés » (ou comment les individus gèrent, en privé, leurs conduites d'arrêt, en dehors du système de soins et des offres thérapeutiques existantes), le thème des interactions entre produits (envisagé non seulement dans le cadre d'une utilisation simultanée de plusieurs substances psychoactives mais aussi dans celui du passage chronologique d'un produit à un autre – des travaux récents en neurobiologie suggérant que la stimulation répétée des récepteurs du cannabis pourrait induire, chez certains sujets, une appétence particulière à l'alcool) ; enfin, le thème des transformations des politiques publiques en matière de conduites à risques (en constatant l'écart croissant entre l'intensité des transformations institutionnelles en cours et l'absence quasi complète de recherche dans ce domaine).

Les pouvoirs publics ont donc affiché, vis-à-vis des milieux scientifiques, une politique claire de développement de la recherche, constante dans le temps et mobilisatrice. Cette continuité dans les priorités de recherche a favorisé le maintien d'un « espace d'incitation » permettant de faire émerger et d'accueillir des propositions spontanées des milieux scientifiques.

La recherche a été coordonnée par un acteur central, la MILD'T, qui a conduit les programmes de recherche sous l'égide d'un conseil scientifique multidisciplinaire – présidé par Jean-Pol Tassin, directeur de recherche à l'INSERM – et en concertation avec un comité de pilotage partenarial. Les modalités de cette coordination ont été de trois types :

- le comité de pilotage associant la MILD'T et les institutions partenaires¹ s'est réuni de façon régulière (au moins deux fois par an) afin de piloter le dispositif de recherche. Cette instance a validé les projets sélectionnés par le Conseil scientifique en veillant à ce que les différentes disciplines soient représentées dans les projets financés et en pointant les manques révélés par les appels d'offres successifs. Ainsi, par exemple, le comité a-t-il soulevé le problème du délai de réponse laissé aux équipes soumissionnaires en 2000 – réduit l'année suivante –, ou celui de l'absence de « réflexe interactif » des scientifiques qui ne pensent pas à consulter les appels d'offres sur les sites internet des organismes de recherche ;
- un Conseil scientifique multidisciplinaire a été mis en place au sein de la MILD'T en juin 2000 : il s'est réuni environ quatre fois par an depuis cette date. Il s'est attaché à évaluer la qualité scientifique des propositions reçues dans le cadre des appels d'offres et à établir la liste des projets éligibles au financement. Les membres du Conseil scientifique de la MILD'T participent au suivi des travaux de thèse des étudiants allocataires, en concertation avec leurs directeurs de thèses et en liaison avec les écoles doctorales concernées ;
- c'est également la MILD'T qui a initié et suivi la mise en œuvre des expertises collectives confiées à l'INSERM.

Effort financier consenti par les pouvoirs publics au titre de l'organisation du soutien à la recherche

Le budget spécifiquement consacré par la MILD'T aux activités de recherche a augmenté au cours de la période triennale. Il est passé de 0,7 M en 1999 à 1,0 M en 2000 et 1,3 M en 2001, si l'on prend en compte le montant cumulé des appels d'offres de recherche (complété, en 1999 et en 2001, par les contributions de

1. Trois comités de pilotage ont eu lieu au cours de la période triennale (28 novembre 2000, 1^{er} mars 2001, 19 décembre 2001), regroupant le ministère de la Recherche, le secrétariat d'état à la Santé (DHOS et DGS), l'INSERM, le CNRS (départements des sciences de la vie et des sciences de l'homme et de la société), l'INRETS, l'INRA, l'HEI et la Mission de Recherche Droit et Justice (GIP du ministère de la Justice).

l'INSERM et/ou du CNRS), des allocations de recherche et des expertises collectives. En 2002, l'enveloppe budgétaire dédiée à la recherche s'est trouvée en retrait par rapport à l'exercice précédent (1,06 M²), compte tenu des gels budgétaires intervenus au cours du second semestre².

Par ailleurs, les moyens dévolus au suivi de la recherche au sein même de la MILDT ont été renforcés : l'effectif du pôle recherche est passé de une à trois personnes en trois ans.

Ce soutien financier, accordé notamment dans le cadre d'appels d'offres³, ne rend pas entièrement compte de l'effort réel des pouvoirs publics qui intègre, au-delà des seuls crédits incitatifs, le soutien des établissements publics à caractère scientifique et technologique (EPST) aux laboratoires investis dans la recherche sur les drogues et les toxicomanies. En effet, l'INSERM, le CNRS et l'AFSSAPS (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé) contribuent également au financement de programmes de recherche sur les drogues.

Ainsi l'INSERM, par exemple, de façon autonome, expérimente depuis le début de l'année 2002 une nouvelle politique d'incitation à la recherche. À côté de la formule classique d'appel d'offres, l'INSERM a décidé de lancer des Actions thématiques concertées (ATC). Ainsi, une ATC « alcool » a été dotée d'un budget de 1,2 million d'euros hors taxes. L'un de ses objectifs est d'attirer vers la recherche sur l'alcool et l'alcoolisme des équipes encore peu impliquées dans ce domaine et de soutenir de jeunes équipes voulant s'y consacrer.

Néanmoins, ces efforts financiers ne sont qu'incitatifs : ils ouvrent des opportunités à des équipes déjà constituées et permettent de soutenir des chercheurs déjà intéressés à ces questions, sans nécessairement susciter ou pérenniser de nouvelles compétences.

2. En 1999, le budget de 0,7 M³ correspond à la part de la MILDT dans le financement de l'appel d'offres MILDT/INSERM/CNRS (0,45 M³), ajoutée à la participation française à l'appel d'offres MILDT/INSERM/Hollande entièrement prise en charge par la MILDT (0,25 M³). Les contributions cumulées de l'INSERM et du CNRS à l'appel d'offres susmentionné représentent par ailleurs 0,8 M³. En 2000, le montant de 1 M³ représente le financement de l'appel d'offres MILDT 2000 ajouté au coût de l'expertise collective cannabis (0,076 M³ TTC). En 2001, le budget total de la MILDT représente 1,26 M³ : 0,9 M³ pour l'appel d'offres MILDT/INSERM 2001 (auquel l'INSERM a ajouté 0,3 M³), 0,34 M³ pour l'appel d'offres MILDT/ministère de la Recherche « allocations de recherche » représentant le financement de six allocations de recherche pendant trois ans, et 0,015 M³ représentant le cofinancement MILDT à l'expertise collective alcool. En 2002 enfin, le budget effectivement réalisé a été en retrait par rapport aux prévisions compte tenu des gels budgétaires intervenus lors du second semestre : il est de 1,06 M³ : 0,73 M³ pour l'appel d'offres MILDT/INSERM 2002 (auquel l'INSERM va ajouter 0,15 M³), 0,17 M³ pour l'appel d'offres « allocations de recherche » 2002 représentant le financement de trois allocations supplémentaires pendant trois ans, et de 0,16 M³ correspondant au financement par la MILDT de l'expertise collective alcool deux et de l'expertise collective tabac.

3. Le montant des appels d'offres de la MILDT a pour sa part baissé : 1,8 M³ en 1999, vs 1,6 M³ en 2002.

Contribution au développement des activités de recherche dans le champ des drogues et des toxicomanies

Le nombre de projets retenus au titre des appels d'offres conjoints ou unilatéraux lancés par la MILDT, l'INSERM et le CNRS a fluctué au cours de la période triennale, passant de 28 projets en 1999, à 22 en 2000, et 30 en 2001. À titre indicatif, seuls 18 projets étaient financés en 1997 (appel d'offres MILDT/INSERM).

En 2001, 4 projets sur 10 ont obtenu un financement dans le cadre de l'appel d'offres MILDT/INSERM (30 projets financés sur les 77 reçus⁴). En 2000, sur 72 projets présentés, 22 avaient été retenus au titre de l'appel d'offres de la MILDT (soit 1 projet sur 3 environ).

L'enveloppe de crédits affectée à ces appels d'offres successifs a augmenté : elle était de 0,9 M³ (6 MF) en 2000 et en 2001, vs 0,7 M³ (4,5 MF) en 1999⁵.

Le montant moyen du soutien apporté aux projets de recherche développés dans le cadre des appels d'offres conjoints ou unilatéraux de la MILDT, de l'INSERM et du CNRS est resté stable au cours de la période triennale, s'élevant, en moyenne, à 35 063 (230 000 F) par projet en 2001, vs 33 539 (220 000 F) en 2000.

Contribution au développement des secteurs de recherche insuffisamment investis (alcool, tabac, recherche clinique, sciences humaines et sociales)

Le comité de pilotage MILDT/partenaires a mis en évidence la mobilisation croissante des équipes de recherche en sciences humaines et sociales sur la question des substances psychoactives et des comportements de dépendance : en effet, 32 laboratoires (en économie, sociologie, psychosociologie, anthropologie, droit et histoire) ont déposé un projet répondant à l'appel d'offres 2000. Ce résultat a paru d'autant plus honorable que le temps laissé aux équipes pour bâtir leurs projets a été relativement bref cette année-là⁶. Même si, relativement à l'ensemble des projets présentés, l'implication des laboratoires de sciences sociales a diminué l'année suivante (39 % contre 44 % des projets), l'intérêt manifesté par les équipes en sciences humaines a connu de réels progrès.

Les secteurs de recherche identifiés par le plan comme insuffisamment développés ont commencé à être investis : dans le cadre des appels d'offres, de 1999 à 2001, le nombre de projets de recherche financés sur le thème de l'alcool et du tabac a globalement augmenté : 11 programmes d'études liés à l'alcool et 9 dos-

4. Achèvement des recherches prévu fin 2003/début 2004.

5. L'ensemble des montants cités dans ces deux paragraphes a été calculé toutes taxes comprises.

6. Source : compte-rendu de la réunion du comité de pilotage du 28 novembre 2000.

siers de recherche relatifs au tabac sont en cours. Mais c'est dans le domaine des sciences humaines et sociales (hors santé publique) que la croissance des projets retenus est la plus nette : 7 projets en 1999, 12 en 2000, 14 en 2001, soit la moitié de l'ensemble des projets soutenus en 2000 et en 2001. À signaler également deux protocoles en cours sur la question du dopage, notamment peu étudiée.

Malgré le développement de secteurs de recherche auparavant peu investis, des manques thématiques persistent : les projets concernant les questions de dopage et, plus généralement, l'utilisation de psychostimulants font défaut. Il en va de même des propositions relatives à l'impact des réglementations publiques sur le fonctionnement des marchés de produits légaux (alcool, tabac), aux aspects historiques des consommations ou encore, aux interactions entre comportements alimentaires et consommation de tabac ou d'alcool. En outre, les approches interdisciplinaires sont encore peu répandues – à l'exception de quelques projets biocliniques –, quoiqu'en éveil : quelques projets émanant d'équipes de recherche en sciences humaines et sociales déposés en 2001 ont tenté d'établir des ponts entre une approche de santé publique ou une démarche clinique et une approche propre aux sciences humaines et sociales⁷.

Contribution à l'accroissement du potentiel de recherche sur les questions de drogues et de toxicomanies

Pour intéresser le maximum d'équipes de recherches et assurer une meilleure accessibilité des laboratoires aux appels d'offres liés aux questions de drogues et de toxicomanies, la MILDT a mis en ligne sur le site « drogues.gouv.fr », non seulement les appels d'offres dont elle était l'instigatrice mais également ceux dont elle avait connaissance, qu'ils émanent de l'Institut de recherches scientifiques sur les boissons (IREB), de l'Agence nationale de la recherche sur le Sida (ANRS), de l'INSERM ou du Groupe Pompidou. Concernant strictement les appels d'offres, les canaux de diffusion ont donc été multipliés et étendus à la conférence des présidents d'universités, au collège des économistes de la santé, aux différentes publications des EPST, etc. En parallèle, la MILDT a travaillé sur ses fichiers de destinataires afin de majorer la diffusion postale des appels d'offres (atteignant le chiffre de plus de 1 500 équipes destinataires).

Le Conseil scientifique de la MILDT a souhaité encourager la formation d'un « fonds de réserve » de chercheurs potentiellement intéressés par les questions des drogues et des toxicomanies. En complément du classement classique utilisé pour

selectionner les réponses aux appels d'offres – sur une échelle allant de A à C⁸ –, le Conseil scientifique de la MILDT classe depuis 2000 quelques projets par an en D. Ce classement correspond, sur le plan de la qualité scientifique, à des projets jugés intéressants mais présentant des faiblesses (dits B) que le Conseil a souhaité distinguer car il estime qu'ils traitent des sujets importants pour la MILDT et qu'il convient d'encourager les proposants à soumettre une nouvelle proposition au prochain appel d'offres : 12 projets (sur 72 examinés) ont connu ce sort en 2000. Les avis des rapporteurs (anonymisés) ont été joints au courrier envoyé aux responsables scientifiques de ces projets, les incitant à reformuler leur projet de recherche l'année suivante⁹.

D'une façon générale, le Conseil scientifique de la MILDT, dont les membres sont eux-mêmes des chercheurs actifs provenant d'horizons disciplinaires différents, s'est attaché à ne pas exercer une simple fonction de tri des dossiers en vue d'un appel d'offres mais bien de créer et d'entretenir une dynamique de recherche, avec l'appui du comité de pilotage. Cette volonté d'impulsion s'est concrétisée par la journée de suivi des recherches financées dans le cadre de l'appel d'offres MILDT/INSERM/CNRS de 1999, organisée en juin 2001. Son objectif majeur n'était pas tant en effet de présenter les résultats des recherches (la plupart d'entre elles étant en cours), que de favoriser les échanges entre laboratoires et disciplines sur des questions de fond et de méthode – touchant en particulier aux problèmes de recueil, de traitement et d'interprétation des données¹⁰. Ainsi le Conseil scientifique de la MILDT a-t-il penché pour l'organisation de quatre ateliers thématiques « interdisciplinaires », permettant de rompre l'isolement relatif des différentes disciplines et de contribuer à structurer un champ de recherche spécifiquement tourné vers la question des drogues et des toxicomanies. Le profit secondaire attendu de cette journée était de faire naître des idées de collaboration entre des laboratoires évoluant dans des disciplines différentes.

Dans cette même perspective, la MILDT a associé les chercheurs issus de disciplines peu mobilisées à la réflexion sur les moyens de renforcer leur motivation à s'investir sur ces créneaux de recherche. Ainsi a-t-elle organisé un mini-séminaire de réflexion, dans le cadre du lancement de l'appel d'offres 2001, réunissant quelques spécialistes, pour recenser les raisons de la sous-mobilisation des chercheurs en droit et en science politique et définir les moyens de lever ces obstacles. Le parti pris a donc été de sensibiliser et de motiver les chercheurs potentiellement concernés par les appels d'offres, au moment de leur lancement.

8. A (projet excellent), B (projet intéressant mais présentant des faiblesses ou des incertitudes), C (projet médiocre).

9. Source : compte-rendu de la réunion du comité de pilotage du 28 novembre 2000.

10. Source : compte-rendu de la réunion du comité de pilotage du 1^{er} mars 2001.

7. Source : compte-rendu de la réunion du Conseil scientifique de la MILDT du 20 septembre 2001.

État des lieux des connaissances et du potentiel de recherche dans les thématiques identifiées comme prioritaires

Diverses expertises collectives, visant à produire un état des lieux des connaissances dans les domaines prioritaires de l'action publique – controversés ou mal connus –, ont été commandées par la MILD'T à l'INSERM au cours de la période triennale. Trois expertises ont été finalisées : deux sur les effets sur la santé de la consommation d'alcool (expertise commandée conjointement par la MILD'T, le CNAMTS et le CFES et présentée en septembre 2001), une troisième sur les effets du cannabis sur le comportement et la santé (novembre 2001). Deux autres sont en cours, sur les risques sociaux de la consommation d'alcool (résultats attendus en février 2003) et sur la question de la dépendance au tabac (résultats disponibles au second semestre 2003). En outre, un bilan actualisé des progrès de connaissances en neurobiologie est en cours.

Formation de nouveaux chercheurs

La MILD'T, en collaboration avec la Mission scientifique universitaire (MSU) de la Direction de la recherche du ministère de la Jeunesse, de l'Éducation nationale et de la Recherche, a promu, à travers le financement annuel d'un certain nombre d'allocations de recherche fléchées « drogues, comportements de dépendance », des travaux de thèse portant sur l'usage et/ou la dépendance aux substances psychoactives illicites et licites. Sur le plan financier, l'appel d'offres de 2001 mettait en jeu 10 allocations, dont 6 ont été pourvues. Le deuxième, en 2002, a permis d'attribuer 3 allocations nouvelles.

Concernant les règles de fonctionnement de ces appels d'offres, les membres du Conseil scientifique ont décidé, en 2001 comme en 2002, de privilégier, soit de jeunes équipes en voie de constitution (ou de consolidation), soit des équipes explorant de nouveaux axes de travail au sein de laboratoires déjà constitués : à qualité scientifique égale, la consigne était donc de donner la priorité aux projets de thèses émanant de ce type d'« équipes émergentes¹¹ ».

Le texte d'annonce de ces appels d'offres a été mis en ligne sur le site « drogues.gouv.fr » en 2001 et en 2002, favorisant la mobilisation de catégories élargies de chercheurs ou d'étudiants. En 2002, à sa publication sur le site internet de la MILD'T s'est ajoutée une mise en ligne sur le site des Écoles doctorales. En outre, les responsables de la MSU du ministère ayant transmis à la MILD'T le fichier des responsables d'Écoles doctorales, la MILD'T a pu leur adresser le texte d'annonce par voie postale dans la dernière semaine du moins d'avril 2002. Le délai ainsi

laissé aux directeurs de thèse et aux doctorants pour élaborer leur dossier de réponse a été pratiquement le double, en 2002, de celui de l'année précédente (5 semaines au lieu de 18 jours) – bien qu'il demeure relativement bref.

Le nombre de réponses reçues, témoignant en partie de l'investissement de « nouveaux » chercheurs sur la question des drogues et des toxicomanies, s'est avéré décevant. En dépit du calendrier, moins tendu que l'année précédente, et d'un envoi postal systématique à toutes les écoles doctorales regroupant des disciplines scientifiques susceptibles d'apporter un éclairage sur ces questions – qu'elles appartiennent au champ de la biologie, de la clinique, de la santé publique ou des sciences de l'homme et de la société¹² –, la MILD'T n'a reçu que 12 propositions dans les délais impartis, vs 28 en 2001. Face au nombre limité de propositions reçues, les membres du Conseil scientifique ont maintenu un taux de sélection comparable à celui pratiqué l'année précédente (soit environ 20 %) pour conserver un niveau d'exigence suffisant. D'une année sur l'autre, le nombre de projets de sciences humaines et sociales, discipline identifiée par le plan comme étant à développer, s'est révélé satisfaisant : 9 projets présentés en 2001 et 5 en 2002.

Aide financière et intellectuelle à la structuration de nouvelles équipes de recherche et de nouveaux laboratoires

En janvier 2002, une unité de recherche mixte (CNRS/Université) en sciences humaines et sociales a été créée avec l'aide de la MILD'T et placée sous la direction d'Alain Ehrenberg. Celle-ci sera spécialisée sur la question des relations entre santé mentale, drogues et dépendances.

La nouveauté de la période triennale a été l'habilitation d'un DEA spécifiquement consacré à la thématique des substances psychoactives. Rattaché à l'Université Paris V, ce DEA a reçu une aide financière de la MILD'T, du CNRS et de l'Université elle-même.

Discussion

Par conséquent, compte tenu de l'absence initiale de structuration du milieu de la recherche, les efforts accomplis ont été importants dans la période triennale écoulée.

Pour mesurer plus rigoureusement la place de la recherche sur les drogues en France et son évolution, il conviendrait de calculer, dans un premier temps, sa part relative dans le montant global de la recherche, pour comparer le chiffre obtenu à son équivalent dans les autres pays européens dans un second temps. Dans la

11. Source : compte-rendu de la réunion du Conseil scientifique de la MILD'T du 2 mai 2002.

12. Correspondant aux départements DS 5 « biologie, médecine, santé », DS 6 « sciences de l'homme et des humanités », et DS 7 « sciences de la société » de la MSU.

pratique, cette opération est aléatoire : la recherche sur les drogues ne constitue pas un poste budgétaire identifié dans les comptes nationaux européens. Si la MILD'T a injecté en 2001 l'équivalent de 4,9 M¹³ dans les activités de recherche, le budget civil de recherche et de développement technologique pour 2002 s'élevait – en dépenses ordinaires et en autorisations de programmes – à 9 031 M¹⁴. Cette mise en parallèle n'a pas autant de sens que si elle portait sur le chiffre réel des efforts financiers réalisés dans le domaine de la recherche sur les drogues – d'autant que la MILD'T n'épuise pas à elle seule les capacités de recherche dans ce domaine exclusivement – et ne peut même pas être établie de façon analogue par rapport aux autres pays européens. Signalons simplement que, d'une manière générale, l'Europe investit relativement peu dans la recherche puisqu'elle y consacre à peine 1,8 % de son PIB, contre 2,7 aux États-Unis et 3,1 % au Japon¹⁵.

Ainsi, on est passé d'une situation, en 1998, où il était difficile de répertorier l'ensemble des chercheurs qui travaillaient dans le champ de la toxicomanie car ils appartenaient à des équipes pluridisciplinaires¹⁶, à une configuration plus lisible des milieux de recherche. Face à la dispersion et à l'« inorganisation » pointées par la Cour des comptes (Cour des comptes, 1998), les pouvoirs publics ont développé une démarche incitative en direction des milieux de la recherche en toxicomanie, par nature pluridisciplinaires¹⁷. Les axes thématiques de recherche ont été maintenus depuis trois ans et ont fait l'objet d'un soutien systématique : les deux tiers des financements de la MILD'T ont été attribués à des projets de recherche dans les domaines prioritaires (sciences humaines et sociales, recherche clinique, alcool, tabac). L'aide à la structuration de nouvelles équipes spécialisées sur la question des drogues et des toxicomanies semble cependant se heurter à la logique sectorielle du champ universitaire. Celui-ci, en effet, profitant des effets d'opportunité produits par l'apport de financements sur ces thématiques particulières, n'en développe pas pour autant une politique de spécialisation au long cours (comme

13. Source : projet de loi de finances pour 2003, état de la recherche et du développement technologique, ministère délégué à la Recherche et aux Nouvelles technologies.

14. Source : Discours de Philippe Busquin, Commissaire chargé de la recherche dans l'Union européenne, à la Fondation Friedrich Ebert (Friedrich-Ebert-Stiftung) (« La recherche en Europe », 18 janvier 2001, lien internet : http://europa.eu.int/comm/commissioners/busquin/research_talk/speeches/sp18012001fr.html).

15. Ces équipes pluridisciplinaires sont elles-mêmes réparties entre plusieurs établissements publics scientifiques et technologiques, essentiellement l'INSERM et deux départements du Centre national de la recherche scientifique (CNRS) : celui des sciences de l'homme et de la société et celui des sciences de la vie.

16. Le rapport de suivi de la Cour des comptes pointait le fait que le ministère de la Recherche n'avait pas, selon elle, pleinement joué son rôle d'impulsion. En effet, aucune instance, chargée d'établir la programmation des recherches en toxicomanie, d'en centraliser les résultats et d'en organiser la diffusion, n'avait été mise en place au sein de la mission scientifique et technique du ministère de la Recherche. De plus, la Cour avançait que le ministère de la Recherche n'était membre du comité interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie que depuis avril 1996. Enfin, le rapport relevait le faible investissement financier du ministère et le fait qu'aucun conseil scientifique spécifique n'avait été institué auprès du ministère chargé de la recherche.

en témoigne la sous-consommation des allocations de recherche fléchées). On peut néanmoins penser que les effets de la structuration opérée seront visibles à plus long terme, donc vraisemblablement évaluables dans les années qui viennent.

1.2. DÉVELOPPEMENT ET RENFORCEMENT DE L'OBSERVATION SUR LES TENDANCES DES CONSOMMATIONS

Constats posés par le plan triennal

Le plan triennal soulignait l'importance cruciale d'une connaissance actualisée des phénomènes de consommation, véritable outil d'aide à la décision en temps réel. Ce besoin de connaissance porte en particulier sur les produits, leurs effets sanitaires et sociaux, l'évolution des modes, des niveaux et des contextes de consommation et les facteurs prédictifs.

Réponses apportées par le plan triennal

Le plan triennal prévoyait de mettre en place et de pérenniser un dispositif axé sur la surveillance d'une part, qui joue un rôle d'information sur l'évolution des contextes d'usage, et sur le recueil et l'analyse des drogues de synthèse d'autre part, permettant de répondre aux exigences de l'Action commune européenne sur les drogues synthétiques¹⁷.

Évaluation du degré de réalisation de cet objectif

Actuellement, le dispositif spécifique d'observation repose essentiellement sur l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), groupement d'intérêt public (GIP) financé par la MILD'T mais bénéficiant d'une autonomie scientifique. Il rassemble et analyse les données statistiques produites par les différents départements ministériels concernés, conduit des enquêtes épidémiologiques régulières et met en œuvre le dispositif d'observation des nouvelles tendances de consommation. Il est également compétent pour mener des études et des évaluations. Il est enfin le correspondant de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) pour la France. Ce dispositif s'est appuyé tout au long de la période triennale sur le Collège scientifique de l'OFDT.

17. Article 3 de l'Action commune européenne (16 juin 1997) fixant la liste des produits sous surveillance.

Le développement et le renforcement de l'observation sur les drogues et les dépendances se sont appuyés sur trois piliers ici évoqués dans le détail :

- un système pérenne d'observation des consommations et des perceptions de la population générale ;
- une procédure d'identification des phénomènes émergents liés aux drogues ;
- un dispositif d'identification de la composition des drogues de synthèse.

Mise en place d'un dispositif pérenne d'observation des consommations et des perceptions de la population générale

Pour la mise en place de ce dispositif, l'OFDT s'est appuyé sur une commission issue de son Collège scientifique et sur des groupes de projet méthodologiques. Les chargés d'études gèrent les aspects pratiques des enquêtes et peuvent être mobilisés pour aider à la mise en œuvre des actions. Le dispositif comprend des référents méthodologiques, des personnes ayant une bonne connaissance du terrain, et des spécialistes de la formulation des questions et de l'analyse statistique. Ce système d'observation systématique a été pérennisé au cours de la période triennale.

Le dispositif d'observation a été construit en partenariat avec d'autres instances de veille. Conformément aux orientations du plan triennal visant à pallier le manque d'informations statistiques sur l'ampleur des phénomènes d'usage, une approche visant à mesurer la prévalence de la consommation dans la population générale a été développée. Des enquêtes épidémiologiques ont été régulièrement réalisées et publiées. Ainsi, l'OFDT a participé à l'élaboration et à l'analyse du volet « drogues illicites » du dernier Baromètre Santé coordonné par le CFES¹⁸ (ARÈNES *et al.*¹⁹, 2000), en articulant une logique de partenariat et de suivi des tendances à une logique de recherche²⁰. Cette enquête sur les connaissances, les attitudes et les comportements des Français en matière de santé a été améliorée en 2000 – du fait de l'augmentation de la taille de l'échantillon qui a permis de détecter plus finement des évolutions d'opinions et de comportements. Elle est réalisée tous les trois ans. Les premiers résultats ont été diffusés au mois de septembre 2000 et la publication finale est intervenue en fin d'année 2001.

L'exploitation de cette enquête a permis, par exemple, de mettre en évidence des consommations « ordinaires » qui sont souvent le fait de personnes jeunes, bien insérées socialement. Plus globalement, ces études ont permis, non seulement

de montrer que la question des drogues n'était pas exclusivement le fait de populations en difficulté – même si, pour celles-ci, les dommages sont plus manifestes et plus graves – mais aussi d'appréhender la réalité des comportements de consommation en fonction du produit consommé, de la vulnérabilité de la personne qui consomme, et des circonstances dans lesquelles elle consomme.

La seconde enquête du dispositif est l'enquête en milieu scolaire, ESPAD²⁰ (European School Survey on Alcohol and Other Drugs²⁰). Celle-ci a été réalisée en 1999, dans un cadre de comparabilité avec les pays européens. Pilotée par l'OFDT, sa réalisation a été confiée à l'équipe « Santé de l'adolescent » de l'INSERM. La publication des premiers résultats a eu lieu en mars 2000 et la publication finale a été effective à l'été 2002 (Beck, Legleye, Peretti-Watel, 2002). La répétition de l'étude ESPAD tous les quatre ans permet une approche de l'évolution des consommations d'une génération à l'autre ; d'une enquête à l'autre, des points précis ont pu être mis en valeur pour assurer un suivi plus fidèle des tendances ; son intégration dans un cadre européen a permis de procéder à des comparaisons internationales scientifiquement robustes ; l'utilisation de questionnaires renseignés par écrit, sous garantie d'anonymat, a assuré un recueil de données fiable. Les messages de prévention ont donc pu s'inspirer directement des conclusions de cette étude.

Depuis l'année 2000, une fois par an, l'OFDT réalise une enquête sur la santé et les consommations des jeunes de 18 ans lors de l'Appel et de la préparation à la défense (ESCAPAD²⁰). Cette enquête interroge tous les adolescents qui passent leur journée d'appel de préparation à la défense (JAPD) le mercredi et le samedi d'une semaine donnée, ce qui représente un échantillon se situant entre 10 000 et 20 000 jeunes de 18 ans – parmi les 700 000 jeunes Français qui répondent à cet appel. L'intérêt de cette étude pour les pouvoirs publics est triple : il tient tout d'abord à la population interrogée – les jeunes filles et les garçons atteignant l'âge de la majorité, y compris ceux qui ne sont plus scolarisés²¹ ; à la taille de l'échantillon, qui garantit des résultats fiables et une analyse approfondie sur la gradation des usages selon leur intensité et leurs contextes ; enfin à sa périodicité annuelle qui en fait un instrument de mesure régulière et homogène des évolutions comportementales. Pour mettre au point le protocole et le questionnaire, l'OFDT a animé et coordonné un groupe d'experts. Ces enquêtes ont été publiées dans les 12 mois suivant la phase de terrain. Les premiers résultats ont été publiés en décembre 2000 ; la seconde enquête est parue en 2001 (Beck, Legleye, Peretti-Watel, 2000). Une

18. Comité français d'éducation à la santé, rebaptisé « Institut national pour la prévention et l'éducation à la santé » en 2002.

19. Sur cette enquête, l'Observatoire a largement contribué à la réflexion sur les méthodes (notamment sur la construction d'un argumentaire à la CNIL en vue de l'interrogation des ménages sur liste rouge), le questionnaire et la formation des enquêteurs. Le suivi du terrain, le recodage et la préparation de la base de données et l'analyse ont été également réalisés en partenariat.

20. Reformulée en français, l'étude s'intitule « Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée – ESPAD France ».

21. Ce qui constitue une spécificité intéressante de ce dispositif. Les autres enquêtes existantes n'enregistrent que les opinions de tranches d'âge en cours de scolarité ou de jeunes adultes, sans parvenir à « capturer » les populations jeunes marginalisées, déscolarisées ou en errance.

plaquette des principaux résultats de l'exercice précédent a été distribuée à l'ensemble des répondants afin qu'ils soient informés, dès la fin de l'enquête, sur l'utilisation qui sera faite de leurs réponses. Un tel retour d'information aux personnes interrogées est inédit dans la mesure où il transforme la nature de la relation entre enquêteur et enquêté. Ces études ont permis, par exemple, de résituer les consommations au sein du mode de vie.

Enfin, l'OFDT a mis en place et réalisé en 1999 et en 2002 une Enquête sur les perceptions et opinions de la population française sur la toxicomanie (EROPP²²). La maîtrise d'ouvrage en est revenue entièrement à l'OFDT : préparation de l'enquête et conception (formation des enquêteurs, suivi du terrain, analyse des tests, exploitation de la base et analyse statistique). La publication du premier rapport final a eu lieu en novembre 2000, la seconde en février 2003 (Beck, Legleye, Peretti-Watel, 2000 et 2003). Ces études explorent les représentations du public concernant les usages de drogues, la réglementation existante, etc.

Pour l'avenir, le dispositif doit faire face à différents enjeux. La question des « addictions sans produit » a été soulevée par plusieurs spécialistes faisant le constat de l'insuffisance des réponses apportées aux conduites alimentaires pathologiques (boulimie, anorexie) ou au jeu pathologique (intégrant les phénomènes de « dépendance » à l'Internet et aux jeux vidéo). Selon ces spécialistes, l'ampleur de ces comportements, et leurs conséquences sanitaires, seraient aujourd'hui encore sous-estimées.

À ce jour, les opérateurs de ce dispositif statistique assurent une bonne « couverture » du public adolescent. L'équipe travaille actuellement à l'amélioration de l'accès à trois types de populations « cachées » : les étudiants, les adultes usagers de produits tels que la cocaïne et l'ecstasy, le segment de population ne disposant pas de ligne fixe mais seulement de téléphones portables. Des pistes d'amélioration des indicateurs sont en cours d'étude pour les années à venir : de nouveaux indicateurs pourraient être élaborés et la forme des enquêtes modifiée (les questions par exemple évoluent progressivement). La méthode sera probablement revue sur certains aspects mais reste calquée sur les indicateurs européens de façon à garantir une bonne comparabilité sur l'ensemble des enquêtes suivies (ESPAD, ESCAPAD, Baromètre Santé). D'une manière générale, les enquêtes menées en population générale ont permis de fonder l'action publique sur une approche réaliste et scientifique des phénomènes. Ce parti pris a permis, par exemple, de nourrir le discours de prévention²³. Mais l'effort principal qu'il reste à fournir porte sur le repérage des usages problématiques.

22. Le pôle des enquêtes en population générale de l'OFDT évoqué dans ces lignes réalise des enquêtes qui permettent une analyse régionale des usages, en métropole et dans les départements d'outre-mer, utile aux décideurs publics. Celles-ci permettent notamment d'infléchir les politiques locales de prévention.

Identification des phénomènes émergents liés aux drogues

La mise en place d'un dispositif d'identification et de description des tendances récentes et des nouvelles drogues (TREND) est un des objectifs clairement affichés dans le plan (Bello *et al.*, 2002). Ce système s'inscrit dans le cadre d'une réflexion menée à l'échelon européen (Griffiths, Vingoe *et al.*, 1999) depuis plusieurs années. Il vient en complément du dispositif d'observation classique et vise à développer, au sein du système français d'information sur les drogues, une fonction d'information précoce pour réduire les délais d'information en matière de santé publique. Cette fonction implique l'utilisation des informations produites par des structures d'information partenaires (Enquêtes en population générale, SIAMOIS (InVS)²³, OPPIDUM (CEIP)²⁴, CNAMTS, etc.) et la collecte d'informations non disponibles ailleurs. Au cours de la période triennale, ce dispositif a donc permis d'identifier et de décrire des phénomènes émergents liés aux drogues. Ces informations ont été mises à la disposition des autorités publiques et du grand public (par le biais du site internet « drogues.gouv.fr »), afin de permettre une adaptation de leurs stratégies d'action.

La spécificité de ce dispositif est de compléter le système d'information pré-existent en offrant aux décideurs, professionnels et citoyens des informations sur des phénomènes (produits, modalités de consommation, populations, dommages, perceptions, vente de proximité) touchant une part encore restreinte de la population. Sur ce point, considéré comme prioritaire, des progrès indéniables ont été accomplis.

En 2002, le dispositif Tendances récentes se structure selon cinq axes : le réseau des sites TREND, la veille média, des partenariats avec des systèmes d'information partenaires, des investigations spécifiques et le système SINTES. Celui-ci sera détaillé plus loin.

23. Le Système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection et à la substitution (SIAMOIS), initié par la Direction générale de la santé et développé par l'Institut de veille sanitaire (InVS), a été conçu en 1996 pour suivre les tendances en matière d'accès au matériel d'injection stérile disponible dans les pharmacies et aux médicaments de substitution.

24. Le programme OPPIDUM (Observation des produits psychotropes ou détournés de leur utilisation médicamenteuse) est un système de surveillance épidémiologique de l'évolution de la consommation des stupéfiants et des psychotropes (produits illicites ou médicaments détournés de leur usage) organisé sous la forme d'une enquête multicentrique annuelle auprès des structures d'accueil et de soins aux toxicomanes. Cette enquête permet de répertorier, de façon anonyme et annuelle, dans différentes structures de soins, les cas de dépendance chez des patients hospitalisés ou ambulatoires, sous traitement de substitution ou présentant une pharmacodépendance à une ou plusieurs substances. Ceci permet de surveiller l'évolution de la consommation de psychotropes et d'alerter les autorités sanitaires sur l'utilisation de nouveaux produits ou nouvelles voies d'administration ainsi que sur les associations potentiellement dangereuses. Ce programme a été développé au début des années 1990 par le réseau des Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP).

Le réseau des sites TREND est un réseau de neuf agglomérations (Bordeaux, Dijon, Lille, Lyon, Marseille, Metz, Paris et une partie de la Seine-Saint-Denis, Rennes, Toulouse) et trois départements (Guyane, Martinique, Réunion). Chaque site dispose d'une coordination locale chargée de l'animation du réseau, de la collecte et de l'analyse à l'échelon local. Une stratégie commune de collecte d'informations au niveau local a été mise en œuvre. Cette stratégie fait appel à des outils et des agents de détection diversifiés. Elle comprend :

- des observations ethnographiques réalisées dans les lieux de consommation – de l'espace urbain et de l'espace festif techno ;
- des questionnaires qualitatifs (par produit), l'un destiné aux équipes des structures dites de « bas seuil » pour étudier l'espace urbain ; l'autre adressé à des équipes travaillant dans le cadre de l'espace festif techno ;
- une enquête transversale auprès des usagers de structures de « bas seuil » à l'aide d'un questionnaire fermé portant sur les caractéristiques sociodémographiques, l'état de santé des consommateurs de produits ;
- deux groupes focaux, l'un formé de professionnels du champ sanitaire, l'autre avec des représentants des services répressifs (police, gendarmerie, justice) et sur certains sites, un troisième groupe focal avec des usagers de drogues.

Au niveau national, un recueil de données a également été conduit à l'aide des méthodes suivantes : des observations fournies par des observateurs travaillant dans l'espace festif techno, l'animation de groupes focaux composés des membres des associations d'usagers de drogues, la mise en place d'une enquête transversale auprès d'usagers de drogues appréhendés au travers des associations qu'ils fréquentent.

Tableau 1 - Volume d'activité du réseau des sites TREND de 1998 à 2002

Année	Fin 1999	2000	2001	2002
Nombre de sites	10	10	13	13
Synthèses d'observation ethnographique	21	23	31	79
Questionnaires qualitatifs	18	32	40	37
Questionnaires quantitatifs	-	-	799	979
Groupes focaux	-	-	14	28

Source - OFDT

La veille média est un outil d'analyse du contenu d'une partie de la presse destinée aux jeunes adultes. Elle permet de disposer d'une connaissance du discours de ces médias sur les drogues. Le premier exercice s'est déroulé en 2001, les résultats ont contribué au rapport TREND 2002 portant sur les phénomènes émergents en 2001²⁵. À partir de 2002, des indicateurs (trafics locaux, comorbidité), autres que les seules représentations sociales, seront étudiés à partir de l'analyse des grands journaux nationaux.

Le dispositif TREND a renforcé son partenariat avec différents systèmes d'information : les membres du réseau des CEIP, producteurs de l'enquête OPPIDUM ; l'InVS responsable du système SIAMOIS, la CNAMETS avec laquelle un travail sur les prescriptions de produits de substitution en 1999 et 2000 a été réalisé (OFDT, CNAMETS, 2002) . De ce point de vue, la collaboration des instances de collecte d'informations avec le dispositif TREND semble avoir bien fonctionné.

Le cinquième axe de travail du dispositif TREND est la réalisation d'investigations spécifiques. Il s'agit soit d'explorer un espace peu connu sur le plan des consommations, soit de décrire de manière approfondie un phénomène émergent identifié par TREND afin d'en dégager des éléments de compréhension. Deux investigations ont été présentées dans le rapport TREND de juin 2001²⁶ et quatre dans le rapport TREND de juin 2002²⁷, trois sont en cours pour le rapport de 2003²⁸. Par ailleurs, toutes ces investigations donnent lieu à des rapports qui sont, pour la plupart, publiés par l'OFDT.

Le dispositif TREND publie un rapport annuel portant sur les phénomènes émergents de l'année écoulée, et ce depuis mars 2000. Le premier rapport faisait une centaine de pages, le troisième en fait presque trois cents, auxquelles s'ajoutent les sept cents pages de « rapports locaux de sites ». Il met à disposition du lecteur trois niveaux de lecture : un résumé, une synthèse et une présentation détaillée. Outre les données nationales du réseau des sites, du système SINTES, de la veille média et des systèmes partenaires, le rapport s'est enrichi des résultats des investigations spécifiques et des treize rapports de sites.

25. L'activité de cette branche du dispositif a été détaillée dans un article, Gandilhon (M.), Fontaine (A.), « Veille média. Phénomènes émergents liés aux drogues en 2001 » in Bello et al., 2002, p. 159-178).

26. Les deux investigations spécifiques du dispositif TREND en 2000 ont porté sur la substitution et l'évaluation de la pertinence du recours à des observateurs non-spécialistes.

27. Les quatre investigations spécifiques du dispositif TREND en 2001 ont porté sur : (a) les nouveaux usages de l'héroïne ; (b) les premiers résultats de la recherche exploratoire sur les usagers intégrés ; (c) les consommations de produits psychoactifs en milieu festif rock ; (d) la consommation de Rohypnol® hors protocole médical.

28. Les investigations en cours portent sur (a) la consommation parmi les prostitués, masculins et féminins, (b) les primo-usages de buprénorphine haut dosage, (c) les usagers de kétamine.

Les informations produites par le système TREND sont susceptibles d'être utilisées par les décideurs, les professionnels et les citoyens sur des phénomènes qui ne concernent que des publics restreints. Parmi ces informations, on peut citer :

- la confirmation par TREND de l'importance persistante des consommations de cocaïne et de crack a mis en évidence la nécessité d'une adaptation continue du système de soins en direction de « nouveaux usagers » ;
- l'ampleur des pratiques de régulation (usage concomitant ou différé de plusieurs produits dans le but d'en modifier les effets, qui concerne une population spécifique) a pu impliquer une modification des messages de prévention sur la polyconsommation ;
- la mise à jour des modalités de consommation présentes dans l'espace festif techno a contribué à orienter des actions de prévention ;
- l'identification précoce d'un développement de la consommation de kétamine dans des populations restreintes. Elle peut amener à une réflexion des décideurs et des professionnels.

Meilleure identification de la composition des drogues de synthèse

Le système SINTES (Système d'identification national des toxiques et substances) intégré au dispositif TREND vise à fournir des informations sur le contenu des produits psychoactifs de synthèse disponibles en France et à répondre ainsi aux objectifs d'amélioration des connaissances fixés par le plan.

Le système SINTES fonctionne à partir de quatre sources d'informations : (a) les structures sociosanitaires, qui fournissent des échantillons et des observations et (b) les services répressifs (police, gendarmerie, douanes) qui transmettent leurs résultats aux laboratoires toxicologiques. Les résultats de leur analyse sont intégrés dans une base de données gérée par l'OFDT. Depuis 1999, année de création de SINTES, le nombre d'échantillons disponibles va croissant (voir tableau 2). De 1999 à la fin de l'année, plus de 6 000 échantillons ont été collectés.

Tableau 2 - Nombre d'échantillons intégrés dans la base de données du système SINTES selon l'année et la source d'information

Année	Fin 1999	2000	2001	2002
Sociosanitaire	82	734	796	1 006
Police	261	366	425	479
Douanes	90	682	649	481
Gendarmerie	0	0	6	32
Total	433	1 782	1 876	1 993

Source - OFDT

Le système spécifique SINTES basé sur la collecte sociosanitaire a connu une montée en charge dans la période triennale : près de 800 nouveaux échantillons ont été collectés en 2001, soit 8 % de plus qu'en 2000 (734). Le nombre de structures de collecte est passé de 3 en 1999 à 8 en 2002. Le nombre de laboratoires toxicologiques est passé de 2 en 1999 à 5 en 2002. Le délai entre collecte et retour d'analyse toxicologique s'est réduit de 1999 à 2002. Il est aujourd'hui de moins d'un mois (en mai 2001) et peut encore être amélioré.

LISTE DES NOTES D'INFORMATION DU DISPOSITIF TREND ISSUES DU SYSTÈME SINTES

(Date de mise à jour : juillet 2002)

- Identification de TMA-2 (note d'information du 3 septembre 2002)
- Identification de BUPROPION dans des échantillons de la base SINTES (note d'information du 26 juillet 2002)
- Identification d'amphétamine fortement dosée (note d'information du 26 juillet 2002)
- Première identification du principe actif de la Salvia Divinorum dans SINTES (note d'information SINTES du 19 juillet 2002)
- Nouvelle identification de PMA (note d'information du 31 mai 2002 – version initiale de février 2002)
- Identification de MÉTHORPHANE (note d'information SINTES actualisée du 17 mai 2002, version initiale du 4 avril 2002)
- Identification de TILÉTAMINE (note d'information SINTES du 3 avril 2002)
- Identification de molécules médicamenteuses dans des échantillons de la base SINTES (note d'information du 25 janvier 2002)
- Note d'information du 21 janvier 2002 relative à deux échantillons fortement dosés en MDMA
- Premières identifications en 2001 de 2C-B (4-Bromo-2,5-Diméthoxyphénéthylamine) (note d'information du 30 octobre 2001)
- Molécules médicamenteuses dans les échantillons SINTES (notes d'information du 9 août 2001 - actualisation de la version de juillet 2001)

Des informations rapides peuvent être émises par l'OFDT à partir des résultats d'analyse issus de SINTES. Ces notes sont soumises à la MILD, l'AFSSAPS et la DGS qui jugent de l'opportunité d'émettre une alerte sanitaire (par exemple, l'identification au premier semestre de tilétamine dans des échantillons a amené la DGS à émettre une alerte sanitaire). En l'absence d'alerte sanitaire la note d'information est adressée par courrier électronique à l'ensemble des partenaires du système SINTES et est mise en ligne sur le site www.drogues.gouv.fr. Quatre notes

d'information ont été envoyées aux partenaires en 2000. De l'été 2001 à l'été 2002, 10 notes d'information ont été mises en ligne sur le site ; elles font l'objet d'actualisations périodiques.

L'objectif d'identification dans un délai rapide de substances potentiellement dangereuses semble avoir été tenu. Cela permet le signalement de produits à l'attention de l'unité stupéfiants de l'AFSSAPS qui étudie l'opportunité d'une procédure de classement²⁹. Par ailleurs, l'OFDT, en tant que point focal REITOX (Réseau européen d'information sur les drogues et les toxicomanies) utilise les résultats issus de SINTES pour répondre aux obligations découlant de l'action commune européenne de juin 1997. L'OEDT reçoit systématiquement une copie des notes d'information SINTES émises par l'OFDT.

Nombre de questions nécessitant une décision publique ont pu être documentées grâce au dispositif SINTES. La teneur des comprimés vendus sous l'appellation ecstasy par exemple a pu être investiguée plus précisément. En 2001, ce type de produits contenait effectivement de la MDMA³⁰ dans 87 % des cas, soit plus qu'en 2000 (79 %) et en 1999 (66 %). L'utilisation de médicaments détournés à des fins d'usage psychoactif a pu être établie : une centaine de spécialités médicamenteuses différentes ont été identifiées depuis la mise en place du système de surveillance, motivant en la matière une action publique spécifique.

1.3. DÉVELOPPEMENT D'UNE CULTURE DE L'ÉVALUATION

Constats posés par le plan triennal

L'adoption du plan triennal a été suivie, un an plus tard, par la validation du principe d'une évaluation globale des réalisations de ce programme d'action gouvernemental³¹. Cette mission a été complémentaire de celle ayant trait à l'évaluation des axes prioritaires du plan triennal, relatifs à quelques dispositifs spécifiques. En termes d'apport de connaissances, les évaluations programmées devaient tester notamment la pertinence des programmes expérimentaux, ou encore l'efficacité de certains dispositifs spécifiques.

29. En 2002, le délai d'évaluation du potentiel d'abus et de dépendance de la tilétamine – anesthésique vétérinaire identifié comme une substance psychoactive utilisée au sein du milieu festif par le dispositif SINTES – a été réduit à moins de deux mois : devant les conséquences sanitaires importantes de cette substance, l'alerte SINTES a été lancée le 26 février 2002 ; le classement par la Commission nationale des stupéfiants est intervenu le 18 avril 2002 (Source : AFSSAPS). L'arrêté de classement n'était pas encore paru à la date de rédaction de ce chapitre.

30. La MDMA (méthylène-dioxy-3,4-méthamphétamine) est le principe actif de l'ecstasy.

31. Le Comité permanent interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie du 26 septembre 2000 a en effet confié à l'OFDT un mandat d'évaluation du plan triennal.

Réponses apportées par le plan triennal

L'appréhension des résultats de l'action publique à travers l'évaluation a été développée et systématisée au cours de la période triennale. L'objectif annoncé était de rapprocher la politique publique sur les drogues de sa cible (les produits et les usagers toxicomanes) en veillant à mesurer l'adéquation entre les effets recherchés et les effets réels.

Évaluation du degré de réalisation de cet objectif

Une approche globale d'évaluation a été mise en place pour accroître le volume des connaissances relatives à la mise en œuvre des politiques publiques. Seront successivement décrits : les moyens déployés au service d'une approche globale d'évaluation ; les actions menées pour améliorer la qualité des évaluations et leur utilisation en termes d'aide à la décision.

Mise en place d'une approche globale d'évaluation

La validation de la présente démarche d'évaluation globale du plan triennal, confiée à l'OFDT, a eu lieu en 2000 : un mandat d'évaluation a été adopté et le programme des évaluations à mettre en œuvre a été défini et concentré sur quatre objets :

- les conventions départementales d'objectifs justice/santé (CDO), dont le rapport final a été rendu par l'équipe d'évaluation ACADIE en juillet 2002 ;
- le volet formation interministériel du plan triennal, évalué dans un rapport du cabinet C3E déposé en juin 2002 ;
- les programmes départementaux de prévention, qui ont fait l'objet d'un rapport final livré en juin 2002 par EVALUA ;
- les expériences de rapprochement des structures de prise en charge spécialisées dans les conduites addictives, en cours.

Par ailleurs, dans le cadre du mandat qui lui a été confié, l'OFDT a mis en œuvre des évaluations de dispositifs particuliers : Bus méthadone à Paris (décembre 2000), Points écoute jeunes et/ou parents (octobre 2000), familles d'accueil pour toxicomanes (avril 2001), dispositif des « unités pour sortants de prison » (avril 2001), et le dispositif pilote de lutte contre les toxicomanies dans le 18^e arrondissement de Paris. Un état des lieux sur l'application des dispositions de la loi Évin relative à la lutte contre le tabagisme en milieu scolaire a été également réalisé : les résultats ont été publiés le 31 mai 2002, lors de la journée sans tabac.

En outre, une synthèse des données fournies par les chefs de projet « drogues et dépendances » a été réalisée par l'OFDT en 2001 : cette source d'information globale sur l'activité des départements en matière de lutte contre la toxicomanie³² n'a pas fait l'objet d'une exploitation systématique. Néanmoins, elle offre des éléments quantitatifs actualisés que les rapports d'activité des structures spécialisées ne permettent pas d'appréhender ; de même, elle renseigne sur la coordination entre les acteurs locaux dans les départements et fait apparaître, dans certains cas, les partenariats défaillants, les ressources sous-utilisées, etc. Cet outil de connaissance de la réalité territoriale différenciée des politiques de lutte contre les drogues semble être, potentiellement, une aide à la décision publique, même si elle est pour l'instant sous-mobilisée.

En dehors de l'OFDT, d'autres structures ont développé une démarche d'évaluation (Emmanuelli (J.), INVS, *in Bello et al.*, 2002) . Les ministères ont été invités par la MILDT en 2000 à préciser s'ils disposaient déjà d'évaluations internes en matière de lutte contre les drogues et les toxicomanies³³. Les réponses reçues³⁴ ont permis d'observer que certains ministères avaient initié des études ponctuelles, à l'image de la Délégation interministérielle à la ville (DIV) qui, en concertation avec l'ANIT a, en septembre 2000, lancé une recherche-action sur le thème des « enjeux de l'acceptabilité sociale des toxicomanies et de leur insertion dans l'environnement urbain ». L'objet de l'étude consistait à analyser les expériences existantes afin d'en tirer des enseignements quant au succès de ce type d'initiatives en matière de politique de la ville. Par ailleurs, le ministère de la Justice, soulignait que l'une de ses directions³⁵ avait engagé, pour la première fois en 2000, à partir de la synthèse des rapports de politique pénale des procureurs généraux et des procureurs de la République, une démarche d'évaluation des politiques pénales. La DACG a par ailleurs mis en place des actions participant à l'amélioration de la connaissance de l'action de l'institution judiciaire en matière de lutte contre les drogues et la toxicomanie : ainsi en témoignent la mise sur pied de référentiels communs à toutes les juridictions – portant sur la nature des affaires reçues par les parquets, les orientations retenues, etc. – et le développement d'un logiciel de type INFOCENTRE qui donnera à chaque procureur la possibilité de disposer d'une cartographie de la délinquance sur le territoire de son ressort.

32. Soixante-dix départements ont répondu au questionnaire en 2001.

33. Réunion du 16 juin 2000 organisée par la MILDT et consacrée à la présentation et à l'étude du mandat confié à l'OFDT pour évaluer les mesures prévues par le plan triennal 1999-2002.

34. Courriers de réponse à la présidente de la MILDT du ministère de la Justice (Direction des affaires criminelles et des grâces) le 24 juillet 2000, de la Délégation interministérielle à la ville (Département citoyenneté, prévention, sécurité) le 4 septembre 2000, du ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie (Direction générale des douanes et droits indirects) le 5 septembre 2000, du ministère de l'Emploi et de la Solidarité (Direction générale de la santé) le 2 octobre 2001.

35. Il s'agit de la Direction des affaires criminelles et des grâces (DAGC).

Pour sa part, la douane a déclaré n'avoir pas entrepris de démarche globale d'évaluation en matière de lutte contre le trafic de stupéfiants : elle s'est bornée à souligner que l'un des enjeux principaux du plan triennal consistait à améliorer la connaissance des tendances de consommation. Enfin, la Direction générale de la santé a réagi à la sollicitation de la MILDT par un bilan d'étape du plan triennal, en pointant la difficulté de mener une véritable évaluation d'atteinte d'objectifs.

Amélioration de la qualité des évaluations de politiques publiques

Afin d'assurer la qualité des études, le lancement de l'appel d'offres et le choix des prestataires pour la réalisation des évaluations en tant que telles a été confié à l'OFDT qui sélectionne les équipes d'évaluation à partir d'une mise en concurrence d'organismes publics ou privés issus d'une consultation restreinte. L'équipe permanente de l'OFDT veille au respect de la démarche qualité des évaluations, en animant les comités de pilotage d'une part, et en assurant un suivi de l'avancement des études confiées au cabinet évaluateur d'autre part. Tout au long de la démarche, ces équipes s'appuient sur les compétences et les qualifications du Collège scientifique de l'OFDT et notamment, de sa Commission « évaluation ». Un référent issu de la Commission est mobilisé pour chaque évaluation : il est associé aux étapes clés de la démarche et invité aux réunions du comité de pilotage (notamment lors de la restitution).

Une grille synthétique d'« appréciation globale de la qualité » des études a été mise en place par l'OFDT. Celle-ci est renseignée au terme de chaque évaluation par le(s) expert(s) choisi(s) pour mesurer la valeur scientifique du produit livré par l'équipe d'évaluation. Ainsi, la qualité des évaluations est garantie par la relecture critique systématique d'au moins un expert.

Sept critères guident l'appréciation de l'expert : la satisfaction des demandes, l'adéquation de la méthodologie, la fiabilité des données, la solidité de l'analyse, la crédibilité des résultats, l'impartialité des conclusions, la clarté du rapport. Du fait de cette procédure, le garant scientifique a la possibilité de proposer par écrit les modifications qu'il juge nécessaires et de se prononcer sur l'opportunité d'une publication. En reprenant, globalement, l'ensemble des appréciations formulées par les experts au sujet des évaluations suivies par l'OFDT³⁶, l'on constate que la satisfaction des demandes et l'adéquation de la méthodologie sont jugées bonnes en moyenne, ainsi que la solidité de l'analyse – ce qui atteste d'un suivi de qualité de la commande publique, depuis le stade de la définition des enjeux jusqu'à celui de la livraison des résultats. C'est souvent la clarté du rapport (en termes de lisibilité) qui est jugée insuffisante.

36. Soit trois avis d'experts pour l'évaluation « stratégie de formation définie dans le plan triennal », un avis sur l'évaluation du dispositif de médiation sociale dans le cadre de la réduction des risques dans le 18^e arrondissement de Paris, et un avis porté sur l'étude « évaluer l'intervention en toxicomanie : significations et conditions ».

bilité, et quant à la portée conclusive de l'étude) qui fait l'objet d'un jugement contrasté des experts, ce qui peut être en partie expliqué par l'absence d'instances qualifiées en évaluation dans le domaine de la lutte contre les toxicomanies. De même, peut-être est-ce à défaut d'une structuration réelle d'un milieu d'évaluateurs spécialisés sur ces questions que l'impartialité des conclusions est parfois contestée.

Meilleure utilisation des évaluations en termes d'aide à la décision publique

Parmi les évaluations prioritaires, deux ont fait l'objet d'une restitution directe à la présidence de la MILD'T le 25 juillet 2002, en présence des équipes d'évaluation et de l'OFDT³⁷. La présidente de la MILD'T de l'époque a fait valoir l'intérêt de la démarche. Les recommandations formulées par les évaluateurs et les pistes de réflexion avancées dans le rapport ont été argumentées et discutées. La tenue d'une telle réunion est un indicateur flagrant de l'intégration directe des résultats de l'évaluation au processus de décision publique.

En outre, les questionnaires d'opinion remplis par les représentants des institutions associées au pilotage des quatre évaluations prioritaires font apparaître une satisfaction globale intéressante (égale à 8, sur une échelle arbitraire allant de 1 à 10³⁸). Le faible taux de retour de ces questionnaires oblige néanmoins à nuancer cette conclusion.

Précisons en outre qu'en préalable au lancement desdites évaluations, l'OFDT associe à l'élaboration du cahier des charges les ministères et les corps professionnels concernés. Ce travail permet de mieux définir la commande et de l'ajuster aux besoins de connaissance des pouvoirs publics. Ainsi les investigations sont-elles impulsées à la suite d'un état des lieux commun aux différents ministères, permettant de dégager les questions d'évaluation pertinentes – en termes d'effectivité et d'efficacité de l'action publique – et de définir des orientations méthodologiques pour la conduite de l'étude.

La remise d'un rapport intermédiaire à différentes étapes de l'évaluation permet, au regard des résultats et des conditions de travail de l'évaluateur, de recadrer les attentes des commanditaires et éventuellement, de réorienter le protocole d'étude.

Ainsi, la démarche d'évaluation a facilité la compréhension des enjeux et les retours d'information entre le terrain et les instances qui définissent les orientations nationales. Concomitantes de l'application des objectifs détaillés dans le plan triennal, elles ont constitué une mesure d'accompagnement des dispositifs mis en place.

37. Il s'agit des évaluations relatives aux conventions départementales d'objectifs justice-santé et aux programmes départementaux de prévention, toutes deux présentées à la MILD'T en juillet 2002.

38. Base d'exploitation : quatre questionnaires seulement (2 MILD'T, 1 DPJJ, 1 DAP), dont deux sur les CDO, un sur les programmes départementaux de prévention, un sur le volet formation du plan triennal. Ce moyen de mesure de la satisfaction globale des autorités publiques sera probablement systématisé à l'avenir. Il n'a pu être mis en place suffisamment en amont pour venir alimenter les indicateurs d'utilité des évaluations du présent rapport.

Toutefois, la conduite de cette démarche évaluative s'est heurtée à plusieurs difficultés :

- l'absence d'équipes d'évaluation spécialistes des politiques publiques contre les drogues ;
- des attentes souvent trop ambitieuses de la part des commanditaires ;
- une confusion récurrente entre les notions de pertinence, d'effectivité et d'efficacité dans l'esprit des commanditaires de l'évaluation ;
- un déphasage entre le calendrier de la mise en œuvre et celui de l'évaluation.

Globalement, la connaissance des effets réels de l'action publique semble avoir progressé, à défaut d'avoir été systématisée. La MILD'T s'est saisie des évaluations produites, qui pourraient constituer, prochainement, de nouveaux leviers pour l'action publique.

1.4. VALORISATION DES CONNAISSANCES

Constats posés par le plan triennal

Le plan triennal a pris acte d'un déficit de valorisation des connaissances dans le domaine des drogues et des toxicomanies. C'est donc dans le sens d'un meilleur partage des savoirs acquis qu'il recommandait d'intervenir.

Évaluation du degré de réalisation de cet objectif

Par manque de temps pour des investigations spécifiques poussées, on se limitera ici à la contribution de l'OFDT à la réalisation de cet objectif. En référence au plan triennal et conformément aux orientations de travail 1999-2001 fixées par le conseil d'administration de l'OFDT du 26 novembre 1998, « *l'OFDT doit être en mesure de diffuser et de valoriser ses travaux et ceux menés à l'extérieur sur son domaine de compétence, à l'attention d'un public de spécialistes* ». Pour être tout à fait complet, il aurait fallu évoquer le rôle joué par l'INSERM, le CESAMES (Centre de recherche psychotropes, santé mentale et société) et le réseau TOXIBASE.

Cet objectif de valorisation en direction du grand public a été largement pris en charge par la MILD'T (*cf. chapitre 2*). Celui de la valorisation en direction des spécialistes et des scientifiques a échu notamment au CNRS, à l'INSERM et à l'OFDT.

Cette dernière structure se définit en effet comme devant contribuer, sur son domaine de compétence et auprès des spécialistes, à la diffusion des données et des connaissances par voie de publication ou sur Internet. Le Centre de recherche

psychotropes, santé mentale et société (CESAMES, laboratoire de recherche du CNRS rattaché à l'université Paris V) et sa publication sous forme de « lettre », l'INSERM par le biais de ses expertises collectives, participent également à cet apport de connaissances.

Évaluation du degré de réalisation de cet objectif

Seront successivement décrits les moyens mobilisés pour contribuer à la publication de données scientifiquement validées et les actions menées pour favoriser une meilleure accessibilité des connaissances.

Contribution à la publication de données scientifiquement validées

Le nombre d'études annuelles publiées par l'OFDT a augmenté au cours de la période triennale pour atteindre en 2001 une soixantaine de titres. De même, 28 numéros de la revue *Tendances* ont été édités depuis 1999.

Cette politique de publication s'est appuyée sur un réseau d'experts scientifiques, facilement mobilisables dans tous les domaines disciplinaires, soit pour valider des textes à destination du grand public, soit pour faire rapidement le point sur une question faisant l'objet d'un débat. Régulièrement donc, les publications ont été scientifiquement validées.

Meilleure accessibilité des connaissances

Les publications relatives à l'étude et à la mesure du phénomène des drogues et des toxicomanies ont donc, quasi systématiquement, été diffusées au-delà du cercle des commanditaires. L'ensemble de ces documents – publications, documents et bases de données – a été mis à la disposition du public sur le site www.drogues.gouv.fr, mis en service depuis décembre 1999.

Le nombre de téléchargements (toutes publications comprises) a fortement augmenté dans les deux dernières années : de 89 320 en 2001, il est passé, pour le premier semestre 2002, à 113 646. Ce chiffre élevé peut être imputé en partie à une importante campagne de communication sur les drogues menée au début de l'année 2002 (cf. chapitre 3).

Le délai de mise en ligne des études publiées par l'OFDT³⁹ a été réduit, atteignant trois mois pour l'étude la plus récente en 2002, finalisée en avril pour être mise en ligne le 10 juin 2002 (Bouhnik *et al.*, 2002). Ce délai pourrait encore être réduit dans les années qui viennent.

39. Source : Webmestre de la MILDT – Base d'observation : les « rapports bleus ».

1.5. RASSEMBLEMENT DES ACTIVITÉS D'OBSERVATION, D'ANIMATION DE LA RECHERCHE ET D'ÉVALUATION

Constats posés par le plan triennal

Le plan triennal avait inscrit parmi ses objectifs celui de rassembler les activités d'observation, d'animation de la recherche et d'évaluation, de façon à développer une approche de connaissance globale. Le constat établi était, à la veille du plan, triple : celui de l'éclatement des connaissances, de la segmentation des disciplines et de l'insuffisante valorisation du stock des savoirs acquis.

Réponses apportées par le plan triennal

L'OFDT a entièrement pris en charge les missions d'observation et d'évaluation au cours de la période triennale. Avec la MILDT, il s'est posé la question de l'élargissement de ses prérogatives à l'animation de la recherche. Cette éventualité a été discutée et a ouvert des perspectives décisionnelles pour le prochain plan pluriannuel.

Évaluation du degré de réalisation de cet objectif

Seront décrites ici les stratégies et les options envisagées pour contribuer à créer une structure centralisant les fonctions d'observation, d'animation de la recherche et d'évaluation sur les drogues et les dépendances.

Contribution à la création d'une structure unique d'observation, d'animation de la recherche et d'évaluation sur les drogues et les dépendances

Le plan triennal avait prévu de rassembler l'ensemble des activités d'observation et d'animation de la recherche dans une structure unique, qui pourrait être l'OFDT, sous une forme modifiée. En octobre 2000, la MILDT a pris l'initiative de constituer un groupe de travail sur l'évolution du dispositif de recherche (notamment l'évolution des statuts et des missions de l'OFDT). Cette instance regroupait des représentants de l'INSERM, la MILDT, l'OFDT, le ministère de la Recherche, le CNRS, la Direction générale de la santé (DGS) et l'Agence nationale de la recherche sur le sida (ANRS). Neuf réunions se sont tenues entre novembre 2000 et décembre 2001, dans la perspective d'identifier des priorités de recherche pour les politiques publiques. La concertation a porté sur les mécanismes incitatifs susceptibles d'aiguiller les équipes vers ces priorités de recherche, les leviers dispo-

nibles pour la structuration des milieux de recherche, la valorisation des connaissances et les modalités organisationnelles de l’élargissement des missions de l’OFDT à l’animation de la recherche. Cette réflexion a été menée dans le respect d’un objectif d’interactivité avec le Collège scientifique. Celui-ci a en effet été associé à cette réflexion par l’entremise de son président qui a régulièrement informé les membres du Collège de l’existence de cette concertation en se faisant l’émissaire de leurs réactions.

Un rapport synthétisant les principales conclusions de ce groupe de travail a été diffusé à l’été 2002 afin de définir les enjeux de l’élargissement des missions de l’OFDT à l’animation de la recherche dans le champ des drogues. Cette réflexion a permis de dégager plusieurs options⁴⁰ :

- L’éventuelle création d’un Groupement d’intérêt scientifique (GIS) adossé au GIP OFDT qui en assurerait le secrétariat et le financement : cette formule, qui a la préférence du ministère de la Recherche, présente l’inconvénient d’être à la fois complexe et fragile car la structure GIS n’est pas dotée de la personnalité morale. De plus, elle n’apporte pas de réponse au déficit d’organisation et de moyens de la recherche clinique et de la recherche en santé publique.
- La question de créer une Agence nationale de recherche sur les drogues a également été soulevée. Plusieurs rapports⁴¹ ont proposé de créer une structure plus ambitieuse de type ANRS (Agence nationale de recherche sur le sida) qui centraliserait les sources de financement de la recherche publique et pourrait également coordonner la recherche clinique. Cette option aurait l’avantage de la visibilité et de la cohérence. Elle permettrait aussi de développer la recherche dans des domaines nouveaux, peu explorés à ce jour : addictions sans produits, conduites dopantes, etc. Elle risque cependant d’être en contradiction avec les orientations du ministère de la Recherche qui ne souhaite pas que la recherche thématique soit dispersée et conduite en dehors des EPST (INSERM et CNRS). Cependant, l’exemple de l’ANRS montre qu’une telle agence peut jouer un rôle d’impulsion, de coordination et de synthèse sans pour autant se substituer à l’action des EPST.
- À mi-chemin entre la formule *a minima* du Groupement d’intérêt scientifique et celle de la création d’une agence de recherche, il a été envisagé d’élargir les missions de l’OFDT à la coordination des activités de recherche, l’INSERM et le CNRS étant intégrés au conseil d’administration du GIP. Signalons au passage que la convention constitutive de 1995 de l’OFDT le prévoyait déjà. Cette formule, plus simple à mettre en œuvre, permettrait de rattacher les activités d’animation de

la recherche sur les drogues à une structure bien identifiée, bénéficiant d’une autonomie juridique et scientifique. Elle serait toutefois moins performante que l’option d’une agence pour faire face au déficit d’organisation et de moyens de la recherche clinique ou encore de la recherche publique sur l’alcool et le tabac.

Ainsi, du point de vue de l’objectif d’unification des activités de recherche, le plan triennal n’a pu être mis en œuvre. Trouver une solution à ce problème est une urgence et une priorité pour le plan à venir. Elle doit probablement passer par une organisation de la recherche que l’on ne peut résumer à l’extension des missions de l’OFDT.

40. Les options présentées ici sont largement empruntées à la note finale du 15 juillet 2002 adressée par la présidente de la MILDT au Premier ministre.

41. Dont le plus récent est celui de l’Office parlementaire d’évaluation des choix scientifiques et technologiques (février 2002, *Rapport sur l’impact éventuel de la consommation des drogues sur la santé mentale de leurs consommateurs*).

RÉSUMÉ DU CHAPITRE 1

L'objectif inaugural du plan triennal était d'améliorer le dispositif d'observation, d'études et de recherche afin de permettre aux pouvoirs publics d'anticiper les évolutions pour prendre les décisions utiles. La production de connaissances scientifiques s'est appuyée sur cinq priorités : 1 - la recherche fondamentale, dans des secteurs nouveaux comme dans ceux déjà investis ; 2 - l'observation des consommations et des produits (drogues de synthèse notamment) ; 3 - l'évaluation, pour guider la décision publique ; 4 - la valorisation des connaissances, pour adapter le discours de prévention ; 5 - la création d'une structure rassemblant les fonctions d'observation, d'animation de la recherche et d'évaluation qui devienne l'organisme de référence pour toutes les activités de recherche. Ce chapitre mesure la capacité des pouvoirs publics à encourager et à faire émerger des connaissances et des compétences spécifiques dans ce champ.

Les efforts accomplis dans la période triennale ont été réels, les pouvoirs publics affichant une politique claire et sur le long terme. Face à la dispersion des savoirs, pointée en 1998, le dispositif a été structuré au moyen d'une programmation pluriannuelle des recherches en toxicomanie. Les axes de la recherche ont été maintenus pendant trois ans. Les deux tiers des financements de la MILDT ont été attribués à des projets portant sur des domaines prioritaires (en sciences humaines et sociales ou en recherche clinique, sur l'alcool ou sur le tabac). La MILDT s'est dotée d'un Conseil scientifique multidisciplinaire dès 2000, qui a diffusé quatre appels d'offres thématiques jusqu'en 2002. Des expertises collectives sur des sujets prioritaires, controversés ou mal connus, ont été finalisées (effets sur la santé de la consommation d'alcool, effets du cannabis sur le comportement et la santé) ou sont en cours (risques sociaux de la consommation d'alcool, dépendance au tabac). Les effectifs assurant le suivi de la recherche au sein de la MILDT ont été renforcés.

Ce contexte incitatif a encouragé les propositions spontanées des milieux scientifiques et a ouvert des opportunités à des chercheurs intéressés par ces questions et/ou rattachés à des équipes déjà constituées. Pourtant, on peut craindre que ce créneau de recherche ait été investi en réponse aux « effets d'aubaine » produits par l'apport de financements sur des thématiques particulières, sans volonté de développer une politique de spécialisation au long cours. Pour contrecarrer ces effets pervers, la MILDT a privilégié les jeunes chercheurs ou les équipes souhaitant développer un axe de travail sur la toxicomanie au sein de laboratoires existants. Ainsi, la mobilisation croissante des équipes de recherche sur la toxicomanie a connu quelques avancées, à en juger

par la progression des savoirs en sciences humaines et sociales ou par la création, avec l'aide de la MILDT, d'une unité de recherche CNRS/Université en sciences humaines et sociales, spécialisée sur la question des relations entre santé mentale, drogues et dépendances, et l'habilitation d'un DEA consacré aux substances psychoactives (Université Paris V). Ainsi est-on passé d'une situation où il était difficile de répertorier l'ensemble des scientifiques de ce champ, à une configuration relativement lisible des milieux de recherche. Les effets positifs de cette structuration seront probablement mieux visibles à moyen terme, et donc évaluables dans les années qui viennent. Cet effort de mise en cohérence de la politique de recherche est d'autant plus remarquable en France où les budgets de recherche sont notoirement faibles, comparés à des pays comme les États-Unis ou le Japon.

Dans un deuxième volet, le plan triennal soulignait l'importance d'une observation permanente des tendances et des phénomènes de consommation. Le dispositif d'observation actuel repose essentiellement sur l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), groupement d'intérêt public (GIP) autonome au plan scientifique, financé par la MILDT. L'OFDT a mis en place un système de suivi des consommations et des perceptions de la population générale (notamment apte à adapter la politique de prévention) qui a été pérennisé au cours de la période : il a dirigé deux enquêtes épidémiologiques, la première en milieu scolaire, avec l'INSERM (ESPAD), la seconde, annuelle, auprès des jeunes de 18 ans lors de l'Appel et de la préparation à la défense (ESCAPAD), en interne. L'observation a également participé à l'élaboration et à l'analyse du volet « drogues illicites » du « Baromètre santé » 2000, coordonné par le CFES, devenu Institut national pour la prévention et l'éducation à la santé (INPES). Ces études ont permis non seulement de montrer que la question des drogues n'est pas exclusivement le fait de populations en difficulté mais aussi d'appréhender la réalité des comportements de consommation en fonction du produit consommé, de la vulnérabilité de la personne qui consomme, et des circonstances dans lesquelles elle le consomme. Enfin, l'OFDT a mis en place et réalisé en 1999 et en 2002 une enquête sur les perceptions et opinions de la population française sur la toxicomanie (EROPP). La méthode a été calquée sur les indicateurs européens de façon à garantir une bonne comparabilité.

Le renforcement de l'observation s'est également appuyé sur le repérage des phénomènes émergents liés aux drogues et l'examen de la composition des drogues de synthèse. Le dispositif d'identification des « tendances récentes et des nouvelles drogues » (TREND) s'est attaché à jouer un rôle d'information précoce, en veillant à réduire les délais d'information et d'alerte en matière de santé publique. Toutes ces données ont été mises à la disposition des autorités publiques et du grand public par le biais du site internet

« drogues.gouv.fr ». Le dispositif TREND a publié, chaque année depuis mars 2000, un rapport sur les phénomènes émergents observés au cours de l'année écoulée, qui a pu alimenter la réflexion des décideurs, des professionnels et des citoyens. Parallèlement, le système d'identification national des toxiques et substances (SINTES) intégré au dispositif TREND a permis de fournir des informations sur le contenu des produits psychoactifs de synthèse disponibles en France. Ainsi, 6 000 échantillons ont été collectés dans la période triennale. Entre 1999 et 2002, le nombre de structures de collecte a augmenté et le délai entre collecte et retour d'analyse toxicologique a été sensiblement réduit. Cette identification rapide a permis de signaler les produits potentiellement dangereux à l'attention de l'unité stupéfiants de l'AFSSAPS habilitée à les classer, de façon à déclencher un système d'alerte rapide. Nombre de problématiques nécessitant une décision publique ont ainsi pu être documentées en temps réel (par exemple, la teneur des comprimés vendus sous l'appellation *ecstasy*).

L'adoption du plan triennal a été suivie, un an plus tard, par la validation du principe d'une évaluation globale des réalisations de ce programme d'action gouvernemental. Cette mission a été confiée à l'OFDT. Elle s'est ajoutée à celle d'évaluer les axes prioritaires du plan, corrélés à des dispositifs spécifiques : les conventions départementales d'objectifs justice/santé, la formation interministérielle, les programmes départementaux de prévention, les expériences de rapprochement des structures de prise en charge spécialisées dans les conduites addictives. Dans le cadre du mandat qui lui a été confié, l'OFDT a également piloté l'évaluation de dispositifs préexistants particuliers (bus méthadone à Paris, points Écoute jeunes et/ou parents, familles d'accueil pour toxicomanes, dispositif des « unités pour sortants de prison, dispositif pilote de lutte contre les toxicomanies dans le 18^e arrondissement de Paris, application de la loi Évin en milieu scolaire). En dehors de l'OFDT, d'autres structures (à l'instar de l'Institut de veille sanitaire) ont développé une démarche d'évaluation. De même, certains ministères ont initié des études ponctuelles. Mais l'ambition d'une véritable évaluation des effets de la politique de lutte contre la toxicomanie s'est heurtée à plusieurs difficultés : l'absence d'une culture évaluative constituée en France, à plus forte raison dans ce champ, des attentes souvent trop ambitieuses de la part des commanditaires, ajoutées à une confusion récurrente entre les notions de pertinence, d'effectivité et d'efficacité.

En matière de valorisation des connaissances, la MILD'T a pris en charge l'information du grand public, tandis que la diffusion des savoirs en direction des professionnels est revenue au CNRS, à l'INSERM et à l'OFDT. Ce dernier a largement œuvré à la publication des données et connaissances, sous forme d'ouvrages ou sur Internet (60 publications à ce jour). Le Centre de

recherche psychotropes, santé mentale et société (CESAMES) avec ses publications régulières sous forme de « lettre », ou l'INSERM par le biais de ses expertises collectives, y ont également contribué.

Enfin, le plan triennal avait inscrit parmi ses objectifs celui de rassembler les activités d'observation, d'animation de la recherche et d'évaluation, de façon à développer une connaissance globale de la toxicomanie. L'OFDT étant déjà responsable de l'observation et de l'évaluation, il s'est posé la question, avec la MILD'T, de l'élargissement de ses attributions à l'animation de la recherche. Cette éventualité a été discutée : son arbitrage a été remis au prochain plan pluriannuel. Du point de vue de l'unification des activités de recherche donc, le plan triennal n'a pu être mis en œuvre. La solution à ce problème doit probablement passer par une organisation de la recherche qui redéfinisse les missions de l'ensemble des organismes concernés.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS DU CHAPITRE 1

Degré de cohérence

Les objectifs annoncés par le plan visaient à améliorer les connaissances communes dans le champ des drogues. Cet objectif devait être relayé par le développement du dispositif de recherche, celui du dispositif d'observation des tendances de consommation et enfin par la généralisation d'une culture d'évaluation. L'ensemble des connaissances accumulées devait faire l'objet d'une valorisation, tant auprès des professionnels qu'auprès du grand public.

Niveau d'engagement et de réalisation des objectifs

Le niveau de réalisation des objectifs est très hétérogène

En matière de recherche, le décideur public a tablé sur l'auto-organisation du milieu stimulé par des appels d'offres généralistes et multithématiques. Cette démarche a indéniablement créé et entretenu une dynamique de recherche sur la thématique des drogues dans le champ des sciences sociales et humaines et dans certaines disciplines cliniques. La création d'une unité mixte de recherches du CNRS, d'un DEA et les nombreuses réponses aux appels d'offres témoignent d'une bonne réactivité du milieu scientifique. Néanmoins, l'effort financier en matière de recherche reste relativement faible par rapport aux enjeux.

Concernant l'observation, les ressources disponibles se sont considérablement étoffées, témoin le budget de l'OFDT multiplié par trois entre 1998 et 2001. Indéniablement en matière de données, la couverture et l'accessibilité ont progressé. Le choix fait de privilégier la diffusion systématique des données par l'OFDT sans prétendre conserver le monopole de l'interprétation a porté ses fruits et favorise l'expression de thèses contradictoires.

En outre, dans le domaine de l'évaluation, les progrès demeurent limités. Si le plan n'a pas véritablement impulsé une « culture » de l'évaluation, une « préoccupation » évaluative a été promue qui se traduit notamment par l'augmentation de la demande d'évaluations adressées à l'OFDT.

Notons enfin que l'unification de l'observation et de la recherche n'a pas été effective comme il avait été posé dans le plan.

Problèmes rencontrés

Les problèmes rencontrés sont de trois ordres.

Dans le domaine de la recherche, il est difficile de distinguer entre, d'une part, ce qui tient du développement effectif du potentiel de recherche et de la stratégie d'équipes existantes requalifiant leurs activités afin de bénéficier du flux d'aides nouvelles et, d'autre part, l'innovation réelle.

Les procédures administratives calquées sur celles de l'INSERM imposent aux équipes répondant aux appels d'offres de passer par un laboratoire public reconnu et tiennent à l'écart les « *outsiders* » ou freinent la constitution d'équipes souples basées sur des liens entre chercheurs que rebute la procédure de l'association de laboratoires.

À ce jour, les rapports de recherche subventionnés par la MILD'T n'ont pas fait l'objet d'une évaluation publique et aucun bilan des publications engendrées par ce dispositif n'est disponible. Faute d'un quelconque fondement justifiant l'émergence d'une discipline nouvelle des « sciences de l'addiction », les progrès de la recherche passent par la sollicitation des disciplines existantes. Il convient donc de vérifier si ces dernières ont effectivement validé la qualité des contributions financées. Le bilan ne peut se mesurer qu'à long terme, par des études quantitatives comparatives sur les carrières individuelles des chercheurs spécialisés sur ces questions et sur les publications.

Enfin, le dispositif actuel s'avère inadéquat lorsqu'il s'agit de mettre en place des dispositifs de recherche finalisés pour répondre à des besoins précis des pouvoirs publics. Des appels d'offres plus ciblés encore sur les préoccupations opérationnelles permettraient de contribuer à optimiser les politiques publiques. Loin de subordonner la recherche à la décision publique, il convient simplement de prendre acte du fait que la fraction de la recherche financée par des crédits interministériels diffère du reste de la recherche et peut légitimement servir à l'éclairer.

Du côté du dispositif d'observation, il subsiste un problème de lisibilité, pour le grand public, quant à la restitution de la complexité des tendances, notamment en matière de consommation – même si de nouveaux outils de connaissance existent, concernant les prix (*cf.* dispositif TREND) ou la pureté des produits (*cf.* analyses des saisies douanières et policières). Une partie du problème tient probablement à l'absence, jusqu'à une date récente, d'une capacité de communication professionnelle sur les résultats de l'observation.

Notons enfin que le besoin d'évaluation est rarement ressenti dès la conception des programmes, mais plutôt imposé de l'extérieur lors de leur achèvement. Du fait qu'au moment de la rédaction initiale des programmes, rien n'est généralement prévu pour favoriser leur évaluation ultérieure (indicateurs quantitatifs, hiérarchisation claire des objectifs, etc.), la qualité de l'évaluation finale s'en ressent fatalement. Tout reste donc à faire, pour que les pré-requis garantissant la faisabilité d'une évaluation *ex post* soient intégrés *ex ante*, lors de l'adoption du programme.

Recommandations stratégiques

En matière de recherche, les appels d'offre devraient être pensés en termes plus opérationnels, et sans tenter de venir pallier le manque éventuel d'investissement des disciplines constituées.

Un effort particulier en direction des jeunes chercheurs doit être consenti. Il convient notamment d'allonger les délais de dépôt des dossiers de candidature à une allocation de recherche de thèse et assurer une meilleure information, en amont de l'appel à candidatures.

Le processus de rédaction du cahier des charges des appels d'offres doit être remanié afin d'éviter que la barrière de la structuration en laboratoires freine la constitution d'équipes *ad hoc*. Par ailleurs, un effort particulier devrait être engagé afin de valoriser les résultats des recherches financées par la MILD'T et l'INSERM.

Dans le domaine de l'observation, il convient de maintenir le cap sur la diffusion régulière des tendances et des observations dont l'interprétation constitue un enjeu de débats autour des orientations de la politique des drogues. La crédibilité des informations tient non seulement à la qualité de la collecte mais également à la stratégie de diffusion qui témoigne de la transparence du processus. Toutefois, l'articulation entre le dispositif de recherche et d'observation demeure imparfaite.

Dans l'hypothèse d'un maintien du *statu quo* actuel, il conviendrait, pour mieux lier les dispositifs de recherche et d'observation, d'ouvrir la possibilité à l'OFDT de générer à la demande des appels d'offres ciblés sur des thématiques particulières liées au résultat de ses observations ; il serait également souhaitable que l'OFDT soit associé, dans le cadre des appels d'offres, au comité de pilotage et au Conseil scientifique de la MILD'T.

Recommandations méthodologiques

Dans le domaine de la recherche, l'effort de financement émanant de la MILDT n'a pas été accompagné d'une procédure d'évaluation des résultats. Premièrement, le comité de pilotage des appels d'offres devrait systématiquement évaluer les rapports de recherches qui lui sont remis. Deuxièmement, le même comité devrait engager une procédure permettant d'analyser en longue période le flux de publications et l'impact sur les carrières des chercheurs, que l'activité soutenue de la MILDT, dans le domaine du financement de la recherche, a engendrés.

En matière d'évaluation, nous recommandons d'exiger que les programmes soient rédigés de manière à favoriser l'évaluation de leurs résultats. Il serait souhaitable que le décideur public inclut dans ses cahiers des charges, des exigences minimum en matière d'évaluation. En l'occurrence, les objectifs poursuivis par le programme doivent être clairement hiérarchisés. De même, les indicateurs permettant de tester l'effectivité de la mise en œuvre du programme doivent être explicitement stipulés. Enfin, tout programme doit explicitement préciser les indicateurs qui permettront de tester son impact sur la situation qu'il entend modifier. L'inclusion, dès la rédaction d'un programme, de la grille de son évaluation ultérieure constitue une condition essentielle de la généralisation de la culture d'évaluation. Par ailleurs, la mise en place effective de dispositifs d'évaluation appelle des moyens financiers et des moyens de formation sans lesquels de réels progrès ne pourront pas être enregistrés.

2 - CRÉER ET PROMOUVOIR UNE CULTURE DE RÉFÉRENCE COMMUNE SUR LES PRODUITS PSYCHOACTIFS

INTRODUCTION

Afin de faire évoluer les perceptions et les pratiques du grand public et des professionnels, le plan triennal manifestait la volonté de mettre en œuvre une politique de communication et d'information durable, reposant sur des données fiables et scientifiquement validées.

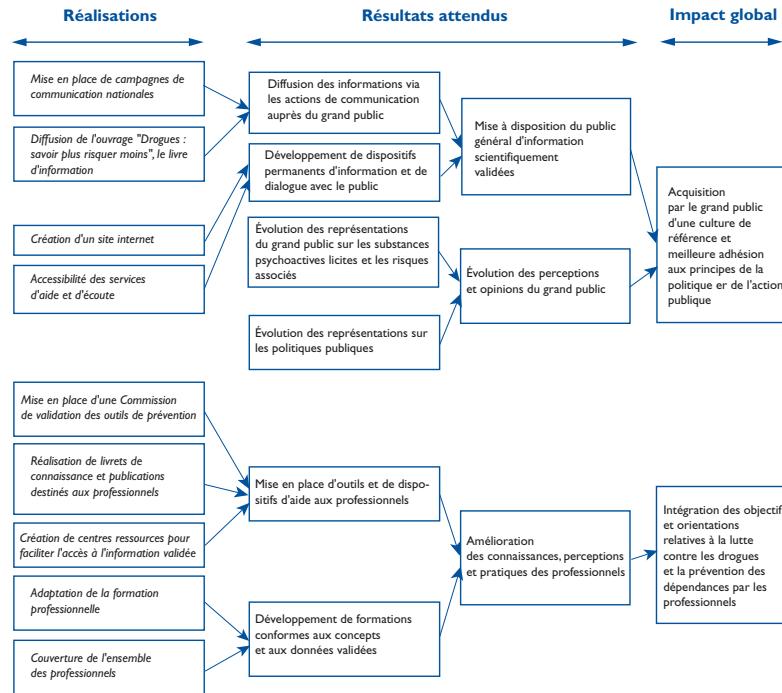
Les constats à l'origine de cette orientation étaient doubles. Jusqu'en 1999, l'absence d'une parole pédagogique claire des pouvoirs publics se traduisait par une communication éclatée entre différents émetteurs, donnant lieu à des messages contradictoires, voire inexacts, souvent marqués d'une connotation morale, (« la drogue, c'est de la merde »), idéologique (absence de données scientifiques à l'origine des messages), parfois stigmatisante. Les campagnes d'information grand public étaient rares et peu informatives. La dernière remontait à 1994 (« Contre la drogue, on n'est jamais trop »). Ce relatif silence des pouvoirs publics se soldait par une information largement déficiente du grand public. Parallèlement, cette lacune ne faisait que refléter l'absence de références communes entre les différents acteurs professionnels impliqués dans le champ des drogues et des dépendances : leur complémentarité dans le domaine de l'action publique se heurtait à leur méconnaissance des logiques d'intervention propres aux autres acteurs. Ainsi, en matière de formation professionnelle initiale, la question « des drogues » était essentiellement abordée sous des aspects spécifiques aux corpus professionnels d'origine, sans évoquer ses traductions dans les autres secteurs. La formation continue était demeurée parcellaire, souvent à l'initiative du monde associatif et des collectivités territoriales, au point que les personnels non avertis en bénéficiaient peu.

Pour pallier ces lacunes, le plan triennal définissait l'objectif général de diffuser d'une culture commune qui, rapporté à deux publics spécifiques, se déclinait comme tel : d'une part favoriser l'accès du public à des informations scientifiquement validées – pour faire évoluer les opinions et les représentations du public conformément aux connaissances –, d'autre part améliorer les connaissances pour articuler les pratiques des professionnels.

Comme le résume le diagramme ci-après, ce chapitre vise à rendre compte des actions effectivement conduites et, pour certaines, de leurs impacts pendant la durée du plan triennal au regard de l'objectif global de création d'une culture commune de référence sur les substances psychoactives.

Pour la plupart, les actions ont pu être évaluées sur le plan de leur cohérence et de leur effectivité, à partir des informations recueillies auprès de leurs opérateurs : le CFES (aujourd'hui INPES), Drogues alcool tabac info service (DATIS), la MILDT. Les impacts de certaines actions, rapportés à leurs objectifs, ont pu être évalués grâce à :

- des enquêtes ou bilans généralistes – rapports d'activité des chefs de projet « drogues et dépendances »^{12 13 60},
- des études *ad hoc*, à savoir les post-tests des campagnes de communications analysées et l'évaluation externe sur les stratégies de formation du plan triennal, inscrite dans les priorités du mandat d'évaluation confié à l'OFDT.



Le travail des évaluateurs a rencontré deux obstacles méthodologiques principaux. Tout d'abord, ne disposant pas de la base de données DATIS complète, il ne leur a pas été possible de procéder aux traitements statistiques nécessaires à l'exploration de certaines hypothèses. Sur un autre plan, du fait de la jeunesse des formations évaluées, l'évaluation externe *ad hoc* ne s'est investie que modestement sur la recherche des impacts pour privilégier l'appréciation de la mise en œuvre, des freins potentiels et de la cohérence des dispositifs.

Les différentes actions et les divers programmes engagés dans cet objectif de culture commune sont exposés ainsi que leurs impacts, quand ils ont pu être mesurés, à travers deux sections : l'une correspondant à l'information et à la sensibilisation du public général, l'autre à la formation des professionnels intervenant à tous les niveaux de la lutte contre la drogue.

2.1. MISE À DISPOSITION DU PUBLIC GÉNÉRAL D'INFORMATIONS SCIENTIFIQUEMENT VALIDÉES

Constats posés par le plan triennal

Dès 1995, les pouvoirs publics avaient constaté l'insuffisance de la professionnalisation des acteurs de prévention et la discontinuité des discours préventifs. Le comité scientifique dirigé par le professeur Parquet¹ avait dénoncé la « cacophonie » à laquelle le public était confronté car destinataire de messages préventifs, d'origines multiples, fort nombreux mais pour partie contradictoires. L'absence de cohérence de la parole publique menaçait sa crédibilité. Dans son rapport, le comité conclut sur le besoin d'une mise à niveau des connaissances du grand public sur les risques associés à l'usage de toutes les drogues, quel que soit leur statut légal (Parquet, 1997). Le plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances entérinait cette nouvelle approche, basée sur les comportements d'usage en relation avec leur niveau de dangerosité.

Réponses apportées par le plan triennal

Prenant acte des conclusions du rapport Parquet, les pouvoirs publics ont entrepris, dès 1998, d'engager une série d'actions destinées à favoriser l'actualisation des connaissances de l'ensemble de la population. Le plan triennal définissait plusieurs orientations pour appuyer cette politique d'information, en premier lieu

1. Lettre de mission du 05/10/1995 de Mme Élisabeth Hubert, ministre de la Santé publique et de l'Assurance maladie.

asseoir la MILDT comme lieu de référence, en passant par l'organisation de campagnes de communication en direction du grand public et l'ouverture d'un site internet de service public.

Pour relayer ces dispositifs, le renforcement des dispositifs d'aide et d'écoute à l'adresse des jeunes et des parents était prévu.

L'objectif visé par les campagnes et les actions était de favoriser l'accès du public à des informations validées par la communauté scientifique à l'aide d'une politique d'information crédible et efficace.

Évaluation du degré de réalisation de cet objectif

Cette section aborde tout d'abord la mise en œuvre des campagnes de communication nationales et ses effets. Suit l'analyse du processus de diffusion du livret *Drogues : savoir plus risquer moins* qui les prolonge. Dans un second temps, elle traite des dispositifs permanents d'information et d'échange avec le public : le site internet www.drogues.gouv.fr et la ligne nationale de téléphonie sociale initialement « Drogues info service ». Une section consacrée à l'évolution des perceptions et représentations du grand public en matière en drogues permettra d'apporter des éléments d'appréciation sur l'impact global des différentes campagnes et dispositifs mis en œuvre.

Diffusion des informations via les actions de communication

Mise en place de campagnes de communication nationales

Les campagnes de communication prises en compte sont celles concernant l'ensemble des produits psychoactifs, mises en œuvre par le CFES pour le compte de la MILDT². L'intervention du CFES (association loi 1901) dans cette démarche a été un choix stratégique de la MILDT qui permettait une meilleure réactivité tant pour la gestion des appels d'offres que pour l'achat d'espaces publicitaires.

Trois campagnes de communication grand public ont ainsi été réalisées en 2000, 2001 et 2002. Les ressorts sur lesquels s'appuyaient ces campagnes étaient la responsabilisation et, pour la campagne 2001, l'éducation. L'objectif était de faire évoluer les représentations et les comportements en mettant à la disposition du public une information fiable et crédible sur les produits psychoactifs. La campagne de 2000

constituait une campagne « ombrelle », généraliste, qui a été suivie de campagnes plus ciblées en 2001 et 2002, destinées d'une part aux adultes référents – parents, enseignants, etc. –, d'autre part aux jeunes.

Tableau 3 - Actions et campagnes de communication grand public mises en œuvre en 2000, 2001 et 2002

Objectifs (Publics cibles)

<i>Drogues : savoir plus risquer moins</i> (Avril et octobre 2000)	Interpeller le grand public sur ses connaissances réelles des effets des différentes drogues Promouvoir le livre d'information <i>Drogues : savoir plus risquer moins</i>
<i>Il n'y a pas de meilleure influence que la vôtre</i> (Été 2001)	Inciter la communauté des adultes à intervenir auprès des jeunes Valoriser le rôle des adultes
<i>Pour savoir où vous, VOUS en êtes</i> (janvier-février 2002)	Alerter les jeunes de 15 à 25 ans sur les consommations problématiques (*) Les inciter à auto-évaluer leur propre consommation

Source : MILDT, 2002

(*) Ici les termes « consommations problématiques » se réfèrent, selon le cahier des charges des campagnes, d'une part aux usagers de drogues par voie intraveineuse, d'autre part aux usagers consommant dans un cadre festif.

Conçues par la MILDT et mises en œuvre par le CFES (aujourd'hui INPES), ces campagnes ont été coordonnées par un comité de pilotage³ chargé d'en assurer le suivi et de veiller à la cohérence des messages et à la qualité pédagogique des outils. L'ensemble des supports de communication a fait l'objet d'une validation par les experts des comités de pilotages des campagnes (voire par la Commission de validation des outils de prévention en ce qui concerne les plaquettes informatives [*flyers*]). La première campagne visait à inciter à l'achat du livre d'information : *Drogues : savoir plus risquer moins*. Elle a été prétestée auprès d'adultes et de

2. D'autres campagnes dirigées vers des produits spécifiques ont été organisées par d'autres instances. En outre, la participation de la MILDT aux campagnes tabac et alcool conduites par la CNAM en partenariat avec le CFES n'a pas pu être effective, bien que prévue par le plan triennal. Ces campagnes ont successivement porté sur les thèmes suivants : Tabac : « la vie sans tabac, vous commencez quand ? » 1999 ; « Aujourd'hui, c'est peut-être le bon jour pour vous arrêter de fumer » 2000) ; « Tabagisme et manipulation – on vous manipule » (2001) ; Alcool : « Et vous, avec l'alcool vous en êtes où ? (1999-2000) ; « L'alcool, pas besoin d'être ivre pour en mourir 2001 ». Thème repris en 2002.

3. Chaque comité de pilotage était composé de représentants d'institutions productrices de données de consommation, d'experts en qualité des différents domaines concernés, d'administrations et de services de l'Etat. Dans les faits, étaient toujours représentés : la MILDT, le CFES, le SIG (Service d'information du gouvernement).

jeunes afin de vérifier l'adéquation du support d'information aux besoins et aux attentes du public, puis soumise au comité de lecture et au comité de pilotage de la campagne. Les divers comités de pilotage étaient composés de représentants du CFES, de la MILD'T et du Service d'information du gouvernement (SIG). Ils ont joué un rôle essentiel pour garantir l'adéquation des actions mises en œuvre avec les grandes orientations du plan et veiller à leur compatibilité pendant toute la durée de l'exercice. Le recours ponctuel à des experts extérieurs et l'accès à l'information scientifique ont favorisé la collecte des données nécessaires à la fiabilité des messages de prévention et ont concouru à leur crédibilité auprès du public. La validité des données à l'origine des actions de communication n'a pas donné lieu à controverse de la part de la communauté scientifique.

De façon générale, la MILD'T a souhaité assurer par divers moyens la crédibilité des divers supports de communication. Le pré-test de la campagne 2000 par un échantillon d'adultes et de jeunes en est un exemple. De même, le livret d'information qu'elle promouvait vulgarisait les connaissances scientifiquement validées alors disponibles. La campagne 2001, quant à elle, fournissait les données statistiques à la base des messages de prévention pour aider les parents et les proches à engager le dialogue avec les jeunes. Enfin, la campagne de 2002, destinée à inciter les jeunes à auto-évaluer leur consommation, a fait l'objet d'une concertation avec des associations de jeunes et d'usagers pour en valider les contenus.

Alors que la première campagne renvoyait directement à la lecture de l'ouvrage d'information *Drogues : savoir plus, risquer moins*, les campagnes 2001 et 2002 ont été associées à des dispositifs relais destinés à garantir la continuité de l'information et orienter le public vers des services adaptés : le service national d'accueil téléphonique DATIS (113), le site internet www.drogues.gouv.fr et plus particulièrement sa rubrique : « Vos questions, nos réponses ». La campagne 2001, en direction des adultes référents, renouvelait l'incitation à l'achat du livre d'information. Ces dispositifs ont été complétés en 2002, à l'occasion de la campagne en direction des 15-25 ans, par la mise en ligne d'un site internet dédié (www.drogues-savoir-plus.com) et la création de deux services complémentaires (diffusion électronique et SMS).

Au-delà du caractère ponctuel des campagnes de communication, leur reconduction annuelle et l'existence de dispositifs relais ont permis d'assurer une certaine pérennité des messages de prévention, en s'adressant aux différents publics visés par le plan triennal.

Résultats des campagnes

Les résultats dont on dispose ne permettent pas de rendre compte d'une relation causale entre ces campagnes de communication et l'évolution des pratiques. Néanmoins, ces campagnes peuvent être évaluées à la lumière de leur contribution probable à l'atteinte (toujours partielle) d'objectifs plus lointains.

Deux dimensions permettent d'en rendre compte : la cohérence de la stratégie retenue avec l'objectif visé et les impacts directement mesurables des actions mises en œuvre.

Les trois campagnes ont fait l'objet de post-tests, enquêtes spécifiques permettant d'apprécier leur impact. Pour ce faire, à l'initiative du CFES, les instituts de sondage sollicités ont dû utiliser une batterie de questions communes de façon à gommer autant que possible les décalages imputables à des modes de questionnement différents. Les quatre éléments d'appréciation de l'impact des campagnes, mesurés à partir des scores enregistrés, sont les suivants : mémorisation assistée (se souvenir d'avoir vu, lu ou entendu parler de la campagne dont le contenu est rappelé) ou reconnaissance (reconnaître des éléments visuels ou auditifs de la campagne), agrément (avoir aimé la campagne), implication (se sentir concerné par le message) et incitation (tendre à modifier son comportement dans le sens des changements préconisés par la campagne).

Les résultats peuvent être considérés comme satisfaisants : ils sont pour la plupart légèrement au-dessus des standards de référence identifiés par le Service d'information gouvernemental (SIG) pour des campagnes publiques sur les thèmes du tabagisme, de l'alcoolisme ou de la toxicomanie.

D'après les post-tests, la campagne 2000 a bien rempli son rôle de promotion du livre : plus du tiers des personnes interrogées (37 %) l'ont jugé incitative. La proportion des achats était également significative puisque 10 % de l'ensemble de la population touchée par la campagne déclaraient avoir acheté le livre. Ce pourcentage est à mettre au regard des résultats sensiblement identiques de l'enquête EROPP⁴, réalisée en 2002⁴.

De même, la campagne 2001 destinée à la communauté des adultes, bien que bénéficiant d'un impact plutôt satisfaisant, a suscité plus de réserves tant au niveau de la forme – faible qualité et lisibilité des visuels – que du contenu, jugé parfois trop alarmiste, notamment par les parents d'adolescents, même s'ils reconnaissaient le sérieux des messages. Le public cible, les 35-55 ans, ne s'était pas toujours reconnu comme principal destinataire de la campagne, une majorité des personnes interrogées (74 %) percevant celle-ci comme destinée aux jeunes plutôt qu'à elles-mêmes (68 %). Mais seulement 42 % des foyers abritant des adolescents en ont effectivement parlé.

Enfin, la campagne radio de janvier-février 2002, malgré un score d'agrément élevé, n'a suscité chez les jeunes qu'une implication assez modérée : 40 % d'entre eux déclaraient s'être sentis concernés – objectif de la campagne – et 17 % disaient avoir été amenés à réfléchir sur leurs consommations.

4. Cf. section consacrée au livre d'information *Drogues : savoir plus, risquer moins*.

Tableau 4 - Scores d'impact des post-tests des campagnes grand public de 2000, 2001 et 2002

Période et nom des campagnes	Mémorisation ou reconnaissance	Agrément	Implication	Incitation
1 - Avril-mai 2000 Drogues : savoir plus, risquer moins	66 % de reconnaissance (81 % chez les 15-24 ans)	77 % (86 % chez les 15-24 ans)	46 % (48 % chez les 15-24 ans)	37 % des personnes incitées à acheter le livre (47 % chez les jeunes)
	score moyen de réf.: 68 %	score moyen de réf.: 74 %	score moyen de réf.: 36 %	score moyen de réf.: 30 %
<i>Il n'y a pas de meilleure influence que la vôtre</i>	39 % de mémorisation assistée de la campagne	73 % (76 % chez les femmes contre 71 % chez les hommes)	86 % (mais seulement 25 % des personnes se déclarant directement concernées dans leur foyer)	80 % des personnes incitées à établir le dialogue avec les jeunes
	score moyen de réf.: 35 %	Taux d'agrément équivalent à la moyenne (*)	Taux d'implication supérieur à la moyenne (*)	score de réf.: tabagisme, alcoolisme, toxicomanie, tout média confondu: 44 %
<i>Pour savoir où vous, vous en êtes</i>	34 % de mémorisation assistée	85 %	40 % (54 % chez les « consommateurs problématiques » (** de cannabis)	17 % des personnes incitées à réfléchir sur leurs consommations: (respectivement 28%, 19% et 12% pour des consommateurs problématiques (** de tabac, de cannabis et d'alcool)
	score moyen de réf. (radio): 30 %	Taux d'agrément supérieur à la moyenne (*)	Taux d'implication modéré (*)	taux d'incitation inférieur à la moyenne (*)

Sources : CFES, Service d'information gouvernemental

Note : Les conditions techniques de réalisation des post-tests étaient les suivantes : Campagne 2000 : enquête téléphonique *ad hoc* auprès d'un échantillon de 1 000 personnes âgées de 15 à 65 ans (IOD, 24/29 mai 2000) ; Campagne 2001 : enquête en face à face à partir d'un échantillon de 1 000 personnes âgées de 35 à 55 ans, lecteurs réguliers de l'un ou l'autre des titres du plan média, sur tout le territoire (BVA, 27/31 août 2001) ; Campagne 2002 : enquête en face à face rue, à partir d'un échantillon de 1 000 jeunes de 15 à 25 ans, auditeurs des radios concernées (Ipos, 26 février/2 mars 2002).

Les scores moyens de référence sont déterminés à partir des taux des réponses conformes aux résultats attendus, observés pour les campagnes nationales d'intérêt général et utilisant les mêmes médias que la campagne post-testée. Ils sont indiqués chaque fois que possible en italique.

(*) Indications fournies par le Service d'information gouvernemental et transcris ici en l'absence d'information sur scores moyens de référence.

(**) Selon le cahier des charges des campagnes, où les UD problématiques sont désignés comme ceux consommant par voie intraveineuse et dans un cadre festif.

L'ensemble des actions destinées au grand public (et aux professionnels) a été préparé et relayé par un travail soutenu de relations avec la presse, le service communication de la MILD'T s'attachant à répondre de manière systématique aux questions posées par les journalistes. Soit une moyenne de deux à trois demandes d'information par jour, dont environ deux tiers donnaient lieu à une interview ou à la participation de la présidente de la MILD'T à une émission. Parallèlement, la constitution d'une revue de presse quotidienne et sa diffusion rendait compte des articles parus (environ 1 900 abonnés, notamment des réseaux de documentation). Les principales publications de la MILD'T et l'ensemble des résultats des enquêtes scientifiques publiés par l'OFDT (à l'exception de l'enquête EROPP 1999) ont fait l'objet de communiqués et pour nombre d'entre eux de dossiers de presse diffusés auprès d'un panel de journalistes. Ce fut également le cas pour les campagnes de communication CFES-MILD'T, ce qui assurait un relais rédactionnel en plus du relais publicitaire. L'accessibilité des dossiers et des communiqués de presse était renforcée par leur mise en ligne sur le site www.drogues.gouv.fr.

Diffusion de l'ouvrage *Drogues : savoir plus, risquer moins, le livre d'information*

La diffusion d'un guide d'information destiné au grand public⁵ a été le pivot de la campagne de communication 2000 lancée par la MILD'T et le CFES et un des grands axes du programme de communication développé dans le cadre du plan triennal. Le dispositif de la campagne a consisté à en assurer la promotion sur les chaînes de télévision nationales. L'incitation à l'achat s'est poursuivie, de manière indirecte, à l'occasion de la campagne 2001 et par l'édition en très grande quantité de plaquettes informatives à destination des jeunes.

Au 31 août 2002, le livret d'information a été édité à près de 5 millions d'exemplaires, dont environ 4,5 millions ont été diffusés. La distribution vers le grand public s'est faite principalement à la vente, puisque près de 700 000 exemplaires avaient été achetés à l'été 2002. La presque totalité des exemplaires édités en 2000 fut vendue au prix unitaire de 10 F dans les kiosques et chez les marchands de journaux au cours de la première année (à l'occasion des deux campagnes nationales 2000). En 2001, les éditions du Seuil, à leur initiative, ont réédité le livret ce qui a permis la diffusion de 20 000 exemplaires supplémentaires sur les 40 000 qui étaient en vente au prix de 20 francs en librairie. Le circuit des maisons de la presse et une mise en vente à un prix attractif ont vraisemblablement contribué à répondre à l'objectif d'accessibilité du livre pour tous, en zone urbaine et rurale.

5. Première édition le 26 avril 2000. *Drogues : savoir plus risquer moins* est un livre de 145 pages, de format poche. Il comprend quatre parties : « Comportements, usage, usage nocif et dépendance » ; « Connaitre l'action des drogues sur le cerveau » ; « Les produits les plus connus en France » ; « Agir, réagir, aider, être aidé ».

La diffusion du livret auprès du grand public *via* la distribution gratuite est plus difficile à mesurer. Outre la diffusion auprès d'un « noyau dur » de partenaires de la MILDT et du CFES (2 500 adresses), environ 3,8 millions d'exemplaires ont été gratuitement communiqués aux différents ministères concernés (1,2 million exemplaires), aux pharmacies d'officine et aux cabinets médicaux regroupant 5 à 6 praticiens dans le cadre d'un partenariat spécifique (respectivement 400 000 et 150 000 exemplaires) à des journalistes, des élus. Le document fut également diffusé à l'occasion de colloques et de manifestations diverses ou encore en réponse à des demandes spontanées. Deux adaptations étrangères ont par ailleurs été réalisées à la demande d'organismes publics nationaux, en Espagne et au Québec.

Impacts évalués

En l'absence d'étude d'impact sur le lectorat, l'enquête EROPP 2002¹⁵ fournit quelques indications sur la prise de connaissance du livre par le public. Cet ouvrage aurait atteint une personne sur dix, 5 % des personnes enquêtées déclaraient l'avoir lu, ce qui représente environ 2 millions d'individus. La même proportion disait l'avoir seulement eu entre les mains (sans pour autant l'avoir lu). Près de 14 % des personnes en ont seulement entendu parler tandis qu'environ deux tiers n'en ont jamais entendu parler. La part des personnes ayant lu le livre diminue avec l'âge : entre 15 et 24 ans, une personne sur cinq a lu le livre ou l'a eu entre les mains ; cette proportion passe à une personne sur dix entre 25 et 49 ans et à moins d'une sur vingt à partir de cinquante ans. Parmi celles ayant déclaré avoir lu le livre ou l'avoir eu entre les mains, 82 % s'estimaient bien informées sur les drogues (contre 58 % dans le reste de l'échantillon).

Développement de dispositifs permanents d'information et de dialogue avec le public

Les dispositifs permanents d'information et de dialogue avec le public sont représentés par deux supports différents sur lesquels repose l'action publique : la mise en place d'un site internet et l'élargissement des missions de DATIS (nouveau sigle de l'ancien Drogues info service).

Création d'un site internet

Un site internet www.drogues.gouv.fr mettant à la disposition du grand public et des professionnels les données et les connaissances concernant les drogues et les dépendances a été ouvert en décembre 1999. Coordonné par la MILDT, en partenariat avec le CFES (aujourd'hui INPES), l'OFDT, DATIS et Toxibase, ce site centralise les informations issues des différentes sources disponibles. Son objectif est de rendre accessible au public toutes les connaissances scientifiquement validées sur l'ensemble des substances psychoactives, licites ou illicites. C'est le pre-

mier site de service public sur les drogues et les toxicomanies en France. Il est organisé par rubriques : « Ce qu'il faut savoir », « Pour en savoir plus⁶ », « Savoirs professionnels ». Il propose des informations pratiques et un espace d'échanges : « Vos questions, vos réponses » (animé par DATIS). Depuis sa création, le site a évolué pour faire face à un accroissement régulier de demandes du grand public et des professionnels par une gestion dynamique des contenus : création de nouvelles rubriques, mise en ligne au fur et à mesure de leur publication des appels d'offre, rapports, études et statistiques, ouverture en février 2002 d'un site internet dédié proposant un forum de discussion, etc.

Impacts évalués

L'évolution du site montre une progression sensible du nombre et de la durée moyenne des connexions (grand public et professionnels) ainsi que des téléchargements (tous téléchargements confondus⁷). Cette situation peut être liée à une meilleure connaissance du site par le grand public et les professionnels, à son référencement sur de nombreux moteurs de recherche. Le site www.drogues.gouv.fr apparaît en moyenne au 6^e rang des liens délivrés, à partir de 50 mots-clés, *via* 22 moteurs de recherche, et en 4^e position à partir des mots simples « drogue » et « drogues » (CVFM, 2002). Ce référencement assure une parution du site en première page dans 57 % des recherches. La répétition des campagnes et des actions de communication engagées depuis 1999 a certainement participé à la notoriété du site. Les variations d'activité correspondent aux périodes associées aux campagnes de communication nationales (augmentation de 40 % à l'occasion de la campagne 2002) et aux périodes estivales (baisse sensible pendant les vacances). Le système statistique (*webtrends*) utilisé pour estimer les indicateurs d'utilisation du site n'a été mis en place que dans le courant de l'année 2000 : ainsi, seules les années 2001 et 2002 sont illustrées dans le tableau ci-après. Ce système ne référençant que les pages principalement utilisées, il n'a permis de comptabiliser que les connexions sur les pages d'entrée des rubriques « grand public » et « professionnels » sans estimation possible du nombre de connexions directes à l'intérieur de ces rubriques ne passant pas par les pages d'entrée. Cette contrainte explique le décalage observé entre le nombre de visiteurs uniques et la somme des diverses connexions reportées dans ce tableau.

6. La mise en ligne intégrale du livre d'information *Drogues : savoir plus risquer moins* constitue l'essentiel de cette rubrique, la plus fréquentée par les internautes.

7. Les données précises concernant respectivement le nombre de téléchargements annuels des publications de la MILDT (*Drogues, savoir plus risquer moins*, etc.) et de l'OFDT ne sont pas disponibles.

Bien qu'on ne dispose pas d'étude qualitative *ad hoc*, l'utilité du site semble aujourd'hui largement reconnue. La possibilité de poser des questions en toute confidentialité associée à la légitimité scientifique des producteurs d'information participent à la reconnaissance et à la crédibilité de l'émetteur public. À l'issue d'un audit commandé par l'État à un cabinet d'experts indépendants, le site a été répertorié comme l'un des dix meilleurs sites publics français⁸.

Tableau 5 - Indicateurs d'usage du site internet

(*)	2001	2002
Nombre annuel de connexions :		
- aux rubriques « grand public » :		
- « ce qu'il faut savoir »	44 604 (3 717)	60 425 (5 035)
- « en savoir plus »	24 460 (2 038)	33 428 (2 786)
- à la rubrique « professionnels »	23 978 (1 998)	28 586 (2 382)
Nombre annuel de téléchargements	89 320 (7 443)	113 771 (9 481)
Moyennes mensuelles des durées de connexion	9:15	15:41
Nombre de visiteurs uniques	220 154 (18 346)	363 670 (28 919)

(*) : Les chiffres entre parenthèses et en italique sont les moyennes mensuelles.

Source : MILDT, 2002

Estimation de l'accessibilité de la ligne nationale d'aide téléphonique

La diffusion des informations scientifiquement validées sur les drogues devait s'appuyer également sur la ligne nationale d'aide téléphonique sur les drogues « Drogues info service » (DIS). La fonction générique qui lui était assignée était de relayer efficacement au niveau individuel les campagnes nationales d'information et de sensibilisation. Le premier objectif, celui dont dépendaient tous les

8. Évaluation des sites internet des services de l'État conduite en novembre 2001 par un cabinet d'experts indépendants, sous le pilotage de la DIRE (Délégation interministérielle à la réforme de l'État). Les critères retenus étaient les suivants : organisation de l'information ; qualité visuelle et ergonomie, interactivité avec les populations concernées (service questions-réponses personnalisée), qualité de l'annuaire, diversité des propositions d'abonnements.

autres, était d'améliorer l'accessibilité de cette structure d'aide et d'écoute téléphonique. Il n'a pas été possible, faute d'une source centralisée et détaillée, d'apprécier dans quelle mesure les diverses structures d'accueil (réseaux d'information jeunesse, centres sociaux et autres) ont pu constituer un relais effectif, facilement accessible, de la politique d'information initiée au plan national.

Ainsi, cette sous-section est consacrée aux conditions d'accessibilité du service de téléphonie national sur les drogues dont l'amélioration s'évalue en premier lieu à travers les indicateurs d'utilisation des services. Pour ce faire, on dispose des statistiques de 1998 à 2001^③ et des traitements statistiques *ad hoc* ont été demandés à DATIS. L'ensemble de ces informations offre une photographie de la demande, avant et durant la période triennale.

Estimation de l'accessibilité de la ligne nationale d'aide téléphonique

En 1998, le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS/DIS, 1999) critiquait les insuffisances de DIS en termes d'accessibilité. En réaction, le service adopta diverses mesures :

- « la réorganisation des règles d'acheminement des appels entre pôles afin de les répartir, en priorité, en fonction des postes disponibles et non en fonction de leur origine géographique »,
- « le renforcement des permanences en matinée la plupart des demandes d'aide provenant notamment du milieu familial (période concentrant) ».

Dans le cadre du plan triennal, des mesures complémentaires étaient fléchées : l'élargissement des lignes vers les départements d'outre-mer (DOM), la promotion du numéro vert attribué au service – à travers l'ensemble des productions et actions de communication mises en œuvre par la MILDT – la création d'une rubrique Internet « grand public », l'ouverture d'une ligne téléphonique réservée aux professionnels et enfin, l'éventualité d'un renforcement massif des effectifs ou de la diversification des missions en plusieurs services complémentaires.

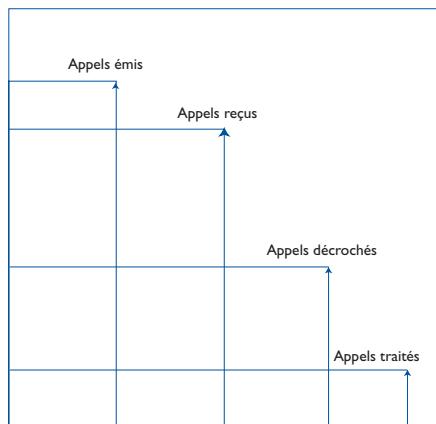
Les mesures annoncées ont été développées au cours de la période triennale, à l'exception de celles concernant les effectifs en personnel et la « ligne professionnelle ». En effet, l'assise de DATIS en tant que service public est passée par l'ouverture dès 1999 d'une ligne desservant les DOM, et par l'adoption, en juin 2001, d'une nouvelle dénomination – « Drogues alcool tabac info service » (DATIS) – et la mise en service d'un numéro court, le 113, facile à mémoriser, et gratuit. La rubrique « Vos questions, nos réponses » a également été lancée sur le site internet gouvernemental « www.drogues.gouv.fr », lors de l'été 2000.

Malgré ces changements, le personnel de DATIS n'a pas connu d'évolution structurelle majeure. En prévision d'un surcroît d'appels émis vers le service, un standard de pré-accueil a été confié à une structure externe dès l'ouverture du 113. Seuls deux rédacteurs ont été recrutés pour l'ouverture de la rubrique internet « Vos questions, nos réponses ».

Sur la période 1998-2001, le budget attribué au service a, quant à lui, connu une augmentation de 28 %, passant de 3 258 841 à 4 167 073 . De 2000 à 2001, cette croissance budgétaire était de 15 %, soit 538 720 , intégrant une subvention de la MILD'T de 161 280 accordée lors du passage au numéro court et ventilée principalement sur les charges de personnel (pour 35 %, 56 402) et autres charges de fonctionnement (58 %).

Les évaluateurs se sont donc intéressés à l'évolution du nombre de demandes traitées par DATIS (cf. définition, figure *infra*).

Figure 1 - Étapes du traitement des appels jusqu'à la prise en charge par un écoutant DATIS



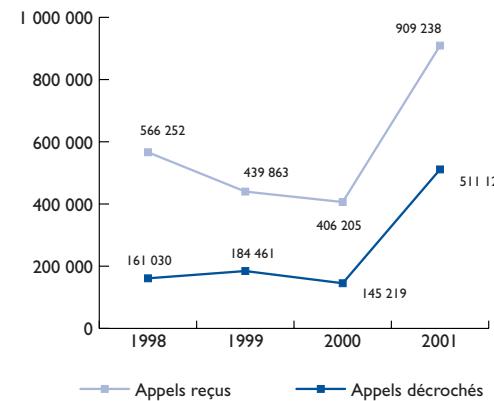
Source : OFDT/DATIS

Il a été impossible d'estimer la demande réelle adressée à DATIS, car aucune étude n'est disponible sur la nature et le nombre des appels que le dispositif n'a pu gérer, à l'une ou l'autre de ces étapes. Pour évaluer l'accessibilité de DATIS, les évaluateurs se sont donc concentrés sur :

- la proportion annuelle des appels reçus qui ont été effectivement décrochés (cf. figure *infra*). Elle reflète l'évolution de l'accessibilité de DATIS dans l'absolu, imputable aux aménagements techniques ou à une meilleure visibilité du service,
- le nombre annuel des « appels traités », caractérisant les personnes ayant réellement bénéficié du dispositif de téléphonie sociale.

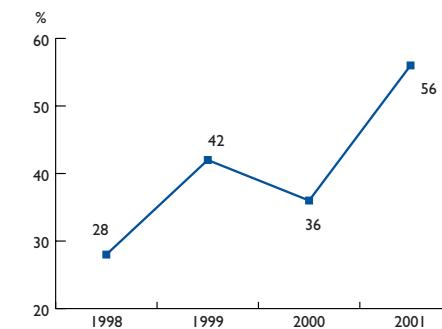
L'année 2001 a été marquée par un sursaut important tant des appels reçus que des appels décrochés : pour ces derniers, leur nombre, fluctuant sur la période observée, était le triple de celui rapporté en 1998. Le rapport entre ces deux catégories a également crû sur la période observée : alors qu'elle était de 28 % en 1998, la part des appels reçus effectivement décrochés atteignait 56 % en 2001.

Figure 2 - Évolution du nombre annuel des appels reçus et décrochés, de 1998 à 2001



Source : DATIS, 2002 Source : DATIS, 2002

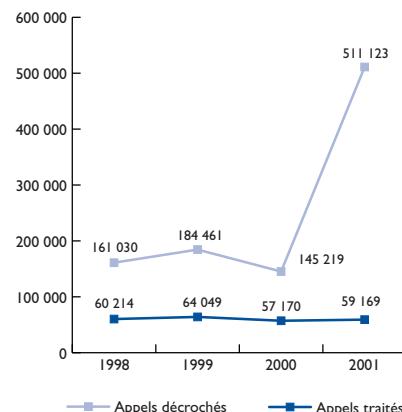
Figure 3 - Évolution du pourcentage des appels décrochés par rapport aux appels reçus



Source : DATIS, 2002 Source : DATIS, 2002

Pour autant, cette tendance ne correspond pas à une augmentation du nombre d'appelants à qui le service a été utile (*cf.* « appels à contenus traités ») – comme l'illustre la figure ci-après.

Figure 4 - Évolution du nombre annuel des appels traités par DATIS (et le pré-accueil externe), entre 1998 et 2001



Source : DATIS, 2002

Discussion

La hausse des appels affluent vers le service a coïncidé avec la campagne de communication de juin 2001 accompagnant l'élargissement de la mission de DATIS à l'alcool et au tabac (*cf.* section *supra* « Mise en œuvre de campagnes de communication nationales »). Les aménagements techniques réalisés la même année, notamment le passage au numéro court (113) et la mise en place d'un pré-accueil externalisé, ont permis quant à eux la prise en charge d'un plus grand volume d'appels. La combinaison de ces deux tendances traduit une amélioration instrumentale de l'accessibilité DATIS.

9. Le personnel de DATIS (*cf.* chapitre 3) rapporte cependant des éléments relatant une évolution de la qualité de service rendu.

Les résultats présentés révèlent l'insuffisance des indicateurs et données actuellement disponibles pour juger de l'amélioration de l'accessibilité de la ligne téléphonie sociale. La méconnaissance du nombre des demandes d'information réelles que comptaient les appels raccrochés avant l'échange avec un écouteur DATIS est à l'origine de ce problème. Enfin, la constance du nombre de demandes d'information traitées par le service téléphonique de DATIS est remarquable. Relève-t-elle d'un problème d'accessibilité du service ? Auquel cas la pertinence de l'articulation entre le pré-accueil et DATIS et celle des moyens humains engagés devraient être analysées. Reflète-t-elle la stagnation de la demande dirigée vers le service téléphonique, peut-être au bénéfice d'autres moyens comme l'Internet ? Mais alors comment expliquer que l'explosion des appels décrochés aboutisse à une diminution très importante du ratio entre les appels traités et ceux qui ont été décrochés ?

Évolution de la gestion des courriers électroniques provenant du grand public

Le volume d'activité de la rubrique internet « Vos questions, nos réponses » a crû de 30 % entre 2000, année de sa création, et 2001. La dernière année, DATIS a reçu 3 800 questions – soit une moyenne mensuelle de 283 – et a diffusé sur le site web les réponses à une trentaine de « questions les plus fréquemment posées » (FAQ). L'observation mensuelle du nombre de questions révèle des fluctuations cadencées par les campagnes de communication orchestrées par le CFES et la MILD (pics d'activité en juin 2001, octobre-novembre 2001 et mars-avril 2002). Ces évolutions tendent à confirmer le rôle de relais de communication assuré par ce dispositif spécifique.

En 2001, le taux mensuel de réponse aux questions posées *via* cette rubrique internet tend en moyenne vers 100 %, ce qui traduit une **bonne réactivité** du dispositif, même si 44 % de ces réponses sont traitées dans un délai de quatre jours ou plus. Ce décalage s'explique par l'irrégularité de l'activité rédactionnelle (absence de permanence les week-ends) et aux périodes de surcharge évoquées précédemment. Il ne paraît pas préjudiciable dans la mesure où les demandes ne se font probablement pas dans un contexte d'urgence (auquel cas le public préférera la ligne téléphonique). En effet, au moins 44 % des demandes concernent des sujets que l'on suppose ne pas nécessiter de réponse immédiate : informations générales, lois et politiques, documentation/recherche, prévention, statistiques et fonctionnement du site.

Évolution des perceptions et opinions du grand public

Pour rendre compte de l'impact global des différentes campagnes et des divers dispositifs d'information-sensibilisation mis en œuvre ou renforcés, les évaluateurs se sont penchés sur les enquêtes de perceptions et d'opinions du grand public.

L'hypothèse retenue était que l'intégration des notions sous-jacentes à la culture commune est la première étape vers une évolution conforme des représentations à l'origine des comportements.

Les effets de ces programmes et de ces actions s'apprécient donc, d'une part par la diffusion au sein de la population des connaissances validées et, d'autre part, par leur niveau d'adhésion aux politiques publiques en matière de drogues. Le premier aspect a été apprécié en comparant, entre 1999 et 2001, les connaissances de la population générale sur les données précisées dans le livret d'information *Drogues, savoir plus, risquer moins* sur les consommations ou les risques associés concernant : l'alcool et le tabac, le cannabis, l'ecstasy.

Dans un second temps, l'équipe d'évaluation s'est concentrée sur les aspects jugés les plus révélateurs de l'impact de l'action publique : la prise en compte de l'alcool, du tabac et des médicaments psychotropes, pour asseoir la cohérence d'une démarche de prévention des consommations à risques et la promotion de la réduction des risques. Plusieurs enquêtes permettent d'illustrer l'évolution des opinions de la population générale sur les drogues. Les principales études exploitées dans ce rapport sont les enquêtes EROPP conduites par l'OFDT en 1999¹⁰¹¹, soit au début et au terme du plan triennal.

Évolution des représentations du grand public sur les substances psychoactives et les risques associés

Pour estimer l'évolution des perceptions et des opinions de la population générale sur les substances psychoactives licites et illicites, les évaluateurs ont choisi de se référer aux chiffres et aux informations diffusés dans le livret *Drogues : savoir plus, risquer moins* édité en 2000, sur l'alcool, le tabac et le cannabis – les trois produits les plus consommés par les populations jeunes – ainsi que l'ecstasy. L'analyse ne constitue en aucun cas une étude critique de l'appropriation par le grand public de la réalité des consommations de substances psychoactives décrite dans ledit livret d'information. Cette section examine donc l'évolution des perceptions de la population générale à propos des dangers liés à ces substances.

Évolution des perceptions sur la dangerosité de l'alcool et du tabac

Interrogées en 1997 sur les « drogues qu'elles connaissent », dans l'enquête Publimétrie¹⁰ et les deux enquêtes EROPP, les personnes enquêtées citent massivement le cannabis : 82 % en 2002 et 78 % en 1999 contre 67 % en 1997. Bien que

10. Enquête Publimétrie - Grande écoute 1997 ; interrogations sur les 15 ans et plus.

Tableau 6 - Risques liés au cannabis, à l'ecstasy, à l'alcool et au tabac

	Seuil de dangerosité	Risques de dépendance
Cannabis	. Consommation régulière et fréquente . Risques associés au tabac	Dépendance psychique pour les consommations régulières et fréquentes
Ecstasy	Dès l'expérimentation	Dépendance psychique (Dépendance physique non confirmée)
Alcool	. Consommation régulière et fréquente > 2 verres standard par jour pour les femmes > 3 verres standard par jour pour les hommes . Dose excessive en une seule fois (ivresse), en particulier dans certains contextes (conduite automobile)	Dépendance psychique et physique
Tabac	Toxicité dès l'expérimentation	Dépendance psychique et physique

Source : MILDT, *informations de référence fournies par Drogues : savoir plus, risquer moins, édition 2000.*

la terminologie « drogues » ait pu faire penser que la question portait sur les drogues illicites, on constate que le tabac et l'alcool sont également mentionnés, et ce avant même la publication du plan triennal 1999-2001. Leur rang de citation, respectivement le 6^e et 7^e, n'a pas évolué. Ces résultats semblent liés au fait que les trois quarts des personnes interrogées considèrent que ces deux produits sont dangereux dès qu'en fait une consommation quotidienne (*cf. tableau 7*).

La première évolution notable – statistiquement significative – au cours de cette période est le quasi doublement des réponses affirmant le danger potentiel d'une seule prise d'alcool (8,2 % des réponses en 1999 contre 14,5 % en 2002). Parallèlement, le seuil de dangerosité moyen lié à l'alcool a baissé de 3,6 à 3,1 verres. La seconde tendance significative est l'augmentation sensible du pourcentage de répondants considérant le tabac comme dangereux dès la première cigarette (de 20,7 % à 24,9 %). Concomitamment, le pourcentage de personnes estimant que le tabac est dangereux dès lors qu'il est consommé quotidiennement a baissé. Ainsi, en 2002, l'expérimentation du tabac est jugée dangereuse environ cinq fois plus souvent que

celle de l'alcool. Ces chiffres semblent indiquer d'une part la reconnaissance de l'usage abusif d'alcool comme une conduite à risques, d'autre part celle du pouvoir addictif du tabac (pour la moitié des interrogés en 2002).

Tableau 7 - Seuil de dangerosité perçu pour l'alcool, le tabac et le cannabis en 1999 et 2002

(% en colonne)	Alcool		Tabac		Cannabis	
	1999	2002	1999	2002	1999	2002
Consommation quotidienne	79,2	77,2	76,2	72,5	28,1	32,5
Quantité en une seule occasion	8,2	14,5	-	0,8	-	-
Consommation occasionnelle	1,4	0,5	0,6	0,4	12,3	11,9
Dès qu'on essaye	5,7	4,8	20,7	24,9	51,3	50,8
Ce n'est jamais dangereux	0,1	0,0	0,0	0,0	5,3	2,8
Ne connaît pas le produit	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
NSP, autres, ne veut pas dire	2,3	0,3	1,6	1,4	1,8	2,0

Source : EROPP 1999, 2002, OFDT (reconstruction partielle)

En 2002, près de la moitié des personnes interrogées (47,7 %) désigne le tabac comme le produit dont il est le plus difficile de se passer quand on a commencé à en consommer ; viennent ensuite l'alcool et le cannabis, cités respectivement dans 27,1 % et 21,0 % des cas.

Finalement, en 2002, 70 % des enquêtés pensent que l'abus d'alcool pose plus de problèmes à la société que l'usage des drogues interdites à la consommation ; environ 6 sur 10 portent ce même jugement sur le tabac. Toutefois, une comparaison des études disponibles (EROPP 2002/étude de 1978¹¹) ne permet pas de conclure à une radicalisation des opinions à l'égard des « abus » d'alcool, du fait des formulations différentes utilisées dans les deux enquêtes.

Évolution des perceptions sur la dangerosité du cannabis

Malgré une baisse sensible au cours des années 1990¹², la majorité des personnes enquêtées adhère à la « théorie de l'escalade » : 7 sur 10 estiment que l'usage de cannabis conduit à consommer par la suite des produits plus dangereux.

11. Mission d'étude sur l'ensemble des problèmes de la drogue conduite par M. Pelletier.

12. Cette évolution est reflétée par une enquête SOFRES-Grande écoute de 1992 et les enquêtes EROPP 1999 et 2002.

Les résultats concernant la dangerosité du cannabis apparaissent stables entre 1999 et 2002, que ce soit pour : le danger de l'expérimentation de cannabis (51,3 % contre 50,8 % en 2002), celui de la consommation quotidienne (28,1 % contre 32,5 % en 2002, $p < 0,001$), ou encore l'absence ou le peu de danger représenté par l'usage du produit. Toutefois, les personnes jugeant que le cannabis peut être dangereux pour la santé sont un peu plus nombreuses en 2002 qu'en 1999 (5,3 % contre 2,8 %, $p < 0,001$).

Évolution des perceptions sur la dangerosité de l'ecstasy

En 2002, l'ecstasy est le quatrième produit cité quand les personnes sont interrogées sur les drogues qu'elles connaissent par l'enquête EROPP. Elle conserve le même rang qu'en 1999.

L'ecstasy est un peu mieux connue du public et cette tendance est statistiquement significative : 3,3 % des enquêtés avouent ne pas savoir de quoi il s'agit alors qu'ils étaient 4,9 % en 1999 (cette proportion est pratiquement le double de celles enregistrées pour les autres produits). De 1999 à 2002, la part des personnes estimant que la seule expérimentation de l'ecstasy représente un danger a connu une augmentation, sensible mais significative. Les deux tendances paraissent étroitement liées : en 2002, près de 80 % personnes estiment que la seule expérimentation de l'ecstasy représente un danger. Dans l'ensemble, l'ecstasy est perçue comme aussi dangereuse que l'héroïne et la cocaïne. Sa consommation occasionnelle est jugée dangereuse avec la même fréquence que celle de la cocaïne (environ 8,0 %). Un comparatif similaire peut être fait avec sa consommation quotidienne et celle de l'héroïne (environ 5,5 %). De façon générale, la dangerosité perçue de ces trois produits semble davantage liée à leur nature qu'aux modalités de leurs usages.

Tableau 8 - Seuil de dangerosité perçu de l'ecstasy

	Ecstasy	
	1999	2002
Consommation quotidienne	5,6	5,9
Consommation hebdomadaire (*)	3,5	3,0
Consommation occasionnelle	9,4	8,0
Dès qu'on essaye	75,6	78,6
Ce n'est jamais dangereux	0,1	0,2
Ne connaît pas le produit	4,9	3,3
Ne sait pas, autres, ne veut pas dire	0,9	0,9

(*) En effet, ce produit, consommé par certains jeunes lors d'événements festifs tels que les fêtes techno, renvoie à des usages probablement plus circonstanciés.

Source : EROPP 1999, 2002, OFDT

Entre 1999 et 2002, la hiérarchie des produits selon leur dangerosité perçue a évolué. L'héroïne reste incontestablement la substance jugée la plus dangereuse, mais elle est désormais suivie de l'ecstasy, pour laquelle la perception du danger s'est accrue. Les femmes sont plus nombreuses à placer l'ecstasy en tête des produits les plus dangereux, et les hommes désignent plus souvent à ce rang l'héroïne. Les plus jeunes (15-17 ans), tout comme les 35-49 ans, jugent l'ecstasy comme étant le produit le plus dangereux, à l'opposé des autres tranches d'âge (18-24 ans, 25-34 ans, 50-64 ans, 65-75 ans).

En 2002, la cocaïne figure toujours dans le trio de tête des substances souvent jugées dangereuses. Alors qu'il se situait entre l'alcool et le tabac en 1999, le cannabis est désormais devancé par ce dernier (tableau *infra*).

Tableau 9 - Produit jugé le plus dangereux entre 1999 et 2002

(% en colonne) Croisement décroissant	1999	2002
Héroïne	41,1 %	42,6 %
Ecstasy	16,7 %	21,4 %
Cocaïne	19,8 %	19,3 %
Alcool	6,4 %	6,9 %
Tabac	2,2 %	3,4 %
Cannabis	3,4 %	2,0 %
Autres	0,9 %	0,9 %
Ne sait pas	7,5 %	3,1 %
Ne veut pas dire	0,4 %	0,4 %

Source : EROPP 1999, 2002, OFDT

Évolution du niveau d'information ressenti par la population

Si l'on interroge la population française plus globalement sur son niveau d'information sur les « drogues », on observe une augmentation statistiquement significative de la proportion de personnes se déclarant très bien informées (de 7,8 % à 10,4 % entre 1999 et 2002). Au total, 61 % des personnes s'estiment bien ou très bien informées, contre 58 % en 1999.

Les estimations faites par les personnes interrogées sur l'ampleur des consommations de substances psychoactives en France viennent pondérer ces résultats. Le cas du cannabis est révélateur. Près des deux tiers des enquêtés surestiment la

prévalence nationale de l'expérimentation du cannabis, la situant au-delà de l'échelle de 20 % à 30 % d'expérimentateurs, retenue comme référence d'après les chiffres publiés¹³ pour la population adulte dans les éditions 2000 et 2001 du livret *Drogues : Savoir plus, risquer moins*. Les estimations varient selon le sexe, l'âge et l'expérimentation du cannabis. En effet, la moitié des 15 et 25 ans qui se sont prononcés donnent une proportion supérieure à 50 %, quand ils sont un sur dix parmi les 50-75 ans. Autre exemple, 40 % des enquêtés ayant déjà consommé du cannabis évaluent la prévalence de l'expérimentation à plus de 50 %, contre 19 % dans le reste de l'échantillon. Cette surestimation est plus élevée chez les personnes qui classent la drogue dans leurs deux premiers sujets de préoccupation pour la société française. Il en est de même parmi celles qui ont lu ou eu entre les mains le livret *Drogues : Savoir plus, risquer moins* – résultat qui interroge sur le degré d'appropriation du livre et sur d'éventuels autres biais – enfin parmi celles qui s'estiment bien informées sur les drogues (EROPP 2002¹⁵).

Changement des représentations sur les politiques publiques

En ce qui concerne le regard porté sur les dispositifs publics, on constate que, entre 1999 et 2002, la connaissance de la substitution par la population (70,5 % vs 68,5 %, ns) et l'approbation de cette pratique (environ 80 %) sont stables. La tendance est différente en ce qui concerne la vente libre de seringues en pharmacie. Le nombre des personnes enquêtées connaissant cette mesure marque une baisse statistiquement significative (de 68,4 % à 64,0 %, p < 0,01) tout comme celui des personnes qui l'approuvent (de 63,0 % à 59,9 % entre 1999 et 2002), la première tendance expliquant en partie la seconde. Le pourcentage des avis strictement défavorables augmente, quant à lui, de 5 points par rapport à 1999 pour atteindre 29 %.

Parallèlement, parmi la très forte majorité (94,9 %) des personnes approuvant la création de centres de soins « en concertation avec les mairies, les hôpitaux, la police et les habitants », près de huit sur dix se disent ouvertes à l'implantation d'un tel centre dans leur quartier. Cette approbation massive surprend, mais peut traduire un biais dans les réponses de certains répondants, peu enclins à se contredire en rejetant un principe pour lequel ils se sont déclarés favorables.

Selon l'enquête EROPP, la presque totalité des individus enquêtés (plus de 90 %) pense que l'information à l'école sur le tabac, l'alcool et les drogues, est suffisante. Les trois quarts des personnes qui estiment que l'information sur ces produits – indépendamment de leur nature – peut être dangereuse ne la considèrent pas pour autant comme inutile. Mais parmi les hommes et les femmes qui ont un enfant d'au moins 12 ans, seuls 22 % estiment l'information à l'école utile ;

13. Le livret exploite lui-même les statistiques produites par les enquêtes Baromètre Santé 1995/1996 et 2000 et ESCAPAD 2000.

s'agissant de l'information sur le cannabis, cette proportion diminue encore (17 %). Ce résultat peut être mis en relation avec la progression, constatée par DATIS, des questionnements formulés par des personnes, de 31 à 40 ans et de 41 à 50, appartenant à propos d'usagers de leur entourage : elles représentent 34 % en 2001 quand elles étaient 9 % en 1998. Cette tendance touchant une catégorie d'adultes en âge d'être parents d'adolescents peut avoir deux interprétations : elle peut refléter l'impact positif des campagnes de sensibilisation s'adressant directement ou non aux adultes référents, ou la croissance du nombre d'appels pour un conjoint ayant des problèmes avec l'alcool ou le tabac. Les évaluateurs ne disposaient pas des données adéquates pour explorer plus avant ces hypothèses.

Quelles que soient les tendances observées, le niveau d'adhésion à ces politiques paraît fort à travers les enquêtes en population générale.

2.2. AMÉLIORATION DES CONNAISSANCES, PERCEPTIONS ET PRATIQUES DES PROFESSIONNELS

Constats posés par le plan triennal

Le plan triennal posait le constat d'un cloisonnement des corpus professionnels dans leurs propres pratiques, doublé d'une méconnaissance de la place réelle de leur intervention dans la chaîne des réponses publiques face au problème des « drogues ». Le besoin identifié concernait tant la formation des professionnels spécialisés, via la formation continue, que la formation initiale et ce pour un large public de professionnels. Celui-ci comprenait les policiers, les gendarmes, les douaniers et les personnels pénitentiaires, les acteurs de prévention (des collectivités territoriales, associations, etc.), les professionnels de l'éducation, de l'animation et de l'insertion et les médecins et pharmaciens.

Réponses apportées par le plan triennal

Le plan triennal prévoyait la création d'outils et de dispositifs spécifiques destinés aux professionnels de la prévention ainsi qu'une démarche plus large de formation, visant l'ensemble des professionnels susceptibles d'être confrontés aux problématiques liées aux drogues, y compris les personnels non spécialisés dans ce champ. Diverses publications étaient prévues ainsi que la création d'une commission de validation des outils de prévention. Des centres d'information et de recherche sur les drogues et les dépendances (CIRDD) devaient être mis en place, pour aider les chefs de projet « drogues et dépendances » dans leurs missions, notamment pour relayer l'information sur les drogues au niveau local. Parallèlement, l'adaptation de la formation professionnelle aux objectifs visés impliquait la concep-

tion et la mise en œuvre d'outils à différents niveaux d'intervention : celui des acteurs de terrain spécialisés, via des modules de formation continue ou la diffusion d'un socle commun de connaissance ; celui des acteurs non avertis quant à la problématique des drogues à travers l'adaptation des programmes de formation initiale.

Évaluation du degré de réalisation de cet objectif

Cette section aborde successivement les divers outils et les dispositifs mis en place ou modifiés – la Commission de validation des outils de prévention, les livrets de connaissance, les guides destinés aux professionnels, les CIRDD et les formations initiées à partir de ce cadre. Les effets analysés ici le sont à partir d'une évaluation spécifique réalisée en 2002¹².

Mise en place d'outils et de dispositifs d'aide aux professionnels

Mise en place d'une Commission de validation des outils de prévention

La Commission de validation des outils de prévention des usages des substances psychoactives a été mise en place en janvier 2000. Son objectif vise à garantir la fiabilité des contenus et à assurer une plus grande cohérence des messages de prévention émis par les différents acteurs de terrain. Composée de représentants des administrations membres du Comité interministériel de la MILD'T, du CFES, d'experts scientifiques et d'acteurs de terrain, elle porte une appréciation sur les supports qui lui sont librement soumis¹⁴.

En juin 2002, 75 outils de prévention ont ainsi été examinés (à l'occasion de douze séances de travail) dont 36 ont été validés.

L'exigence – clairement exprimée dans le plan triennal – qu'aucun ministère ne diffuse d'outil sans l'avoir soumis à cette procédure de validation ne paraît pas atteinte d'après les informations disponibles. En effet, la production des outils de prévention se situe bien au-delà des chiffres évoqués précédemment. De plus, au vu de la liste des outils examinés par la Commission (accessible sur www.drogues.gouv.fr), la part des outils de prévention issus des ministères et de leurs services déconcentrés demeure limitée par rapport à leur production globale. Le recours aux outils de prévention validés est par ailleurs inégalement observé par les administrations partenaires : une lettre du ministre de l'Éducation nationale, datée de janvier 2002, enjoignant ses services déconcentrés à s'assurer que tout outil de prévention utilisé dans les classes est validé est le seul exemple dont les éva-

14. Les critères de qualité concernent l'exactitude des données, le respect des personnes et des lois, la qualité scientifique et technique des supports, l'adéquation entre le public visé et l'outil lui-même. Les outils retenus obtiennent un label.

luteurs aient eu connaissance. Toutefois, cette lettre a été communiquée au ministère chargé des questions de la « jeunesse », afin de motiver une démarche similaire.

Élaboration de livrets de connaissance et publications destinées aux professionnels

Une collection de livrets de connaissance destinée aux professionnels a été lancée à la fin de 1999, à l'occasion de la première campagne de communication orchestrée par la MILDT¹⁵. Elle fait appel à la contribution d'experts des différents domaines concernés et a été envoyée pour avis aux ministères, avant publication. Dix titres sont aujourd'hui disponibles¹⁶. Chacun est édité en moyenne entre 60 000 et 80 000 exemplaires et diffusé gratuitement par la MILDT et le CFES¹⁷ à l'ensemble des chefs de projet « drogues et dépendances » – pour qu'ils répercutent l'information auprès des membres du comité de pilotage départemental – à une centaine d'associations nationales, aux partenaires institutionnels de la MILDT et à l'ensemble des services de documentations concernés (Toxibase, CIRDD, CRIPS). Notamment un dossier a été créé dans la dynamique du travail engagée autour de la formation des professionnels : « Socle de connaissances : approche multithématique des questions de prévention et d'usage de drogues. »

La réalisation de deux documents destinés aux professionnels de la prévention était également prévue dans le plan triennal : un guide des bonnes pratiques de prévention et un guide d'évaluation des actions de prévention. Seul le premier a été réalisé sous la forme d'un livret de connaissances : *Prévention de l'usage de drogues : questions éducatives*, édité en janvier 2002. En revanche, l'élaboration d'un guide d'évaluation des actions de prévention, confiée à l'OFDT, n'a pas abouti. Un tel guide devait venir en complément d'ouvrages préexistants, notamment un guide édité par l'Observatoire européen sur la drogue et la toxicomanie (OEDT). Sa rédaction reposait techniquement sur la possibilité de fournir un exemple réel d'évaluation qui illustre de façon relativement complète la traduction concrète des principes d'évaluation décrits dans le guide. La difficulté d'identifier une telle étude de cas a concouru au report de ce projet.

Création de centres ressources pour faciliter l'accès à l'information validée (concepts, données, dispositifs existants)

La mission assignée aux Centres d'information et de recherche sur les drogues et les dépendances (CIRDD) concerne la documentation, l'information, l'observation des dispositifs et des consommations et enfin, l'expertise de projet (ingénierie

sociale) afin de faciliter l'accès à l'information validée (concepts, données, dispositifs existants). Ces centres ont vocation à fournir un appui technique aux chefs de projet départementaux et à leurs partenaires représentés dans les comités de pilotage départementaux. Ils peuvent apporter aide et conseil aux différents acteurs locaux institutionnels (collectivités territoriales) et associatifs qui souhaitent élaborer des projets, notamment en matière de prévention.

Alors que la création de 20 CIRDD était préconisée par le plan triennal, les projets ont été bien plus nombreux et, au final, 40 CIRDD – départementaux, interdépartementaux ou régionaux – étaient créés en fin d'année 2001, souvent à partir de structures préexistantes. Ces centres couvraient 70 départements.

Néanmoins, les moyens de ces structures sont très limités au regard des missions dévolues, ne serait-ce que sur le plan budgétaire, leur budget moyen étant de 76 000 (500 000 F).

Tableau 10 - Réponses de satisfaction des chefs de projet quant au soutien apporté par les CIRDD

Selon vous, en 2001, le CIRDD a-t-il... Réponses « Oui, pleinement ou avec encore quelques difficultés »		
	Nombre	Taux en fonction des départements ayant répondu
- été en mesure d'assurer une fonction d'information et de documentation ?	25	78 %
- constitué un appui pour le chef de projets départemental et le comité de pilotage ?	21	60 %
- contribué à la mise en place de sessions de formation (départementale ou interdépartementale ou régionale) ?	20	57 %
- été en mesure d'assurer une fonction d'ingénierie sociale ?	18	55 %
- été en mesure d'assurer une fonction d'observation des dispositifs de prévention, d'accompagnement et de soins ?	15	45 %

Source : Rapports d'activités des chefs de projet « drogues et dépendances », année 2001, OFDT

15. Premières rencontres interministérielles à la Sorbonne en décembre 1999 (1 000 participants).

16. Comprendre l'action des drogues ; Chiffres clés 1999 ; Dispositifs publics ; Actes du colloque de la Sorbonne : première rencontre interministérielle ; Synthèse du plan gouvernemental ; Prévention de l'usage des drogues : questions éducatives ; Socle de connaissance ; Chiffres clés 2002 ; Dispositifs publics 2002 ; Actes du colloque du Collège de France.

17. Soit 689 000 exemplaires édités au deuxième semestre 2001.

D'après les informations transmises *via* leurs rapports d'activité de l'année 2001 (70 départements)¹⁷, les chefs de projet semblent avoir quelques difficultés à se prononcer sur les missions réellement assurées par les CIRDD sur les quatre qui leur sont assignées (fort taux de non-réponse). L'ingénierie sociale et l'observation des dispositifs de prévention sont les secteurs donnant le moins souvent satisfaction.

Bien qu'elles n'offrent pas un tableau très optimiste (au vu du faible nombre de départements globalement concernés), les données disponibles ne permettent pas aux évaluateurs d'être conclusifs sur l'utilité ou l'efficacité de ces nouveaux dispositifs. L'intervention des CIRDD lors de l'élaboration du programme départemental de prévention est citée par seize chefs de projet. Elle a consisté presque toujours en l'établissement d'un état des lieux départemental sur les actions de prévention, assez souvent en un appui méthodologique pour la définition de la politique départementale de prévention ou à la proposition de personnes ressources pour cet exercice. Si, dans 40 % des cas, les CIRDD fournissent une expertise ou un soutien méthodologique dans le cadre d'un groupe de travail, ils ne sont pratiquement jamais associés à l'élaboration et au suivi des CDO.

Développement de formations conformes aux concepts et aux données validées

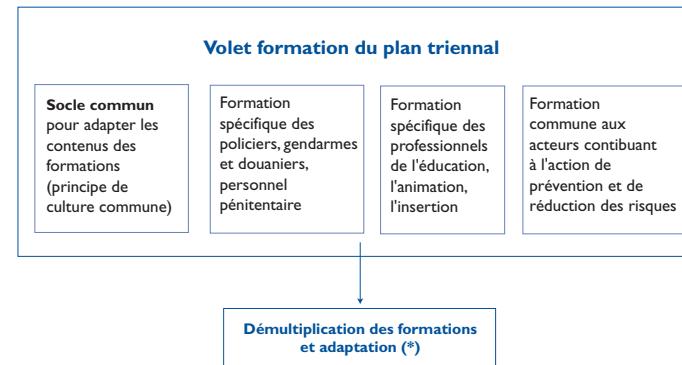
Adaptation de la formation professionnelle

Afin de doter l'ensemble des professionnels des connaissances nécessaires pour faire face aux problématiques liées aux drogues et pour situer leur intervention dans la chaîne des réponses publiques, quatre axes stratégiques de formation et la création d'un DESC « addictologie » (*cf. chapitre 5*) étaient annoncés dans le plan triennal (*cf. figure 5*). Le plan triennal affichait l'objectif de former l'ensemble des professionnels susceptibles d'être confrontés à la problématique des drogues et notamment ceux qui, non spécialisés, n'avaient jamais bénéficié de formation sur ce sujet. Ce choix ambitieux de toucher l'exhaustivité des effectifs induisait un engagement de tous les ministères concernés et une évolution aussi bien dans le champ de la formation continue que de la formation initiale.

L'originalité de la démarche a résidé dans le type des formations encouragé pour concrétiser cette stratégie :

- formations aux contenus pluridisciplinaires avec une ouverture à l'ensemble des dimensions des consommations à risques et des réponses spécifiques à chaque corps professionnel,
- et, si possible, avec une mixité sectorielle des participants.

Figure 5 - Quatre volets stratégiques de formation définis par le plan triennal



Quatre critères d'évaluation des résultats des formations se définissaient à court terme : l'amélioration des connaissances, l'évolution des représentations, la traduction de ces changements dans les pratiques, notamment grâce à la constitution de nouveaux partenariats. L'étape finale est une démultiplication des éléments de culture commune au sein des institutions en vue d'une meilleure prise en charge des populations à risques. Ces éléments ont été étudiés lors de l'évaluation rétrospective *ad hoc* initiée à l'automne 2001 sur ces stratégies de formation.

L'évaluation susmentionnée¹⁸, réalisée entre septembre 2001 et juillet 2002, a permis d'explorer le degré de réalisation des objectifs visés par cette stratégie à une relativement grande échelle. L'enquête de terrain a concerné 14 filières de formation¹⁸ (6 départementales et 8 ministérielles) et un département qui n'avait pas organisé de formation. Parallèlement, une enquête quantitative a été menée auprès d'un échantillon de 249 participants aux formations et de 100 non-participants de profils similaires, identifiés grâce aux premiers. De par la « jeunesse » des mesures programmées, l'évaluation a eu comme principal objectif d'explorer les facteurs de succès et les écueils rencontrés dans la mise en œuvre de formations conformes aux orientations du plan triennal. L'analyse des premiers résultats est donc modeste et son intérêt est de mettre à jour les éléments de la stratégie de formation qui ne sont pas invalidés et ceux qui demandent à être corrigés.

18. Les formations sont décrites à la lumière d'une chaîne d'entretiens menés auprès d'un représentant de chaque stade de réalisation, de l'initiation à la participation.

Le rapport d'évaluation, expertisé par des évaluateurs externes et discuté lors d'une réunion interministérielle, établit un certain nombre de constats utiles pour l'avenir. Ces constats concernent : le public touché et l'impact effectif des formations en rapport avec les objectifs visés et à travers les jugements exprimés par les professionnels, les difficultés ou les insuffisances constatées.

Élargissement du public couvert par ces formations

La diffusion de la culture commune auprès des professionnels reposait sur la mise en œuvre d'une stratégie diversifiée de formation. Les axes stratégiques définis par le plan triennal ont été effectivement développés selon des modalités différentes. La MILDT a activement participé à cette mise en œuvre selon deux approches principales¹⁹ :

- l'accompagnement d'initiatives locales (départementales ou régionales) notamment par le subventionnement ou la participation directe en tant que formateurs,
- l'impulsion d'une déclinaison de formation au sein des écoles sous la tutelle des ministères. Cette démarche descendante s'est appuyée sur des modules de formation adaptables, créés en concertation avec les ministères concernés.

Dans les départements, selon un bilan de juin 2002, réalisé par la MILDT, 68 sessions de formations ont été conduites en 2001 dans 35 départements, généralement lors de sessions de trois jours dans l'esprit de la circulaire du 15 décembre 2000 (25 stagiaires en moyenne).

L'évaluation a montré par ailleurs des niveaux inégaux d'implication et d'appropriation des outils de formation par les administrations concernées. Les démarches descendantes de démultiplication des filières de formation initiale ont été portées par l'ensemble des services centraux impliqués à l'exception de l'administration pénitentiaire et des directions ministérielles en charge des affaires sanitaires et sociales. Quand les outils proposés par la MILDT (modules) ont été adoptés par les chefs de projet et les ministères, ils ont été plutôt bien intégrés, bien que l'on ait constaté des retards (PJJ) ou des adaptations partielles (les douanes). Mais 65 % des départements et les écoles du domaine sociosanitaire ne s'en sont pas inspirés.

Au terme du plan triennal, sur la base de l'échantillon de l'enquête, les bénéficiaires de ces « nouvelles » formations sont en majorité des professionnels spécialisés ou ayant déjà suivi des formations dans le champ des drogues. L'enquête par questionnaire menée auprès de 249 participants révèle que 64 % d'entre eux avaient suivi au moins une autre formation que celle concernée par l'évaluation. La

19. Les divers axes de travail entrepris dans le cadre de cette stratégie sont présentés dans l'annexe consacrée à la description des dispositifs.

surreprésentation des participants « déjà formés » peut s'expliquer par une polarisation sur le public des formateurs ou des relais d'influence, dont on espère une démultiplication des formations et la diffusion des éléments de culture commune. Quoi qu'il en soit, la difficulté bien identifiée du système de formation volontaire à attirer les « professionnels non avertis » pose la question de l'instauration d'une obligation de formation, car rien ne permet d'envisager une réduction spontanée de ce déséquilibre. En l'état actuel, ce constat renforce l'intérêt de mieux cerner les besoins des publics « généraux » et de rechercher les moyens pour les inciter à participer aux formations.

L'évaluation *ad hoc*²⁰ a conclu que, globalement, le plan triennal a contribué à faire évoluer l'offre de formation dans le sens de l'intégration progressive d'une culture commune et d'une plus forte interprofessionnalité.

Évolution des connaissances et des représentations des professionnels liées aux formations

La comparaison des déclarations des deux groupes à propos de leur niveau de connaissance ne met en évidence que peu de différence : 87 % des participants (soit 77 % des personnes n'ayant bénéficié que d'une formation) se disent « très bien ou plutôt bien informés » contre 79 % des non participants²⁰. Les participants sont seulement 22 % à penser que l'apport de connaissance a été un point fort de la formation suivie.

Néanmoins, le fait que les participants attribuent à l'alcool un seuil de dangerosité inférieur à celui déclaré par les non-participants ou par les personnel actif de la fonction en publique en général, tempère ce premier constat, suggérant un certain effet du dispositif. Le tableau ci-après révèle également que les deux groupes de l'évaluation sur les formations sont très certainement déjà sensibilisés par un bruit de fond résultant des multiples canaux de communication mis en œuvre depuis l'application du plan triennal 1999-2002.

On ne peut donc pas être affirmatif sur l'apport des formations en termes de connaissances. Toutefois, on observe un effet positif sur les intentions des participants à faire évoluer leur pratique professionnelle. La formation a provoqué une remise en cause chez 54 % d'entre eux et, pour la plupart, dans une direction conforme à la stratégie définie : neuf sur dix se disent motivés par les messages reçus et/ou ouverts à de nouvelles perspectives. Plus concrètement, 45 % des participants déclarent avoir changé leur discours sur les drogues et les dépendances (près de la

20. Les domaines dans lesquels les participants ont le plus appris, selon leurs déclarations, sont « les produits et les risques associés » ainsi que « les comportements et les facteurs sociologiques qui y sont liés ». Chacune de ces thématiques a été citée par près d'un quart des participants. Suivent les aspects autour de la prévention, des acteurs et des réseaux.

moitié relevant des institutions chargées de l'application de la loi²¹). Parmi eux, 55 % disent vouloir changer leur façon de travailler au quotidien et ce, deux fois sur trois vis-à-vis du public qu'ils touchent dans le cadre de leur travail. Ces résultats doivent être considérés avec précaution car les réponses aux questions sur la dangerosité des produits, sur les théories de « l'escalade » et sur des grandes orientations politiques (injonction thérapeutique et réduction des risques) ne laissent pas entrevoir de différence significative des représentations entre les bénéficiaires et les non-bénéficiaires des « nouvelles » formations (*cf. supra*).

On constate que 55 % des participants (dont 75 % des personnes qui disent vouloir changer d'approche dans leur travail) souhaitent renforcer leur réseau professionnel à la suite de la formation.

Chez les participants se déclarant confortés dans leur position à l'issue de la formation, on compte une part importante de professionnels déjà convaincus des grands enjeux du plan triennal portés par ces formations.

Tableau 11 - Comparaison des réponses sur la dangerosité du cannabis et de l'alcool des participants à une « nouvelle formation » et des non-participants, par rapport aux groupes fonctionnaires et à la population générale interrogés lors de l'enquête EROPP 2002

Public des formations du plan triennal		EROPP 2002	
Participants	Non-participants	Fonction publique active	Ensemble de la population
<i>Selon vous, à partir de quand devient-il dangereux pour la santé de fumer du haschisch ou du cannabis ?</i>			
– Réponse : « C'est dangereux dès qu'on essaie. »	32 %	32 %	42 %
<i>Selon vous, à partir de combien de verres par jour devient-il dangereux pour la santé de boire de l'alcool ?</i>			
– Réponse : « un à trois »	88 %	84 %	72 %
– Réponse : « plus de trois »	11 %	15 %	19 %
Source : Évaluation de la stratégie définie par le plan triennal en matière de prévention, 2002, OFDT/Eureval-C3E (reconstruction partielle) ; EROPP 2002			

21. Ce résultat n'apparaît pas dans le rapport d'évaluation sur les formations, mais a été mis à jour par les évaluateurs du présent document à partir des données brutes livrées avec ledit rapport.

Les échanges entre professionnels ainsi qu'une structuration des échanges (aspect cité par un quart des participants) sont fortement appréciés dans ces formations : ils sont le vrai point fort pour 43 % des participants. L'important ici est que les échanges les plus cités sont ceux intervenus entre professionnels de métiers différents, situation favorisée par l'une des dimensions originales de ces nouvelles formations : l'accent mis sur la pluridisciplinarité des auditoires. Ceci tend à appuyer l'option de l'interprofessionnalité encouragée pour l'organisation de ces formations. Fort logiquement, ces résultats sont positivement corrélés à la durée de la formation : les échanges interprofessionnels sont cités bien plus souvent (58 % des cas) lorsque les formations durent trois jours que lorsqu'elles sont plus courtes (37 %).

En ce qui concerne l'impact des formations sur les pratiques professionnelles, plus d'un tiers des participants (35 %) disaient avoir été influencés par ces expériences au point de vouloir changer, voire d'avoir changé, leur façon de travailler au quotidien. Un peu plus de la moitié des bénéficiaires des formations affirmaient qu'ils voulaient mettre à profit ces formations – ou avaient l'intention de le faire – en lançant des projets concrets (que l'on suppose liés à la prévention ou à la formation).

En outre, on observe que la traduction concrète de ces formations demeure la dimension la plus délicate à cerner du fait du manque de recul consécutif à la plupart de ces expériences et du faible taux de professionnels potentiellement préparés et disposés à transposer les préceptes en action. L'évaluation sur les formations fournit toutefois quelques indications utiles.

Ainsi, en réponse à la question : « Quel a été le point faible de cette formation ? », 49 % des participants ont répondu : « Un manque de concret. » Cette critique indique une relative inadéquation entre le contenu de la formation et les attentes des participants. Elle se comprend et s'explique par le choix interprofessionnel et relativement généraliste de la formation qui ne peut en même temps aborder les problèmes concrets (et fournir des réponses) propres à chaque profession.

Une critique a été adressée quant au monopole que tient la démarche descendante centralisée qui ne laisse que peu de place aux initiatives locales et au « sur mesure ».

ⁱ Circulaire DAS-DSFI n° 97-280 du 10 avril 1997 relative à la mise en place des Points écoute pour les jeunes et/ou parents financés par le chapitre 47-15, BO Travail n° 97/17.

ⁱⁱ Circulaire DGS/ DGAS n° 2002/145 du 12 mars 2002 relative à la mise en œuvre d'un dispositif unifié des Points d'accueil et d'écoute jeunes.

RÉSUMÉ DU CHAPITRE 2

Face au défaut d'information sur la problématique des drogues globalement constaté, le plan triennal promouvait le développement d'une culture commune à travers : la diffusion auprès du grand public d'un ensemble de connaissances scientifiquement validées et son pendant auprès des acteurs professionnels. Il s'agissait d'offrir à ces derniers une meilleure visibilité des logiques d'intervention développées par les divers secteurs professionnels impliqués dans la lutte contre les drogues.

Sur la période 1999-2002, la mise à disposition auprès du public général d'informations scientifiquement validées est passée, en premier lieu, par le lancement de trois campagnes de communication sur l'ensemble des produits psychoactifs. La diffusion large (4,5 millions d'exemplaires) d'un guide d'information destiné au grand public a complété ce dispositif, ainsi que la création d'un site internet gouvernemental, coordonné par la MILDT, centralisant les informations issues des différentes sources disponibles (CFES – actuel INPES – OFDT, DATIS et Toxibase). Toutes ces mesures visaient à faire évoluer les représentations et les comportements en mettant à la disposition du public une information fiable et crédible sur les produits psychoactifs. De fait, ces actions de communication n'ont pas donné lieu à controverse de la part de la communauté scientifique.

Dans l'ensemble, les conditions de réalisation de ces mesures et les premiers résultats observés sont plutôt satisfaisants. L'accueil des campagnes de communication et leur capacité à impulser des changements, dans le sens encouragé, sont globalement au-dessus des standards de référence des campagnes publiques du même type. Environ un livret d'information sur deux aurait été lu et, enfin, l'utilité du site www.drogues.gouv.fr semble aujourd'hui largement reconnue.

Dans ce schéma, les services d'aide et d'écoute (au premier plan, la ligne de téléphonie nationale DATIS, ex-DIS) se devaient d'améliorer leur accessibilité pour relayer efficacement au niveau individuel les campagnes nationales de communication. En procédant à de nombreux aménagements – notamment l'ouverture dès 1999 d'une ligne desservant les DOM, l'adoption d'un numéro court – DATIS a pu prendre en charge un plus grand volume d'appels en 2001. Toutefois, entre 1998 et 2001, le nombre des demandes d'aide réelles satisfaites par le service téléphonique de DATIS est constant (~ 2 %), mais l'insuffisance des données disponibles ne permet pas d'apprécier le degré de satisfaction des demandes individuelles d'information adressées à DATIS.

Entre 1999 et 2002, bien qu'on ne puisse établir avec certitude un lien de causalité avec les actions de communication conduites, les perceptions de la population générale ont connu des évolutions sensibles. Les plus notables (statistiquement significatives) marquent la reconnaissance croissante de l'usage abusif d'alcool comme une conduite à risques et la compréhension du pouvoir addictif du tabac. La perception de la dangerosité du cannabis apparaît stable bien que les personnes jugeant que le cannabis n'est jamais dangereux pour la santé étaient un peu plus nombreuses en 1999 qu'en 2002 (3,0 % contre 5,3 %, $p<0,001$). L'ecstasy est un peu mieux connue du public et la part des personnes estimant que sa seule expérimentation représente un danger a augmenté sensiblement. Enfin, les politiques de substitution et la vente libre de seringues sont connues par des proportions relativement élevées du public quoique la seconde fasse l'objet d'une réprobation croissante (24 % d'avis strictement défavorables en 1999 contre 29 % en 2002).

Du fait du cloisonnement des professionnels dans leurs propres pratiques – méconnaissant la chaîne complète des réponses publiques face au problème des « drogues » – le plan triennal prévoyait la création d'outils et de dispositifs spécifiques. Ces mesures visaient le champ de la prévention ainsi qu'une démarche plus large de formation, pour l'ensemble des professionnels spécialisés ou non, susceptibles d'être confrontés à la problématique des drogues.

Une Commission de validation a été mise en place en janvier 2000, afin de garantir la fiabilité et la cohérence des outils de prévention utilisés par les acteurs de terrain. Faisant appel à des institutionnels et des experts de différents domaines, elle avait examiné, en juin 2002, 75 supports librement soumis. Une collection de 10 livrets de connaissance a été lancée à la fin de 1999. Gratuits et tirés en moyenne à 60 000 et 80 000 exemplaires, ils ont été diffusés entre autres aux chefs de projet « drogues et dépendances », à l'ensemble des services de documentations concernés et à une centaine d'associations nationales. Alors que 20 étaient prévus par le plan triennal, 40 Centres d'information et de recherche sur les drogues et les dépendances (CIRDD), couvrant 70 départements, ont été créés. Néanmoins, au regard de leurs missions (documentation, information, observation des dispositifs et des consommations, ingénierie sociale), ces structures ont eu des moyens plutôt limités ne serait-ce que sur le plan budgétaire (76 000 en moyenne). Par ailleurs, elles semblent avoir souffert de l'imprécision et de la multiplicité des tâches qui leur étaient assignées.

Pour la formation, le plan triennal développait quatre axes stratégiques définis selon différents types de publics : les acteurs de terrain départementaux, les personnels chargés de l'application de la loi, ceux des domaines de l'éducation, l'animation, l'insertion et ceux contribuant à l'action de prévention et de réduction des risques. Ce choix ambitieux de toucher tous les pro-

professionnels, qu'ils soient spécialisés ou non dans le champ des drogues, induisait un engagement de tous les ministères concernés et une évolution aussi bien en matière de formation continue que de formation initiale. De fait, la quasi-totalité des services centraux impliqués se sont investis dans l'adaptation des filières de formation initiale. Quand les outils proposés par la MILDT (modules) ont été adoptés par les chefs de projet et les ministères, ils ont été plutôt bien intégrés, mais 65 % des départements et les écoles du domaine sociositaire ne s'en sont pas inspirés.

Quoiqu'il en soit, la couverture de ces formations est bien en deçà de l'exhaustivité initialement visée. Les bénéficiaires sont en majorité des professionnels spécialisés ou ayant déjà suivi des formations dans le champ des drogues. On ne peut pas être affirmatif sur l'apport des formations en termes de connaissances. Toutefois, les participants déclarent leur intention de faire évoluer leurs pratiques professionnelles. Enfin, la traduction concrète des acquis de ces formations demeure le point faible et la dimension la plus délicate à cerner compte tenu du manque de recul global quant à ces expériences et du faible taux de bénéficiaires. La démarche d'incitation centralisée descendante qui laisse peu de place aux initiatives locales et au « sur-mesure » est également critiquée. Les objectifs visés en matière de formation professionnelle paraissent donc difficiles à atteindre, car structurellement dépendants du niveau de participation des professionnels et de leur adhésion à une approche transversale du phénomène drogues (ce qui interroge le besoin d'un régime obligatoire). Ces constats soulignent l'intérêt de mieux cerner les besoins des publics « généraux » et de rechercher des moyens incitatifs plus pertinents.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS DU CHAPITRE 2

Degré de cohérence

L'absence d'une parole pédagogique claire des pouvoirs publics, se traduisant par une communication éclatée entre différents émetteurs et à des messages contradictoires, voire inexacts, et souvent marqués d'une connotation morale, a été identifiée comme à l'origine d'une information largement déficiente du public. De même, l'absence constatée de références communes entre les différents acteurs professionnels impliqués dans le champ des drogues et des dépendances est à l'origine de l'objectif de renouvellement du contenu et des modalités d'organisation de la formation professionnelle, tant initiale que continue.

Le plan triennal définissait en conséquence un objectif général de diffusion d'une culture commune en direction de deux publics spécifiques avec pour sous-objectifs : d'une part favoriser, au moyen de campagnes de communication et d'un dispositif d'information individualisé, l'accès du public à des informations scientifiquement validées, afin de faire évoluer les opinions et les représentations conformément aux connaissances ; d'autre part, améliorer et homogénéiser les connaissances et les pratiques des professionnels.

Globalement, on relève un bon degré de cohérence par rapport aux objectifs définis dans le plan triennal et une bonne effectivité. C'est en direction du public général que l'effort le plus important a porté, à travers une large diffusion d'informations et de connaissances et cela dans la continuité, avec un bon niveau de qualité et de pénétration. Cette diffusion d'information en direction du public est largement fondée sur les connaissances validées ou disponibles et elle s'est avérée en mesure d'éclairer et d'interpeller le public visé.

Malgré une volonté réelle de relayer l'information diffusée par les campagnes grand public au niveau individuel, il s'avère que les dispositions pour améliorer l'accessibilité de DATIS ne débouchent pas sur une offre d'information et de conseil capable de répondre à l'explosion de la demande. Aussi peut-on s'interroger sur le degré de satisfaction de la demande individuelle d'information et sur le degré de cohérence entre les deux canaux.

En direction du public professionnel, si le degré de cohérence, comme l'effectivité de ce volet du plan triennal, apparaît sensible, de multiples difficultés tempèrent un volontarisme trop ambitieux. Créer une culture commune à l'aide de la formation professionnelle apparaît, après une brève expérience, un objectif très lointain qui demande d'être redéfini en termes de contenu et d'étapes.

Niveau d'engagement et de réalisation des objectifs

Le niveau de réalisation peut être qualifié de « bon » et conforme aux engagements pour les campagnes généralistes comme pour la formation professionnelle, même si des lacunes ont été identifiées, pour certains programmes, quant à l'utilisation de certains outils. En revanche, le niveau d'atteinte de l'objectif final (création d'une culture de référence commune entendue comme diffusion et intégration) n'est pas à ce stade évaluable.

Si à l'évidence cet objectif final, qui représente l'un des axes majeurs du plan triennal et de la politique de lutte contre la drogue en France, ne peut être atteint dans une durée aussi courte, il gagnerait à être mieux précisé, notamment dans ses relations avec l'un de ses sous-objectifs, « une meilleure adhésion aux objectifs de l'action publique ». On peut et on devrait s'interroger sur l'autonomie, partielle ou totale, ou au contraire sur l'interdépendance de ces deux objectifs. L'information à visée cognitive ne véhicule pas les mêmes messages que celle qui vise l'acceptabilité politique.

En matière de formation professionnelle, le niveau d'engagement considéré à l'échelle du pays et des acteurs visés, paraît plus limité et les objectifs visés plus difficiles à atteindre, car structurellement dépendants du niveau de participation des professionnels (volontariat de la formation continue) et de leur adhésion à une approche transversale du phénomène drogues.

Problèmes rencontrés

L'information du public, aussi massive et pertinente soit-elle, ne paraît pas en mesure d'induire des changements sensibles de perception, ni l'adhésion aux objectifs de la politique publique.

L'ambiguité et/ou l'évolutivité des connaissances et des statistiques soulève deux questions : bien des connaissances n'étant pas stabilisées (par exemple, celles sur la « dangerosité » de certains produits), faut-il modifier les messages au fur et à mesure de leur production ? Beaucoup de connaissances statistiques (par exemple, le pourcentage estimé du nombre de personnes ayant expérimenté le cannabis) peuvent se prêter à des interprétations contradictoires.

L'adaptation de l'offre d'information individualisée par DATIS apparaît réduite et incapable de suivre la croissance de la demande telle que l'on peut l'appréhender, ce qui pourrait conduire à terme à une déperdition importante et irréversible d'appelants. La stagnation relative de l'offre est liée à celle des moyens en personnel certes, mais aussi d'adaptation et de hiérarchisation par rapport aux nouveaux objectifs. De plus, son système d'information actuel souffre d'une « obscurité », tant d'un point de vue quantitatif que qualitatif.

Les CIRDD pâtissent de l'imprécision et de la multiplicité des missions qui leur sont assignées. Cependant, un besoin d'information sur leur production et sur le taux d'utilisation de ces structures par les acteurs qui devraient en bénéficier a été mis au jour.

Le recours des administrations à la procédure de validation des outils de prévention est inégal et la part des outils soumis à cette commission sur l'ensemble des productions existantes est inconnue.

La capacité d'attraction de la formation professionnelle continue est actuellement sélective, attirant essentiellement les « avertis ou convaincus » : faut-il la rendre obligatoire ou au moins introduire des dispositions incitatives ? La transversalité des contenus de formation qui vise à traduire l'objectif de culture commune semble concurrencée par une demande des professionnels de réponses spécifiques à leurs problèmes sectoriels. Avec le risque d'accroître la désaffection pour la formation continue.

On note l'absence ou la faiblesse généralisée du système d'information capable de rendre compte régulièrement de l'effectivité des programmes, de la nature et de la taille du public, ainsi que de certains de leurs effets.

Recommendations stratégiques

- Poursuivre les campagnes à destination du public général en déplaçant le cœur des messages de la connaissance des phénomènes vers les risques identifiés et vers les comportements capables de les réduire. Cela en ciblant les différents publics en relation avec les différents produits psychoactifs.
- Développer une information du public général et des professionnels sur les objectifs de la politique publique et sur leur cohérence.
- Affirmer et renforcer en priorité la fonction d'orientation de DATIS en réduisant le temps d'écoute, dont on peut interroger l'efficacité par rapport aux objectifs du dispositif.
- Développer la demande de formation professionnelle continue là où elle est faible en développant les incitations à y participer.

Recommendations méthodologiques

- Identifier à l'aide d'enquêtes spécifiques les caractéristiques de la demande d'information individualisée (vers DATIS) et la nature des problèmes d'accessibilité rencontrés par ce public.
- Introduire dans la formation professionnelle des modules spécifiques capables de répondre aux besoins propres des différents professionnels, tout en continuant à leur fournir un tronc commun de connaissances généralistes.
- Identifier les contours de l'offre des dispositifs locaux d'écoute (Points écoute) et de la demande (à l'aide d'un système d'information simple mais permanent).

3 - SYSTÉMATISER LA PRÉVENTION ET ÉLARGIR SON CHAMP TOUT EN RAPPELANT LES INTERDITS POSÉS PAR LA LOI

INTRODUCTION

Alors que le milieu des années 1990 a connu un meilleur affichage des résultats de la recherche sur les similitudes des mécanismes neurobiologiques et psychosociaux intervenant dans l'expérimentation ou l'abus de l'alcool, du tabac, des autres drogues et des médicaments psychotropes, en 1999, les actions de prévention sont encore jugées parcellaires, quelquefois contradictoires ou dramatisantes. Dans ce contexte, le rapport Parquet (Parquet, 1997) prenait acte de la cacophonie des messages de prévention pour défendre l'idée d'une action programmée assurant la cohérence et la complémentarité des actions. Cette même expertise relevait que les évolutions de la problématique des drogues – expansion des drogues de synthèses, polyconsommations, croissance du nombre des usagers socialement intégrés ou ayant un usage autocontrôlé, acceptation sociale d'un usage non préjudiciable à l'individu ou à son environnement, etc. – appelaient des solutions pragmatiques. Un traitement du problème sous l'angle des comportements d'usage et non des produits devait permettre une approche plus globale. Une stratégie de prévention prônant exclusivement l'abstinence était jugée peu pertinente.

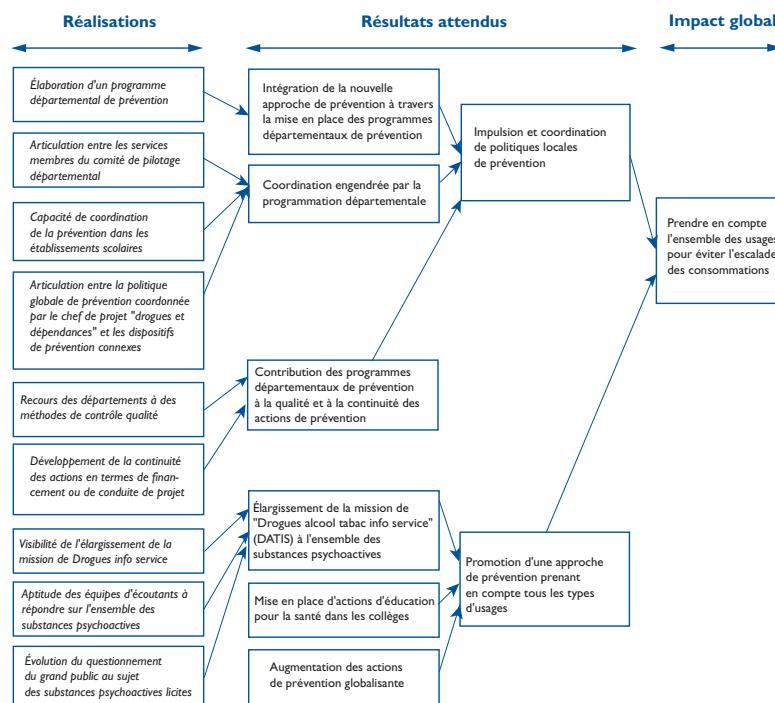
Face à la diversité des acteurs impliqués et au cloisonnement des pratiques, la stratégie de promotion d'une culture commune (abordée dans le chapitre 2) a été l'une des principales réponses apportées à la question de l'élargissement de la prévention. Au-delà, le plan triennal défendait une démarche de prévention qui réaffirmait l'interdit posé par la loi, mais prenait acte des usages existants. Il visait donc à éviter les usages nocifs et la dépendance à l'égard de toute drogue, en intervenant sur les usages nocifs précoce, quand l'abstinence ne peut être atteinte, et en révélant la similitude des mécanismes menant à la dépendance. Il envisageait aussi l'intérêt de retarder l'expérimentation pour éloigner le risque de dépendance. Cette approche marquait une inflexion notable de la problématique de prévention et des politiques publiques dans le domaine.

Le plan triennal défendait la systématisation d'une telle approche de prévention sur le plan quantitatif et qualitatif, en préconisant, au niveau local, une démarche « programmatique » unique, dont la mise en œuvre a été confiée aux instances spécialisées de la politique de lutte contre les drogues et aux services déconcentrés de

l'État. Cet effort devait être prolongé par les structures nationales impliquées dans le champ de la prévention et, en premier lieu, par les dispositifs d'information.

Dynamiser les coordinations départementales de la politique de prévention – pour systématiser la prévention – et promouvoir au niveau national la prise en compte de tous les types d'usages sont des objectifs majeurs du plan triennal. Ce sont les deux grands axes qui structurent ce chapitre. Plus précisément, les évaluateurs se sont attachés à cerner quelle impulsion les chefs de projet « drogues et dépendances¹ » ont donné à cette approche élargie de la prévention, comment elle a été systématisée au travers d'une programmation départementale et comment l'Éducation nationale s'est mobilisée pour contribuer à étendre le champ.

L'articulation des réalisations à observer et des effets attendus est résumée dans le diagramme ci-après. Comme l'illustre ce schéma, l'approche générale adoptée a consisté à identifier pour chacun des deux axes mentionnés les réalisations témoignant de l'atteinte des objectifs poursuivis et à en évaluer les effets.



1. Cf. Descriptif de la fonction chef de projet « drogues et dépendances » en annexe.

3.1. IMPULSION ET COORDINATION DE POLITIQUES LOCALES DE PRÉVENTION

Constats posés par le plan triennal

La prévention est un domaine peu délimité par les textes législatifs ou réglementaires en France, à l'exception de ceux émanant de l'Éducation nationale relatifs à la prévention des conduites à risques ou aux comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté². Dès les années 1970, ce domaine a été investi par un éventail d'acteurs très large de par leur appartenance professionnelle (champ éducatif, socio-sanitaire ou répressif) et leur statut (une large part est laissée au secteur associatif). Ce contexte a contribué à donner à la prévention de multiples formes, sans qu'aucun modèle particulier ne s'impose aux réseaux de professionnels ni aux institutions (hormis l'objectif commun de l'abstinence). Le constat général à la fin des années 1990 était celui d'une palette d'actions éclatées.

Défendre une approche particulière de prévention, comme l'a fait le plan triennal, implique d'agir auprès d'acteurs institutionnels ou privés divers et nombreux, bénéficiant pour beaucoup d'une grande autonomie. En ce qui concerne les chefs d'établissement scolaires, cette autonomie est relative (*cf. section traitant du développement des CESC³*). Toutefois, il est vrai que les acteurs du secteur associatif – qui représentent une large part des acteurs mis en scène dans cette thématique – ont, eux, toute latitude. Si, pour les premiers (acteurs publics), des leviers d'action existaient déjà et étaient mobilisables (travail interministériel, réseaux de communications officiels et dispositifs de prévention préexistants comme les CESC), pour les seconds, des moyens nouveaux s'imposaient.

Réponses apportées par le plan triennal

Parallèlement aux mesures prévues dans les départements et les régions pour asseoir une culture commune (formations intercatégorielles, CIRDD⁴), le plan triennal prenait en compte le besoin d'une action plus concertée et cohérente, faisant non seulement le lien entre les divers acteurs locaux, mais également entre les actions de prévention, de soin et de répression. En réponse à cette situation, le plan recommandait de renforcer le rôle des chefs de projet « drogues et dépendances¹ » (*cf. annexe « Dispositifs de coordination »*) dans la coordination de la politique départementale de prévention. Ces derniers ont été chargés d'élaborer et d'animer la

2. Entre autres, loi d'orientation sur l'éducation n° 89-486 du 10 juillet 1989, circulaire n° 93-137 du 25 février 1993 remplacée par les dispositions de la circulaire n° 98-108 du 1er juillet 1998.

3. Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté.

4. Centres d'information et de ressource sur les drogues et les dépendances.

politique interministérielle, à travers un référentiel départemental : le programme départemental de prévention. On reconnaissait derrière cette procédure la volonté de faciliter la bonne articulation des dynamiques impulsées par les pouvoirs publics locaux et d'assurer la cohérence des actions financées. La systématisation de la nouvelle approche de prévention passait donc par deux axes forts : l'élaboration et la mise en œuvre de programmes départementaux de prévention accompagnés de mesures spécifiques, d'une part, et la généralisation des Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté ou CESC (instances de coordination interne de la prévention dans les établissements scolaires secondaires), d'autre part.

Évaluation du degré de réalisation de cet objectif

Ce sous-chapitre sur les politiques de prévention impulsées au niveau des départements explore trois aspects :

- en premier lieu, le niveau de formalisation de cette nouvelle approche de prévention, à travers l'élaboration des programmes départementaux de prévention ;
- en deuxième lieu, l'effectivité de la coordination assurée entre les services de l'État et les dispositifs de prévention – liés à la question des substances psychoactives ou à des thématiques sanitaires ou sécuritaires connexes – grâce à la programmation concertée de la prévention des dépendances ;
- enfin, les résultats de ces concertations départementales en termes de qualité et de continuité des actions mises en œuvre.

Pour traiter ces questions, l'évaluation des programmes départementaux de prévention^①, réalisée au cours du premier semestre 2002, est la principale source d'information sur les succès et les obstacles des programmations départementales. Cette étude, effectuée au cours du premier semestre 2002, a procédé à l'analyse documentaire de 15 programmes départementaux de prévention⁵ et rendu compte, notamment, d'une enquête par questionnaire auprès des chefs de projet de 42 départements recouvrant diverses situations quant aux consommations d'alcool et de drogues et aux niveaux d'avancement dans l'élaboration du programme départemental de prévention⁶. Les données collectées à l'occasion de cette enquête ont permis d'élaborer une typologie à partir des 42 départements, parmi lesquels un département, « hors classe », n'intègre aucun des groupes caractéris-

5. Les 15 programmes ont été tirés au sort, parmi les 53 programmes parvenus à la MILDt ou à l'OFDT au début d'avril 2002, après la classification des départements en fonction du niveau (faible, moyen, élevé) des problèmes posés par l'usage des drogues illicites et de l'alcool. Ce tri a été effectué grâce aux deux indicateurs de la base de données ILIAD (OFDT) jugés les plus représentatifs de la réalité vécue des problèmes rencontrés. Ces indicateurs sont les usages de Stéribox[®] d'une part, la mortalité liée à l'alcool parmi les moins de 65 ans d'autre part.

6. Les 42 départements concernés furent tirés au sort dans deux sous-groupes, l'un comprenant les départements où le programme départemental de prévention était finalisé en date du 1^{er} avril 2002, l'autre ceux pour lesquels ce n'était pas le cas : soit respectivement 26 vs 16.

sés. Ces données, croisées avec celles collectées à travers le programme APPRE^⑦ et les 70 rapports d'activité des chefs de projet « drogues et dépendances^⑩ » permettent d'apprécier l'organisation des départements dans cette démarche de programmation et son éventuel impact sur l'amélioration de la qualité et de la continuité des actions de prévention.

Intégration de la nouvelle approche de prévention à travers la mise en place des programmes départementaux de prévention

Au terme du plan triennal, un bilan réalisé par la MILDt révèle que seuls 63 départements avaient rédigé un programme départemental de prévention (contre 33 en 2000). L'évaluation a mis à jour plusieurs explications au retard général pris dans l'élaboration de ces programmes. En fait, dans certains départements, la rédaction d'un programme de prévention a pu être pensée comme l'aboutissement d'une réflexion partagée, en chantier sur la période triennale, et non comme un document prospectif. En second lieu, l'insuffisance de moyens dédiés aux chefs de projet « drogues et dépendances » est largement dénoncée. Il s'agit autant de la disponibilité (en volume horaire) propre du chef de projet pour sa mission que des moyens en personnel (adjoint ou secrétaire) qui lui sont attribués, notamment pour la rédaction du programme et l'organisation de réunions en amont. En effet, d'après les 70 rapports d'activité des chefs de projet pour l'année 2001, ceux-ci consacrent en moyenne 0,20 ETP (équivalent temps plein) à leur mission. Les trois quarts d'entre eux (soit 52 chefs de projet) ont un adjoint. Dans ce cas de figure, chef de projet et adjoint réalisent ensemble un peu plus d'un mi-temps (0,59 ETP) en moyenne. Parmi eux, 38 disposent également d'un secrétariat. En conséquence, lors de l'évaluation des programmes départementaux de prévention, un peu plus d'un tiers (15 sur 42, soit 37 %) des chefs de projet interrogés par questionnaire ont expliqué le retard pris dans la finalisation du programme de prévention en invoquant la priorité qu'ils avaient dû donner à d'autres charges leur incombant. Après le manque de moyens, la discontinuité du poste sur les trois dernières années, induite par un important *turn-over* des chefs de projet (renouvellement annuel de 30 %) est le troisième facteur cité.

Néanmoins, l'analyse des 15 programmes départementaux de prévention et des déclarations recueillies lors de l'évaluation des programmes départementaux de prévention témoignent d'une assez bonne intégration de l'approche globale de prévention. Les 15 programmes sélectionnés pour une analyse documentaire soulignent la nécessité de développer la prévention dans l'ensemble des espaces de vie des jeunes, y compris hors temps scolaires, en particulier en milieu festif. La plu-

7. APPRE (Actions et programmes de prévention – recensement).

part d'entre eux reprennent le principe d'une prévention de tous les types de consommation : usage, usage nocif et dépendance, liés aux drogues illicites, à l'alcool, au tabac et aux médicaments. La réduction des risques est abordée mais plus souvent approfondie dans les départements où le chef de projet relève de la DDASS (*cf. chapitre 4*).

L'ensemble des données recueillies^① a permis de mettre en évidence quatre grands groupes typologiques de départements sur la base de trois critères principaux : les produits placés au centre des préoccupations, l'organisation du comité de pilotage départemental, les conséquences des deux premiers aspects sur les actions de prévention mises en œuvre. Les caractéristiques saillantes de ces quatre groupes se résument comme suit :

- premier groupe (20 départements, soit 50 % de l'échantillon). Intégrant la question des consommations d'alcool et de tabac (par exemple, la consommation de tabac pouvait être jugée plus préoccupante que celle du cannabis), le processus administratif a ouvert le dialogue et permis aux acteurs de mieux se connaître et de coopérer plus facilement. Cependant, le processus décisionnel est souvent porté par de petits comités d'acteurs et mené de façon autonome. Dans ces départements, les programmes départementaux de prévention sont ceux qui contiennent le moins d'actions concrètes et l'opérationnalisation de la prévention demeure la difficulté majeure notamment du fait d'un manque de moyens humains ;
- deuxième groupe (12 départements, 30 % des 42 départements). Bien que les chefs de projet, relevant majoritairement de la DDASS, réclament plus de soutien institutionnel de la part du préfet, on constate dans ces départements, une meilleure concrétisation de la prévention élargie à tous les usages à travers les actions menées, dans la logique des orientations nationales, avec une dominante « santé publique » des actions et des acteurs. Ce groupe se caractérise notamment par une mutualisation des crédits plus fréquente qu'ailleurs et un plus grand nombre d'actions en développement, notamment en matière de formation et de réduction des risques. La programmation de la prévention des dépendances a amené les acteurs à changer leurs méthodes de travail ;
- troisième groupe (6 départements, soit 15 %). Alors que la programmation de la prévention des dépendances a permis d'élargir le partenariat autour de cette question, les décisions sont prises en petit comité technique. Le programme a souvent pris du retard (du fait de la vacance du poste de chef de projet ou de la durée d'une étude « bilan » préalable) et les actions sont moins nombreuses qu'ailleurs. La prévention demeure plutôt dirigée vers le cannabis, à l'image des préoccupations locales. Le rôle du chef de projet est avant tout de décider des orientations et de faire collaborer des acteurs qui ont du mal à travailler ensemble ;
- quatrième groupe (3 départements, 7 %). Les préoccupations principales ressenties au sein du comité de pilotage départemental concernent la banalisation du cannabis et la conduite sous l'emprise de substances. Le programme de prévention

a été élaboré de façon collégiale en comité de pilotage mais également de façon bilatérale au cours d'échanges directs entre chaque institution et le chef de projet. La prévention en milieu scolaire est particulièrement développée, à l'opposé de la réduction des risques en milieu festif. On ne constate pas d'évolution claire à la suite de l'élaboration du programme départemental de prévention – peut-être en raison du poids financier du Conseil général, particulièrement actif dans ces départements – si ce n'est la surabondance de demandes de subventions suscitée par l'appel à projets. Selon les chefs de projet, leur rôle consiste en premier lieu à favoriser un fonctionnement collectif efficace et à faire passer les orientations nationales auprès des acteurs locaux. Toutefois, leur travail n'a pas modifié le fonctionnement habituel des services déconcentrés.

Le deuxième groupe de départements se révèle donc celui où la mise en place du programme départemental de prévention a été la plus dynamique et la plus cohérente. Il est aussi, comme on devait s'y attendre, celui qui concentre proportionnellement le plus de programmes départementaux de prévention rédigés et publiés. Selon d'autres données de l'évaluation des programmes départementaux de prévention, dans la majorité des 42 départements de l'échantillon, les orientations nationales et la démarche de programmation départementale ont permis d'élargir le partenariat autour de la question de la prévention (85 % des départements), voire d'ouvrir un dialogue qui n'existe pas auparavant (environ la moitié des départements). Cette situation est donc plus avancée pour les départements de ce deuxième groupe, qui sont particulièrement nombreux à présenter ces éléments comme les pivots d'une modification des méthodes de travail des acteurs de prévention.

Cette situation suggère que l'existence d'un programme de prévention écrit révèle un stade plus avancé, non seulement dans la conduite d'une réflexion transversale des acteurs locaux, mais aussi dans la mise en œuvre concrète et concertée d'une prévention élargie à l'ensemble des substances psychoactives. Ces éléments révèlent un assez bon consensus des acteurs locaux autour du discours officialisé en matière de prévention dans les départements. L'évaluation des programmes départementaux de prévention expose diverses explications de ces éléments. Très peu de chefs de projet (2 sur 42) rapportent que l'élaboration du programme départemental de prévention et les orientations sous-jacentes portées par le rapport Parquet et le plan triennal ont induit des désaccords institutionnels au sein du comité de pilotage départemental.

Pour la majorité (environ 80 %) des départements inclus dans l'étude, l'enjeu futur réside davantage dans la réflexion concertée sur les méthodes concrètes de prévention et sur l'évaluation des actions déjà menées que dans la rédaction d'un tel programme (perspective rejetée par 24 % des départements, *cf. tableau 12*). Selon l'évaluation des programmes départementaux de prévention, ce désir de concentrer les efforts à venir sur des aspects plus opérationnels témoigne davantage du sens pratique des acteurs et de leur volonté d'agir, que d'une certaine distance quant

au « discours » qui a marqué l'action du comité de pilotage départemental. En effet, l'ouverture du dialogue, y compris avec de nouveaux partenaires, transparaît dans l'évaluation des programmes départementaux de prévention comme le point fort de la démarche de programmation (*cf. section suivante*). Cela peut être rattaché au fait que, de toutes les substances psychoactives, l'alcool apparaît comme le premier sujet de préoccupation dans environ 8 départements sur 10 et ce, quel que soit le degré d'avancement du programme écrit. Le dialogue amorcé n'est jamais apparu dans l'évaluation comme un frein à la mise en œuvre des actions.

Rappelons toutefois que les résultats présentés précédemment sont déterminés par des positionnements et des opinions institutionnels dont la traduction concrète sur la période 1999-2002 n'a pas été vérifiée par l'évaluation sur les programmes départementaux de prévention. On ne peut donc pas estimer si d'éventuels décalages existent entre les discours et les réalisations.

Tableau 12 - Priorités stratégiques pour la coordination future de la politique départementale de prévention (question fermée adressée à 42 chefs de projet, deux réponses possibles hiérarchisées)

Comment souhaiteriez-vous l'avenir de cette démarche dans votre département ?	Nombre de citations	Dont en 1 ^{er}
Il y a lieu de poursuivre les réunions du comité de pilotage sans nécessairement rédiger de document de programmation	10	5
Le moment est opportun pour évaluer ce qui a été fait en prévention dans le département	20	13
En s'appuyant sur la coordination entre partenaires, il faut maintenant travailler plus sur les méthodes concrètes de prévention	33	19
La démarche de programmation départementale devrait être renouvelée dans les mêmes conditions que la première fois	10	3

N = 42 chefs de projet « drogues et dépendances »

Source : Évaluation des programmes départementaux de prévention, 2002, OFDT/EVALUA

En résumé, le discours sur l'élargissement de la problématique des dépendances à l'ensemble des substances psychoactives a été plutôt bien intégré au cours des trois années du plan triennal. Le besoin d'associer l'ensemble des acteurs concernés par les questions de prévention l'a été également. Mais, au terme de cette

période, les acteurs locaux paraissent quelque peu démunis quant aux modalités de mise en œuvre de la prévention. Ce sentiment peut découler de la nouvelle approche consistant à prendre en compte l'ensemble des usages. Une telle approche a pu déstabiliser certains acteurs, notamment en ce qui concerne les drogues illicites, car, pour certains, le fait de prendre acte des consommations peut être vécu comme l'acceptation, voire la facilitation, d'usages qu'ils condamnent. Il est également fort probable que l'interrogation générale sur les pratiques efficaces de prévention ait été avivée par le dialogue ouvert à l'occasion de la programmation départementale de prévention, et l'accent mis par la MILD'T sur les aspects évaluatifs.

Coordination engendrée par la programmation départementale

L'origine multifactorielle des comportements nocifs de consommation impose une réflexion plus large sur des phénomènes sociaux inscrits au tableau des préoccupations politiques à la fin des années 1990 : les comportements à risques, l'exclusion et la délinquance. Ainsi, toute une partie de la prévention des dépendances se trouve fondue dans des dispositifs transversaux (PRAPS, PRS, contrats de ville et leurs déclinaisons⁸). Cette situation interroge la coordination de ces divers dispositifs avec les programmes départementaux de prévention des dépendances. Cette section aborde donc ce thème, après avoir exploré, en premier lieu, l'articulation créée au sein même des instances impliquées dans le comité de pilotage départemental, pour apprécier dans un second temps les efforts de coordination dans les établissements scolaires.

Articulation entre les services membres du comité de pilotage départemental

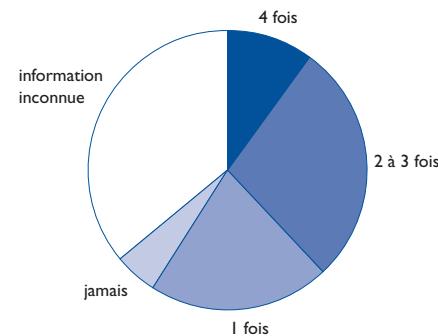
Lieu principal de l'animation de la politique départementale, le comité de pilotage doit réunir l'ensemble des services de l'État concernés mais peut être étendu à d'autres acteurs, notamment les collectivités territoriales et les associations intervenant dans le champ. Selon la circulaire du Premier ministre du 13 septembre 1999ⁱ, « *les autorités judiciaires, les organismes de protection sociale, les établissements publics de santé et les associations œuvrant dans le domaine de l'éducation, l'animation, l'insertion sociale et professionnelle* » doivent être étroitement associés à la mise en œuvre des orientations définies par le programme départemental de prévention.

D'après l'exploitation des rapports d'activité des chefs de projet « drogues et dépendances »⁵⁰ pour l'année 2001, les administrations départementales de l'État (de 6 à 9 par comité de pilotage) et les autorités judiciaires en sont les principales institutions constitutives. Dans les 60 départements pour lesquels on dispose de cette information, en 2001, chacune de ces catégories était représentée dans 91 %

8. PRAPS : Programmes d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité. PRS : Programmes régionaux de santé. Contrats locaux de sécurité : volets sécuritaires des contrats de ville. Contrats éducatifs locaux : volets éducatifs des contrats de ville.

des comités de pilotage. Viennent ensuite les collectivités territoriales (74 %) et les associations (63 %). Les organismes de protection sociale sont moins souvent représentées (47 %) ainsi que les établissements de santé (40 %). Les services de l'État sont généralement privilégiés dans leur totalité, mais trois d'entre eux sont quasi incontournables : ceux de l'Éducation nationale (87 %), de la Jeunesse et des Sports (83 %) et de la police ou de la gendarmerie (76 %).

Figure 6 - Fréquence des séances des comités de pilotage



Source : Rapports d'activité des chefs de projet « drogues et dépendances », année 2001, OFDT

Présidée par le préfet assisté du chef de projet, cette instance doit se réunir chaque trimestre⁹ mais en 2001, seule une minorité de départements (14) a organisé les quatre réunions prévues du comité de pilotage, comme l'illustre la figure ci-dessus¹⁰.

Pour la quasi-totalité des 42 départements participant à l'enquête par questionnaire de l'évaluation *ad hoc* sur les programmes départementaux de prévention (« PDP »), la démarche de programmation de la prévention a, de façon évidente, facilité le dialogue entre les acteurs institutionnels locaux autour des stratégies d'intervention. Elle a également révélé la transversalité des préoccupations et favorisé une meilleure coopération. Le fait que le travail de réflexion préparatoire ait souvent été conduit au sein de groupes techniques larges – réunissant le milieu associatif,

9. www.drogues.gouv.fr, dans les pages consacrées à la description des missions des chefs de projet.

parfois les organismes de protection sociale – participe de cette tendance. Cependant, les collectivités territoriales, notamment les conseils généraux, sont souvent absentes du dispositif. Par ailleurs, selon les 42 chefs de projet interrogés à l'occasion de l'évaluation des programmes départementaux de prévention, dans 16 cas sur 42 (38 %), l'irrégularité de la participation des institutions concernées a freiné ou compliqué la démarche de programmation de la prévention.

Capacité de coordination de la prévention dans les établissements scolaires

Les Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (ou CESC) constituent un dispositif incontournable de la politique de prévention des dépendances en milieu scolaire, particulièrement parce qu'ils sont désignés comme instance consultative des établissements publics locaux d'enseignement (EPLE) par la loi d'orientation sur l'éducation de 1989¹⁰ⁱⁱ. Lieux de dialogue entre la communauté éducative et « l'extérieur », ils tiennent un rôle de coordination central, pour renforcer l'articulation des projets d'établissements avec les politiques territoriales telles que celles développées par la politique de la ville (contrats locaux de sécurité et contrats éducatifs locaux) ou par les chefs de projet « drogues et dépendances ». Le plan triennal ne pouvait qu'appuyer leur généralisation, inscrite dans plusieurs textes législatifs ou réglementaires¹¹ⁱⁱ. Il assignait des objectifs quantifiés à cette expansion : la couverture de la totalité des collèges et, dans les lycées d'enseignement professionnel (LEP), 600 CESC complémentaires aux 580 identifiés lors de la rédaction du plan triennal. Une partie des 1 000 lycées ne possédant pas de CESC en juin 1999 devait également en être dotée. Pour que la coordination de la prévention en milieu scolaire puisse être assurée par les CESC dans chaque département, l'expansion de ces comités est un préalable. C'est le premier point vérifié dans cette évaluation.

Selon les données du ministère de l'Éducation nationale (DESCO, 2001), le nombre des CESC dans les établissements secondaires a connu un accroissement notable (+ 56 % entre 1999 et 2001) mais en deçà des objectifs du plan. À la fin de l'année scolaire 2000-2001, environ deux tiers des collèges étaient dotés d'un CESC, c'est-à-dire 57 % de plus qu'en 1998-1999. Sur la même période, 230 nouveaux CESC étaient implantés dans les lycées d'enseignement professionnel. Globalement, les CESC étaient présents dans un peu plus des deux tiers des établissements publics secondaires en 2001¹¹.

10. Article 21 bis de la loi d'orientation 89-486 du 10 juillet 1989 qui devient l'article 421-8 du Code de l'Éducation (ordonnance n° 2000-549 du 15 juin 2000).

11. Parmi eux, 15 % (soit 788 CESC, contre 543 en juin 2000) fonctionnaient en réseau au bénéfice d'environ un millier d'écoles primaires, de 10 établissements privés et d'une trentaine d'établissements d'enseignement agricole régionaux ou départementaux.

Tableau 13 - Évolution des CESC au sein des établissements scolaires entre 1999 et 2001

Nb de CESC dans :	1998-1999	1999-2000	2000-2001	Évolution entre 1999 et 2001	Taux de couverture des CESC en 2001*
Collèges	2 103	2 868	3 493	+ 57 %	67 %
Lycées	657	983	1 023	+ 58 %	68 %
LEP	499 (**)	679	715	+ 47 %	65 %
Total	3 259	4 530	5 231	+ 56 %	67 %

(*) Par rapport à l'ensemble des établissements

(**) Le plan triennal identifiait 580 LEP dotés d'un CESC

Source : DESCO, ministère de l'Éducation nationale

Les rapports d'activité des chefs de projet⁶⁰ pour l'année 2001 nuancent ce bilan (*cf. tableau infra*).

Tableau 14 - Nombres et types des CESC

Effectifs et pourcentages des établissements dotés : (1) - d'un CESC selon les CPDD (2) - d'un CESC intégrant la prévention des dépendances dans son programme de travail	Part des CESC incluant la prévention des dépendances dans leur programme de travail (2)/(1)		Nombre de jeunes concernés par au moins une action de prévention des dépendances dans l'année 2001 N = 31 (*)	
	(1) N = 54 (*)	(2) N = 52 (*)		
Collèges	2 295 (67 %)	1 346 (39 %)	59 %	179 487
Lycées	606 (50 %)	464 (38 %)	77 %	106 727
LEP	363 (48 %)	241 (32 %)	66 %	31 243
Total des collèges, lycées et LEP	3 264 (60 %)	2 051 (37 %)	63 %	317 457
Lycées agricoles et centres d'apprentissage	13 (10 %)	8 (6 %)	62 %	3 496

(*) Nombre de chefs de projet qui ont fourni une réponse sur les 70 qui ont rendu un rapport d'activité

Source : Rapports d'activité des chefs de projet « drogues et dépendances » pour l'année 2001, OFDT

Sur les 52 départements ayant communiqué cette information en 2001, 63 % des CESC recensés par les chefs de projet dans les établissements secondaires intègrent spécifiquement « la prévention des dépendances » dans leur programme de travail. Mais ils ne concereraient que 4 établissements secondaires sur 10, le taux de couverture n'étant que de 37 %.

Les taux des établissements dotés en CESC calculés à partir des données des chefs de projet sont très inférieurs à ceux fournis par le ministère de l'Éducation nationale en ce qui concerne les lycées et les LEP. Une hypothèse explicative est que les chiffres du ministère traduisent l'existence administrative des CESC quand ceux communiqués par les chefs de projet sont sans doute plus révélateurs de l'activité effective des CESC dans le champ de la prévention, estimée à travers les actions financées *via* ces comités. On peut également invoquer la méconnaissance du dispositif CESC par les chefs de projet, induite par un relais insuffisant avec les inspections académiques.

Selon ces rapports d'activité, dans les départements pour lesquels on dispose d'une information sur les actions organisées *via* ou hors CESC, le « taux de couverture », c'est-à-dire le pourcentage d'élèves touchés par une action de prévention, serait globalement de 31 %, les deux tiers d'entre eux ayant été concernés par des actions organisées *via* les CESC.

Ces chiffres, qu'on ne peut extrapoler à la France entière qu'en les minorant, suggèrent une couverture nationale très en deçà de l'exhaustivité.

La liberté des chefs d'établissement de surseoir à l'implantation des CESC reste relative. Le CESC fait en effet partie des références des personnels de direction si l'on considère les nombreuses incitations émanant du législateur, du ministère ou des rectorats. On peut donc s'étonner que le taux de couverture des CESC n'ait pas atteint les 100 % escomptés en 2001. Le rapport Baeumler (Baeumler, 2002), examinant le rôle effectif des CESC dans l'élaboration et la coordination de la prévention, identifie plusieurs explications de cet état de fait. Le sentiment d'empilement des dispositifs de prévention (projets éducatifs locaux, contrats d'éducation locaux, programmes départementaux de prévention, etc.) nuit à la visibilité tant des objectifs que du mode de fonctionnement des CESC. Cette perception serait à l'origine d'une méconnaissance du CESC comme espace de coordination concertée pour définir la politique de prévention. Par ailleurs, le besoin de formation des personnels de la communauté éducative (direction, enseignement, personnel social et médical) au diagnostic des besoins, au montage et à la gestion de projets et à l'évaluation s'exprime également au niveau du terrain.

Le décalage des niveaux d'information entre les chefs de projet et les services déconcentrés de l'Éducation nationale avait été constaté avant 2001. Cette situation a induit la mise en place, en fin d'année 2001, d'un dispositif de personnes-ressources auprès des inspections académiques pour structurer le lien entre les établissements scolaires, les académies et les chefs de projet. L'effort de cohérence a

été complété par l'attribution aux chefs de projet de la gestion du financement des CESC. Pour compléter cet effort de visibilité et de cohérence des actions, les chefs de projet se sont vu confier la gestion des crédits des CESC à partir de janvier 2002.

Le fonctionnement en réseau d'un certain nombre de CESC avec des établissements agricoles régionaux ou départementaux (une trentaine lors de l'année scolaire 2000-2001) marque les prémisses d'une coordination entre l'enseignement agricole et l'Éducation nationale. En fin d'année 2001, s'est constitué le Réseau d'éducation pour la santé, l'écoute et le développement de l'adolescent (dit « RESEDA »), réunissant des professionnels des établissements d'enseignement agricole (infirmières scolaires, enseignants, etc.) de toutes les régions. Sa création illustre la prise de conscience de l'administration de tutelle et de certains professionnels sur les questions des conduites à risques¹².

Articulation entre la politique globale de prévention coordonnée par le CPDD et les dispositifs de prévention connexes

La démultiplication des acteurs et des guichets potentiels dans le domaine de la prévention des dépendances pouvait susciter des craintes légitimes en générant des facteurs défavorables : visibilité limitée des orientations du secteur spécifique de la lutte contre les drogues et les dépendances, dilution des responsabilités du fait du croisement des problématiques, ou résistance face à la complexité des opérations transversales. De telles hypothèses mènent naturellement à s'interroger sur la coordination existant entre les programmes départementaux de prévention des drogues et dépendances, d'une part, et les dispositifs de prévention territorialisés non dédiés aux problèmes de drogues et dépendances, d'autre part.

La quasi-totalité des chefs de projet interrogés sur ce point à l'occasion de l'évaluation des programmes départementaux de prévention déclare que le lien se fait à travers deux phénomènes :

- la compétence du chef de projet « drogues et dépendances » et de son dispositif est reconnue : selon 8 chefs de projet sur 10, les instances des dispositifs « parallèles » renvoient au PDP ou aux orientations nationales pour la définition des priorités en matière de prévention des dépendances,
- le relais est assuré par les intervenants institutionnels participant aux divers comités de pilotage : du fait de la forte proportion d'administrations communes aux différents dispositifs et parce qu'il s'agit souvent des mêmes personnes qui les représentent dans les instances transversales.

Ces éléments témoignent d'une bonne visibilité et de la reconnaissance par les institutions locales des orientations nationales et départementales liées aux dépendances ainsi que du dispositif qui entoure le chef de projet. Toutefois, les

évaluateurs n'ont que peu d'éléments pour déterminer quelle a été l'influence de la dynamique de coordination de ces dispositifs sur le nombre et la nature des actions de prévention.

Tableau 15 - Réponses de 42 chefs de projet concernant l'articulation de la politique départementale de prévention avec les dispositifs territoriaux sécuritaires ou sociosanitaires (question fermée, deux choix de réponses possibles hiérarchisés)

Le « Programme départemental de prévention » prend place parmi un grand nombre de dispositifs contractuels locaux, départementaux, régionaux. Comment se présente l'imbrication entre ces dispositifs ?	Nombre de citations	Dont en 1 ^{er}
La prévention « drogues et dépendances » n'est pas concrètement abordée par les autres dispositifs	9	5
Pour ce qui concerne la prévention « drogues et dépendances », les autres dispositifs renvoient au Programme départemental ou aux orientations de la MILDT	23	14
Les personnes qui ont travaillé sur le programme départemental sont en général les mêmes que sur les autres dispositifs	30	21
Le chef de projet drogues et dépendances est cité, ès qualités, dans les autres documents contractuels	9	3

N = 42 chefs de projet « drogues et dépendances ».

Source : *Évaluation des programmes départementaux de prévention, 2002, OFDT/EVALUA*

Dans leurs rapports d'activité de 2001, les chefs de projet devaient se prononcer sur quatre cas de figure traduisant l'articulation de leur action avec celle des dispositifs territorialisés sécuritaires ou sociosanitaires touchant à la problématique des dépendances (cf. thématiques du tableau 15). En fait, seuls 64 % des chefs de projet se sont positionnés par rapport à ces situations.

L'articulation entre les objectifs départementaux « drogues et dépendances » et les dispositifs connexes généraux semble se faire plus spontanément dans les déclarations d'intention et les postures institutionnelles (cf. tableau 16 : « Moyenne des départements concernés » deux premières colonnes). Ces aspects concernent en moyenne des pourcentages plus élevés (53 % et 50 %) que ceux observés par exemple, pour le cofinancement d'actions. Quel que soit leur statut (DDASS/prefecture), l'implication des chefs de projet dans les dispositifs – pourtant multiples – de la politique de la ville est relativement importante, en comparaison avec l'engagement observé dans les dispositifs uniques au niveau départemental ou régional. La seule exception concerne les CLS, pour lesquels le rapprochement semble favorisé lorsque le chef de projet relève de la préfecture.

12. Ce groupe de réflexion sur les drogues est constitué de personnes intervenant dans les établissements d'enseignement agricole (infirmières scolaires, enseignants, etc.) de toutes les régions.

Tableau 16 - Articulation entre les dispositifs contractuels territorialisés et la politique du chef de projet « drogues et dépendances »

Proportions des départements concernés sur les 70 de la base (*)				
Types de dispositifs (**)	Insertion d'un volet « drogues et dépendances » dans le dispositif	Prise en compte par le chef de projet des enjeux et orientations du dispositif	Participation du chef de projet aux instances de pilotage du dispositif	Cofinancement par le dispositif d'actions liées aux drogues et aux dépendances
PRAPS	59 %	60 %	43 %	63 %
PRS	64 %	57 %	34 %	47 %
PDSR	59 %	64 %	36 %	47 %
PDI	49 %	29 %	16 %	39 %
CCPD (***)	40 %	33 %	24 %	31 %
Contrat ville (***)	70 %	69 %	36 %	70 %
CEL (***)	27 %	30 %	14 %	17 %
CLS (***)	54 %	57 %	36 %	41 %
Moyenne des départements concernés	53 %	50 %	30 %	44 %
Moyenne des départements non concernés	10 %	8 %	44 %	20 %
Moyenne des non-réponses	37 %	42 %	26 %	36 %

(*) En gras : les trois valeurs les plus élevées par colonne.

(**) PRAPS : Programme régional d'accès aux soins et à la citoyenneté ; PRS : Programme régional de santé ; PDSR : Politique départementale pour la sécurité routière ; PDI : Plan départemental d'insertion ; CCPD : Comités communaux de prévention de la dépendance ; CEL : Contrats éducatifs locaux ; CLS : Contrats locaux de sécurité.

(***) Ici, les chiffres indiqués signifient que tous les dispositifs locaux désignés, ou la plupart d'entre eux, sont concernés par l'énoncé en colonne.

Source : Rapport d'activité CPDD en 2001, OFDT

Ces observations montrent une assez bonne articulation des dispositifs rattachés directement ou indirectement à la problématique des dépendances, sauf en ce qui concerne les CEL (constat qui génère une question sur le fonctionnement effectif des CEL et donc sur leur capacité d'interaction avec les autres dispositifs).

Contribution des programmes départementaux de prévention à la qualité et à la continuité des actions de prévention

À l'occasion de l'évaluation des programmes départementaux de prévention^①, les chefs de projet « drogues et dépendances » ont constaté une amélioration notable dans la compréhension et la reconnaissance (dans les textes ou lors des groupes de travail) de l'action et des enjeux portés par les divers acteurs du domaine. Dans le cadre de la présente évaluation, il était nécessaire de s'interroger sur les premiers résultats de cette meilleure communication en termes de qualité et de continuité des actions menées.

Recours des départements à des méthodes de contrôle qualité

Des éléments épars témoignent d'une amélioration du contrôle de qualité apporté aux actions de prévention. À titre d'exemple, le travail en comité de pilotage aura entraîné dans quelques départements l'interruption par les services représentés au comité de pilotage du financement d'actions « non conformes » aux orientations nationales ou à « l'état de l'art ». Le filtrage des outils non validés par la Commission de validation des outils (cf. chapitre 2) a également été évoqué. Les services de l'État (notamment l'Éducation nationale), concentrés sur leurs missions habituelles, évoluent plutôt en fonction des directives nationales que des nouvelles exigences locales. Ainsi, il demeure difficile de juger de l'ampleur des changements et on ne peut guère affirmer que les situations et les évolutions constatées ces dernières années sont directement imputables à la « réorganisation » de la politique départementale. Cette incertitude pèse d'autant plus que les conseils généraux, porteurs privilégiés des priorités départementales, restent assez éloignés du dispositif animé par le chef de projet.

Développement de la continuité des actions en termes de financement ou de conduite de projets

Le plan triennal annonçait une réorganisation des financements des actions de prévention basée sur l'attribution aux chefs de projet d'une enveloppe budgétaire significative et un renforcement des crédits délégués aux ministères par la MILDT, au titre de la prévention. Le texte encourageait également le développement des financements pluriannuels afin de garantir la continuité des actions dans le temps.

La base de données APPRE^② demeure la seule source d'information centralisée permettant d'apprécier le type d'actions de prévention menées au niveau départemental. Elle demeure toutefois non exhaustive. Cependant, si les données recensées ne permettent pas à ce stade une comparaison rigoureuse entre départements, elles offrent, considérées dans leur globalité, une esquisse de la diversité des actions de prévention menées sur le territoire et une estimation *a minima* de la traduction progressive des orientations politiques dans les actions concrètes de prévention.

D'après cette source, la proportion d'actions reconduites sur au moins une année est d'environ 4 sur 10 en 1999 et 2000. Celles qui font l'objet de financements pluriannuels sont encore plus rares (3 % des actions recensées en 2000).

Discussion

Si la plupart des programmes vont au-delà de l'énonciation des orientations déclinées par le plan triennal, en définissant des priorités locales – voire des objectifs spécifiques – peu précisent une date et une période d'application, des objectifs quantifiés et des projets concrets à développer (les documents sont assez rarement opérationnalisés). Cela reflète un constat général, qui concerne également les initiatives locales de formation continue : la difficulté à cerner les traductions concrètes des principes d'action défendus. Ainsi, parmi les chefs de projet interrogés par questionnaire lors de l'évaluation, 80 % envisagent prioritairement d'engager avec leurs partenaires une réflexion sur les méthodes concrètes de prévention. De plus, la moitié des chefs de projet souhaite évaluer ce qui a été fait dans leur département en matière de prévention. Dans la pratique, la formation a été le levier d'action essentiellement employé pour favoriser la mise en œuvre de l'approche de prévention et de la culture de référence préconisées.

3.2. PROMOTION D'UNE APPROCHE DE PRÉVENTION QUI PRENNE EN COMPTE TOUS LES TYPES D'USAGES (NIVEAUX DE CONSOMMATION ET PRODUITS)

Parallèlement aux mesures de dynamisation de la politique de prévention au niveau local, le plan triennal annonce des développements particuliers au sein des institutions et des dispositifs nationaux directement en contact avec les groupes cibles privilégiés de la prévention : les jeunes et les adultes référents (à titre d'exemple, les parents, les enseignants, les entraîneurs sportifs, etc.).

Constats posés par le plan triennal

Promouvoir la prise de conscience par la population des risques sanitaires et sociaux représentés par l'ensemble des substances psychoactives impliquait, en écho à la stratégie de communication de la MILDT, de renforcer les dispositifs d'information et d'écoute dans un rôle de relais auprès des publics sensibilisés toujours en demande de soutien ou d'information. Principal acteur public concerné par la prévention, le ministère de l'Éducation nationale avait adopté, dès le début des années 1990, une politique de promotion de la santé en faveur des élèves. Le principe fondamental de cette approche était la prévention de l'ensemble des condui-

tes à risques des jeunes^{13iv}. Ainsi, à l'époque où le plan triennal a été élaboré, la principale institution concernée par les questions de prévention auprès des jeunes soutenait une approche généraliste de prévention qui pouvait trouver écho dans la politique définie par le plan triennal.

Réponses apportées par le plan triennal

Le plan triennal fixait trois principes généraux pour l'élargissement de la politique nationale de prévention : le rappel de l'interdit posé par la loi, le développement de l'information sur les produits et les conséquences sociales et sanitaires de leur consommation, la meilleure prise en compte des facteurs de protection et des facteurs de vulnérabilité. Si le premier et le troisième de ces principes concernent plus directement les pratiques des acteurs locaux de prévention, celui dévolu à l'information pèse alors directement sur le CFES et Drogues info service (ou DIS). Dès lors, l'élargissement des compétences (notamment l'inclusion de l'alcool et du tabac dans le champ de compétences officiel) de la ligne nationale de téléphonie sociale est annoncé et clairement défini par le plan triennal. De par les objectifs qui leur sont assignés, ces deux structures participent à la construction d'une culture commune, principe fort du plan triennal adopté en 1999. Leur inscription dans cette stratégie de développement d'une culture commune est développée dans le chapitre 2. Dans la section ci-après, l'accent est mis spécifiquement sur la capacité de la ligne de téléphonie sociale à traiter l'ensemble des usages (quels que soient les niveaux de consommation et les produits). Cet aspect a retenu l'attention des évaluateurs car il est, avec la création du site internet, la concrétisation de la reconfiguration de la lutte contre les drogues.

En ce qui concerne la promotion de cette approche de prévention en milieu scolaire, le plan triennal avait réaffirmé les orientations définies par le ministère de l'Éducation nationale quant à la mise en place d'actions d'éducation à la santé à l'intérieur des programmes d'enseignement dans le cadre d'espaces particuliers que sont les heures de vie de classe et les rencontres éducatives pour la santé.

Le questionnement sur cette ouverture du spectre de la prévention aurait exigé, en toute rigueur, que l'on se penche sur l'impact qu'elle a eu auprès des acteurs de prévention des services d'État. Cependant, ce sujet n'a guère pu être évoqué pour les secteurs professionnels autres que celui de l'Éducation nationale, faute d'informations disponibles. Seules les données recueillies dans le cadre de l'évaluation des stratégies de formation définies par le plan triennal (*cf. chapitre 2*) laissent entrevoir des changements sensibles dans les discours et les pratiques. Ces évolu-

13. La circulaire n° 93-137 du 25 février 1993 fut remplacée par les dispositions de la circulaire n° 98-108 du 1^{er} juillet 1998 relative à la prévention des conduites à risques et aux CESC.

tions pourraient se commuer en des changements réels de pratiques dans l'hypothèse d'une continuité des approches adoptées. Les Points écoute seront également absents de cette analyse en raison du manque d'informations centralisées à leur sujet. Enfin, le plan triennal ne fournissant aucun critère d'évaluation de l'intégration du rappel de la loi dans les actions de prévention et les évaluateurs ne disposant pas d'information à ce sujet par ailleurs dans les sources disponibles, ce domaine n'est pas abordé par la présente évaluation.

Évaluation du degré de réalisation de cet objectif

Cette section aborde, en premier lieu, les moyens mis en œuvre par Drogues info service pour réaliser cet élargissement et l'influence de ces changements sur les demandes adressées au service. En deuxième lieu, elle aborde l'effectivité des dispositions affichées dans le plan triennal en ce qui concerne l'éducation à la santé en milieu scolaire. Enfin, les données disponibles pour estimer l'intégration de l'approche élargie de prévention à travers les actions réellement mises en œuvre au niveau départemental et local sont présentées et critiquées. Toutefois, les évaluateurs ne disposaient pas d'information leur permettant de juger de l'intégration du rappel de la loi dans les actions de prévention.

Élargissement de la mission de DATIS à l'ensemble des substances psychoactives

Pour évaluer l'élargissement des missions de Drogues info service (DIS) à l'ensemble des substances psychoactives à partir des moyens initiés, deux aspects ont semblé pertinents : les moyens mis en œuvre pour rendre cet élargissement visible par les publics concernés et les adaptations ayant permis au personnel d'assumer cette évolution. Dans un second temps, l'augmentation des appels liés aux nouvelles substances étant le résultat attendu de l'évolution du service, il s'agissait de vérifier si cette tendance était bien celle que l'on pouvait observer sur la période triennale, en prenant comme point de comparaison l'année 1998.

Diverses statistiques produites par le service¹⁴ ont offert une photographie de la situation antérieure au plan triennal et permis une estimation des recours à ce service, de l'évolution des questionnements sur les « drogues » au sein de la population française et des types de réponses apportées, notamment après juin 2001, date marquant l'engagement officiel de DIS sur les terrains de l'alcool et du tabac. Un entretien avec des représentants du service a complété ces informations.

Par ailleurs, il est apparu nécessaire d'établir un bref parallèle avec l'activité de Tabac info service (TIS), du fait de sa coexistence avec le service de téléphonie national sur les drogues. La nature des données entrant dans les statistiques de ces services est décrite au chapitre 2.

Visibilité de l'élargissement de la mission de Drogues info service

Le premier pas pour faire connaître le nouveau champ de compétences officiel « Drogues info service » est le changement de son nom en « Drogues alcool tabac info service » (ou DATIS). Cette transformation a soulevé certaines interrogations. La pertinence de sa coexistence dans le domaine du tabagisme avec TIS¹⁴ a interrogé les instances décisionnaires de ce dispositif spécifique. Les parties concernées – dont la MILD'T – aboutissent en 2002 à une répartition des champs de compétence, réservant à TIS une spécificité dans le soutien au sevrage et à DATIS l'information généraliste, l'écoute et l'orientation vers les structures d'aide (dont TIS). Ce débat aura toutefois reporté à juin 2001 l'officialisation d'une nouvelle désignation et de l'élargissement de la mission de DATIS, lors d'une campagne de communication de la MILD'T (*cf. chapitre 2*).

Aptitude des équipes d'écoutants à répondre sur l'ensemble des substances psychoactives

L'élargissement des missions de DATIS à l'ensemble des substances psychoactives s'est opéré en interne de façon naturelle. Pour son conseil scientifique, ce nouvel angle d'approche ne modifie guère la mission de DATIS, car il vient en continuité des pratiques professionnelles antérieures. Les écoutants traitaient des questions sur l'alcool, plus rarement sur le tabac, avant 1999, ne serait-ce que parce que les usages de ces deux produits sont souvent combinés à ceux des drogues illégales (*cf. infra*).

D'un point de vue organisationnel, le choix d'une compétence généraliste (sans spécialisation) des écoutants est maintenu, mais l'élargissement des compétences a induit quelques adaptations, en premier lieu l'homogénéisation des connaissances sur les substances psychoactives licites. Le premier plan de formation est réalisé dès 2000, en collaboration avec l'ANPA et l'IREMA¹⁵. La totalité du personnel écoutant de DATIS (au siège national et dans les pôles régionaux) suit une formation sur la problématique de l'alcool sur la période 2000-2001. Une formation sur la question du tabac a été organisée plus tard, en 2001-2002, l'existence de TIS rendant moins urgente l'entrée en fonction de DATIS dans ce domaine.

La mise à jour de la base de données « d'adresses utiles¹⁶ » sur les structures d'aide et de soins, intégrant celles liées à l'alcool et au tabac, est réalisée à la suite

14. TIS est mis en place en novembre 1998 par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité, en collaboration avec le CFES (actuel INPES) et l'Office français de prévention du tabagisme (OFT).

15. ANPA : Association nationale de prévention de l'alcoolisme ; IREMA : Institut de recherche et d'enseignement des maladies addictives.

16. La base de données SINDIS accessible par le site gouvernemental sur les drogues : www.drogues.gouv.fr, suivre le lien « adresses utiles ».

de chacune des formations. Elle permet d'orienter vers les structures appropriées les appelants, ou les internautes, ayant des problèmes liés à l'alcool et au tabac. En juillet 2002, cet outil recense 1 388 structures d'alcoologie, 490 structures spécialisées en tabacologie et 50 en addictologie, en plus des centres de soins pour toxicomanes inclus jusqu'alors.

Les équipes d'accueil disent ressentir une plus grande légitimité à élargir les échanges aux éventuels autres problèmes de consommations que ceux ayant motivé l'appel. Elles déclarent prendre cette initiative plus souvent que par le passé. Les statistiques sur les produits évoqués par les appelants contredisent cependant cette assertion (*cf. section infra « Évolution du questionnement »*).

Évolution du questionnement du grand public au sujet des substances psychoactives licites

L'hypothèse explicative de la concrétisation de l'élargissement des compétences de DATIS consistait à énoncer que si cet élargissement était un succès – du fait des moyens mis en œuvre et d'une appropriation de cette nouvelle mission par la population générale – on devait s'attendre à constater une augmentation des appels motivés par des consommations d'alcool, de tabac ou de médicaments psychotropes. Les données disponibles ne permettent pas d'isoler les appels pour lesquels les substances psychoactives licites sont abordées comme première préoccupation des appelants, de ceux pour lesquels elles ne sont qu'évoquées parmi « d'autres drogues ». Les évaluateurs se sont donc intéressés aux données globales sur la fréquence des citations de ces divers produits et sur le profil des appelants (*cf. chapitre 2*), croisées avec celles sur les types de demandes.

Entre 1998 et 2001, le nombre des appels au sujet de l'alcool a doublé (passant de 5 600 à 12 061). Cette évolution s'est surtout accélérée entre 2000 et 2001 (*cf. tableau 17*).

Il en va de même pour le tabac. Le nombre des appels concernant le tabac a été multiplié par 4,5 (de 1 566 à 6 689), sur la période 1998-2001. On peut associer à cette tendance la baisse de 22 % des appels adressés à Tabac Info Service (TIS) entre 2000 et 2001 : environ 30 000 appels par an en 2000 contre 23 500 en 2001¹⁷. Ce transfert d'appels est certainement lié à la gratuité de DATIS alors que TIS est une ligne payante. Cependant, depuis l'entrée officielle de DATIS dans le champ du tabagisme, l'activité de TIS n'a globalement pas changé en structure, entre demandes d'ordre général et questions sur les produits et méthodes pour arrêter de fumer. Mentionnons d'autre part que TIS, faisant partie des structures d'aide vers

lesquelles les écoutants de DATIS peuvent orienter les personnes exprimant le besoin d'une consultation tabacologique ou d'un soutien pour l'arrêt du tabagisme, une diminution brutale d'activité n'était pas attendue.

Tableau 17 - Évolution du nombre de citations des divers produits à l'occasion des appels à contenu traités DIS/DATIS, en 1998, 2000 et 2001

Substances citées	1998	2000	2001	Évolution de 1998 à 2001	Multiplicateur entre 1998 et 2001
Tabac	1 566	2 520	6 689	+ 327 %	4,3
Alcool	5 600	4 084	12 061	+ 115 %	2,2
Médicaments psychotropes	3 432	2 333	6 235	+ 82 %	1,8
Cannabis	25 711	31 203	16 590	- 35 %	0,6
Héroïne	9 213	5 251	4 605	- 50 %	0,5
Cocaïne	3 432	2 138	2 711	- 21 %	0,8
Substitution	3 914	3 100	3 080	- 21 %	0,8
Ecstasy/amphétamines	3 071	2 227	3 441	- 12 %	1,1
Autres produits	4 275	4 288	3 728	- 13 %	0,9
Total des citations	60 214	57 144	59 141	- 2 %	0,98

Source : DATIS, 2002

Si les observations des données sur l'alcool, le tabac et les médicaments psychotropes révèlent un effet « d'appel » de l'ouverture officielle du service à l'ensemble des produits psychoactifs, on ne peut cependant pas conclure à un réel succès de cette mesure. En effet, on observe, sur la période 1998-2001, une baisse moyenne de 42 % des appels concernant le cannabis, l'héroïne, la cocaïne, les produits de substitution, l'ecstasy et les amphétamines. Par ailleurs, selon ces données, le nombre de produits cités au cours d'un même appel a également diminué d'un quart.

Les évaluateurs peuvent avancer différentes hypothèses en ce qui concerne ces derniers constats, mais les données disponibles n'ont pas permis de les confirmer.

17. La comparaison des deux services sur la dimension « pour soi » ou « pour une personne de son entourage » est impossible car cette notion n'entre pas dans les catégories statistiques de TIS (à savoir : fumeurs, non-fumeurs, ex-fumeurs, professionnels de la santé et autres).

En ce qui concerne le cannabis, trois hypothèses sont possibles :

- la moitié des appels émis ne pouvant être traités par le service depuis l'élargissement des missions de DATIS, ce sont les appels les plus nombreux de la période précédente qui souffrent le plus de cette saturation ;
- le public s'estimant mieux informé¹⁸ (*cf. chapitre 2*), formule moins de demandes d'information auprès de DATIS ;
- le public dirige sa recherche d'information vers d'autres dispositifs d'information développés sur la période du plan triennal (par exemple le site internet, *cf. infra*).

L'évolution constatée pour les appels sur l'héroïne renvoie sans doute, quant à elle, à la baisse de la consommation ressentie ces dernières années par les acteurs de terrain (OFDT, 2002¹⁹).

Enfin, étant donné la baisse globale des appels observée, toutes drogues confondues, on peut se demander si les usagers de drogues dites « dures » reconnaissent à un service généraliste la capacité de répondre à leurs questions. Ce serait donc un « effet pervers » de l'élargissement. Quoi qu'il en soit, si l'hypothèse de la saturation était fausse, sans les appels liés aux produits licites, la consultation de DATIS serait certainement en baisse.

Toute analyse reste hypothéquée par les imprécisions des définitions et le manque d'appréciation des processus réels de sélection et de traitement.

L'évaluation n'a pas fait apparaître d'évolution similaire des questions adressées via la rubrique internet « *Vos questions, nos réponses* » (gérée par DATIS). Le cannabis reste de loin le produit le plus cité (dans 25 % des questions), devant l'alcool (8 %), l'ecstasy et les amphétamines (7 %) et le tabac et l'héroïne (6 % chacun). Les demandes sur le cannabis concernent les effets et les risques, puis, par ordre décroissant, les lois et la politique, le conseil, le dépistage.

Les 15-20 ans restent la catégorie d'âge majoritaire entre 1998-2001, bien que leur nombre ait diminué de moitié sur cette période : en 2001, ils représentent environ 14 800 (soit 25 %) des appels. Inversement, la catégorie des 31-40 ans a doublé (+ 97 %) dans la même période. En fait, un rééquilibrage partiel semble s'opérer entre ces deux tranches d'âge au profit des 31-40 ans. Ceux-ci comptabilisent quelque 12 400 appels en 2001, soit 21 % des appels, alors qu'ils étaient les auteurs de 6 300 appels en 1998.

Si l'on cumule les données des appelants de 31-40 et de 41-50 ans – tranches d'âge correspondant aux adultes ayant des enfants adolescents – on constate que cette catégorie d'âge reconstituée croît dans les statistiques de DATIS. Elle passe

18. En effet, entre 1999 et 1998, on observe une augmentation modeste mais significative (de 7,8 % à 10,4 %) de la proportion de personnes se déclarant très bien informées. En 2001, 61 % des personnes s'estiment bien ou très bien informées contre 58 % en 1999 (EROPP 2002).

19. Dans « *Consommation d'opiacés dans la population française* ». Voir notamment : p. 158 de cet ouvrage.

de 7 650 appelants (13 % des appels), à 13 760 (27 %), puis 20 120 (34 %) respectivement en 1998, 2000 et 2001. Cette évolution est due à la multiplication par 4 des consommateurs de 31 à 50 ans appelant pour eux-mêmes et à la multiplication par 7 du nombre des personnes appelant pour un tiers consommateur.

La première tendance est manifestement liée à la croissance des questions liées au tabac et surtout à l'alcool chez les 31-50 ans : pour cette catégorie d'âge, le nombre d'appels liés à l'alcool a été multiplié par 3 entre 1998 et 2001 et celui des appels liés au tabac par 7. À l'évidence, ce public est plus important en nombre que celui qui était autrefois concerné par Drogues info service et la gratuité du 113 ainsi que sa mémorisation plus aisée expliquent le succès attendu. Aucun test comparatif n'a permis de savoir si l'approche « toutes drogues » a suscité plus ou moins de demandes que les approches spécifiques.

Mise en place d'actions d'éducation pour la santé dans les collèges

Bien que le plan triennal encourage une diffusion de la démarche de prévention dans tous les environnements sociaux des jeunes, l'école reste le lieu privilégié de cet exercice, du fait d'une mission plus large d'éducation à la santé et de prévention des conduites à risques^{20 ii iii iv v}, actée par plusieurs textes de loi antérieurs à 1999. Le plan triennal prévoyait une dynamisation de la prévention en milieu scolaire, en particulier dans les établissements du second degré, axée sur de deux objectifs : 40 heures d'éducation pour la santé auprès des collégiens²¹ et la généralisation des CESC (traitée dans le volet précédent sur l'impulsion de la prévention au niveau local).

Il a été impossible de juger du degré de réalisation du premier objectif, aucune information n'étant centralisée pour permettre un bilan chiffré sur les heures d'éducation à la santé réalisées dans l'un ou l'autre des schémas mentionnés. Cependant, via diverses remontées d'information parvenues au ministère de l'Éducation nationale (Direction de l'enseignement scolaire ou DESCO-B4), les acteurs de terrain rapportent le développement informel de ces heures consacrées à l'éducation à la santé principalement par le biais de certaines disciplines : essentiellement sciences de la vie et de la terre et éducation physique et sportive.

20. À titre d'exemples : loi d'orientation sur l'éducation n° 89-486 du 10 juillet 1989, modifiée par la loi n° 98-657 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions et abrogée par l'ordonnance n° 2000-549 du 15 juin 2000 relative à la partie législative du code de l'éducation ; circulaire n° 93-137 du 25 février remplacée par les dispositions de la circulaire n° 98-108 du 1er juillet 1998 relative à la prévention des conduites à risques et comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté.

21. Dans le cadre des heures de vie de classe ou des « rencontres éducatives pour la santé ».

Évolution des actions de prévention globalisantes

Les informations permettant de repérer l'intégration d'une approche globale de prévention, contenues dans la base de données APPRE²², ne sont disponibles que pour les actions financées sur les crédits de 1999 et de 2000²³. À partir de cette source, les critères permettant d'identifier des actions basées sur une approche « prévention » sont d'une part la prise en compte de l'ensemble des consommations de substances psychoactives et d'autre part celle des facteurs de protection ou de vulnérabilité (considérés comme majoritairement transversaux aux usages nocifs des diverses substances). Constituant un cadre élargi de prévention des conduites à risques, l'éducation pour la santé est une seconde traduction de l'approche globale encouragée par le plan triennal. Ces éléments permettent de cerner l'intégration de l'approche globale dans les programmes et les outils de prévention mis en œuvre.

Selon la base de données APPRE²⁴, en 2000-2001, sur les 561 actions recensées, environ 60 % sont décrites comme ayant une approche généraliste (25 % de non-réponses). Cette proportion était de 70 % en 1999-2000 (8 % de non-réponses).

D'après cette même source, en 1999-2000, les responsables des deux tiers des actions décrites dans la base de données disent avoir adopté une approche prenant en compte tant les facteurs de protection que les facteurs de vulnérabilité. Ils sont environ 70 % en 2000-2001.

Discussion

Les résultats exposés ci-dessus font transparaître le défaut d'information substantielle pour produire un jugement évaluatif solide sur l'évolution de la prévention telle qu'elle était promue par le plan triennal. Le bilan demeure circonspect mais non négatif, aux termes de la période d'application de ce plan. Interrogés sur le degré de réalisation des objectifs fixés par le programme de prévention des dépendances, les chefs de projet eux-mêmes font un verdict prudent : un peu moins d'un tiers estime avoir atteint pleinement ou en grande partie les objectifs impartis. Dans la même proportion, d'autres sont plus nuancés, mais rares sont ceux qui font un bilan très négatif (4 sur 70). Enfin, 23 chefs de projet ne se sont pas prononcés.

i Circulaire du Premier ministre n° 4.692/SG du 13 septembre 1999 relative à la lutte contre la drogue et à la prévention des dépendances, JO du 17 septembre 1999, BO de la santé n° 99-37 du 2 octobre 1999 (NOR : PRMX9903743C).

ii Loi d'orientation 89-486 du 10 juillet 1989 qui devient l'article 421-8 du code de l'Éducation (ordonnance n° 2000-549 du 15 juin 2000) abrogée par l'ordonnance n° 2000-549 du 15 juin 2000 relative à la partie législative du code de l'Éducation, JORF du 22 juin 2000 (NOR : MENX0000033R).

iii Circulaire n° 97-123 du 23 mai 1997 relative à la mission du professeur et loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, JO du 31 juillet 1998 (NOR : MESX9800027L).

iv Circulaire n° 98-108 du 1^{er} juillet 1998 relative à la prévention des conduites à risques et Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté, BOEN du 9 juillet 1998 (NOR : SCOE9801172 C).

v Circulaire n° 93-137 du 25 février 1993.

22. Les synthèses produites à partir de la base de données APPRE (Actions et programmes de prévention –recensement) sont accessibles sur « www.drogues.gouv.fr », suivre professionnels/aide aux acteurs/fiche APPRE.

23. En milieu scolaire, ces actions peuvent donc s'étendre jusqu'à juin de l'année suivante, ce qui implique un chevauchement des périodes d'observation : de janvier 1999 à juin 2000 et de janvier 2000 à juin 2001.

RÉSUMÉ DU CHAPITRE 3

En 1999, alors que les actions de prévention étaient encore jugées parcelaires, quelquefois contradictoires, le plan triennal défendait une démarche de prévention qui prenne en compte l'ensemble des usages tout en réaffirmant l'interdit posé par la loi. Il visait donc à éviter, à défaut d'abstinence, les usages précoces, les usages nocifs et la dépendance à l'égard de toutes drogues. Pour systématiser cette nouvelle approche, le plan préconisait de dynamiser les coordinations départementales de la politique de prévention et de promouvoir au niveau national la prise en compte de tous les types d'usages. Ces deux objectifs constituent les grands axes du deuxième chapitre de ce rapport.

Systématiser l'élargissement de la prévention passait par deux axes forts : l'élaboration et la mise en œuvre de programmes départementaux de prévention, pour une action plus concertée et cohérente, et la généralisation des Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté ou CESC (instances de coordination interne de la prévention dans les établissements scolaires secondaires).

Au terme du plan triennal, seuls 63 départements avaient rédigé un programme départemental de prévention (contre 33 en 2000). Le retard général pris dans l'élaboration de ces programmes peut provenir du fait qu'ils ont été pensés plus comme des bilans concertés que comme des textes prospectifs. L'insuffisance des moyens dédiés à la mission toxicomanie, notamment le temps dont disposent les chefs de projet et leurs adjoints (0,59 ETP en moyenne) est également largement critiquée. La plupart des programmes départementaux de prévention reprend le principe d'une prévention de tous les types de consommation. L'évaluation spécifique de ces programmes suggère que l'existence d'un programme de prévention écrit révèle un stade plus avancé, non seulement dans la conduite d'une réflexion transversale des acteurs locaux, mais aussi dans la mise en œuvre concrète et concertée d'une prévention élargie à l'ensemble des substances psychoactives. L'ouverture du dialogue, y compris avec de nouveaux partenaires, transparaît comme le point fort de la démarche de programmation. Pour la majorité des départements (environ 80 %), l'enjeu futur réside surtout dans la réflexion concertée sur les méthodes de prévention et sur l'évaluation des actions déjà menées. Au terme de la période 1999-2001, les acteurs locaux paraissent quelque peu démunis quant à la mise en œuvre concrète de la nouvelle approche de prévention.

Les informations réunies témoignent d'une bonne visibilité et de la reconnaissance par les institutions locales des orientations nationales et départementales liées aux dépendances ainsi que du dispositif qui entoure le chef de projet. Elles montrent aussi une assez bonne articulation des dispositifs ratta-

chés directement ou indirectement à la problématique des dépendances. Quel que soit leur statut (DDASS/préfecture), l'implication des chefs de projet dans les dispositifs de politique de la Ville ayant trait aux drogues et aux dépendances – pourtant multiples – est relativement importante, en comparaison de leur engagement dans les dispositifs uniques au niveau départemental ou régional. Toutefois, les évaluateurs n'ont que peu d'éléments pour déterminer quelle a été l'influence de la dynamique de coordination de ces dispositifs sur le nombre et la nature des actions de prévention.

Selon le ministère de l'Éducation nationale, 67 % des établissements secondaires disposaient d'un CESC en juin 2001 (soit 56 % de plus que lors de l'année scolaire 1998-1999). Les estimations produites par les chefs de projet portent ce taux à 60 % et indiquent que seuls 4 établissements secondaires sur 10 intégraient spécifiquement « la prévention des dépendances » dans leur programme de travail. Les chiffres disponibles suggèrent cependant une couverture nationale très en deçà de l'exhaustivité en ce qui concerne non seulement le nombre de CESC mais aussi celui des élèves bénéficiaires (31 %). Selon le rapport Baeumler (Baeumler, 2002), examinant le rôle effectif des CESC dans l'élaboration et la coordination de la prévention, le sentiment d'empilement des dispositifs (projets éducatifs locaux, contrats éducatifs locaux, programmes départementaux de prévention, etc.) nuit à la visibilité des objectifs et du mode de fonctionnement des CESC. Cela réduit donc leur intérêt comme espace de coordination concertée pour définir la politique de prévention. Le manque de formation des personnels de la communauté éducative au diagnostic des besoins, au montage et à la gestion de projets et à l'évaluation est également invoqué.

Concernant le contrôle de qualité apporté aux actions de prévention, l'ampleur des changements n'est pas mesurable et on ne peut guère affirmer qu'ils soient attribuables à la « réorganisation » de la politique départementale.

Pour faciliter la continuité des actions de prévention, le plan triennal annonçait une réorganisation de leur financement basée sur :

- l'attribution aux chefs de projet d'un budget spécifique significatif ;
- le renforcement des crédits fléchés « prévention » délégués aux ministères par la MILD ;
- le développement des financements pluriannuels.

Or, selon la base de données APPRE (Actions et programmes de prévention – Recensement), la proportion d'actions reconduites sur au moins une année est d'environ 4 actions sur 10 en 1999 et 2000. Celles qui font l'objet de financements pluriannuels sont encore plus rares (3 % des actions recensées en 2000).

La seconde partie du chapitre explore la capacité de la ligne de téléphonie sociale sur les drogues (Drogues info service, DIS) à traiter l'ensemble des usages. Le débat engendré du fait de la coexistence avec Tabac info service a reporté à juin 2001 l'élargissement officiel des missions de DIS, alors rebaptisée « Drogues alcool tabac info service » (ou DATIS). Cet élargissement s'est opéré en interne de façon naturelle, car il venait en continuité des pratiques professionnelles antérieures. De 2000 à 2002, deux plans de formation sur les problématiques de l'alcool et du tabac ont permis d'homogénéiser les connaissances de la totalité du personnel écoutant de DATIS (siège national et pôles régionaux). Après chaque formation, la base de données « d'adresses utiles » (www.drogues.gouv.fr) a été mise à jour en intégrant les structures d'aide et de soins liées à l'alcool et au tabac. Entre 1998 et 2001, le nombre des appels au sujet de l'alcool a doublé (passant de 5 600 à 12 061) et celui des appels concernant le tabac a été multiplié par 4,5. L'observation des données sur l'alcool, le tabac et les médicaments psychotropes révèle un effet « d'appel » de l'ouverture officielle du service à l'ensemble des produits psychoactifs. En revanche, sur la période 1998-2001, les appels concernant le cannabis, l'héroïne, la cocaïne, les produits de substitution, l'ecstasy et les amphétamines, ont connu une baisse moyenne de 42 %.

Aucune donnée n'a permis d'évaluer la mise en place d'actions d'éducation à la santé à l'intérieur des programmes d'enseignement prévus par le plan triennal, dans le cadre des heures de vie de classe et des rencontres éducatives pour la santé. Cependant, *via* diverses remontées d'information parvenues au ministère de l'Éducation, ces heures consacrées à l'éducation à la santé tendent à se développer, quoique de manière informelle, par le biais de certaines disciplines : essentiellement sciences de la vie et de la terre et éducation physique et sportive.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS DU CHAPITRE 3

Degré de cohérence

« Systématiser la prévention et élargir son champ tout en rappelant les interdits posés par la loi » sont les objectifs généraux du plan triennal qui ont été traités dans le présent chapitre. Pour recenser les réalisations conformes à ces objectifs au cours du plan, l'évaluation a rapidement abandonné, faute d'objet, la question du « rappel des interdits posés par la loi » et s'est concentrée sur deux volets :

- l'impulsion et la coordination de politiques locales de prévention des drogues et dépendances,
- la promotion d'une approche de prévention prenant en compte tous les types d'usage de toutes les substances psychoactives susceptibles de produire une dépendance.

Au vu des réalisations dans ces deux domaines, il y a bien cohérence entre les objectifs annoncés et les objectifs réellement poursuivis.

Niveau d'engagement et de réalisation des objectifs

Sur l'impulsion et la coordination des politiques locales

L'investissement de l'OFDT pour obtenir des données synthétiques concernant les politiques locales mérite d'être souligné. En effet, la simple remontée « administrative » des rapports des chefs de projet drogues et dépendances selon un plan type et leur exploitation, d'une part, la rédaction de « Programmes départementaux de prévention », d'autre part, auraient été des outils largement insuffisants pour estimer l'existence et l'ampleur des évolutions dans ce domaine clé du plan triennal. Une étude *ad hoc* menée par un cabinet indépendant a donc tenté de pallier les insuffisances des données générées par les structures à évaluer.

Il ressort de l'évaluation que les instances locales ayant vocation à impulser la lutte contre les drogues et dépendances ont accepté de faire, sous l'impulsion de la MILDT, un effort inhabituel de concertation entre structures et un effort novateur de recensement des initiatives et des rôles des acteurs concernés. En revanche, elles n'ont pu surmonter les carences de moyens matériels et humains mis à leur disposition et ont mal compris en quoi le plan triennal constituait une nouvelle stratégie de lutte. L'acceptation de la nouveauté du plan s'est, en majorité, située au niveau des discours et des représentations des acteurs locaux. Il apparaît que, pour la majorité des acteurs de terrain, un nouveau discours était bienvenu en ce qu'il permettait de dynamiser des énergies et des initiatives, mais que son contenu différentiel en termes d'action était illisible ou, pour certains, inutile. En d'autres termes, il n'était pas clair qu'on leur demandait de s'engager dans une autre voie que celle qu'ils avaient toujours suivie.

Sur l'élargissement des objets de la prévention

L'intégration de l'alcool, du tabac et des médicaments psychotropes

La MILDT s'étant donnée pour objectif de prendre en charge les actions de prévention, autres que de pure « communication sociale », relatives à l'alcool et au tabac, les conditions administratives de cet élargissement ont été pleinement remplies en ce qui concerne l'outil de prévention « drogues » directement placé sous

son autorité, c'est-à-dire la ligne téléphonique nationale DIS. Les autres actions de prévention concernant l'alcool et le tabac étant extrêmement nombreuses et décentralisées, elles sont pour l'essentiel restées animées par leurs promoteurs, souvent spécialisés dans la lutte contre une seule substance. L'état des lieux de ces différentes actions et de leurs animateurs est lui-même difficile à établir, que ce soit avant ou après la période du plan triennal. Il peut être acquis néanmoins que la MILD'T a fait un effort novateur de reconnaissance des actions liées à l'alcool et au tabac et de coordination entre les promoteurs.

L'évaluation a donc fait une investigation plus exigeante des résultats obtenus quant à l'élargissement des missions de la ligne DIS devenue DATIS.

Le chapitre 2 a fait état de sérieux problèmes d'évaluation concernant cette activité de téléphonie sociale. Comme on pouvait s'y attendre, le nombre des appels concernant majoritairement l'alcool ou le tabac a considérablement crû. Une coopération harmonieuse s'est installée entre DATIS et Tabac info service. Par ailleurs, les écoutants de DATIS semblent disposer de tous les outils disponibles d'orientation vers des aides de terrain. Ces dernières affirmations méritent néanmoins d'être vérifiées par une évaluation quantitative indépendante avec un système d'appelants-enquêteurs comme le CFES l'a pratiqué pour contrôler la qualité des services de Tabac info service.

L'évolution des actions de prévention globalisantes

Le nombre et la nature des réalisations dans ce domaine sont impossibles à apprécier. La difficulté actuelle à collecter les informations témoigne d'un faible niveau d'engagement différentiel au cours de la période triennale.

Selon des informations parcellaires mais concordantes, l'éducation pour la santé dans les établissements scolaires n'a pas particulièrement pris son envol au cours du plan triennal et les actions de prévention globalisantes sur les substances psychoactives y sont restées minoritaires, liées à des initiatives quasi individuelles.

Quant aux actions de terrain hors du périmètre scolaire, rien ne permet d'affirmer une différence de nature ou d'intensité entre ce qui se faisait avant le plan triennal et ce qui a pu se faire au cours de ce dernier.

Problèmes rencontrés

Dans les domaines traités au sein de ce chapitre, le plan triennal s'est d'abord heurté à des problèmes de moyens. Ces derniers n'ont pas été à la hauteur des objectifs. C'est particulièrement apparent en ce qui concerne le fonctionnement de la ligne téléphonique DATIS, facteur largement explicatif des lenteurs du change-

ment local si l'on observe la faiblesse des moyens humains accordés aux chefs de projet départementaux « drogues et dépendances ».

En second lieu, la réalisation des objectifs du plan s'est heurtée à la pesanteur et à la multiplicité des structures existantes. La plupart d'entre elles ayant trouvé leur équilibre avant le plan triennal, leur effort pour s'intégrer à la nouvelle orientation a souvent été d'ordre intellectuel et verbal, puisque cet effort s'est révélé suffisant pour assurer leur pérennité.

Recommandations stratégiques

Si élargir la prévention à tous les usages et à toutes les substances restait un objectif majeur dans de futurs plans, les recommandations suivantes découlent de l'évaluation qui précède.

Pour accroître la lisibilité d'une stratégie globalisante auprès d'acteurs engagés dans des programmes pragmatiques même auprès de publics définis souvent confrontés à une seule substance, il faut, paradoxalement, bien étudier les déclinaisons de l'approche globalisante par types d'usages, types de produits, publics concernés et également étudier la déclinaison des objectifs de la prévention lorsque, par nature, on s'adresse à des conduites dont l'histoire naturelle ne produit pas, à toutes les phases, les mêmes types de dégradation de la santé ou de la vie sociale. En d'autres termes, il faut savoir dépasser les qualités intellectuelles de l'approche de prévention globale et l'analyse des aspects structurels des addictions pour lui donner une réalité adaptée aux conditions de terrain.

Le chiffrage prévisionnel des services supplémentaires impliqués par l'élargissement de la prévention est une étape obligatoire. Il faut accorder les moyens correspondants aux services concernés.

Dans un paysage buissonnant d'initiatives majoritairement animées par des acteurs de la société civile, l'action interministérielle ne peut qu'être incitative. Il faut donc continuer à utiliser les incitations financières en rendant plus lisibles les conditions d'accès à des subventions additionnelles (critères de qualité, lisibilité des réalisations concrètement engagées, etc.) sans menacer l'équilibre financier déjà acquis par les partenaires.

Pour réussir sur le second objectif « l'impulsion et la coordination de politiques locales de prévention », il faut renforcer l'autonomie financière, organisationnelle et politique des chefs de projet départementaux au sein de leur environnement. Il faut créer les conditions d'une tutelle unique sur cette instance et prévoir un cadre institutionnel défini. Des innovations au niveau régional ne résoudraient pas forcément les problèmes rencontrés.

Recommandations méthodologiques

L'information obtenue à travers les documents produits par les structures elles-mêmes doit pouvoir servir d'indicateur d'évolution des actions de terrain et d'effectivité des politiques nationales. Pour cela, il faut renforcer et rendre plus rigoureuses les obligations qui s'articulent à ces productions d'information, d'une part, ne pas négliger la mise en œuvre d'études indépendantes ad hoc, d'autre part.

Les obligations administratives de rédaction de bilans annuels doivent être rappelées aux chefs de projet départementaux.

La rédaction et la transmission des programmes départementaux de prévention doivent être stimulées par un calendrier comprenant une date limite nationale. L'inscription des projets particuliers dans ces programmes doit devenir l'un des critères pour obtenir une subvention au niveau départemental.

Il faut renouveler le dispositif d'observation des actions et programmes de prévention sur des critères méthodologiques professionnels. Ce dispositif doit être totalement indépendant de la MILDT pour pouvoir servir à l'évaluation des plans.

4 - RÉDUIRE LES RISQUES ET LES DOMMAGES À L'ÉGARD DES USAGERS DE DROGUES

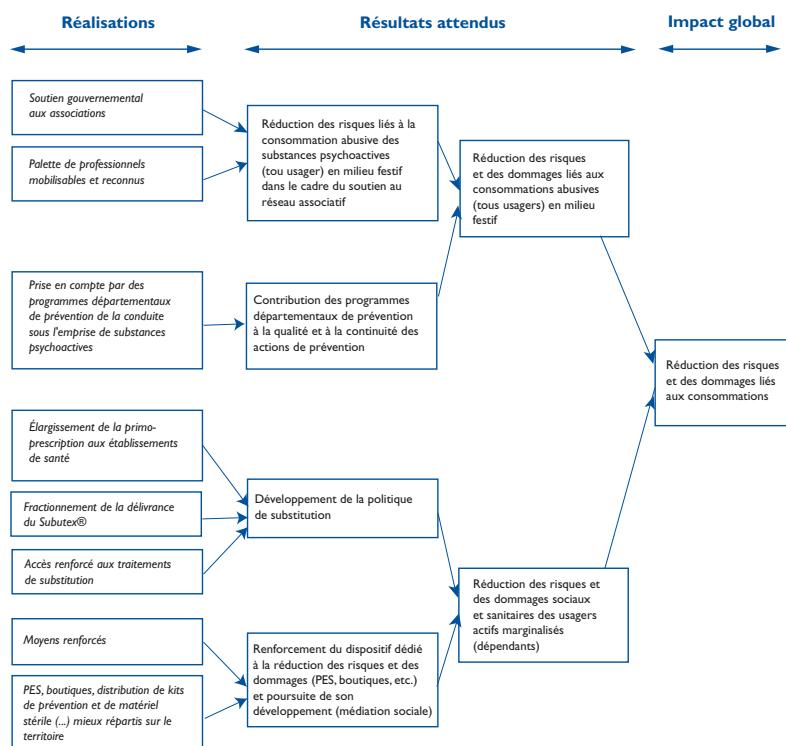
INTRODUCTION

Le plan triennal donnait une place importante à l'objectif de « réduction des risques et des dommages (RRD) chez les usagers de drogues », s'inscrivant ainsi dans la continuité d'une politique progressivement mise en place depuis la fin des années 1980 pour lutter contre l'épidémie du Sida chez les usagers de drogues injecteurs.

La politique de RRD propose des moyens d'améliorer de la situation sanitaire et sociale très dégradée des usagers de drogues (infections virales, surdoses souvent mortelles, exclusion sociale, délinquance) sans poser comme condition l'arrêt de la consommation de drogues. La légitimité de cet objectif s'est progressivement imposée aux pouvoirs publics en devenant un des éléments clés de la politique de lutte contre la drogue. Ses résultats ont globalement confirmé sa pertinence en France comme dans la plupart des pays développés démocratiques.

Le plan triennal a confirmé l'importance accordée à la RRD en prévoyant son élargissement à l'ensemble des comportements de consommation, notamment en matière d'usage de drogues sur les lieux festifs. Dans ce cas, la RRD visait à réduire les consommations dangereuses chez les jeunes dans des contextes festifs, musicaux, culturels ou sportifs ainsi que leurs conséquences (en termes de sécurité routière notamment). Il ne s'agissait en aucun cas de promouvoir la consommation des substances psychoactives mais d'assurer un cadre d'intervention servant à informer sur les risques, à prévenir les consommations dangereuses et à organiser des actions de secours en situation d'urgence. Ce nouveau contexte auquel correspond un nouveau public est venu s'ajouter aux autres déjà appréhendés par la stratégie de RRD et dont ce chapitre rend compte.

Ce chapitre concerne donc toutes les actions et programmes qui relèvent de la RRD. Plus précisément, il s'attache à savoir si les mesures prévues pour atteindre les objectifs visés par le plan triennal ont été effectivement mises en œuvre avant de rendre compte, dans la mesure du possible, de leur contribution aux objectifs escomptés dont le schéma ci-après figure les différentes étapes (objectifs reformulés sous forme de résultats).



Trois types de sources d'information ont été utilisés par l'équipe d'évaluation :

- les rapports d'activité des associations « tête de réseau » en milieu festif et des structures de « première ligne » (Programmes d'échange de seringues et boutiques) ;
- des entretiens ciblés auprès de responsables administratifs et l'exploitation des tableaux de bord, bilans et autres données de suivi ;
- les évaluations spécifiques pilotées par l'OFDT (sur les « programmes départementaux de prévention » et sur le « programme de réduction des risques et de médiation sociale dans le 18^e arrondissement de Paris »).

Les contraintes :

- la diversité des opérateurs ;
- l'impossibilité de « pister » ces interventions – rarement isolées dans les rapports d'activité qui ont pu être consultés ;

■ la difficulté d'isoler les impacts propres d'un programme ou d'une action visant la RRD ainsi que la faiblesse des informations disponibles pour apprécier l'amélioration de la situation sanitaire et sociale des usagers de drogues fréquentant le dispositif national de « première ligne ».

Ce qu'il a été possible de faire :

- de recenser les principales initiatives ;
- de vérifier l'état de la réalisation des programmes définis par le plan triennal (degré d'effectivité) ;
- de constater les principales évolutions.

Nous exposerons successivement :

- les programmes et les moyens visant à réduire les risques et les dommages liés aux consommations dangereuses en direction des usagers de drogues fréquentant certains lieux festifs à travers :
 - le soutien au réseau associatif,
 - le soutien dans le cadre des programmes départementaux de prévention.
- les actions et les programmes visant la RRD chez les usagers problématiques à travers :
 - la politique de substitution ;
 - les structures dédiées à la réduction des risques et des dommages ;
 - le programme expérimental de médiation sociale du 18^e arrondissement de Paris.
 - les impacts de la RRD.

4.1. RÉDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES LIÉS À LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES EN MILIEU FESTIF (TOUS USAGERS)

Constats posés par le plan triennal

Dans les rassemblements festifs de jeunes (raves, concerts techno), les drogues illicites circulaient librement, l'alcool et le tabac étaient largement consommés¹. Face au développement de ces manifestations au cours des années 1990, les pouvoirs publics ont eu tendance à utiliser la réponse répressive. Ces manifestations n'en ont pas moins continué à attirer davantage de jeunes.

Le public fréquentant ces lieux comportait différents types d'usagers de drogues (licites et illicites) : des usagers ayant déjà un parcours plus ou moins long dans l'usage de drogues, mais aussi des usagers occasionnels, voire débutants.

1. Rapporté par plusieurs rapports d'activité des intervenants du milieu associatif.

De nombreuses associations (Médecins du Monde, Techno Plus, Aides, parmi d'autres) avaient alerté les pouvoirs publics sur la situation sanitaire de certains usagers dans les raves (accidents psychiatriques aigus sous produit, déshydratations, hyperthermies...). Elles s'étaient également engagées dans l'action en milieu festif (en assurant une présence sanitaire et en délivrant non seulement des messages de prévention sur les moyens de limiter les risques liés à l'usage des produits, mais aussi sur les maladies sexuellement transmissibles, la conduite de véhicules ou les risques liés aux pratiques de piercing ou du tatouage...).

Réponses apportées par le plan triennal

La circulaire de mai 1997ⁱ qui recommande une présence sanitaire et préventive dans les événements festifs techno a constitué le premier pas vers la reconnaissance officielle du problème. En 1999, le plan triennal manifestait clairement la volonté des pouvoirs publics d'« éviter l'usage » et de mettre en œuvre une « véritable politique de réduction des risques et des dommages liés à la consommation de produits psychoactifs » dans les mouvements de jeunes. Les orientations gouvernementales visaient à développer des actions de prévention et d'information (par exemple, des informations sur les dangers de la première consommation de drogues de synthèse, de type ecstasy, et une information sur les conséquences des consommations abusives) et des interventions de première urgence, en rapport direct avec les jeunes usagers sur les lieux festifs et en milieu associatif sportif ou culturel. Le plan mettait l'accent sur les actions préventives destinées à dissuader les jeunes de prendre le volant après avoir consommé de l'alcool ou des drogues illicites. Cette politique s'appuie sur le réseau associatif national et les programmes départementaux de prévention (PDP).

Évaluation du degré de réalisation de cet objectif

Seront successivement décrits les moyens mobilisés pour soutenir le réseau associatif national et les actions menées par ses membres ainsi que la prise en compte de la dimension « RRD en milieu festif, sportif et/ou culturel » au sein des PDP et les réalisations effectives dans ce cadre d'action.

Soutien au réseau associatif

Moyens déployés en faveur des associations « tête de réseau » intervenant en milieu festif

La contribution annuelle de la DGS aux actions de prévention sanitaire dans les soirées « rave » sur des crédits déconcentrés de l'État (chapitre 47-15, article 40)

s'élève à 457 000 , montant qui est délégué via les DDASS – aux trois ou quatre (selon les années) principales associations nationales (Médecins du Monde et des associations d'autosupport comme ASUD et Techno Plus). Il s'agit d'un financement relativement stable, les conventions étant reconduites d'une année sur l'autre depuis 1997, date à laquelle les « missions rave » sont nées au sein de grandes associations encouragées par les mesures nouvelles adoptées dans la circulaire du 23 mai 1997ⁱⁱ.

En ce qui concerne la MILD'T, un nombre limité de structures² (entre trois et six selon les années : principalement l'Association française de réduction de risques, la Croix Rouge française, Techno Plus et ASUD) est subventionné sur des crédits inscrits au budget du ministère de l'Emploi et de la Solidarité (chapitre 47-16, art. 20) pour un montant total moyen d'environ 224 000 par an. On observe que le plus grand nombre de conventions signées par la MILD'T a eu lieu en 2001, année de consolidation des efforts accomplis sur la période triennale : les financements passant entre 2000 et 2001 de 195 000 à 256 000 pour baisser à 221 000 en 2002.

Parallèlement à ce qui est fait par les associations précitées, d'autres interventions sont menées spécifiquement auprès des jeunes pour éviter la conduite sous l'emprise des substances psychoactives. Ces actions sont dispersées et font l'objet de nombreux financements (Délégation interministérielle de la Sécurité routière, ministère de la Jeunesse et des Sports, ministère de l'Éducation nationale, DGS, MILD'T...). Face à ce constat d'éclatement, ces partenaires institutionnels se sont réunis pour élaborer un projet spécifique d'évaluation (en cours de validation).

Associations soutenues par la MILD'T et missions confiées

La plupart des actions soutenues par la MILD'T concernant les associations intervenant sur les milieux et les lieux festifs, porte, au cours de la période triennale, sur la formation des intervenants (ASUD, Techno Plus, Croix Rouge française). Une place centrale a été accordée aux actions visant à consolider et à diffuser des « savoir-faire » et à celles apportant un « appui méthodologique ».

Répartition des financements :

- L'Association française de réduction des risques (AFR) a obtenu un soutien d'un montant global de 50 000 . En partenariat avec les autres associations, sa mission était de préparer un cahier des charges définissant le cadre de travail de la « réduction des risques et des dommages » à la fois pour les intervenants, mais aussi pour les partenaires et les décideurs. Cet outil, validé par la MILD'T au printemps 2001, n'a pas été diffusé à l'époque, l'élaboration d'un cadre réglementaire

2. Il est possible de financer directement sur des crédits déconcentrés (fléchés) au niveau national des interventions ponctuelles comme le Festival des Vieilles Charrues dans le Finistère, mais c'est peu fréquent.

de *raves* étant en discussion à la même période. La conception du « guide à destination des élus » a également été confiée à l'AFR : en cours de rédaction en 2001, il est aujourd'hui finalisé.

■ La MILDT a attribué 19 000 à Techno Plus qui ont servi à organiser vingt sessions de formation auprès de bénévoles et à former 275 intervenants ; dans le même cadre, une convention triennale (2001-2003) a été signée avec la Croix Rouge pour un montant global de 150 000 : elle s'est engagée à former ses bénévoles afin de mener à bien les actions prévues de sensibilisation des responsables dans le domaine de la prévention des dépendances et assurer une présence dans les rassemblements festifs (premiers secours, prévention, suivi sanitaire lors des sorties de rassemblement, orientation médicalisée...). Cette formation s'inscrit dans une démarche de mise à niveau générale portant sur la connaissance des rassemblements festifs, les publics concernés, les produits utilisés et leurs effets ; elle prévoit également de constituer une équipe nationale d'intervention spécialisée. Le rapport d'activité pour 2001 n'étant pas disponible, il n'est pas possible de rapporter les premiers résultats en termes de modules dispensés et d'unités concernées qui interviennent en milieu festif. L'association d'auto-support ASUD a obtenu de la MILDT sur l'année 2001 un montant de 6 000 pour mener entre trois et quatre séminaires destinés à ses cadres associatifs. Le rapport d'activité pour 2001 (seul le pré-rapport est disponible) ne fournit pas d'éléments d'évaluation des séances organisées.

Associations soutenues par la DGS et missions confiées

La DGS a plutôt privilégié les interventions de terrain proprement dites, comme le révèle l'objet³ spécifié dans les conventions signées (Mission Rave de Médecins du Monde, Mutualité française et associations d'auto-support comme Techno Plus, ASUD...).

D'une manière globale⁴, ces associations intervenant sur les lieux et milieux festifs assurent⁵ :

■ une présence sanitaire⁶ : les personnes peuvent recevoir des soins et celles qui ont un malaise peuvent se reposer et être prises en charge par une équipe de médecins psychiatres, généralistes et d'infirmières ;

3. Il faut noter que ces associations mettent en place, dans le cadre de leurs missions générales, des actions de formation des bénévoles et/ou des permanents (comme par exemple MDM, Techno Plus, ASUD...).

4. À part les risques sanitaires directement liés à la consommation de substances psychoactives, les associations intervenant en milieu festif assurent une activité préventive en distribuant des aliments énergétiques pour éviter l'hypoglycémie au petit matin et des bouchons d'oreille particulièrement nécessaires dans les lieux fermés où l'intensité sonore est mal supportée.

5. Cf. Rapport d'activité- Mission rave en 2000 et 2001 de Médecins du Monde.

6. L'association « Médecins du Monde » assure toujours une présence médicale, cependant ce n'est pas le cas de l'ensemble des associations intervenant en milieu festif, compte tenu du coût de l'intervention d'un médecin qui n'est pas bénévole.

- un accueil relayé, si besoin, par un dispositif consacré à l'écoute et au soutien des participants (éducateurs spécialisés, psychologues) ;
- une action d'information et de prévention délivrant des messages préventifs à l'aide des outils de « réduction des risques et des dommages » : des *flyers* ou des brochures de prévention sur la nature et les effets de certains produits, sur les risques immédiats et différés pour les consommateurs de ces substances, sur les risques liés aux pratiques culturelles propres aux *raves* comme le *piercing* ou le tatouage, d'une manière générale sur la toxicomanie et la transmission du VIH et du VHC à travers l'injection ou le sniff... mais également en distribuant des kits d'accès prévention et des préservatifs ;
- la distribution d'eau permet de prévenir les déshydratations engendrées par la consommation des drogues comme l'ecstasy ou le speed. Elle offre également une alternative à l'alcool ;
- un testing⁷, qui donne une première indication sur la nature du produit que l'usager a acheté ;
- une mission de collecte⁸ pour observer les populations participant à ce type de fête et les produits en circulation, les modes d'usage associés et l'identification des risques associés à ces comportements de consommation (mission TREND-SINTES en partenariat avec l'OFDT, cf. chapitre 1).

À ce stade, il convient de signaler qu'il n'a pas été possible d'isoler, sur l'ensemble des interventions du réseau associatif national en milieu festif, les actions de prévention à destination des jeunes conducteurs. En fait, il s'agit d'une mission parmi d'autres assurée par les équipes mobilisées et dont l'évaluation spécifique serait laborieuse. Seule une enquête en milieu festif portant sur un échantillon représentatif de jeunes pourrait apporter des éléments de réponse à cette question précise.

Lieux d'intervention du réseau associatif

Entre 1999 et 2002, les principales associations soutenues au niveau national étaient Médecins du Monde, Mutualité française, Techno Plus et ASUD. En 2002, les lieux d'intervention au niveau national sont la région Ile-de-France, qui arrive en tête du classement (40 % de l'ensemble des équipes mobilisées composées de différents intervenants sanitaires et sociaux), suivie de la région PACA (16 %), puis du Languedoc-Roussillon et de la région du Sud-ouest (15 %) ; vient ensuite le grand Ouest (13 %), le Nord-Est ne représentant que 1 % des équipes mobilisées.

7. Test qui consiste à verser une goutte de réactif sur une petite quantité de produit, puis à observer la réaction colorée produite pour faire une évaluation de la composition du comprimé.

8. Le financement moyen annuel de l'OFDT (par association du réseau TREND) affecté pour assurer cette mission d'observation s'élève à 42 000 .

Ce tableau fait apparaître que la couverture nationale des associations intervenant en milieu festif n'est pas complètement assurée. Il convient néanmoins nuancer ce constat, car en dehors des interventions de grandes associations financées directement par la DGS et la MILDT, d'autres associations qui fonctionnent sur des financements divers (crédits déconcentrés de CPDD, subventions de la DDASS, collectivités territoriales ou autres), interviennent dans les événements techno importants et/ou dans les établissements de nuit essentiellement techno.

Tableau 18 - Lieux d'intervention⁹ par équipe des associations financées selon le type de manifestation

En 2001	Sud-Est	Languedoc-Roussillon	Sud-Ouest	Grand Ouest	Ile-de-France	Nord-Est	Total par fête
Teknival							
(de 5 000 à 25 000 personnes)	1	4	1	2	3	1	13
Free-party							
(de 300 à 3 000 personnes)	22	11	14	85	1	0	106
Raves	2	4	9	6	5	0	26
Clubs, discothèques, boîtes de nuit	0	1	0	3	4	0	8
Festivals (hors mouvement techno)	0	4	1	2	1	0	8
Autres	2	1	0	1	2	0	6
Total par région	27	25	25	22	66	2	167

Nombre total d'actions par équipe d'intervention menées par l'association ASUD (on dénombre 4 interventions au total), par la Mutualité française (Alpes-Maritimes) — MDM (26 actions assurées sur l'année), Mission rave IDF de MDM (on compte 30 interventions) et les quatre associations du réseau Techno Plus (au total le nombre d'interventions s'élève à 107).

Source : OFDT à partir des rapports d'activité des associations concernées

9. Les critères géographiques de classement présentés dans le tableau s'inspirent des lieux d'intervention des associations « Techno Plus » complétés par des recouplements régionaux plus classiques.

À savoir (liste non exhaustive) :

- dans le Nord-Ouest (« Spiritek » – partenaire de « MDM » à Lille) ;
- dans le Nord-Est (« Pushing » et « Ave'One » à Metz et mission rave MDM à Strasbourg) ;
- dans le Centre- Nord (« Tribal Koncept » à Chartres) ;
- en région parisienne (« Red Project » intervenant dans les boîtes de nuit particulièrement et « Liberté ») ;
- en Normandie (« Prev-Teuf » à Rouen) ;
- en Rhône-Alpes (« Keep smiling » à Lyon) ;
- dans le Sud (mission rave « MDM » à Bayonne, « Tipi » à Marseille...).

D'autres manifestations festives ont lieu sur l'ensemble du territoire, et malgré la capacité des équipes d'intervention à se déplacer et à suivre les principaux mouvements de jeunes, la couverture reste insuffisante, particulièrement dans certaines zones du centre de la France. En outre, mis à part les deux « teknivals » réunissant jusqu'à 25 000 personnes, qui se tiennent annuellement en France (un en mai dans le Nord et un deuxième en août dans le sud de la France), on observe que le nombre d'interventions paraît largement insuffisant en ce qui concerne les fêtes les plus répandues (*free-party* qui rassemblent entre 300 et 3 000 personnes en moyenne). Médecins du Monde estime qu'entre 10 à 40 *free-party* se déroulent chaque week-end en France¹⁰. Autrement dit, environ 480 à 1 920 *free-party* seraient organisées chaque année. Gratuites, ayant lieu le plus souvent clandestinement, elles se tiennent dans des lieux insolites (entrepôts, forêts...). Le nombre d'équipes recensées, qui n'est pas exhaustif, fait apparaître les carences en termes de moyens consacrés : la présence des équipes ne représente qu'un tiers des *free-party* dans l'hypothèse basse (10 *free-party* par week-end) et seulement 8 % dans l'hypothèse haute (40 par week-end). Depuis l'adoption de la loi du 15 novembre 2001¹¹ qui prévoit l'encadrement des *raves-party*, le réseau d'observation¹² TREND de l'OFDT rapporte les observations suivantes :

- la raréfaction des *free-party*, lesquelles selon les régions tendent à migrer vers l'Espagne, la Belgique, voire l'Italie,

10. Il ne s'agit que d'une estimation grossière à partir des informations de terrain, cf. Rapport d'activité - « mission rave » en 2001 de Médecins du Monde, p. 9.

11. Loi n° 2001-1062 du 15 novembre 2001 sur la sécurité quotidienne, après l'article 23 de la loi n° 95-73 du 21 janvier 1995 qui fait obligation de déclarer l'organisation d'événements festifs à caractère musical auprès du préfet du département dans lequel le rassemblement doit se tenir. [...] Le préfet peut imposer aux organisateurs toute mesure nécessaire au bon déroulement du rassemblement, notamment la mise en place d'un service d'ordre ou d'un dispositif sanitaire. [...] Le préfet peut interdire le rassemblement projeté si celui-ci est de nature à troubler gravement l'ordre public ou si, en dépit d'une mise en demeure préalable adressée à l'organisateur, les mesures prises par celui-ci pour assurer le bon déroulement du rassemblement sont insuffisantes. [...]. Le décret d'application est entré en vigueur le 3 mai 2002 (décret n° 2002-887 du 3 mai 2002 pris pour l'application de l'article 23-1 de la loi n° 95-73 du 21 janvier 1995 et relatif à certains rassemblements festifs à caractère musical).

12. Sur la base des réunions du groupe focal réunissant les associations en milieu festif du réseau TREND organisées en juillet et en décembre 2002. Ces informations (non publiées pour l'instant) sont en cours de validation.

- les rassemblements clandestins rendraient plus difficile l'accès aux intervenants de prévention.

Ressources humaines mobilisées

L'intervention visant à réduire les risques et les dommages en milieu festif s'organise généralement en partenariat avec les différentes associations du réseau (mission « rave » de MDM, associations Techno Plus, Le Tipi, réseau ASUD, Mutualité française, AFR, association Liberté parmi d'autres) et ce d'autant plus que les événements rassemblent un nombre très important de personnes (jusqu'à 25 000 dans un teknival). Lorsque la manifestation est autorisée, les partenaires institutionnels (préfecture, protection civile, pompiers, SAMU...) sont associés à son organisation.

Tableau 19 - Équipes mobilisées au sein des grandes associations financées au niveau national

Ressources et interventions	2000	2001
Salariés intervenant directement auprès du public	15	21
Nombre de bénévoles	171	218
Total cumulé des participants aux événements festifs	370 250	362 990
Nombre d'événements	133	163

Source : Associations présentées dans le tableau : Mission Rave de MDM Ile-de-France, Mutualité française Alpes-Maritimes-MDM et les quatre associations du réseau Techno Plus. Pour ASUD, ces données n'étaient pas disponibles à ce niveau de détail.

Le nombre moyen de salariés pour les associations soutenues au niveau national est passé de 5 en 2000 à 7 par association en 2002¹³. Le nombre total d'associations a augmenté d'une année sur l'autre, certainement grâce aux financements publics (effet-levier au niveau local). L'évolution est très sensible notamment pour la mission rave de Médecins du Monde pour laquelle le nombre de volontaires a doublé et pour l'association Mutualité française Alpes-Maritimes (MFAM) qui a connu une augmentation de plus de deux tiers. Par ailleurs, pour ces deux associations, le *turn-over* a été très faible, la composition des équipes demeurant inchangée sur la période.

13. Techno Plus a connu d'importantes difficultés de trésorerie à partir de juin 2002 qui se sont soldées par des licenciements généralisés.

En ce qui concerne les quatre associations Techno Plus, le nombre de bénévoles n'a pas beaucoup progressé (variation totale de 8 % entre 2000 et 2001), et celui des volontaires (28 en 2000 et 26 en 2001 en moyenne par association Techno Plus) reste dans la moyenne. Il se peut que cette diminution cache des évolutions différentes selon l'association Techno Plus concernée.

On observe une nette augmentation des interventions entre 2000 et 2001. Malgré cela, pour deux des trois associations ici examinées (MDM et MFAM), le nombre de personnes potentiellement touchées a diminué de manière importante pendant l'année 2001. Cette évolution ne semble pas être un signe de désengagement des intervenants. Elle pourrait traduire une variation dans le nombre de teknivals sur lesquels les associations se sont mobilisées : le nombre d'événements ayant augmenté de 23 % entre 2000 et 2001 pour passer de 133 à 163, on peut penser que les associations ont été présentes davantage dans les *free-party* rassemblant beaucoup moins de personnes (entre 300 et 3 000) que dans les teknivals (jusqu'à 35 000).

Discussion

Un des objectifs du plan triennal étant de soutenir financièrement les associations pour éviter, voire réduire les risques auxquels pouvaient être confrontés les usagers de drogues en milieu festif, on peut dire que les pouvoirs publics ont effectivement contribué à sa réalisation. De manière objective, on peut avancer que le soutien annuel gouvernemental (DGS) aux associations « têtes de réseau » ne représente que 12 ETP, ce qui correspond en moyenne à trois emplois par association. D'une manière générale une intervention en milieu festif nécessite de mobiliser une équipe d'au moins cinq personnes pour assurer l'ensemble des tâches dont elle a la charge.

Contribution des programmes départementaux de prévention

En dehors du soutien préconisé par le plan triennal au réseau associatif national, les orientations gouvernementales se sont attachées à développer la démarche de « réduction des risques et des dommages » dans le cadre des programmes départementaux de prévention (PDP). Le plan triennal précisait que les objectifs quantitatifs et qualitatifs des actions de prévention à développer dans chaque département, ainsi que leur mise en œuvre devaient être arrêtés dans le cadre du programme départemental de prévention. Pour impulser la politique interministérielle et assurer la cohérence des actions de prévention au niveau local (y compris la RRD en milieu festif, sportif ou culturel), l'élaboration de la stratégie départementale de prévention a été confiée aux chefs de projet « drogues et des dépendances »ⁱⁱⁱ (CPDD) avec l'appui d'un comité de pilotage institutionnel (*cf.* chapitre 3). Le CPDD est souvent chargé des CLS (Contrats locaux de sécurité) sur le département et de la médiation urbaine.

La RRD en milieu festif, sportif ou/et culturel

Selon une évaluation des « programmes départementaux de prévention » réalisée¹⁴, l'implication des services déconcentrés paraît modeste. Les 15 programmes sélectionnés pour l'évaluation¹⁵ font ressortir la nécessité de développer la prévention dans l'ensemble des espaces de vie des jeunes, y compris en milieu festif. Dans le cadre de la même évaluation, une enquête nationale par questionnaire¹⁵ a été réalisée auprès des CPDD. Elle fait apparaître qu'un tiers des programmes (14 citations sur 41) prévoit des actions pour la réduction des risques dans les fêtes et *raves-party*. Concernant spécifiquement la prévention des risques liés à la conduite sous l'emprise des drogues, l'inscription des actions en milieu festif atteint presque le même pourcentage : d'après les CPDD interrogés, un peu moins de trois programmes sur dix mènent des actions d'information et de prévention dans les discothèques pour éviter les accidents de la route.

Par ailleurs, le rapport-type des CPDD pour 2001¹⁶ permet de tirer d'autres enseignements concernant la prise en compte de la dimension « réduction des risques et des dommages » dans le cadre des programmes départementaux de prévention.

Sur les 70 rapports d'activité inclus dans la base des données, 29 départements auraient mis en place des actions d'information, de prévention et/ou de premier secours sur les lieux festifs (soit 40 %). En 2001, sur l'ensemble du territoire on dénombrait 165 manifestations pour lesquelles des interventions de prévention sanitaire ont été menées, ce qui représente en moyenne 6 actions par département. Concernant le nombre approximatif de personnes potentiellement touchées par ces actions, seuls deux CPDD sur dix ont répondu. Selon eux, près de 90 000 jeunes ont fait l'objet, au cours de l'année 2001, d'actions organisées dans le cadre du programme départemental de prévention, ce qui représente un peu plus de 5 000 bénéficiaires en moyenne par département.

Concernant les actions d'information et de prévention dans les manifestations culturelles, près de 6 CPDD sur 10 (56 %) ont répondu favorablement, soit le taux de réponse le plus élevé parmi les différents types d'actions. Au total, environ 250 actions ont été organisées dans le cadre de la politique départementale de prévention, ce qui représente 7 interventions par département en moyenne. Le nombre de bénéficiaires pour l'ensemble des départements français ayant répondu est de plus de 20 000, représentant en moyenne 800 jeunes par département.

14. Les 15 programmes ont été tirés au sort au sein d'un panel de situations diverses croisant trois degrés d'importance, à la fois pour la problématique liée à l'alcool et celle liée aux drogues illicites.

15. Sur les 53 PDP formalisés 27 ont été sélectionnés par tirage au sort (1 sur 2) et sur les 47 départements restants, 16 ont été retenus (1 sur 3 tirés au sort). Au total, l'échantillon a été de 43 départements, la plupart ont répondu (41 CPDD soit un taux de réponse de 95 %).

Quatre CPDD sur dix (43 %) signalent la réalisation des actions en milieu sportif. On dénombre environ une centaine d'actions de prévention tenues dans le milieu sportif. La moyenne par département est la plus basse parmi les trois types d'actions (3). En outre, près de 8 000 personnes semblent avoir bénéficié de ces actions organisées dans le cadre du programme départemental de prévention. Ce chiffre représente presque 400 bénéficiaires par département.

Tableau 20 - Interventions en milieu festif, sportif et culturel

En 2001	Nombre d'interventions			Nombre de bénéficiaires		
	N réponses dépt affirmatives	Réponses Somme* d'inter- vention	Moyenne * par dépt.	N réponses dépta- ffirmatives	Somme* de béné- ficiaires	Moyenne * par dépt.
En milieu festif	29	41 %	165	6	16	23 %
En milieu culturel	39	56 %	264	7	24	34 %
En milieu sportif	30	43 %	104	3	20	29 %
					89 450	5 262
					20 338	814
					7 944	378

*Indicateurs calculés sur les CPDD ayant répondu à l'item

Source : Rapports d'activité des chefs de projet « drogues et dépendances », année 2001, OFDT

Les programmes départementaux de prévention n'ayant été mis en œuvre que récemment (en 2001, seuls 33 programmes sont recensés dont 21 non écrits), il n'est pas possible d'apprécier les évolutions de la prise en compte de la réduction des risques et des dommages dans les mouvements de jeunes par le biais de ces programmes. Toutefois, il semble que cette politique a effectivement été impulsée au niveau local, avec des disparités, comme l'illustrent les chiffres ci-dessus.

Discussion

Les informations disponibles¹⁷ mettent en évidence la prise en compte de la question de l'élargissement de l'approche de RRD en milieu festif, culturel, sportif dans la définition des programmes départementaux de prévention. En effet, près de la moitié de CPDD déclarent avoir intégré cette problématique dans leurs programmes départementaux (56 % en milieu culturel, 43 % en milieu sportif et 41 % en milieu festif). Cependant, il est difficile d'avoir une idée précise des objectifs spécifiques poursuivis ou des modalités opérationnelles de mise en œuvre des actions de prévention.

4.2. RÉDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES CHEZ LES USAGERS DE DROGUES ACTIFS LES PLUS MARGINALISÉS

Constats posés par le plan triennal

D'après les estimations de l'OFDT¹⁶, le nombre d'usagers actifs d'opiacés et de cocaïne en France se situait entre 150 000 et 180 000 à la fin des années 1990.

Malgré les progrès enregistrés depuis le début des années 1990, la situation sanitaire et sociale des usagers reste très préoccupante. La prévalence du VHC se situait à des niveaux très élevés et continuait à augmenter ; celle du VIH, quant à elle, ne diminuait que faiblement. Par ailleurs, il était fait le constat que de nombreux usagers, parmi les marginalisés, n'avaient aucun contact avec le dispositif d'accueil et de soins.

Le déséquilibre entre le nombre de personnes suivant un traitement de substitution à la méthadone et à la buprénorphine haut dosage (estimation de 7 000 personnes sous méthadone et de 57 000 sous buprénorphine haut dosage en 1999) résultait essentiellement, d'après le plan triennal, de la capacité d'accueil insuffisante des CSST¹⁷, seuls habilités à initialiser un traitement à la méthadone, mais également d'une faible implication des médecins de ville dans le suivi des patients sous méthadone.

Des mésusages, principalement pour la buprénorphine haut dosage, étaient rapportés par des professionnels et des acteurs de terrain.

Les structures d'accueil et d'aide de proximité étaient trop peu nombreuses et mal réparties sur le territoire. Elles étaient souvent mal acceptées par les riverains qui craignent que leur quartier devienne un point de rassemblement d'usagers de drogues très marginalisés.

16. L'OFDT s'attache depuis quelques années à améliorer l'estimation de leur nombre. Différentes méthodes de calcul sont possibles mais aucune d'entre elles ne peut être considérée comme la meilleure. Cette estimation du nombre d'usagers (opiacés et cocaïne notamment) est calculée sur la base de quatre méthodes qui sont décrites de manière précise dans le rapport technique : Costes (J.-M.), Point focal français dans le cadre du projet de l'OEDT, « State of the art regarding national prevalence estimates of problem drug use in the EU Member states » (État actuel en ce qui concerne les estimations de prévalence nationale de la consommation problématique de drogues dans les États membres de l'UE), (CT.00.RTX.23), OEDT, Lisbonne, 2002.

17. Depuis 1995, date à laquelle le traitement de substitution à la méthadone est adopté en France, son initialisation a été réservée aux médecins des centres spécialisés des soins aux personnes toxicomanes. Avec l'adoption de la circulaire du 30 janvier 2002, les médecins exerçant dans les établissements de santé (hôpital) peuvent prescrire la méthadone en primo-prescription.

Réponses apportées par le plan triennal

Le plan triennal proposait de développer la politique de RRD qui vise à favoriser le contact avec les usagers les plus marginalisés et les plus vulnérables, et à leur offrir des soins et des formes de réinsertion adaptée. Pour mettre en place une « véritable » politique de RRD, le plan s'était fixé comme objectif principal de renforcer et poursuivre le développement des structures destinées aux usagers de drogues les plus marginalisés. Il était prévu d'augmenter le nombre de programmes d'échange de seringues pour réduire le risque d'infection lié au partage de matériel d'injection, et de développer une offre de soins « adaptée » à ce public et de capacités d'insertion dans les structures de « première ligne ». Enfin, le plan souhaitait contribuer à mieux faire accepter par les riverains les structures dédiées à la RRD implantées dans un seul lieu ou quartier, à travers le développement des programmes de médiation sociale. Un deuxième objectif annoncé dans le plan triennal concerne la politique de substitution. Il s'agissait plus précisément d'améliorer la qualité de l'encadrement et l'accessibilité des patients à des traitements de substitution adaptés. Pour des raisons de cohérence dans l'analyse de l'impact en matière d'amélioration de la situation sociosanitaire des usagers de drogues présentée à la fin du chapitre, nous avons décidé de traiter cette question dans cette section consacrée à la réduction des risques et des dommages auprès des usagers actifs les plus marginalisés. Bien évidemment, la substitution n'est pas exclusive à ce public, l'objectif n'étant pas non plus de proposer la substitution à tout usager de drogues, mais la démarche s'inscrit dans une approche de prise en charge globale (*cf. chapitre 5*). Les lecteurs pourront se reporter à l'étude de l'OFDT réalisée en lien avec la DGS visant à dresser un bilan des connaissances sur l'offre des traitements de substitution et leur impact pour les usagers d'opiacés (OFDT, 2003).

En outre, le plan triennal prévoyait de mettre en œuvre deux autres mesures spécifiques :

- l'élaboration d'un cahier des charges permettant d'intégrer la démarche de RRD aussi bien dans le dispositif spécialisé de soins que dans les structures généralistes accueillant un public marginalisé,
- la définition du rôle et du statut des ex-usagers de drogues travaillant dans les structures de RRD, notamment dans les programmes d'échange de seringues.

Ces deux mesures, qui n'ont pas la même envergure que celles concernant la politique de RRD et le renforcement du dispositif, sont traitées brièvement ci-après.

- Cahier des charges de la RRD. D'après le plan triennal, l'élaboration d'un cahier des charges destiné aux structures spécialisées et généralistes accueillant un public en précarité (CHRS, boutiques solidarité...) avait pour objectif de fournir des lignes directrices à la politique de réduction des risques. Cette mission est confiée au « Comité d'orientation et de suivi de l'accessibilité de seringues » (COSAS), mais la réflexion menée sur cette question ne semble pas avoir abouti.

De fait, cet organisme consultatif destiné à surveiller les modalités d'application de la mise à disposition du matériel d'injection utilisé par les usagers de drogues ne s'est pas réuni durant toute l'année 2000.

- Statut des ex-usagers de drogues travaillant dans les structures de réduction des risques. L'autre mesure prévue concerne les usagers de drogues qui travaillent dans les structures de réduction des risques. Selon le plan triennal, ils étaient le plus souvent recrutés à partir de leur expérience et en dehors de tout cadre. Il s'agissait donc de définir leur rôle et leur statut en précisant leurs conditions de recrutement et leurs perspectives de vie professionnelle et de formation. Malgré l'importance accordée à cet objectif pour mener à bien les missions de « réduction des risques » au sein des structures, on constate qu'aucune initiative n'a été impulsée au niveau national. L'analyse documentaire réalisée à partir d'un certain nombre de rapports d'activité¹⁸ des structures de réduction des risques dans le cadre de notre évaluation n'a pas révélé la présence de charte ou de référentiel à l'égard des intervenants ex-usagers de drogues.

Évaluation du degré de réalisation de cet objectif

Seront successivement décrits les évolutions de la politique en matière de substitution, et le renforcement du dispositif dédié à la RRD. La question des traitements de substitution sera traitée dans le chapitre suivant avec l'offre globale de soins. Enfin, une discussion sur les impacts des programmes et des actions sur les risques et les dommages liés à la consommation de drogues sera abordée.

Développement de la politique de substitution

D'après la circulaire DGS du 31 mars 1995¹⁹, la substitution constitue une modalité de prise en charge et s'intègre dans une stratégie thérapeutique d'ensemble de la dépendance. De manière générale, les objectifs de la politique de substitution dans lesquels s'inscrit l'action du plan triennal sont de :

- favoriser une insertion dans un processus thérapeutique et améliorer le suivi médical d'éventuelles pathologies associées à la toxicomanie d'ordre psychiatrique et/ou somatique ;

- stabiliser la consommation de drogues illicites et réduire le recours à la voie injectable, source de transmission virale et infectieuse ;
- favoriser l'insertion sociale.

Les objectifs intermédiaires relatifs aux traitements de substitution à échéance de trois ans étaient les suivants :

- étendre la possibilité de primo-prescription de méthadone aux médecins dans les établissements de santé afin de faciliter l'accès à la substitution particulièrement aux populations à risque accueillies à l'hôpital ou en milieu carcéral (femmes enceintes, personnes atteintes d'une maladie infectieuse...) ;
- faciliter le relais de la prescription de méthadone en ville afin que de nouveaux patients puissent poursuivre leur traitement initialisé en CSST (la primo-prescription étant réservée aux médecins de CSST), ce qui suppose que ces centres poursuivent néanmoins l'accompagnement social (le médecin de cabinet n'étant pas en mesure d'assurer l'accompagnement social nécessaire à la réussite du traitement) des patients suivis en ville (le chapitre 5 traite de cette question). Il faut souligner néanmoins que le plan triennal était très peu explicite sur la manière dont devait s'effectuer le relais en médecine de ville et par quels moyens on pouvait y parvenir ;
- fractionner la délivrance du Subutex® pour limiter les détournements d'usage ;
- préciser les indications respectives de l'un et l'autre des deux traitements (méthadone et buprénorphine haut dosage) et améliorer les connaissances des conditions nécessaires à leur succès (cette question est abordée dans le chapitre 1) ;
- élargir la palette des médicaments utilisables pour la substitution afin de répondre à la diversité de situations rencontrées et inciter à la mise en place d'essais cliniques.

Primo-prescription de la méthadone à l'hôpital

Depuis 1995²⁰ et jusqu'en 2002, l'initialisation d'un traitement de substitution à base de méthadone était réservée aux médecins des CSST. Ainsi, en milieu pénitentiaire, la primo-prescription n'était possible que lorsqu'un CSST²¹ intervenait en prison. Afin de rendre la méthadone plus accessible et d'en faire bénéficier les personnes qui ne fréquentent pas les centres spécialisés de soins, les autorités sanitaires ont adopté la circulaire^{iv} du 30 janvier 2002. Elle rend possible la prescription de la méthadone par les médecins exerçant en établissement de santé, dans le cadre de l'initialisation d'un traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants majeurs aux opiacés. L'objectif de cette circulaire est également de diversifier les lieux et les situations dans lesquels peut être entrepris, dans le cadre d'un

18. Cf. Rapport type des structures de « première ligne », exploitation de la DGS et Rapport d'évaluation interne en 2000 PES-STEP (programme de prévention des risques et de réduction des dommages) de l'association « EGO ».

19. La circulaire DGS/SP3/95 n° 29 du 31 mars 1995 fonde l'actuelle politique de substitution et ses modalités d'application en France.

20. Date à laquelle le traitement de substitution à la méthadone est adopté en France.

21. Le nombre de CSST en milieu carcéral n'est que de seize en 2002.

suivi médico-psycho-social adapté, un traitement de substitution. Elle rappelle aussi le rôle que les « équipes de liaison et des soins en addictologie » ont à jouer dans ce nouveau cadre d'action (*cf. chapitre 5*). Si cette circulaire correspond aux orientations du plan triennal en matière de substitution, il reste à en vérifier la mise en œuvre.

Fractionnement de la délivrance du Subutex®

Un des objectifs du plan triennal en matière de la substitution était de réduire les détournements d'usage de Subutex® : injection, trafic, recherche de prescripteurs multiples, association à d'autres produits ou médicaments. Le plan triennal insistait sur le fait qu'il ne s'agissait pas de remettre en cause un dispositif dont les bénéfices sont indiscutables, mais qu'il était indispensable de chercher les moyens de limiter ces mésusages. Le traitement de substitution à base de buprénorphine haut dosage qui est en vigueur depuis les débuts de 1996, était prescrit par les médecins pour une durée maximale de 28 jours. Afin de renforcer l'encadrement et d'améliorer l'accompagnement du médecin prescripteur comme le plan triennal le préconisait, l'arrêté^v du 20 septembre 1999 a énoncé que la délivrance du médicament doit être fractionnée par période maximale de 7 jours (avec la possibilité pour le médecin de demander au pharmacien que le traitement soit délivré en une seule fois pour une période de 28 jours maximum, pour des raisons particulières tenant à la situation du patient).

Malgré cette restriction, plusieurs sources rapportent que les mésusages du Subutex® persistent voire s'amplifient comme le font apparaître les informations récemment collectées dans le cadre du réseau TREND²². Le Subutex® y est décrit comme « *accessible car ne nécessitant pas le recours à des intermédiaires* ». D'après les informateurs de TREND, « *certaines usagers disent écouter le plus souvent une partie de leur prescription soit en la vendant soit en la troquant contre d'autres produits (cocaïne)* ». Il est intéressant de signaler que, la quasi-totalité des sites du réseau TREND souligne depuis l'année 2000 l'émergence de jeunes consommateurs, pour lesquels l'usage de Subutex® constitue une porte d'entrée dans la toxicomanie (Bello *et al.*, 2002).

La nécessité de revoir le cadre d'utilisation du Subutex® n'a pas échappé aux autorités sanitaires (DGS, AFSSAPS) qui ont mené une réflexion en interne relative aux traitements de substitution et un projet de circulaire²³ est en préparation par la DGS.

22. Dispositif d'observation mis en place par l'OFDT dans le cadre du plan triennal 1999-2002.

23. Projet de circulaire qui s'appuie sur le travail en cours de réalisation par l'OFDT piloté par la DGS/OFDT visant à dresser un « bilan de connaissances » en vue d'évaluer et de réorienter la politique de substitution.

Élargir la palette des médicaments utilisables pour la substitution

Pour répondre à la diversité des situations rencontrées par les usagers de drogues, le plan triennal souhaitait impulser la mise en place d'essais cliniques dans l'objectif d'élargir la palette des médicaments utilisables pour la substitution. Le rapport d'accès à la méthadone de quatre experts nommés par Bernard Kouchner, qui a été rendu public en juillet 2001 (Augé-Caumon *et al.*, 2001), recommande également de promouvoir des protocoles d'expérimentation pour d'autres traitements de substitution, en priorité aux sulfates de morphine et à l'héroïne, y compris par voie injectable. Concernant le programme de distribution d'héroïne médicalisée, un groupe de travail réunissant la DGS, l'AFSSAPS, la MILDT et l'OFDT a été mis en place en 2001. Dans ce cadre, l'OFDT a confié à un groupe de chercheurs étrangers (Uchtenhagen, *et al.*, 2002) une recherche documentaire sur les différents essais cliniques concernant les programmes à base d'héroïne médicalisée et injectable et son efficacité dans les principaux pays prescripteurs (Royaume-Uni, Suisse, Allemagne, Espagne, Australie et États-Unis).

Concernant les produits de substitution injectables, l'avis de l'AFSSAPS est actuellement en cours (*cf. chapitre 1*).

Public des usagers de drogues bénéficiant d'un traitement de substitution

Le plan triennal visait à améliorer l'accès à la substitution pour les usagers de drogues qui le souhaitent, tout en réduisant le déséquilibre entre les deux traitements disponibles (un usager sous traitement à la méthadone pour près de huit sous traitement à la buprénorphine haut dosage en 1999), donc en augmentant le recours à la méthadone. Entre 1999 et 2001, on observe²⁴ (OFDT, 2002) une hausse du nombre estimé de personnes suivant un traitement de substitution de près d'un tiers (31 %), le nombre²⁵ d'usagers atteignant 84 000 en 2001 contre 64 000 en 1999²⁶. Malgré une croissance plus rapide des ventes de méthadone que des ventes de buprénorphine haut dosage (43 % contre 30 %), les disparités entre les deux traitements persistent, le nombre estimé de personnes sous traitement de substitution en 2001 étant de 10 000 pour la méthadone et de 74 000 pour la buprénorphine haut dosage. Le rapport sur l'« accès à la méthadone : bilan et recommandations » réalisé à la demande de Bernard Kouchner, ministre délégué à la Santé, avance quelques raisons (Augé-Caumon *et al.*, 2001) qui peuvent expliquer cet écart :

24. Calculs faits à l'OFDT à partir des données du Système de surveillance du Sida en France, Institut de veille sanitaire (InVS).

25. Ce nombre est estimé à partir des chiffres de ventes et sur la base d'hypothèses sur les posologies moyennes ; il est possible que ces dernières aient augmenté entre 1999 et 2001, auquel cas l'augmentation serait plus faible que celle annoncée.

- aucun texte réglementaire actuel n'indique que tous les centres spécialisés sont tenus de mettre en place une primo-prescription de la méthadone (notamment pour des raisons budgétaires) ;
- des procédures lourdes de dispensation de la méthadone qui ne facilitent pas le travail de pharmaciens d'officine amenés à dispenser la méthadone aux patients « en ville » ;
- des difficultés qui persistent concernant le passage en ville de patients sous méthadone : les textes officiels actuels font référence à la possibilité du médecin prescripteur du CSST de déterminer en collaboration avec l'équipe de soins s'il convient d'orienter le patient vers un médecin de ville pour la poursuite du traitement, mais il n'est fait aucune référence à la préférence du patient ni à une quelconque procédure pour trancher un éventuel conflit entre patients et soignants.

À ces explications, il faut probablement ajouter l'utilisation très souple de la buprénorphine haut dosage.

Il est nécessaire de souligner qu'en dehors de l'étude exhaustive dont l'INSERM a été chargé, sur les premiers 5 000 patients, dans le cadre de la circulaire DGS du 31 mars 1995²⁶, aucune évaluation spécifique n'a été programmée à grande échelle pour obtenir des résultats validés sur l'impact de la politique française de substitution auprès des personnes dépendantes aux opiacés²⁷.

Développement et renforcement du dispositif dédié à la RRD

S'ajoutant à l'objectif de développement de la politique de substitution, les orientations du plan en matière de RRD prévoyaient de poursuivre le renforcement des structures destinées aux usagers de drogues les plus marginalisés. Selon le plan triennal, les structures dans ce champ étaient très peu nombreuses et mal réparties sur le territoire. Elles n'étaient pas très bien acceptées par les riverains qui, souvent sous-informés, supportaient mal le regroupement d'usagers de drogues très marginalisés autour des structures. L'objectif était donc non seulement de renforcer le dispositif dédié à la RRD mais également de mettre en place des programmes de médiation sociale dans des quartiers où sont implantés les centres destinés aux usagers des drogues.

26. La circulaire DGS/SP3/95 n° 29 du 31 mars 1995 fonde l'actuelle politique de substitution et ses modalités d'application en France.

27. Les autorités sanitaires (DGS, MLDI, AFSSAPS) et les laboratoires Schering-Plough à la demande de ce dernier se sont réunis à plusieurs reprises entre 2001 et 2002 pour organiser une procédure d'appel à projets sous la base d'un cahier des charges validé scientifiquement par un comité d'experts du Collège scientifique de l'OFDT. L'objectif était de sélectionner une équipe pluridisciplinaire reconnue et indépendante à laquelle confier une étude de trois ans auprès de 1 000 patients sous traitement de substitution. En absence de cofinancement nécessaire, le projet n'a pu aboutir.

Dans cette section seront abordés successivement :

- l'état de réalisation des objectifs visant à renforcer le dispositif dédié à la RRD,
- le programme de réduction des risques et de médiation sociale mis en œuvre dans le 18^e arrondissement de Paris ayant pour objectif de favoriser l'acceptation des structures de « première ligne » et de réduire les risques et les dommages chez les usagers de drogues dans le quartier.

Le plan triennal s'était fixé un certain nombre d'objectifs servant à renforcer les structures de RRD. Il s'agissait de mettre en place :

- trois « *sleep-in*²⁸ » sur la période triennale ;
- une trentaine d'équipes de proximité²⁹ dans les quartiers les plus en difficulté dont un en 1999 (dans le 18^e arrondissement de Paris), 14 en 2000 et 15 en 2001 ;
- une vingtaine de programmes d'échange de seringues (PES) sur la période triennale dont 1 en 1999, 8 en 2000 et 11 en 2001 ;
- une cinquantaine de distributeurs automatiques délivrant des trousse de prévention dont 5 en 1999, 5 en 2000 et 40 en 2001 ;
- au moins un programme de réduction des risques dans les 70 villes de plus de 40 000 habitants qui en étaient dépourvues en 1999 en réservant les boutiques aux grandes villes de plus de 100 000 habitants.

Moyens consacrés au renforcement du dispositif

On observe une augmentation nette des crédits consacrés au financement des structures dédiées à la RRD : de 11 M en 1998 ils sont passés à 12 M en 1999, à 13,5 M en 2000, pour atteindre le montant de 14 M en 2001³⁰. Conformément au plan triennal, la politique de réduction des risques a été financièrement soutenue au cours des dernières années.

Réalisations effectives en nombre de structures

Les « *sleep-in* » offrent un hébergement de nuit et d'urgence aux usagers de drogues dépendants en situation de grande précarité. En 1998, on dénombrait deux « *sleep-in* », en 2002 on en comptait quatre³¹ : deux à Paris, un à Lille et le quartier à Marseille. La création sur la période triennale de ces deux nouvelles structures s'inscrit dans le cadre du programme de lutte contre l'exclusion, mis en œuvre dans les villes de Lille et de Paris. En moyenne, ils peuvent accueillir trente personnes par nuit.

28. Les « *sleep-in* » offrent un hébergement de nuit en urgence aux usagers des drogues en grande précarité. Lors de leur passage dans ces structures, ils peuvent aussi avoir accès à des consultations sanitaires et sociales.

29. Les missions et les modalités de fonctionnement des « équipes de proximité » n'ont pas fait l'objet d'une description détaillée dans le plan triennal 1999-2001.

30. Ce qui correspond à environ 390 ETP.

31. Source : DGS-Bureau sur les pratiques addictives (SD6B).

Concernant les équipes de proximité³², qui sont des dispositifs de RRD pilotes de médiation et d'écoute des habitants, commerçants, pharmaciens... du quartier et de coordination entre les structures précédemment implantées, un premier programme a été mis en place dans le 18^e arrondissement de Paris en 1999⁵. Trois nouvelles équipes mobiles ont été créées en 2000 dont deux à Paris dans les 10^e et 13^e arrondissements et la troisième à Montpellier. En 2001, la ville de Marseille a créé une nouvelle structure sur des financements locaux. L'objectif du plan triennal qui prévoyait la création d'une trentaine de structures sur la période est donc loin d'être atteint.

Les « lieux de contact » ou les « boutiques » sont des lieux de premier accueil pour les usagers de drogues en situation très précaire. Ces structures offrent, outre les services de programme d'échange de seringues, une assistance matérielle (douche, aide alimentaire, machine à laver...), des soins infirmiers, une écoute et des services sociaux et/ou juridiques. On dénombrait 32 boutiques avant 1999 ; 2 nouvelles boutiques ont été créées en 2000 et 6 autres en 2001. Dans le plan triennal, l'objectif était de créer 20 dispositifs. Entre 2000 et 2001, 8 nouvelles structures ont été créées.

Les « programmes d'échange de seringues » (PES) ont été introduits à l'initiative des associations humanitaires pour assurer la distribution de seringues à l'unité ou des trousse de prévention. En 1998, 88 PES étaient recensés (fixes et mobiles). D'après l'enquête 2001 menée auprès des DDASS par la DGS⁶, une douzaine de programmes supplémentaires ont été créés en 1999, 2 en 2000 et 16 en 2001. Le nombre de PES passe donc de 88 à 118 entre 1998 et 2001. L'objectif prévu, qui était de créer une vingtaine de nouveaux programmes sur la période, a été largement dépassé puisque 30 PES auront été créés au cours de la période triennale.

Pour les distributeurs automatiques délivrant des trousse de prévention (contenant principalement deux seringues, deux tampons alcoolisés, de l'eau stérile pour l'injection, un préservatif, deux récipients de chauffe et de dilution, deux tampons secs et deux filtres stériles et des messages de prévention et d'information) l'enquête 2001 de la DGS signalait une augmentation bien supérieure à ce qui était inscrit dans le plan triennal : au total, 77 automates ont été mis en place (50 à créer selon les orientations gouvernementales). Le nombre total est ainsi passé de 150 à 227 entre 1998 et 2001.

Ainsi en matière de création de structures, on constate qu'elle a davantage concerné les automates et les PES que les lieux de contact ou les boutiques de premier accueil.

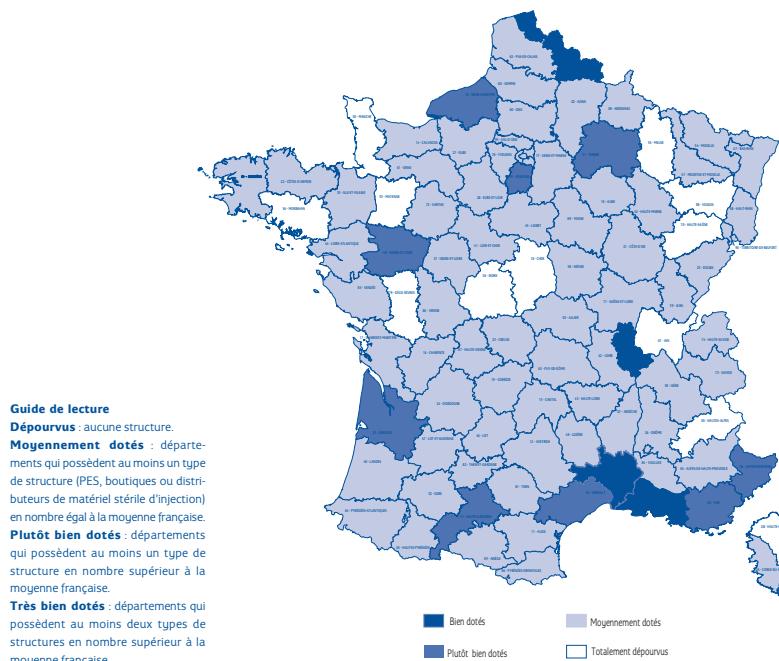
32. Il semble que le concept d'équipe de proximité (c'est-à-dire les missions, les modalités de mise en œuvre, le public à atteindre ou le profil des intervenants) est encore fragile et non stabilisé parmi les professionnels et les institutionnels.

Répartition géographique de structures

Concernant la couverture géographique du dispositif de réduction des risques, l'enquête de la DGS de 2001 présente des résultats plutôt conformes aux lignes directrices du plan triennal : en métropole, chaque région dispose d'au moins une de ces structures et globalement, on peut dire que le dispositif couvre une grande partie du territoire (87 départements couverts).

Des disparités persistent pourtant : dans les DOM, seulement 3 boutiques ont été recensées. En outre, 13 départements en sont dépourvus dont 10 en milieu rural et 3 autres en milieu urbain. On constate une hausse du nombre de PES en pharmacie dans ce milieu rural.

Figure 7 - Dotation de différents types de structures par département en 2001



Source : élaboration propre, OFDT

La mise en place simultanée d'un dispositif de RRD et de médiation sociale entre usagers et riverains : dispositif expérimental du 18^e arrondissement de Paris

Le problème. La démarche de réduction des risques ancrée sur des dispositifs de proximité se heurte à l'opposition des riverains et des élus locaux qui les perçoivent comme une source de nuisances.

La réponse. Le plan triennal prévoyait la création d'équipes mobiles de proximité visant un double objectif. D'une part, une amélioration de la prise en charge de ces usagers actifs et marginalisés à travers leur fonction d'orientation et de médiation en direction des structures de prise en charge sanitaire et sociale. D'autre part, une amélioration de l'acceptabilité des structures par les riverains par un travail d'information et d'échanges, née de la prise de conscience des autorités et des associations de l'importance de la médiation sociale pour sensibiliser les habitants et les élus locaux au bien-fondé des stratégies de « réduction des risques et des dommages ».

La première réalisation a été lancée dans le 18^e arrondissement de Paris en octobre 1999 pour une période expérimentale d'une année. Ce programme, piloté par la DDASS, disposait d'un comité de suivi et de concertation qui, sous l'égide de la municipalité du 18^e, rassemblait les principales associations (d'accueil, de soins, mais aussi d'habitants) intervenant dans le quartier.

Résultats de l'évaluation. L'évaluation^⑤ s'est déroulée entre septembre 2000 et juin 2001 et couvre donc la période courant d'octobre 1999 à décembre 2000. Les résultats portent sur l'organisation du dispositif, sur le degré d'atteinte des deux objectifs, sur leur intégration, ainsi que sur les perspectives et les problèmes soulevés par cette expérience originale.

■ *L'organisation du dispositif et de ses missions.* Conçu dans l'urgence sur des bases mal maîtrisées, l'organisation du dispositif a incontestablement souffert d'une absence de leadership, de conflits dûs à l'enchevêtrement des niveaux de décision et de l'imprécision des objectifs assignés.

■ *L'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues.* Si la connaissance de la Coordination 18 par les usagers est inégale ou faible et peut s'expliquer par la jeunesse du dispositif, le problème reste celui de l'accès aux structures de soins, surtout psychiatriques. La faiblesse, voire le manque de coordination entre les structures associatives et les services publics, reste frappante. Le rôle de médiateur entre les usagers et les structures de soins ne sera effectif qu'à partir du moment où seront établies des relations de reconnaissance mutuelle qui semblent faire trop souvent défaut. Il semble que le pouvoir d'action des acteurs de la coordination s'arrête à l'entrée des services spécialisés.

■ *Le dialogue social avec les riverains.* Pendant cette courte période, cet objectif n'a pas suffisamment mobilisé les équipes. Il a été réduit à un recueil des doléances des riverains qui campent sur un refus ferme des structures de proximité de « première ligne ». L'objectif d'instaurer un dialogue entre la coordination et les

riverains n'a pas pu être atteint, certaines associations d'habitants refusant même tout échange avec elle. La plupart paraissent arc-boutées sur l'objectif d'obtenir l'expulsion des usagers de drogues de leur quartier.

■ *Un sondage de la population du quartier par questionnaire* informe sur les motifs de rejet ou d'acceptabilité par les riverains des usagers et du dispositif. Mais le fait le plus intéressant est que les deux tiers des répondants approuvent l'existence et l'utilité de la médiation.

■ *L'intégration des deux objectifs par un même dispositif.* Il apparaît que la coordination s'est recentrée, après un démarrage difficile, sur l'objectif d'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues. Les évaluateurs s'interrogent sur la possibilité de mener conjointement les deux objectifs qui relèvent de compétences et de références différentes. Malgré les difficultés à mieux faire accepter l'implantation des structures de réduction des risques, le dialogue social semble pourtant être incontestablement la solution la plus consensuelle. Il reste à en inventer les voies.

En conclusion, la concertation entre élus locaux, riverains, forces de l'ordre et professionnels de la réduction des risques paraît incontournable comme l'illustre l'opinion des Français^⑯ récemment interrogés à cet égard : 94,9 % des personnes enquêtées disent approuver la création des structures de soins « en concertation avec les mairies, les hôpitaux, la police et les habitants ». Mais pour cela, elle doit être encouragée par la création d'un espace de dialogue dans le quartier. Par ailleurs, les professionnels des structures devraient jouer un rôle plus actif pour favoriser le dialogue et la concertation et mieux se faire accepter, en s'investissant davantage dans des missions d'information et de sensibilisation auprès des habitants et des élus locaux notamment.

Impact en termes de réduction des risques et des dommages chez les usagers de drogues

S'intéresser à l'impact de la politique de RRD et de la substitution suppose d'évaluer la contribution de cette politique à l'atteinte des objectifs suivants en termes de :

- réduction des pratiques à risques à plusieurs niveaux :
 - parmi les usagers de drogues actifs par une baisse des UDV (usagers qui ont recours à l'injection),
 - parmi les UDV encore actifs, en diminuant le partage du matériel d'injection non stérile ainsi que la réutilisation du matériel d'injection.
- diminution de la transmission de maladies infectieuses (VIH et VHC) chez les usagers de drogues,
- accès favorisé aux soins pour les usagers de drogues infectés.

Il s'avère difficile de se prononcer sur l'impact de ces mesures pour l'ensemble des usagers de drogues (injecteurs ou non) et surtout de lier certains effets ou absences d'effets à l'existence de tel ou tel programme ou dispositif. La principale difficulté rencontrée a trait à l'impossibilité de suivre l'évolution des caractéristiques – avec un degré de fiabilité acceptable – de la population d'usagers de drogues et, parmi eux, des injecteurs. Il faut ajouter également les grandes limites méthodologiques pesant sur les indicateurs disponibles qui seront mises en évidence plus loin dans cette section (par exemple, le statut sérologique inconnu des usagers de drogues – injecteurs ou non – ou le niveau d'exposition aux virus remontant à plusieurs années). Une autre difficulté, conséquence directe du manque de données quantifiées sur le nombre d'usagers de drogues injecteurs ou non, concerne l'interprétation ambiguë que l'on peut faire de certains indicateurs (par exemple, une baisse de ventes de seringues peut traduire une reprise des pratiques à risques (nombre important d'UDVI « non couvert » qui, malgré le fait d'en ressentir le besoin, n'ont pas pu fréquenter ces structures) ou l'utilisation d'une modalité de consommation alternative à l'injection (diminution du nombre d'UDVI lorsque le nombre d'usagers de drogues est constant ou en augmentation), mais également à l'efficacité de la politique de substitution (nombre d'UDVI en diminution mais aussi le nombre d'usagers de drogues).

On peut cependant s'intéresser à l'évolution, sur la période triennale, des indicateurs médico-sociaux de réduction :

- des comportements à risques, notamment sur la base de l'évolution du :
 - nombre d'injecteurs à partir des enquêtes auprès des établissements de santé et des centres spécialisés³⁴³⁵ ;
 - nombre de seringues vendues³³ aux UDVIs encore actifs³⁶³⁷, mais aussi sur le partage et la réutilisation du matériel d'injection à partir d'enquêtes déclaratives faites directement auprès des usagers³⁸³⁹⁴⁰ ;
- des dommages, principalement sur la base de :
 - prévalences déclarées du VIH et du VHC chez les UDVIs³⁹⁴⁰ ;
 - nombre de décès par surdose⁴¹.

Cette section est organisée en quatre parties :

Réduction du recours à l'injection chez les usagers de drogues actifs

Les pratiques d'injection, quel que soit le produit en cause, sont à l'origine des principaux dommages sanitaires subis par les usagers de drogues (maladies infectieuses d'origine virale ou bactérienne, augmentation du risque de surdoses, chocs anaphylactiques, abcès, etc.), (Emmanuelli, 2000).

33. La vente de seringues est prise comme indicateur de l'injection avec du matériel stérile.

Plusieurs sources concordantes vont donc dans le sens d'une diminution globale de l'usage de la voie intraveineuse par les usagers de drogues chez les personnes fréquentant les hôpitaux comme les centres spécialisés. En effet, l'enquête OPPIDUM²² fait apparaître une baisse de 36 % à 31 % d'UDVI entre 1999 et 2001 et, d'après l'enquête de novembre²³ pour laquelle on ne dispose pas de données récentes, la part d'UDVI est passée de 17 % en 1997 à 14 % en 1999. Avec toutes les précautions nécessaires, il est possible que l'accès aux traitements de substitution ait contribué à réduire le recours à l'injection. D'autres explications non exclusives les unes des autres sont envisageables, comme par exemple la perception de l'injection moins valorisée qu'auparavant et la stigmatisation de la seringue ou le recours à des modes de consommation alternatifs à l'injection ou à l'efficacité de la politique de substitution.

Réduction des pratiques à risques chez les UDVIs actifs

Comme on l'a signalé précédemment, la lecture que l'on peut faire des évolutions rapportées par les statistiques n'est pas dépourvue d'ambivalence. Afin d'évaluer globalement les effets observés sur les pratiques à risques chez les UDVIs, il est nécessaire de croiser plusieurs indicateurs et plusieurs sources dont les évolutions sont présentées ci-après.

1. Accès aux seringues

Selon les rapports d'activité exploités par la DGS, on observe que la distribution de seringues en PES et en boutiques³⁴ a été en baisse entre 1997 et 2000. En effet, le nombre de seringues stériles distribuées est passé approximativement³⁵ de 3,6 millions à 2,3 millions³⁸. Quoique ces chiffres ne représentent qu'entre 11 %³⁶ et 18 %³⁷ des ventes officinales en 2000 (l'accès au matériel d'injection étant assuré majoritairement par les pharmacies), cette tendance à la baisse est confirmée par l'évolution récente des ventes de seringues en pharmacie, qui est passée entre 2000 et 2001 de 13,1 à 9,8 millions. Cette baisse semble indiquer que le nombre d'UDVI est en diminution. Il est possible cependant qu'elle traduise une reprise des pratiques à risques. Cette hypothèse est étudiée ci-après.

34. Cette évolution cache une augmentation de l'activité d'échange de seringues en Boutiques qui a presque doublé entre 1997 et 2000 passant de 323 000 à 608 000 (+ 88 %).

35. Ces données, calculées à partir d'une estimation du nombre moyen de seringues déclarées dans les rapports d'activité, sont approximatives et doivent être prises avec précaution compte tenu de fortes disparités entre les différentes structures examinées.

36. 1,5 millions selon l'estimation 1996 réalisée pour la constitution d'une base de sondage dans le cadre de l'Enquête 1998 auprès des usagers de drogues fréquentant les PES en France (InVS-INSERM).

37. 2,3 millions de seringues en PES et boutiques à partir de l'Exploitation des rapports d'activité type 2000 sur les Boutiques et PES, (DGS-SD6A).

2. Partage et réutilisation déclarés des seringues

On constate une stabilité ou une faible reprise des comportements à risques liés au partage du matériel d'injection selon les propres déclarations des usagers interrogés entre 1998³⁹ et 2001⁴⁰, en effet près de 2 usagers sur 10 (18 % en 1998 et 22 % en 2001) déclarent avoir partagé (emprunté ou prêté) une seringue au cours du dernier mois de l'enquête. Concernant la réutilisation du matériel d'injection, les chiffres vont plutôt dans le sens d'une moindre prise de risques, mais la comparabilité des données est discutable. En 1998, près de la moitié des usagers interrogés (45 %) disent avoir réutilisé leurs seringues et dans l'enquête transversale de TREND, en 2001, ils ne sont que 17,2 % à déclarer l'usage d'une seringue usagée (usage occasionnel et régulier). Il est possible que ces chiffres surévaluent ou à l'inverse sous-estiment le niveau des pratiques à risques dès lors qu'elles ne portent que sur des clientèles fréquentant les dispositifs de « première ligne ». On ne dispose pas de données concernant les patients suivis dans les CSST et dans les établissements sanitaires. En effet, dans les deux enquêtes précitées (Enquête de novembre 1997 et 1999 et enquête OPPIDUM), les prises de risques liées aux pratiques d'injection ne sont pas décrites et il est donc difficile de connaître leur évolution dans la période récente.

D'une manière générale, on constate donc que les sources ici examinées font apparaître une stabilisation voire une faible augmentation des comportements à risques liés au partage des seringues. Cependant, il n'est pas possible de conclure à l'inefficacité de la politique de la RRD du fait que l'on ignore si elles concernent la même population. On peut supposer que le renforcement du dispositif de RRD a permis d'améliorer la capacité des structures d'accueil et d'accroître la fréquentation des UDVI jusque-là « non couverts » par le dispositif. Bien que cette hypothèse ne puisse pas être complètement validée par les faits³⁸, la probabilité de son occurrence paraît forte. Cela voudrait dire que de nouveaux publics récemment « captés » par le dispositif de RRD, plus marginalisés et plus en souffrance auraient pu faire apparaître une dégradation des indicateurs médico-sociaux sans que pour autant le renforcement du système intervenu dans le cadre du plan triennal puisse mettre en cause l'efficacité de la politique menée.

38. D'une part, on observe que le nombre moyen de contacts pris par structure confirme cette hypothèse. Paradoxalement, on constate des résultats plutôt contraires en termes d'évolution des files actives (pour les PES la file active moyenne est en diminution de 50 % et seulement en légère hausse pour les boutiques). Néanmoins, la tendance annoncée par ces chiffres ne peut pas servir à invalider l'hypothèse de départ compte tenu de l'importance des taux de « non-réponse » (21 % pour les boutiques et 43 % pour les PES). D'autre part, les données disponibles ne sont pas concluantes sur le degré de précarité des UDVI fréquentant les structures dédiées à la RRD. En 1999, l'enquête PES la proportion d'individus ayant un logement personnel ou familial est de 62 %, les allocataires du RMI représentent 42 % et le pourcentage de personnes ayant été incarcérées est de 58 %. L'enquête de « bas-seuil » de 2001 ne permet pas de vérifier si les usagers fréquentant ces structures ont des profils de plus grande précarité.

Réduction de la morbidité chez les usagers de drogues

Les infections virales restent l'une des pathologies les plus fréquemment diagnostiquées chez les usagers de drogues. Un objectif principal des structures de réduction des risques et des établissements spécialisés est d'en réduire la transmission, principalement³⁹ le VIH et le VHC. Dans les deux cas, la prévalence est très fortement liée aux pratiques d'injection comme l'enquête réalisée en novembre 1999 le fait apparaître. Cette approche est rendue difficile par le manque de données récentes et validées pour l'ensemble de la population d'usagers de drogues fréquentant les établissements spécialisés, depuis la dernière enquête de novembre 1999.

Tableau 21 - Prévalence déclarée du VIH et du VHC chez les usagers de drogues pris en charge dans les structures spécialisées

	VIH	VHC
Non-injecteurs	6 %	20 %
Injecteurs	16 %	63 %

Source : Enquête de novembre 1999, DREES/DGS

Cependant, ces chiffres mettent en évidence que les autres modes de contamination concernant l'ensemble des usagers de drogues ne sont pas négligeables (notamment par des rapports sexuels non protégés et par le tatouage, mais aussi, pour l'hépatite C exclusivement, le partage des pailles chez les consommateurs par voie nasale).

On ne dispose pas de données sur l'ensemble des usagers de drogues compte tenu du fait que les indicateurs disponibles ne portent que sur les personnes « couvertes » par le dispositif. Par souci de rigueur, l'analyse ci-après portera donc sur les UDVI accueillis en « première ligne ». En fait, comme on l'a déjà indiqué, l'utilisation de la voie intraveineuse reste une cause majeure de la contamination. De plus, elle représente les trois quarts des personnes fréquentant le dispositif « première ligne ».

Deux enquêtes^{39 40} sont examinées ici pour essayer de rendre compte de la baisse de la morbidité. On constate que parmi les UDVI interrogés fréquentant les structures de « première ligne » et connaissant leur statut sérologique, les préva-

39. Faute de données pour les autres pathologies, notamment l'hépatite B.

lences déclarées pour le VIH et pour le VHC sont en baisse. Cependant, ces chiffres sont à interpréter avec beaucoup de précaution. D'abord, parce qu'il s'agit d'enquêtes déclaratives mais aussi parce qu'elles sont différentes du point de vue méthodologique. Si les personnes interrogées dans le cadre de deux enquêtes (1998 et 2001) sont bien des usagers de structures de « première ligne », les méthodes de recrutement ne sont pas similaires ; en outre, les taux de réponse propres à chaque enquête induisent des biais supplémentaires dans les réponses fournies.

Tableau 22 - Prévalence déclarée du VIH et du VHC chez des UDVI vus dans les structures de « première ligne »

	1998*	2001**	Évolution
VIH	19,2 %	17 %	- 2,2
VHC	58,4 %	49 %	- 9,4

* Source : Enquête PES 1998, InVS/INSERM

** Source : Enquête transversale TREND 2001, OFDT

Ces données tendent à montrer que la prévalence des infections à VIH et à l'hépatite C a baissé entre 1998 et 2001. On ne connaît pas cependant le pourcentage d'usagers interrogés dont le statut sérologique est inconnu. Il se peut donc que les prévalences présentées ci-dessus soient sous-estimées. C'est l'hypothèse la plus probable pour le VHC.

La baisse observée dans les enquêtes « première ligne » semble prolonger une tendance constatée dans les enquêtes antérieures pour le VIH, en revanche, la baisse pour le VHC traduit une inversion de la tendance.

Au regard de la faible qualité des indicateurs disponibles, il faut conclure que l'on n'est pas en mesure d'évaluer de manière rigoureuse les effets de la politique de RRD du fait des limites méthodologiques importantes qui pèsent sur les indicateurs utilisés.

Ces indicateurs renseignent sur un niveau d'exposition au VIH et VHC remontant à plusieurs années et sur les contaminations récentes. Il est donc difficile de conclure sur les effets de la politique publique mise en œuvre récemment. Pour mieux apprécier l'impact de l'action publique, il serait souhaitable de disposer de données d'incidences du VIH et VHC (nouvelles contaminations) chez les usagers de drogues.

Par ailleurs, comme toutes les données déclaratives, celles-ci peuvent s'avérer inexactes : des confrontations entre les déclarations des usagers et les résultats des tests biologiques ont montré une assez bonne concordance pour le VIH et un fort niveau de sous-estimation des contaminations pour le VHC.

Réduction de la mortalité chez les usagers de drogues

On ne dispose pas de chiffres spécifiques sur la mortalité des usagers de structures de « première ligne ». On ne peut ainsi qu'examiner les informations recueillies sur les décès par surdose par les services de police⁴³. Elles font apparaître une baisse très importante des surdoses liées à l'héroïne dans les années qui précèdent le plan (de 505 en 1994 à 92 en 1998), puis ralentie jusqu'en 2001 (baisse de 33 % entre 1998 et 2001). De surcroît, faute d'études de cohorte, il n'est pas possible d'établir avec certitude le lien entre cette amélioration et le développement de la politique de substitution et celle de la RRD. Parmi les effets défavorables non attendus de l'accessibilité à la buprénorphine haut dosage (BHD) et à la méthadone, il apparaît que dans presque deux décès par surdose sur dix (tous produits confondus 17 décès en 1998 et 14 en 2001), on observe la présence de méthadone ou de BHD bien que ces produits ne soient que très rarement retrouvés seuls.

i Circulaire n° 97-366 de la DGS/SP3 relative à la veille d'une présence sanitaire et la prévention dans les événements festifs technos.

ii Circulaire n° 97-366 de la DGS/SP3 relative à la veille d'une présence sanitaire et la prévention dans les événements festifs technos.

iii Circulaire du Premier ministre n° 4692/SG du 13 septembre 1999 relative à la lutte contre la drogue et à la prévention des dépendances, JO du 17 septembre 1999, BO de la santé n° 99-37 du 2 octobre 1999.

iv Circulaire DHOS-DGS n° 2002-57 du 30 janvier 2002 relative à la prescription de la méthadone par les médecins exerçant en établissement de santé, dans le cadre de l'initialisation d'un traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants majeurs aux opiacés.

v Arrêté du 20 septembre 1999 relatif au fractionnement de la délivrance de certains médicaments à base de buprénorphine haut dosage (NOR : MESP9922898A).

RÉSUMÉ DU CHAPITRE 4

En accordant une place importante à l'objectif de « réduction des risques et des dommages (RRD) chez les usagers de drogues » le plan triennal s'est inscrit dans la continuité de la politique de lutte contre le sida mise en place depuis la fin des années 1980.

En parallèle, il a innové en élargissant la RRD aux usages nocifs. Pour cela, le plan prévoyait de renforcer le soutien au réseau associatif. Les crédits de la MILDT (qui ont représenté sur la période 1999-2001 en moyenne 224 000 par an) ont servi à financer des actions d'appui méthodologique et de formation des intervenants. La DGS, avec un soutien annuel de 457 000 a privilégié des interventions de terrain (accueil, information et écoute, présence sanitaire sur les lieux festifs, distribution d'eau, etc.). Ces efforts financiers ont été conséquents. Ils ne représentent néanmoins que 12 ETP, ce qui correspond en moyenne à trois emplois par association. Le plan triennal prévoyait également de développer la démarche de la RRD dans le cadre des programmes départementaux de prévention de dépendances (PDP). À cet égard, près de la moitié de chefs de projet « drogues et dépendances » (CPDD) déclarent avoir intégré cette problématique dans leurs programmes départementaux (56 % en milieu culturel, 43 % en milieu sportif et 41 % en milieu festif). Cependant, souvent les programmes examinés ne comportent pas d'objectifs opérationnels ou de modalités de mise en œuvre des actions de prévention.

Afin d'offrir des réponses adaptées aux usagers actifs dépendants, le plan a souhaité développer le dispositif de « première ligne ». Les questions relatives à la qualité de services fournis étant mal documentées, l'évaluation n'a pas pu y répondre. En ce qui concerne la montée en puissance du dispositif, la création de structures a davantage concerné les distributeurs automatiques délivrant des trousse de prévention et les programmes d'échange de seringues (PES).

Par ailleurs, pour contribuer à mieux faire accepter par les riverains les structures dédiées à la RRD implantées dans certains quartiers dans le cadre du développement des programmes de médiation sociale, le plan prévoyait la création d'équipes mobiles de proximité visant un double objectif. D'une part, une amélioration de la prise en charge de leurs usagers actifs et marginalisés à travers leur fonction d'orientation et de médiation en direction des structures de prise en charge sanitaire et sociale. D'autre part, une amélioration de l'acceptabilité par les riverains, par un travail d'information et d'échanges, née de la prise de conscience des autorités et des associations de l'importance de la médiation sociale pour sensibiliser les habitants et les élus locaux du bien-

fondé des stratégies de RRD. La première réalisation a été lancée dans le 18^e arrondissement de Paris en octobre 1999 pour une période expérimentale d'une année. Conçu dans l'urgence sur des bases mal maîtrisées, l'organisation du dispositif a souffert d'une absence de *leadership*, de conflits dus à l'enchevêtrement des niveaux de décision et de l'imprécision des objectifs assignés.

Un autre grand objectif annoncé dans le plan triennal concerne la politique de substitution auprès des personnes dépendantes aux opiacés.

Le plan triennal visait à améliorer l'accès à la substitution en augmentant le recours à la méthadone (un usager sous traitement à la méthadone pour près de huit sous traitement à la buprénorphine haut dosage – BHD – en 1999). Malgré une croissance plus rapide des ventes de méthadone que des ventes de BHD (43 % contre 30 %) les disparités entre les deux traitements persistent, le nombre estimé de personnes sous traitement de substitution en 2001 étant de 10 000 pour la méthadone et de 74 000 pour la BHD.

Par ailleurs, le plan prévoyait d'étendre la possibilité de primo-prescription de méthadone aux médecins dans les établissements de santé. Pour ce faire, les autorités sanitaires ont adopté la circulaire du 30 janvier 2002 qui vise à faciliter l'accès à la substitution particulièrement aux populations à risque accueillies à l'hôpital ou en milieu carcéral (femmes enceintes, personnes atteintes d'une maladie infectieuse...).

Pour répondre à la diversité de situations rencontrées par les usagers de drogues, le plan triennal souhaitait impulser la mise en place d'essais cliniques dans l'objectif d'élargir la palette des médicaments utilisables pour la substitution. Concernant le programme de distribution d'héroïne médicalisée, un groupe de travail réunissant la DGS, l'AFSSAPS, la MILDT et l'OFDT a été mis en place en 2001.

Un des objectifs du plan triennal en matière de la substitution était de réduire les détournements d'usage de Subutex® : injection, trafic, recherche de prescripteurs multiples, association à d'autres produits ou médicaments. Malgré la restriction dans le fractionnement annoncé par l'arrêté du 20 septembre 1999, plusieurs sources rapportent que les mésusages du Subutex®, persistent. Face à la nécessité de revoir le cadre d'utilisation du Subutex®, les autorités sanitaires (DGS, AFSSAPS) ont mené une réflexion en interne relative aux traitements de substitution. Un projet de circulaire est en préparation par la DGS.

L'évaluation s'est intéressée également à l'impact de la politique de RRD et de la substitution. Cela suppose d'évaluer la contribution de ces politiques à la réduction des pratiques à risques, à la diminution de la transmission de maladies infectieuses et à l'amélioration de l'accès aux soins pour les usagers de drogues infectés. Les difficultés méthodologiques sont multiples. On peut au moins examiner l'évolution, sur la période triennale, des indicateurs médico-

sociaux de réduction de risques (nombre d'injecteurs, nombre de seringues vendues, partage et réutilisation du matériel d'injection) et de dommages (prévalences déclarées).

D'une manière générale, les sources dont on dispose font apparaître une stabilisation voire une faible augmentation des comportements à risques liés au partage des seringues. Cependant, le renforcement du dispositif a probablement permis de capter dans le même temps une population d'usagers de drogues injecteurs (UDVI) plus marginalisée, donc plus exposée à ces comportements. Dans la mesure où ce phénomène n'est pas pris en compte par les données institutionnelles recueillies, on ne peut déduire que la politique de RRD a été sans effets positifs sur les comportements à risques parmi la population réelle des UDVI.

On constate que parmi les UDVI interrogés fréquentant les structures de « première ligne » et connaissant leur statut sérologique, les prévalences déclarées pour le Sida (VIH) et pour le virus de l'hépatite C (VHC) sont en baisse. Cependant, ces chiffres sont à interpréter avec beaucoup de précaution, d'abord parce qu'il s'agit d'enquêtes déclaratives mais aussi parce qu'elles sont différentes du point de vue méthodologique. Si les personnes interrogées dans le cadre de deux enquêtes (1998 et 2001) sont bien des usagers des structures de « première ligne », les méthodes de recrutement ne sont pas similaires ; en outre, les taux de réponse propres à chaque enquête introduisent des biais supplémentaires dans les réponses fournies.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS DU CHAPITRE 4

Degré de cohérence

Réduire la probabilité de survenue des conséquences liées à l'usage de drogues, et/ou des dommages constatés chez les usagers sans attendre un hypothétique abandon des pratiques addictives, représente l'objectif de la réduction des risques et des dommages (RRD) initié au cours des années 1990 et repris par le plan triennal. Cet objectif se traduit par des programmes spécifiques selon les deux publics visés : les usagers consommant des produits psychoactifs lors de rassemblements festifs et les usagers actifs (ou problématiques) les plus marginalisés.

En direction du premier type d'usagers, les sous-objectifs qui fondent la RRD sont : le développement des actions de première urgence, de prévention et d'information des jeunes usagers sur les lieux festifs et en milieu associatif sportif ou culturel ; un renforcement des actions préventives destinées à dissuader les jeunes de prendre le volant après avoir consommé de l'alcool ou des drogues illicites. Cela en soutenant le réseau associatif national et en s'appuyant sur les programmes départementaux de prévention (PDP). En direction des usagers actifs marginalisés, les objectifs de la RRD sont d'une part de développer la substitution en corrigeant le déséquilibre entre méthadone et Subutex® et en élargissant la palette de médicaments, d'autre part de développer les structures de proximité tout en expérimentant de nouveaux dispositifs de médiation sociale.

Globalement, le développement effectif de la réduction des risques et des dommages (RRD) en direction de ces deux types de publics apparaît en cohérence avec les objectifs énoncés dans le plan triennal. La mise en œuvre de la RRD en direction des usagers en milieu festif est essentiellement réalisée par les associations dont le lien avec les pouvoirs publics s'effectue par le financement. Concernant les deux publics visés, la mise en œuvre de la RRD reste largement illisible au niveau des actions de terrain du fait d'un retour d'information trop hétérogène et mal maîtrisé. Il est donc impossible d'objectiver les impacts de ce financement ni même de l'ensemble des actions visant à réduire les risques et les dommages, en milieu festif ou ailleurs.

Dans leur ensemble, les programmes de RRD souffrent d'une faible visibilité dans la traduction opérationnelle des objectifs de la RRD, surtout en milieu festif, mais aussi dans les structures de proximité. Qui fait quoi, sur quel public et dans quelle perspective reste difficilement visible, tant en direction des usagers en milieu festif que vis-à-vis des usagers actifs marginalisés.

Niveau d'engagement et de réalisation des objectifs

Le niveau d'engagement est pour l'essentiel lisible sur un plan quantitatif global (autour de 30 % de présence des associations en milieu festif) et au niveau de son financement, mais on ne connaît pas les réalisations effectives de ces interventions ni leurs effets, pas plus qu'il n'est possible d'en prédir l'évolution. Concernant la RRD des usagers actifs marginalisés, le niveau d'engagement reste également limité au financement et à la création de structures ou encore à quelques expérimentations innovantes (18^e arrondissement de Paris). Sur le plan quantitatif, on note que les objectifs fixés en termes de création de structures ont été largement atteints en ce qui concerne les programmes d'échange de seringues (PES), mais sont en deçà des objectifs annoncés pour les « *sleep-in* » et nettement moindres concernant les équipes de proximité. Surtout, en l'absence d'une connaissance des besoins ou des objectifs visés par le fonctionnement de ces structures, le bilan quantitatif reste inutilisable pour l'avenir.

Malgré le niveau de généralité des informations disponibles sur la nature des actions de prévention menées dans l'ensemble des espaces de vie des jeunes et sur le public visé, la contribution des programmes départementaux de prévention (PDP) semble faible. Il faut s'interroger sur les raisons qui expliquent le caractère peu opérationnel des PDP qui ont pour mission de définir de manière concrète la stratégie à mettre en œuvre pour développer la prévention au niveau local.

Sur le front de la substitution, les progrès quantitatifs de la distribution contrôlée de méthadone haut dosage sont insuffisants pour avancer vers un équilibrage du rapport entre substitution par méthadone et celle par buprénorphine haut dosage (BHD). De même, les circulaires visant à réduire les détournements du Subutex® semblent sans réels effets sur des pratiques organisées sur la base d'une offre jusqu'ici mal maîtrisée. On peut s'interroger sur la pertinence de ces outils réglementaires et sur la capacité à induire des comportements conformes aux objectifs de maîtrise chez des acteurs professionnels autonomes.

La médiation sociale, censée être une condition du développement de structures de proximité visant la RRD des usagers actifs marginalisés, n'a pas connu un niveau d'engagement qui soit à la hauteur des enjeux présents et à venir.

Problèmes rencontrés

Encore plus qu'ailleurs, l'imprécision des objectifs visés aux différents niveaux représente un problème permanent qui pèse tant sur l'efficacité des actions que sur la possibilité de les évaluer. Il en découle que certains dispositifs innovants n'ont pas donné lieu à une définition précise de leurs missions, comme c'est le cas des équipes de proximité.

La contractualisation avec les associations œuvrant à la RRD, qui est le modèle quasi exclusif structurant les interventions sur le terrain, se limite trop souvent à un financement sans retour d'information exploitable pour l'améliorer.

L'objectif de développement quantitatif de la substitution, qui ne s'est pas doublé d'un référentiel sur sa qualité, aboutit à faire oublier que ce type de programme n'est pas un objectif en soi, mais un moyen qui devrait être au service d'objectifs supérieurs : (ré) insertion sociale et amélioration de l'état sanitaire des usagers. Or, non seulement il n'est pas possible d'en juger, mais l'absence d'indicateurs spécifiques témoigne de la faible traduction de cette préoccupation. Cela se double par une absence d'évaluation des programmes de substitution, tant en termes d'effets attendus que d'effets pervers (détournements).

Concernant l'objectif de médiation sociale, l'échec constaté dans l'expérimentation du 18^e arrondissement de Paris, s'il n'en remet pas en cause le principe, interroge la pertinence du choix d'attribuer aux mêmes acteurs de proximité deux objectifs de nature très différente, la médiation sociale et l'amélioration de la prise en charge d'usagers marginalisés.

Recommendations stratégiques

Les récents changements du cadre légal réglementant les rassemblements festifs de jeunes (raves, concerts techno) modifient substantiellement les conditions existantes jusque-là, incitent à envisager des modifications de la stratégie de la RRD dans ce milieu. Selon que la tendance sera marquée par une diminution significative du nombre d'événements festifs et/ou par un déplacement géographique et vers la clandestinité, en découleront certains changements tant institutionnels que pratiques. Une réflexion appuyée sur une connaissance quantitative et qualitative de ces rassemblements est donc nécessaire.

En matière de RRD, fixer des objectifs accessibles et concrets pour le moyen terme en relation cohérente avec les objectifs à long terme devrait devenir le référentiel contractuel entre les pouvoirs publics et les associations :

- Développer la médiation sociale en milieu urbain sur la base de critères pertinents et affichés qui justifient la nécessité de structures de proximité de RRD.
- Mettre en place des programmes spécifiques dédiés à l'amélioration de l'acceptabilité par les riverains des structures de RRD à travers des échanges réguliers et la prise en compte de leurs perceptions et des problèmes soulevés par cette cohabitation. Ces programmes devraient être mis en œuvre par des acteurs spécifiques et compétents.

Recommendations méthodologiques

- Systématiser l'application du principe d'un tandem « projet de programme/projet de système d'information ». Chaque programme serait ainsi attaché à un dispositif rendant compte de sa concrétisation et de certains de ses effets, mais tous les intervenants (publics ou privés) sur un même programme relèveraient de ce dispositif.

- Le développement de la substitution gagnerait à être accompagné d'un système d'information permanent permettant le suivi et la traçabilité des usagers de drogues sous substitution.

- Explorer les conditions d'expérimentation de formes de légalisation contrôlée de certains produits psychoactifs illicites.

5 - ACCUEILLIR, ORIENTER, SOIGNER, INSÉRER

INTRODUCTION

En matière de politique sociosanitaire à l'égard des usagers de drogues, le plan triennal proposait une approche fondée davantage sur les comportements d'usage et sur la dangerosité des produits que sur leur caractère licite ou illicite, aussi bien dans le domaine des soins que de la prévention. En outre, le plan triennal s'attachait à mettre en œuvre une politique globale de prise en charge par un repérage précoce des consommations abusives à un ou plusieurs produits (« polyconsommations ») et surtout avant que les consommateurs ne deviennent dépendants (prévention des dépendances).

Les « constats¹ » à l'origine des orientations gouvernementales étaient multiples :

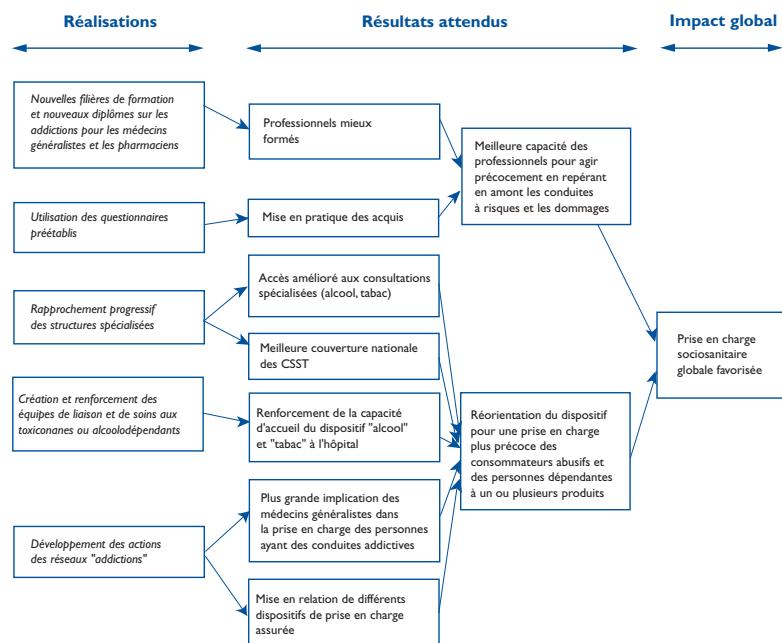
- la précocité des consommations juvéniles et l'étendue des « polyconsommations » (fréquence croissante des consommations abusives associant produits licites et illicites) ;
- le repérage trop tardif des consommations abusives et le retard dans l'accès aux soins ;
- l'insuffisance de la prise en charge des personnes en difficultés avec l'alcool et des consommateurs de tabac au regard de l'importance des populations concernées ;
- le manque de diversification du dispositif spécialisé (CSST) relativement développé, mais orienté essentiellement vers les personnes dépendantes aux opiacés ;
- une attitude relativement fermée des dispositifs de droit commun (médecine de ville, hôpital) à l'égard des usagers de drogues.

Au regard de ces constats, le plan triennal se fixait deux objectifs majeurs. D'une part, il s'agissait d'améliorer la capacité des professionnels à repérer précocelement les conduites à risques et les dommages et de favoriser l'accès précoce à une prise en charge sociosanitaire adaptée à la personne repérée (accueil, soin,

1. D'après la lettre de mission de la présidente de la MILD'T au groupe de travail RASCAS chargé de mener la réflexion sur les aspects communs et spécifiques aux usages des différentes substances psychoactives. Cette réflexion avait pour but d'organiser les complémentarités et les transferts de savoir-faire, sans supprimer les spécificités, dans le cadre de la préparation des orientations sur le rapprochement des structures et des compétences.

accompagnement), notamment en faisant évoluer le dispositif actuel (rapprochement de compétences et de structures). D'autre part, le plan triennal visait à développer le dispositif « alcool » « tabac » afin de répondre aux besoins importants de la population concernée.

Le présent chapitre s'attache à déterminer si les actions prévues pour atteindre ces objectifs ont effectivement été mises en œuvre avant de rendre compte, dans la mesure du possible, de leur contribution aux objectifs escomptés. Le schéma ci-après fait apparaître ces différentes étapes.



Une dernière remarque porte sur la disponibilité des données synthétiques et sur leur portée : les informations ne sont centralisées que lorsque les administrations nationales ont la tutelle directe des actions financées. La déconcentration du budget liée au transfert des compétences et la plus grande autonomie des administrations locales rendent plus difficile le travail de l'évaluateur. De plus, la dispersion locale des informations n'est pas la seule entrave au recueil complet de don-

nées. Malgré l'existence d'une certaine harmonisation du système de suivi central (par exemple, les rapports d'activité « type » des structures financées sur des crédits d'État), le questionnement porte rarement sur la qualité de la prise en charge. Compte tenu de ces contraintes, ce travail n'a pas pour ambition d'évaluer l'impact de la politique sanitaire et sociale relative aux drogues mais il présente un recueil rigoureux et exhaustif des informations existantes – issues principalement du système de suivi mais aussi des études et des évaluations disponibles – enrichi par des entretiens ciblés auprès des principaux gestionnaires.

Néanmoins, à défaut d'une évaluation globale sur l'ensemble des aspects de la politique sanitaire et sociale, ses réalisations et ses effets, il a été possible d'approfondir certaines questions dans le cadre d'investigations spécifiques. Cela a été le cas de l'évaluation relative aux initiatives de rapprochement entre structures spécialisées pour une prise en charge globale, dont les premiers résultats sont également présentés dans le présent chapitre.

Nous exposerons successivement les moyens déployés et les initiatives en faveur de :

- la formation initiale et continue des médecins dans le domaine de l'addictologie ;
- la mise en pratique des acquis des professionnels de santé ;
- la réorganisation du dispositif de prise en charge à travers les structures spécialisées (CSST et CCAA), l'hôpital et la médecine de ville, et à travers la création et le renforcement de réseaux.

5.1. MEILLEURE CAPACITÉ DES PROFESSIONNELS POUR AGIR PRÉCOCEMENT EN REPÉRANT EN AMONT LES CONDUITES À RISQUES ET LES DOMMAGES (TOUS PRODUITS ET TOUS COMPORTEMENTS DE CONSOMMATION)

Constats posés par le plan triennal

Le plan triennal mettait en évidence le rôle important que les professionnels de santé, notamment les médecins de ville, mais aussi les services de médecine scolaire, universitaire ou du travail, avaient à jouer en termes de prévention et d'orientation, surtout auprès des jeunes dont l'usage du tabac, de l'alcool ou des drogues illicites pouvait avoir des conséquences préoccupantes. En outre, les experts estimaient que seulement la moitié des personnes en difficulté avec l'alcool étaient identifiées par les médecins auxquels elles s'adressaient. Il ressortait du plan triennal que les professionnels de santé étaient mieux préparés à prendre en charge les complications et les pathologies associées aux consommations excessives, qu'à les prévenir en traitant les pratiques addictives elles-mêmes.

Par ailleurs, la formation restait peu développée, tant dans le domaine des drogues illicites qu'en matière de tabacologie et d'alcoologie. La formation relative aux traitements de substitution ou des médicaments psychotropes existait, même si elle était insuffisante et principalement assurée par les laboratoires pharmaceutiques.

Ce constat n'était pas nouveau. En effet, la mise en place des actions de formation initiale et continue des médecins avait fait l'objet au fil de plans successifs de lutte contre la drogue, de diverses recommandations qui n'avaient pas toutes été suivies d'effets.

Réponses apportées par le plan triennal

Dans ce cadre, le plan triennal s'est attaché à :

- créer le premier diplôme d'études spécialisées complémentaires en addictologie (DESC) consacrant la reconnaissance universitaire de cette spécialité ;
- développer la formation d'une manière globale, en particulier en encourageant 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...) ;
- favoriser les pratiques en réseaux ;
- élaborer et diffuser des protocoles de prise en charge.

Évaluation du degré de réalisation de cet objectif

Seront successivement décrites les initiatives en matière de formation initiale et continue, puis les actions visant à mettre en pratique les acquis des professionnels par la diffusion des connaissances diagnostiques et thérapeutiques établies et des questionnaires de repérage préétablis.

Formation

Il est difficile de dire si le plan triennal a contribué ou non à améliorer la formation des professionnels dans le champ des addictions aux substances psychoactives. On sait par exemple qu'en 1998, 45 % de médecins généralistes interviewés²⁰ s'estimaient non formés aux questions soulevées par la toxicomanie. La même enquête réalisée en 2001 fait apparaître une évolution à la baisse de dix points (significative). En 2001, seul un médecin sur trois ne se considère pas formé à la prise en charge des toxicomanies. En dehors de ces données, aucune information concernant le niveau de compétences dans ce domaine des autres professionnels sociosanitaires (pharmacien, travailleurs sociaux, psychiatres...) n'est disponible.

Malgré le manque de données concernant l'amélioration de l'état des connaissances des autres professionnels, il n'est pas inutile de s'interroger sur les efforts accomplis en la matière depuis 1999. Il faut donc examiner le rôle que les pou-

voirs publics ont pu jouer dans le renforcement des compétences des intervenants, soit au niveau de la formation initiale en améliorant leur contribution au développement de nouvelles filières de formation sur les addictions, soit en facilitant d'une manière générale l'accès à la formation continue.

Tableau 23 – Formation en toxicomanie des médecins généralistes

S'estiment formés au problème de la toxicomanie	Échantillon				P	
	1998		2001			
	N = 124	N = 136	%	(N)		
Oui	22	(27)	29	(39)	92/95 <0,001	
Pas suffisamment	33	(41)	36	(49)	95/98 <0,001	
Non	45	(56)	35	(48)	98/01 NS	

Source : Cemka-Eval, OFDT

Formation initiale des médecins

Le plan triennal prévoyait la création d'une spécialité universitaire en médecine des addictions, inexistante auparavant. Il s'agissait alors de créer le premier diplôme spécialisé dans ce champ. Le diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) d'addictologie a effectivement vu le jour à la rentrée universitaire 2000-2001. Dispensé à Paris, cet enseignement est notamment destiné aux internes en cours de préparation du diplôme d'études spécialisés (DES) et aux spécialistes titulaires des DES d'hépato-gastro-entérologie, de médecine interne et de médecine du travail, de neurologie, de pneumologie, de psychiatrie et de santé publique. Si le DESC d'addictologie s'adresse à une palette aussi large de médecins, c'est en raison du rôle, clairement affirmé dans le plan triennal, que les services de médecine scolaire, universitaire ou du travail, les services d'urgences, les services somatiques et la psychiatrie auront à jouer en matière de prévention, de repérage et d'orientation vers le soin et l'accompagnement social. Le contenu des différents modules est fidèle à l'esprit du plan triennal, l'objectif étant de sensibiliser les professionnels à la problématique générale des addictions, de former les praticiens à la clinique des dépendances et, enfin, de leur indiquer la meilleure conduite à tenir pour prendre en compte les comportements, sous leurs différents aspects, psychologiques, sociaux ou neurologiques. Le diplôme propose également des tra-

vaux dirigés, à partir de l'expérience des structures de prise en charge, sur des cas cliniques courants auxquels les praticiens pourraient être confrontés en consultation : situations d'urgence, prévention des dépendances (repérage de l'usage nocif), substitution, accompagnement psychologique et social et comorbidité liée aux consommations.

Formation médicale continue

À notre connaissance, il n'existe aucune étude dressant, au niveau national, un état des lieux rigoureux sur les initiatives de formation médicale continue dans le domaine des addictions. Néanmoins, les évaluateurs ont exploré quelques pistes.

- La place concédée aux actions de formation dans les circulaires et les notes d'orientation des autorités sanitaires et interministérielles constitue un indicateur intéressant. La circulaire du 15 juin 1999ⁱ relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes toxicomanes préconise de s'appuyer davantage sur les « équipes de liaison » pour une formation spécifique des personnels hospitaliers ; formation par laquelle passe toute amélioration de la prise en charge des toxicomanies dans l'ensemble du secteur public de santé. La circulaire du 8 septembre 2000ⁱⁱ relative à l'organisation des soins hospitaliers s'appuie, elle aussi, sur les « équipes de liaison » pour conseiller et former les professionnels des services somatiques et psychiatriques ainsi que des services d'urgence sur les questions relatives aux addictions. Concernant les intervenants en milieu carcéral, la lettre interministérielle du 9 août 2001ⁱⁱⁱ, qui établit les orientations relatives à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive, met en avant la formation comme mesure d'accompagnement essentielle en soulignant « *qu'il conviendra de favoriser l'accès des personnels concernés (sanitaires ou pénitentiaires), aux formations proposées par les services déconcentrés, et tout particulièrement aux formations interministérielles que les chefs de projet "drogues et dépendances" sont invités à mettre en œuvre* ». Dans ce cadre, une journée de formation-action a été organisée par la MILDT en étroite collaboration avec les administrations concernées (DGS, DHOS, DAP) le 17 janvier 2001 pour former les intervenants à la passation d'un test de repérage des abus ou dépendances aux substances psychoactives. Au total, ont participé à ce séminaire 97 formateurs qui ont relayé ensuite la formation au niveau local dans le cadre d'une série de quinze formations régionales et interrégionales (cf. chapitre 6 qui traite la question du repérage des personnes rencontrant des problèmes d'addiction en prison).

- L'allocation de crédits pour faciliter l'accès aux formations est un autre indicateur intéressant. Malheureusement, le transfert de compétences et la déconcentration des fonds publics ne permettent pas d'identifier localement les montants effectivement consacrés à ces mesures, qu'il s'agisse de crédits déconcentrés de l'État ou des financements des régimes obligatoires de base d'assurance-maladie.

La déconcentration conduit les autorités régionales et/ou départementales à attribuer directement le budget global alloué pour mieux tenir compte des besoins locaux. Seule une enquête *ad hoc* permettrait de dire si les besoins de formation sont mieux pris en compte ou non. En outre, il ne faut pas négliger les autres financements mobilisés au niveau local dans le cadre des subventions des collectivités territoriales ou de l'assurance maladie.

On doit enfin mentionner pour mémoire les formations organisées à l'initiative des mutuelles de santé, des sociétés savantes, des groupes professionnels médicaux et paramédicaux ou de l'industrie pharmaceutique². En guise d'illustration, suite à la modification de l'Autorisation de mise sur le marché (AMM) de la méthadone et à l'adoption de la circulaire d'accompagnement de la DGS/DHOS relative à l'élargissement aux médecins hospitaliers de la primo-prescription de méthadone^{iv}, un programme de formation destiné aux médecins généralistes et aux pharmaciens d'officine impliqués dans le relais des primo-prescriptions a été mis au point³.

- La formation au sein des réseaux (cf. « réseaux » *infra*) est un autre vecteur de la formation des professionnels. D'après l'ouvrage de P. Larcher et P. Poloméni (Larcher et Poloméni, 2001), l'organisation de modules d'information ou de formation est une pratique courante dans la vie quotidienne des réseaux et assure l'essentiel de la mise à niveau des savoirs. L'enquête 2001 de Cemka-Eval commandée par l'OFDT auprès des médecins généralistes^v l'illustre bien : 9 sur 10 des médecins de réseaux ont suivi une formation sur la prise en charge de la toxicomanie contre 4 sur 10 pour les médecins hors réseau. Au total, 72 % des médecins enquêtés ont le sentiment d'être mieux formés que leurs confrères hors réseau (18 %). Les modalités des formations organisées par les réseaux sont essentiellement de deux types : il peut s'agir de journées centrées sur une pathologie, un thème sanitaire ou social, d'un compte-rendu à l'issue d'un congrès national ou tout simplement de rencontres consacrées à la vie du réseau ou à l'évaluation. Il peut aussi s'agir de rencontres mensuelles entre les partenaires pour travailler sur des dossiers, une pathologie, une recherche ou une revue documentaire... Aujourd'hui, aucun système de validation officielle des heures de formation effectuées par les professionnels de réseaux n'a été adopté, bien que le principe (sous forme de points) en semble acquis (Larcher et Poloméni, 2001).

2. Par exemple, le laboratoire Schering-Plough a mis au point avec l'Unaformec des programmes de formation sur la prise en charge des patients toxicomanes. Ceux-ci visent à renforcer les liens entre médecins généralistes, psychiatres et pharmaciens d'une part, et le patient d'autre part. Plusieurs thèmes sont abordés : mise en place d'un traitement de substitution, co-prescription de benzodiazépines, troubles du sommeil, prise en charge de comorbidités psychiatriques...

3. Programme sur la méthadone destiné aux médecins et aux pharmaciens impliqués dans une pratique de relais après primo-prescriptions en service spécialisé mis au point par les laboratoires « Bouchara Recordati ».

- Les séminaires de formation continue « officielle », sachant que le système agréé pour la médecine libérale est actuellement bloqué, n'ont pu être inventoriés pour la période concernée.

- Les initiatives organisées sur des thèmes précis, par exemple sur le tabac, s'ajoutent à cette liste. Il existe un programme⁴ national de formation pour la prise en charge du sevrage tabagique, Nicomède, qui a concerné à ce jour près de 3 000 professionnels entre 1999 et 2000. Son évaluation⁵ pour l'année 2001 a été confiée à la Ligue nationale de lutte contre le cancer également responsable de la diffusion de ce programme.

- Enfin, le soutien local à l'élaboration de manuels, de brochures à vocation éducative complète ce recensement. Ces initiatives⁶ se font le plus souvent en collaboration avec la DGS, la MILD'T et le CFES⁷.

Discussion

Si ces pistes ne permettent pas de se prononcer sur la réalité et l'ampleur du développement des compétences des professionnels depuis 1999, il est possible, notamment à partir des données sur des médecins généralistes, de faire deux observations.

- Les professionnels semblent adhérer aux orientations du plan triennal quant à l'importance des mesures de formation pour améliorer la qualité de la prise en charge. L'enquête OFDT/Cemka-Eval²⁰ le montre bien : comme en 1998, les médecins interrogés en 2001 mettent d'abord en avant la formation comme facteur de réussite de la prise en charge. En même temps, on observe une augmentation de la participation des médecins généralistes enquêtés aux formations. Cette dernière passe de 35 % en 1998 à 45 % en 2001.

- Bien qu'en hausse – de 21 % à 23 % entre 1998 et 2001 – le pourcentage de médecins qui se considèrent suffisamment formés après avoir suivi une formation reste faible.

Il faut aussi remarquer que la formation existante est en grande partie concentrée sur la substitution aux personnes dépendantes aux opiacés.

4. Le budget de la DGS consacré à la mise en œuvre des actions de formation a été de près de 46 000 en 1999 et d'un montant identique pour l'année 2000.

5. L'évaluation du programme Nicomède, avec un budget DGS de 30 000 , a porté sur l'impact de la formation sur les attitudes et les comportements de médecins généralistes (juin 2001).

6. Par exemple, on peut mentionner le document rédigé par le docteur Jean Carpentier « Accueillir et prendre soin d'un usager de drogues en médecine de ville » (avril 2001) dans le cadre d'une mission régionale (Île-de-France) élargie au niveau national, de formation des médecins et des pharmaciens à la prescription et à la délivrance des traitements de substitution.

7. Actuel INPES (Institut national pour la promotion et l'éducation pour la santé).

Mise en pratique des acquis

Mis à part les actions de formation auprès des médecins et des pharmaciens, le plan mettait l'accent sur la nécessité d'élaborer et de diffuser largement des protocoles de diagnostic, de soins et d'évaluation. L'équipe d'évaluation s'est donc intéressée à l'activité de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) dans les domaines couverts par le plan triennal.

Élaboration et diffusion des connaissances diagnostiques et thérapeutiques établies

Pour définir son programme de travail, l'ANAES interroge chaque année la Direction générale de la santé, la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, la Direction de la sécurité sociale et les trois Caisses d'assurance maladie. La MILD'T n'est pas officiellement consultée. Un premier arbitrage intervient alors au sein de ces institutions : sur proposition des bureaux concernés, un thème sur les addictions ne sera retenu que s'il s'inscrit dans les priorités globales des Directions générales consultées ou des Caisses d'assurance maladie. Enfin, le Conseil scientifique de l'ANAES doit donner son accord (méthode Delphi) avant que le thème ne soit définitivement adopté par le Conseil d'administration de l'Agence. Depuis 1998, l'ANAES a organisé quatre « Conférences de consensus » en la matière : sur les modalités de sevrage chez les toxicomanes dépendant des opiacés (avril 1998) ; sur l'arrêt de la consommation du tabac (octobre 1998) ; sur les modalités d'accompagnement du sujet alcoololo-dépendant après un sevrage (mars 2001) – le parrainage du ministère délégué à la Santé et de la MILD'T témoigne ici de leur soutien à l'organisation de la conférence ; sur les traitements de l'hépatite C (février 2002). Parmi les « recommandations pour la pratique clinique », il faut mentionner le rapport de janvier 2001 sur les modalités de dépistage de l'hépatite C et les populations à risques. En outre, l'ANAES a contribué à l'élaboration de protocoles d'évaluation avec son travail sur les réseaux de soins dressant un bilan de l'existant et définissant un cadre méthodologique (ANAES, 2001). Toutes les publications de l'ANAES sont disponibles en ligne et téléchargeables. Pour faciliter la diffusion des conclusions et des recommandations du jury, en particulier dans les revues spécialisées, il existe un texte de synthèse par conférence de consensus. Selon le *Baromètre santé médecins généralistes 98/99*²¹, moins d'un quart des généralistes a eu connaissance du texte issu de la dernière conférence de consensus sur le sevrage tabagique fin 1998. Parmi ces derniers, plus de la moitié a trouvé les conclusions intéressantes. Deux sur dix déclarent « ne pas s'en souvenir ou ne pas savoir ». Les médecins qui font partie d'un réseau ont eu plus souvent connaissance du texte (28 % vs 21 %).

Dans le cadre de la préparation du programme 2003 de l'ANAES, le bureau SD6B (bureau des pratiques addictives) de la DGS a proposé « la prise en charge dans les traitements de substitution aux opiacés » comme nouveau thème sur les addictions et l'organisation⁸ d'une conférence de consensus sur les modalités de prescription et de délivrance de la méthadone.

Utilisation de questionnaires préétablis (outils de repérage)

En dehors des guides méthodologiques et des recommandations des conférences de consensus diffusées par l'ANAES, le plan triennal a souhaité soutenir toute autre initiative visant à constituer un savoir-faire et à le faire connaître auprès d'un grand nombre de professionnels médicaux ou paramédicaux. Dans ce cadre, il est nécessaire d'évoquer la réflexion menée sur les outils de repérage des conduites d'abus et de dépendances aux substances psychoactives, à la demande de la MILD'T et des autorités sanitaires (DGS et DHOS) avec le concours de plusieurs experts français et étrangers. Le résultat final a été l'« entretien minigrade⁹ », élaboré à partir d'entretiens diagnostiques validés, qui permet d'explorer les troubles liés à l'usage des substances psychoactives¹⁰. L'objectif de cet entretien systématique est de différencier des modes d'usage pathologiques (abus et dépendance) qui ne relèvent pas du même type de prise en charge et d'étudier systématiquement la consommation de substances moins bien connues que les opiacés (héroïne, morphine...), en particulier les psychostimulants, dont le traitement est moins bien codifié, mais qui doivent être prises en compte pour le devenir à long terme du patient. Il faut également mentionner l'ouvrage récent du professeur Reynaud sur l'usage nocif des substances psychoactives : identification des usages à risques, outils de repérage, conduites à tenir (Reynaud, 2002).

Bien qu'il s'agisse des seules initiatives recensées par l'équipe d'évaluation, il n'est pas exclu que d'autres expériences dans ce domaine se soient développées par ailleurs. L'évaluation conduite par Cemka-Eval sur « les projets de rapprochement des structures spécialisées¹¹ » a permis d'aborder cette question auprès des professionnels interrogés. L'utilisation effective d'outils de repérage semble peu répandue. Un certain nombre de professionnels ne juge pas très utile le recours à ces grilles. Selon eux, celui-ci se ferait aux dépens du nécessaire temps

8. Document préparé pour la Commission consultative des traitements de substitution du 30/05/2002 dans le cadre de l'analyse DGS du rapport Accès à la méthadone en France de quatre experts nommés par M. Kouchner, ministre délégué à la Santé en juillet 2001.

9. Entretien « minigrade » sur l'abus et la dépendance aux substances, MILD'T-DHOS-DGS.

10. L'entretien « minigrade » a pour but d'investiguer de façon systématique l'abus et la dépendance aux substances suivantes : alcool, opiacés, cocaïne et crack, amphétamines et ecstasy, benzodiazépines et autres tranquillisants, cannabis et dérivés, aux autres substances.

de parole servant à nouer la relation de confiance patient-médecin. En effet, les personnels médicaux et paramédicaux ne seraient pas prédisposés à y avoir recours par crainte de rendre l'accueil « impersonnel » et de mettre en péril les relations de confiance entre médecin et patient. Par ailleurs, l'évaluation mentionnée n'a pas réussi à identifier d'outils de repérage dans la pratique habituelle de professionnels enquêtés. Le rapport du *Baromètre santé médecins généralistes 98/99*¹² confirme cette observation : les médecins interrogés ne sont que 6,2 % à se servir de questionnaires préétablis d'aide à la consultation sur le thème du tabac. L'utilisation de ces outils est plus fréquemment le fait des généralistes qui font peu d'actes (différence significative). Cette pratique semble davantage attirer les praticiens du nord de la France¹¹ (22,9 % vs 15,6 %), ceux de villes de 100 000 à 200 000 habitants et d'Ile-de-France (respectivement 30,6 % et 27,6 %). Concernant l'alcoolisme, le recours aux questionnaires préétablis est encore plus faible : d'après le *Baromètre 98/99*¹² seuls 4,5 % des généralistes les utilisent. Par ailleurs, l'enquête de la DREES et la DGS sur la prévalence des problèmes d'alcool parmi les personnes ayant recours au système de soins en 2000¹³ met en évidence que le risque d'alcoolisation excessive et de dépendance peut être sous-estimé par le médecin traitant qui fait son diagnostic au moment de la consultation¹² : près de 47 % patients qui sont classés à risques d'après leurs réponses au test DETA ou sur leur consommation d'alcool (questionnaire AUDIT) sont sans risque repéré par le médecin en ville. Il ressort également qu'environ 7 % des patients vus, classés à risque d'alcoolisation excessive d'après l'avis du médecin, apparaissent sans risques de par leurs réponses aux questions du test DETA ou sur leur consommation d'alcool¹³.

S'il est hasardeux de se prononcer sur la contribution du plan triennal au développement des compétences des professionnels sociosanitaires, il est encore plus difficile d'évaluer sa capacité à favoriser la mise en pratique des acquis pour mieux repérer les conduites à risques chez les usagers de drogues. Aujourd'hui, aucune étude ne permet de dire si les professionnels repèrent plus ou mieux qu'avant la mise en œuvre du plan triennal les conduites d'abus et de dépendance aux substances psychoactives.

11. Bretagne, Basse-Normandie, Pays de la Loire, Centre, Haute-Normandie, Ile-de-France, Picardie, Nord-Pas-de-Calais, Bourgogne, Champagne-Ardenne, Lorraine, Franche-Comté, Alsace.

12. Le test DETA évalue l'état de conscience qu'a le patient de sa consommation et de son excès éventuel tout au long de sa vie. L'usage déclaré dans le cadre du questionnaire AUDIT se réfère aux douze mois précédents.

13. Bien entendu, il est également possible que les réponses aux questionnaires préétablis surestiment le problème de consommation des répondants, mais cette hypothèse paraît moins probable. En tout état de cause, l'enquête fait apparaître que les diagnostics peuvent différer légèrement selon qu'ils sont établis à partir d'une source ou une autre : le test DETA (problème avec l'alcool passé ou présent), les consommations déclarées dans le cadre du questionnaire AUDIT (12 derniers mois), l'avis du médecin traitant (le moment présent).

5.2. RÉORIENTATION DU DISPOSITIF POUR UNE PRISE EN CHARGE PLUS PRÉCOCE DES CONSOMMATEURS ABUSIFS ET DES PERSONNES DÉPENDANTES À UN OU PLUSIEURS PRODUITS

Constats posés par le plan triennal

L'accès précoce aux soins n'était pas effectif pour la plupart des usagers : le système de santé était mieux préparé à prendre en charge les complications et des pathologies associées aux consommations excessives, qu'à les prévenir en traitant les pratiques addictives elles-mêmes. Par ailleurs, la prise en charge globale des patients repérés se heurtait souvent à des problèmes de coordination entre les centres spécialisés, les hôpitaux et les médecins généralistes en ville.

Les dispositifs ambulatoires ou hospitaliers, sanitaires ou sociaux, spécialisés ou non, à destination des personnes rencontrant des problèmes d'addiction ne répondent qu'à une partie des besoins :

- insuffisance du dispositif de soins pour les personnes alcoololo-dépendantes. Les conduites d'alcoolisation étaient rarement traitées de façon précoce et spécifique. Le dispositif spécialisé était insuffisant et le délai avant la première consultation trop long ;
- insatisfaisante prise en compte du tabagisme par les professionnels généralistes et faible développement des consultations spécialisées en sevrage tabagique ;
- dispositif de soins aux toxicomanes en grande partie concentré sur les soins aux personnes dépendantes des opiacés. La prise en charge de jeunes présentant un usage nocif lié à une ou plusieurs substances (alcool, tabac, cannabis...) se limitaient souvent à un accueil aux urgences de l'hôpital sans qu'une véritable prise en charge puisse être proposée.

Réponses apportées par le plan triennal

Le plan triennal soulignait la nécessité de réorganiser l'offre sociosanitaire pour favoriser l'accès aux structures de prise en charge adaptées à la situation des personnes repérées. Il s'agissait de :

- faire évoluer les consultations spécialisées qui ne s'intéressaient généralement qu'aux dépendances à un seul produit (malgré l'étendue des usages abusifs d'autres substances) ;
- faire prendre en compte par les services hospitaliers la nécessité d'une prise en charge globale du comportement addictif (insuffisance des services spécialisés, faible intervention des services de psychiatrie, rares orientations proposées aux patients après une intervention aux urgences hospitalières...) ;

- permettre aux « professionnels de ville » (médecins généralistes et pharmaciens) de repérer systématiquement l'usage nocif ou la dépendance de leurs patients dont l'usage de drogues a des conséquences pathologiques.

D'autre part, la politique sociosanitaire définie visait à renforcer le dispositif d'accueil et de soins à destination des personnes en difficulté avec l'alcool ou/et souhaitant arrêter de fumer (dispositif estimé largement insuffisant).

En outre, le plan triennal s'était fixé un certain nombre d'objectifs concernant l'insertion des usagers de drogues et des alcoololo-dépendants. Pour des raisons diverses, leur évaluation n'a pas été possible :

- lorsque les objectifs étaient non spécifiques aux problématiques liées aux comportements addictifs. Par exemple, le plan envisageait de mieux utiliser les dispositifs d'insertion existants, notamment ceux relatifs au RMI, à l'économie sociale, au logement social, aux centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), aux fonds d'aide aux jeunes, aux contrats emploi-solidarité (CES), aux contrats emploi-consolidé (CEC)... Plus précisément, le plan se fixait comme objectif d'élaborer des procédures locales pour permettre aux usagers de drogues et aux alcoololo-dépendants de bénéficier de l'ensemble de ce dispositif,

- lorsque les objectifs étaient peu opérationnalisés comme, par exemple, l'élargissement de l'approche psychologique et médicale à l'approche sociale dans la prise en charge sociosanitaire dispensée au sein du dispositif d'accueil et des soins.

Évaluation du degré de réalisation de cet objectif

Seront d'abord décrites les évolutions récentes au regard des objectifs définis dans le plan triennal au sein du dispositif spécialisé. En l'absence de données, il n'a pas été possible d'évaluer la qualité de la prise en charge au sein des consultations spécialisées, toutefois, la question du renforcement de la capacité du dispositif a pu être abordée. Par ailleurs, il convient de signaler que la question centrale du repérage et de la prise en charge précoce des consommations abusives à un ou plusieurs produits a pu être examinée sur la base de premiers résultats obtenus dans le cadre de l'évaluation sur le rapprochement entre les centres spécialisés en toxicomanie et en alcool.

Par la suite, le chapitre aborde la question de la création et du renforcement des équipes de liaison hospitalières d'une part, et des consultations hospitalières spécialisées en sevrage tabagique, d'autre part. L'évaluation n'a pu cependant apporter d'estimation concernant le travail de liaison des équipes mises en place ou le nombre différentiel de prises en charge favorisées. Après le dispositif hospitalier, sont successivement traités l'implication des médecins de ville dans la prise en charge des personnes ayant des comportements addictifs et les réseaux créés en vue d'améliorer la mise en relation des différents dispositifs de prise en charge.

Le dispositif spécialisé

Pour l'alcool et le tabac, il s'agissait d'améliorer ce dispositif de prise en charge en le renforçant, tant sur le plan de sa répartition territoriale que sur le plan des moyens accordés aux structures. Depuis 1999, les centres de soins en alcoologie ont été invités à développer leurs compétences pour prendre en charge de manière globale les comportements addictifs des patients, dont leur dépendance au tabac. L'objectif était donc d'élargir les consultations spécialisées en tabacologie dans le cadre du programme global de développement des structures d'accueil et de soins en alcoologie.

Pour la toxicomanie, le dispositif étant relativement développé, le but était d'assurer une meilleure couverture nationale.

Pour renforcer le dispositif spécialisé, le plan triennal s'était donné pour objectif de :

- créer une vingtaine de structures spécialisées en alcoologie en 2000, trente en 2001 et renforcer dix structures par an entre 2000 et 2001, en développant les consultations spécialisées en alcoologie et en tabacologie ;
- doter chaque département d'au moins une structure spécialisée (alcool, toxicomanie) ;
- rapprocher progressivement les structures spécialisées traitant des dépendances.

Création et renforcement des structures spécialisées en alcoologie

En 1998, on dénombre 210 structures spécialisées (soins, social, prévention) en alcoologie²². D'après les chiffres fournis par la DGS, sur la période triennale le nombre de structures n'a cessé d'augmenter, en passant à 220 en 1999 et à 277 en 2000. Cette augmentation résulte des efforts financiers des autorités sanitaires, consacrés non seulement au développement des consultations spécialisées en alcoologie, mais aussi d'aide à l'arrêt du tabagisme, en priorité pour les populations les plus précarisées, entre 1999 et 2002. Néanmoins, on ne dispose que d'informations peu fiables sur le nombre de structures qui ont ouvert effectivement des consultations spécialisées d'aide au sevrage tabagique. Les rapports-types des CCAA sur l'activité des structures en 2000 font apparaître que 28 % des CCAA (39 structures parmi les 140 qui proposent des soins médicaux) auraient réalisé des actes au cours desquels le patient est pris en charge également pour sa dépendance au tabac. Cela ne représente cependant que 1 % des actes médicaux, ce qui signifie que les prises en charge des personnes rencontrant des problèmes avec le tabac restent peu importantes. Il est probable que cette donnée soit sous-estimée compte tenu des faibles niveaux de réponse pour une information récemment intégrée au questionnaire.

D'après la DGS-SD6B centralisant les données de suivi du dispositif spécialisé, les mesures financières nouvelles ont permis effectivement d'atteindre les objectifs quantitatifs du plan triennal : au titre de 1999, elles ont servi à créer environ 27 CCAA et à renforcer une cinquantaine ; sur l'exercice budgétaire en 2000, les crédits supplémentaires auraient permis de mettre en place 31 structures et d'en renforcer 138.

Tableau 24 - Crédits attribués aux centres spécialisés alcool

En millions d'euros	En 1999	En 2000	En 2001	En 2002
CCAA (alcool et tabac)	18,5	22,6	34,1	36,6

Source : DGS-SD6B

Répartition géographique des centres spécialisés

Le plan triennal mettait en évidence les disparités géographiques existantes entre les départements : en 1998, la couverture nationale des centres spécialisés n'était pas assurée. Certains départements ayant des besoins avérés n'en sont pas pourvus. Ce constat vaut également pour les centres de cure ambulatoire en alcoologie.

D'après les informations disponibles, il existait au moins un CCAA par département en 2000, même si dans quelques départements il s'agit de structures qui ne sont ouvertes que quelques heures par semaines.

En ce qui concerne les CSST, on recensait 8 départements dépourvus de structures en 2001 contre 11 en 1998. L'effort de la DGS a prioritairement porté sur l'ouverture de centres méthadone dans les nombreux départements qui en était dépourvus, malgré la présence d'un CSST.

Rapprochement entre les structures spécialisées

Les préconisations du plan triennal posaient clairement la nécessité de réorienter le dispositif vers une prise en charge plus précoce des consommateurs abusifs de multiples produits. Pour prendre en compte ces nouveaux profils d'usagers et offrir aux consommateurs des soins adaptés, les structures de prise en charge étaient invitées à se rapprocher. De plus, les travaux scientifiques récents¹⁴ suggéraient qu'il existe une base biologique moléculaire commune à toutes les addictions. Ce rapprochement impliquait que des articulations s'opèrent et que des efforts soient réalisés pour organiser les complémentarités et les transferts de savoir-faire, sans supprimer les spécificités.

Au préalable, le rapprochement devait s'accompagner d'une réflexion méthodologique sur les aspects communs et les aspects spécifiques aux différentes conduites addictives (projet RASCAS). L'objectif était de réexaminer, en 1999, les fondements cliniques et théoriques ayant conduit à l'organisation des soins existante et de proposer des modalités d'organisation telles que le dispositif de prise en charge soit plus adapté, plus cohérent et plus efficace. Afin de mener à bien cette réflexion, la MILDT a réuni pendant deux ans un groupe de travail d'environ vingt experts¹⁵ associant des personnalités des sphères scientifiques (spécialistes des drogues licites et illicites – essentiellement des psychiatres, neurobiologistes et médecins généralistes) et institutionnelles (DGS, DHOS principalement). Cette étude (MILDT, 2001) rendue publique en septembre 2001, constatait que l'organisation existante avait des points positifs, mais que les besoins non satisfaits demeuraient importants. Pour répondre à ces nouveaux besoins, et en s'appuyant sur les expériences de terrain et sur les divers documents¹⁶ – expertises collectives et travaux récents à la connaissance des experts mobilisés – une réorganisation se justifiait, sur la base de l'existence d'un tronc commun et du respect de certaines spécificités. Le rapport identifiait ainsi un certain nombre de similitudes entre les différents produits (par exemple, effets de l'assujettissement au produit, différentes étapes suivies par l'usager de drogues depuis l'initialisation), ainsi que les éléments déterminants des spécificités de chaque produit (représentations sociales, phénoméno-logie clinique, impacts en termes de prévalence, de morbidité et de mortalité). Ce rapport considérait comme prioritaire la prise en charge sociosanitaire précoce non spécialisée et ambulatoire, commune aux différentes addictions. Les structures spécialisées et l'hôpital devaient se réorganiser pour être plus accessibles en tant que « dispositif de premier niveau », dans un cadre ouvert à toutes les addictions et servant de base à la mise en œuvre de modalités spécifiques de traitement.

Les modalités pratiques du « rapprochement » ont fait récemment l'objet d'une évaluation¹⁷ dont les premiers résultats¹⁷ sont présentés ci-après.

14. Notamment le rapport au secrétariat d'État à la Santé, par le professeur Bernard Roques sur la dangerosité des drogues, le premier à comparer la dangerosité des produits psychoactifs licites et illicites (éditions Odile Jacob, La documentation française, 1999).

15. Dénommé « Groupe RASCAS » (Réflexion méthodologique sur les aspects communs et les aspects spécifiques aux différentes conduites addictives).

16. Cf. bibliographie ayant inspiré les réflexions du « Groupe RASCAS » (p. 35 du rapport *Réflexions sur les aspects communs et les aspects spécifiques aux différentes addictions*, Paris, MILDT, septembre 2001).

17. L'évaluation a porté sur un échantillon contrasté de territoires. D'une part, cinq départements ayant une expérience de rapprochement formalisée et repérée dans le cadre de l'enquête OFDT/DGS qui avait précédé l'évaluation (Le Calvados, le Gard, la Mayenne, le Haut-Rhin, les Hauts-de-Seine) ; d'autre part, deux départements sans expérience formalisée ou ayant une initiative en cours de formalisation non repérée par l'enquête susmentionnée et connus pour présenter une forte prévalence des problèmes d'addictions (les Bouches-du-Rhône et le Nord).

Dans la pratique, les deux types de rapprochement identifiés sont :

Dans des départements où le développement de l'offre de soins en matière d'addiction reste modéré malgré des indicateurs de mortalité spécifique parfois élevés, on observe la création¹⁸ de structures « addictologiques ». Dans ces départements, la « nécessité » de s'intéresser globalement aux comportements addictifs du patient est le postulat de départ amené par les orientations nationales. Plutôt nées sous l'influence de la tutelle locale, ces expériences sont encore jeunes à l'égard de la prise en charge effective des patients. Les stratégies de prise en charge globale des comportements addictifs demeurent encore « théoriques » et justifiées par le constat d'une évolution de problématique « dominante ». Ces projets emportent toutefois l'adhésion de principe des professionnels du point de vue des fondements « addictologiques » ;

Dans des départements présentant une offre de soins globalement développée en ambulatoire, libéral, hospitalier (malgré des insuffisances infra-départementales), le rapprochement se traduit par l'élargissement de compétences des professionnels au sein d'une même structure et/ou l'ouverture et la recherche de complémentarité entre les différentes entités de l'offre de soins existants. Les rapprochements observés¹⁹, formalisés ou non, visent principalement à répondre à la diversité des profils de consommateurs rencontrés par une diversification de l'offre de soins. Ceci s'inscrit alors dans un maillage déjà plus ou moins construit par des dynamiques de réseau et l'on tente de mieux tirer parti des ressources professionnelles existantes comme l'illustrent les situations décrites ci-après :

- facilitation de l'accès aux soins : le rapprochement permet de travailler sur les représentations collectives et réciproques des structures, associées à celles des patients (accepter l'alcoolique ou le toxicomane) et les représentations individuelles de soignants. Cela permet d'offrir un parcours de soins avec plusieurs chemins de « liaison » à l'intérieur duquel la personne peut circuler dans des lieux et des espaces institutionnels qui ne soient pas « rejetants » pour elle ;
- recherche de complémentarité entre spécialistes : le rapprochement est illustré par le suivi alterné ou en parallèle du patient par des différents praticiens, soit au sein d'une même structure soit dans des structures différentes ;
- innovations liées au rapprochement : par exemple, en travaillant conjointement, des professionnels d'une unité d'alcoologie et d'une unité de toxicomanie hospitalière d'un département ont adapté une pratique spécifique à la toxicomanie (le sevrage en ambulatoire avec visite quotidienne) à l'alcoologie.

18. Dans l'évaluation réalisée par le cabinet Cemka-Eval, ces situations se sont présentées en Mayenne et dans le Calvados (deux départements sur les sept étudiés dans le cadre de l'étude).

19. Dans l'évaluation réalisée par le cabinet Cemka-Eval, ces démarches sont observées dans les départements des Bouches-du-Rhône, du Nord, des Hauts-de-Seine, du Gard et du Haut-Rhin (cinq départements sur les sept étudiés dans le cadre de l'étude).

Cependant l'évolution vers le rapprochement se fait lentement.

Il ne semble pas y avoir de développement réel de la prise en charge des abus (contrairement à leur repérage) en dehors de ceux qui sont associés à une dépendance.

Le monde de la tabacologie se sent relativement peu concerné par la question des rapprochements.

Une autre recommandation du « rapport Rascas » relative au fait que les centres spécialisés doivent bénéficier d'un statut juridique et financier commun est venue réaffirmer les propos énoncés dans le plan triennal de 1999 à ce sujet.

La première transformation importante était intervenue avec la réforme relative aux « centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie » (CHAA). Depuis l'amendement à la loi du 29 juillet 1998^v, les structures prenant en charge les personnes en difficulté avec l'alcool bénéficient d'une reconnaissance juridique en adoptant le statut d'établissements médico-sociaux ; leurs missions et les modalités de fonctionnement sont définies par le décret du 29 décembre 1998. À partir du 1^{er} janvier 1999, ces centres devenus « centres de cure ambulatoire en alcoologie » (CCAA) bénéficient également d'un financement stable (sur des crédits de l'Assurance maladie).

De leur côté, les CSST continuaient à être financés sur le budget de l'État dans le cadre de conventions pluriannuelles. Pour renforcer également l'assise administrative de ces structures, le plan triennal demandait donc d'étudier la possibilité de faire bénéficier les CSST du même statut que les CCAA et de créer un cadre juridique et financier unique pour l'accueil de toutes les personnes ayant des comportements addictifs. Il faut attendre la loi^{vi} du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, pour modifier le statut juridique des centres spécialisés qui accueillent et prennent en charge des personnes toxicomanes, à savoir :

- les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) en ambulatoire et les CSST avec hébergement collectif ;
- les structures du dispositif de réduction des risques (« première ligne » des personnes toxicomanes) qui délivrent des soins.

Dans le cadre de cette loi, l'objectif était de définir un seul cadre réglementaire pour l'ensemble des structures (alcool et toxicomanie indifféremment) qui donnerait lieu aux nouveaux « centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie » (CSAPA) ; un décret d'application devait définir leurs conditions d'organisation et de fonctionnement. Cependant, le projet de décret qui avait fait

l'objet, entre mars et septembre 2002, d'une procédure de concertation avec les partenaires institutionnels et associatifs concernés, n'a finalement pas été signé par le ministre de la Santé²⁰.

En revanche, le basculement du financement des CSST du giron de l'État à celui de l'Assurance maladie a été prévu dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 présenté par le ministre de la Santé à l'Assemblée nationale en octobre 2002. Il est effectif depuis le 1^{er} janvier 2003.

Discussion

Pour conclure sur le dispositif spécialisé, des évolutions considérables ont été constatées au regard des objectifs fixés par le plan triennal.

- Concernant l'alcool et le tabac, il est possible de dire que la capacité du dispositif spécialisé, pour prendre en charge les personnes ayant des problèmes avec l'alcool et pour aider les populations les plus marginalisées à bénéficier d'un sevrage tabagique, a été renforcée – en nombre de structures et en crédits déployés – ce qui a probablement²¹ permis d'accroître le nombre des prises en charges. Cependant, les retards persistent. Les moyens consacrés sont loin de satisfaire les besoins de la population française.
- En ce qui concerne la couverture nationale des structures spécialisées aux personnes toxicomanes, les disparités régionales ont été atténuées. Toutefois, huit départements sont aujourd'hui dépourvus de structure spécialisée et quinze ne disposent pas de centre prescripteur de méthadone pour que les usagers des drogues puissent initialiser ce traitement de substitution. Cette couverture paraît donc encore insuffisante malgré la diversification vers laquelle le dispositif se dirige avec l'élargissement de la primo-prescription dans les hôpitaux, qui vise notamment les populations les plus à risques (femmes enceintes, patients atteints d'une maladie infectieuse, autres).
- Au regard des objectifs visant à rapprocher les structures pour mieux prendre en charge les usages précoce et les poly-abuseurs, d'après les informations disponibles les progrès à faire restent importants. En effet, les expériences de rapproche-

20. Selon le service de communication du ministère : « Il était urgent de ne pas signer. » (Le Monde du 26 novembre 2002, p. 11) Quelques jours plus tard, dans la presse, le ministre avait expliqué : « Le nouveau président de la MILDT vient d'être nommé. Je n'ai pas voulu l'enfermer dans une décision déjà prise, à savoir la fusion des centres d'alcoologie et de toxicomanie. » (Libération du 29 novembre 2002, p. 14). Par ailleurs, il ajoutait : « Je n'ai pas d'a priori et son opinion prévaudra. » Le président de la MILDT s'est exprimé à ce sujet auprès des médias. Il souligne l'importance « des échanges de savoir-faire, les initiatives communes, les synergies entre les équipes. Ce n'est pas une raison pour gommer toute spécificité. Adresser un consommateur de cannabis ou quelqu'un souhaitant arrêter de fumer à une structure accueillant des toxicomanes ne me paraît pas le bon choix. À l'inverse, si localement existe un besoin d'interdisciplinarité, on doit pouvoir le faire. Il faut permettre une diversité des structures de prise en charge et ne pas imposer de modèle unique. » (Le Monde du 3 janvier 2003, p. 7).

21. Dernières données disponibles pour 1999 (2000 en cours d'exploitation).

ment entre CSST et CCAA sont encore embryonnaires. En outre, alors que l'adhésion des professionnels au principe est plutôt forte et les rencontres organisées sont nombreuses, la majorité des cas étudiés met en évidence les difficultés des praticiens à sortir de la théorie pour passer aux modalités de prise en charge pratiques, notamment dans les départements moins bien dotés en termes de ressources professionnelles. Il faut souligner néanmoins les difficultés de cette entreprise qui consiste à prendre en charge des abus en dehors de ceux qui sont associés à une dépendance. Le défi à relever est important, mais des évolutions de fond encourageantes en termes d'échange de pratiques et de recherche de complémentarité sont actuellement constatées. Le facteur temps et l'expérience des professionnels jouent un rôle essentiel dans le développement des initiatives de rapprochement.

L'hôpital

Afin de favoriser une prise en charge globale à l'hôpital, le plan prévoyait de consolider structurellement le dispositif existant, c'est-à-dire de créer mais aussi de renforcer les « équipes de liaison et de soins²² » aux personnes toxicomanes, alcooloo-dépendantes ou souhaitant arrêter de fumer qui ont pour principales missions²³ de former et assister les équipes soignantes de l'hôpital, d'élaborer les protocoles de soins et de prise en charge et de développer les liens avec le dispositif de prise en charge permettant un suivi médico-psycho-social (*cf. chapitre 4*). Il prévoyait également de développer une fonction de liaison en addictologie ; il s'agit de rapprocher les équipes qui se sont constituées de manière distincte et de tendre vers des structures capables de répondre aux problèmes posés par toutes les dépendances. Par ailleurs, le plan souhaitait intégrer la fonction de liaison en addictologie dans les missions des « Permanences d'accès aux soins de santé » (PASS) mises en place en 1998²⁴. Ce dispositif joue une fonction de repérage des personnes en difficulté et d'accès aux droits sociaux dans une perspective de prise en charge dans le dispositif ordinaire. Par exemple, les PASS vont aider une personne en situation de précarité à obtenir une écoute spécialisée et pour une orientation vers un service psychiatrique, un service de médecine interne ou encore un centre spé-

cialisé, sans offrir de soins. Au printemps 2000, on dénombre 125²⁵ PASS. Selon le pré-rapport²⁶ évoqué dans cette circulaire, la création des permanences révèle une situation contrastée selon les régions, tant sur le plan quantitatif que qualitatif. En vue d'appliquer ces recommandations du plan triennal concernant la prise en charge à l'hôpital, les autorités sanitaires adoptent la circulaire du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives²⁷. Des crédits spécifiques (en dotation globale) ont été délégués aux agences régionales hospitalières (ARH) pour un montant d'environ 5,8 M pour 2000, 7,6 M en 2001 et 5,9 M en 2002.

Concernant exclusivement la prise en charge à l'hôpital des personnes dépendantes du tabac, le plan triennal comme le plan national de lutte contre le tabac de 1999 se donnaient comme objectif prioritaire de développer les consultations hospitalières en tabacologie : la circulaire du 3 avril 2000 relative à la lutte contre le tabagisme²⁸ en témoigne. Les consultations spécialisées en tabacologie s'adressent particulièrement aux fumeurs les plus dépendants (qui sont aussi les plus à risques²⁷). Comme pour les équipes de liaison, des crédits spécifiques « tabac » ont été attribués aux ARH pour un montant approximatif de 3,9 M en 2000, de 3,8 M en 2001 et de 2,1 M en 2002.

Pour réduire les retards constatés par le plan triennal en matière de prise en charge à l'hôpital, l'objectif quantitatif fixé était de créer :

- une vingtaine d'équipes de liaison nouvelles par an ;
- au moins une équipe de liaison par département ;
- au moins une équipe de liaison dans chaque hôpital de plus de 200 lits ;
- davantage de consultations spécialisées à l'hôpital en sevrage tabagique et une meilleure répartition géographique.

Nombre d'équipes de liaison créées

L'enquête hospitalière auprès des établissements de santé²⁹ fait apparaître que les prévisions ont été dépassées : le nombre d'équipes de liaison a quasiment doublé en passant de 128 en 1999 à 252 en 2000/2001. Conformément au plan triennal, certaines équipes se sont rapprochées : les équipes ayant une orientation cumulée « d'alcoologie, de toxicomanie et de tabacologie » représentent 19 % de

22. Les équipes hospitalières de liaison ont été créées à la suite de la circulaire DGS/DH du 3 avril 1996 relative aux orientations à la prise en charge de toxicomanes. La circulaire DHOS/DGS du 8 septembre 2000 relative à l'organisation de soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives a souhaité que soient renforcées ou créées des équipes de liaison et de soins en addictologie dont l'objectif est de répondre au mieux aux demandes qui leur sont faites et de favoriser un suivi médico-psycho-social aux patients repérés par le dispositif de soins.

23. Manque des ressources nécessaires (insuffisance de médecins spécialisés pour assurer le suivi des patients vus à l'hôpital dans le cadre des consultations spécialisées), il y a des équipes de liaison qui prennent en charge des consultations de suivi.

24. Prévu dans la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998.

25. D'après la circulaire DGS/SP 2 n° 2000-324 du 13 juin 2000 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire (NOR : MESP0030261C).

26. Pré-rapport rédigé en février 2000 par M. Jacques Lebas, coordonnateur de la mission d'accompagnement et de soutien pédagogique pour la mise en place des PASS.

27. Les consultations d'aide à l'arrêt du tabac en France, B. Dautzenberg et al., BEH, n° 51/1999.

l'ensemble. Celles spécialisées « en alcoologie et en toxicomanie » arrivent en deuxième position (15 %) suivies par les équipes « alcoologie et tabacologie » (6 %). Seule une équipe orientée « toxicomanie et tabacologie » a été recensée.

Il semble que le rapprochement soit intervenu grâce aux équipes de liaison préexistantes qui étaient spécialisées en un seul domaine d'activité. Toutefois, leur nombre demeure important : 68 en alcoologie, 39 en tabacologie et 34 en toxicomanie ; soit respectivement 27 %, 15 % et près de 14 % de l'ensemble (*cf. tableau 26*).

Tableau 25 - Équipes de liaison en 2001

	Alcoologie	Tabacologie	Toxicomanie
Alcoologie	68	-	-
Tabacologie	15	39	-
Toxicomanie	39	1	34
Les 3 orientations en même temps	47	-	-
Aucune orientation définie	9	-	-
Nombre total d'équipes	-	-	252

** Source : données 2001 extraites de l'enquête auprès des consultations de tabacologie hospitalières, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins – ministère de la Santé*

Tableau 26 - Équipes spécialisées (non rapprochées)

	En 1999*	En 2001**
Équipes de liaison « alcoologie »	96	68
Équipes de liaison « toxicomanie »	69	34
Équipes de liaison « tabacologie ²⁸ »	-	39

** Source : données 1999 extraites de l'enquête sur les équipes d'alcoologie de liaison dans les établissements de santé, (DH)*

*** Source : données 2001 extraites de l'enquête auprès des consultations de tabacologie hospitalières, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins – ministère de la Santé*

28. Les unités de coordination ont été créées par la circulaire n° 2000-182 du 3 avril 2000.

Répartition géographique des équipes de liaison

Selon l'enquête DHOS-O2²⁹ de 2002 toutes les régions métropolitaines sont dotées en 2001 d'au moins une équipe de liaison et seuls 6 départements n'ont aucune équipe de liaison (la Manche, l'Orne, le Maine-et-Loire, les Deux-Sèvres, le Lot-et-Garonne et enfin, l'Ardèche). L'Ile-de-France, qui est la région la plus peuplée, est aussi celle comptant le nombre le plus élevé d'équipes de liaison : 61.

Consultations spécialisées à l'hôpital en sevrage tabagique

D'après l'enquête hospitalière « une semaine donnée » de 2000, le nombre de consultations d'aide au sevrage tabagique s'élève à 214 en 1999. L'enquête hospitalière²⁹ 2002 indique une augmentation d'environ 21 % sur la période triennale : en 2002 on a atteint le chiffre de 260 consultations.

Répartition géographique des consultations en sevrage tabagique

L'enquête DHOS-O2 de 2000 fait apparaître que 9 régions étaient dépourvues de toute consultation de tabacologie hospitalière en 1999. En 2001, elles ne sont plus que 3 (Bourgogne, Corse et PACA). En nombre de départements, les chiffres passent de 22 en 2001 et à 16 en 2002 selon l'enquête hospitalière²⁹ 2002.

Montée en puissance du dispositif

Le nombre total de patients pris en charge a été évalué durant une semaine d'enquête : il est passé de 1 903 à 2 947, soit une augmentation de 55 % en trois ans. En outre, le nombre de nouveaux consultants pendant la semaine d'enquête a baissé de 44 % à 36 % (- 8 %). Le nombre d'anciens consultants a augmenté de 56 % à 64 % (+ 8 %), ce qui indique un suivi plus prolongé de premiers consultants. Le dépistage des patients hospitalisés pour d'autres motifs que le tabagisme a également progressé. Ainsi, on note une augmentation de 90 % de ces dépistages et prises en charge par rapport à 2000.

Discussion

On peut conclure que les recommandations du plan triennal et les instructions reprises dans les circulaires du ministère accompagnées du soutien financier affecté ont permis à la fois un développement des équipes de liaison et des consultations hospitalières en tabacologie. Cependant, des disparités géographiques notables sont toujours observées, en particulier dans le domaine du tabac. En dehors de l'activité de liaison, qui paraît avoir été effectivement développée, des problèmes d'accès à l'hôpital²⁹, semble-t-il, persistent.

29. Rapporté pour plusieurs sites dans le cadre de l'« Évaluation du rapprochement entre structures spécialisées du plan triennal contre la drogue (1999-2002) », OFDT 2003.

Médecine de ville

Par ailleurs, le plan triennal indiquait qu'il était non seulement important de faire évoluer les dispositifs spécialisés et hospitalier mais également de permettre au système ambulatoire de droit commun d'accueillir les usagers de substances psychoactives. Il est donc utile de s'intéresser à l'implication des médecins généralistes dans la prise en charge des patients ayant des comportements addictifs, pour observer ainsi si les professionnels libéraux se sont investis davantage depuis 1998. Les évolutions récentes concernant l'implication des généralistes dans la toxicomanie ont été analysées à partir des résultats de l'enquête de l'OFDT auprès des médecins généralistes qui, depuis 1995 est réalisée régulièrement par le cabinet EVAL²⁶. En revanche, en ce qui concerne la prise en charge des médecins généralistes dans les domaines de l'alcoologie et de la tabacologie, il n'a pas été possible de réaliser cette comparaison. En fait, dans l'immédiat, il n'existe pas de source disponible. Il a semblé important cependant de présenter la situation précédant le plan triennal afin d'établir la perspective de bilans antérieurs sur la base du dispositif d'enquête périodique *Baromètre santé* (1993/1994 et 1998/1999)²⁷.

Implication des médecins dans la prise en charge de personnes toxicomanes

D'après l'enquête auprès de médecins généralistes en 2001²⁸, un médecin sur deux est aujourd'hui convaincu que la prise en charge des toxicomanes est possible en ville. Cette proportion reste inchangée depuis 1995, date de mise sur le marché des traitements de substitution. Cependant, les médecins convaincus du contraire sont nettement moins nombreux en 2001 qu'ils ne l'étaient trois ans auparavant (18 % en 2001 vs 31 % en 1998, ce qui représente une baisse de 42 % par rapport à 1998). Concernant la fréquentation du cabinet par les usagers de drogues, le pourcentage de médecins ayant vu au moins un patient toxicomane au cours des 12 derniers mois n'a pas changé entre 1998-2001 (79 % vs 81 %) ; on constate également une stabilisation, s'agissant des médecins ayant vu 10 patients ou plus (22 % vs 19 %). En outre, la perception par les médecins de la fréquentation n'est pas significativement différente entre 1998 et 2001 : plus de la moitié de médecins interrogés déclare que la situation n'a pas évolué au cours de cette période. Par ailleurs, le pourcentage de médecins qui reçoivent des patients occasionnels est de moins en moins élevé : 63 % en 2001 contre 75 % en 1998. Deux médecins³⁰ sur trois affirment qu'il leur arrive de refuser de suivre certains patients qui viennent en consultation. Les deux raisons les plus fréquemment citées sont le fait de « venir pour leur dose » (43 %) et le refus du consultant de « respecter le contrat » (39 %). Seul 1 sur 10 invoque comme

raison « le souhait de limiter le nombre de patients toxicomanes ». En 2001, la prise en charge se fait plus souvent en liaison avec l'hôpital (cité par 34 % d'entre eux). Les réseaux sont évoqués seulement par 2 médecins sur 10. En 1998, les centres spécialisés étaient cités en première position avant les hôpitaux. Entre 1998 et 2001, on observe également une nette stabilisation des prescriptions. Huit médecins sur 10 concernés disent prescrire des traitements de substitution qui restent largement en tête des prescriptions. La buprénorphine haut dosage est évoquée spontanément par 79 % des médecins généralistes contre 76 % en 1998 ; la méthadone vient en deuxième position (18 % contre seulement 6 % en 1998). La majorité d'entre eux juge d'ailleurs le bilan de la substitution comme « positif » ou « plutôt positif ».

Implication des médecins dans la prise en charge de personnes souhaitant arrêter de fumer

Selon le *Baromètre santé médecins généralistes 1998/1999*²⁷, 88,8 % de médecins interrogés prennent en charge seuls la dépendance tabagique, 9,1 % font la prise en charge en liaison avec une structure (vs 5,1 % en 1993/1994) et 2,1 % sont orientés vers une structure spécialisée (vs 1,3 % en 1993/1994). Les généralistes semblent travailler plus souvent qu'auparavant avec les structures spécialisées : on observe une augmentation du travail de liaison (44 %) ainsi qu'une hausse (38 %) du nombre de patients confiés par les généralistes à des centres spécialisés.

Implication des médecins dans la prise en charge de personnes ayant des problèmes avec l'alcool

Selon la même enquête du *Baromètre santé pour 1998/1999*²⁷, un quart de généralistes traite la dépendance à l'alcool seul et plus des deux tiers des médecins travaillent en liaison avec une structure.

Un médecin sur 2 n'a reçu aucun patient pour un sevrage alcoolique au cours de la dernière semaine (57,5 % en 1993/1994 et 50,8 % en 1998/1999) et seulement 6,5 % d'entre eux déclarent en suivre 3 ou plus (9,8 % en 1993/1994).

Tableau 27 - Répartition de médecins généralistes selon le mode de prise en charge de la dépendance alcoolique en 1993/1994 et 1998/1999

	1998/1999	1993/1994	Évolution
Seul	19,7 %	25,4 %	- 22 %
En liaison avec une structure	67,0 %	63,2 %	+ 6 %
Patients confiés à une structure	13,3 %	11,4 %	+ 17 %

Source : Baromètre santé 1998/1999 (CFES)

30. Les résultats présentés portent sur les médecins ayant déclaré au moins un patient au cours des 12 derniers mois, soit 180 médecins.

D'après la même enquête, 7 médecins sur 10 déclarent se sentir peu ou très peu efficaces pour changer le comportement des patients, cependant le sentiment d'efficacité sur l'alcoolisme croît avec l'âge du médecin.

Discussion

En guise de conclusion, on peut dire que la période 1998-2001 a permis de consolider les acquis des années précédentes, suite à l'infexion de 1995 avec l'introduction de la substitution en médecine de ville. Il semble que les médecins soient aujourd'hui de plus en plus familiarisés avec la substitution aux opiacés, mieux formés à ces traitements qu'il y a quelques années et plus fréquemment impliqués dans des réseaux de soins. Toutefois, les informations disponibles se limitent aux dépendances aux opiacés pour lesquelles les médecins sont mieux armés, les traitements de substitution étant disponibles. Aujourd'hui, il n'existe pas d'enquête auprès des médecins généralistes sur la manière dont ils prennent en charge les personnes rencontrant des problèmes liés aux polyconsommations et encore moins sur la place effectivement occupée par la médecine en ville dans le repérage des comportements à risques (par exemple, utilisation des questionnaires préétablis sur les comportements d'usage aux différents produits, renseignements sur les consommations du patient, prescriptions) et, plus largement, dans la prévention des dépendances (information, conseil, autres). On connaît mieux l'implication des médecins généralistes dans la prise en charge de personnes souhaitant arrêter de fumer ou de boire excessivement. Néanmoins, ces données concernent exclusivement la situation lors de l'adoption du plan triennal et les comparaisons ne sont pas possibles, faute d'informations plus récentes. Il faut cependant souligner ce que le *Baromètre Santé* met en avant sur le sentiment d'efficacité de médecins interrogés dans divers domaines de la prévention : l'usage de drogues, l'alcoolisme et le tabagisme sont les trois domaines où les généralistes se sentent les moins efficaces.

Réseaux

En 1998, les rapports³¹ disponibles soulignaient l'absence de coordination entre les centres spécialisés, les structures de « première ligne », les hôpitaux et les médecins généralistes en ville. Ce constat est confirmé par les résultats d'évaluation³² dont on dispose pour la période 1999-2002 qui font apparaître

(quoique de manière parcellaire) la difficulté du passage d'une structure à une autre. En l'occurrence, ceci se vérifie, par exemple, pour l'accès à l'hôpital depuis un centre spécialisé (d'après le rapport *Évaluation sur le rapprochement*), pour l'accueil par un centre spécialisé à la demande d'une structure de « première ligne » (selon les rapports d'évaluation *Bus méthadone et 18^e arrondissement de Paris*) ou encore, pour une prise en charge en médecine de ville à la sortie du dispositif spécialisé (d'après le rapport *Bus méthadone*).

Afin d'assurer la mise en relation des différents dispositifs de prise en charge, le plan prévoyait de mobiliser les ressources sur un territoire donné en renforçant les réseaux existants, en développant de nouveaux et en rapprochant les réseaux alcool et toxicomanie.

L'objectif fixé était de créer une vingtaine de nouveaux réseaux et de renforcer ceux qui existent, aussi bien sur les crédits État que sur ceux de l'assurance maladie pour la partie hospitalière.

- Il existe actuellement environ 96 réseaux ville-hôpital dont 67 « toxicomanie » et 29 « alcool ». Leur nombre est constant depuis la réforme hospitalière³³ de 1996. Concernant exclusivement les crédits État – pour la partie « ville » – le financement est reconduit annuellement par le ministère pour un montant d'environ 23 000 en moyenne. S'agissant des crédits assurance maladie pour la partie hospitalière, il n'est pas possible de dire à combien s'élève le financement par réseau (en dotation globale). À l'initiative de la DHOS, une enquête a été lancée auprès des ARH, mais les résultats ne sont pas encore disponibles (exploitation en cours). Trente ans après les premières expériences (P. Larcher, 2001), et alors que cette organisation apparaît encore fragile, ces subventions ont néanmoins permis de pérenniser ce type de réseaux.
- En dehors des réseaux ville-hôpital, les professionnels sanitaires et sociaux se sont constitués en réseaux de soins au sens plus large. Ces derniers impliquent le plus souvent les hôpitaux et les professionnels de santé ambulatoire et notamment les médecins généralistes. La MILD'T et les autorités sanitaires, non seulement soucieuses de mieux connaître les réseaux (formels et informels), mais aussi d'identifier leurs méthodes de travail, les liens construits et les difficultés rencontrées, ont confié une mission³⁴ d'étude au docteur Poloméni. En outre, cette étude devait permettre de dresser un état des lieux des réseaux existants. Ce travail a déjà donné lieu à un guide à destination des professionnels souhaitant se constituer en réseau (P. Larcher, 2001). Les informations pratiques sont diverses : ingrédients d'un réseau coordonné, cahier des charges de réseaux pouvant prétendre à un financement, guide de développement des

31. Cf. plan triennal de lutte contre la drogue et prévention des dépendances (1999-2002), MILD'T, Collection des rapports officiels, La Documentation française, Paris, 1999.

32. Cf. les rapports d'évaluation suivants : Le dispositif Bus méthadone à Paris, 2000 ; Le programme de réduction des risques et de médiation sociale dans le 18^e arrondissement de Paris ; Les initiatives de rapprochement entre dispositifs spécialisés CCAA et CSST pour une prise en charge globale .

33. Cf. Circulaire DGS/DH n° 239, du 3 avril 1996 relative aux orientations dans la prise en charge des toxicomanes en 1996 (NOR : TASP9630145C).

34. Cf. Lettre de mission MILD'T/DHOS/DGS au Docteur Poloméni du mai 2000 relative à l'élaboration d'un document concret et complet à destination des professionnels souhaitant se constituer en réseau (informations pratiques, bénéfices attendus pour le patient et le praticien, aide financière susceptible d'être apportée).

réseaux, évaluation des réseaux et autres thèmes. Cependant, la mission n'a pas abouti à établir un annuaire de réseaux sur les dépendances. Récemment, la « Coordination nationale des réseaux », avec le soutien de la DHOS, a mis en place un groupe de travail pour élaborer un annuaire complet et actualisé³⁵. En vue d'établir une véritable politique de réseaux de santé, les dernières évolutions de la réglementation en la matière semblent avoir relevé le défi. Pour renforcer l'assise financière des réseaux, la loi de financement de la sécurité sociale 2002^{ix} crée une dotation nationale au développement des réseaux³⁶. L'arrêté du 30 avril 2002^x fixe par ailleurs pour 2002 une enveloppe de 22,87 M répartie entre les régions (décision conjointe de l'Union régionale des Caisses d'assurance maladie et de l'ARH). La loi du 4 mars 2002^{xi} donne une reconnaissance légale et une définition aux « réseaux de santé » qui, pour bénéficier de financements publics (État, assurance maladie, collectivités territoriales...), doivent satisfaire à un certain nombre de critères (de qualité, de conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation) fixés par décret. La circulaire d'application de toutes ces nouvelles dispositions, prévue pour septembre 2002, complétera le dispositif.

Ces évolutions dans la réglementation sont beaucoup trop récentes pour qu'on soit en mesure d'apprécier ses bénéfices sur le travail en réseau de professionnels de santé. Pourront-ils effectivement contribuer à assurer la prise en charge globale des usagers des drogues ? Même s'il est trop tôt pour y répondre, il semble que le plan se soit engagé dans la bonne voie : d'après l'enquête Cemka-Eval de l'OFDT³⁶ les praticiens³⁷ mettent en avant – après la formation – l'appartenance à un réseau et la proximité du patient comme facteurs de réussite de la prise en charge. Toutefois, les efforts sont à poursuivre : selon cette même enquête le nombre de médecins connaissant l'existence de réseaux de soins, semble aujourd'hui se stabiliser (78 % en 2001 contre 81 % en 1998), après la nette progression observée entre 1995 et 1998. Ce même constat s'applique pour le nombre de médecins contactés par un réseau (35 % en 2001 contre 30 % en 1998). Comme l'indique le *Baromètre santé médecins généralistes 1998/1999*³⁸, ces généralistes jouent un rôle primordial dans la prise en charge des usagers de drogues, même si dans l'échantillon le nombre de médecins participant à un réseau toxicomanie est faible. En effet, plus du tiers d'entre eux (39,8 %) suivent plus de 10 patients en moyenne par mois contre 3,2 % pour les médecins ne participant pas à ce type de réseau. Ils prescrivent plus fréquemment des traitements de substitution.

i Circulaire DGS-SP3/DH-EO2 n° 346-99 du 15 juin 1999 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes toxicomanes, BO santé n° 99-33 du 4 septembre 1999 (NOR : MESH9930358C).

ii Circulaire DHOS-O2/DGS-SD6B n° 2000-460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives, BO santé n° 2000/38 du 18 septembre 2000, (NOR : MESH0030387C).

iii Note interministérielle DGS/DHOS/DAP/MILDT du 9 août 2001 relative à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive.

iv Circulaire DGS/DHOS n° 2002-57 du 30 janvier 2002 relative à l'élargissement de la primo-prescription de méthadone aux médecins hospitaliers (NOR : MESP0230029C).

v Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, JO du 31 juillet 1998, (NOR : MESX9800027L).

vi Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (NOR : MESX0000158L).

vii Circulaire DHOS-O2/DGS-SD6B n° 460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation de soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives, (NOR : MESH0030387C).

viii Circulaire DH/EO2/DGS n° 2000-182 du 3 avril 2000 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé et au renforcement ou à la création de consultations hospitalières de tabacologie et d'unités de coordination de tabacologie (NOR : MESH0030387C).

ix Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001, (NOR : MESX0100129L).

x Arrêté du 30 avril 2002 portant détermination de la dotation nationale de développement des réseaux pour 2002, JO du 5 mai 2002 (NOR : MESS0221688A).

xi Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits de malades et à la qualité du système de santé, (NOR : MESX0100092L).

35. Un annuaire des réseaux est disponible sur le site internet de la « Coordination nationale des réseaux » (CNR). À cette date, 46 réseaux « Toxicomanies et addictions » sont recensés en France.

36. Création d'une enveloppe spécifique au développement des réseaux au sein de l'Objectif national de dépenses de l'assurance maladie (ONDAM).

37. Médecins du secteur libéral ou ayant une activité en centre médico-social.

RÉSUMÉ DU CHAPITRE 5

En matière de politique sociosanitaire à l'égard des usagers de drogues, le plan triennal se fixait deux objectifs majeurs. D'une part, améliorer la capacité des professionnels à repérer précolement les conduites à risque et les dommages et favoriser l'accès précoce à une prise en charge sociosanitaire adaptée à la personne repérée (accueil, soin, accompagnement). L'accent est mis alors sur les nouvelles modalités d'organisation (rapprochement de compétences et de structures) pour faire évoluer le dispositif actuel. D'autre part, développer le dispositif « alcool » « tabac » afin de répondre aux besoins importants de la population concernée.

Concernant l'amélioration de la capacité des professionnels à repérer précolement les conduites à risque et les dommages, les objectifs spécifiques étaient de développer la formation d'une manière générale, d'élaborer et de diffuser des protocoles de prise en charge.

En dehors de la création du premier diplôme spécialisé dans le champ des addictions et le rappel dans certains textes réglementaires de la nécessité d'améliorer les compétences de professionnels du secteur médical, les initiatives impulsées au niveau national n'ont pas été à la hauteur de cet ambitieux objectif. On ne connaît cependant ni les crédits déployés au niveau local ni les actions conduites afin de développer la formation. Bien qu'en hausse, le pourcentage de médecins se considérant suffisamment formés après avoir suivi une formation reste faible, passant de 21 à 23 % entre 1998 et 2001. Par ailleurs, la formation existante paraît être surtout concentrée sur la substitution des personnes dépendantes aux opiacés.

Sur la nécessité d'élaborer et de diffuser largement des protocoles de diagnostic, de soins et d'évaluation, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) a organisé quatre conférences de consensus et diffusé ses recommandations (sur les modalités de sevrage à l'égard des personnes ayant des conduites addictives : aux opiacés, au tabac et à l'alcool et sur les traitements de l'hépatite C). En outre, l'ANAES a contribué à l'élaboration de protocoles d'évaluation avec son travail sur les réseaux de soins dressant un bilan de l'existant et définissant un cadre méthodologique. S'agissant de l'utilisation de questionnaires préétablis, la MILD et les autorités sanitaires ont élaboré et diffusé un outil de diagnostic qui permet de différencier l'abus de la dépendance qui ne relèvent pas du même type de prise en charge. D'une manière globale, l'utilisation effective d'outils de repérage semble peu répandue et un certain nombre de professionnels ne juge pas très utile le recours à ces grilles.

Concernant la réorientation du dispositif pour une prise en charge plus précoce des consommateurs abusifs et des personnes dépendantes à un ou plusieurs produits, les objectifs spécifiques étaient de faire évoluer les consultations spécialisées, de faire prendre en compte par les services hospitaliers la nécessité d'une prise en charge globale du comportement addictif et enfin, de permettre aux professionnels de ville de repérer systématiquement l'usage nocif ou la dépendance.

Au niveau du dispositif spécialisé, de considérables évolutions ont été constatées :

- la capacité à prendre en charge les personnes ayant des problèmes avec l'alcool et à aider les populations les plus marginalisées à bénéficier d'un sevrage tabagique, a été renforcée en nombre de structures et en crédits déployés, ce qui a probablement permis d'accroître le nombre de prises en charge. Cependant, les retards persistent et les moyens consacrés sont loin de satisfaire l'ensemble des besoins.

- les disparités régionales dans la couverture des structures spécialisées aux personnes toxicomanes ont été atténuées. Toutefois, huit départements en sont toujours dépourvus et quinze ne disposent pas de centre prescripteur de méthadone. Cette couverture paraît donc encore insuffisante malgré la diversification vers laquelle le dispositif se dirige avec l'élargissement de la primo-prescription dans les hôpitaux, qui vise notamment les populations les plus à risque (femmes enceintes, patients atteints d'une maladie infectieuse...).

- les rapprochements de structures spécialisées (CSST et CCAA) pour mieux prendre en charge les usages précoce et les poly-abuseurs sont encore embryonnaires. En outre, alors que leur adhésion au principe est plutôt forte, les praticiens peinent à sortir de la théorisation pour passer aux modalités pratiques, notamment dans les départements moins bien dotés en termes de ressources professionnelles. Sans compter les difficultés à prendre en charge des abus en dehors de ceux qui sont associés à une dépendance. Des évolutions encourageantes en termes d'échange de pratiques et de recherche de complémentarité sont constatées, le facteur temps et l'expérience des professionnels jouant un rôle essentiel dans le développement des initiatives de rapprochement.

Au niveau du système hospitalier, les recommandations du plan triennal et les instructions reprises dans les circulaires accompagnées du soutien financier consacré ont permis un développement des équipes de liaison et des consultations hospitalières en tabacologie. Cependant, on observe toujours de notables disparités géographiques, en particulier dans le domaine du tabac. En dehors de l'activité de liaison, qui paraît avoir été effectivement développée, des problèmes d'accès à l'hôpital semblent persister.

Par ailleurs, le plan triennal indiquait qu'il fallait permettre au système ambulatoire de droit commun d'accueillir les usagers de substances psycho-

actives. Aujourd’hui, il n’existe pas d’enquête auprès des généralistes sur la manière dont ils prennent en charge les personnes rencontrant des problèmes liés aux addictions et encore moins sur la place effectivement occupée par la médecine en ville dans le repérage des comportements à risque (utilisation des questionnaires préétablis sur les comportements d’usage, renseignements sur les consommations, prescriptions) et, plus largement, dans la prévention des dépendances (information, conseil, autres). On connaît mieux l’implication des médecins généralistes dans la prise en charge de personnes souhaitant arrêter de fumer ou de boire excessivement. Néanmoins, ces données concernent exclusivement la situation lors de l’adoption du plan triennal. Enfin, toujours selon le Baromètre santé médecins généralistes 1998/1999, l’usage de drogue, l’alcoolisme et le tabagisme sont, en matière de prévention, les trois domaines où les généralistes se sentent les moins efficaces.

Depuis l’adoption de la loi du 4 mars 2002, les « réseaux de santé » sont en mesure de bénéficier de financements publics (État, Assurance maladie, collectivités territoriales...) en fonction d’un certain nombre de critères (qualité, conditions d’organisation, fonctionnement et évaluation) fixés par décret. Ces évolutions dans la réglementation sont trop récentes pour qu’on puisse apprécier leurs bénéfices sur le travail en réseau des professionnels de santé. Cependant on relève que les praticiens mettent en avant – après la formation – l’appartenance à un réseau et la proximité du patient comme facteurs de réussite de la prise en charge. Plus du tiers des généralistes organisés en réseau (39,8 %) suivent plus de 10 patients usagers de drogues en moyenne par mois, contre 3,2 % pour les médecins ne participant pas à ce type de réseau. Ils prescrivent plus fréquemment des traitements de substitution. Toutefois, le nombre de médecins connaissant l’existence de réseaux de soins semble se stabiliser (78 % en 2001 contre 81 % en 1998), après la nette progression observée entre 1995 et 1998. Ce même constat s’applique au nombre de médecins contactés par un réseau : 35 % en 2001 contre 30 % en 1998.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS DU CHAPITRE 5

Degré de cohérence

Le plan triennal souhaitait parfaire les capacités du système de prise en charge sociosanitaire des personnes dépendantes des drogues dans trois directions : améliorer le repérage précoce des conduites problématiques, organiser l’accueil

précoce des usagers de drogues en l’adaptant à chaque situation, augmenter les capacités d’accueil concernant les dépendances à l’alcool et au tabac, éventuellement à la faveur d’un rapprochement entre les diverses structures relevant de « l’addictologie ».

Au vu des réalisations, il y a bien eu, jusqu’au terme du plan, cohérence entre les objectifs annoncés et les objectifs réellement poursuivis. Seul l’objectif d’« insérer », qui n’avait pas été décliné de manière spécifique, n’a pu faire l’objet d’évaluation.

Niveau d’engagement et de réalisation des objectifs

Renforcement des capacités diagnostiques et thérapeutiques de l’ensemble des médecins

La formation initiale des médecins français s’est enrichie d’un diplôme d’addictologie. C’est le début d’une discipline universitaire reconnue grâce à l’impulsion du plan triennal, entre autres facteurs.

Les incitations de pouvoirs publics en matière de formation continue des médecins dans le champ des drogues et des dépendances ont été particulièrement appuyées dans le secteur public hospitalier et en milieu carcéral. L’élaboration et la diffusion d’outils diagnostiques concernant les dépendances se sont accrues au cours de la période du plan. L’élaboration de certains outils doit être directement imputée à l’action de la MILDT.

Dans un domaine peu sensible à l’influence publique, à l’exception du milieu hospitalier, l’évaluation a dû s’appuyer sur l’indicateur global de résultat constitué par les perceptions des professionnels. Celles-ci délivrent un message positif concernant les évolutions du groupe professionnel en matière de formation et de sensibilisation au domaine des drogues et des dépendances incluant tabac et alcool.

En résumé, l’orientation du système de soins dans les cinq dernières années a bien été orientée dans le sens des souhaits du plan triennal. L’imputation différentielle des facteurs externes ou internes à la MILDT est particulièrement difficile dans ce domaine, mais elle importe peu, compte tenu de la lenteur habituelle des changements dans ce secteur.

Réorientation du dispositif pour une prise en charge sociosanitaire précoce

Toute prise en charge précoce nécessite un renforcement des capacités existantes. Néanmoins, le renforcement des capacités existantes n’entraîne pas forcément les prises en charge précoce lorsque les demandes de prises en charge aux stades avancés ne sont pas encore satisfaites. L’évaluation a donc pu se prononcer

sur l'évolution des capacités du dispositif, non sur l'élargissement de ses missions.

Les structures spécialisées en alcoologie et tabacologie se sont étoffées. La situation des CSST témoigne d'une évolution plus lente.

Le rapprochement des structures médicales de prise en charge spécialisées au sein de structures intégrées d'« addictologie » a bien réussi sur une dimension et échoué sur deux autres. Beaucoup de praticiens adhèrent à l'idée d'un corps de savoir théorique unifié autour de l'addictologie, discipline au sein de laquelle les particularités liées aux produits seraient annexes. S'agissant de la reconnaissance administrative de structures unitaires, malgré le chemin parcouru, celle-ci est restée à l'état de projet en fin de période. Enfin, le rapprochement s'est heurté à la difficulté éprouvée par de nombreux spécialistes d'afficher des compétences généralistes en addictologie propres à modifier et à diversifier les caractéristiques des patients fréquentant leur centre.

C'est le domaine hospitalier public qui a fourni les meilleures performances quant à l'évolution des structures de prise en charge spécialisées, que celles-ci fonctionnent ou non sur le mode des « équipes de liaison ». L'effort budgétaire s'est traduit par d'effectives créations supplémentaires.

S'agissant de l'engagement des médecins de ville auprès des toxicomanes et des patients alcooliques, l'évaluation a constaté une situation relativement stable. Les évolutions concernant les prises en charges du sevrage tabagique sont réelles mais sensibles aux AMM récentes pour les substituts nicotiniques.

Enfin, l'évaluation concernant les réseaux de soins est positive, même si leur évolution quantitative est imperceptible.

Problèmes rencontrés

L'absence d'outil public d'incitation est sans doute l'élément saillant de cette partie de l'évaluation.

L'hétérogénéité du système de soins français et la particularité de son financement expliquent, à elles seules, les difficultés structurelles de l'intervention publique sur les choix des professionnels. Relativement à ce fait général, le domaine des drogues et dépendances a fait preuve d'une assez bonne aptitude au changement.

Recommendations stratégiques

Si les objectifs considérés au présent chapitre devaient être confirmés dans un prochain Plan, il conviendrait d'affiner la notion de « précocité » du repérage et de la prise en charge des personnes ayant des consommations problématiques. Il faudrait décliner cette notion générale dans les diverses situations concrètes auxquelles elle s'applique et adapter cet objectif à la réalité des situations, tant du côté de la demande que de l'offre disponible.

Pour consolider les efforts de formation continue des médecins libéraux en matière de drogues et de dépendances, il conviendrait de valider de façon appropriée les acquis de la formation dans ce domaine. Un effort de diversification des contenus offerts devrait se traduire globalement par une fréquentation accrue des formations.

Recommendations méthodologiques

L'appréciation des aptitudes des professionnels dans le domaine des drogues et des dépendances peut faire l'objet d'un outil d'évaluation *ad hoc* procédant par sondages. Néanmoins, à une approche parcellaire aux moyens nécessairement limités, on pourrait préférer faire figurer le thème « drogues et dépendances » dans un outil généraliste permanent d'évaluation des connaissances des médecins français, éventuellement articulé à une obligation légale ou conventionnelle de formation continue dans tous les domaines de renouvellement rapide des connaissances.

L'appréciation des évolutions de capacités et de fréquentation du dispositif spécialisé devrait reposer exclusivement et en permanence sur le service statistique du ministère chargé de la santé. Pour une amélioration du système d'information, l'OFDT pourrait saisir le Conseil national de l'information statistique et son comité spécialisé.

6 - RÉAFFIRMER LES OBJECTIFS DE LA POLITIQUE PÉNALE À L'ÉGARD DES USAGERS

INTRODUCTION

La politique pénale à l'égard des usagers de drogues affiche de plus en plus explicitement depuis une quinzaine d'annéesⁱ une préoccupation sanitaire et sociale¹. Réaffirmant la nécessité de rapprocher les logiques de santé et de sécurité publiques, le plan triennal s'inscrivait dans cette continuité. S'il n'envisageait pas de modification de la loi du 31 décembre 1970ⁱⁱ (qui réprime le simple usage de stupéfiants d'une peine d'emprisonnement pouvant aller jusqu'à un an), il considérait que l'usage de drogues était une conduite à risques et que la prise en charge sanitaire et sociale devait primer sur la sanction. Ainsi, la circulaire du garde des Sceaux du 17 juin 1999ⁱⁱⁱ recommandait de « réserv[er] les poursuites » aux cas où l'usager pouvait être source de danger, pour lui-même ou pour son environnement. Alors qu'en 1998, encore près de 700 personnes étaient condamnées pour usage simple à une peine de prison ferme, le plan triennal et la circulaire demandaient d'éviter l'emprisonnement ferme à l'égard des consommateurs n'ayant commis aucun autre délit. Le plan rappelait les conditions dans lesquelles l'usager devait être placé sous la surveillance de l'autorité sanitaire, dès lors que le magistrat décidait d'une alternative sanitaire. Concrètement, cette priorité donnée aux soins peut être lue à travers la diversification des réponses judiciaires offertes², et en particulier, à travers le développement des mesures alternatives (aux poursuites judiciaires et à l'incarcération) revêtant une dimension sociosanitaire. Le plan gouvernemental précisait en outre que les mesures alternatives devaient être utilisées de la même façon pour les personnes ayant commis des délits liés à une consommation abusive d'alcool. L'action interministérielle menée dans cet esprit a consisté à sensibiliser les acteurs de la politique pénale aux préoccupations sociosanitaires de la politique de lutte

1. De plus en plus explicitement sur l'ensemble de la période écoulée depuis 1978, mais avec des modulations plus ou moins répressives. La circulaire du 17 mai 1978, qui s'inspire du Rapport Pelletier (PELLETIER, 1978), invite les parquets à ne pas poursuivre les usagers de cannabis. Cette circulaire est perçue comme un adoucissement *de facto* de l'usage de cannabis mais les circulaires suivantes vont plutôt mettre l'accent sur sa répression.

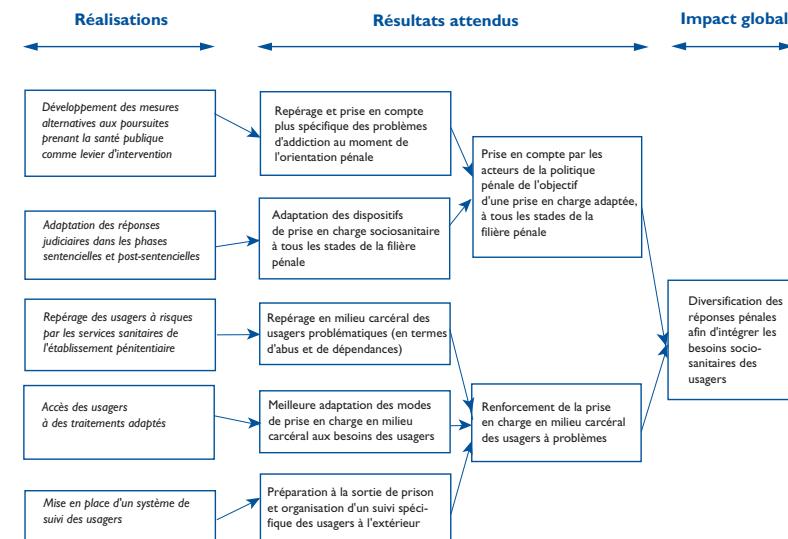
2. Le terme « judiciaire » est entendu tout au long de ce texte dans son acception globale, incluant l'ensemble des réponses pénales décidées par le parquet ou par les juges.

contre les addictions. Pour inciter les structures sanitaires et sociales à accueillir, plus et mieux, des publics sous main de justice, un dispositif spécifique a été mis en place. Les conventions départementales d'objectifs justice-santé (CDO), qui définissent localement les priorités de la politique judiciaire à l'égard des usagers de substances psychoactives (drogues illicites, alcool, polyconsommations, médicaments détournés), ont été l'outil principal de cette politique. Dans ce cadre, le dispositif des CDO devait viser à garantir un accès au système de soins et à une prise en charge sociale à tous les stades de la procédure, de l'interpellation jusqu'à l'exécution de la peine : sa fonction consiste en un appui financier aux structures socio-sanitaires susceptibles d'accueillir les publics orientés par les instances judiciaires. Le surcoût lié à la prise en charge des personnes sous main de justice est ainsi couvert par un financement spécifique (par opposition aux financements de droit commun) qui permet aux structures sociosanitaires de diversifier leur offre et de développer des mesures adaptées aux situations individuelles des justiciables³.

Dans le droit fil de cette logique, deux objectifs principaux ont donc été définis : d'une part, le développement des mesures alternatives à portée sociosanitaire pour toute personne interpellée connaissant un problème d'usage de drogues (licites ou illicites) en milieu ouvert ; d'autre part, l'amélioration de la prise en charge des usagers problématiques en milieu pénitentiaire, en termes de repérage, d'accompagnement et au moment de la sortie de prison. Au regard de ces deux priorités liées à l'intégration d'une dimension sociosanitaire dans la réponse pénale, la question centrale abordée dans le présent chapitre est de savoir si les actions prévues ont été effectivement mises en œuvre. Ce chapitre s'attache ainsi à explorer les réalisations déclinées, dans le schéma ci-contre, en résultats directs attendus et en effets plus lointains.

Une évaluation complète aurait eu vocation non seulement à apprécier les principaux effets des CDO, mais également à tenter de caractériser l'évolution des pratiques pénales intervenue au cours des trois années écoulées. Les sources d'information disponibles n'ont pas permis de répondre à une telle ambition : elles se sont révélées partielles, dispersées et souvent, incompatibles entre elles. En outre, la qualité des réponses pénales apportées aux problématiques d'usage de drogues n'a donné lieu qu'à une faible production d'expertises et de recherches, du moins

en France. Certes, des évaluations récentes existent : qu'elles s'appliquent aux CDO^③ ou aux unités pour sortants de prison (UPS)^⑦, leur champ d'analyse reste circonscrit, et leurs conclusions sont fondées sur des données limitées⁴.



La difficulté méthodologique générale vient donc du fait que les données statistiques existantes ne permettent pas, en l'état, de fonder une analyse des effets de la politique pénale, qu'elle soit globale ou propre à la situation judiciaire des usagers de drogues. Ainsi, par exemple, il n'a pas été possible de suivre, d'un bout à l'autre du processus pénal, le parcours des usagers de drogues, de façon à dégager les caractéristiques du traitement pénal qui leur est réservé. Un facteur supplémentaire vient complexifier l'exploitation des éléments d'information existants : les données sont généralement présentées pour une infraction principale, en géné-

3. La réflexion ne pourra englober l'ensemble de la population pénale confrontée à un usage problématique de drogues mais uniquement, parmi celle-ci, les personnes appréhendées pour ILS ou pour une infraction routière commise sous l'empire de l'alcool. Les statistiques judiciaires disponibles ne permettent pas de distinguer le parcours pénal de toute personne ayant commis au moins une infraction d'usage, ou au moins une infraction à la législation sur les stupéfiants. Ce chapitre prendra donc essentiellement en compte les usagers en infraction unique et n'étendra que ponctuellement le périmètre de l'analyse aux personnes interpellées ou condamnées pour infractions multiples, dont au moins une infraction à la législation sur les stupéfiants. En revanche, les délits de conduite sous l'empire d'un état alcoolique prendront ici une place particulière.

4. Si l'évaluation des CDO s'est attachée à questionner l'effectivité du dispositif et à esquisser des pistes pour son amélioration, elle s'est heurtée à la faiblesse des sources : données statistiques incomplètes, incompatibles, ou imprécises (concernant les actions financées, par exemple, qui ne sont pas référencées par type), difficulté à procéder à des recouplements ou à des comparaisons, etc. L'évaluation des UPS, quant à elle, a été déclinée en deux volets d'analyse : le premier concernait leur fonctionnement ; le second consistait en une étude de mortalité menée au sein d'une cohorte d'usagers problématiques pris en charge par le dispositif. À défaut de pouvoir mesurer les effets du dispositif sur le taux de récidive, l'évaluation s'est donc bornée à ces deux aspects circonscrits.

ral la plus grave, alors que plusieurs infractions ont souvent été relevées – les deux tiers des condamnés pour ILS le sont pour plusieurs infractions qui peuvent être sans lien avec les délits ici étudiés. Le manque de « visibilité statistique » de ce public fait donc obstacle à une compréhension complète du phénomène.

À défaut de disposer des outils statistiques adéquats et de données suffisamment précises, ce chapitre tentera de dresser un tableau des évolutions et d'ouvrir des pistes pour l'amélioration des séries chiffrées produites par les services. Ainsi, dans un souci d'opérationnalité, il proposera au fil de ces lignes une batterie d'indicateurs susceptibles de servir de « tableau de bord » pour évaluer les effets de la politique pénale dans le cadre du prochain plan pluriannuel. Nous exposerons successivement les moyens déployés et les initiatives engagées en faveur :

- d'une prise en compte par les acteurs de la politique pénale de l'objectif d'une prise en charge sociosanitaire adaptée, à tous les stades de la filière pénale,
- du renforcement de la prise en charge en milieu carcéral des usagers ayant des comportements addictifs.

6.1. PRISE EN COMPTE PAR LES ACTEURS DE LA POLITIQUE PÉNALE DE L'OBJECTIF D'UNE PRISE EN CHARGE SOCIOSANITAIRE ADAPTÉE AUX DIFFÉRENTS STADES DU PROCESSUS PÉNAL

Constats posés par le plan triennal

Le diagnostic réalisé à la veille du plan triennal, au terme de vingt-cinq années d'application de la loi de 1970, a pris acte d'un succès mitigé de la liaison entre instances pénales et sanitaires, malgré quelques réussites locales. Les deux circulaires du ministre de la Justice du 17 juin 1999^{iv}, concomitantes de la rédaction du plan, fixaient les directives présidant à l'application de la loi ; elles visaient à améliorer la coopération entre les différents services. Cette double orientation a notamment été mise en œuvre par le biais du dispositif des conventions départementales d'objectifs (conventions départementales d'objectifs Justice/Santé).

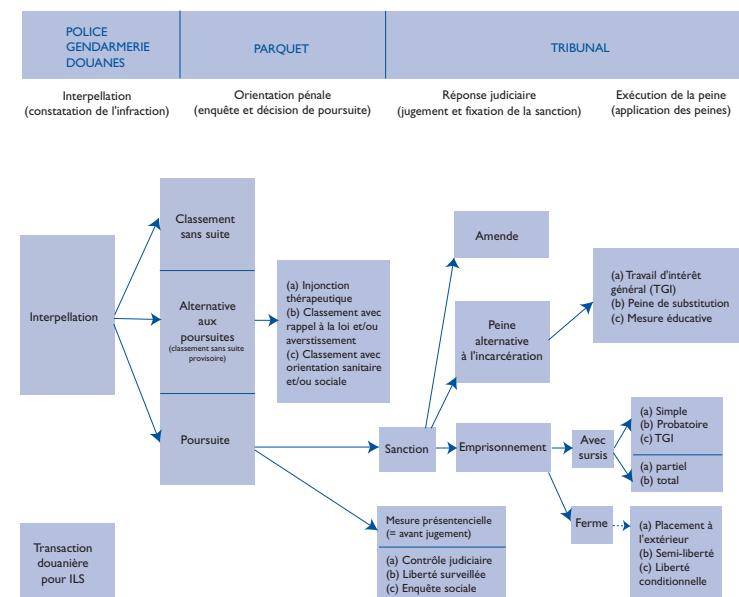
Réponses apportées par le plan triennal

Le plan triennal insistait donc sur la nécessité d'une prise en charge sociosanitaire à tous les stades de la filière pénale. À ce titre, il faisait une large place au dispositif des conventions départementales d'objectifs justice-santé vouées à opérer (ou à « catalyser ») le rapprochement entre les logiques pénale et sociosanitaire en accueillant au sein des structures sanitaires et sociales spécialisées les justiciables présentant des problèmes de consommation de drogues.

Ce souci d'utiliser le « moment » judiciaire pour amener les usagers à engager une démarche sanitaire devait se traduire, selon les termes du plan, dès l'interpellation par les services de police, de gendarmerie ou des douanes, par une orientation sociosanitaire donnée par le Parquet. Mais les prises en charge sociosanitaires peuvent également intervenir plus tard dans la chaîne pénale, lors du choix de la peine pour les condamnés ayant commis une infraction d'usage de stupéfiants ou d'abus d'alcool. Les progrès effectués en ce sens seront étudiés d'une part à la lumière des chiffres nationaux et des données recueillies pour un groupe de sept juridictions de Paris et de la région parisienne – désigné sous le nom d'« échantillon francilien » –, d'autre part au vu des résultats observés à travers l'évaluation du dispositif des CDO.

Évaluation du degré de réalisation de cet objectif

Le diagramme ci-après explicite les opportunités de prise en charge sociosanitaire pour les usagers justiciables, aux différents stades de la chaîne pénale. Le raisonnement développé ici suit l'ordre logique du parcours du justiciable à travers la filière pénale.



Tout d'abord quelques données de contexte.

- Interpellation par la police, la gendarmerie ou les douanes.

Les interpellations pour usage simple ont connu en 2001 un recul notable (71 667 usagers interpellés, soit une chute de plus de 14 %⁵). Cette baisse s'inscrit dans le contexte d'une diminution globale de l'ensemble des interpellations pour ILS⁶. La structure des interpellations est toutefois restée inchangée : près de 9 interpellations d'usagers sur 10 concernent des consommateurs de cannabis⁷.

Tableau 28 - Place des interpellations pour usage simple dans l'ensemble des interpellations pour ILS

	1998	1999	2000	2001
Interpellations pour ILS	91 048	95 910	100 870	84 533
Interpellations pour usage simple	74 633	80 037	83 385	71 667
Part d'interpellation des usagers simples (%)	82,0	83,5	82,7	84,8
Interpellations pour usage simple de cannabis	64 479	70 802	73 661	63 694
Part d'interpellation pour usage de cannabis (%)	86,4	88,5	88,3	88,9

Source : OCRTIS, 2001

- Orientation pénale et jugement

En 1998, un usager simple interpellé sur dix faisait l'objet de poursuites devant le tribunal. Cette estimation, indicative, doit être nuancée compte tenu des critères d'encodage statistique de l'usage (qui peut recouvrir divers contextes de consommation allant de l'usage simple à la détention ou à l'importation) et compte tenu des possibilités de requalification pénale de l'infraction constatée par la police

5. Ce recul intervient après une période de croissance continue, puisque les interpellations pour usage ont doublé entre 1993 et 1998 (74 633), puis continué de progresser en 1999 (80 037) et en 2000 (83 385) – source OCRTIS. Il n'a pas été donné d'explication précise à cette diminution.

6. Les interpellations pour trafic ont également diminué ; aucune explication n'est donnée sur cette baisse.

7. Rappelons qu'en ce domaine, il est probable que les statistiques traduisent l'évolution de l'activité des services de police et de gendarmerie plus qu'une transformation du phénomène lui-même (source OCRTIS).

judiciaire (l'usage peut ainsi, par exemple, être requalifié en détention). Dans les statistiques policières, lorsqu'une infraction à la législation sur les stupéfiants autre que l'usage est constatée et qu'elle semble attester d'un trafic, la procédure est enregistrée par l'OCRTIS comme de l'usage-revente ou du trafic, mais il n'y aura pas de double enregistrement (« usage » plus « autre ILS »). La catégorie « usage » recouvre donc les usagers simples, les petits détenteurs et les usagers ayant commis une infraction connexe autre qu'une ILS (violence, dégradation, infraction aux transports, etc.). En revanche, les statistiques judiciaires comptabilisent les condamnations selon le critère de l'« usage illicite », en tant qu'il est distingué des faits de « détention-acquisition » ou d'« aide à l'usage par autrui ». La variabilité des définitions de l'usage selon les sources ne permet pas de recouper les statistiques policières et judiciaires.

Place des condamnations pour usage simple en infraction unique ou principale au sein des interpellations et des condamnations pour ILS

Tableau 29	1998	1999	2000	2001
Interpellations pour usage simple	74 633	80 037	83 385	71 667
Condamnations pour usage illicite de stupéfiants (en infraction unique)	3 452	3 426	3 397	2 933
Pourcentage de condamnations par rapport aux usagers interpellés (%)	4,6	4,3	4,1	4,1
Condamnations pour usage en infraction principale (unique ou la plus grave parmi d'autres infractions)	6 686	7 000	6 616	5 993
Pourcentage de condamnations par rapport aux interpellations pour usage (en infraction principale)	9,0	8,7	7,9	8,4
Condamnations comportant au moins une infraction d'usage (rang 1 ou plus)	15 026	14 864	14 390	*
Pourcentage de condamnations pour usage unique parmi les infractions comportant au moins un fait d'usage (en %)	23,0	23,0	23,6	*
Condamnations pour ILS en infraction principale (unique ou associée à d'autres infractions)	24 081	24 112	22 917	21 448
Pourcentage de condamnations pour usage en infraction principale parmi les condamnations pour ILS (en %)	27,8	29,0	28,9	27,9

* Chiffre non disponible

Sources : OCRTIS et SDSED, 2001

Le nombre de personnes condamnées pour une infraction d'usage se situe donc dans une fourchette entre le nombre de condamnations pour usage en infraction unique et le nombre de condamnations pour usage en infraction principale (le chiffre des condamnations pour usage en infraction unique auquel s'ajoutent les cas d'usage associés à une infraction connexe).

À l'issue de la période triennale, le nombre de poursuites judiciaires des usagers de stupéfiants a baissé en valeur absolue, et plus nettement encore en valeur relative – par rapport aux autres types d'orientation pénale : en 2001, 1 usager interpellé sur 12 était poursuivi. La grande majorité des personnes interpellées pour plusieurs infractions, dont un usage illicite de stupéfiants, a donc bénéficié d'un classement ou d'une alternative aux poursuites dans la période triennale, d'une façon de plus en plus marquée.

Parallèlement, les condamnations pour usage simple ont régulièrement diminué, passant de 4,6 % du total des interpellations pour usage en 1998 à 4,1 % en 2001. Néanmoins, la part des condamnations pour usage dans l'ensemble des condamnations pour ILS⁸ s'est maintenue légèrement en deçà de 30 % dans la période triennale (OCRTIS, 2001⁹ ; Casier judiciaire national¹⁰).

Alternatives aux poursuites

La tendance globale fait apparaître un essor des alternatives aux poursuites pour l'ensemble des infractions (163 799 en 1998, 214 108 en 1999, 250 051 en 2000, 269 996 en 2001⁹). Cependant, la part des alternatives aux poursuites des auteurs d'infractions à la législation sur les stupéfiants (en particulier des usagers simples) n'est pas distinguée dans les chiffres nationaux. Il en découle une autre faille statistique : les alternatives aux poursuites proposées aux auteurs d'ILS ne sont pas détaillées systématiquement dans les statistiques des Parquets, ni par type de contentieux (usage, détention, cession ou trafic), ni par type de procédure alternative (orientation vers une structure sanitaire et sociale, avertissement, rappel à la loi). Le dispositif statistique pénal actuel permet de mesurer le volume d'affaires reçues au Parquet et le nombre global d'orientations proposées. Le détail des orientations peut parfois être recueilli auprès de certains Parquets qui ont mis en place ce suivi, mais il n'existe pas d'outil standardisé de mesure généralisé dans l'ensemble des Parquets. La plupart du temps, seules sont distinguées les injonctions thérapeutiques.

8. L'Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants (OCRTIS) enregistre au sein du fichier national des auteurs d'infractions à la législation sur les stupéfiants (FNAILS) toutes les procédures d'ILS établies par les services de police, de gendarmerie et des douanes. Les informations relatives aux condamnations sont issues, depuis 1984, d'une exploitation du Casier judiciaire national.

9. Source : ministère de la justice, cadres du Parquet.

Dans leur état actuel, les outils statistiques disponibles ne permettent pas de répondre globalement à la question du développement des orientations sociosanitaires aux différents stades de la filière pénale. Le suivi des cas d'usage à travers la chaîne statistique est impossible : on « perd la trace » de l'usager simple interpellé dès le stade de son arrivée au Parquet, lors de la phase de requalification de l'infraction¹⁰. Cette discontinuité entre les statistiques d'interpellation et les statistiques d'orientation pénale est renforcée par une rupture analogue entre les statistiques d'orientation et de condamnation. La variabilité des définitions de l'usager d'une source à l'autre fausse tout suivi statistique, et ne permet pas de cerner l'offre sociosanitaire proposée aux usagers simples aux différentes étapes de leur parcours judiciaire (*cf.* recommandations en fin de chapitre).

Concernant la seule région parisienne, les données produites par l'ensemble des parquets franciliens à l'exception de ceux de Seine-et-Marne – départements 75, 78, 91, 92, 93, 94, 95 – ont permis de renseigner une série d'indicateurs ciblant la dimension sociosanitaire de la réponse pénale. En effet, seule une approche localisée a permis de mettre en rapport des données chiffrées relatives au flux pénal des usagers et les orientations qui ont pu, à chaque étape, leur être proposées. Les chiffres d'activité des sept parquets de Paris et de la région parisienne relevant des cours d'appel de Paris et de Versailles, traitant le quart environ de l'ensemble des affaires pénales¹¹, ont ici été exploités¹¹.

Si la taille de l'échantillon garantit une assez bonne représentativité pour la région, une projection nationale semble peu envisageable, l'Ile-de-France étant atypique en matière de contentieux – les infractions à la législation sur les stupéfiants constatées y sont plus nombreuses que dans d'autres régions et revêtent des caractéristiques spécifiques. Établies sur la seule année 2001, les données fournies par cette cohorte d'affaires laisseront dans l'ombre l'évolution intervenue dans la période récente pour ne donner qu'un aperçu de la situation « finale », observable à l'issue de l'action interministérielle menée sur trois ans. Les données de cet échantillon francilien sont traitées plus loin.

10. D'une part, les statistiques d'interpellation sont fondées sur des catégories d'infractions distinctes de celles des parquets qui qualifient les dossiers qu'ils reçoivent en ne retenant que l'infraction la plus grave (or, dans la plupart des cas où plusieurs infractions ont été constatées, l'usage n'est pas l'infraction la plus grave). Inversement, une infraction qualifiée de détention ou de transport par les services de police peut être poursuivie par le Parquet comme simple usage. D'autre part, dans les statistiques des condamnations en infraction principale, de nombreuses infractions d'usage restent « cachées » dès lors qu'elles ne sont pas considérées comme l'infraction la plus grave, inscrite en premier sur la liste des infractions. Pour plus de précisions sur les limites de l'exploitation des procédures de police judiciaire mettant en cause des usagers de drogues, on pourra se reporter à l'étude OFDT-CESDIP, *Le consommateur de produits illicites et l'enquête de police judiciaire - étude exploratoire à partir des procédures de police judiciaire* (Barré et al., 2000).

11. Cet Infocentre, mis en place depuis un an, sera étendu à l'ensemble des tribunaux à l'horizon 2004-2005, dans le cadre d'une nouvelle application pénale.

Seront examinées successivement les évolutions constatées en termes de :

- sensibilisation des acteurs répressifs aux préoccupations sociosanitaires et des acteurs sanitaires aux enjeux de la politique pénale ;
- capacité effective du dispositif CDO à prendre en charge les usagers justiciables ;
- amélioration de l'accès à une prise en charge sociosanitaire des usagers engagés dans la filière pénale aux stades de l'interpellation de la police judiciaire, de l'orientation pénale et enfin, de la présentation au tribunal de grande instance.

Intégration par les acteurs répressifs et sanitaires des objectifs sociosanitaires dans l'approche pénale des usagers justiciables

C'est probablement dans l'évolution des représentations et des pratiques des acteurs du processus pénal (police, justice) et des acteurs sociosanitaires qu'il convient de rechercher en premier lieu la voie d'une amélioration.

Sensibilisation des acteurs répressifs aux besoins de soins des usagers

La sensibilisation des acteurs répressifs aux besoins de soins des usagers s'est faite essentiellement à travers le partenariat local. L'évaluation des CDO^③ a mis en évidence la distorsion entre deux logiques d'action distinguant les interventions judiciaires et sociosanitaires : une gestion des flux dans le premier cas, et de prise en charge dans le second. Le rapprochement entre ces deux logiques et les acteurs qui les portent, qui existe à l'échelon national au sein du comité de pilotage et au sein de la MILD'T, ne se concrétise pas aussi facilement au niveau local, échelon auquel l'interministérialité a du mal à se mettre en œuvre et pour laquelle il n'existe pas d'espaces d'échange *a priori*. L'un des facteurs explicatifs identifiables aujourd'hui est celui de la formation insuffisante des acteurs répressifs à l'approche sociosanitaire préconisée dans les textes. Des formations commencent à émerger, mais le chiffre des personnes sensibilisées aux nouvelles orientations de la politique pénale n'est pas connu. Cependant, le déficit de formation n'est pas le seul responsable : la complexité des dispositifs mis en place peut également être mise en cause. Par ailleurs, les obstacles pratiques à l'application des préoccupations sociosanitaires par les acteurs répressifs semblent eux-mêmes mal connus. La conduite d'une étude spécifique pourrait permettre de déterminer comment mieux mettre en œuvre les mesures d'orientation sociosanitaire dans la procédure pénale.

Sensibilisation des acteurs sanitaires aux enjeux de la politique pénale

La sensibilisation des acteurs sanitaires aux enjeux de la politique pénale, quant à elle, se heurte au problème du secret professionnel. Certes, les articles, études et les réflexions de plus en plus nombreux traitant de la prise en charge de l'alcoolodépendance dans un cadre judiciaire contribuent à ancrer la pratique du partenariat. La difficulté concrète qui ressort régulièrement des débats est celle de la contra-

dition entre une obligation de soins mise en œuvre dans le cadre d'une mesure pénale et le respect, dans la prise en charge effective, du secret professionnel¹². Les soignants font valoir l'éthique médicale au détriment du rôle d'expert, auxiliaire de justice, qui est attendu d'eux dans les cas d'orientation sanitaire des usagers : ainsi, lors de collaborations avec la justice, certains centres départementaux de prévention de l'alcoolisme (CDPA) estiment ne pas devoir transmettre plus qu'un simple certificat de suivi, tandis que d'autres considèrent qu'on peut donner davantage d'informations, à condition que le patient en soit informé¹³. D'autre part, les personnels médicaux et sociaux estiment que la démarche de soins doit provenir d'une demande du patient, et qu'une obligation qui lui est imposée est sans efficacité réelle.

Dispositifs locaux de partenariat

Un autre vecteur d'amélioration de la connaissance, mutuelle cette fois, des acteurs sanitaires et répressifs est celui des dispositifs locaux de partenariat développés dans le cadre de la politique de la ville ou des Contrats locaux de sécurité (CLS). Selon un échantillon de 173 CLS étudiés par la Direction centrale de la sécurité publique, en 2001, 85 % d'entre eux disposaient d'un volet toxicomanie (147) et parmi ceux-ci, 37 % comprenaient un volet « alcool » (65)¹⁴. L'intégration des problématiques liées aux drogues dans ces instances semble donc avoir connu une évolution positive.

Pourtant, cette tendance ne garantit pas nécessairement une articulation entre les politiques sociosanitaires et de sécurité publique : en l'absence d'outils de suivi permettant de mesurer les avancées concrètes d'une approche « mixte » combinant ces deux préoccupations, tout au plus peut-on conclure que la prise en compte du problème a été opérée, sur le versant « sécuritaire ». Ainsi, les rencontres inter-régionales de Lille organisées par le ministère de l'Intérieur le 8 juin 2001 ont prévu un atelier spécifiquement consacré à la prise en compte des conduites toxicomaniaques dans les CLS (« CLS des toxicomanies et conduites addictives »). L'atelier s'est notamment posé la question de l'adoption d'un CLS spécifique « toxicomanie ». Un consensus s'est dégagé pour déconseiller le recours à un CLS particulier, pour trois raisons :

12. Ainsi, par exemple, une journée d'échanges organisée par l'ANPA le 25 juin 1999 comprenait un atelier consacré au traitement judiciaire réservé aux usagers ayant un problème d'alcool. S'inspirant de l'expérience de la Ligue contre le cancer qui avait donné la parole aux malades cancéreux lors des États généraux de la santé, le conseil d'administration a tenté une démarche similaire avec les malades alcooliques. La manifestation était intitulée « malades alcooliques, qu'attendez-vous de nous ? ». L'une des questions abordées était : « Comment les malades alcooliques perçoivent-ils le système de soins mais aussi la justice ? »

13. Source internet : <http://www.anpa.asso.fr>.

14. Source internet (<http://www.cls.interieur.gouv.fr>).

- les problèmes de toxicomanie étant indissociables des spécificités territoriales, leur résolution passe par l'association de nombreux partenaires ayant en commun un bassin d'intervention déterminé : c'est bien cette connaissance partagée qui fonde le succès des CLS « généraux » ;
- de deuxièmement, envisager un contrat restreint à la problématique « toxicomanie » impliquerait de réunir un comité distinct de celui des CLS et de se priver de l'expertise de partenaires qui, bien que non spécialistes des questions de toxicomanie, ont des connaissances de terrain ;
- enfin, plutôt que de s'orienter vers des CLS thématiques qui pourraient entrer en concurrence avec les plans départementaux de lutte contre la toxicomanie et de prévention des dépendances¹⁵, les participants jugeaient plus judicieux d'encourager la mutualisation et l'articulation de ceux-ci avec les volets « toxicomanie » des CLS. Par ailleurs, l'atelier s'est prononcé pour la généralisation de la prise en compte des volets « toxicomanie » et « alcool » dans les CLS, tout en déplorant la faiblesse des moyens disponibles pour assurer le suivi des soins en alcoologie.

En outre, concernant la prise en compte des problématiques d'usage d'alcool des justiciables par les autorités répressives, l'orientation interministérielle présentée dans le plan triennal en faveur de la prévention contre les comportements d'usage d'alcool dangereux pour la sécurité publique s'est incarnée dans des initiatives nouvelles. Ainsi, une réflexion conjointe de la Direction de la sécurité routière du ministère de l'Équipement, des Transports et du Logement et de la Direction de l'administration territoriale et des affaires politiques du ministère de l'Intérieur s'est traduite par l'élaboration d'une note sur l'extension de l'expérimentation d'une réforme des commissions médicales départementales du permis de conduire. Le transfert expérimental auprès des médecins de ville agréés de plus de la moitié des examens médicaux effectués par les commissions médicales préfectorales a été conduit à partir du 1^{er} juin 2001 dans neuf, puis onze départements. En février 2002, le bilan de l'externalisation des commissions médicales vers les cabinets de médecine libérale a été jugé positif dans la totalité des départementaux expérimentaux, ce qui a motivé la décision de son extension à l'ensemble du territoire. Ladite note^v vise donc à fixer le cadre d'application de cette externalisation afin de garantir le repérage et le suivi des conducteurs ayant une consommation problématique d'alcool ou dépendants aux médicaments. Les autorités répressives (police, gendarmerie) développent donc concrètement des « passerelles » avec les professionnels de santé.

15. Leur élaboration est confiée aux chefs de projet « drogues et dépendances », assistés d'un comité de pilotage réunissant représentants de la justice, d'administrations et d'associations.

Capacité globale des dispositifs sociosanitaires à prendre en charge les usagers justiciables, à tous les stades de la filière pénale

Trois types de sources, qu'on ne peut croiser mais qui apportent chacun un éclairage sur la réalisation de l'objectif d'orientation sociosanitaire des usagers de drogues engagés dans la filière pénale, seront ici exploités :

- les données en provenance des parquets, qui renseignent sur le recours des magistrats aux mesures à dimension sociosanitaire lors de l'orientation pénale (développés *infra*, d'après l'échantillon de sept juridictions de la région parisienne) ;
- les données collectées dans le cadre des bilans départementaux des CDO, qui offrent une estimation du nombre de structures financées pour accueillir les justiciables connaissant un problème d'usage de drogues et du nombre de justiciables pris en charge par les structures spécialisées ;
- les données issues des CSST enfin, qui apportent des éléments chiffrés sur la prise en charge effective par les structures spécialisées et le nombre d'usagers orientés par une instance judiciaire (parquet ou tribunal), en « stock » et en file active.

Initialement, les CDO visaient à contribuer au développement d'actions prioritaires pour accueillir les usagers sous main de justice. Concrètement, les financements alloués aux structures spécialisées devaient permettre de mobiliser plus fortement les opérateurs déjà positionnés sur la prise en charge des publics justiciables et de faire émerger, parmi certains opérateurs existants, une vocation d'accueil de ces nouveaux publics.

Deux éléments de contexte doivent ici être rappelés : les CDO ont été généralisées depuis 1999 à l'ensemble des juridictions – au-delà des seuls territoires de la géographie prioritaire de la politique de la ville¹⁶. En outre, elles ont été étendues, dès 1998, à la prise en charge des personnes placées sous main de justice rencontrant des difficultés avec l'alcool : la portée sociosanitaire attendue de la réponse pénale vise donc non seulement les usagers de drogues illicites, mais également les personnes poursuivies pour un délit lié à l'abus d'alcool ou à une conduite toxicomane.

Le financement des CDO ressort de crédits déconcentrés pour un montant qui a connu une montée en charge sur la période triennale : de 2,5 M de crédits alloués en 1998 (16,2 MF), il est passé à 4,9 M (32,2 MF) en 1999 puis à 7,1 M en 2000 (soit 46,6 MF) – y compris le Fonds social européen (FSE) – et à 9,9 M en 2001 (soit 64,9 MF) – y compris le FSE. Cette augmentation de moyens s'est effectivement traduite par la croissance du nombre de structures financées : de 203 en 1999,

16. Dans la mesure où la toxicomanie et l'alcoolodépendance sont des phénomènes qui dépassent le strict cadre de la géographie prioritaire de la politique de la ville, les décisions de la MILDT du 12 février 1999 et du garde des Sceaux du 22 avril 1999 ont généralisé le dispositif au-delà des 30 départements initialement signataires d'une CDO.

on est passé à 286 structures financées en 2000 et à 333 en 2001. Le nombre important d'opérateurs peut être une première garantie de la diversité de l'offre de préservation. En effet, si les structures spécialisées dans la prise en charge des toxicomanes (CSST) et des alcoololo-dépendants (centres de cure ambulatoire en alcoologie, comités départementaux de prévention de l'alcoolisme) représentent la majorité des opérateurs financés dans le cadre des CDO (respectivement 31 % et 22 %), les opérateurs du réseau justice (qui mettent en œuvre les contrôles judiciaires, les enquêtes rapides, etc.) sont aussi mobilisés à hauteur de 22 %, ainsi que des opérateurs œuvrant dans le champ plus large de la lutte contre les exclusions (centres d'hébergement et de réinsertion sociale pour 10 % des structures et un ensemble plus large formé par les missions locales, « points écoute », structures d'éducation à la santé, associations, etc., à environ 15 %)⑯.

Grâce à ce financement complémentaire, en 2001, 37 500 personnes ont bénéficié d'une prise en charge sociosanitaire dans le cadre des CDO¹⁷, vs 20 069 en 2000 et 9 235 en 1999, soit une augmentation apparente de 400 %. Toutefois, ces chiffres restent des estimations calculées sur la base des rapports des chefs de projet départementaux : ils n'intègrent pas la totalité des départements.

De plus, l'évaluation conduite par ACADIE a mis en évidence qu'une partie de la population prise en charge grâce aux financements de la CDO était, en réalité, déjà prise en charge auparavant par des opérateurs. Dans certains départements, la convention départementale d'objectifs a permis d'augmenter quantitativement l'offre. Enfin, dans un certain nombre de cas, les CDO ont joué un rôle de réorganisation des filières de prise en charge : le dispositif a contribué à structurer l'offre et la demande d'une façon nouvelle, mais le poids de cette reconfiguration est impossible à évaluer par comparaison au traitement « ordinaire » en vigueur antérieurement.

Source d'information imparfaite, les bilans des CDO sont néanmoins une source pertinente pour apprécier l'évolution encourue au cours de la période triennale. La tendance semble avoir été à la hausse exponentielle du nombre d'usagers orientés vers des instances sociosanitaires après un passage dans la filière pénale.

Les rapports d'activité des CSST (disponibles pour deux années, 1999 et 2000) permettent d'apporter un éclairage complémentaire sur ce point. Pour mémoire, les CSST assurent le tiers des prises en charge des publics toxicomanes sous main de justice, bien que leur action ne se limite pas aux soins et au suivi¹⁸. Le nombre d'usagers de drogues pris en charge en file active par les CSST dans le cadre de mesures judiciaires a augmenté dans la période triennale, s'élevant de 3 764 personnes (10,5 % de l'ensemble des patients) en 1999 (rapport d'activité des CSST ambulatoires, 1999)

17. Données issues des bilans départementaux des conventions départementales d'objectifs justice-santé réunis par la MILDt.

18. Dans le cadre du dispositif, 12 % d'entre eux mettaient en œuvre des actions d'accueil-orientation et plus de 13 % se positionnaient sur des missions d'insertion sociale ou professionnelle (GORGEON et al. [ACADIE], 2003).

à 5 606 personnes en 2000 (12 % des patients), soit une augmentation des effectifs de près de 70 %¹⁹. Les « publics justice » ont donc fortement augmenté, en nombre et en proportion, au sein de la population toxicomane traitée par les CSST.

Le nombre de « nouveaux patients » pris en charge par un CSST à la suite d'une procédure judiciaire, qui traduit en temps réel les orientations sociosanitaires opérées sur deux années, était de 2 722 en 1999 (soit 14 % de l'ensemble des nouveaux patients) et de 4 007 en 2000 (soit 17 % du total des patients accueillis dans l'année). Ce résultat, parfaitement conforme aux orientations du plan triennal, atteste de l'augmentation très nette du public justiciable au sein des CSST.

On examinera l'évolution de l'accès à une prise en charge sociosanitaire chez les usagers poursuivis pour un délit en lien, respectivement, avec les stupéfiants et avec l'alcool. Les analyses suivantes ont été réalisées sur la base des données de l'échantillon francilien auquel on a fait référence précédemment.

Amélioration de l'accès aux soins des usagers (alcool, stupéfiants) à la suite de l'interpellation (sur 18 250 procès-verbaux reçus au titre d'infractions à la législation sur les stupéfiants au sein de l'échantillon francilien)

Le taux de réponse judiciaire (poursuites et alternatives aux poursuites) en matière d'infractions à la législation sur les stupéfiants – pour deux tiers des cas d'usage – s'avère remarquablement élevé par rapport aux autres contentieux : il était de 83,7 % en 2001, vs 67,1 % pour les autres infractions¹⁹.

On relève donc un faible taux de classement sans suite « sec » des infractions pour usage, qui s'inscrit dans le contexte d'une diminution générale des classements sans suite – en baisse au cours de la période triennale pour l'ensemble des infractions pénales juridiquement constituées et pour lesquelles l'auteur peut être mis en cause²⁰. Les 83,7 % de personnes interpellées pour ILS en 2001 qui arrivent jusqu'au stade de l'orientation pénale, potentiellement, pourraient faire l'objet d'une alternative aux poursuites ou d'une condamnation aménagée incluant un suivi sanitaire. Ainsi, quatre auteurs d'ILS sur cinq interpellés par un service répressif se trouvent « en situation » d'accéder à des soins adaptés au cours de leur passage dans la filière pénale – s'il s'agit d'usagers et non de trafiquants.

On pourrait considérer que ce contingent de population pénale forme le public potentiel des CDO (cf. *infra*).

19. Le taux de réponse pénale mesure la part des affaires susceptibles d'être poursuivies ayant fait l'objet soit d'une poursuite devant le tribunal, soit d'une mesure alternative dite « de la troisième voie », sur l'ensemble des affaires poursuivables.

20. Le taux de classement sans suite pour l'ensemble des infractions a baissé, passant de 34,9 % en 1998 à 32,5 % en 1999 puis à 32,1 % en 2000 et en 2001 (source : Annuaire statistique de la Justice).

Le taux de réponse pénale donnée aux affaires d'usage simple impliquant au moins un auteur mineur s'élève, en 2001, à 88,7 %, les parquets apportant ainsi une attention particulière à cette infraction lorsqu'elle est commise par un mineur. Les réponses judiciaires tendent alors à être systématiques.

Concernant les personnes majeures interpellées pour infraction routière en lien avec la consommation d'alcool, le taux de réponse pénale sur l'échantillon francilien retenu est de 99,1 % pour les accidents mortels de la circulation avec usage d'alcool, les accidents de la circulation avec blessures involontaires et état alcoolique et les conduites sous l'emprise de l'alcool. Les poursuites sont quasiment systématiques (95,5 % des affaires).

Amélioration de l'accès aux soins des usagers (alcool, stupéfiants) lors de l'orientation pénale

Développement des alternatives sociosanitaires aux poursuites en direction des personnes (mineurs/majeurs) interpellées pour usage ou détention de stupéfiants (données de l'échantillon francilien)

Parmi l'ensemble des affaires d'usage de stupéfiants, un certain nombre concerne des mineurs. L'exploitation des données de l'échantillon de la région parisienne permet de dégager un constat essentiel.

Dans les cas d'usage ou de détention, près des trois quarts des affaires donnent lieu à une alternative aux poursuites (74,6 % et 73,9 % respectivement²¹) – sachant qu'une affaire peut concerner plusieurs usagers – donc davantage que pour les infractions commises par des majeurs (61,2 % et 68,2 %).

En 2001, en région parisienne (sauf Seine-et-Marne), dans les 7 juridictions de l'échantillon francilien, 1 723 usagers simples de 15 à 17 ans ont été appréhendés par les services de police, de gendarmerie ou de douane (en quasi-totalité des usagers de cannabis²²). Sur 815 affaires impliquant au moins un auteur mineur enregistrées, 608 ont fait l'objet d'une procédure alternative aux poursuites (dont 477 rappels à la loi ou avertissements, soit 78,5 % des mesures alternatives).

Néanmoins, ces chiffres franciliens ne reflètent pas nécessairement les pratiques des autres juridictions. Le nombre des mineurs interpellés pour usage ou usage-revente qui ont fait l'objet d'un classement sans suite et d'une mesure alternative aux poursuites – en détaillant rappels à la loi, classements sous condition,

21. Sur 1 205 affaires, 608 concernent des faits d'usage et 597 des faits de détention (source : tableaux d'estimation produits par l'InfoCentre sur l'ensemble des affaires d'infractions à la législation sur les stupéfiants enregistrées par les cours d'appel de Paris et de Versailles en 2001).

orientation vers une structure sanitaire, sociale ou professionnelle et injonctions thérapeutiques – n'est pas une donnée statistique disponible à ce jour pour l'ensemble de la France.

Concernant les alternatives sociosanitaires aux poursuites en direction des majeurs, on peut observer pour les sept parquets de la région parisienne que, dans deux tiers des cas environ, l'usage comme la détention²² donnent lieu à une mesure alternative, alors que pour les autres infractions à la législation sur les stupéfiants (cession ou offre, trafic), les poursuites sont largement majoritaires²³. Cette source échantillonnée, limitée à l'année 2001, ne nous permet pas de juger de l'évolution du recours aux alternatives aux poursuites dans les cas d'usage de stupéfiants sur la période triennale.

Tableau 30 - Orientation pénale des personnes interpellées pour usage ou détention de stupéfiants (majeurs + mineurs) – échantillon francilien, cours d'appel de Paris et de Versailles – année 2001

	Nombre d'affaires	Ratio (en %)
Usage	9 174	100
Classements sans suite	1 922	21,0
Procédures alternatives aux poursuites	5 611	61,2
Rappel à la loi/avertissement	4 560	49,7
Injonction thérapeutique	459	5,0
Orientation vers une structure sanitaire ou sociale	276	3,0
Autres	316	3,4
Poursuites	1 641	17,9
Détention	4 206	100
Classements sans suite	511	12,2
Procédures alternatives aux poursuites	2 870	68,2
Rappel à la loi/avertissement	2 287	54,4
Injonction thérapeutique	259	6,2
Orientation vers une structure sanitaire ou sociale	248	5,9
Autres	76	0
Poursuites	825	19,6

Source : Ministère de la Justice, DACG – Données indicatives produites par l'InfoCentre, 2001 (chiffres provisoires)

22. Les taux d'alternatives aux poursuites prononcées pour ces deux infractions s'élèvent à 61,2 % pour l'usage et 68,2 % pour la détention en l'année 2001 (sur un échantillon représentatif de sept juridictions).

23. Les poursuites concernent 94,4 % des affaires poursuivables de cession ou d'offre de stupéfiants et 82,9 % des affaires poursuivables pour trafic de stupéfiants. Plus globalement, la majorité des infractions à la législation sur les stupéfiants transmises aux magistrats du Parquet donnent lieu à une procédure alternative aux poursuites. Sur 15 257 affaires d'ILS susceptibles d'être poursuivies en 2001, 57,5 % ont déclenché une procédure alternative aux poursuites, tandis que 16,3 % ont fait l'objet d'un classement sans suite et 26,1 % ont donné lieu à des poursuites.

Dans quelle mesure ce développement des mesures alternatives aux poursuites s'est-il accompagné d'une diversification ? Dans 80 % des cas d'usage ou de détention, il s'agit d'un rappel à la loi ou d'un avertissement. Les alternatives sociosanitaires proprement dites (injonction thérapeutique et orientation vers une structure sanitaire et sociale) ne concernent que 15 % des cas.

Si au niveau national, les classements avec orientation vers une structure sanitaire, sociale ou de prévention adaptée sont disponibles pour l'ensemble des infractions dans le système statistique existant, ils ne sont pas chiffrés pour les seules ILS dans les statistiques judiciaires nationales.

Recentrage de l'injonction thérapeutique sur les usagers majeurs les plus dépendants

L'objectif posé par le plan d'un renouveau de l'injonction thérapeutique (IT) et d'un recentrage de la mesure sur les usagers les plus dépendants a été diversement respecté.

En baisse sur la globalité de la période triennale, le nombre d'injonctions a augmenté de 2000 à 2001 (4 038 mesures) alors que la même année, il y avait une baisse des interpellations pour usage simple. On peut faire l'hypothèse que la part des injonctions proposées aux usagers simples a augmenté.

Le suivi des injonctions thérapeutiques ne peut être fait avec exactitude en raison d'une modification du décompte statistique : alors qu'antérieurement les données des parquets faisaient référence aux injonctions ordonnées, elles concernent maintenant les procédures d'usage classées à la suite d'une injonction thérapeutique. L'évaluation de l'effectivité des injonctions thérapeutiques s'en trouve donc sérieusement compromise.

Par ailleurs, les données relatives aux injonctions thérapeutiques effectivement suivies (de source sanitaire) sont, depuis 2000, centralisées par la MILDT et non plus par la DGS car elles sont traitées dans le cadre global des CDO. L'effet de court terme de ce basculement dans le giron des CDO est de brouiller leur lisibilité : en effet, le financement des IT ressort de deux lignes budgétaires distinctes, ce qui ne permet pas une comptabilité rigoureuse du nombre réel d'injonctions thérapeutiques pour un exercice donné. La simple addition des deux lignes ne permet pas de résoudre ce problème car elle risque d'engendrer des doubles comptes.

Néanmoins, la mise en rapport des interpellations et des injonctions thérapeutiques exécutées au niveau national et de manière diachronique, permet d'évaluer le recours à l'injonction thérapeutique, abstraction faite de l'évolution du volume des interpellations. Si l'on calcule le ratio d'injonctions thérapeutiques déclarées par rapport au nombre d'usagers de drogues interpellés, on note que celui-ci a augmenté de 1999 à 2001, et qu'il a concerné, cette année-là, près de 6 usagers interpellés sur 100 (*cf. tableau 31*).

Tableau 31 - Interpellations pour usage et injonctions thérapeutiques

	1998	1999	2000	2001
Injonctions thérapeutiques exécutées	4 254**	4 183**	3 606*	4 038*
Interpellations pour usage simple***	74 633	80 037	83 385	71 667
Ratio (indicatif) d'injonctions thérapeutiques (IT exécutées/interpellations pour usage simple)	5,7 %	5,2 %	4,3 %	5,6 % *

Source : *Cadres du Parquet, ministère de la Justice, SDSED*

** Source MILDT

*** Source : OCRTIS

Dans l'échantillon francilien, ce ratio est égal à 2,7 %, c'est-à-dire très en deçà du ratio national estimé (le chiffre des injonctions thérapeutiques exécutées de 2001 étant provisoire). Ce constat témoigne de la diversité des pratiques des parquets face à cette mesure²⁴.

L'augmentation des IT exécutées en 2001 (+ 12 % par rapport à 2000) semble témoigner de la réactivation de cette mesure, qui a été également relevée par l'évaluation des CDO effectuée par le cabinet ACADIE.

On peut penser que cette évolution tient en partie aux effets clarificateurs de la circulaire du 17 juin 1999 qui a précisément défini le public cible (les personnes dépendantes faisant un usage massif ou répété de produits illicites, c'est-à-dire en premier lieu les héroïnomanes et, le cas échéant, les polytoxicomanes, associant plusieurs produits, licites ou illicites). Ladite circulaire soulignait la spécificité de la mesure – différente des classements sous condition ou avec orientation par le cadre coercitif plus fort qu'elle impose en laissant au magistrat la possibilité d'engager des poursuites si l'usager ne satisfait pas à ses obligations. Cette relance récente de la mesure²⁵ a contribué à mieux informer les magistrats. Toutefois, si dans certains sites on observe une augmentation des injonctions, dans d'autres cas, elles disparaissent au profit d'autres modes de prise en charge.

Si elle semble avoir été globalement « redécouverte » par les Parquets, on ne peut pas savoir précisément si les instructions ministérielles ont suffi à recentrer l'injonction sur les consommateurs ciblés : sur un échantillon limité de mesures développées dans la moitié des départements, moins d'une mesure de soins sur cinq

24. Toutes les évaluations de l'injonction thérapeutique réalisées jusqu'à ce jour, tant au niveau national que local, insistent sur la diversité des mises en œuvre, qu'elles évaluent l'application d'une circulaire (SAGANT, 1997), les effets de l'IT sur la récidive (Trepas, 1999), qu'elles étudient le profil des usagers sous IT dans un centre spécialisé depuis 1970 (Debourg, Petir, 1998), qu'elles analysent le profil des candidats à l'IT et les processus de sélection successifs (Setbon, 1998), ou qu'elles produisent une analyse localisée des modes de prise en charge des usagers sous IT (Simmat-Durand et al., 1998).

25. L'injonction thérapeutique avait déjà été l'objet de tentatives de relance multiples par des circulaires interministérielles adressées aux parquets en 1987, 1993 et 1995.

(18 %) financée par les CDO (prenant en compte indifféremment injonctions thérapeutiques, diagnostics et orientations) concernait les héroïnomanes²⁶, soit moins encore qu'en 1997 (36 %). Si la tendance à une prescription sociosanitaire aux usagers de cannabis observée au début par le plan triennal s'est encore renforcée, atteignant 71 % du public justiciable visé par une orientation sociosanitaire, on ne peut distinguer dans ce résultat global la part des consommateurs de cannabis ayant légitimement fait l'objet d'une orientation sociosanitaire de la part d'entre eux adressée vers une injonction thérapeutique²⁷. À ce premier biais d'interprétation s'en ajoute un second, relatif au classement de ces mesures par « produit principal » : la visibilité des consommateurs d'héroïne est plus forte que celle des usagers de cannabis. On peut néanmoins penser que dans un certain nombre de cas de consommation restreinte ou récréative de cannabis, l'injonction thérapeutique continue de servir de cadre à un suivi socio-éducatif, à une prise en charge psychologique ou à la délivrance d'un message préventif, plus qu'elle ne relève d'une préoccupation sanitaire.

Mais le cœur du sujet tient au caractère effectif de l'injonction – puisque nos chiffres concernent, pour l'essentiel, les procédures judiciaires classées à la suite d'une injonction. Selon une évaluation menée entre 1996 et 1998, l'IT ne semblait appliquée que dans un tiers des cas (Setbon, 2000). Il est difficile, à l'aide des sources existantes, d'apprécier le taux de suivi de cette mesure et, à plus forte raison, l'évolution de ce taux depuis 1999. D'après les données DGS de 1999 (les données plus récentes n'ayant pas pu être exploitées), 15 % des IT prononcées par les parquets ne donnent pas lieu à prise en charge par les DDASS, et environ la moitié des injonctions n'aboutissent pas à un suivi effectif en CSST. D'après ces données donc, en 1999, la moitié des injonctions seulement étaient suivies. L'impossibilité technique de mesurer la déperdition des usagers entre le moment du prononcé de l'injonction par le Parquet et celui de sa présentation à la DDASS est l'un des obstacles majeurs à l'évaluation des effets sociosanitaires de la politique pénale.

Enfin, pour référer de l'efficacité de l'injonction thérapeutique, il faut distinguer les objectifs sociosanitaires des préoccupations sécuritaires. Si la portée thérapeutique de la mesure est difficilement évaluable, son efficacité pourrait aussi être appréciée au vu du taux de récidive, par rapport aux autres mesures mises en œuvre (classement sans suite, poursuites ou autre alternative). Actuellement, les statistiques pénales nationales ne permettent pas d'établir ces corrélations.

26. Seuls 791 personnes, sur les 4 347 prises en charge, étaient suivies au titre d'une dépendance à l'héroïne (source : bilans d'application de la CDO fournis à la MILDT par 40 départements sur 48 financés en 2001).

27. Le recul des injonctions thérapeutiques observé jusqu'en 2000 était couramment imputé à la chute des interpellations d'usagers d'héroïne – les principaux censés être concernés par cette mesure. Or, la baisse des interpellations pour usage d'héroïne n'a pas été enrayer en 2001 (- 21,42 %) : elle s'est même accélérée nettement, et plus encore que la baisse des interpellations pour usage de cannabis (- 13,53 %), (OCRTIS, 2001).

Par rapport à l'ensemble des mesures sanitaires disponibles au cours du processus pénal, le bilan 2000 des conventions départementales d'objectifs santé-justice et des vacances médico-sociales fait apparaître une plus-value de ce dispositif notamment pour les injonctions thérapeutiques : 50 % des justiciables pris en charge par une structure sanitaire financée dans le cadre des CDO l'ont été en phase présentielle. Un quart d'entre eux l'étaient en injonction thérapeutique, la moitié dans le cadre d'une autre alternative aux poursuites et un quart sous contrôle judiciaire. L'augmentation des injonctions ne s'est donc pas faite au détriment des autres modalités de prise en charge.

Du point de vue des prises en charge par les CSST, l'effectivité des IT semble s'être améliorée. Les sources en provenance des CSST²⁸ montrent que les alternatives aux poursuites à dimension sociosanitaire ont été davantage mobilisées par les parquets.

Tableau 32 - Répartition des patients adressés aux CSST dans le cadre de mesures judiciaires en 1999 et en 2000 (en file active)

Provenance des patients accueillis en CSST	1999		2000	
	Ensemble des patients	% de l'ensemble des patients	Ensemble des patients	% de l'ensemble patients
Patients adressés dans le cadre de mesures judiciaires	3 764	10,5	5 606	12,0
Dont injonction thérapeutique	1 445	4,1	1 588	3,4
Dont classement avec orientation sanitaire et sociale	632	1,8	1 321	2,8
Dont autres mesures judiciaires	1 609	4,5	2 192	4,7

Source : DGS/OFDT, rapports d'activité des CSST, 1999 et 2000

Si l'on détaille les mesures judiciaires référencées dans les statistiques, on note que le nombre de personnes adressées par les parquets au titre d'une injonction thérapeutique a augmenté de 1 445 personnes en file active en 1999 à 1 588 en 2000, mais que leur part dans l'ensemble des personnes prises en charge a diminué : 3,4 % des patients en 2000 contre 4 % en 1999, au profit d'autres types d'alternatives aux poursuites. Les classements avec orientation sanitaire, qui représentaient 1,8 % des patients des CSST en 1999, ont vu leur proportion s'élever à 2,8 % en 2000 : ils ont amené 632 patients la première année, le double (1 321) la seconde.

Tableau 33 - Répartition des nouveaux patients adressés aux CSST dans le cadre de mesures judiciaires en 1999 et en 2000

Provenance des patients accueillis en CSST	1999		2000	
	Ensemble des patients	% de l'ensemble des patients	Ensemble des patients	% de l'ensemble patients
Patients adressés dans le cadre de mesures judiciaires	2 722	14,0	4 007	16,7
Dont injonction thérapeutique	1 144	5,9	1 042	4,3
Dont classement avec orientation sanitaire et sociale	582	3,0	1 203	5,0
Dont autres mesures judiciaires	974	5,0	1 529	6,4

Source : DGS/OFDT, rapports d'activité des CSST, 1999 et 2000

Ainsi, parmi les nouveaux patients des CSST, la part des personnes adressées par la justice aux instances sociosanitaires dans le cadre d'une mesure de classement avec orientation a augmenté et dépassé celle des usagers reçus pour une injonction thérapeutique. En 1999, 3 % des nouveaux patients étaient dans le premier cas et 5,9 % dans le second. En 2000, 5 % des nouveaux patients (1 203 personnes) bénéficiaient d'un classement avec orientation, alors que 4,3 % seulement (1 042 personnes) étaient suivis en CSST pour une injonction thérapeutique⁶⁰. Cette évolution témoigne de l'intégration progressive, dans les pratiques d'orientation pénale, des directives interministérielles et de l'essor remarquable des orientations sociales et sanitaires.

Développement des alternatives sociosanitaires en direction des personnes majeures poursuivies pour une infraction routière liée à l'abus d'alcool (données de l'échantillon francilien)

L'alcool étant en cause dans un certain nombre d'infractions, le plan a choisi de réserver une place privilégiée à la prise en charge des justiciables ayant une consommation abusive ou problématique de cette substance.

Entre 1999 et 2001, la conduite en état alcoolique (CEA) a vu sa part, dans l'ensemble des délits sanctionnés, augmenter, passant de 16,8 % à 17,5 % (Casier judiciaire national⁶¹). C'est le délit le plus fréquemment puni parmi l'ensemble des condamnations en France. Il est difficile de juger si cette augmentation reflète un renforcement du contrôle effectué par les services de police et de gendarmerie ou si elle traduit une hausse effective de ce type de délits.

En reprenant les chiffres de l'échantillon des juridictions de la région parisienne, on observe que le taux de réponse pénale apporté en 2001 à ces délits avoi-

sait les 100 % (99,1 % pour les conduites en état alcoolique et les accidents de la circulation avec alcool ayant entraîné la mort ou des blessures). Pour ces affaires, les classements sans suite « secs » sont négligeables.

Dans les affaires de conduite sous l'empire de l'alcool sans accident corporel, des poursuites sont engagées dans 95,7 % des cas, les procédures alternatives ne représentant qu'un infime pourcentage (3,7 %) avec, pour plus de 40 % d'entre elles, des mesures d'orientation vers une structure sanitaire et sociale.

La question des mesures alternatives à portée sanitaire pour les usagers d'alcool en infraction aux règles de circulation se pose donc davantage dans les phases sententielle et post-sententielle.

La prise en charge du problème d'alcoolisme des auteurs de CEA dans le cadre des mesures alternatives a pu prendre des formes diverses : information des conducteurs, enquête rapide par le Parquet, incitations (ou obligations) de soins, TIG routier, stage de sensibilisation des CEA. Certains centres départementaux de prévention de l'alcoolisme (CDPA) privilégièrent l'intervention dans le cadre d'une association judiciaire afin d'éclairer les décisions pénales et d'orienter la personne vers une prise en charge en CCAA (Centre de cure ambulatoire en alcoologie) si nécessaire⁶² ; d'autres organisent des modules d'alcoologie en direction des personnes suivies par les services pénitentiaires d'insertion et de probation⁶³ (SPIP). Les nouveaux consultants accueillis en 2000 en CCAA étaient adressés à 14 % par une autorité judiciaire (2 379 personnes), contre 11,4 % en 1999 (1 989 personnes)⁶⁴. L'augmentation des arrivées en CCAA à la demande d'une instance judiciaire est notable depuis plusieurs années, en particulier à la suite de dépistages d'alcoolémie. Les partenariats entre structures de prévention et centres de soins du réseau ANPA⁶⁵ devraient être renforcés, selon le rapport effectué par l'association en 2000, en lien avec la politique de sécurité routière vis-à-vis de l'ensemble des drogues. Le suivi médical et l'accompagnement psychosocial sont le plus souvent proposés par les équipes des CCAA (64,6 % de l'ensemble des consultants, contre 64,1 % en 1999 – sachant qu'à un tiers environ, les consultants sont orientés vers un CCAA par un service administratif ou judiciaire⁶⁶).

28. À l'instar du CDPA de Haute-Savoie où 19 % des personnes vues en enquête rapide engagent une démarche de soins en CCAA ; 25 % prennent contact avec le CCAA à la suite d'un contrôle d'alcoolémie et d'une enquête rapide.

29. C'est le cas, par exemple, du CDPA de la Somme qui, depuis 1996, organise des modules de sensibilisation de deux jours visant à faire réfléchir et s'exprimer des personnes en difficulté avec l'alcool et ayant été condamnées pour des faits en relation avec une alcoolisation. L'action se déroule sur deux jours consécutifs : la première demi-journée consiste en une information générale sur l'alcool et en particulier sur son élimination. La seconde porte sur la connaissance des divers processus qui amènent à la dépendance, puis viennent des témoignages de personnes en difficulté sociale avec l'alcool. Le stage se termine avec un exposé visant à responsabiliser les patients.

30. Ces données comprennent exclusivement les CCAA, gérés par le réseau de l'Association nationale de prévention de l'alcoolisme (ANPA), qui représentent un peu plus de 50 % du réseau national des CCAA (recensées dans le rapport Consultants des CCAA 2000, ANPA).

31. Association nationale de prévention de l'alcoolisme.

32. La distinction n'est pas établie dans les rapports d'activité de l'ANPA.

Pour reprendre les conclusions de la synthèse des rapports annuels des procureurs généraux sur la conduite de la politique pénale en matière de drogues et de toxicomanie (2001) réalisée par la Direction des affaires criminelles et des grâces du ministère de la Justice, « *la généralisation de mesures d'alternative aux poursuites adaptées aux mineurs usagers de stupéfiants et aux auteurs d'infractions (hors CEA) alcoololo-dépendants n'est pas encore acquise* ». Ce constat est à nuancer dans la mesure où le questionnaire ne comportait pas de questions relatives à ce public spécifique. De plus, il semble que les parquets ayant entamé une réflexion sur la réorientation de leur politique en matière de toxicomanie mentionnent souvent des projets spécifiques aux mineurs ou à la prise en compte de l'alcoolodépendance.

Plus globalement, la synthèse précitée permet de conclure de façon provisoire sur la diversification des alternatives aux poursuites opérée dans le traitement des usagers de stupéfiants (les actions ciblées en direction des alcoololo-dépendants paraissent moins lisibles). Il semble que deux groupes de cours d'appel peuvent être distingués. Le premier rassemble les cours qui, globalement, « en sont restées à un traitement plutôt classique du contentieux, c'est-à-dire par un recours aux injonctions thérapeutiques et aux classements sans suite avec avertissement et/ou rappel à la loi³³ ». Le second réunit les cours qui, « dans l'ensemble, ont mis en œuvre des approches plus innovantes, en développant les classements sans suite avec orientation sanitaire ou sociale, dans la majorité des cas par recours aux délégués du procureur ». Ces mesures alternatives se déroulent en particulier dans le cadre des maisons de la justice et du droit ou des antennes de justice (comme à Lyon, Bordeaux ou Douai).

Le plan prévoyait une généralisation de ce type d'instances, proches des tribunaux, sous la forme des permanences d'orientation sanitaire et sociale.

Développement des permanences d'orientation sanitaire et sociale

En application du plan, en effet, des crédits devaient être redéployés pour mettre en place des permanences d'orientation sanitaire et sociale, destinées à repérer les usagers à problèmes pour les orienter immédiatement après la présentation de la personne interpellée au Parquet. À ce jour, aucune donnée n'est disponible sur le nombre de TGI dotés d'une telle permanence. C'est pourtant de telles structures qui permettraient de faciliter l'orientation par les magistrats des usagers de drogues vers les solutions sociosanitaires disponibles.

33. Les propos cités sont tirés de la synthèse des rapports annuels des procureurs généraux sur la conduite de la politique pénale en matière de drogues et de toxicomanie (2001) réalisée par la Direction des affaires criminelles et des grâces du ministère de la Justice.

Systématisation des peines alternatives (alcool, stupéfiants) au stade du jugement (TGI)

Selon les objectifs du plan, le développement des mesures sociosanitaires devait notamment accompagner le mouvement de recul des incarcérations pour usage simple de stupéfiants.

Évolution des mesures présentielles à contenu sociosanitaire

Les mesures applicables avant jugement, tels les contrôles judiciaires socio-éducatifs (qui visent à favoriser l'insertion de l'intéressé), sont en augmentation. Le recours à cette mesure, permettant au contrôleur mandaté par la justice d'exercer une surveillance et de suivre la mise en œuvre d'une obligation de soins éventuelle, a plutôt augmenté dans les dernières années, alors même que le plan déplorait sa faible utilisation (seuls 25 % des contrôles judiciaires socio-éducatifs concernaient des prévenus toxicomanes).

Tableau 34 - Contrôles judiciaires appliqués aux auteurs d'ILS

	1998	1999	2000
Traitées par les associations*	2 041	1 530	1 746
Traitées par les services pénitentiaires d'insertion et de probation**	-	3 161	3 663

* Source : *Répertoire de l'instruction, États statistiques récapitulatifs de l'activité des associations de contrôle judiciaire, ministère de la Justice*

** Source : *Direction de l'administration pénitentiaire, 2000*

Les contrôles judiciaires traités par les associations et appliqués aux auteurs d'infractions à la législation sur les stupéfiants ont certes baissé entre 1998 et 1999 (passant de 2 041 à 1 530), mais ils ont connu une inflexion à la hausse en 2000 (1 746 mesures). Les contrôles pris en charge par les services pénitentiaires d'insertion et de probation sont, quant à eux, passés de 3 161 en 1999 à 3 663 en 2000.

Évolution décroissante des peines d'emprisonnement de majeurs pour usage simple de stupéfiants

Malgré le développement de ces alternatives, un certain nombre d'usagers de stupéfiants sont encore condamnés à une peine d'emprisonnement pour usage

simple. En 1998, on dénombrait 690 peines d'emprisonnement ferme pour usage, à l'exclusion de toute autre infraction (soit 0,9 % de l'ensemble des usagers interpellés, contre 4,5 % en 1990, représentant 1 113 peines). En 2001, 388 peines d'emprisonnement ferme pour usage ont été prononcées (0,5 % des usagers interpellés).

L'emprisonnement ferme pour usage de stupéfiants, en infraction unique ou associée à d'autres infractions, a nettement diminué (1 288 condamnations en 1998, 1 164 en 1999, 1 003 en 2000, 882 en 2001)³⁴. La durée moyenne de l'emprisonnement a suivi cette tendance à la baisse (7 mois en 1998, 5,5 mois en 1999, 5 mois en 2000, 4,1 mois en 2001). Néanmoins, le recours à l'emprisonnement ferme pour usage de stupéfiants fait toujours partie de la pratique judiciaire, en dépit des préconisations du plan triennal. Ainsi, selon une enquête à un jour donné³⁵, le 1^{er} novembre 2000, on dénombrait 197 personnes en prison pour une condamnation d'usage de stupéfiants, en infraction unique (une trentaine de moins seulement qu'en 1994). Les juges continuent donc à avoir recours à l'emprisonnement que la circulaire de 1999 cherchait à limiter à un « ultime recours ».

Tendance à une systématisation des peines alternatives à orientation sociosanitaire pour les usagers de stupéfiants majeurs

Parallèlement à l'augmentation des mesures alternatives préconisée au stade de l'orientation pénale, la circulaire du 17 juin 1999 recommande de systématiser les peines alternatives pour les usagers de drogues, en l'absence de délit connexe. La portée de ces mesures alternatives s'inscrit dans une perspective plus générale de prévention de la récidive des usagers.

Pour l'ensemble des infractions à la législation sur les stupéfiants, la tendance à la baisse du recours à l'emprisonnement s'est accompagnée d'un développement des alternatives à l'incarcération.

Depuis 1990, les peines alternatives ont augmenté (jours-amende, travail d'intérêt général³⁴).

En 1998, 1 092 condamnations pour ILS étaient prononcées – contre 371 en 1990. Au cours de la période triennale, la part des peines alternatives s'est accrue, s'agissant des infractions à la législation sur les stupéfiants comme des usagers en infraction.

34. Le Travail d'intérêt général (TIG) est une peine alternative en vigueur depuis 1983 qui ne peut être prononcée qu'avec l'accord du condamné. Il s'agit d'un travail non rémunéré d'une durée de 40 à 240 heures maximum, au profit d'une collectivité territoriale ou d'une association.

Tableau 35 - Condamnations à des peines d'emprisonnement ferme, à des mesures de substitution ou éducatives selon la nature des mesures ou le mode d'exécution et selon la nature de l'infraction (en infraction principale – commise seule ou associée à d'autres)

Infractions à la législation sur les stupéfiants	1998	1999	2000	2001
ENSEMBLE des condamnations	24 081	24 112	22 917	21 448
Peine d'emprisonnement ferme	6 595	6 369	5 709	5 080
TIG	561	511	504	435
Jour-amende	531	671	781	1 043
TOTAL des mesures de substitution	1 092	1 182 1	285	1 478
Usage illicite				
ENSEMBLE des condamnations	6 686	7 000	6 616	5 993
Peine d'emprisonnement ferme	1 288	1 164	1 003	882
TIG	172	200	188	143
Jour-amende	262	327	327	445
TOTAL des mesures de substitution	434	527	515	731

Source : Casier judiciaire, ministère de la Justice, SDSED

Au début de la période triennale, on recensait 1 092 peines alternatives pour l'ensemble des ILS ; en 2001, on en comptait 1 478, soit une hausse de 26 %. Au sein des condamnations pour usage illicite (seul ou associé à au moins une autre infraction), les peines alternatives ont augmenté de 43 %³⁵.

La préconisation de la circulaire en faveur du travail d'intérêt général³⁶ (TIG), en cas de condamnation pour la seule infraction d'usage de stupéfiants, ne semble pas avoir été suivie dans les faits. Le nombre de TIG est resté faible pour les usagers de stupéfiants. Les sursis avec TIG se sont maintenus dans la période triennale entre 130 et 150 mesures pour les infractions d'usage simple³⁷.

Parmi les peines alternatives à l'incarcération, l'emprisonnement avec sursis et mise à l'épreuve (SME) est la principale sanction prononcée par les juridictions. Le recours au sursis probatoire pour l'usage de stupéfiants est près de dix fois supérieur à ce qu'il est pour l'ensemble des délits.

35. Passant de 434 en 1998 à 527 en 1999, 515 en 2000 et 566 en 2001 (source : Casier judiciaire national, SDSED, ministère de la Justice).

36. Considérant qu'un TIG alternant période de travail et de formation (ou de sensibilisation) s'avère particulièrement adaptée pour les condamnés ayant des consommations problématiques.

37. 120 en 1998, 152 en 1999, 154 en 2000 (source : Casier judiciaire national).

Mis en œuvre à l'égard des toxicomanes, il prend le plus souvent la forme d'une obligation de soins qui vise, dans un premier temps, à amener l'usager à prendre contact avec un service médical, puis à s'engager dans une démarche de soins.

Néanmoins, les peines d'emprisonnement avec sursis et mise à l'épreuve prononcées à la suite d'une condamnation pour infraction d'usage simple ont décliné, passant de 632 mesures en 1998, à 463 en 1999, puis à 453 en 2000. L'usage illégitime associé à d'autres infractions a également été de moins en moins sanctionné sous la forme d'un sursis probatoire à dimension de soins : 618 mesures en 1998, à 661 en 1999, puis 575 en 2000³⁸. Malgré cette baisse, dans l'ensemble des condamnations comprenant un délit d'usage, la part des SME est restée stable (autour de 19 %).

Tableau 36 - Condamnations à une mesure d'emprisonnement avec sursis ou à une amende, ou à une mesure de sursis probatoire selon la nature de l'infraction (commise seule ou associée à d'autres)

Usage illicite	1998	1999	2000	2001
Emprisonnement avec sursis	2 831	2 903	2 659	2 253
Amende	1 672	1 920	1 964	1 858
Sursis probatoire	1 250	1 124	1 028	913
Infractions à la législation sur les stupéfiants				
Emprisonnement avec sursis	12 268	11 968	11 377	10 565
Amende	3 203	3 502	3 494	3 396
Sursis probatoire	4 294	4 070	4 036	3 774

Source : Ministère de la justice, SDSED

En cas de sursis avec mise à l'épreuve, l'obligation de soins peut être décidée par le tribunal ou le juge d'application des peines. Dans ce dernier cas, elle n'apparaît pas au Casier judiciaire national. Une partie des chiffres cités ci-dessus recouvre donc les obligations de soins imposées aux justiciables connaissant un problème de dépendance.

Il est difficile de déterminer, à l'aide des données existantes, si la diminution des sursis avec mise à l'épreuve est imputable aux difficultés de partenariat des instances judiciaires avec les structures sanitaires spécialisées ou s'il faut envisager d'autres facteurs explicatifs.

38. Il s'agit ici des seules obligations de soins de type SME, à l'exclusion des autres types d'obligations (source : Casier judiciaire national, SDSED, ministère de la Justice).

L'ajournement avec mise à l'épreuve, identifié comme particulièrement pertinent pour un public d'usagers de drogues dans la circulaire relative aux réponses judiciaires aux toxicomanies du 17 juin 1999, n'a pas pu être estimé pour le public qui nous intéresse. Toutefois, les données nationales disponibles font apparaître que, pour l'ensemble des infractions, l'ajournement avec mise à l'épreuve a été rarement prononcé³⁹.

Compte tenu de la capacité reconnue à la mesure de placer le prévenu dans une dynamique de projet et de responsabilisation tout en lui garantissant un accompagnement de soins, il serait intéressant que cette mesure soit développée.

Ainsi, les mesures alternatives à l'incarcération ont connu une croissance peu importante – et difficile à préciser au travers du système statistique existant – au cours de la période triennale. L'orientation sociosanitaire ne semble pas avoir été systématisée. Quand il s'est agi de sanctionner l'usage simple, c'est plutôt à des peines « classiques » (amendes, peines d'emprisonnement avec sursis) que les juridictions ont eu recours, dans environ un tiers des cas pour chacune de ces mesures.

Ainsi, le nombre de peines d'emprisonnement avec sursis (total ou partiel) prononcées pour usage de stupéfiants (usage simple ou associé à d'autres infractions) a diminué dans la période triennale pour se stabiliser autour de 40 % de l'ensemble des peines. La place des amendes infligées pour cette même infraction a augmenté de 5 points de 1998 à 2001, passant à un tiers des peines. Globalement donc, l'usage de stupéfiants ne semble pas avoir fait l'objet d'un traitement spécifique, à dimension massivement sociosanitaire, dans le choix des peines.

Les sources en provenance des CSST confirment une légère hausse des peines alternatives, dans des proportions néanmoins plus nettes que pour les alternatives aux poursuites : 6,4 % des nouveaux patients (soit 1 529 nouveaux patients) intégraient un CSST dans le cadre d'une condamnation ou d'une mesure post-sententielle en 2000, contre 5 % en 1999 (974 entrants). Cette évolution concerne les alternatives à l'incarcération proposées dans les phases sententielle et post-sententielle (référencées parmi les « autres mesures judiciaires » dans la synthèse des rapports d'activité des CSST).

Les usagers de drogues sous main de justice ont donc été plus fréquemment adressés vers un CSST par les services judiciaires au cours de la période triennale, dans les phases sententielle et post-sententielle. L'évaluation du cabinet ACADIE montre, en outre, que 14 % des personnes suivies dans le cadre des CDO le sont au titre d'une alternative à l'incarcération (principalement des mesures de sursis avec mise à l'épreuve).

39. L'ajournement avec mise à l'épreuve n'a été prononcé que pour 951 personnes en 1999 et 923 en 2000 (Source : rapport annuel d'activité de l'administration pénitentiaire, 2000).

Systématisation des peines alternatives à dimension sociosanitaire pour les usagers d'alcool majeurs

Pour les conduites en état alcoolique, infraction sanctionnée le plus fréquemment en 2000⁴⁰, on observe une augmentation des alternatives (en particulier les jours-amendes).

Les peines alternatives (jours-amendes et travail d'intérêt général) sont passées de 2 634 en 1998 à 2 973 en 2001, suivant une augmentation timide mais régulière. Leur part dans l'ensemble des condamnations s'est accrue, passant de 2,5 %

Tableau 37 - Nombre de condamnations à une peine alternative en cas de conduite en état alcoolique (commise seule ou associée à d'autres)

Conduite en état alcoolique	1998	Ratio en %	1999	Ratio en %	2000	Ratio en %	2001	Ratio en %
Ensemble des condamnations	103 328	100	106 567	100	107 573	100	103 306	100
Emprisonnement ferme	4 454	4,3	5 017	4,7	4 778	4,4	4 783	4,6
Peines alternatives	2 634	2,5	2 623	2,5	2 848	2,6	2 973	2,9
Jour-amende	1 423	1,4	1 552	1,5	1 832	1,7	2 163	2,1
Travail d'intérêt général	1 211	1,2	1 071	1,0	1 016	0,9	810	0,8
Suspension de permis de conduire	14 312	13,9	15 060	14,1	16 027	14,9	15 539	15,0
Sursis probatoire	12 530	12,1	13 762	12,9	14 242	13,2	14 504	14,0
Amende	21 282	20,6	21 604	20,3	23 617	22,0	23 289	22,5
Conduite en état alcoolique (en infraction unique)								
Ensemble des condamnations	89 067	100	91 663	100	92 287	100	87 556	100
Emprisonnement ferme	2 138	2,4 2	375	2,6	2 103	2,3	1 982	2,3
Sursis probatoire	9 282	10,4	10 274	11,2	10 491	11,4 10	337	11,8
Amende	20 217	22,7	20 546	22,4	22 435	24,3	22 016	25,1

Source : Ministère de la Justice, SDSED

40. 103 328 condamnations en 1998, 106 567 en 1999, 111 324 en 2000, 106 192 en 2001 au titre de données provisoires (source : Casier judiciaire national, SDSED, ministère de la Justice).

des peines en 1998 à 2,9 % en 1999, 2,6 % en 2000 et 2,9 % en 2001. Les suspensions de permis et les amendes restent toutefois les peines de substitution les plus couramment appliquées (dans deux cas sur cinq).

Les TIG, qui permettent d'adapter la sanction à l'infraction et à la personnalité du condamné (en particulier les TIG routiers pour les CEA), ont connu une diminution. S'il semble que les TIG suivis par les SPIP ont augmenté, cela n'a pas été le cas pour l'ensemble de la mesure, SPIP et associations confondus. À l'instar des TIG bénéficiant aux condamnés usagers de drogues qui restent insuffisants au regard des objectifs affichés par le plan, le taux de TIG routiers n'a pas connu la revalorisation attendue puisqu'il est descendu sous la barre d'un centième des condamnations.

Les sursis probatoires ont à l'inverse enregistré une progression notable de près de 16 % de 1998 à 2001 (14 504 mesures en 2001). Par rapport à l'ensemble des condamnations pour CEA, ils sont passés d'un taux de 12,1 % en 1998 à 14,0 % en 2001.

Signalons toutefois, pour clore ce commentaire, que l'intégration d'une dimension éducative à la peine se heurte à des moyens en personnel insuffisants, notamment dans les SPIP : au 1^{er} janvier 2000, en milieu ouvert, un travailleur social était chargé en moyenne du suivi d'une centaine de dossiers, ce qui ne permet pas, à l'évidence, d'assurer la prise en charge individualisée préconisée par le plan⁴².

Toutefois, quand les peines alternatives ont été mises en œuvre, c'est bien, semble-t-il, dans une perspective de soins. Par conséquent, si les résultats observables restent en deçà des objectifs interministériels, la diversification des alternatives mises en œuvre s'est confirmée tout au long de la période triennale, signe d'une prise en considération des besoins de soins spécifiques du mis en cause dans la perspective d'une individualisation de la peine.

Les données pénales ne permettant pas de disposer d'un tableau complet de la situation sociosanitaire des usagers. Pour mesurer l'effet-levier des mesures pénales en termes d'orientation de soins, concernant les usagers, il faudrait pouvoir rechercher des éléments complémentaires du côté des sources sociosanitaires.

Avancement du processus de rapprochement entre instances sanitaires et judiciaires

Pour conclure sur l'intégration d'une dimension sociosanitaire dans la réponse pénale, il apparaît clairement que toutes les structures financées dans le cadre des CDO ne se positionnent pas sur le même moment judiciaire : l'évaluation du dispositif fait ressortir que les opérateurs du réseau de la justice sont principalement positionnés sur le stade présentenciel, du fait même des mesures dont l'exécution leur est confiée (contrôle judiciaire en particulier). À l'inverse, les centres d'hébergement (CHRS) sont plutôt positionnés sur la phase post-sentencelle, notamment pour les alternatives à l'incarcération et les sorties de prison. Les autres opérateurs (dont les CSST) se répartissent à part quasi égale entre pré et post-sentenciel.

Compte tenu de ces constats, pour optimiser les efforts interministériels de « phasage » des interventions judiciaire et sociosanitaire, il conviendrait d'estimer

le nombre de personnes effectivement prises en charge au regard du nombre de justiciables susceptibles de bénéficier d'une orientation sanitaire ou sociale pour un usage problématique de drogues licites (alcool) ou illicites. L'estimation du second chiffre pour l'année 2000, prenant en compte le nombre d'interpellations pour usage (83 000) et usage-revente (11 000) de stupéfiants, le nombre de CEA (107 573) et celui des condamnations pour homicide involontaire avec alcool (414) et pour blessures involontaires avec alcool (3 953) s'élève à plus de 200 000 personnes. On peut donc estimer que plus de 200 000 justiciables par an pourraient faire l'objet d'une orientation sanitaire et sociale pour un usage problématique d'alcool ou de stupéfiants. Précisons toutefois que tous n'ont pas nécessairement besoin de soins. D'après les données de l'étude sur la santé des entrants, 20 % de ces justiciables passent par la prison⁴¹.

Par ailleurs, l'évaluation des CDO rappelle que le chiffrage d'un public potentiel n'a de sens que si l'on poursuit l'objectif d'une systématisation de la prise en charge de ces publics, comme semble l'indiquer la circulaire de février 2002^{vi}. Dans ce cas, les ratios montrent *a minima* que même avec une population potentielle, de fait largement sous-évaluée, le dispositif est très loin d'assurer cette systématisation. Un tel constat invite, soit à étendre les moyens à mobiliser (en termes de masses financières comme en termes de capacité des opérateurs), soit à revoir cet objectif de systématisation.

L'évaluation des CDO pilotée par l'OFDT a tenté de mettre au jour la plus-value apportée par le dispositif dans le développement d'une approche sociosanitaire des usagers sous main de justice (cf. annexe « Principaux résultats des évaluation spécifiques »). Ce qui apparaît le plus positif dans la mise en œuvre des CDO est la capacité du dispositif à coupler le traitement judiciaire et la prise en charge sanitaire et sociale, une fois l'accroche via la situation judiciaire opérée. Cette évolution va dans le sens de la directive interministérielle prônant le recours aux mesures alternatives pour impulser un effet positif à la sanction. En pratique, il apparaît que les CDO financent le plus souvent des actions diverses venant compléter l'offre départementale existante, sans jouer systématiquement ce rôle d'« accroche » de publics orientés par les parquets. Le développement de l'offre par les prestataires sociosanitaires n'engendre pas de transformation « automatique » des pratiques pénales. Les évaluateurs invitent la MILDT à favoriser un partenariat élargi en positionnant plus visiblement les parquets comme interlocuteurs des structures de prise en charge.

41. Annuellement, 35 000 à 40 000 personnes incarcérées nécessitent une prise en charge sanitaire ou sociale pour un usage problématique de drogues licites (sauf tabac) ou illicites (source : estimation des études sur la santé des entrants, DREES, 1997).

Ce travail de « maillage » nécessite un investissement en temps dans le dispositif : rendre les chefs de projet plus disponibles et mieux assistés sur le dossier des CDO est une des voies d'amélioration de son effectivité.

Globalement, au cours de la période triennale, la reconnaissance de l'intérêt des alternatives sanitaires a progressé. Le développement de ce type de mesure a donc été effectif, même si plusieurs problèmes s'opposent à une évaluation rigoureuse de son ampleur.

6.2. RENFORCEMENT DE LA PRISE EN CHARGE EN MILIEU CARCÉRAL DES USAGERS À PROBLÈMES

Constats posés par le plan triennal

En 2001, 4 373 personnes étaient détenues pour une infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS), (soit 14 % de la population carcérale). Tous les détenus pour cette infraction ne sont pas touchés par une consommation problématique de stupéfiants et, à l'inverse, une part importante des personnes condamnées pour d'autres crimes ou délits peuvent être toxicomanes⁴².

Selon les données de la dernière enquête disponible sur la population carcérale⁴³, environ 60 % des entrants présentent un problème lié à une consommation d'alcool ou/et de drogues illicites et nécessitent une prise en charge adaptée. Or, ces détenus ne font pas toujours état de leur problème de dépendance et ne formulent donc pas de demande auprès des services sanitaires ou pénitentiaires, lesquels ne procèdent pas à des investigations systématiques dans ce domaine. Ainsi, ce problème n'est pas toujours repéré par les services intervenant en détention, qu'ils soient sanitaire, socio-éducatif ou de surveillance⁴³⁻⁶³.

42. L'enquête la plus ancienne réalisée sur cette question émane du service des études de l'administration pénitentiaire (Kensey et Cirba, 1989, enquête menée en 1986) qui estimait à 10,7 % des toxicomanes l'étendue des phénomènes d'addiction. Elle établissait que la moitié des toxicomanes incarcérés avaient été placés en détention pour une infraction autre qu'à la législation des stupéfiants (ILS).

43. L'enquête de 1999, diligentée par le secrétariat d'État à la Santé (Direction générale de la santé) et le ministère des Affaires sociales (SES), actuelle Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), réalisée auprès de 75 825 entrants, est probablement celle qui estime le mieux – en termes de représentativité – la fréquence de l'usage de drogues chez les détenus. D'une façon plus détaillée, il ressortait de cette étude que 32 % des entrants déclaraient une utilisation prolongée et régulière d'au moins une drogue (produits illicites et médicaments utilisés de façon toxicomaniacale) dans l'année précédant l'incarcération – soit 26 539 personnes. La moitié se compose de consommateurs d'opiacés. Cette même étude révélait que 33,5 % des entrants déclaraient une consommation excessive d'alcool (soit 25 401 détenus) au regard des critères fixés par la Direction générale de la santé – la moitié environ ayant une consommation excessive régulière (plus de 5 verres par jour). Enfin, l'étude montrait que 13,5 % des entrants cumulaient un problème d'alcool et de drogues (soit 10 236 personnes).

Réponses apportées par le plan triennal

Le plan triennal posait un double objectif : systématiser l'encadrement socio-sanitaire des usagers de drogues en prison (en termes de repérage, d'accès aux soins, de réduction des risques) et préparer les toxicomanes incarcérés à entamer ou à poursuivre, une démarche de soins à leur sortie. L'acquis majeur, dans la période triennale, a été l'adoption d'une note interministérielle le 9 août 2001^{vii}. Cette note a retenu le principe d'un cahier des charges pour l'amélioration de la prise en charge des personnes incarcérées dépendantes. Dans ce cadre, la coordination des services sanitaires, pénitentiaires et des partenaires extérieurs pour assurer un meilleur repérage, un accès aux soins amélioré et un suivi effectif sera évaluée. La mise en œuvre de ce cahier des charges a débuté en septembre 2001 ; elle a été accompagnée d'une rencontre nationale des professionnels sanitaires et pénitentiaires le 19 décembre 2001. La mise en place de cette réorganisation dans chaque établissement pénitentiaire devrait être effective fin 2002 avec la signature des protocoles de prise en charge des dépendances.

Évaluation du degré de réalisation de cet objectif

Repérage en milieu carcéral des usagers problématiques (abus ou dépendance)

Le repérage des détenus présentant un problème d'abus ou de dépendance à l'aide d'outils spécifiques est l'un des points d'amélioration visés par le cahier des charges. Plus de 60 % des entrants présentent un problème lié à une consommation d'alcool et/ou de drogues et nécessitent une prise en charge adaptée⁴⁴. Ces détenus ne faisant pas toujours état de leur problème de dépendance, ils ne formulent donc pas de demande auprès des services sanitaires ou pénitentiaires. La nécessité d'une investigation spécifique des services intervenant en détention, qu'ils soient sanitaire, socio-éducatif ou de surveillance a donc été identifiée.

Une grille standardisée de repérage des abus et des dépendances aux substances psychoactives chez les personnes détenues a été élaborée pour les personnels médico-sociaux. Cette grille, appelée « minigrade », a été présentée lors de la journée nationale du 19 décembre 2001 et une journée de formation des formateurs a eu lieu le 17 janvier 2002 (97 personnes présentes selon la MILD'T). L'organisation de 15 formations régionales ou interrégionales à l'utilisation de cette grille a été confiée aux Agences d'hospitalisation. À la date du 28 août 2002, 6 formations

avaient eu lieu⁴⁵, à raison d'une douzaine de personnes (en moyenne) par formation (soit 61 personnes formées). Dix autres formations étaient prévues d'ici le mois de novembre. Le public visé par cette vaste campagne de sensibilisation est d'environ 376 personnes à former sur 168 établissements pénitentiaires (environ deux représentants du personnel sanitaire de chaque établissement pénitentiaire, à l'exclusion des centres de semi-liberté). La proportion d'établissements ayant effectivement mis en place le minigrade ne pourra être connue que lorsque les formations auront eu lieu : la recherche d'informations sur l'application et l'appropriation de ce système par les acteurs pénitentiaires a été largement intégrée au cahier des charges de l'évaluation des protocoles de prise en charge.

La mise en place d'un outil de diagnostic uniforme permettra d'ouvrir la voie vers un suivi centralisé des détenus toxicomanes. Le constat qui s'impose aujourd'hui est celui de la non-signalisation, dans les statistiques pénitentiaires, de la part d'usagers de drogues parmi les personnes incarcérées. Si l'on dénombrait en 1997 environ 40 000 entrants en prison déclarant une consommation de stupéfiants de médicaments, d'alcool ou une polyconsommation d'alcool et de drogues illicites, cette donnée ne fait pas l'objet d'un chiffrage annuel, si bien qu'on ne saurait mesurer l'évolution intervenue sur la période triennale. Un meilleur repérage des toxicomanes dans chaque établissement permettra peut-être à l'avenir non seulement d'effectuer ce repérage, mais également d'estimer sous forme statistique les besoins et d'effectuer une synthèse nationale des pratiques de soins développées en milieu pénitentiaire. Pour mettre en œuvre ces nouveaux outils de repérage, les moyens en personnels sanitaires en milieu pénitentiaire paraissent insuffisants. Pour assurer le suivi social des détenus, en revanche, les chiffres montrent que l'on comptait, au 1^{er} janvier 2002, 2 304 agents⁴⁶ (contre 2 080 postes budgétaires au 1^{er} janvier 1999). Depuis leur création, les SPIP contribuent à l'objectif de suivi des usagers de drogues en milieu carcéral et à leur sortie de prison, ainsi que des toxicomanes initiés aux usages de drogues en milieu carcéral ; ils ont chaque année ouvert de nouveaux postes de travailleurs sociaux (67 en 1999, 14 en 2000), mais au 1^{er} janvier 2002, on comptait encore seulement un travailleur social pour 100 détenus.

44. Cf. étude citée supra.

45. Dans les régions Bourgogne, Champagne-Ardenne, Languedoc-Roussillon, Picardie et Réunion (source : Direction générale de la santé).

46. Directeurs de SPIP, personnels d'insertion et de probation et assistants de service social (source : les chiffres clés de l'administration pénitentiaire, DAP, juillet 2002).

Meilleure adaptation des modes de prise en charge en milieu carcéral aux besoins des usagers

La forte présence de toxicomanes au sein de la population incarcérée (qui est constituée de moins de 25 ans à près de 25 %) implique une prise en charge en conséquence. On tentera donc ici de caractériser les modes d'accès à des traitements adaptés qui ont été développés à l'égard des usagers détenus, entre le moment de l'incarcération – où 32 % des entrants déclarent une utilisation prolongée et régulière d'au moins une drogue illicite – et celui de la sortie de prison.

Actuellement, parmi les 186 établissements pénitentiaires existants, peu développent un dispositif de soins spécifiquement tourné vers les toxicomanes⁴⁷. Il existe, dans 16 grandes maisons d'arrêt, des CSST⁴⁸ et, dans 7 établissements pénitentiaires, des unités pour sortants (UPS) accueillant des toxicomanes proches de leur date de libération. Ce dernier dispositif, évalué en 2000, sera détaillé *infra*. Enfin, des centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) sont implantés dans 3 établissements pénitentiaires.

Dans un souci de rationalisation de l'utilisation des crédits interministériels, les crédits délégués par la MILDT à la Direction de l'administration pénitentiaire (DAP) en vue de soutenir les associations partenaires intervenant au profit des personnes placées sous main de justice ont été redéployés au profit des CDO. Grâce à ce dispositif, 237 conventions de prestations à destination du public détenu ont pu être financées en 2000⁴⁹. Ce programme a donc permis de faire intervenir CSST, CCAA et CHRS extérieurs à l'établissement en renfort du dispositif sanitaire interne (c'est notamment le cas dans 11 des 16 établissements pénitentiaires dotés d'un CSST).

47. La plupart des établissements pénitentiaires confient les soins somatiques et psychiatriques des détenus à une unité hospitalière implantée en milieu pénitentiaire rattachée à l'hôpital de proximité (Unité de consultations et de soins ambulatoires, UCSA). Ces unités assument des missions relatives à la prévention, à l'organisation de soins ainsi qu'à la continuité de soins après la sortie de la détention. Par ailleurs, depuis 1976, il existe également des secteurs de psychiatrie couvrant l'ensemble de la population carcérale ; 26 Services médico-psychologiques régionaux hospitaliers (SMPR) existants relèvent des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire (arrêté du 14 décembre 1986). 16 sont dotés d'une antenne de toxicomanie (structure créée en 1987 par la circulaire DGS du 3 novembre 1987) ayant le statut de CSST intervenant en milieu pénitentiaire depuis le décret du 29 juin 1992. Les médecins responsables des SMPR ont, outre la charge du fonctionnement direct de leur propre service, celle d'assumer un rôle de conseil et de coordination auprès de tous les services de psychiatrie intervenant en milieu pénitentiaire.

48. Anciennement labellisées « antennes toxicomanie » (crées par la circulaire DGS du 3 novembre 1987), ces 16 structures, rattachées aux 26 Services médico-psychologiques régionaux hospitaliers (SMPR) eux-mêmes créés par l'arrêté du 14 décembre 1986, ont le statut de CSST intervenant en milieu pénitentiaire depuis le décret du 29 juin 1992.

49. Source : administration pénitentiaire.

Les CDO ont ainsi permis de financer des initiatives particulières de sensibilisation en prison autour des risques liés à l'alcool. Certains centres de détention font bénéficier leurs détenus de l'intervention de CDPA, avec des séances d'information mensuelle à destination, en particulier, des « entrants ». Dans le cadre du dispositif CDO, ainsi que le montre l'évaluation menée en 2002, 1 037 majeurs détenus ont été pris en charge par une structure spécialisée alcool dans un nombre limité de départements (sur 4 013 personnes suivies pour un problème de dépendance à l'alcool⁵⁰). C'est le deuxième type de prise en charge le plus fréquent, après celui en CSST.

Les divers travaux interministériels engagés en 1999 sur la question de l'adaptation des modes de prise en charge en milieu carcéral aux besoins des usagers ont été poursuivis au cours de la période triennale. Ainsi, la rédaction du cahier des charges interministériel pour l'amélioration de la prise en charge des personnes incarcérées dépendantes cité plus haut, entreprise en 1999 entre la Direction générale de la santé, la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et la Direction de l'administration pénitentiaire, sous l'égide de la MILDT, s'est poursuivie. L'évaluation des protocoles d'établissement aura pour objet d'accompagner, dans les mois suivant leur signature, le processus de réorganisation de la prise en charge des usagers de drogues incarcérés en associant l'ensemble des acteurs concernés autour d'un projet clairement établi. Le constat fait à la veille du lancement de l'évaluation est celui de la multiplicité des services concernés (UCSA, SMPR, secteurs de psychiatrie, « antennes », SPIP, personnels de direction et de surveillance, partenaires sanitaires et sociaux extérieurs) qui aboutit actuellement à une prise en charge dispersée. L'évaluation programmée permettra donc de suivre, au plan local, les progrès de la coordination des services appelés à intervenir, tant au sein de la prison qu'en dehors. Néanmoins, cette étude spécifique a dû être retardée en raison du faible taux d'établissements ayant, à la date du 1^{er} septembre 2002, signé un protocole de prise en charge⁵¹.

Dans le même esprit, la DAP et la DGS ont décidé, début 2000, de lancer une enquête épidémiologique sur la santé mentale en détention afin de développer une meilleure connaissance de la population pénale concernée. Une des questions pour l'Administration pénitentiaire est de savoir combien de détenus relèvent du dispositif de soins et combien nécessitent une évolution des modes de prise en charge en milieu carcéral (DREES – Groupe français d'épidémiologie psychiatrique, 2002). Un comité de pilotage a été mis en place : il a élaboré le cahier des charges de cette étude, dont le lien avec celle relative aux protocoles de prise en charge en milieu carcéral devrait être fait.

50. Exploitation des données recueillies par questionnaire par ACADIE dans le cadre de l'évaluation des CDO.

51. Sur 43 départements ayant répondu aux sollicitations de la Direction générale de la santé au 15 juillet, 5 DDASS seulement annonçaient une signature probable avant le 1^{er} août 2002.

En outre, le groupe de travail interministériel Santé/Justice sur la réduction des risques de transmission des maladies infectieuses VIH et hépatites en milieu carcéral a terminé ses travaux en décembre 2000. L'objet de la mission était de faire un bilan sur l'exposition des personnes détenues aux risques de transmission du VIH et d'hépatites par voie sanguine ou sexuelle (importance des comportements à risques, incidence des différents virus), d'apprécier l'effectivité et l'efficacité des moyens de prévention mis en place et de proposer une stratégie de réduction des risques adaptée à la situation et au contexte carcéral (rapport de la mission santé-justice, 2001). Le rapport rendu a mis en évidence les risques de consommation *intra-muros* et fait diverses recommandations afin de renforcer la politique de réduction des risques dans les établissements pénitentiaires⁵². Cette initiative a été suivie par la mise en place, en mai 2002, d'un groupe de réflexion Santé/Justice concernant les conditions de renforcement de la politique de réduction des risques liés aux injections en milieu carcéral. Celui-ci a entrepris de recenser les moyens de prévention existants concourant à la réduction des risques et à étudier les modalités de leur mise en œuvre. L'objectif de ce second groupe était donc de tester la faisabilité des propositions du premier, du point de vue sanitaire, pénitentiaire, réglementaire et, le cas échéant, d'élaborer le cahier des charges d'un projet expérimental d'échange de seringues en prison.

Les principales questions évoquées par ce groupe opérationnel ont concerné trois points. Le premier constat était celui de l'absence de données fiables sur la circulation clandestine de seringues (ou matériels d'injection « artisanaux ») en milieu carcéral – bien que les parloirs semblent plus exposés à ce type de pratiques. Le second élément portait sur la détention de cannabis qui semblait punie plus sévèrement par les parquets en prison qu'en milieu « libre ». Enfin, la troisième question débattue par les participants tenait à la prescription et à la délivrance des traitements de substitution aux personnes détenues. L'absence de travail partenarial entre services médicaux (UCSA, SMPR) et services pénitentiaires – du fait des réticences de certains praticiens en termes de contraintes de gestion administrative ou de sécurité des personnels – a été identifiée comme un obstacle tangible à la généralisation de la politique de substitution en milieu pénitentiaire.

En effet, si la politique de réduction des risques menée en milieu carcéral depuis 1996^{viii} a connu des progrès⁵², les effets de la sensibilisation des personnels médicaux en lien avec le public des détenus s'affirment progressivement. La première enquête sur les traitements de substitution en milieu pénitentiaire a été effectuée auprès des services médicaux des établissements en 1998 et laissait apparaître une insuffisance du recours aux traitements de substitution. Les deux enquêtes suivantes effectuées par la DGS et la DHOS sur les mêmes bases, un jour donné, en

52. Une circulaire de la DGD a, en 1996, reconnu le droit des usagers à pouvoir poursuivre un traitement à base de buprénorphine haut dosage ou de méthadone et ouvert la possibilité de prescription des traitements de substitution dans les prisons françaises. La primo-prescription a été autorisée plus tard, dans les seuls établissements disposant d'un CSST.

novembre 1999 et en novembre 2001⁵³ ont permis de mesurer l'évolution des pratiques médicales hospitalières sur les traitements de substitution en milieu carcéral. Cette comparaison est possible puisque le nombre de structures ayant répondu au questionnaire est, en 1999 comme en 2001, important : 160 unités médicales en 1999, 168 en 2001.

Le premier constat concerne la forte augmentation du nombre de personnes détenues bénéficiant d'un traitement de substitution, dont la part passe de 3,3 % (1 653/50 041) en novembre 1999 à 5,4 % (2 548/47 311) de la population carcérale en décembre 2001. Bien que cette évolution soit fort encourageante, rappelons tout de même que certaines études évaluent à 30 % environ le nombre d'usagers de stupéfiants en milieu carcéral.

Le Subutex® est plus largement utilisé que la méthadone et concerne 86 % (2 182/2 548) de ces traitements comme dans la précédente enquête. Il s'agit essentiellement de la poursuite de traitements antérieurs : 84 % (soit 1 838/2 182) des traitements par Subutex® en 2001 et 84,0 % (1 165/1 381) en 1999. Bien qu'en augmentation, la prescription de méthadone diminue en pourcentage dans les prescriptions initiales au sein des équipes médicales : 19,1 % d'initialisations (soit 30/157) en 1998, vs 29,0 % (79/272) d'initialisations en 1999, et seulement 13,1 % en 2001 (48/366).

Deuxième enseignement livré par ce comparatif chiffré : on constate une diminution sensible du nombre de services médicaux qui ne pratiquent pas la substitution (34 en 1999, 19 en 2001).

Enfin, concernant les interruptions de traitement de substitution, il s'agit de l'évolution la plus remarquable, puisque le taux d'interruption est passé de 31 % en 1998, à 19 % en 1999 et 5,5 % en 2001 (soit 952 personnes détenues sous substitution). Le nombre d'établissements réfractaires à la substitution, ainsi que la proportion des personnes détenues concernées par l'interruption d'un traitement de substitution ont donc considérablement baissé. Ainsi, en 2001, 20 établissements (11,9 %) n'ont aucune personne détenue sous traitement de substitution. Comme il s'agit d'établissements de faible capacité, ils ne représentent que 8,2 % de la population carcérale. À l'inverse, les établissements qui délivrent 5 % ou plus de traitements de substitution sont passés à 74, alors qu'ils n'étaient que 34 en 1999.

D'une façon générale, 35 % des établissements prescrivent au moins un traitement méthadone, vs 75 % qui prescrivent au moins un traitement de Subutex®.

Enfin, les données de l'enquête permettent de conclure à une extension de la substitution dans les établissements de taille importante. En 2001, en effet, dix établissements représentant une population totale de 10 368 personnes détenues (20 % environ de la population pénale incarcérée) prescrivent 40 % des traitements de substitution, dont un qui représente 10 % à lui seul. En 1999, les traitements de substitution délivrés dans cet établissement représentaient 20 % des prescriptions sur le plan national.

Ainsi, l'élément le plus marquant de l'enquête de novembre 2001 est la baisse du recours au sevrage médicamenteux, lorsqu'une personne entrant en prison se trouvait déjà sous substitution.

Si la prescription en milieu carcéral du Subutex® et le suivi des détenus substitués suscitent encore aujourd'hui des résistances de la part des équipes médicales, celles-ci tendent à s'estomper. En l'absence de consensus, des pratiques très divergentes se sont développées⁵³. Les progrès attendus tiennent donc désormais à une meilleure harmonisation des pratiques professionnelles, certains sites restant encore rétifs à la mise en place d'une politique de substitution en milieu carcéral.

Des études complémentaires établissent que lorsque la collaboration entre les partenaires concernés (pharmacies, UCSA, SMPR) est effective, et que les traitements de substitution s'inscrivent dans une réflexion globale sur la prise en charge des toxicomanes incarcérés, on observe des progrès tant en termes de réduction des risques que pour le travail de fond mené avec ces patients en milieu carcéral⁵⁴. Cette conclusion est confortée par celle de l'évaluation des Unités pour sortants menée en 2000⁵⁵ qui montre que les usagers de drogues par voie intraveineuse ayant bénéficié d'un traitement de substitution avant leur incarcération sont moins souvent récidivistes – ce thème est l'objet de la nouvelle étude de l'Observatoire régional de la santé de la région PACA ainsi que d'une nouvelle étude du RECAMS.

Globalement, le milieu pénitentiaire semble avoir évolué dans le sens d'une plus grande perméabilité au dispositif général de soins, conformément aux orientations de la réforme instituée par la loi du 18 janvier 1994^{ix}, aux objectifs du plan triennal et de la note interministérielle santé-justice du 9 août 2001.

La légitimité de la politique de substitution a été encore confortée au cours de la période triennale par une double avancée, législative et réglementaire. Dans la loi du 17 janvier 2002, dite de modernisation sociale^x, un amendement permettant le financement et la prescription des médicaments pendant la garde à vue (en particulier les médicaments de substitution) a été voté. Les effets de cette loi devraient conduire à une baisse des interruptions de traitement parmi les personnes sous main de justice. D'autre part, la circulaire DGS/DHOS du 30 janvier 2002 relative à la primo-prescription de la méthadone en établissement de santé^{xi} permettra dorénavant aux médecins des unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) et des SMPR intervenant en milieu pénitentiaire d'initialiser ce traitement.

53. Par exemple, le SMPR de Marseille a adopté une politique du « tout-méthadone » alors que celui de Fleury-Mérogis a une file active de 300 détenus sous Subutex®, soit, en 1999, le tiers de tous les détenus substitués en France, alors que Fleury ne représente que 7,3 % de l'ensemble de la population carcérale (Brahmy, 1999).

54. Extrait d'un article de Betty Brahmy, psychiatre du SMPR de Fleury, 1999.

Les personnels pénitentiaires ont été informés et formés, même si l'on ne dispose pas de données précises sur la mise en œuvre des modules mixtes de formation santé-justice, sur les toxicomanies en général, et sur la réduction des risques en particulier.

À la suite du travail de réflexion engagé en 1999 par la MILDT avec différents ministères pour rédiger un cahier des charges interministériel sur la formation des personnels, un module de formation d'une journée sur les usages et les politiques publiques à destination des personnels pénitentiaires a été élaboré⁵⁵. Prévu pour compléter les actions existantes et développer pour les agents un socle de connaissances communes sur les produits, les usages et les politiques publiques, sur la base de données validées, il n'a pas été mis œuvre⁵⁶.

Par ailleurs, l'APMMP (Association pour la promotion de la médecine en milieu pénitentiaire) a créé en 1999 un site internet⁵⁶ destiné à tous les intervenants du milieu fermé et accessible aux détenus. Premier site en France favorisant la rencontre des professionnels et des bénévoles du milieu fermé concernés par la thématique des soins en prison, il vise à favoriser l'échange d'expériences et l'émergence de projets : 18 243 connexions ont été enregistrées entre novembre 1999 et décembre 2001. Le site insiste tout particulièrement sur la préparation à la sortie de prison et la réinsertion sociale, sources de préoccupation dominantes qui ont motivé la création d'un lieu de dialogue spécifique. Une action sur les projets d'éducation à la santé en prison a été présentée lors du colloque national « éducation et promotion de la santé en milieu pénitentiaire », les 2 et 3 avril 2001 à Rennes dans un atelier sur l'évaluation. Par ailleurs, l'APMMP a mis en ligne, sur son site internet, un projet de création d'un Observatoire de la toxicomanie en milieu pénitentiaire.

Parallèlement, la diffusion des informations auprès des services de santé intervenant en milieu pénitentiaire (UCSA, SMPR, CSST, secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile) a été facilitée avec la mise en ligne sur Internet, de l'enquête conjointe de la DGS et de DHOS de 2001 sur les traitements de substitution en milieu carcéral, dans la rubrique « hôpital/à signaler/publications et études ».

Dans le prolongement de cet objectif de développement du partenariat, la MILDT finance des associations contribuant à susciter le débat et les rapprochements. Ainsi, l'association nationale des intervenants en toxicomanie⁵⁷ (ANIT) favorise les échanges et la réflexion sur la prévention de la toxicomanie en organisant des rencontres et des colloques et en représentant les intervenants français dans les rassemblements internationaux. Par le biais des centres de soins spécialisés pour toxicomanes, elle mène un travail important avec le milieu pénitentiaire.

55. Ce module a également été développé en direction des gendarmes, des policiers et des douaniers.

56. Source : <http://www.medecine-penitentiaire.com>

57. Financement conjoint MILDT-DGS, établi par une convention pluriannuelle 1999-2000-2001 à hauteur de 76 224.

On constate donc que les incitations interministérielles à mener une réflexion partagée entre personnels pénitentiaires et médicaux ont été renforcées et les connaissances des intervenants en prison sur les drogues et les dépendances ont été consolidées.

Préparation à la sortie de prison et organisation d'un suivi spécifique à l'extérieur

Les données relatives à la préparation à la sortie de prison des usagers de drogues et l'organisation d'un suivi spécifique à l'extérieur sont très réduites. Les informations sur le contexte général de la prise en charge sociosanitaire existent, mais les indicateurs propres à la situation des toxicomanes ne sont pas disponibles.

Au cours de l'année 2001, près de 10 000 sortants de prison en fin de peine ont été accueillis par les SPIP⁵⁸. La part des sortants concernés par un problème de toxicomanie n'est pas évaluée annuellement dans les rapports d'activité de l'administration pénitentiaire⁵⁹. Globalement, l'accueil des ex-détenus (tous confondus) par ces services a été beaucoup moins important en 2000 qu'en 1999 (- 27 %) et l'on reste en deçà des proportions atteintes en 1989-1990 où ces interventions formaient plus d'un tiers de l'ensemble des interventions, du fait principalement de l'absence de dispositif structuré de préparation à la sortie dans les établissements pénitentiaires à cette époque⁶⁰.

Depuis 1997, des Unités pour sortants ont été mises en place dans huit sites pilotes⁶⁰. Ce programme expérimental a permis de préparer la sortie des détenus présentant des problèmes d'addiction (ou de dépendance) toxicomanes au travers d'un stage durant les quatre semaines précédant leur libération. L'objectif, tel qu'il est énoncé dans le cahier des charges, est un traitement social de la toxicomanie décliné en deux phases : une préparation collective préalable à la sortie et un accompagnement après la sortie. Le résultat de l'évaluation⁶⁰, après deux années de fonctionnement, souligne les effets positifs de ce stage. Les actions collectives proposant aux stagiaires un soutien social, physique et psychologique semblent en effet avoir permis de ménager aux détenus l'accès à une palette diversifiée de soins relevant de la substitution. Toutefois, ces soins ont bénéficié à un faible nombre

58. Crées par le décret du 13 avril 1999, les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) ont pour mission, auprès des établissements pénitentiaires et du milieu ouvert, de favoriser l'accès aux droits et aux dispositifs d'insertion de droit commun des détenus et des personnes placées sous son contrôle par les autorités judiciaires. Il existe un SPIP par département.

59. Analyse de la Direction de l'administration pénitentiaire (source : rapport d'activité 2000).

60. Les huit établissements dotés d'une UPS sont les suivants : le centre de détention de Loos, les maisons d'arrêt de Lyon, Fresnes (deux UPS, une pour les hommes, l'autre pour les femmes), Strasbourg, Metz, Nice ainsi que la maison d'arrêt des Baumettes.

de personnes détenues et leur fonctionnement n'a pas été assez ouvert sur l'ensemble des services de l'établissement (en particulier les services pénitentiaires). Par ailleurs, du point de vue de la méthode évaluative, les UPS n'ont pu être évaluées sous l'angle de l'efficacité des mesures, mais seulement sous l'aspect du type de préparation à la sortie qu'elles favorisent : seuls 34 stagiaires UPS ayant pu être interrogés, cela limite la portée d'une évaluation d'impact. Les conclusions de cette évaluation ont été analysées au cours d'une rencontre nationale le 28 mai 2001, qui rassemblait les services sanitaires et pénitentiaires des 7 établissements accueillant un programme UPS, les Directions départementales des affaires sanitaires et sociales et les Directions régionales des services pénitentiaires. De nouveaux axes de travail ont ainsi été dégagés pour l'élaboration d'un nouveau cahier des charges du programme des UPS mieux adapté à chaque site. Le nouveau cadre de travail des UPS (formalisé en mars 2002) laisse les modalités de mise en œuvre à l'initiative locale (notamment les structures de fonctionnement transversales et opérationnelles entre services sanitaires, services pénitentiaires et partenaires extérieurs) : il se limite à fixer les « principes intangibles » qui conditionnent l'appartenance au dispositif UPS. Le suivi et l'évaluation des UPS devront désormais se conformer à des critères d'évaluation quantitatifs et qualitatifs précis et communs à l'ensemble des sites (en termes de nombre de bénéficiaires annuels, de capacité de suivi des bénéficiaires à la sortie du programme, de fonctionnement transversal du programme et de cohérence avec les autres dispositifs de l'établissement, et enfin en termes de valeur ajoutée du programme au sein de l'établissement).

Par ailleurs, un suivi à la libération dans le cadre d'une mesure judiciaire aménagée était recommandé par le plan dans le cas des usagers de drogues, de façon à encourager les organismes d'accueil à accepter ce public. Si les CDO ont favorisé la signature de conventions de prestation sociosanitaire entre établissements pénitentiaires et structures spécialisées, le dispositif participe encore peu au développement de certaines peines, telles la libération conditionnelle (concernant des anciens détenus suivis par le SPIP) ou des mesures d'aménagement de peines concernant des personnes toujours en détention (semi-liberté, travail extérieur). Seuls 3,1 % des personnes suivies dans ce cadre bénéficiaient d'un aménagement de peine en 1999. Ce chiffre a peu évolué.

La libération conditionnelle sous condition d'obligation de soins, de moins en moins utilisée, a pourtant fait l'objet d'une tentative de relance par la circulaire du 17 juin 1999 : qui lui prête une vertu majeure : celle de mieux accompagner la sortie des usagers incarcérés. Pour les auteurs d'ILS, celle-ci a été employée dans 1 364 cas en 1998, 1 410 en 1999 et 1 484 en 2000. La mesure de semi-liberté, elle aussi peu utilisée jusqu'à présent, est également préconisée dans la circulaire pour préparer la sortie du détenu libéré. Pour l'ensemble des auteurs d'ILS, le nombre de mesures de semi-liberté a augmenté au cours de la période triennale, passant de 933 en 1998, à 1 116 en 1999 et à 1 265 en 2000.

Cette préoccupation à l'égard des sortants a fait l'objet d'un séminaire organisé par la Direction de l'action sociale, la Direction de l'administration pénitentiaire et la MILDT en mai 2000 sur l'accueil des usagers de drogues sortant de prison. De même, une circulaire de la Direction de l'action sociale, parue le 14 janvier 2000, mentionne explicitement les personnes toxicomanes, particulièrement les sortants de prison, comme devant être une des priorités d'accueil des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS).

i Circulaire JUS du 17 mai 1978.

ii Loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage de substances vénéneuses, JO du 2 janvier 1971.

iii Circulaire DACG-DAP-DPJJ du 17 juin 1999 relative aux réponses judiciaires aux toxicomanies (NOR : JUSA9900148C).

iv Circulaire DACG-DAP-DPJJ du 17 juin 1999 relative aux réponses judiciaires aux toxicomanies (NOR : JUSA9900148C) ; circulaire DACG n° CRIM-99.7/G1 170699 du 17 juin 1999 relative à la lutte contre le trafic de stupéfiants (NOR : JUSD9930090C).

v Note interministérielle DATAP/DSRC du 22 avril 2002 relative à l'extension de l'expérimentation d'une réforme des commissions médicales départementales du permis de conduire (NOR/INT/A/02/00107/C).

vi Circulaire de la MILDT du 5 février 2002 relative aux crédits déconcentrés de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances.

vii Note interministérielle DGS/DHOS/DAP/MILDT du 9 août 2001 relative à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive.

viii Circulaire DGS-SP3/DH/MTAS n°96-239 du 3 avril 1996 relative aux orientations dans la prise en charge des toxicomanes en 1996, BO n° 96-16 du 25 mai 1996 (NOR :TASP9630145C).

ix Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale (NOR : SPSX9300136L).

x Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 dite loi de modernisation sociale (NOR : MESX0000077L).

xi Circulaire DGS/DHOS n° 2002/57 du 30 janvier 2002 relative à l'élargissement de la primo-prescription de la méthadone en établissement de santé (NOR : MESP0230029C).

RÉSUMÉ DU CHAPITRE 6

Le plan triennal préconisait une meilleure articulation de la politique pénale et des politiques sanitaires et sociales afin de permettre à chaque usager de drogues ou usager excessif d'alcool interpellé de bénéficier d'une orientation sanitaire et sociale, dans le cadre d'une alternative aux poursuites, aux sanctions ou à l'incarcération. Dans le cadre des orientations définies par le garde des Sceaux – par la circulaire du 17 juin 1999 –, la MILDT a mis en place des conventions d'objectifs entre les préfets et les procureurs de la République. Définissant localement les priorités de la politique judiciaire à l'égard des usagers de drogues illégales, celles-ci ont été généralisées depuis 2000 à 96 départements. Le dispositif des CDO vise à financer les structures sociosanitaires pour leur permettre de couvrir le surcoût occasionné par la prise en charge des publics adressés par la justice. La diversité des structures ainsi soutenues s'est accrue, l'offre de prestations s'est élargie, les filières de prise en charge ont par endroits été réorganisées. Le public bénéficiaire a quadruplé de 1999 à 2001. Signe de réussite du dispositif, les publics adressés par la justice ont fortement augmenté au cours de la période triennale, en nombre et en proportion, au sein de la population toxicomane traitée par les centres de soins spécialisés. Pourtant, les effets réels du dispositif restent en deçà des moyens financiers importants qui lui ont été affectés.

L'évaluation des effets de la politique pénale menée à l'égard des usagers justiciables se heurte à une limite majeure : celle des sources. En l'état actuel de la statistique pénale, il n'est possible d'estimer que grossièrement la proportion d'orientations sociosanitaires proposées aux personnes interpellées pour un délit d'usage (avec ou sans revente) aux différentes phases du processus judiciaire. Aucun système d'information pérenne ne permet de connaître, parmi les personnes interpellées pour une ILS, la part bénéficiant d'une mesure alternative aux poursuites (et *a fortiori*, la part des mesures à contenu sociosanitaire). Les données partielles disponibles font tout d'abord apparaître un « effet d'entonnoir » au long de la filière pénale : en 2001, 7 1667 personnes ont été interpellées pour un fait d'usage simple ; la part d'usagers poursuivis a diminué ; la part de bénéficiaires d'une mesure alternative aux poursuites n'est pas connue précisément ; à l'autre bout de la chaîne pénale, 2 900 personnes environ ont été condamnées pour usage de stupéfiants en infraction unique – dont 13 % ont été emprisonnées (chiffre en forte baisse de 1998 à 2001) et 25 % orientées vers une peine alternative (travail d'intérêt général ou jour-amende). Et ce, comme si les services répressifs avaient continué d'appliquer à la lettre la loi de 1970, tandis que les circulaires venues infléchir sa rigueur conduisaient à développer les mesures alternatives dans le secteur judiciaire.

Néanmoins, l'analyse d'un échantillon représentatif de 7 juridictions de la région parisienne montre que l'infraction d'usage donne lieu à une mesure alternative aux poursuites (principalement rappel à la loi ou avertissement). Les alternatives sociosanitaires proprement dites (injonction thérapeutique ou orientation sociosanitaire) ne concernent que 15 % des cas. Parmi celles-ci, l'injonction thérapeutique reste la mesure la plus fréquemment proposée – et les chiffres les plus récents, qu'il convient d'interpréter avec prudence, témoignent d'une réactivation de cette mesure. Soulignons toutefois que la part de personnes adressées par la justice aux instances sociosanitaires dans le cadre d'une mesure de classement avec orientation sanitaire et sociale a augmenté et dépassé celle des usagers reçus pour une injonction thérapeutique. Ces observations traduisent un dédoublement des pratiques des cours d'appel : certaines s'en sont tenues à un traitement « classique » du contentieux (caractérisé par un recours aux injonctions thérapeutiques et aux classements sans suite avec avertissement et/ou rappel à la loi) ; d'autres ont tenté de mettre en place des approches plus « innovantes » en développant les classements sans suite avec orientation sanitaire et sociale. L'essor des mesures alternatives sociosanitaires semble en partie tributaire de la présence des Maisons de la justice et du droit ou des antennes de justice. C'est dans cet esprit que le plan invitait à la mise en place de permanences d'orientation sanitaire et sociale à proximité des tribunaux : leur nombre est à ce jour inconnu.

Les orientations proposées au titre d'une alternative à l'incarcération se sont développées : au sein des condamnations pour usage illicite (seul ou associé à un délit connexe), les peines alternatives (TIG, jour-amende) ont augmenté de plus de 40 %. Parmi ces alternatives, l'emprisonnement assorti d'un sursis probatoire reste la principale peine prononcée par les juridictions à l'encontre des usagers de drogues. Les juridictions semblent donc majoritairement avoir continué de recourir à des peines « classiques » (prison avec sursis ou amende) pour sanctionner l'usage sans promouvoir la dimension sociosanitaire des réponses alternatives à la prison.

L'alcool étant en cause dans un certain nombre d'infractions, routières notamment, le plan a choisi de réservé une place privilégiée et inédite à la prise en charge des justiciables ayant une consommation problématique ou abusive de cette substance. Entre 1999 et 2001, la conduite en état alcoolique a été davantage pénalisée ; les orientations par les instances judiciaires vers des consultations spécialisées en alcoologie a notablement progressé. Les personnes interpellées pour une infraction routière en lien avec la consommation d'alcool font quasi systématiquement l'objet de poursuites. L'orientation sociosanitaire, quand elle est effective, intervient donc plutôt lors du choix de la peine, même si les suspensions de permis et les amendes restent la peine de substitution la plus couramment appliquée (dans deux cas sur cinq). Les TIG routiers n'ont pas connu la revalorisation attendue.

Du point de vue de la prise en charge des usagers de drogues (licites ou illicites) en milieu pénitentiaire, des améliorations peuvent être pointées. En 2001, 4 373 personnes étaient détenues pour une infraction à la législation sur les stupefiants (14 % de la population carcérale). La première estimation, par l'administration pénitentiaire, du nombre de toxicomanes en milieu carcéral évaluait, en 1986, à 10,7 % de la population incarcérée le nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse. Selon une enquête de 1997, 32,2 % des entrants interrogés déclaraient une utilisation prolongée et régulière d'au moins une drogue au cours des 12 mois précédent l'incarcération. La prise en compte publique du phénomène (dont l'ampleur a triplé en 10 ans) s'est traduite par une note interministérielle du 9 août 2001, annonçant les protocoles de prise en charge des personnes incarcérées dépendantes signés dans chaque établissement pénitentiaire. Ces protocoles réorganisent la coordination entre les services sanitaires, pénitentiaires et les partenaires extérieurs pour assurer un meilleur repérage, un accès aux soins amélioré et un suivi effectif jusqu'après la libération. Une grille standardisée de repérage des abus et des dépendances (dite « mini-grade ») ainsi qu'une formation ont été élaborées pour les personnels médico-sociaux – qui ont été formés à l'utilisation de cet outil de diagnostic. Sa mise en place devrait permettre d'assurer un suivi centralisé des détenus toxicomanes.

La politique de réduction des risques menée en milieu carcéral depuis 1996 a connu des progrès : le nombre et la part de personnes détenues bénéficiant d'un traitement de substitution a augmenté ; la proportion de services médicaux ne pratiquant pas la substitution est en diminution ; le taux d'interruption des traitements a été réduit de façon draconienne, de 1998 à 2001 : le sevrage médicamenteux ne concerne plus aujourd'hui que 5 détenus sur 100. Seuls 20 établissements sur 186 ne comptent aucun détenu substitué dans leurs effectifs. L'extension de la substitution a été particulièrement nette dans les établissements de taille importante. Les résistances de la part de certaines équipes médicales tendent à s'estomper. Globalement, le milieu pénitentiaire semble avoir évolué vers une plus grande perméabilité au dispositif général de soins, conformément aux objectifs du plan triennal. Néanmoins, l'un des axes de progrès principaux reste l'aménagement des peines les moins longues, quand il s'agit de toxicomanes, en y intégrant une obligation de soins (libération conditionnelle et semi-liberté notamment).

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS DU CHAPITRE 6

Degré de cohérence

Les objectifs annoncés par le plan consistaient à accompagner la répression de l'usage de stupéfiants d'un volet sanitaire et social important – l'usage restant un délit, possible d'une peine maximum d'un an d'emprisonnement et d'une amende pouvant aller jusqu'à 3 750 . Le choix du plan triennal a été de ne pas proposer de modification de la loi, mais d'inciter les procureurs de la République à préférer à la prison une orientation sanitaire et sociale alternative aux poursuites ou à la sanction, à tous les stades de la procédure (circulaire du garde des Sceaux du 17 juin 1999). Ce choix s'est traduit par la mise en œuvre de « conventions d'objectifs » entre les procureurs et les préfets, financées par la MILD'T et destinées à organiser la prise en charge des personnes sous main de justice.

Dans le même esprit, la prise en charge des usagers problématiques en milieu pénitentiaire a été inscrite dans les objectifs du plan, qu'elle se traduise par le repérage des usagers dépendants, par un suivi adapté ou par la capacité à orienter et favoriser leur insertion à la sortie de prison.

Niveau d'engagement et de réalisation des objectifs

L'absence de données statistiques détaillées sur les suites judiciaires données aux interpellations pour usage de stupéfiants ne permet pas de tirer de conclusions précises sur l'exécution du plan. Cependant, conformément aux objectifs annoncés, la diminution des poursuites, comme celle des condamnations à l'emprisonnement ferme pour cette infraction montre un recul de la logique purement répressive.

Les données des juridictions de la région parisienne, selon lesquelles des alternatives aux poursuites sont prononcées dans deux cas sur trois révèlent également que les instructions du garde des Sceaux et les objectifs du plan ont été pris en considération.

On peut toutefois s'interroger sur le développement de la prise en charge socio-sanitaire : les injonctions thérapeutiques n'ont pas augmenté durant la période d'exécution du plan et les autres alternatives sociosanitaires restent, selon l'échantillon francilien, d'un nombre très limité. Par ailleurs, la collaboration entre services répressifs et services sanitaires et sociaux ne paraît guère s'être sensiblement développée. Il est regrettable que les permanences sociosanitaires qui pouvaient servir d'interface ne paraissent pas avoir été mises en place.

En ce qui concerne les usages problématiques d'alcool, ils peuvent être abordés uniquement à travers la délinquance routière : conduite sous l'empire d'un état alcoolique (CEA), avec ou sans accident corporel – faits qui, dans la presque tota-

lité des cas, donnent lieu à poursuites. Des prises en charge sociosanitaires, notamment dans le cadre des sursis avec mise à l'épreuve, sont fréquemment prononcées, sans que l'on puisse cependant mesurer les évolutions au cours de la période triennale. Mais il est regrettable que les comportements d'alcoolisation qui ont déterminé ou aggravé d'autres actes de délinquance – violences, homicides, abus sexuels notamment – ne paraissent pas avoir été pris en considération pour les sanctions et les mesures prononcées à l'égard de leurs auteurs.

Enfin, en ce qui concerne les détenus – 60 % des entrants présentent des problèmes liés à la consommation de drogues, licites ou illicites –, la prise en charge, bien que nettement améliorée au cours du plan, reste souvent insuffisante comme le montre en particulier l'inégale mise en place de la substitution.

Ainsi, les informations recueillies montrent une cohérence entre les réalisations et les objectifs annoncés, mais sans que puisse être connu le niveau de réalisation de ces objectifs.

On notera enfin que la distinction entre usage, usage nocif et dépendance, pertinente au regard de la santé publique, ne paraît guère avoir trouvé de traduction dans le processus judiciaire où ces critères ne sont pas déterminants de la qualification pénale.

Recommandations stratégiques

Des financements stables

Sauf à considérer que la prise en charge sociosanitaire des personnes « sous main de justice » n'a pas à être développée, ce qui irait à l'encontre des évolutions de ces dernières années, et du constat selon lequel l'usage de drogues a un rôle important dans nombre de conduites déviantes, l'effort doit être poursuivi pour développer une telle prise en charge.

L'État s'est engagé de façon significative en finançant les conventions départementales d'objectifs. Même si ce dispositif doit être adapté, il est tout à fait indispensable qu'il soit reconduit pour donner aux magistrats qui pourraient être tentés par le « tout-répressif » des alternatives concrètes, et qui ne soient pas tributaires de financements aléatoires et incertains. Si les associations ne sont plus financées pour la prise en charge de mesures judiciaires, qui constituent pour elles des contraintes particulières, elles désinvestiront ce champ.

Former, informer

La prise en charge sociosanitaire des auteurs d'infractions relève essentiellement des tribunaux. Il est cependant souhaitable que les services de police et de gendarmerie soient aussi sensibilisés aux effets et aux conséquences des usages pro-

blématiques de drogues pour mieux orienter leur action. Ainsi, les interpellations d'usagers de stupéfiants pourraient être plus orientées vers les usages nocifs. Les consommations excessives d'alcool qui ont un rôle déterminant dans nombre d'infractions de droit commun, violences, abus sexuels notamment, et non seulement dans les infractions routières, devraient être mises en évidence dès les premières investigations.

En ce qui concerne les magistrats, il est aussi souhaitable, pour améliorer la prise en charge sociosanitaire des auteurs d'infractions, d'une part, de leur donner une formation dans ce domaine, d'autre part, de leur permettre de mieux repérer les auteurs d'actes de délinquance qui ont des consommations excessives ou problématiques de drogues. Les permanences sociosanitaires paraissent particulièrement utiles à cet égard.

Rappelons que pour être efficaces, ces formations doivent faire en sorte que le repérage des toxicomanes fasse sens, du point de vue du choix de la décision judiciaire.

Contentieux de masse et individualisation des prises en charge

Alors que les usages de drogues illicites, comme les CEA, représentent un contentieux important (plus de 20 % des condamnations sont prononcées pour la délinquance routière liée à l'alcool), la réponse judiciaire est appelée à devenir systématique, notamment pour les usages de drogues illicites, du fait de la « tolérance zéro » et des nouvelles orientations données.

Malgré leur nombre, il conviendrait que ces affaires ne fassent pas l'objet d'un traitement sommaire et indifférencié, mais que soient assurés le repérage des situations présentant des risques particuliers et la mise en œuvre de mesures utiles et adéquates en fonction des personnalités individuelles.

Toxicomanie et détention

En outre, l'attention doit toujours être portée sur la toxicomanie des détenus. Une prise en charge sociosanitaire dès l'entrée et un suivi pendant la période de détention – et non seulement au seuil de la sortie – devraient contribuer à faire diminuer les problèmes de dépendances. On peut aussi se demander si, à l'instar de pays voisins, l'on ne devrait pas rechercher des modalités d'exécution de l'emprisonnement qui, pour de courtes peines, feraient prévaloir la prise en charge sociosanitaire et le traitement sur l'enfermement.

Enfin, il convient de se prononcer nettement sur la mise en œuvre, en détention, de la réduction des risques et des dommages, qui ne se limite pas à la substitution. Là encore, la France pourrait s'inspirer d'exemples étrangers.

Recommandations méthodologiques

Les insuffisances de l'outil statistique ont été rappelées précédemment. Il conviendrait d'abord d'assurer la continuité du recueil de données entre les services de police et de gendarmerie et les juridictions, ce qui implique notamment de retenir une définition commune des différentes catégories d'infraction.

Les statistiques judiciaires devraient ensuite permettre, pour chaque catégorie d'infraction, et selon que les auteurs sont majeurs ou mineurs, de connaître les mesures et les sanctions prononcées. Ces renseignements devraient être complétés par les statistiques des associations et des services qui prennent en charge des personnes sous main de justice.

Resterait enfin à connaître l'incidence de ces mesures sur la prévention de la récidive et des consommations problématiques. S'il paraît difficile de recueillir des données exhaustives, un suivi de cohorte serait utile.

Il est en tout cas nécessaire, dans ce domaine comme dans les autres que les objectifs affichés par le futur plan trouvent leur traduction dans des données immédiatement disponibles.

7 - RÉAFFIRMER LA PRIORITÉ ACCORDÉE À LA LUTTE CONTRE LES TRAFICS

INTRODUCTION

Malgré le renforcement du dispositif législatif et l'accroissement des moyens donnés aux services répressifs, le plan triennal faisait le constat d'une progression continue du trafic, aussi bien national qu'international. Fort de cette observation, le plan s'assignait deux axes d'intervention prioritaires.

La réalisation d'un premier objectif, très large, visant à renforcer la lutte contre les trafics, était conditionnée à trois types de facteurs :

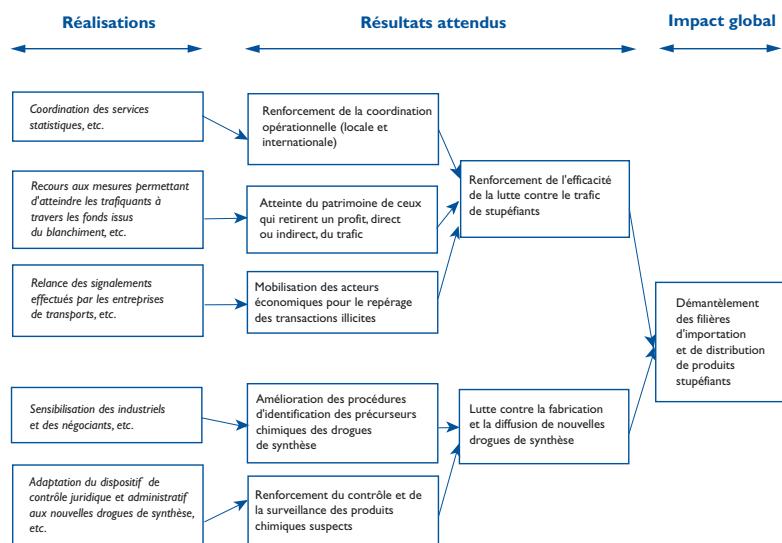
- à la faculté des autorités à mettre en œuvre des dispositifs de coordination locale tout en veillant à s'inscrire dans une coopération opérationnelle internationale ;
- à l'aptitude à porter atteinte – par le truchement des outils législatifs et procéduraux mis à la disposition des services répressifs par la loi du 13 mai 1996 – aux revenus tirés, directement ou indirectement, du trafic de stupéfiants ;
- enfin, au succès des pouvoirs publics à associer les acteurs économiques au repérage des transactions illicites.

Pour répondre au second objectif de lutte contre la fabrication et la diffusion de nouvelles drogues de synthèse, deux types d'intervention étaient attendus aux différents stades de la filière – depuis la fabrication et l'importation des produits stupéfiants ou des précurseurs détournés de leur usage, jusqu'au transport, à la mise en circulation des produits et au blanchiment des fonds issus de ce trafic spécifique :

- une identification plus efficace des produits mis en circulation,
- et un contrôle renforcé des substances disponibles sur le marché.

Cette orientation devait être mise en œuvre dans le cadre d'une politique de coopération internationale.

L'articulation de ces objectifs et leur interprétation en termes d'effets attendus ont été reprises ci-après.



Les sources d'information mobilisées pour étayer ces différents points d'analyse se sont avérées éclatées et de qualité inégale. La plupart d'entre elles (rapport d'activité de TRACFIN⁶⁷ ou de la MNCPC¹⁶⁸) ne distinguent pas les dossiers liés à la lutte contre le trafic de stupéfiants des dossiers « ordinaires », ce qui ne facilite pas leur exploitation.

Au regard de ces deux priorités liées à la lutte contre les trafics, ce chapitre s'appliquera à évaluer la capacité qu'ont démontrée les pouvoirs publics à peser sur les trafics, pour réduire l'offre globale de stupéfiants et pour prévenir la constitution d'une offre spécifique de produits précurseurs détournés pour la fabrication de drogues de synthèse.

1. Mission nationale de contrôle des précurseurs chimiques (rattachée au ministère de l'Industrie).

7.1. RENFORCEMENT DE L'EFFICACITÉ DE LA LUTTE CONTRE LE TRAFIC DE STUPÉFIANTS

Constats posés par le plan triennal

Le plan prenait acte d'une difficulté consubstantielle à la lutte contre le trafic de stupéfiants qui est de s'attaquer à des activités occultes, de plus en plus sophistiquées, avec des moyens souvent mal adaptés à la dimension internationale du phénomène.

Réponses apportées par le plan triennal

La lutte contre l'offre a pour objectif de réduire la disponibilité des produits illicites et de démanteler les réseaux de trafiquants. La douane, la gendarmerie nationale et la police nationale participent, sous le contrôle de l'autorité judiciaire, à la lutte contre le trafic de stupéfiants. Pour rendre cette lutte plus efficace, le maître mot du plan est celui de la coordination. Qu'elle s'organise localement ou au plan international, la coordination des services impliqués tous azimuts dans la lutte contre les trafics est censée permettre un meilleur repérage des trafiquants. Cette vigilance accrue est envisagée comme un moyen d'atteindre les trafiquants par le biais du profit qu'ils réalisent en se livrant au trafic. L'un des vecteurs de ce repérage identifié par le plan était la collaboration avec les acteurs économiques.

Évaluation du degré de réalisation de cet objectif

D'un point de vue statistique, la physionomie de la lutte contre les trafics a sensiblement évolué durant la période triennale : les interpellations de trafiquants locaux et d'usagers simples, qui étaient en hausse, ont accusé une baisse en 2001. En effet, l'ensemble des chiffres relatifs au trafic (en nombre d'interpellations et de saisies) a diminué en 2001, qu'il s'agisse de l'usage-revente, du trafic local ou du grand trafic mené à l'échelle internationale²⁴².

On peut se demander si cette inflexion apparente traduit un recul effectif du trafic de stupéfiants, une transformation du phénomène ou une baisse de l'activité des services de police, de gendarmerie et des douanes. En outre, la part des interpellations pour trafic local ou international parmi l'ensemble des interpellations n'a pas diminué de 2000 à 2001 (elle a même légèrement augmenté pour le trafic international). La baisse pour le dernier exercice n'est donc qu'apparente.

2. Après un sursaut à la hausse en 2000 (5 286), les interpellations pour trafic local ont repris leur mouvement à la baisse pour retrouver leur niveau de 1998 (4 355).

Tableau 38 - Structures des interpellations pour ILS de 1998 à 2001

INTERPELLATIONS	1998	1999	2000	2001	Évolution 2000/2001
Trafic international	1 278	1 274	1 245	1 083	- 13,01 %
Trafic local	4 263	4 232	5 286	4 355	- 17,61 %
Usage-revente	10 874	10 367	10 954	7 428	- 32,19 %
Total interpellations	91 048	95 910	100 870	84 533	- 16,20 %
SAISIES					
Nombre de saisies	47 647	51 303	58 421	53 534	- 8,37 %

Source : OCRTIS, 2001**Tableau 39 - Part du trafic local et du trafic international dans les interpellations pour ILS de 1998 à 2001**

Part dans l'ensemble des interpellations (en %)	1998	1999	2000	2001	Évolution 2000/2001
Trafic local	4,7	4,4	5,2	5,2	→
Trafic international	1,4	1,3	1,2	1,3	↗

Source : OCRTIS, 2001

Sur l'ensemble de la période triennale néanmoins, la proportion d'interpellations pour trafic local a augmenté. Une hypothèse explicative pourrait être l'amélioration de la coordination entre services répressifs locaux.

Au-delà de cette conclusion, il faut signaler la faiblesse des informations fournies par ces données.

Pour mesurer l'évolution intervenue depuis 1999 en matière de lutte contre les trafics, seront ici successivement décrits les moyens mobilisés :

- pour stimuler la coordination entre services d'information statistique, services d'enquête, et services répressifs, en matière de trafic local tout autant que pour traiter le trafic international ;
- pour atteindre le patrimoine de ceux qui retirent un profit, direct ou indirect, du trafic,
- et pour mobiliser les acteurs économiques pour le repérage des transactions illicites.

Coordination locale et internationale

Le phasage des interventions publiques, aux stades du repérage, de l'investigation, de la répression et du recensement statistique, était l'objectif transversal des actions de lutte contre le trafic.

Coordination des services statistiques

L'articulation des sources statistiques, préalable nécessaire à la bonne compréhension du phénomène des trafics, était pointée dans le plan triennal comme faisant défaut au dispositif d'action en place. Au terme de quatre années d'action interministériel, il s'avère que le suivi statistique des résultats de l'action de lutte contre les trafics est en voie d'amélioration. En effet l'OFDT, saisi d'une demande de la MILD'T visant à améliorer les indicateurs de l'action des services répressifs en matière de lutte contre le trafic, a regroupé les différents ministères concernés pour constituer un tableau de bord des indicateurs les plus adaptés pour rendre compte de l'action de l'ensemble des services intervenant dans la lutte contre le trafic de stupéfiants. Partant du constat du « *caractère inadapté des indicateurs judiciaires et policiers disponibles pour appréhender la lutte contre le trafic* », le groupe de travail interministériel – qui s'est réuni à cinq reprises au cours des années 2000 et 2001 – a convenu de la nécessité de construire des critères communs à tous les services pour qualifier les infractions d'une manière plus homogène : aujourd'hui, chacun des ministères représentés possède sa base de données propre³, incompatible en l'état avec les autres. Le groupe a également proposé d'élargir les indicateurs existants à l'ensemble de l'action répressive (blanchiment, recel, valeurs confisquées).

Un premier document, rédigé conjointement avec la MILD'T et le ministère de la Justice, a proposé une grille de lecture visant à mieux rendre compte de la réalité des différents trafics de drogues et de l'action des services de l'État chargés de la répression des trafics⁴. Les discussions prometteuses de ce groupe ont été reprises avec l'équipe récemment renouvelée de l'OCRTIS et les membres du groupe de travail. Elles pourraient s'orienter vers la création de nouveaux items dans le FNAILS

3. État 4001 et FNAILS pour le ministère de l'Intérieur, alimentés par le système JUDEX de la gendarmerie ; le Casier judiciaire national et le Fichier national des détenus pour le ministère de la Justice ; le Fichier national des infractions douanières – FNID – des douanes.

4. Ce travail a soulevé des questions relatives à la pertinence des catégories statistiques utilisées (trafic international, trafic national, trafic local, usage-revente), aux possibilités de regroupement d'indicateurs au sein de catégories communes (bien que se pose le problème des statistiques de la justice, calquées sur les infractions pénales et non sur les qualifications policières), à la question des informations utiles pour appréhender la réalité des trafics et de l'activité répressive – de façon à répertorier l'information manquante et à envisager les modalités de son codage statistique.

pour mieux décrire le trafic⁵, vers l'amélioration de la transmission des informations vers l'OCRTIS et vers l'élargissement de la discussion aux autres sources statistiques.

Coordination des services d'enquête

La coordination des services d'enquête figure en bonne place dans la circulaire relative à la lutte contre le trafic de stupéfiants du 17 juin 1999ⁱ, reprise en référence dans le plan de lutte contre les drogues. Celle-ci encourage la création de structures locales de concertation, pour éviter le chevauchement des interventions visant à lutter contre le trafic.

En matière de coordination des services d'enquête, quelques avancées ont pu être observées au cours de la période triennale. Sous l'égide de la MILDT, une réflexion interministérielle a été conduite : l'une des pistes de travail retenues a été d'identifier les obstacles de la lutte contre les trafics de façon à pouvoir les contourner et guider ainsi le travail d'enquête. Ainsi, une discussion avec les opérateurs de téléphonie mobile a été ouverte et a fait l'objet d'un groupe de travail au niveau de la chancellerie et de la police judiciaire. L'accès aux renseignements relatifs aux lieux et aux horaires des trafics, échangés anonymement par téléphone portable, a été identifié comme un canal d'investigation qui pourrait être utile aux services d'enquête. Cependant, les opérateurs téléphoniques sont réticents à coopérer : certains refusent ou répondent dans des délais longs ; d'autres font preuve de « mauvaise volonté », ne respectant pas le cahier des charges qu'ils ont signé en matière d'interception ou opposant des tarifs prohibitifs qui bloquent l'autorisation des recherches.

Dans des zones sujettes à des particularismes locaux, les bureaux de liaison permanents (BLP), cellules de renseignement spécifiques, ont été mis en place. Crées par une circulaire de mai 1997 aux Antilles-Guyane et dans le Nord-Pas-de-Calais, leur bilan est mitigé : le partage des renseignements et des objectifs s'est peu développé car les structures qui devaient accompagner le fonctionnement des BLP pour l'exploitation du renseignement et la définition des objectifs n'ont jamais fonctionné.

En outre, sur le plan national, les fichiers d'objectifs, outil de partage des renseignements, créés dans certains services régionaux de la police judiciaire (SRPJ), se sont révélés peu nombreux et peu effectifs.

Coordination des services répressifs

La question de l'articulation des services de l'État dans la répression du trafic local a fait l'objet d'un souci particulier de la part des autorités publiques.

5. Choisi comme base de référence du fait de sa plus grande souplesse de gestion. En effet, le codage des informations y est fait de façon centralisée.

Il est apparu que lorsque des actions coercitives étaient envisagées à l'encontre des trafiquants, les objectifs à atteindre ne faisaient pas toujours l'unanimité au sein des services répressifs. Ces divergences pratiques s'expriment tout particulièrement dans le cadre des Contrats locaux de sécurité (CLS). Si les CLS ne sont pas à proprement parler un outil de coordination des services, ils peuvent mettre au jour des différences de conception et de logique professionnelle susceptibles de produire des effets sur l'articulation des politiques en matière de lutte contre les trafics. Ainsi, la lutte contre la drogue relève plus, pour certains services, de la lutte contre l'économie souterraine ou de la lutte contre les violences urbaines que du souci de mener une action longue et concertée permettant de démanteler les filières. Les interventions se font donc souvent de façon fragmentée, selon des approches institutionnelles locales parfois contradictoires. Cet état de fait a amené la MILDT à s'impliquer dans l'accompagnement de la mise en œuvre d'une approche pénale à l'égard des trafiquants des acteurs locaux et nationaux impliqués dans les CLS. Les rencontres interrégionales des CLS organisées en 2001 et en 2002⁶ ont prévu, chacune, un atelier ou un séminaire spécifiquement consacrés au traitement des toxicomanes et aux moyens de lutte contre la toxicomanie. L'idée de concevoir des contrats plus spécifiquement orientés vers la lutte contre les trafics – au sein ou en dehors du cadre des CLS – a été évoquée par les professionnels. Les débats dans un des sites ont même soulevé la possibilité de créer une unité spéciale, diligentée pour mettre en œuvre les dispositions de l'article 222-39-1 du Code de procédure pénale visant le « proxénétisme de la drogue » (le fait, pour un individu en contact avec des usagers ou un trafiquant, de ne pouvoir justifier son train de vie par des ressources légales). La mise en place d'une telle unité permettrait de quantifier sur l'année les opérations concertées de contrôle.

Face aux dysfonctionnements locaux, l'application des dispositions législatives de la lutte contre les trafics a été explicitée. La circulaire du garde des Sceaux sur la sécurité du 9 mai 2001ⁱⁱ a déterminé des outils permettant d'améliorer la coordination locale des services répressifs, des administrations et des intervenants institutionnels du territoire concerné autour d'objectifs spécifiques – parmi lesquels la lutte contre le trafic de stupéfiants – dans le cadre des groupes locaux de traitement de la délinquance (GLTD). Elle incite les procureurs à définir des sites d'action publique prioritaires nécessitant une action forte de lutte contre les économies souterraines et les phénomènes de bandes (par la mise en place de groupes locaux de traitement de la délinquance). Cette orientation a été relayée par une circulaire interministérielle des ministres de l'Intérieur et de la Justice du 5 septembre 2001ⁱⁱⁱ relative à la mise en œuvre d'actions répressives contre les infractions commises en bande et les trafics locaux préconisant, dans le même esprit, la mise en place

6. Rencontres interrégionales des CLS du 8 juin 2001 (Atelier « CLS des toxicomanies et conduites addictives ») et du 21 mars 2002 (séminaire sur le volet « drogues et dépendances » des CLS).

d'actions ciblées sur le démantèlement des bandes et la lutte contre les économies souterraines fondées sur les trafics locaux de stupéfiants ou les vols et recels organisés.

Dans sa mission de coordination interministérielle de l'action opérationnelle des services concernés par le trafic de stupéfiants (gendarmerie et douanes^{iv}), l'OCRTIS⁵³ (Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants) semble s'être heurté à de nombreuses résistances. La Cour des comptes (Cour des comptes, 1998) a fait apparaître les difficultés de l'OCRTIS à faire reconnaître son autorité et sa légitimité interministérielles vis-à-vis des autres services de police et de la gendarmerie et surtout, de l'administration des douanes. Rattachée au ministère de l'Intérieur, ce service peine à faire fonctionner la transversalité. Le nombre de fonctionnaires affectés à cet office n'a cessé de diminuer : il n'en compte plus aujourd'hui qu'une soixantaine. Le détachement d'un agent des douanes à l'OCRTIS a été particulièrement difficile à concrétiser. L'OCRTIS a multiplié les efforts pour améliorer la coordination avec les services répressifs : il a mis en place une réunion mensuelle sur les objectifs, travaillé à une meilleure association de la gendarmerie. Pour favoriser la collaboration des services d'enquête, il a mis en place un fichier des numéros de téléphone à l'étranger (notamment en Espagne⁷). Par ailleurs, l'OCRTIS a opéré annuellement environ 200 arrestations de trafiquants et la saisie de près de 10 tonnes de produits stupéfiants.

S'ils n'ont pas systématiquement alimenté le partenariat, les services douaniers ont contribué, avec leurs moyens spécifiques, au repérage des trafics et à leur répression. Les années 2000 et 2001 ont été marquées par une augmentation des quantités saisies de presque toutes les catégories de stupéfiants⁸. Plus de 51 tonnes de drogues ont été saisies par les services douaniers en 2001, vs 43 tonnes et plus de 2 millions de cachets d'ecstasy en 2000, soit une hausse de près d'un cinquième⁹. Ces augmentations remarquables s'expliquent par la réalisation de quelques grosses prises, lesquelles ne suffisent pas à affirmer que les trafics de ce type de produits s'intensifient. Le volume global des saisies des stupéfiants a baissé de près de 9 % en 2002 par rapport à 2001. Ce fléchissement doit toutefois être nuancé, car il affecte la résine de cannabis (- 13,6 %), qui représente le produit stupéfiant dont le nombre de saisies et les volumes appréhendés sont les plus importants. À l'exception de la résine de cannabis, de l'héroïne (en stagnation) et du LSD – dont le volume saisi est marginal depuis de nombreuses années –, 2002 a donc été marquée

7. Source : compte rendu de la réunion interministérielle du 18 septembre 2001 à la MILDT, consacrée à « la lutte contre le trafic local ». Les ministères de la Défense, de l'Intérieur, de la Justice et de l'Économie et des Finances étaient représentés à raison de deux à quatre participants.

8. Augmentation de 159 % pour l'héroïne, franchissement du cap des 2 millions de doses pour l'ecstasy, quasi doublement des amphétamines (448,5 kg contre 231,5 kg en 1999), progression de près d'un quart pour la cocaïne ; seul le volume de cannabis intercepté était en recul (41 tonnes contre 58 l'année précédente). Les progressions les plus significatives d'une année sur l'autre concernent la cocaïne (+ 62 %) et la résine de cannabis (+ 21%).

9. Soit environ 137 M déclarés (9 milliards de francs) pour les quantités saisies en 2000.

par une forte progression des saisies de tous les stupéfiants (Rapport d'activité de la douane en 2002, 2003⁵⁴). C'est le nombre (non la quantité) des saisies réalisées qui permet de vérifier que, de 1998 à 2000, l'activité des services de police, de gendarmerie et des douanes en matière de saisies s'est effectivement accélérée (47 647 en 1998, 51 303 en 1999, 58 421 en 2000), avant de subir un ralentissement en 2001 (53 534, soit une baisse de plus de 8 %)⁵⁵.

Les douanes disposent d'une gamme d'outils spécifiques dont la mise en œuvre est difficile à quantifier : si l'on dispose d'informations générales sur l'activité des instances douanières ou sur les grosses saisies réalisées au cours de la période triennale, renseigner des indicateurs précis s'avère plus difficile. On se bornera donc à souligner que les moyens opérationnels développés par les services douaniers pour lutter contre le trafic sont distincts de ceux des autres services répressifs¹⁰ : ces moyens sont connus mais il est difficile d'avoir une évaluation chiffrée de leur effectivité (nombre de livraisons surveillées mises en place en France et demandées par la France en pays étranger, nombre d'agents de la Direction nationale des recherches et des enquêtes douanières¹¹ (DNRED), etc. Lors des saisies, les cargaisons et moyens de transport sont – à l'exception des navires – confisqués par les douaniers en attendant que l'enquête montre la bonne foi de l'entreprise, ce qui peut prendre plusieurs jours : les services douaniers (après avoir fait jouer leur droit de rétention pendant 24 heures renouvelables une fois) passent la main aux officiers de police judiciaire (police ou gendarmerie) qui continuent l'enquête, éventuellement en lien avec la DNRED qui peut procéder à de nouvelles auditions, prolonger les recherches en collaboration avec ses collègues internationaux (le *National Investigation Service* anglais ou la *Guardia di finanza* italienne par exemple). Les délais d'investigation et les résultats de l'action de la DNRED n'ont pu être appréhendés avec les données disponibles. On sait simplement que, dans l'exercice des missions de la DNRED, les agents français sont quatre fois moins nombreux que leurs homologues anglais ou allemands.

Si les douanes développent relativement peu de liens avec l'OCRTIS et s'appuient principalement sur leurs moyens d'enquête et de répression propres, le projet de loi « douane judiciaire », qui a été approuvé en interministériel et adopté le 23 juin 1999, devrait à terme impulser une coordination plus systématique entre services douaniers et services judiciaires. Ce projet de loi permet d'associer, en

10. L'importation, l'exportation et la détention illicites de produits stupéfiants tombent sous le coup d'une double incrimination sanctionnée, d'une part, par le Code pénal et, d'autre part, par le Code des douanes.

11. Les « livraisons surveillées », autorisées depuis 1991 par le Code des douanes dans le domaine des stupéfiants. La DNRED a ainsi le droit de recourir à des « avisés » rémunérés, contrairement aux indicateurs de police. Ces agents les aident à déterminer les lieu, horaire et méthode de passage de la marchandise illicite. Sous la houlette d'un magistrat, un agent de la DNRED peut prêter de l'argent, un entrepôt ou un véhicule à un trafiquant dans l'espoir de le prendre en flagrant délit, ou même infiltrer un réseau en se faisant passer pour un trafiquant.

équipes mixtes sous le contrôle d'un magistrat, des policiers et des douaniers. Ces derniers peuvent ainsi continuer leurs investigations sur la base du Code de procédure pénale en apportant au magistrat instructeur et aux policiers leur connaissance des trafics internationaux. Les effets de cette loi pourront être appréciés dans le cadre du prochain plan pluriannuel de lutte contre les drogues.

L'un des axes de l'action interministérielle menée pendant la période triennale a donc été d'identifier les difficultés du partenariat et de réfléchir aux moyens de renforcer la complémentarité des services impliqués dans la lutte contre les trafics locaux. Un rapport des chargés de mission de la MILD'T sur le trafic local, assorti de 22 propositions pratiques, a été présenté en réunion interministérielle le 3 octobre 2000. Bâti sur la base d'une série d'entretiens menés à Lyon, Lille, Versailles, Rouen et Avignon, il prévoit un suivi des propositions avancées, en matière de coopération notamment, sous la forme de réunions régulières de bilan. Ce rapport montre que les efforts de mise en cohérence des interventions ont été conséquents mais qu'ils sont limités par un certain nombre de facteurs :

- au stade de l'enquête sur les trafiquants ou sur ceux qui leur sont indirectement liés, les services spécialisés se heurtent à de nombreux problèmes techniques : les délais de transmission de l'information d'un service à l'autre persistent, les moyens techniques ou en personnel sont insuffisants, les outils juridiques s'avèrent inadaptés ou inexistantes, etc. Par exemple, la difficulté à trouver un accord avec les opérateurs de téléphonie mobile prive les services de police d'un outil de renseignement précieux dans la lutte contre le trafic local ;
- au stade de la constatation de l'infraction de trafic : la complémentarité entre les services de police, de gendarmerie et des douanes ne fonctionne pas encore de façon suffisamment efficace ; malgré de réels efforts de rapprochement, la circulation de l'information ne permet pas de confondre en temps réel les trafiquants ou leurs complices ;
- au stade de la production de preuves incriminant les trafiquants : les « signes extérieurs de richesse » ont été très peu exploités pour confondre les trafiquants locaux alors qu'ils peuvent motiver l'engagement d'une procédure judiciaire, du fait de l'article 222-39-1 du Code pénal. Cet outil législatif puissant autorise en effet les services de police à poursuivre ceux qui disposent de revenus qu'ils ne peuvent pas justifier : il reste néanmoins peu mobilisé par les juridictions. Cette désaffection s'explique en partie par une collaboration difficile à mettre en place avec les services fiscaux (*cf. infra*).

Si l'amélioration du partenariat est un enjeu crucial au niveau local, elle l'est également au plan international. L'utilisation de la haute technologie a accentué et accéléré la dimension transnationale du trafic de drogues, creusant encore l'écart entre les méthodes criminelles et les capacités d'enquête. Il semble que les services de répression soient confrontés à l'absence de législation globale concernant

les infractions commises dans un environnement électronique. Il n'existe actuellement aucune règle indiquant laquelle des législations nationales en concurrence doit prévaloir sur l'autre pour poursuivre l'auteur d'une infraction, comment les décisions de justice peuvent être exécutées si les prévenus résident à l'étranger et quels protocoles régissent les enquêtes internationales. Réduire l'écart entre la sophistication des techniques criminelles et celle des services d'enquête a requis des pratiques adaptées, consistant à renforcer, systématiser et rendre plus efficace le partenariat, en matière d'investigation et de répression.

Coordination internationale

Au cours de la période triennale, la coopération opérationnelle internationale semble avoir progressé. Les services nationaux ont établi des relations en matière de renseignement avec d'autres services de détection et de répression, ce qui a permis, par exemple, de démanteler en 2002 un trafic important au large de l'Afrique. L'interception du navire transportant une grande quantité de cocaïne a résulté d'un échange de renseignements opérationnels entre la France, les États-Unis et la Grèce et d'un partenariat productif entre la police judiciaire grecque, la « Drug Enforcement Administration » (DEA), l'agence américaine de Key-West (la « Joint Inter Agencies Force »), la Marine nationale française et l'OCRTIS. Outre qu'elle constitue une première sur la façade atlantique – ce type d'opération n'ayant généralement lieu que dans la zone Caraïbe –, cette action a démontré la capacité des États à s'opposer à l'action des réseaux dont les activités ont une incidence directe sur la situation des drogues en Europe et génèrent des flux financiers considérables. Conformément aux conventions internationales en vigueur, le navire, son équipage et la marchandise saisie ont été conduits à la préfecture maritime de Brest. Sous l'autorité du procureur de la République compétent, les fonctionnaires de l'OCRTIS ont poursuivi les investigations en collaboration avec leurs partenaires européens et américains. L'OCRTIS a en outre été impliqué, chaque année, dans le contrôle opérationnel de près d'une vingtaine de livraisons surveillées conduites en étroite coopération avec les pays étrangers concernés (dont notamment les États-Unis, le Mexique, la Grande-Bretagne, l'Espagne ou encore l'Allemagne), selon les sources émanant du ministère de l'Intérieur.

De la même façon, les services douaniers ont continué de développer une politique de coopération et d'échange de renseignements dans le cadre de l'Assistance administrative mutuelle internationale (AAMI). Dans le cadre de l'AAMI, la Direction nationale du renseignement et des enquêtes douanières (DNRED) est en charge des relations opérationnelles avec les services douaniers étrangers. Ce partenariat a permis aux services douaniers français en 2001 de saisir 700 kg de drogues (dont 55 kg de cocaïne) et aux services étrangers d'intercepter 63 kg de produits stupéfiants, grâce aux informations transmises par la douane française. Grâce à ses 14 attachés douaniers implantés à l'étranger, la DNRED a contribué, en 2000, à la

gestion de 3 200 dossiers, concernant aux trois quarts les États membres de l'Union européenne et portant pour l'essentiel sur des trafics de contrebande (alcool, tabac). L'année 2000 a par ailleurs été marquée par l'entrée en vigueur de six conventions supplémentaires d'assistance administrative mutuelle et la signature de deux arrangements administratifs, avec les deux aéroports de Roissy et Zurich pour l'un, avec la société portuaire colombienne de Baranquilla pour l'autre.

Longtemps envisagée dans un strict cadre bilatéral, la coopération internationale douanière s'est donc élargie, face à l'internationalisation des trafics. La douane française a engagé en 2000 une initiative en matière de partenariat, sur le thème de la coopération douanière opérationnelle en Méditerranée. Ce programme MEDA associe les 15 États membres de l'Union et 12 pays partenaires du sud et de l'est de la Méditerranée (Algérie, Chypre, Égypte, Israël, Jordanie, Liban, Malte, Maroc, Syrie, Tunisie, Turquie, Autorité palestinienne). Un séminaire qui s'est déroulé les 3 et 4 avril 2000 a permis de renforcer les procédures d'échange d'informations et de mettre en place dans des délais brefs la première opération de contrôle, conjointes à l'échelle régionale.

Enfin, la coopération judiciaire internationale dans le domaine de la lutte contre les stupéfiants est facilitée, depuis quelques années, par les magistrats de liaison en poste dans les ambassades françaises, dans certains pays européens et aux États-Unis, en contact permanent avec leurs collègues étrangers affectés à Paris. Actuellement, sept magistrats de liaison opèrent à l'étranger (Espagne, Italie, Allemagne, États-Unis, Pays-Bas, Royaume-Uni, République tchèque) et cinq magistrats étrangers sont installés en France, au service des Affaires européennes et internationales de la chancellerie, représentant les États-Unis, l'Italie, les Pays-Bas, l'Espagne et l'Allemagne. Les magistrats de liaison ont notamment contribué à rechercher des solutions pour adapter des procédures parfois difficilement conciliables (en termes d'extradition, de transfèrement des personnes condamnées aux États-Unis demandant à exécuter leur peine en France). Le nombre de conférences qu'ils ont données à l'étranger pour mieux faire connaître le droit français et le nombre de programmes d'échange réalisés dans le cadre des formations de magistrats sont autant d'indicateurs qui n'ont pu être renseignés.

Par conséquent, même si l'objectif de la coordination a été réaffirmé par les pouvoirs publics dans la perspective d'une lutte renforcée et globale contre les trafics, la réalisation de celui-ci reste encore largement perfectible. La Cour des comptes, dans son rapport de juin 1998¹² publié en janvier 2002, relevant les nombreuses améliorations apportées au dispositif de lutte contre la drogue et la toxicomanie, a estimé que l'un des points d'amélioration du dispositif portait, précisément, sur la coordination des services répressifs dans leur lutte contre le trafic.

Atteinte du patrimoine de ceux qui retirent un profit, direct ou indirect, du trafic

L'évolution législative des années 1990 a mis l'accent sur la répression du blanchiment ou la justification mensongère de l'origine des ressources des trafiquants (loi du 31 décembre 1987^v, loi du 23 décembre 1988^{vi}, loi du 12 juillet 1990^{vii}, loi du 13 mai 1996^{viii}). Cette dernière loi réprime également le fait de ne pouvoir justifier de ressources correspondant à son train de vie lorsque l'on est en relation habituelle avec des usagers ou un trafiquant de stupéfiants (« proxénétisme de la drogue »). Le plan triennal a fortement soutenu la mise en œuvre de ces dispositions dont les effets s'avèrent pourtant difficiles à appréhender.

Recours aux mesures permettant d'atteindre les trafiquants à travers les fonds issus du blanchiment

La part du trafic de stupéfiants dans l'ensemble du blanchiment est difficile à connaître. Les travaux de recherche sur cette question font défaut. La nécessité d'orienter la recherche vers ces questions était évoquée, au cours d'une journée de réflexion organisée le 29 mai 2002 par la MILDT¹², comme l'un des points d'amélioration à inscrire dans le prochain plan.

De même, la gamme des outils répressifs effectivement appliqués à l'encontre des trafiquants et des personnes suspectées de tirer un profit indirect du trafic est difficile à estimer. Qu'il s'agisse des moyens d'investigation permettant de confondre les trafiquants (gardes à vue de plus de 48 heures, perquisitions de nuit¹³) ou des mesures qui permettent de poursuivre ceux qui tirent un profit direct (peines de confiscation du produit des trafiquants) ou indirect (placements sous contrôle judiciaire de personnalités morales financières impliquées dans le blanchiment de fonds issus du trafic de drogues) du trafic, toute tentative de chiffrage se heurte aux limites des statistiques policières et pénales. Ne sont recensées que les peines d'emprisonnement. Ainsi peut-on observer l'augmentation des peines de réclusion criminelle prononcées à l'encontre des trafiquants en bande organisée condamnés pour importation non autorisée de stupéfiants : d'aucune en 1998, les mesures de réclusion ont été au nombre de 9 en 1999 (sur 20 condamnations) et de 17 en 2000

12. Journée de travail interministérielle « lutte contre le blanchiment et lutte contre le trafic de drogues ».

13. Ces deux procédures d'intervention des services de police, dérogatoires au droit commun, sont prévues par la loi du 31 décembre 1970 et reprises dans celle du 13 mai 1996, pour les trafiquants et ceux qui tirent un profit indirect du trafic : la garde à vue peut durer 4 jours au lieu de 48 heures et des perquisitions sont possibles de nuit. Le nombre de recours à ces procédures exceptionnelles n'est pas référencé à ce jour dans les statistiques de police et de gendarmerie.

(sur 43 condamnations¹⁴). Il semble que les peines de confiscation prononcées par les tribunaux se limitent le plus souvent à la seule confiscation des biens saisis lors des interpellations.

Ce sont essentiellement les services douaniers qui procèdent aux saisies et aux mesures confiscatoires. Cependant, l'utilisation des incriminations et sanctions spécifiques dont disposent les services douaniers pour réprimer des infractions liées au trafic n'a pu être chiffrée très précisément avec les données statistiques disponibles.

En 2001, la douane a constaté 1 775 manquements à l'obligation déclarative¹⁵, dont 46 étaient liés au trafic de stupéfiants (soit 2,5 % des constatations).

Seulement deux manquements sur cinq, en matière de trafic de stupéfiants, ont été poursuivis en justice en 2001 (soit 19 affaires). Le problème évoqué par les services douaniers est de donner un statut pénal à des indices corroborants. Ces affaires représentaient 5,74 M€, c'est-à-dire 3,1 % des sommes en infraction¹⁶.

De même, la mise en œuvre de l'article 415 du code des douanes, punissant tout opérateur financier international soupçonné du blanchiment de sommes provenant, directement ou indirectement, d'une infraction à la législation sur les stupéfiants d'une peine de prison de 2 à 10 ans, de la confiscation des sommes et d'une amende cinq fois plus élevée que les sommes mises en cause, n'a pas pu être mesurée. Le chiffre des mesures conservatoires permettant de geler le patrimoine des trafiquants – utilisables par les services douaniers dès la constatation de l'infraction – s'avérerait pourtant éclairant. De même, l'exercice des prérogatives douanières en matière de droit de capture et de retenue (autorisation de capture des prévenus en cas de flagrant délit et droit de rétention des prévenus pendant 24 heures d'interrogatoire), au cours de laquelle les appels téléphoniques ou le recours à un avocat sont exclus, est mal évalué. Un tel indicateur procédural permettrait pourtant d'appréhender l'étendue des moyens mis en œuvre pour traquer les bénéficiaires des trafics. L'on sait en revanche qu'une des mesures caractéristiques existantes, la contrainte par corps – qui n'est pas spécifique au trafic de stupéfiants – est assez peu appliquée. Sa pertinence n'est pas contestée pour les trafiquants, chez qui elle provoque souvent un paiement, au moins partiel, des amendes dues : en revanche, l'utilité sociale de son application à de simples passeurs, par nature insolubles, est

douteuse. Concrètement, des contacts plus étroits entre les services contentieux des douanes et les juges d'application des peines devraient contribuer à aplatiser ces difficultés.

Le faible nombre de condamnations pour délit de blanchiment prononcées par les juridictions¹⁷ laisse penser que la qualification de blanchiment reste encore sous-utilisée.

Au cours de l'année 2000, 17 condamnations pour blanchiment d'argent en matière de stupéfiants ont été prononcées, dont 15 ont été assorties d'une peine d'emprisonnement¹⁸.

Dans la période triennale, le nombre de condamnations pour délit de blanchiment en matière de stupéfiants s'est stabilisé autour d'une vingtaine par an (21 en 1998, 24 en 1999).

Au vu des statistiques de la chancellerie, dans 9 cas sur 10, l'emprisonnement est la peine retenue.

Le droit positif offre pourtant des moyens pour traquer les blanchisseurs et les bénéficiaires du blanchiment à travers leurs profits. L'article 222-39-1 du Code pénal par exemple, parce qu'il renverse la charge de la preuve, est un outil puissant aux mains des services de police – qui reste toutefois sous-utilisé. En dépit des circulaires d'application tentant de relancer l'article 222-39-1 du Code pénal passé inaperçu à sa création en 1996, et malgré les efforts de formation des services, cet instrument fait l'objet d'une faible appropriation¹⁹. La chancellerie a réalisé un premier bilan de cette application pour l'année 2000 et 12 parquets généraux, spécifiquement interrogés sur 26 dossiers particuliers, ont été invités à préciser la nature des actes d'enquête ayant servi à caractériser le délit ainsi que les éléments constitutifs finalement retenus. Il ressort que l'un des obstacles à l'application de cet article tient aux modes d'action des services qui tendent à « chercher le produit » plutôt qu'à poursuivre ceux qui en tirent profit. Le détail des commentaires des parquets n'a pu être examiné par la présente évaluation, mais l'on peut penser que la mise en œuvre de cet article pourrait devenir effective à la faveur d'un changement de pratiques professionnelles.

14. Ces chiffres ont été fournis par la DACG, ministère de la Justice.

15. Dans le cadre de sa mission de lutte contre le blanchiment pour tout ce qui touche à l'importation, l'exportation ou le transfert de fonds provenant directement ou indirectement d'une infraction à la législation sur les stupéfiants, la douane veille au respect de l'obligation déclarative, qui impose aux personnes physiques de déclarer à l'importation ou à l'exportation les sommes, titres ou valeurs d'un montant égal ou supérieur à 50 000 F.

16. Ces données proviennent de la DNRED.

17. Le délit général de blanchiment est instauré par la loi du 13 mai 1996.

18. La mise en place récente des Groupements d'intervention régionaux (GIR), groupes « interministériels », organisés de façon à assurer une réponse pénale, fiscale, douanière et administrative, parviendra peut-être à favoriser l'effectivité de cette procédure. Administrativement rattaché aux services régionaux de police judiciaire ou aux sections de recherche de la gendarmerie nationale, chaque GIR est composé d'une structure permanente (unité d'organisation et de commandement), dirigée par un commissaire de police ou un officier de la gendarmerie nationale, et formé de policiers (sécurité publique, police judiciaire, renseignements généraux), de gendarmes, d'un fonctionnaire des impôts et d'un fonctionnaire des douanes.

Trois hypothèses explicatives d'importance inégale peuvent néanmoins être envisagées :

- on peut faire l'hypothèse que la loi du 15 juin 2000 renforçant la protection de la présomption d'innocence et les droits des victimes s'est traduite par une baisse générale des statistiques d'interpellation : les opportunités de « remonter la filière » de l'usager jusqu'au revendeur et d'appliquer l'article 222-39-1 ont donc été réduites de fait ;
- on peut regretter que le déploiement de la police de proximité qui a dégagé les services de police et de gendarmerie d'une partie des activités de surveillance locale n'ait pas permis une meilleure remontée d'information de nature à étayer l'observation d'un changement de train de vie de personnes suspectées de trafic. L'enjeu reste donc de faire émerger les rapports d'observation émanant des services de police ;
- enfin, la collaboration avec les services fiscaux, coûteuse en temps, apparaît comme un frein à la mise en œuvre. En 2000, toutefois, dans plusieurs départements pilotes, des phases expérimentales ont été mises en place pour définir des modalités de collaboration pratiques avec les services fiscaux.

Un groupe de travail interministériel sur la méthodologie d'application de l'article 222-39-1 du Code pénal a été mis en place en mai 2002 pour envisager les modalités de sa mise en œuvre opérationnelle. En l'absence d'éléments de jurisprudence, le « mode d'emploi » offrant des solutions pour contourner les difficultés pratiques que pose l'application de l'article 222-39-1 du Code pénal, qui a été adopté en interministériel, est en attente de publication par la chancellerie.

La mise en œuvre des sanctions patrimoniales à l'égard des trafiquants est donc difficile à évaluer. L'effectivité de ces mesures à visée patrimoniale semble relativement faible et en tout cas peu connue. Un projet de recherche comparative impliquant huit pays européens a tenté, en 2000, d'évaluer le prononcé des mesures permettant d'atteindre le profit des infractions de trafic – notamment les diverses mesures de saisie et confiscation prises en matière de blanchiment des fonds issus du trafic de stupéfiants (Kichling, 1998). L'étude rétrospective de dossiers a permis aux auteurs d'établir que la mise en œuvre des sanctions à visée patrimoniale reste encore très inégalement appliquée selon les affaires. Ils notent que les valeurs saisies, lorsqu'elles sont importantes, font l'objet d'une intense activité de la part de la défense, au même titre que le débat de fond sur la qualification des infractions. La complexité des affaires de trafic international, reposant sur un double registre d'incrimination et de contrôle (droit pénal général et droit douanier), s'accorde mal du cadre procédural national, souvent impropre pour intégrer la dimension transnationale de ces affaires (même au sein de l'espace européen).

Développement des actions interministérielles de formation aux outils juridiques permettant d'atteindre les trafiquants

Le recours juridique à la qualification du blanchiment étant peu répandu, les efforts de sensibilisation des magistrats menés dans la période triennale ont visé à mieux faire connaître les pratiques pénales applicables en cas d'infraction de blanchiment. Des stages de sensibilisation aux matières financières ont eu lieu en juridiction¹⁹. De même, pour favoriser les échanges d'expérience dans un cadre international, deux rencontres avec les magistrats du sud de l'Europe ont été organisées : la première, en novembre 2000, a porté sur la mise en œuvre de l'article 17 de la Convention de Vienne ; la seconde, en octobre 2001, s'intéressait au blanchiment des capitaux. De même, en mai 2000, une conférence d'action publique régionale a été organisée, regroupant les magistrats des ressorts des cours d'appel de Basse-Terre et de Fort-de-France et les représentants des services de lutte contre le trafic de stupéfiants de la Marine nationale.

D'une façon générale, les ministères ont renforcé leur offre de formation sur les moyens financiers de « remonter » les filières de blanchiment. Un module de formation a été mené en 2001 dans la police nationale et a donné lieu à deux sessions expérimentales à Lille et à Marseille. Des stages de formation des formateurs ont été organisés au niveau des régions. La brigade des stupéfiants de Paris a aussi mis en place un programme de formation pour les personnels des groupes « stupéfiants » et « financier » des services territoriaux de la police judiciaire parisienne. La gendarmerie a prévu elle aussi depuis plusieurs années une formation de base à destination de ses enquêteurs, dans chaque section de recherche et nombre de brigades de recherche ; depuis 2000, des officiers sont également formés sur les questions de délinquance économique et financière. Il a été prévu de créer un groupe financier au sein de chaque section de recherche.

Participation des organismes financiers au repérage des fonds issus du trafic

Si le délit général de blanchiment n'a pas donné lieu à une jurisprudence abondante, les organismes financiers semblent avoir mieux concouru au repérage des fonds issus du trafic de stupéfiants²⁰. L'activité de la cellule Traitement du renseignement et de l'action contre les circuits financiers clandestins (TRACFIN), créée pour recevoir et traiter les déclarations de soupçons des établissements financiers, a connu une forte progression en 1999 et en 2000^{ix}. Dans leur globalité, les insti-

19. Source : Chancellerie (compte rendu de la réunion interministérielle du 18 septembre 2001 consacrée à la lutte contre le trafic local).

20. En vertu de la loi du 12 juillet 1990 relative à la participation des organismes financiers à la lutte contre le blanchiment des capitaux provenant du trafic de stupéfiants.

tutions financières ont davantage contribué au démantèlement des filières de blanchiment des capitaux issus de l'ensemble des trafics (stupéfiants et autres) : le signalement d'opérations suspectes au service anti-blanchiment de TRACFIN²⁰ a doublé au cours de la période triennale (2 537 déclarations de soupçons en 2000, vs 1 244 déclarations en 1998 : + 104 %). À ce jour, la place relative des déclarations de soupçons liées au trafic de stupéfiants n'est pas isolable dans les statistiques TRACFIN.

Toutefois, cette collaboration plus efficace des services bancaires et financiers concernés²¹ est limitée de fait par la faiblesse du pouvoir de sanction des organismes bancaires qui ne « jouent pas le jeu ». Si la loi prévoit des sanctions administratives, elles n'ont jamais été mises en œuvre : de fait donc, aucune pénalité – en dehors du risque d'être découverts ou accusés de complicité – ne vient menacer les établissements financiers à ce jour. Le système de lutte contre le blanchiment via la régulation bancaire est d'autant plus fragile qu'il est exclusivement fondé sur la capacité de contrôle et la bonne volonté des opérateurs financiers²². Or, leur participation à ce système a été de plus en plus compromise ces dernières années. Du fait de la complexification des techniques bancaires, les méthodes de blanchiment se sont sophistiquées et le « droit de regard » des banques sur les transactions s'en est trouvé diminué²³. La plupart du temps, les déclarations de transactions suspectes concernaient des transactions en liquide, de moins en moins utilisées dans les sociétés bancaires²⁴. D'autre part, le secteur des services financiers est devenu de plus en plus concurrentiel, ce qui a dissuadé de nombreuses banques de procéder à des contrôles préalables de crainte que leurs clients ne déposent leurs fonds chez un concurrent. Les établissements financiers risquent donc de considérer de plus en plus le respect des mesures anti-blanchiment comme incompatible avec leur maintien sur le marché.

Même si elles sont respectées, les mesures anti-blanchiment ont du mal à suivre l'évolution technologique. La loi du 15 mai 2001 sur les nouvelles régulations économiques²⁵ (NRE) a adapté le dispositif à ce nouveau contexte : si elle est appli-

21. Cette participation est contrastée selon les secteurs d'activité : en 2000, deux signalements sur trois émanait du secteur bancaire. Les établissements financiers publics, les bureaux de change, les notaires, du fait de leur champ d'intervention financière moindre et de leur accès plus récent au système déclaratif, affichaient une participation relativement faible. Il en ira vraisemblablement de même dans les années qui viennent des professions soumises à une obligation déclarative par la loi du 15 mai 2001 relative aux nouvelles régulations économiques (relevant du secteur non financier, tels les responsables de casinos, les agents immobiliers ou les marchands de biens de grande valeur).

22. Contrairement au système anglo-saxon, par exemple, qui se fonde sur la responsabilité pénale des personnes morales.

23. Le Groupe d'action financière sur le blanchiment de capitaux (GAFI) a attiré l'attention sur le fait qu'Internet aggravaît certains risques « classiques » de blanchiment d'argent : facilité d'accès, dépersonnalisation des contacts entre le client et l'établissement bancaire ; et rapidité des transactions électroniques.

24. Il est encore le moyen de paiement majoritaire en matière de trafic local.

25. Cette loi développe, dans son volet anti-blanchiment (titre IV), de nouveaux champs d'intervention pour TRACFIN.

quée, TRACFIN devrait bénéficier d'une remontée d'informations conséquente, découlant à la fois de la soumission à la procédure de déclaration de nouvelles professions non financières, de l'instauration d'un mécanisme de déclaration automatique pour certaines opérations financières – notamment celles réalisées avec les États ou les territoires considérés comme non coopératifs par le GAFI – et de la collaboration plus active des autorités publiques (administrations de l'État, des collectivités locales et de leurs établissements publics). Par conséquent, si le nombre de signalements recule dans les années à venir, sans doute conviendra-t-il de repenser le dispositif.

Les déclarations de soupçons des organismes financiers semblent avoir connu une forte « évaporation », entre le stade de leur transmission à TRACFIN et celui de leur présentation aux autorités judiciaires, puis tout au long du processus judiciaire. Les chiffres les plus récents montrent que TRACFIN a porté 226 dossiers en justice en 2001 (sur près de 3 000 déclarations de soupçons²⁶), parmi lesquels 6 % seulement concernaient potentiellement des affaires de blanchiment de l'argent de la drogue (soit 13 dossiers environ²⁷). Or, il semblerait que les fonds à blanchir proviennent pour 60 % du trafic de drogues (estimation du GAFI dans le cadre de ses travaux sur la typologie du blanchiment) : cette part peu importante des dossiers de stupéfiants au sein des déclarations de soupçons est donc un point qui mériterait d'être investigué.

Cette déperdition peut s'expliquer par la difficulté d'articulation entre le dispositif déclaratif TRACFIN et le délit général de blanchiment : le premier dispositif signale ce que le second n'a pas toujours les moyens de traiter. Si TRACFIN semble exercer sa fonction d'alerte, il ne s'agit que d'un outil permettant d'« entrer » dans le système du blanchiment. En pratique, les procureurs se trouvent bloqués, lorsqu'ils reçoivent des dénonciations de type TRACFIN, car celles-ci n'établissent pas de relation avec une infraction caractérisée. Elles signalent un mouvement financier anormal, que l'enquête TRACFIN confirme en établissant s'il fait suite à un trafic de drogues ou d'armes. Même s'il est avéré, un flux financier suspect ne peut justifier des poursuites en tant que tel. En outre, le chiffre des affaires portées en justice par TRACFIN est d'autant moins important qu'il ne concerne que des affaires terminées – dans un contexte où la durée d'investigation de TRACFIN concernant chaque dossier est particulièrement longue (elle peut atteindre une

26. Le contingent des signalements transmis et présentés en justice a connu une augmentation en valeur absolue mais une baisse en valeur relative : 8 dossiers sur 100 ont fait l'objet d'une saisine judiciaire en 2000 (soit 209 dossiers), vs 18 sur 100 en 1998 (soit 223 cas). On peut donc penser que la crédibilité ou l'utilité des informations transmises ont été réduites du fait de l'afflux des déclarations. Mieux connu, le dispositif fait parfois l'objet d'un recours abusif. Un travail de tri de la cellule TRACFIN s'avère donc d'autant plus nécessaire.

27. Actuellement, la part du trafic de stupéfiants dans les déclarations de soupçons transmises à TRACFIN par les établissements bancaires et de crédit n'est pas connue : son évaluation isolée est difficile, à en croire les statisticiens de TRACFIN (source : entretien téléphonique TRACFIN – rapport d'activité 2001 à paraître).

année), du fait de la complexité des dossiers et du nombre important de prévenus que ceux-ci mettent en cause. Ces délais d'enquête importants orientent à la baisse le nombre d'affaires transmises à la justice enregistrées par les statistiques. Par conséquent, on peut se demander si la place des instruments d'enquête pénale au sein de la cellule TRACFIN est suffisante et si la qualification pénale du soupçon de blanchiment ne doit pas être aménagée ou mieux expliquée.

À l'avenir, le dispositif législatif de la loi NRE devrait permettre de mieux relayer les interventions consécutives à une déclaration de soupçon : il confie à TRACFIN l'animation d'un « comité de liaison de la lutte contre le blanchiment des produits des crimes et des délits ». Cette enceinte réunira les professions déclarantes, les autorités de contrôle et les services compétents de l'État (police, douane, etc.).

En outre, la coopération internationale des structures spécialisées dans la lutte contre le blanchiment a connu des avancées notables. TRACFIN a poursuivi sa politique de rapprochement avec les structures étrangères homologues au cours de la période triennale en signant, en 2000, quatre nouveaux accords bilatéraux – soit 19 au total – avec les unités de renseignement financier de Chypre, du Brésil et de Grèce. La cellule a entamé de nouvelles négociations en 2001 dans la perspective d'étendre encore son réseau de partenaires opérationnels à l'étranger : TRACFIN s'acheminerait ainsi vers la conclusion d'accords de coopération bilatérale avec les unités de renseignement de Guernesey, de Jersey ainsi que celles des grandes places financières comme la Suisse, le Japon et Singapour, ce qui porterait le nombre d'accords paraphés à 24 en 2002. En termes de coopération multilatérale, TRACFIN développe une activité soutenue au sein des organes internationaux traitant du blanchiment. Au GAFI, où il intègre la délégation française conduite par la direction du Trésor, il apporte son expérience de terrain, intéressante pour l'exercice annuel de typologie du blanchiment. Le service est aussi présent dans certains groupes de travail conduits par l'Union européenne, l'Organisation des Nations unies, le Conseil de l'Europe ou le groupe d'analyse financière d'INTERPOL.

Par ailleurs, le fonds de concours drogue, créé par décret en 1995, n'a jamais été alimenté de façon à abonder, comme prévu, les crédits d'équipement des ministères répressifs : si en Espagne, ce mécanisme rapporte l'équivalent du budget de la MILDT (en 2001), en France, il draine des sommes variables mais relativement faibles. Selon le rapport d'information du Sénat sur les crédits de la MILDT présenté en séance le 16 octobre 2001, lequel reprenait le diagnostic posé par la MILDT, deux facteurs pourraient rendre compte de ce dysfonctionnement. D'une part, l'information défective des greffiers en chef et des responsables des domaines chargés de la confiscation des biens pourrait expliquer que beaucoup de biens susceptibles d'être rattachés au fonds de concours n'aient pas pu être identifiés comme tels. En effet, pour que le rattachement au fonds de concours soit effectif, il faut que la somme finalement versée au budget de l'État ait été signalée dès l'origine de la

procédure comme relevant de ce régime. Le rapport sénatorial préconisait donc une meilleure information des responsables des opérations et une procédure administrative et comptable d'identification des biens et des sommes concernés dès leur confiscation et jusqu'à leur rattachement. D'autre part, l'administration des douanes exerçant elle-même l'aliénation des produits confisqués, les sommes saisies sur un trafiquant ne sont pas directement confisquées par la justice pour être ensuite attribuées à la MILDT, comme le prévoit la procédure du « fléchage administratif et financier » réglementaire. Il arrive en effet que celles-ci soient retenues par les douanes puis, une fois les amendes prononcées, transformées en créances douanières échappant au fonds de concours.

Ce blocage structurel du fonds a motivé un travail interministériel tout au long de la période triennale qui s'est traduit par une circulaire de la chancellerie du 15 février 2002 relançant le fonds de concours^x. Ce document d'application, finalisé avec deux années de retard par rapport au calendrier initialement prévu, fixe des règles précises de fonctionnement et organise le suivi des fonds saisis dans le cadre d'affaires de trafic de stupéfiants ou de blanchiment. Le chiffre disponible au 1^{er} octobre 2001 montre une augmentation qui est à mettre en relation avec la sortie de ladite circulaire.

Tableau 40 - Rattachements au fonds de concours de la MILDT et saisies de numéraires sur stupéfiants

	1998	1999	2000	2001
Fonds de concours MILDT	498 387 F (*)	66 439 F	70 720 F	472 028 F (**)
Saisies de numéraires	29,20 MF	37 MF	35 MF	33 MF

Source : MILDT et OCRTIS

(*) Reportés pour 304 224 F sur 1999.

(**) Au 1^{er} octobre 2001.

Mobilisation des acteurs économiques pour le repérage des transactions illicites

La mobilisation des acteurs économiques dans le repérage des transactions illicites de stupéfiants a été renforcée avec la relance du programme DEFIS²⁸ (« Douane et entreprise face au trafic illicite de stupéfiants »).

28. Ce partenariat avait déjà fait l'objet en 1995 d'une convention avec l'Association française des transporteurs routiers internationaux et avec des transporteurs spécialisés, notamment les déménageurs.

Devant la part croissante des saisies réalisées au sein des frets commerciaux²⁹, la douane a signé avec les transporteurs de marchandises en juin 2000 un accord de coopération. Celui-ci associe la Direction générale des douanes et la Fédération des entreprises de transport en logistique de France (TLF) et vise à développer les échanges d'informations. Avec TLF, ce sont 4 500 entreprises de transport de marchandises – dont les 50 principales du secteur –, mais aussi des organismes de location de véhicules industriels ou d'organisation de transport (routier, maritime, aérien), qui rejoignent le processus. Les entreprises de la Fédération représentent, selon celle-ci, 90 % des transactions douanières effectuées dans le cadre de l'import-export : leur rôle potentiel dans le repérage des trafics est donc crucial. Par ailleurs, localement, 40 protocoles d'accord ont été signés dans la période triennale entre la douane et les professionnels du transport.

Du fait de ces accords, les salariés des entreprises de transport – et en particulier les chauffeurs et les manutentionnaires – ont été sensibilisés aux faits suspects motivant un signalement : l'origine géographique des produits (Colombie ou Pays-Bas), leur destination, le mode de dissimulation des paquets, etc. Des correspondants régionaux ont été identifiés au sein des services douaniers : leur mission leur a été expliquée au cours d'une réunion régionale organisée en mars 2000. À leur tour, ils ont pu relayer l'information auprès des entreprises par le biais de sessions de formation organisées au niveau local. La procédure est claire : les correspondants locaux désignés par TLF sont chargés de faire le lien avec les douanes et de favoriser l'échange d'informations. Pour compléter ce dispositif, la Direction nationale des enquêtes douanières a mis en place un numéro vert à la disposition des entreprises intégrées au programme DEFIS. Relié au terminal téléphonique de la DNRED, il permet aux transporteurs de signaler, 24 h sur 24, la présence de marchandises suspectes et de susciter une intervention des services douaniers locaux. Les professionnels du transport ont donc été informés et formés à l'exercice de leur fonction d'alerte en cas de transaction suspecte. Néanmoins, à ce jour, le chiffre des transmissions de soupçons effectuées par les entreprises de transport n'est pas disponible dans les rapports d'activité de la DGDDI. Les statistiques disponibles ne permettent pas non plus de connaître le nombre d'appels reçus par ce service. Ces ententes témoignent de la prise de conscience, par les entreprises dont les personnels et les véhicules peuvent servir à leur insu de vecteurs à des trafics illicites, du rôle de repérage qu'elles peuvent jouer.

Ainsi, des avancées ont été enregistrées dans le repérage des capitaux issus du trafic de drogues notamment grâce au concours de divers agents économiques – établissements financiers, sociétés de transporteurs, etc. La relance du fonds de

concours, en point de mire, laisse espérer que les moyens en équipements des services répressifs pourront accompagner un renforcement de la lutte contre les trafics. Enfin, l'enjeu d'un croisement plus efficace des interventions des services d'investigation et des services répressifs, la coordination entre les différentes instances spécialisées (TRACFIN, OCRTIS et OCRGDF³⁰) s'avère de plus en plus cruciale dans le contexte d'une organisation multicartes des trafics. En outre, si la forme la plus courante du trafic demeure « traditionnelle », l'utilisation croissante de l'outil Internet à des fins délictuelles ou criminelles présente des menaces qui imposent un contrôle renforcé. Il paraît donc nécessaire de créer un cadre pratique de coopération internationale pour éviter qu'Internet ne devienne l'un des canaux du trafic international de stupéfiants. Ces trois points seront certainement les plus importants et les plus difficiles à saisir dans le cadre du prochain plan.

7.2. LUTTE CONTRE LA FABRICATION ET LA DIFFUSION DE NOUVELLES DROGUES DE SYNTHÈSE

Constats posés par le plan triennal

Le plan de lutte contre les drogues invoque la nécessité de maîtriser la fabrication et la diffusion des drogues de synthèse. Compte tenu de la facilité de leur synthèse à partir de matières premières d'emploi courantes dans l'industrie chimique, les profits engrangés sont aussi considérables que difficiles à pister. D'autre part, dans une certaine mesure, il reste possible pour les trafiquants d'utiliser le système répressif et l'arsenal législatif à leur profit : la structure de ces drogues peut être modifiée par des chimistes clandestins de façon à obtenir des dérivés toujours plus puissants, échappant au contrôle légal du fait qu'ils ne sont pas encore inscrits sur la liste des stupéfiants. La nécessité de contrôler les précurseurs chimiques entrant dans la composition des drogues (en particulier de synthèse mais pas exclusivement) paraît d'autant plus impérieuse à la lecture du rapport 2001 de l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS) qui montre que le trafic de stupéfiants fait florès sur Internet où les narcotrafiquants utilisent les forums de discussion et les pharmacies en ligne pour vendre de la drogue et des médicaments qui ne peuvent être obtenus en France que sur ordonnance. De même, il est possible en quelques minutes de navigation sur Internet de trouver des « recettes » pour fabriquer artisanalement des stupéfiants. Les moyens de lutte contre les trafics ont donc plus qu'auparavant vocation à être sans cesse ajustés et complexifiés.

29. En 1999, 85 % de la drogue saisie en France circulait dans des chargements commerciaux (25 tonnes de stupéfiants trouvés dans des cargaisons routières, 23 dans des cargaisons maritimes) : cette tendance n'a fait que se renforcer avec l'ouverture des frontières et l'accélération des échanges.

30. Office central de répression de la grande délinquance financière.

Réponses apportées par le plan triennal

L'objectif du plan d'améliorer la réactivité des pouvoirs publics face à l'expansion de ces produits – en faisant fonctionner en temps réel les mécanismes d'alerte sanitaire – s'est traduit, au cours de la période triennale, par :

- l'amélioration des procédures d'identification des produits stupéfiants et psychotropes utilisés à des fins d'extraction de drogues ou de fabrication de produits de synthèse,
- le renforcement du contrôle et de la surveillance des produits chimiques précurseurs de drogues.

Évaluation du degré de réalisation de cet objectif

Les mécanismes d'identification et de surveillance, développés dans le cadre d'une coordination entre les multiples services compétents, ont été mis en œuvre et affinés au cours de la période triennale.

Existence de réflexions nationales sur l'usage criminel des drogues

Une réflexion sur l'usage criminel des drogues a été conduite avec l'AFSSAPS, les ministères de la Santé, de la Justice, de l'Intérieur et de la Défense. Une réunion interministérielle a eu lieu le 24 janvier 2001.

En outre, un protocole sur la prise en charge des personnes droguées à leur insu a été réalisé en 2001.

Enfin, une autre réflexion interministérielle a été menée pour repenser les moyens de répression des services de police judiciaire et proposer, éventuellement, de les doter du droit de saisir à titre conservatoire les produits précurseurs les plus sensibles et d'ouvrir une procédure d'enquête sur leur utilisation – à la manière des services douaniers. En effet, dans l'état actuel de la loi, ceux-ci ne peuvent saisir des substances suspectes que s'il est établi que leur propriétaire est impliqué dans une affaire de stupéfiants.

Meilleure identification et classement adapté des stupéfiants et des produits psychoactifs

La mise en place de SINTES (Système d'identification national des toxiques et des substances) pour répondre à l'objectif d'une meilleure identification et d'un classement adapté des stupéfiants et des produits psychoactifs répond en partie à un objectif de répression des trafics³¹. Néanmoins, l'utilité de ce dispositif en

31. Cf. annexe sous forme de tableau de la forme et du contenu des échantillons de la base SINTES collectés et saisis en France en l'an 2001 (cf. p. 28 Rapport TREND 2001).

termes d'outil d'information sanitaire a conduit l'évaluateur à traiter la portée de SINTES plus largement dans le cadre du premier chapitre (sur le développement des connaissances en matière de drogues). Quelques brefs éléments seront évoqués ici.

La collecte des substances en circulation (433 échantillons collectés en 1999, 1 782 en 2000, 1 876 en 2001, 866 au premier semestre 2002) passe par trois canaux : les douanes (près du tiers des échantillons), les partenaires sociosanitaires – principaux collecteurs (pour moitié) – et la police (un quart environ des échantillons³²). Ces échantillons sont respectivement envoyés vers les laboratoires des douanes, de la police scientifique ou hospitaliers spécialisés en toxicologie³³. Les laboratoires douaniers ont ainsi analysé en 2000 l'équivalent de 3 572 échantillons³⁴. La part des drogues de synthèse dans l'ensemble des échantillons de stupéfiants saisis et analysés par les douanes a connu une augmentation continue au cours de la période triennale (16,2 % en 1998, 17,4 % en 1999, 20,2 % en 2000), ce qui témoigne de l'extension rapide de ces nouveaux produits sur le marché.

À deux occasions en 2000, la Direction générale des douanes a mis en route le processus « alerte rapide drogues de synthèse ». Le dispositif d'information rapide mis en place dans le cadre de SINTES a également permis d'informer les partenaires (notamment répressifs) de l'existence de produits en circulation susceptibles de mettre en danger la vie des usagers (cf. chapitre 1).

Adaptation du dispositif de contrôle juridique et administratif aux composants des drogues de synthèse

Ainsi, les efforts de vigilance du dispositif de contrôle juridique et administratif aux composants des nouvelles drogues de synthèse se sont traduits par l'inscription de nouveaux produits sur la liste des stupéfiants. Au niveau national, le 4-MTA^{xi} et le GHB^{xii} ont été inscrits sur la liste des stupéfiants. Au niveau international, en mars 2001, la Commission des stupéfiants à Vienne a classé le 4 MTA au tableau I de la Convention des Nations unies de 1971 ; le 2CB-nexus au tableau II ; le GHB et le zolpidem au tableau IV.

De nouveaux précurseurs ont également été identifiés ou reclasés : la noréphédrine a été inscrite dans le tableau I (précurseurs) de la convention des Nations unies de 1988 et transposée dans un règlement européen adopté le 8 février 2001. La noréphédrine a été ajoutée à la liste des précurseurs de première catégorie au niveau national^{xiii}. Par ailleurs, l'anhydride acétique et le permanganate de potassium ont été reclassés du tableau II au tableau I de la Convention de Vienne de 1988.

32. La police a collecté 261, 366 et 425 échantillons en 1999, 2000 et 2001, vs 90, 682, 649 pour les douanes, 0, 6, 23 pour la gendarmerie et 82, 734, 796 pour les partenaires sociosanitaires (source : base de données SINTES).

33. Hôpitaux Fernand-Widal à Paris et Salvador à Marseille.

34. Direction générale des douanes et droits indirects, Laboratoires des douanes : rapport d'activité en matière de stupéfiants, année 200, Bilan - tendances.

Le principe du classement nominal a bien fonctionné au cours de la période triennale : il a ouvert la voie aux poursuites des trafiquants de substances nouvellement apparues en reconnaissant un statut pénal au commerce de produits auparavant non identifiés.

Par ailleurs, les précurseurs du GHB et du 4MTA ont été mis sur une liste de surveillance spéciale européenne. Plus globalement, la France a profité de sa présidence de l'Union européenne pour proposer une modification de la directive 92/109 CEE du Conseil du 14 décembre 1992 instaurant un document d'accompagnement à la circulation intracommunautaire des drogues de synthèse.

Renforcement du contrôle et de la surveillance des produits chimiques précurseurs

Au niveau national, la MNCPC (Mission nationale de contrôle des précurseurs chimiques), rattachée au ministère de l'Industrie, contrôle la production et le commerce des substances chimiques susceptibles d'être détournées pour alimenter les réseaux de fabrication illicite de stupéfiants. Leur rôle consiste à délivrer des agréments aux entreprises impliquées dans la production, le commerce ou le transport de produits susceptibles d'être des précurseurs de drogues de synthèse. L'indicateur du nombre d'agréments et de renouvellements d'agrément témoigne de l'investissement du marché utilisant des précurseurs plus qu'il ne renseigne sur la capacité de contrôle de la MNCPC. En effet, les 124 entreprises agréées ou attributaires d'un renouvellement d'agrément en 2001 sont celles qui ont, à un moment donné, déposé un dossier à la MNCPC. Les refus d'agrément pour le commerce intracommunautaire ne sont pas signalés dans les rapports d'activité de la Mission.

Actuellement, la MNCPC n'a pas les moyens d'aller au-devant de tout négociant en prise avec les précurseurs, du fait de moyens en personnel quantitativement trop faibles et de possibilités de coordination insuffisantes pour de telles ambitions. Néanmoins, en 2001, un plan de contrôle a été élaboré, en application duquel, il a été procédé à 14 contrôles inopinés d'entreprises. Dans 6 entreprises, aucune anomalie n'a été constatée. Dans 5 autres cas, quelques manquements minimes ont donné lieu à l'envoi de lettres recommandées avec accusé de réception pour demander aux responsables de mettre leur entreprise³⁵ en conformité avec la loi. Enfin, dans d'autres cas, des manquements plus sérieux ont conduit le ministère de l'Industrie à prononcer des amendes dont l'une a atteint un montant de 16 500 . Quant à la sanction la plus grave, c'est-à-dire le retrait d'agrément, elle n'a été mise en œuvre qu'une seule fois depuis l'entrée en vigueur de la réglementation.

35. En vertu de l'article 10 de la loi du 19 juin 1996.

Le principal moyen de la MNCPC pour découvrir les cas de détournement frauduleux de précurseurs de stupéfiants destinées à la fabrication illicite de drogues passe par le partenariat avec l'industrie et le commerce du secteur de la chimie. Seuls les professionnels disposent à la fois des informations sur les tentatives de transactions douteuses dont ils peuvent faire l'objet et de la possibilité de déceler les opérations inhabituelles susceptibles de dissimuler un détournement. Néanmoins, le nombre de déclarations de soupçons des opérateurs industriels est resté faible³⁶. Pourtant, les notifications de soupçons³⁶, volet fondamental de la lutte contre les détournements de substances précurseurs de stupéfiants, peuvent foncer un refus d'autorisation d'exportation : ainsi, en 2001, la Mission a refusé 19 autorisations d'exportation – sur 302 demandes d'autorisation instruites – au motif que ces produits étaient probablement destinés à la fabrication illicite de stupéfiants. Par exemple, plusieurs demandes d'exportation d'anhydride acétique vers la Bosnie-Herzégovine et la Yougoslavie ont été refusées, la personnalité de l'exportateur et les enquêtes menées laissant planer des doutes quant à l'utilisation licite du produit. Le rapport d'activité de la MNCPC note toutefois que la Mission ne reçoit pas encore toutes les déclarations de soupçons exploitables qui devraient lui être transmises. Nombre d'opérateurs ne donnant pas suite aux propositions de transactions douteuses qui leur sont faites n'ont pas le réflexe d'en avertir la MNCPC. C'est donc la coopération des fabricants, importateurs, exportateurs, grossistes et détaillants dans le signalement des opérations suspectes que la MNCPC a tenté de favoriser davantage au cours de la période triennale.

La sensibilisation des industriels et des négociants a été développée par la MNCPC ces dernières années.

La MNCPC a actualisé en 2001 le recueil des textes réglementaires applicables aux précurseurs, qu'elle publie et diffuse depuis 1994 aux opérateurs résidant en France, en tenant compte de l'évolution de la réglementation.

Par ailleurs, plusieurs colloques ont été organisés (Paris le 11 avril 2000, Nice le 1^{er} décembre 2000, Lyon le 6 novembre 2001), par exemple, destiné à sensibiliser les industriels et les négociants du secteur chimique implantés en Rhône-Alpes, a été organisé avec la collaboration d'INTERPOL et a réuni 80 personnes issues d'entreprises, d'organisations professionnelles ou d'administrations intéressées par les précurseurs. Sont intervenus, outre des agents de la MNCPC, un représentant de la Commission européenne, les responsables de l'OCRTIS, le représentant de la DRIRE, le responsable local de la DNRED et la MILD. Chaque participant est reparti avec une mallette comprenant une importante documentation, dont le recueil des textes applicables aux précurseurs mis à

36. En référence à l'article 6 de la loi du 19 juin 1996 qui stipule que les opérateurs doivent communiquer à la MNCPC toute information portant sur des commandes suspectes ou inhabituelles. Les notifications de soupçons ne sont pas disponibles dans le rapport d'activité 2001 de la MNCPC.

jour, deux brochures, l'une sur les moyens d'identifier un soupçon et l'autre sur les déclarations d'usage.

Par ailleurs, une application informatique destinée à gérer les contraintes administratives liées au signalement (agrément, déclarations, marquage correct des substances, tenue de documents et de registres, notifications de soupçons, etc.) a continué à être développée : en 2001, cette application – appelée « SCOPP » (Surveillance du commerce et des opérations sur les produits précurseurs) – devait être développée en intégrant une fonction « ALERTE » permettant à la MNCPC de prendre contact en temps réel avec les opérateurs pour leur signaler les risques potentiels de détournement. Par ailleurs, ce logiciel permet de bloquer systématiquement les exportations potentielles à destination d'entreprises signalées comme douteuses par les autres États membres.

Ainsi, si l'on en croit la hausse du nombre d'agréments sur la période triennale, traduisant une adhésion des professionnels à l'obligation déclarative (237 en 1998, 216 en 1999, 269 en 2000, 331 en 2001), les industriels concernés ont davantage coopéré à la surveillance et à l'encadrement du commerce des précurseurs, en dépit de la charge de travail supplémentaire que cela représente. Certes, la MNCPC n'a pas pu, du fait de la limitation de ses missions et de ses moyens d'exercice, mener une recherche systématique des manquements à la loi. Son action a davantage consisté à impulser ou à entretenir un partenariat privilégié avec les opérateurs de la chimie, afin de les sensibiliser aux risques de détournement, d'éveiller leur vigilance et, le cas échéant, de recueillir leurs soupçons. Enfin, si la composition interministérielle de la MNCPC – qui, outre des fonctionnaires du ministère de l'Industrie, compte des agents des douanes et de police mis à disposition par d'autres ministères – est censée garantir une collaboration directe avec les services opérationnels, la coordination avec les services répressifs ne va pas toujours de soi.

On peut donc conclure que les produits chimiques susceptibles d'être détournés pour la fabrication de stupéfiants ou de produits psychoactifs ainsi que les drogues de synthèse elles-mêmes ont pu être mieux identifiés au cours de la période triennale du fait d'une meilleure connaissance et d'une consolidation de l'expertise des laboratoires, des CEIP, etc. Les liens de coordination entre les partenaires impliqués dans la lutte contre les trafics ont été renforcés (entre la MNCPC et, respectivement, les services de douane et de police, l'OCRTIS, TRACFIN, l'Office de lutte antifraude de la Commission européenne, etc.). L'ensemble de ces partenaires a répondu présents à la réunion de bilan interministérielle organisée par la MILDt en avril 2002 pour faire le point sur le contrôle des précurseurs par la MNCPC.

En revanche, il faut signaler que les moyens en personnel à disposition des différentes structures semblent, globalement, peu suffisants, qu'il s'agisse des effectifs développés par la MNCPC dans le cadre de la surveillance et du contrôle à l'exportation qui ne sont pas à la hauteur de l'étendue de ses missions, ou des services douaniers affectés à la surveillance des exportations des produits chi-

miques entrant dans la fabrication ou la transformation des drogues à destination des pays et des régions du monde les plus sensibles. En outre, l'implantation de personnels de contrôle dans le fret pourrait être une piste à envisager pour le prochain plan.

Signalons, pour conclure sur les perspectives de ce volet du plan, que la lutte contre le trafic de drogues a été dotée d'un montant total d'un million d'euros dans le budget 2002 des Communautés européennes. Cette ligne budgétaire vise à soutenir les « actions préparatoires à un programme de lutte contre le trafic de drogues ». L'aide financière de l'Union européenne ne devrait normalement pas dépasser 80 % du coût total éligible de l'action, mais le commentaire de la ligne budgétaire indique que les études, les séminaires et les échanges d'experts pourraient être financés jusqu'à 100 %. La Commission mènera deux types d'activités au titre de cette ligne budgétaire. D'une part, elle passera des contrats d'études visant à améliorer l'efficacité des actions de l'Union européenne contre le trafic de drogues. D'autre part, elle subventionnera d'autres activités pouvant contribuer à la lutte contre le trafic de drogues. Avec les fonds disponibles en 2002, la Commission soutiendra des activités visant à renforcer la lutte contre le trafic de drogues et donnera la priorité, notamment, aux drogues synthétiques et aux précurseurs chimiques.

- i Circulaire DACG n° CRIM-99.7/G1 170699 du 17 juin 1999 relative à la lutte contre le trafic de stupéfiants (NOR : JUSD9930090C).
- ii Note CRIM 2001-04 E/09-05-2001 du garde des Sceaux du 9 mai 2001 relative à l'action publique et à la sécurité, in BO justice n° 82, avril-juin 2001 (NOR : JUSD0130006C).
- iii Circulaire interministérielle du ministre de l'Intérieur et du garde des Sceaux du 5 septembre 2001 relative à la mise en œuvre d'actions répressives ciblées contre les infractions commises en bande et les trafics locaux (NOR : INTKO100256C).
- iv Décret n° 53-726 du 3 août 1953 portant création de l'OCRTIS.
- v Loi n° 87-1157 du 31 décembre 1987 relative à la lutte contre le trafic de stupéfiants et modifiant certaines dispositions du code pénal, JO du 5 janvier 1988 (NOR : JUSX8700015L).
- vi Loi de finances pour 1989 n° 88-1149 du 23 décembre 1988, article 84, JO du 28 décembre 1988 (NOR : ECOX880121L).
- vii Loi n° 90-614 du 12 juillet 1990 relative à la lutte contre le blanchiment, JO du 14 juillet 1990 (NOR : ECOX9000077L).
- viii Loi n° 96-392 du 13 mai 1996 relative à la lutte contre le blanchiment et le trafic des stupéfiants et à la coopération internationale en matière de saisie, JO du 14 mai 1996, p.7208 sq. (NOR : JUSX9400059L) et circulaire CRIM n° 96-11G du 10 juin 1996 portant commentaire de la loi du 13 mai 1996 relative à la lutte contre le blanchiment et le trafic des stupéfiants et à la coopération (NOR : JUS D 96 30084C).
- ix Loi n° 60-614 du 12 juillet 1990 relative à la participation des organismes financiers à la lutte contre le blanchiment des capitaux provenant du trafic des stupéfiants, reprise dans le Code monétaire et financier, mis en œuvre pour sa partie législative par l'ordonnance n° 2000-1223 du 14 décembre 2000 (JO du 16 décembre 2000).
- x Circulaire CRIM n° 2002-04 G du 15 février 2002 relative à la mise en œuvre du fonds de concours pour la lutte antidrogues (NOR : JUSD0230042C).
- xi Arrêté du 16 novembre 1999 modifiant l'arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants (NOR : MESP9923515A).
- xii Arrêté du 28 avril 1999 du ministre de l'Emploi et de la Solidarité portant classement sur la liste I des substances vénéneuses et sur la liste des substances classées comme stupéfiants (NOR : MESP9921437A).
- xiii Décret n° 2001-448 du 25 mai 2001 modifiant le décret n° 96-1060 du 5 décembre 1996 fixant la liste des précurseurs chimiques de stupéfiants ou de substances psychotropes soumis à contrôle (NOR : ECOI0100067D).

RÉSUMÉ DU CHAPITRE 7

Le plan triennal faisait en 1998 le constat d'une progression continue du trafic, en nombre d'interpellations, de saisies, comme en fait d'usage-revente, de trafic local ou international. Pendant la période triennale, ces chiffres n'ont baissé qu'en 2001 ; il est probable que cette inflexion soit avant tout le signe d'un ralentissement de l'activité des services de police et de gendarmerie. Les services douaniers ont, quant à eux, contribué au repérage des trafics et à leur répression avec leurs moyens spécifiques : 2000 et 2001 ont été marquées par une augmentation du nombre et des quantités saisies de presque toutes les catégories de stupéfiants.

La politique de lutte contre les trafics définie dans le plan s'est fixé des orientations fort ambitieuses : « lutter plus efficacement contre les trafics » ou « atteindre le patrimoine des trafiquants ». Leur mise en œuvre n'a donc pu être que partiellement réussie. Néanmoins, le mérite du plan a été de construire une ligne d'action cohérente. Il a pris acte de la difficulté de s'attaquer à des activités occultes, de plus en plus sophistiquées, avec des moyens souvent mal adaptés à la dimension internationale du phénomène, et s'est assigné deux axes d'intervention prioritaires : renforcer les outils de lutte contre les trafics (notamment en améliorant la coordination entre les services répressifs), et lutter contre la fabrication et la diffusion de nouvelles drogues de synthèse.

Pendant cette période, l'action interministérielle a été orientée vers les moyens de renforcer la complémentarité des services : en rapprochant les services au local pour réduire les délais de transmission de l'information, ou en adaptant les outils juridiques. Quelques expériences de partage d'informations (bureaux de liaison permanents dans certaines zones, fichiers d'objectifs créés dans certains services régionaux de la police judiciaire) ont montré leurs limites. Pourtant, malgré la difficulté à asseoir sa légitimité interministérielle vis-à-vis des services de police et de la gendarmerie et surtout, de l'administration des douanes, l'Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants (OCRTIS) s'est attaché à planifier les efforts des services répressifs (notamment avec la gendarmerie) en systématisant les réunions mensuelles d'objectifs et à renforcer les outils d'enquête (fichier des numéros de téléphone à l'étranger, en Espagne notamment). Il a ainsi opéré chaque année environ 200 arrestations de trafiquants et la saisie de près de 10 tonnes de produits stupéfiants.

Concernant le trafic international, l'utilisation croissante des nouvelles technologies de l'information et de la communication à des fins délictuelles ou criminelles impose un contrôle renforcé. Les services de répression ont buté sur l'absence de législation supranationale concernant les infractions commi-

ses dans un environnement électronique. De plus, la complexité des affaires de trafic international, reposant sur un double registre d'incrimination (droit pénal général) et de contrôle (droit douanier), s'accorde mal du cadre procédural national. Les magistrats de liaison, en poste dans les ambassades françaises dans certains pays européens et aux États-Unis, ont pu ponctuellement trouver des solutions pour adapter des procédures parfois difficilement conciliables (en termes d'extradition, de transfèrement des personnes condamnées aux États-Unis demandant à exécuter leur peine en France). La coopération internationale a été élargie, à l'instar du programme de coopération douanière opérationnelle en Méditerranée (MEDA): engagé par la douane française en 2000 avec 15 États membres de l'Union et 12 pays partenaires du Sud et de l'Est de la Méditerranée. La coopération internationale en matière d'enquêtes a connu des succès : les services nationaux ont établi des relations en matière de renseignement avec d'autres services de détection et de répression, ce qui a permis de démanteler en 2002 un trafic important au large de l'Afrique ; les services douaniers ont poursuivi une politique d'échange de renseignements qui a permis aux équipes françaises en 2001 de saisir 700 kg de drogue et aux services étrangers d'intercepter plus de 60 kg de produits stupéfiants.

Concernant le blanchiment des fonds, le délit général de blanchiment n'a pas fait jurisprudence (une vingtaine de condamnations par an dans la période). Les manquements à l'obligation déclarative de toute substance utilisable à des fins psychoactives constatés par les services douaniers ont été marginalement transmis. Le recours à l'article 222-39-1 du code pénal qui réprime le fait de ne pouvoir justifier de ressources correspondant à son train de vie lorsqu'on est en relation habituelle avec des usagers ou un trafiquant de stupéfiants, présenté dans le plan comme la pierre angulaire du dispositif de lutte, est resté sous-utilisé, malgré les relances par voie de circulaire. Les principaux obstacles à son application tiennent au flou de la notion de « proxénétisme de la drogue », à la difficulté de constituer l'infraction et aux pratiques professionnelles elles-mêmes (les policiers par exemple tendent à « chercher le produit » plutôt qu'à poursuivre ceux qui tirent profit de son commerce). Les efforts interministériels ont donc essentiellement consisté à mieux faire connaître aux magistrats les pratiques pénales applicables en cas d'infraction de blanchiment, alors que les ministères ont renforcé leur offre de formation sur les moyens financiers de « remonter » les filières de blanchiment.

D'autres vecteurs de repérage des transactions illicites ont également fonctionné grâce au concours de divers agents économiques. Les transporteurs de marchandises ont signé avec la douane un accord de coopération visant à développer les échanges d'informations et à sensibiliser leurs salariés aux faits suspects motivant un signalement. Les organismes financiers ont également contribué à la détection des fonds issus du trafic : l'activité de la cellule Trai-

tement du renseignement et de l'action contre les circuits financiers clandestins (TRACFIN), qui traite leurs signalements, a doublé au cours de la période. Toutefois, la lutte contre le blanchiment via la régulation bancaire est limitée par l'impossibilité de sanctionner les organismes bancaires qui ne « jouent pas le jeu » et par l'« évaporation » des déclarations entre le stade de leur réception par TRACFIN et celui de leur transmission en justice. Sachant que les fonds à blanchir proviennent pour 60 % du trafic de drogue (estimation GAFI), la part négligeable des dossiers de stupéfiants au sein des déclarations de soupçons souligne leur « invisibilité » et l'impuissance des pouvoirs publics par le seul biais déclaratif. En outre, la fonction d'alerte de TRACFIN bute sur la difficulté, pour le procureur, de recueillir les éléments qui constituent l'infraction, au-delà de la seule dénonciation d'un mouvement financier anormal. La loi sur les nouvelles régulations économiques du 15 mai 2001 a prévu de mieux relayer les interventions consécutives à une déclaration de soupçon en confiant à TRACFIN l'animation d'un comité de liaison de la lutte contre le blanchiment des produits des crimes et des délits qui réunira les professions déclarantes, les autorités de contrôle et les services compétents de l'État. Un croisement plus efficace des interventions des services d'investigation et des services répressifs d'une part, et des différentes instances spécialisées (TRACFIN, OCRTIS et OCRGDF) s'affirme comme le problème d'action publique le plus complexe, dans le contexte d'une organisation multi-cartes des trafics.

En outre, les moyens financiers attribués à la lutte contre les trafics sous-estiment le phénomène. Le fonds de concours drogue, créé par décret en 1995, n'a jamais été alimenté de façon à abonder, comme prévu, les crédits d'équipement des ministères répressifs. Son blocage structurel a fait l'objet d'une réflexion et d'un travail interministériels tout au long de la période triennale. Une circulaire de relance de la Chancellerie, qui organise le suivi des fonds saisis dans le cadre d'affaires de trafic de stupéfiants ou de blanchiment, a été adoptée le 15 février 2002. Le chiffre le plus récent montre une augmentation encourageante pour l'avenir du montant dudit fonds.

Dans un second volet, le plan triennal visait la maîtrise de la fabrication et la diffusion des drogues de synthèse. Compte tenu de la facilité à les synthétiser, à partir de matières premières courantes dans l'industrie chimique, les profits engrangés sont aussi considérables que difficiles à pister. D'autant plus que la structure de ces drogues est modifiée par des chimistes clandestins de façon à obtenir des dérivés toujours plus puissants, échappant au contrôle légal car non inscrits sur la liste des stupéfiants. L'objectif du plan s'est traduit par l'amélioration des procédures d'identification des composants utilisés à des fins d'extraction de drogues ou de fabrication de produits de synthèse, et par le renforcement du contrôle des produits chimiques précurseurs.

Le système d'identification national des toxiques et substances a permis de tenir à jour l'état des lieux des substances en circulation. L'augmentation de la part des drogues de synthèse dans l'ensemble des échantillons de stupéfiants saisis et analysés par les laboratoires douaniers au cours de la période triennale (plus d'un cinquième des lots en 2000) témoigne de l'extension rapide de ces produits. Le dispositif de contrôle juridique et administratif des composants des nouvelles drogues de synthèse a continué à être adapté (nouvelles inscriptions sur la liste des stupéfiants, identification ou reclassement de nouveaux précurseurs sur une liste de surveillance spéciale européenne). La reconnaissance d'un statut pénal au commerce de produits auparavant non identifiés a permis de poursuivre des trafiquants de substances nouvellement apparues.

L'autre instance de surveillance majeure, la Mission nationale de contrôle des précurseurs chimiques (MNCPC) du ministère de l'Industrie, a agréé 124 entreprises impliquées dans la production, le commerce ou le transport de substances chimiques susceptibles d'être des précurseurs de drogues de synthèse en 2001. Mais la MNCPC ne contrôle que les négociants qui se manifestent d'eux-mêmes ; en 2001, seuls 14 contrôles inopinés ont été opérés ; aucune autre sanction que l'envoi de lettres recommandées avec accusé de réception demandant aux responsables de mettre leur entreprise en conformité avec la loi n'a été prise. La sanction la plus grave, le retrait d'agrément, n'a été mise en œuvre qu'une seule fois depuis l'entrée en vigueur de la réglementation. Le principal moyen de la MNCPC pour débusquer les détournements frauduleux de précurseurs reste donc de développer le partenariat avec l'industrie et le commerce du secteur de la chimie. Les déclarations de soupçons des opérateurs industriels sont restées faibles mais 6 % d'entre elles ont tout de même motivé un refus d'autorisation d'exportation. La sensibilisation des industriels et négociants à ce réflexe de signalement a été menée par la MNCPC (actualisation d'un recueil des textes réglementaires applicables aux précurseurs, organisation de colloques, informatisation des signalements, etc.).

Les outils d'identification, de connaissance et de répression existent donc, mais leur mise en œuvre est fortement contrariée, par des moyens en personnel insuffisants et l'évolution rapide des techniques criminelles. Néanmoins, les liens de coordination entre les partenaires impliqués dans la lutte contre les trafics ont été renforcés (entre d'une part la MNCPC et d'autre part les services de douane et de police, l'OCRTIS, TRACFIN, l'Office de Lutte Anti-Fraude de la Commission européenne, etc.) ; les partenaires attendus ont suivi la réunion de bilan interministérielle organisée par la MILDT pour faire le point sur le contrôle des précurseurs. Les perspectives d'application de ce volet du plan restent ouvertes puisque la lutte contre le trafic de drogues a été dotée d'un montant total d'un million d'euros dans le budget 2002 de l'UE. Dans cet affichage donné à la lutte contre le trafic de drogues, la Commission a notamment donné la priorité aux drogues synthétiques et aux précurseurs chimiques.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATION DU CHAPITRE 7

Degré de cohérence

Les objectifs annoncés par le plan triennal prévoient de réaffirmer la priorité accordée à la lutte contre les trafics qui devait s'exprimer à travers le renforcement de l'efficacité de la lutte contre le trafic de stupéfiants, le contrôle de la fabrication et de la diffusion de nouvelles drogues de synthèse et, enfin, la complémentation du dispositif législatif dans le domaine du blanchiment.

Les moyens décrits par le plan afin d'améliorer la lutte contre le trafic privilégiaient la coordination des services répressifs existants. En matière de lutte contre le trafic de nouvelles drogues de synthèse, l'accent était mis sur l'étoffement de la réactivité des pouvoirs publics à l'irruption de nouveaux produits.

Niveau d'engagement et de réalisation des objectifs

Le niveau de réalisation des objectifs est très hétérogène

En matière de coopération entre les services, on observe que l'amélioration de la situation a été d'autant plus effective qu'elle ne remettait pas en cause le partage de compétences existant. L'ajout de dispositifs nouveaux dédiés à la coordination, c'est-à-dire à la mise en commun d'informations, s'est avéré moins problématique que la coordination entre services opérationnels, notamment lorsqu'elle s'accompagnait d'une modification des règles de subordination entre les instances. Ainsi, autant l'effectivité des mesures permettant la coordination des services d'enquête semble ne pas faire problème, bien que l'évaluation de son efficacité soit impossible, autant l'articulation des services répressifs opérationnels par une autorité interministérielle connaît des résistances (OCRTIS).

Dans le domaine des drogues de synthèse, les délais d'identification des produits ont manifestement été réduits, ce qui ne garantit toutefois pas que la réactivité des pouvoirs publics ait suivi la même tendance. Nous ne disposons pas de données permettant d'évaluer l'efficacité des pouvoirs publics à convertir l'information relative aux produits en contre-mesures opérationnelles.

La finalisation du dispositif législatif a été centrée sur la lutte contre le blanchiment. La participation des partenaires bancaires et financiers, mesurée par le nombre de déclarations de soupçon augmenté, tandis que le recours à la réversion de la charge de la preuve de la légalité de l'enrichissement pour les personnes (article 222-39-1 du Code pénal) est encore sous-utilisé. La moralisation croissante du fonctionnement du système bancaire et financier au cours de la décennie semble faire consensus.

Problèmes rencontrés

Les problèmes rencontrés pour améliorer la lutte contre les trafics tiennent au fait que le plan gouvernemental faisait du renforcement de la coordination entre les services le vecteur privilégié de l'amélioration de l'efficacité de la lutte contre les trafics, ce qui peut paraître par trop réducteur. Les moyens mis en œuvre (humains et matériels) sont rarement mis en regard des résultats. Les priorités opérationnelles (géographiques, par substance, ou autres) restent peu claires. En conséquence, nous ne disposons pas d'éléments statistiques qui, rapportés à des objectifs plausibles identifiés, permettraient d'examiner les performances globales du dispositif répressif.

En matière de drogues de synthèse, la meilleure maîtrise de la connaissance des conditions de fabrication et de circulation des nouveaux produits se traduit lentement par une évolution du dispositif législatif, mais bute sur le caractère limité des moyens, ce qui freine la traduction de la meilleure information en une politique répressive plus efficace.

Dans le domaine de la lutte contre le blanchiment, la traduction en décisions judiciaires des déclarations de soupçons transmises à TRACFIN reste très faible. L'effet dissuasif sur le trafic, de la politique de lutte contre le blanchiment, reste peu significatif, au regard des moyens engagés et des difficultés éprouvées à finaliser les dossiers de blanchiment.

Recommendations stratégiques

Du point de vue stratégique, les modalités organisationnelles adoptées par les administrations en charge de la lutte contre les trafics pour mieux coordonner leurs actions ne doivent pas être confinées à la coordination horizontale de structures existantes et réduites à la facilitation des conditions d'actions de ces dernières. Les vertus d'une meilleure intégration verticale, c'est-à-dire la mise en place de structures nouvelles destinées à piloter de manière plus centralisée l'action répressive, constituent une piste qui doit être exploitée. De ce point de vue, la création des groupements d'intervention régionaux (GIR) constitue une innovation réelle en matière de coordination dont les effets positifs devront être documentés.

En matière de lutte contre le blanchiment, premièrement, il paraît opportun de former les services répressifs aux nouveaux instruments législatifs. Notamment, les personnels devraient acquérir une meilleure maîtrise du maniement de l'article 222-39-1 du Code pénal. Deuxièmement, il conviendrait de renforcer et de pérenniser les services spécialisés dans la lutte contre la délinquance financière (pôles financiers) dont l'efficacité est acquise. Troisièmement, la répression du blanchiment couvre désormais des activités criminelles qui dépassent largement le strict champ du trafic de drogues et s'intéresse à l'ensemble des intermédiaires du monde de la banque, de la finance et du conseil. En conséquence, du côté répres-

sif, l'action ne peut plus reposer essentiellement sur les performances de TRACFIN : une place importante, des moyens et des instructions doivent être accordés à l'enquête et à l'initiative des parquets. Le rôle des banques intermédiaires et la place des transactions anonymes dans la pratique du blanchiment constituent un obstacle à la pratique de la déclaration de soupçon. Le *monitoring* systématique des transactions internationales constitue une piste qui mérite d'être suivie. Du côté de la prévention du blanchiment, il convient de mobiliser non seulement la profession bancaire mais également les professions du chiffre et du conseil juridique.

Recommendations méthodologiques

Du point de vue méthodologique, deux inflexions nous semblent nécessaires, l'une dans le domaine de l'évaluation des performances, l'autre dans celui de la définition assignée à la lutte contre le blanchiment.

Premièrement, il est paradoxal de constater une baisse, en valeur absolue, des interpellations pour trafic et une diminution de la part des interpellations pour trafic dans le total des interpellations en 2001 (à demande constante). Une telle tendance traduit une évolution inverse à celle souhaitée par le plan et peut avoir plusieurs explications : la sophistication croissante des moyens employés par les trafiquants, une baisse de performance quantitative des services répressifs, couplée, ou non, à une amélioration qualitative. Il convient donc de se donner les moyens de mesurer la performance des services répressifs en prenant en compte les moyens dont ils disposent, les obstacles auxquels ils sont confrontés, les résultats obtenus et les biais de la mesure statistique.

Deuxièmement, le plan triennal a assigné à la lutte contre le blanchiment une fonction de lutte contre le trafic. Il nous semble pourtant que la lutte contre le blanchiment vise moins à limiter le trafic de stupéfiants qu'à freiner la commission d'infractions spécifiques et le dévoiement du système bancaire et financier de sa fonction. Il convient donc de découpler la mesure de l'efficacité de la répression du blanchiment et son impact (insignifiant) sur le volume du trafic.

8 - L'ACTION EXTÉRIEURE DE LA FRANCE

INTRODUCTION

En matière de politique extérieure, la France se fixait comme objectif de « *rapprocher les politiques européennes et internationales des concepts et principes de la politique française de lutte contre la drogue et prévention des dépendances* ». Il s'agissait en même temps d'affirmer l'équilibre entre les actions de réduction de l'offre et de la demande.

Jusqu'à l'adoption du plan, la politique française en matière de drogues était plutôt centrée sur le volet répressif. En effet, accusant un certain retard en matière de prévention, de soins et de réinsertion, surtout par rapport aux pionniers (particulièrement les Pays-Bas), la France souhaitait mettre désormais l'accent sur la politique de « réduction des risques et des dommages » ainsi que sur une politique de prévention axée sur les comportements d'usage à l'aide de messages scientifiquement validés sur la dangerosité des produits (indépendamment de leur statut juridique). Le plan triennal voulait profiter notamment de la présidence française à la tête de l'Union européenne au second semestre 2000 pour satisfaire cette ambition.

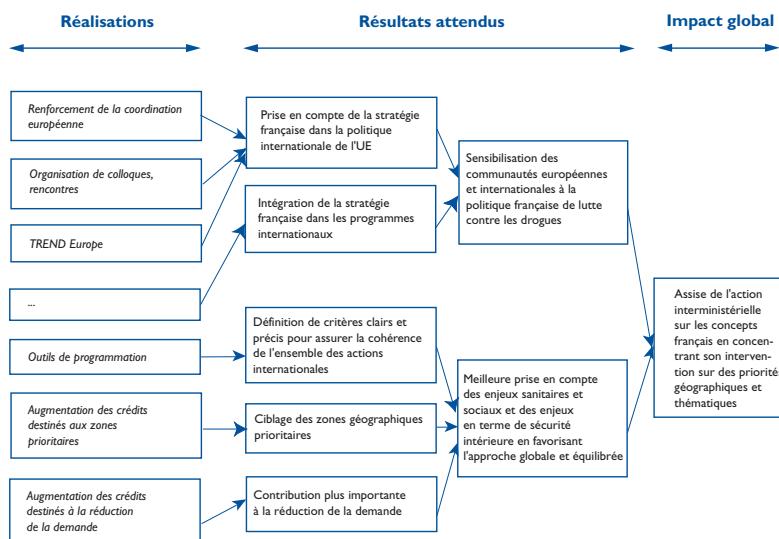
Par ailleurs, le plan triennal soulignait le déséquilibre en faveur des projets de coopération axés sur la réduction de l'offre. Depuis de nombreuses années, la politique française de lutte contre les drogues et la toxicomanie a été fondée sur le principe d'équilibre entre les actions de réduction de l'offre et de la demande. Cependant, le plan mettait en évidence le fait que l'on ne retrouvait pas, dans les actions conduites, la traduction concrète de cette ligne stratégique. En effet, la part effectivement consacrée au développement des actions de prévention, de soins ou de réinsertion en 1998 ne représentait que 10 % des crédits interministériels. L'objectif était donc de soutenir les actions d'aide et de coopération de la France consacrées à la réduction de la demande. En outre, pour éviter le saupoudrage des aides, le plan prévoyait de concentrer son intervention sur des priorités géographiques et thématiques définies en tenant compte des enjeux de sécurité intérieure pour la France et de la situation sociosanitaire dans les pays bénéficiaires.

Dans ce chapitre seront successivement traitées :

- la sensibilisation des communautés européenne et internationale aux objectifs de la politique française ;
- la meilleure prise en compte des enjeux sanitaires et sociaux et des enjeux de sécurité intérieure pour agir dans les pays où ceux-ci sont prédominants ;
- la promotion d'une approche globale équilibrée entre les projets de réduction de l'offre et ceux de réduction de la demande dans les zones géographiques prioritaires.

La question centrale abordée dans le présent chapitre est de savoir si les actions prévues pour atteindre ces objectifs ont été effectivement mises en œuvre. Ce chapitre s'attache ainsi à explorer ces réalisations, déclinées dans le schéma présenté ci-après, en résultats directs attendus et en effets plus lointains.

Une dernière observation touche aux sources d'information utilisées et à leurs limites. Les éléments d'information qualitative étant dispersés et insuffisants, la réalisation effective des objectifs définis dans le plan triennal n'a été décrite qu'avec très peu de détail. Il faut souligner que les crédits interministériels soutenant les actions de lutte contre les drogues ne représentent qu'une faible contribution pour les ministères qui affichent souvent d'autres priorités. Néanmoins, les bilans financiers des ministères concernés par la coopération en matière de drogues mis à la disposition des évaluateurs ont pu faire l'objet d'un examen plus poussé qui est présenté dans la section suivante.



8.1. SENSIBILISATION DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNE ET INTERNATIONALE À LA POLITIQUE FRANÇAISE DE LUTTE CONTRE LES DROGUES ET DE PRÉVENTION DES DÉPENDANCES

Constats posés par le plan triennal

En matière de politique extérieure, le plan triennal faisait apparaître un double constat :

- l'équilibre souhaité entre la réduction de la demande et celle de l'offre ne correspondait pas à la réalité de l'action de la France,
- la contribution de la France en matière d'aide et de coopération apparaissait modeste.

Réponses apportées par le plan triennal

Le plan triennal envisageait de rapprocher les politiques européennes ainsi que les politiques des organisations internationales des orientations politiques auxquelles la France adhère :

- l'équilibre entre les politiques de réduction de l'offre et de la demande ;
- la définition et la mise en œuvre de programmes de prévention axés sur des messages centrés sur la dangerosité des produits (sur la base de l'approche globale fondée sur les comportements plus que sur les produits) ;
- l'élargissement de la démarche de prévention en prenant en compte les comportements (dangerosité) et non plus seulement les produits ;
- la meilleure intégration de la politique de « réduction des risques » ;
- l'élargissement de la politique de lutte contre les drogues aux produits licites (alcool, tabac).

Évaluation du degré de réalisation de cet objectif

Au niveau européen, le plan triennal prévoyait de tirer parti notamment de la présidence française à la tête de l'Union européenne au second semestre 2000 pour privilégier certaines questions relatives à la politique européenne de lutte contre les drogues et les toxicomanies, notamment celles liées à la redéfinition de la politique de coopération internationale de l'Union, l'harmonisation des législations, la poursuite de la mise en œuvre de l'action commune du 16 juin 1997 et la politique de réduction des risques. Il prévoyait également de continuer à apporter son soutien au groupe Pompidou, dans la mesure où celui-ci poursuivrait une réflexion sur des sujets novateurs qui ne seraient pas abordés dans d'autres enceintes.

En ce qui concerne les programmes internationaux, le plan triennal avait l'ambition de peser sur les choix stratégiques des principales organisations institutionnelles : le Programme des Nations unies pour le contrôle international des drogues (PNUCID) et l'OMS (Organisation mondiale de la santé). Pour ce faire, le plan envisageait de soutenir plus résolument le programme du PNUCID et d'apporter un soutien important aux programmes de l'OMS. Dans ce cadre, la contribution de la France aux programmes multilatéraux devait être augmentée, en affectant une part plus importante, sinon la totalité, de l'aide française à des projets que les autorités nationales auraient préalablement sélectionnés. Le plan visait également à soutenir financièrement des programmes multilatéraux consacrés au développement des cultures alternatives.

On exposera successivement les moyens déployés et les actions visant à faire partager, au sein de l'Union européenne, les pré-requis de la doctrine française en matière de lutte contre les drogues et de prévention des dépendances et à renforcer la contribution de la France aux programmes internationaux pendant la période du plan triennal.

Prise en compte de la stratégie française dans la politique de l'Union européenne

Le rapprochement des réflexions et des débats politiques de l'ensemble des pays membres de l'Union européenne des orientations précédemment citées est un objectif au long cours. Il est surtout difficile de trouver la traduction concrète des différentes tentatives de mise en relation. Le plan antidrogues de l'Union européenne aurait été un indicateur pertinent pour apprécier dans quelle mesure les initiatives françaises mises en œuvre dans le cadre du plan triennal ont contribué à l'atteinte de cet objectif. Néanmoins, l'adoption du plan européen (2000-2004) est intervenue à peu près à la même période que le plan triennal.

L'évaluation, réalisée ci-après, permet toutefois de souligner les événements les plus marquants qui ont visé à sensibiliser la communauté européenne aux concepts et aux principes de la politique française.

Renforcement de la coordination européenne

La mise en place d'un séminaire « Responsables de la politique de la lutte contre la drogue des États membres de l'Union européenne¹ » semble avoir conduit les autres États membres vers un partenariat et une action commune. À cette occasion, l'ambition de la France était double : d'une part réunir régulièrement tous

les partenaires clefs dans la définition et le suivi des stratégies nationales (notamment les hauts fonctionnaires de la coopération) au niveau politique, et, d'autre part, reconduire cette concertation lors des présidences suivantes.

Organisation de séminaires, journées et colloques

Seuls les deux événements suivants ont été recensés :

- le colloque sur les « toxicomanies en Europe, nouveaux défis et nouveaux enjeux » : organisé par le Collège de France, il a eu lieu les 23 et 24 novembre 2000. Lors de cette rencontre, l'accent a été mis sur les comportements plutôt que sur les produits et non seulement les drogues illicites, mais aussi sur l'alcool et le tabac. En termes de nationalité des intervenants et du public inscrit, ce séminaire à vocation européenne n'a pas atteint la diversité souhaitée,
- le séminaire européen sur les « pratiques sportives des jeunes et conduites à risques » : lors du séminaire qui a eu lieu les 5 et 6 décembre 2000, la réflexion conduite a visé à mieux comprendre, à l'échelle européenne, les liens entre les pratiques sportives et les consommations à risques associant produits licites et illicites chez les jeunes. Plus précisément, il s'est agi pour la France de proposer la mise en place d'un plan européen de lutte contre les drogues intégrant les produits dopants ; ce dernier point a fait l'objet d'un débat au niveau européen en raison de la réticence de nombreux pays à placer les substances dopantes sur le même plan que les drogues illicites².

Le dispositif TREND-Europe

Suite à l'étude de l'OEDT (Observatoire européen des drogues et de la toxicomanie), réalisée en 1999 par Paul Griffith, qui dresse un état des lieux des connaissances en matière de nouveaux usages et des phénomènes émergents liés aux drogues dans plusieurs pays européens, la MILDT a proposé au « Groupe Horizontal Drogues » (GHD) de réfléchir sur la pertinence du dispositif français TREND à l'échelle européenne (cf. chapitre 1). En effet, à cette époque, les États membres constataient que les systèmes nationaux d'observation des tendances récentes requéraient un temps excessif pour recueillir des informations pertinentes et que le système d'information n'était pas suffisamment sensible pour détecter les phénomènes émergents liés aux drogues. Par ailleurs, la création du marché unique et la libre circulation de personnes et de marchandises ont contribué à accroître la vitesse de diffusion des différentes pratiques de consommation et à rendre les produits plus accessibles.

1. Colloque « Les responsables de la politique de la lutte contre la drogue des États membres de l'Union européenne » organisé le 29 septembre 2000.

2. Cf. Introduction de Nicole Maestracci, Présidente de la MILDT lors de l'ouverture du séminaire « pratiques sportives des jeunes et conduite à risques », les 5 et 6 décembre 2000.

La MILDT, convaincue du bien-fondé de cette approche, a demandé à l'OFDT en décembre 2000, de répondre à l'appel d'offres lancé par la Direction générale de la santé et de la protection des consommateurs (DG SANCO). Préparé en collaboration avec l'OEDT et quelques pays intéressés (l'Allemagne, l'Espagne, la Grande-Bretagne, les Pays-Bas, le Portugal), le protocole de projet européen a été finalement retenu par la Commission européenne. Depuis janvier 2002, sept pays européens (l'Allemagne, l'Espagne, la Grèce, la France, les Pays-Bas, le Portugal et la Suède), participent à l'élaboration du modèle « TREND-Europe » qui doit se dérouler sur 18 mois. Ce projet, coordonné par l'OFDT, associe également deux agences européennes (l'Agence européenne du médicament et l'OEDT). Il est cofinancé par la Commission européenne et les pays membres participant à l'expérience.

Le projet TREND-Europe a pour objectif de développer un modèle commun de fonction d'information précoce sur les phénomènes émergents afin d'améliorer la sensibilité des systèmes d'information concernant les drogues des pays partenaires. En outre, dans le cadre du « Réseau européen d'information sur la toxicomanie » (REITOX), qui contribue à l'amélioration et à l'harmonisation des systèmes d'information nationaux, le projet TREND-Europe vise à faciliter la « comparabilité » des pratiques de surveillance entre pays partenaires.

Discussion

Il apparaît que certaines actions qui avaient été prévues initialement n'ont pas pu être mises en œuvre effectivement, notamment en raison du manque de temps imparti à la France dans le cadre de la présidence européenne (six mois seulement) et des priorités propres aux présidences suivantes. Cela a été le cas par exemple de l'élaboration d'un outil destiné à identifier les carences des dispositifs de lutte contre le trafic de stupéfiants dans les pays de l'Union et de la mise en place d'un réseau de surveillance de la pharmacodépendance (système existant déjà en France³).

Comme le plan triennal, le plan antidrogue 2000-2004 de l'Union européenne élargit la prévention à toutes les drogues y compris les produits licites (alcool, tabac), mais cette approche globale ne s'est pas traduite par des modalités d'action concrètes. On constate par exemple que les missions d'observation⁴ confiées à l'Observatoire européen (OEDT) en ce qui concerne les actions de prévention n'ont pas été élargies de manière explicite aux drogues licites (alcool, tabac).

3. La France est le seul pays européen à posséder un réseau spécialisé pour l'évaluation du potentiel de dépendance et d'abus des substances psychoactives, médicamenteuses ou non. Ce réseau repose sur les Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP), qui représentent l'outil de travail de la Commission nationale des stupéfiants et des psychotropes. Leur création repose sur des exigences internationales en matière de lutte contre la toxicomanie.

4. Cf. « Communication from the Commission to the Council and the European Parliament on a European Union Action Plan to Combat Drugs (2000-2004) », pp. 13-14.

Ces réserves mises à part, plusieurs projets ont été initiés par la France lors de sa présidence à la tête de l'Union européenne : prise en compte d'une approche globale concernant tous les produits psychoactifs quel que soit leur statut juridique, mise en place des prémisses d'un système d'alerte pour les drogues de synthèse ou encore coordination entre les membres européens représentant des acquis de la politique française pendant cette période.

Prise en compte de la stratégie française dans les instances internationales

En matière d'aide et de coopération à l'étranger, le plan prévoyait d'augmenter la contribution française aux programmes internationaux pendant la période triennale en vue de mettre la France en position de peser sur les choix stratégiques des organisations internationales dans le domaine de la lutte contre les drogues et les toxicomanies.

Au regard des informations recueillies, l'évaluation fait apparaître qu'au terme de la période triennale, la MILDT a financé plus activement les programmes de l'OMS dans le cadre de la réduction de la demande, mais sa contribution n'a représenté qu'une moyenne annuelle de 128 000 . On constate que seules deux actions ont été financées par l'OMS sur la période triennale. Plus précisément, le financement a atteint 180 000 en 1999, consacré au projet Pereth (« Protéger les enfants et les jeunes des méfaits du tabac grâce à une législation et une politique publique appropriée »). En 2001, la contribution française de 76 224 a servi à soutenir l'OMS dans le cadre d'un programme de lutte contre l'alcoolisme.

Le soutien de la MILDT au programme du PNUCID a augmenté sur la période triennale en passant de 457 347 en 1999 à 533 572 en 2000 et 2001. Ce qui représente respectivement 35 % et 37 % de la contribution volontaire française au PNUCID qui a atteint en 1999 1,296 M et s'est élevé à 1,448 M en 2000 et 2001. D'une manière globale, ce financement a servi à soutenir un nombre limité de programmes mondiaux comme, par exemple, les programmes d'assistance juridique, de lutte contre le blanchiment ou de suivi des cultures illicites.

Afin de promouvoir les orientations de la politique française dans le domaine de la drogue, le plan prévoyait également d'apporter son soutien au Groupe Pompidou⁵ du Conseil de l'Europe. Ainsi, depuis octobre 2000, cette instance a décidé d'élargir le champ de sa réflexion aux drogues licites (à l'alcool et au tabac).

5. Le Groupe Pompidou est un organe intergouvernemental où sont représentés des États et non des personnes ou des instances nationales déterminées. Constitué en 1971 sur proposition de Georges Pompidou, alors Président de la République française, le Groupe est intégré au Conseil de l'Europe en 1980. Il joue le rôle d'un forum ouvert aux ministres, aux représentants des pouvoirs publics, aux experts et autres professionnels, favorisant ainsi la coopération et l'échange d'informations.

8.2. MEILLEURE PRISE EN COMPTE DES ENJEUX DE SÉCURITÉ INTÉRIEURE ET DES ENJEUX SANITAIRES ET SOCIAUX TOUT EN FAVORISANT LES ACTIONS DE RÉDUCTION DE LA DEMANDE DANS LES ZONES GÉOGRAPHIQUES PRIORITAIRES

Constats posés par le plan triennal

Plusieurs constats sont mis en évidence par le plan triennal. Ils mettaient en lumière la nécessité d'établir une véritable coordination interministérielle :

- en 1998, l'Amérique latine et la zone Caraïbe avaient reçu à elles seules 46 % du total des crédits interministériels consacrés à la coopération en matière de lutte contre la drogue. Certains pays comme la Colombie ou encore le Maroc étaient particulièrement favorisés avec respectivement 22 % et 11 % de cette enveloppe globale,
- en outre, les actions développées en direction des pays d'Asie et de l'Europe centrale et orientale ne représentaient qu'une faible partie de ces crédits, pour l'essentiel consacrés à la réduction de l'offre. Or, l'état sanitaire des usagers de drogues dans les pays de l'Europe centrale et orientale (PECO) et les pays de la « Communauté des états indépendants » (CEI) imposait le soutien à une politique déterminée de réduction des risques.

Réponses apportées par le plan triennal

Afin d'orienter les choix de programmation des différents ministères en matière de lutte contre les drogues, le plan triennal s'était fixé l'objectif d'élaborer des critères clairs et précis destinés à assurer la cohérence d'ensemble de l'action extérieure de la France. Ces choix devaient prendre en compte en priorité l'intérêt de la coopération en termes de plus-value pour la sécurité intérieure et de réduction des problèmes de santé des usagers de drogues dans les pays proches de la France, sur un plan géographique, historique ou culturel. La définition des priorités de la France devait s'inscrire dans le cadre de la politique générale et des objectifs définis par le ministère des Affaires étrangères. Les priorités par zone à prendre en compte étaient les suivantes :

- le 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, en parallèle, des efforts en direction des PECO, de l'Afrique, de l'Amérique latine et des Caraïbes.

Le plan triennal soulignait néanmoins l'importance d'un examen périodique 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 (*cf.* section consacrée aux outils de programmation et d'évaluation).

Évaluation du degré de réalisation de cet objectif

Seront successivement traitées les questions ayant trait à :

- l'élaboration de critères clairs et précis pour orienter les choix stratégiques en matière de politique extérieure,
- l'utilisation effective des crédits interministériels : dans un premier temps par zone géographique prioritaire (les pays candidats à l'Union européenne, les Balkans et les pays de la CEI ainsi qu'en Afrique) et ensuite selon les priorités thématiques (d'une manière globale, les dépenses en faveur de projets de réduction de la demande).

Élaboration de critères clairs et précis destinés à assurer la cohérence des actions internationales

En 1999, le budget interministériel consacré aux actions internationales représentait 736,4 000 . La MILD'T redistribuait ce montant entre les principaux ministères mettant en œuvre des projets d'aide et de coopération dans le domaine de la lutte contre les drogues, c'est-à-dire les ministères des Affaires étrangères, de l'Intérieur et des Finances pour les douanes. Pourtant, le plan triennal faisait le constat selon lequel l'allocation de ces subventions ne répondait pas à des critères suffisamment clairs et précis garantissant la cohérence de l'intervention extérieure de la France. Afin d'orienter les choix de programmation des différents ministères, la MILD'T s'était fixé l'objectif d'élaborer des critères de sélection et d'évaluation qui seraient appliqués de manière systématique aux demandes ministérielles de financement. Le formulaire de sélection mais aussi celui d'évaluation, préparés par l'OFDT à la demande de la MILD'T, représentent un premier pas dans la traduction concrète de ces orientations. En effet, depuis janvier 2002, la MILD'T a complété, validé et mis en application ces deux grilles destinées non seulement à donner un « cadre unique » pour la présentation des différentes demandes de financement et des bilans adressés par chacun des ministères concernés, mais également à rationaliser les choix de programmation de la Mission interministérielle d'une année sur l'autre (grâce notamment aux résultats d'évaluation présentés dans le formulaire d'évaluation). Ceux-ci permettent en outre à la MILD'T de disposer d'une vue d'ensemble sur l'action extérieure de la France dans ce domaine et sur les moyens qui lui sont alloués, de rechercher une complémentarité entre les projets et de faire remonter l'information sur les résultats obtenus. Ils permettent par ailleurs à la MILD'T de se baser sur un cadre formalisé dans le ciblage des zones

prioritaires, lequel facilitera la répartition du financement des projets de coopération internationale. Opérationnel tardivement (janvier 2002) ce dispositif aurait certainement gagné à être mis en place dès 1999. En outre, il est nécessaire d'indiquer qu'une partie non négligeable du succès des objectifs définis dans le plan triennal pour assurer la cohérence de l'ensemble de l'action extérieure repose également sur la volonté de différents ministères de formaliser leurs demandes et leurs bilans en respectant le modèle proposé par la Mission dans la mesure du possible. En tout état de cause, on observe que le formulaire de sélection a permis, au moins dans un premier temps, de réexaminer la pertinence des zones prioritaires retenues dans le plan triennal. Ainsi, en fonction des évolutions observées, une nouvelle hiérarchisation des zones prioritaires a été définie : les pays candidats à l'entrée dans l'Union européenne, les Balkans et les États de la CEI ; vient seulement ensuite l'Afrique.

Ciblage des crédits interministériels par zones prioritaires

La mise en œuvre de cette stratégie de ciblage présente des résultats mitigés. Certes, entre 1999 et 2001, il y a eu une augmentation sensible à la fois des crédits et du nombre de projets dans les pays candidats à l'Union européenne, les Balkans et la CEI. Mais les crédits ont également augmenté en Amérique latine et aux Caraïbes (zone privilégiée jusqu'à présent, mais non prioritaire selon le plan triennal), alors qu'ils ont diminué de façon importante pour l'Afrique, pourtant prioritaire en termes de santé publique.

Tableau 41 - Montant en euros et part des crédits MILDT attribués dans le cadre de la coopération internationale, par zone géographique prioritaire et par année

En valeur absolue (en euros) et en pourcentage	1999	2000	2001
Pays candidats à l'Union européenne, Balkans, autres États de la CEI	221 378 (30 %)	257 769 (16 %)	505 979 (38 %)
Afrique	221 179 (30 %)	547 550 (33 %)	144 402 (11 %)
Amérique latine/Caraïbes	148 667 (20 %)	714 855 (43 %)	491 977 (37 %)
Asie centrale	8 653 (1 %)	0 (0 %)	79 208 (6 %)
Asie du sud-est et du sud-ouest	131 850 (18 %)	130 541 (8 %)	123 382 (9 %)
Total	731 726	1 650 714	1 344 947

Source : OFDT

On observe que les investissements restent relativement importants dans les pays d'Amérique latine et les Caraïbes, ce qui s'inscrit dans la continuité de l'action française de coopération internationale avant le plan triennal de 1999. Cependant, cela n'a pas empêché la MILDT d'augmenter substantiellement la part de ses crédits d'intervention dans les pays candidats à l'Union européenne (ils ont plus que doublé entre 2000 et 2001). En revanche, la part des crédits consacrée à l'Afrique a notablement diminué.

Par conséquent, malgré la volonté de la MILDT d'attribuer des financements aux zones prioritaires, le ciblage de celles-ci a été appliqué avec beaucoup de souplesse et la sélection a été réalisée dans une logique de projet et non pas dans une logique d'action globale et stratégique.

Contribution financière à l'approche globale et équilibrée dans les zones géographiques prioritaires

Priorité du plan de 1999, l'augmentation des crédits consacrés à la prévention et particulièrement à la réduction des risques a eu lieu au cours de la période triennale, dans les zones prioritaires (dans les pays candidats à l'Union européenne, les Balkans et les pays de la CEI ainsi qu'en Afrique).

Tableau 42 - Montant et part des crédits MILDT attribués dans le cadre de la coopération internationale, par zone géographique prioritaire et par année

En valeur absolue (en euros) et en pourcentage	Actions de réduction de la demande			Actions de réduction de l'offre		
	1999	2000	2001	1999	2000	2001
Pays candidats à l'Union européenne, Balkans, autres États de la CEI	152 323 69 %	152 323 59 %	370 411 73 %	69 055 31 %	105 446 41 %	135 567 27 %
Afrique	145 925 66 %	266 565 49 %	88 043 61 %	75 254 34 %	280 985 51 %	56 359 39 %
Amérique latine/Caraïbe	0 0 %	45 697 6 %	217 060 44 %	148 667 100 %	669 158 94 %	274 916 56 %
Asie centrale	0 0 %	0 0 %	18 279 23 %	8 653 100 %	0 0 %	60 929 77 %
Asie du Sud-est et du Sud-ouest	45 697 35 %	45 697 35 %	76 161 62 %	86 153 65 %	84 844 65 %	47 220 38 %
Total	343 945	510 282	769 954	387 781	1 140 432	574 993

Source : OFDT

En ce qui concerne la zone des pays de la CEI, la Russie a particulièrement bénéficié de subventions sur toute la durée du plan dans le cadre de l'organisation de projets destinés à la réduction des risques et des dommages : il s'agit du projet de mise en place des bus de soins et de prévention pour les toxicomanes de Saint-Pétersbourg, du projet d'équipement et de réhabilitation d'un centre de traitement ou encore du projet d'organisation d'une campagne d'information auprès des usagers de drogues, ex-usagers et jeunes en situation de vulnérabilité⁶.

En Afrique, la MILD'T a affecté une part importante de ses crédits à des actions de réduction de la demande : 66 % en 1999, 49 % en 2000 et 61 % en 2001.

Concernant l'Amérique latine et les Caraïbes il existait une forte tradition de coopération policière : d'une part du fait de l'importance des organisations criminelles dans cette zone ; et d'autre part parce que ces pays ont longtemps considéré qu'ils n'avaient pas de problèmes de toxicomanie conséquents. Les chiffres présentés dans le tableau 42 confirment cette affirmation : la totalité des crédits interministériels affectée à l'Amérique latine et les Caraïbes en 1999 correspondait à des actions de réduction de l'offre. Cependant, dans cette zone, la croissance des budgets en faveur de la réduction de la demande est en nette augmentation (en 2000 ils ne représentent que 6 % pour atteindre 44 % en 2001) au détriment des fonds qui étaient consacrés à la lutte contre l'offre. Cette progression est justifiée par le fait que certains pays connaissent une hausse importante de la consommation (par exemple le Brésil et Haïti), mais aussi par celui que les pays andins, considérés essentiellement comme des pays producteurs, sont désormais touchés par une toxicomanie liée à la production (consommation de cocaïne base « pasta »), mais également par des drogues importées comme les drogues de synthèse (percée de l'ecstasy en Colombie).

Enfin, en Asie : En Asie centrale, seules deux actions ont été réalisées au cours de l'année 1999⁷ ; cependant, pour l'année 2001, quatre actions ont été prévues dans cette zone : trois actions en matière de répression et une en faveur de la prévention.

6. Autres actions organisées en matière de prévention au cours de la période triennale : actions d'organisation d'une formation, de création d'un centre de réhabilitation, et d'établissement d'un diagnostic institutionnel, économique et social dans la région de Kaliningrad (Russie), 1999 / Projet d'organisation d'une formation d'équipes médico-sociales, 2000 / Projet de prise en charge des enfants des rues de la région de Samara (Russie), 2001 / Projet de prise en charge des enfants des rues de la région de Krasnodar (Russie), 2001 / Projet d'accompagnement des personnes atteintes du VIH, 2001 / Actions de prévention de l'infection à VIH et d'insertion professionnelle des anciens toxicomanes dans la région de Kaliningrad, 2001.

7. Projet d'organisation d'une visite en France de responsables de la lutte contre la drogue / Kazakhstan, 1999 / Projet d'organisation d'une visite en France de responsables de la lutte contre la drogue / Kirghizistan, 1999.

RÉSUMÉ DU CHAPITRE 8

En matière de politique extérieure dans le domaine de drogues, un objectif majeur du plan triennal était de sensibiliser les communautés européenne et internationale aux orientations de la politique française.

D'abord, le plan prévoyait de tirer parti de la présidence française à la tête de l'Union européenne au second semestre 2000 pour privilégier certaines questions relatives à la politique européenne de lutte contre les drogues et les toxicomanies. L'accent serait mis sur la redéfinition de la politique de coopération internationale de l'Union, l'harmonisation des législations, la poursuite de la mise en œuvre de l'action commune du 16 juin 1997 et la politique de réduction des risques. Les tentatives ont été multiples ainsi que les projets qui ont été initiés par la France lors de sa présidence. L'organisation de séminaires, de journées et de colloques pour une prise en compte d'une approche globale concernant tous les produits psychoactifs (quel que soit leur statut juridique), la mise en place des prémisses d'un système d'alerte pour les drogues de synthèse (Dispositif TREND-Europe) ou encore une organisation nouvelle visant à renforcer la coordination entre les membres européens représentant des acquis de la France. Cependant, certaines actions qui avaient été prévues initialement n'ont pas pu être mises en œuvre effectivement. Soit en raison du manque de temps à la disposition de chaque présidence (six mois seulement) et des priorités propres aux présidences suivantes. Cela a été le cas par exemple de l'élaboration d'un outil destiné à identifier les carences des dispositifs de lutte contre le trafic de stupéfiants dans les pays de l'Union et de la mise en place d'un réseau de surveillance de la pharmacodépendance (système existant déjà en France).

En vue de mettre la France en position de peser sur les choix stratégiques des organisations internationales dans le domaine de la lutte contre les drogues et les toxicomanies, le plan prévoyait d'augmenter la contribution française aux programmes internationaux entre 1999 et 2001. L'évaluation a fait apparaître qu'au terme de la période triennale, la MILD'T a financé plus activement les programmes de l'OMS dans le cadre de la réduction de la demande, mais sa contribution n'a représenté qu'une moyenne annuelle de 128 000 . D'autre part, le soutien de la MILD'T au programme du PNUCID a augmenté sur la période triennale en passant de 457 000 en 1999 à 534 000 en 2000 et 2001. Ce qui représente respectivement 35 % et 37 % de la contribution volontaire française au PNUCID. D'une manière globale, ce financement a servi à soutenir un nombre limité de programmes mondiaux comme, par exemple, les programmes d'assistance juridique, de lutte contre le blanchiment ou de suivi des cultures illicites.

Enfin, les orientations gouvernementales prévoient d'apporter du soutien au Groupe Pompidou qui est une instance créée au sein du Conseil de l'Europe pour favoriser la coopération et l'échange d'informations. Depuis octobre 2000, cette instance a décidé d'élargir le champ de sa réflexion aux drogues licites (à l'alcool et au tabac).

Par ailleurs, le plan triennal soulignait le déséquilibre en faveur des projets de coopération axés sur la réduction de l'offre et l'intérêt de recentrer l'action de la France sur des zones prioritaires. Afin d'orienter les choix de programmation des différents ministères, la MILD'T s'était fixé l'objectif d'élaborer des critères de sélection et d'évaluation qui seraient appliqués de manière systématique aux demandes ministérielles de financement. Le formulaire de sélection mais aussi celui d'évaluation, préparés par l'OFDT à la demande de la MILD'T, représentent un premier pas dans la traduction concrète de ces orientations. En effet, depuis janvier 2002, la MILD'T a complété, validé et mis en application ces deux grilles destinées non seulement à donner un « cadre unique » pour la présentation des différentes demandes de financement et des bilans adressés par chacun des ministères concernés, mais également à rationaliser les choix de programmation de la Mission interministérielle d'une année sur l'autre (grâce notamment aux résultats d'évaluation présentés dans le formulaire d'évaluation). Ceux-ci permettent en outre à la MILD'T de disposer d'une vue d'ensemble sur l'action extérieure de la France dans ce domaine et sur les moyens qui lui sont alloués, de rechercher une complémentarité entre les projets et de faire remonter l'information sur les résultats obtenus. Ils permettent par ailleurs à la MILD'T de se baser sur un cadre formalisé dans le ciblage des zones prioritaires, lequel facilitera la répartition du financement des projets de coopération internationale. En outre, il est nécessaire d'indiquer qu'une partie non négligeable du succès des objectifs définis dans le plan triennal pour assurer la cohérence de l'ensemble de l'action extérieure repose également sur la volonté de différents ministères de formaliser leurs demandes et leurs bilans en respectant le modèle proposé par la Mission dans la mesure du possible. En tout état de cause, on observe que le formulaire de sélection a permis, au moins dans un premier temps, de réexaminer la pertinence des zones prioritaires retenues dans le plan triennal.

Pour éviter le saupoudrage des aides, le plan s'était fixé comme objectif de concentrer son intervention sur des priorités géographiques et thématiques définies en tenant compte des enjeux de sécurité intérieure pour la France et de la situation sociosanitaire dans les pays bénéficiaires. La mise en œuvre de cette stratégie de ciblage présente des résultats mitigés : certes, entre 1999 et 2001, il y a eu une augmentation sensible à la fois des crédits et du nombre de projets consacrés à la prévention et en particulièrement à la réduction des risques dans les pays candidats à l'Union européenne, les Balkans et la CEI.

Mais les crédits ont également augmenté en Amérique latine et aux Caraïbes (zone privilégiée jusqu'à présent, mais non prioritaire selon le plan triennal), alors qu'ils ont diminué de façon importante pour l'Afrique, pourtant prioritaire en termes de santé publique. Malgré la volonté de la MILD'T d'attribuer des financements aux zones prioritaires, le ciblage de celles-ci a été appliqué avec beaucoup de souplesse et la sélection a été réalisée dans une logique de projet et non pas dans une logique d'action globale et stratégique.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS DU CHAPITRE 8

Degré de cohérence

En matière de politique extérieure, la France se fixait comme objectif de « rapprocher les politiques européennes et internationales des concepts et principes de la politique française de lutte contre la drogue et prévention des dépendances ». Il s'agissait en même temps d'affirmer l'équilibre entre les actions de réduction de l'offre et de la demande. En outre, pour éviter le saupoudrage des aides, le plan prévoyait de concentrer son intervention sur des priorités géographiques et thématiques définies en tenant compte des enjeux de sécurité intérieure pour la France et de la situation sociosanitaire dans les pays bénéficiaires.

Ces dernières années ont été marquées par un rapprochement des politiques suivies dans les pays de l'Union européenne, la réduction des risques et des dommages, parfois initiée depuis de nombreuses années dans certains pays, ayant pris le pas sur une approche purement répressive.

La France a donné une impulsion européenne à des actions engagées, comme la conception d'un modèle d'observation de phénomènes émergents (TREND-Europe).

Au plan international, l'orientation des crédits vers des programmes de réduction de la demande, alors que précédemment étaient surtout soutenues des actions sur la réduction de l'offre, répond parfaitement aux orientations du plan.

L'élaboration des formulaires de demandes de crédits constitue un instrument particulièrement utile pour les décisions à prendre sur les programmes à financer. Ceux-ci doivent en outre faire l'objet d'une évaluation systématique.

Les objectifs poursuivis ont donc été conformes aux objectifs annoncés.

Niveau d'engagement et de réalisation des objectifs

L'approche globale, sans distinction du caractère licite ou illicite des drogues, soutenue par la France, bien que retenu par les instances européennes en ce qui concerne la prévention, ne s'est pas traduite par des modalités d'action concrètes de la politique commune de l'Union européenne.

Par ailleurs, le recentrage sur les zones géographiques prioritaires n'a été que partiellement effectif, et l'on peut notamment regretter que les financements à destination de l'Afrique aient diminué.

Problèmes rencontrés

Le montant des crédits varie fortement d'une année sur l'autre et la part des crédits MILDT par rapport à ceux de l'ensemble des financements des différents ministères (Affaires étrangères, Intérieur notamment) en faveur d'actions de coopération sur la toxicomanie n'est pas connue.

Recommandations stratégiques

La compétence, le savoir-faire de la MILDT, ainsi que les outils qu'elle a élaborés sont particulièrement utiles pour décider des actions internationales qui doivent être financées, même sur fonds propres des ministères.

La détermination de zones prioritaires apparaît toujours utile, mais d'autres critères au niveau des relations internationales peuvent imposer de ne pas abandonner des coopérations engagées, tout en continuant à réorienter les programmes vers la réduction de la demande, et la réduction des risques et des dommages.

Celle-ci doit en outre être fortement appuyée en ce qui concerne l'action des organismes internationaux, traditionnellement plus axée vers la réduction de l'offre.

Enfin, au regard de l'incidence de la consommation de produits psychoactifs, même licites, l'approche globale initiée doit continuer à être soutenue.

Recommandations méthodologiques

Du point de vue méthodologique, nous aimerais que soient connus les financements de tous les ministères sur des actions internationales concernant la toxicomanie, et non les seuls crédits MILDT.

CONCLUSIONS UTILES À LA PRÉPARATION DE L'ÉVALUATION DU PROCHAIN PLAN

Au terme de ce travail d'évaluation, les conclusions générales qui peuvent être tirées sont de deux ordres et concernent à la fois le futur plan et l'avenir de l'évaluation de la politique publique de lutte contre la drogue. Les premières mettent en lumière un certain nombre d'interrogations autour de quelques concepts qui sont au cœur du plan triennal et irradient dans la plupart de ses axes stratégiques ; les secondes sont plus opérationnelles et préfigurent ce qui pourrait être considéré comme un « guide des bonnes pratiques », capable de renforcer l'adéquation entre l'élaboration des futurs plans et leur évaluation. L'objectif consiste davantage à attirer l'attention sur quelques points sensibles qu'à fournir des solutions toutes faites qui occulteraient les contextes spécifiques auxquels les politiques publiques auront à faire face.

I. INTERROGATIONS AUTOUR DE TROIS CONCEPTS IMPORTANTS

La réflexion sur la synthèse du travail présenté a nourri des interrogations généraires sur les difficultés à traduire certaines orientations dans un langage de programmation. Outre les difficultés méthodologiques déjà mentionnées dans les différents axes, il est probable que le manque de lisibilité, de précision, de définition des modalités concrètes d'application de certaines notions a également été à la source d'un manque d'effectivité des réalisations concernant certains objectifs. Trois grandes notions du plan triennal méritent ainsi un réexamen après l'évaluation : l'approche globale, la coordination, le repérage précoce.

L'approche globale

Du plan triennal se dégage une forte volonté d'établir la cohérence entre l'élargissement de la notion de drogues aux produits licites (alcool, tabac, médicaments psychotropes) et la notion d'approche globale des drogues et des dépendances. L'approche globale s'est, en effet, fondée sur un consensus médico-scientifique qui met entre parenthèses le statut légal des produits pour s'intéresser aux comportements addictifs et à leurs conséquences. Traduire en action ce concept s'est révélé plus complexe et difficile qu'il n'y paraissait. Si les efforts de constitution

d'une culture commune sur l'ensemble des produits psychoactifs se sont légitimement et logiquement appuyés sur les fondements médico-scientifiques les plus récents, en revanche, la prévention, les soins, la répression ont eu du mal à rendre l'approche globale opératoire.

En matière de prévention, tant par la communication sociale que par les actions de terrain, l'approche globale axée sur les comportements des usagers plutôt que sur les produits n'a pas réussi à préciser ses objectifs opérationnels. La possibilité d'adresser des messages globaux capables d'atteindre des cibles spécifiques, tant en termes de publics que de produits, reste une question qui demande des réponses préalables à la poursuite des programmes s'y référant. En matière de soins, l'application de l'approche globale, qui devait déboucher d'abord sur la définition de modalités concrètes de prise en charge tenant compte ce qui est commun aux différents produits et de ce qui leur est spécifique, et, à terme, sur l'uniformisation administrative des structures, a montré ses limites faute de rapprochement suffisant des pratiques et des réponses médicales en l'état de l'art. En matière répressive enfin, l'approche globale n'a pu s'affranchir de l'état des lois. Le plan n'a pas conduit à la modification de la loi : ni prohibition généralisée de toutes les drogues, ni régime unique de légalisation contrôlée. L'alcool, le tabac et les médicaments psychotropes restent des substances dont l'offre et la consommation ne sont pas interdites. Les stupéfiants étant toujours illicites, l'approche globale s'est manifestée par une volonté de substituer une plus grande médicalisation à la répression classique concernant l'usage des drogues illicites, particulièrement du cannabis, et aux conséquences pénales de la consommation abusive d'alcool. Paradoxalement, si l'approche globale préfigure l'ère de l'indifférenciation des produits, ses traductions apparaissent limitées et débouchent sur la question : comment pourrait-il en être autrement ?

La coordination

La coordination est un objectif consubstantiel à toute mission interministérielle. Cette exigence procède du souci d'adapter l'ensemble des outils publics à la poursuite d'une seule et même orientation, lorsque l'ensemble de ces outils n'est pas structuré au sein d'une même administration sous une tutelle ministérielle unique. Elle vise donc d'abord à supprimer les discordances entre les actions des services et l'incompréhension qu'elle génère chez les usagers. Elle prétend aussi réaliser une synergie entre les services de l'État parfois renforcés par les organisations de la société civile. La coordination s'obtient, préjuge-t-on généralement, par la mise en commun d'informations mettant en lumière la nature des problèmes sous plusieurs facettes. Coordonner l'action publique est un objectif dont l'intérêt est tellement indiscutable pour l'efficacité d'une politique qu'on en retrouve fréquemment la mention dans un grand nombre de programmes ou de professions de foi.

Dans le plan triennal, l'objectif de coordination est fréquemment rappelé et son terrain privilégié, l'échelon départemental, est nommément désigné. Au terme de l'évaluation, on peut néanmoins considérer que les efforts de coordination sur les « objets à coordonner » ne produisent pas les effets espérés. Il apparaît que la coordination peut difficilement résoudre les problèmes liés à un émiettement institutionnel excessif du traitement des drogues et des dépendances au plan local. D'autre part, dans une culture bureaucratique centralisatrice, les agents de la coordination devraient disposer de moyens, budgétaires ou autres, adaptés à cette fonction. Enfin, coordonner est d'autant plus difficile que les objectifs sont nombreux, imprécis et ambigus. Rendre effective la coordination exige d'analyser plus précisément les rouages du système concerné, de repérer les zones de partage des compétences, d'identifier les éventuelles discordances entre objectifs poursuivis par les différents services de l'État, les redondances et les cloisonnements contre-productifs. Faute de formes d'action suffisamment précises, la coordination ne permet d'aboutir qu'à un empilement supplémentaire de dispositifs. Ses objectifs doivent donc être identifiés de façon détaillée au regard des actions justifiant une coordination.

Les repérages précoce

L'entrée en dépendance à l'égard d'un produit psychoactif étant difficilement réversible, il est toujours préférable de prévenir cette dernière par tous les moyens possibles. Cette idée procède du bon sens et de l'expérience des acteurs de terrain. Elle a fréquemment été énoncée, en France et ailleurs, dans les milieux de santé publique et d'éducation à la santé. Elle est à l'origine de tous les argumentaires des programmes de prévention dite « primaire ». La notion de « repérage précoce » s'inspire, quant à elle, des opérations de dépistage précoce des maladies, et introduit l'intérêt d'une prévention « secondaire » à l'entrée dans des consommations dites « problématiques ». Faire de la prévention secondaire, c'est admettre que « quelque chose » s'est déclaré et affirmer qu'à ce stade les difficultés à inverser la tendance sont moindres qu'elles ne le seront plus tard.

Bien qu'elle semble aller de soi, cette notion de repérage précoce pose de nombreux problèmes pour l'action. Existe-t-il un tableau clinique du stade de l'entrée en « consommation problématique », outil indispensable à tout repérage ? Les individus volontaires pour le repérage précoce sont-ils ceux parmi lesquels la prévalence de sujets à risques est la plus élevée ? Le repérage précoce en population générale doit-il s'appuyer sur le dispositif médicalisé mis en place pour le traitement des troubles plus avancés ? En cas de repérage positif, quel protocole déclencher ? Quel rapport coût/efficacité peut-on en attendre ? Ces questions, d'une grande banalité dans la discussion publique sur les programmes de dépistage précoce des maladies graves, semblent avoir été ignorées dans l'élaboration des objectifs du plan triennal. Une réflexion préalable

plus méthodique s'impose et la question des moyens capables d'atteindre cet objectif devrait être légitimement posée.

II. BONNES PRATIQUES POUR MIEUX INTÉGRER L'ÉVALUATION DANS L'ÉLABORATION DU PLAN

Afin d'améliorer l'évaluation des futurs plans, les recommandations qui suivent paraissent essentielles et résument les principaux enseignements issus des constats de l'évaluation des huit chapitres.

- Définir les problèmes auxquels doit répondre l'action publique et les objectifs globaux (stratégiques et à long terme) et opérationnels de la politique publique (à court, moyen terme) qui sont conçus comme les réponses capables de les réduire.
- Traduire sous forme de programmes et de mesures pertinents les objectifs préalablement définis en décrivant les moyens nécessaires (réglementaires ou administratifs, humains et financiers) à la mise en œuvre des programmes, les publics visés et les changements attendus.
- Définir les objectifs sans ambiguïté de manière suffisamment claire et explicite.
- Décrire les objectifs globaux et opérationnels en précisant les critères de réussite (par rapport à une référence objectivée).
- Examiner la pertinence des objectifs en se demandant dans quelle mesure leur atteinte pourrait résoudre les problèmes identifiés.
- Veiller à garantir la cohérence interne des programmes en vérifiant la complémentarité des objectifs (les différents objectifs doivent se renforcer mutuellement en évitant de se contredire) et l'adéquation entre les moyens à mobiliser et les objectifs spécifiques à atteindre.
- S'appuyer sur un système d'information longitudinale de qualité sur la base d'un nombre limité d'indicateurs de moyens, de réalisation et de résultat sensibles et actualisés : identifier les indicateurs adéquats lors de la définition des éléments essentiels du programme et se doter des ressources nécessaires (en personnel et en moyens financiers) pour assurer le recueil des informations et leur exploitation en évitant le recours à des catégories statistiques différentes et/ou faiblement articulées entre les différents services collecteurs.
- S'assurer de la qualité de la mise en œuvre en cherchant à connaître à mi-parcours, la manière dont les acteurs locaux interprètent les objectifs et les orientations dans leurs pratiques professionnelles ainsi que les difficultés qu'ils rencontrent.
- Évaluer systématiquement les programmes expérimentaux dont les critères de succès devraient être préalablement définis ainsi que les conditions de leur généralisation.
- Adapter les ambitions de l'évaluation selon les programmes à évaluer. Le recours à des méthodologies capables d'évaluer l'efficacité « réelle » du programme

(l'écart constaté par rapport à ce qui se serait passé en l'absence du programme) étant coûteux et rarement possible, leur usage devrait être réservé aux évaluations de programmes innovants. Dans le cadre des programmes non expérimentaux, l'évaluation de l'efficacité doit comporter *a minima* la description des effets produits imputables au programme, qu'ils soient attendus ou inattendus.

- Limiter l'analyse de l'efficience (coût/efficacité) aux programmes de moindre envergure ou expérimentaux : l'efficience d'un programme ou d'une politique à l'échelle nationale est difficilement évaluable.
- Développer les ressources et les compétences pour promouvoir une démarche d'évaluation au niveau déconcentré.

BIBLIOGRAPHIE

ACADEMIES DES SCIENCES, *Aspects moléculaires, cellulaires et physiologiques des effets du cannabis*, Rapport n°39, Paris, Tec et Doc, 1997, 72 p.

ANAES, *Évaluation des réseaux de soins : bilan de l'existant et cadre méthodologique*, Paris, ANAES, 2001, 63 p.

ARÈNES (J.), GUILBERT (P.), BAUDIER (F.), *Baromètre santé médecins généralistes 98/99*, Vanves, CFES, 2000, 195 p.

AUGÉ-CAUMON, (M.J.), BLOCH-LAINÉ, (J.F.), LOWENSTEIN, (W.), MOREL, (A.), *Accès à la méthadone en France : bilan et recommandations*, Paris, Rapport à la demande de Bernard Kouchner, Ministre délégué à la santé, 2002, 92 p.

BAEUMLER (J.-P.), *L'école citoyenne. Le rôle du Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté*. Paris, Rapport présenté à Monsieur le Premier Ministre, 2002, 110 p.

BARRÉ (M-D.) GODEFROY (T.), CHAPOT (C.), *Le consommateur de produits illicites et l'enquête de police judiciaire : étude exploratoire à partir des procédures de police judiciaire*, Paris, OFDT, 2000, 55 p.

BAUDIER (F.), ARÈNES (J.), *Baromètre santé adultes 95/96*, Vanves, CFES, 1997, 288 p.

BECK (F.), LEGLEYE (S.), *EROPP 2002 : enquête sur les représentations, opinions et perceptions relatives aux psychotropes*, Paris, OFDT, 2003, 228 p.

BECK (F.), LEGLEYE (S.), PERETTI-WATEL (P.), *Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée : ESPAD 1999 France, tome II*, Paris, OFDT, 2001, 225 p.

BECK (F.), LEGLEYE (S.), PERETTI-WATEL (P.), *Regards sur la fin de l'adolescence : consommations de produits psychoactifs dans l'enquête ESCAPAD 2000*, Paris, OFDT, 2000, 220 p.

BECK (F.), PERETTI-WATEL (P.), *EROPP 99 : enquête sur les représentations, opinions et perceptions relatives aux psychotropes*, Paris, OFDT, 2000, 203 p.

BELLO (P.-Y.), TOUFIK (A.), GANDILHON (M.), *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2001, rapport TREND*, Paris, OFDT, 2002, 293 p.

BELLO (P.-Y.), TOUFIK (A.), GANDILHON (M.), *Tendances récentes, rapport TREND*, Paris, OFDT, 2001, 167 p.

BELLO (P.-Y.), JANSSEN (E.), DAMON (M.N.), RICATTE (M.), BERTIN (N.), « Substitution aux opiacés dans cinq sites de France en 1999 et 2000 : usagers et stratégies de traitement », in BELLO et al., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2001, rapport TREND*, Paris, OFDT, 2002, 251-269 p.

BOUHNIK (P.), TOUZÉ (S.), VALLETTE-VIALLARD (C.), *Sous le signe du « matos » : Contextes, trajectoires, risques et sensations liés à l'injection de produits psychoactifs*, Paris, OFDT, 2002, 202 p.

CHARRE (J.), *Enquête DH-EO4 du premier trimestre 1999 auprès des établissements de santé : Bilan du développement des équipes d'alcoologie de liaison dans les établissements de santé, ministère de l'Emploi et de la Solidarité*, 1999, 18 p.

COULOMB (S.), DUBURCQ (A.), MARCHAND (C.), PÉCHEVIS (M.), *Évolution de la prise en charge des toxicomanes : enquête auprès des médecins généralistes en 2001 et comparaison 1992-1995-1998-2001*, Paris, OFDT, 2002, 86 p.

Cour des comptes, *Le dispositif de lutte contre la toxicomanie*, Rapport public particulier, Paris, Cour des comptes, 1998, 248 p.

CVFM (Creating value for the millennium), *L'opération de veille : www.drogues.gouv.fr*, CVFM, 2002, 10 p. (rapport interne).

DAGE (Direction de l'administration générale et de l'équipement), *Les condamnations en 2001*, Paris, ministère de la Justice, 2002, 280 p.

DAGE (Direction de l'administration générale et de l'équipement), *Les condamnations en 1999 et en 2000*, Paris, ministère de la Justice, 2002, 490 p.

DAGE (Direction de l'administration générale et de l'équipement), *Les condamnations en 1998*, Paris, ministère de la Justice, 2000, 250 p.

DAP (Direction de l'administration pénitentiaire), *Rapport annuel d'activité 2000*, Paris, ministère de la Justice, 2001, 312 p.

DAP (Direction de l'administration pénitentiaire), *Rapport annuel d'activité 1999*, Paris, ministère de la Justice, 2000, 277 p.

DATIS (Drogues alcool tabac info service), *Bilan d'activité 2001 : accueil téléphonique, réponses sur Internet, répertoire des structures spécialisées*, Paris, DATIS, 2002, 21 p.

DEBOURG (A.); PETIT, (P.), « Typologie et comparaison des usages de drogues sous le ciseau de la loi », in *Psychotropes, Revue internationale des toxicomanies*, vol. 6, n°1, juin 2000, pp. 39-70

DESCO (Direction de l'enseignement scolaire, sous direction des établissements et de la vie scolaire), *Les Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté, Année scolaire 2000-2001. Bilan*, 2001, 35 p. (rapport interne).

DGDDI (Direction générale des douanes et des droits indirects), *La douane en 1999, Rapport d'activité*, Paris, ministère de l'Economie, des Finances et de l'Industrie, juillet 2000, 33 p.

DGS (Direction générale de la santé), *Le dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme en 1998 : Informations issues de l'exploitation du rapport-type*, Paris, ministère de l'emploi et de la solidarité, 2000, 18 p.

DIS (Drogues info service), *Observations 1998-1999*, Paris, DIS, 1999, 106 p.

EMMANUELLI (J.), « Tendances en matière de réduction des risques chez les usagers de drogues par voie intraveineuse au 30 décembre 2001 », In: BELLO et al., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2001, rapport TREND*, Paris, OFDT, 2002, p. 277-281.

EMMANUELLI (J.), LERT (F.), VALENCIANO (M.), *Caractéristiques sociales, consommation et risques chez les usagers de drogues fréquentant les PES en France*, Paris, OFDT, 1999, 62 p.

FAYMAN (S.), SALOMON (C.), FOUILLAND (P.), *Évaluation du programme de réduction des risques et de médiation sociale dans le 18^e arrondissement de Paris*, Paris, OFDT, 2003, 106 p.

FEUILLERAT (Y.), MORFINI (H.), *Enquête sur les traitements de substitution en milieu pénitentiaire*, Paris, ministère de l'emploi et de la solidarité, décembre 2001, 9 p.

GORGON (C.), AUDEBRAND (E.), MOUHANNA (C.), *Evaluation des programmes justice-santé (CDO) - Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2002)*, Paris, OFDT, 2003, 152 p.

GRIFFITHS (P.), VINGOE (L.), HUNT (N.), *Detecting, tracking and understanding emerging trends in drug use. Final report. Volume I. Conceptual, Practical and Methodological issues*, Lisbon, EMCDDA, 1999, 140 p.

GUILBERT (P.), BAUDIER (F.), GAUTIER (A.), *Baromètre Santé 2000*, Vanves, CFES, 2001, 473 p.

HENRION (R.), *Rapport de la Commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie*, Rapport au ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, Paris, Documentation française, 1995, 156 p.

IGAS (Inspection générale des affaires sociales), *Drogues Info Services, Rapport définitif*, présenté par Serge Tricoire, Rapport n°1998-069, Paris, IGAS, Janvier 1999, 73 p.

INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale), *Alcool. Effets sur la santé*, Paris, 2001, 360 p. (Coll. Expertise collective).

INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale), *Cannabis. Quels effets sur le comportement et la santé ?*, Paris, 2001, 429 p. (Coll. Expertise collective).

INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale), *Ecstasy : des données biologiques et cliniques aux contextes d'usage*, Paris, 1998, 345 p. (Coll. Expertise collective).

JEANFRANÇOIS (M.), FERNANDEZ (E.), DAUTZENBERG (B.), « Évolution de l'activité des consultations de tabacologie hospitalières entre 2000 et 2001 », in *BEH*, n°22-23, 29 mai-5 juin 2001, p. 101-103.

JEANFRANÇOIS (M.) FERNANDEZ (E.), DAUTZENBERG (B.), MÉNARD (J.), « Évolution de l'activité des consultations hospitalières de tabacologie durant la période triennale 2000-2002 », in *BEH*, n°22, 28 mai 2002, p. 98-99.

JEANFRANÇOIS (M.), FERNANDES (E.), *Enquête DHOS-O2 du 25 juin 2001 auprès des établissements de santé financés par dotation globale : Recensement portant sur les équipes de liaison créées ou renforcées sur des crédits de l'État*, Paris, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2002 (non publiée).

KILCHLING (M.) (1998) : *Evaluation of Anti-Money-Laundering and Asset Confiscation Legislation in Europe*. In : H.-J. Albrecht & H. Kury (Hg.) : *Research on Crime and Criminal Justice at the Max Planck Institute - Summeries. Kriminologische Forschungsberichte aus dem Max Planck Institut für ausländisches und internationales Strafrecht*. Band 83. Freiburg i. Br. 1998.

LARCHER, (P.) , POLOMÉNI, (P.), *La santé en réseaux, Objectifs et stratégie dans une collaboration ville-hôpital*, Paris, Masson, 2001, 181 p. (Coll. Objectifs en management hospitalier).

LEFEBVRE-NARÉ (F.), DEVAUGERME (F.), LIORET (C.), *Évaluation des programmes de prévention - Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances, (1999-2002)*, Paris, OFDT, 2003, 120 p.

MILD'T (Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie), *Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999-2000-2001*, Paris, Documentation française, 2000, 226 p.

MILD'T (Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie), *Savoir plus. Risquer moins. Drogues et dépendances, le livre d'information*, Paris, MILD'T, 2000, 146 p.

MILD'T (Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie), *Réflexions sur les aspects communs et les aspects spécifiques aux différentes addictions*, Paris, MILD'T, 2001, 37 p.

MNCPC (Mission nationale de contrôle des précurseurs chimiques), *Rapport d'activité 2001*, Paris, ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie, février 2002, 37 p.+ annexes.

MNCPC (Mission nationale de contrôle des précurseurs chimiques), *Rapport d'activité 2000*, Paris, ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie, février 2001, 41 p.+ annexes.

MNCPC (Mission nationale de contrôle des précurseurs chimiques), *Rapport d'activité 1999*, Paris, ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie, février 2000, 32 p.+ annexes.

MNCPC (Mission nationale de contrôle des précurseurs chimiques), *Rapport d'activité 1998*, Paris, ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie, février 1999, 28 p.+ annexes.

MOUQUET (M.C.), VILLETT (H.), « Les risques d'alcoolisation excessive chez les patients ayant recours aux soins un jour donné », *Études et Résultats* (DREES), n°192, septembre 2002, 11 p.

MOUQUET (M.C.), DUMONT (M.), BONNEVIE (M.C.), « La santé en prison : un cumul de facteurs de risque », *Études et Résultats* (DREES), n°4, janvier 1999, 10 p.

MOUQUET (M-C), *La santé des entrants en prison en 1997*, Paris, DGS/SESI, mai 1999.

NADAL (J.M.), BOURDILLON (F.), DAUTZENBERG (B.) et MÉNARD (J.), « Activité des consultations hospitalières de tabacologie en 1999 », In *BEH*, n°43, 24 octobre 2000, p. 189-191.

OCRTIS (Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants), *Usage et trafic de produits stupéfiants en France en 2001*, Paris, ministère de l'Intérieur, 2002, 106 p.

OFDT(Observatoire français des drogues et des toxicomanies), *Substitution aux opiacés en France, synthèse des informations disponibles de 1996 à 2001 en France*, Paris, OFDT, 2003, 80 p.

OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies), *Drogues et dépendances : indicateurs et tendances*, Paris, OFDT, 2002, 368 p.

PARQUET (P.-J.), *Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives*, Vanves, CFES, 1997, 107 p.

PELLETIER (M.), *Rapport de la mission d'étude sur l'ensemble des problèmes de la drogue*, Paris, Documentation française, 1978, 284 p.

REYNAUD (M.), *Usage nocif des substances psychoactives : identification des usages à risque, outils de repérage, conduites à tenir*, Paris, Documentation française, 2002, 277 p.

PRUDHOMME (J.), BEN DIANE (M.-K.), ROTILY (M.), *Évaluation des Unités pour sortants (UPS)*, Paris, OFDT, 2001, 117 p.

SAGANT (V.), *Bilan de l'application de la circulaire du 28 avril 1995 concernant l'harmonisation des pratiques relatives à l'injonction thérapeutique*, Paris, ministère de la Justice, janvier 1997, 95 p.

SANNINO (N.), DUBURcq (A.), *Évaluation du rapprochement de structures spécialisées pour une prise en charge globale des addictions - Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances, (1999-2002)*, Paris, OFDT, 2003, 88 p.

SETBON (M.), *L'injonction thérapeutique : Évaluation du dispositif légal de prise en charge sanitaire des usagers de drogues interpellés*, Paris, OFDT-CNRS, août 2000, 159 p.

SIMMAT-DURAND.(L.), *L'usager de stupéfiants entre répression et soins : la mise en oeuvre de la loi de 1970*, Guyancourt, CESDIP, 1998, 503 p., (Coll. Études et données pénales, n°77)

TELLIER (S.), *La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1999*, Paris, DREES, 2001, 47 p. (Document de travail n°19).

THIRION (X.), BARRAU (K.), MICALLEF (J.), HARAMBURU (F.), LOWENSTEIN (W.), SANMARCO (J.-L.), « Traitements de substitution de la dépendance aux opiacés dans les centres de soins : le programme OPPIDUM des Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance », *Annales de médecine interne*, vol. 151, Supp.A, Paris, 2000, p.A10-A17.

TORTAY (I.), MORFINI (H.), PARPILLON (C.), BOURDILLON (F.), *Enquête sur les traitements de substitution en milieu pénitentiaire en mars 1998*, Paris, ministère de l'emploi et de la solidarité, novembre 1999, 5 p.

TOULEMONDE (J.), BOGGIO (Y.), SUBILEAU (N.), DESJONQUIÈRES (T.), FLOIRAC (E.), *Évaluation du volet formation - Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances, (1999-2002)*, Paris, OFDT, 2003, 112 p.

TRACFIN, *Rapport d'activité 2000*, Paris, ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie, 2001 , 24 p. + annexes

TRACFIN, *Rapport d'activité 2001*, Paris, ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie, 2002 , 40 p. + annexes

TRAUTMANN (C.), *Lutte contre la toxicomanie et le trafic de stupéfiants*, Rapport au Premier ministre, Paris, Documentation française, 1990, 266 p.

TREPOS (J-Y.) (Équipe de recherche d'anthropologie et de sociologie de l'expertise – ERASE), *Évaluation de l'injonction thérapeutique en Moselle : étude des effets de la mise en oeuvre du dispositif de l'injonction thérapeutique sur les récidives : rapport final*, Metz, ERASE, Université de Metz, 1999, 37 p.

REHM (J.), FISCHER (B.), UCHTENHAGEN, (A.), (Institut für Suchtforschung), *An Overview of Systematic studies on heroin-assisted treatment*, OFDT, 2002 (rapport interne), 10 p.

SOURCES

Les principales sources exploitées dans ce rapport sont indiquées ci-après. Pour une description plus détaillée de la plupart de ces sources, les lecteurs pourront se reporter au répertoire des sources statistiques consultable sur le site : www.ofdt.fr ainsi qu'à l'ouvrage *Drogues et dépendances - Indicateurs et tendances 2002* de l'OFDT.

Évaluations spécifiques

- ① Évaluation des programmes départementaux de prévention - Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2002), OFDT/Evalua
- ② Évaluation du volet formation - Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2002), OFDT/Eureval-C3E
- ③ Évaluation des programmes justice-santé (CDO) - Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2002), OFDT/Acadie
- ④ Évaluation du rapprochement de structures spécialisées pour une prise en charge globale des addictions - Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2002), OFDT/Cemka-Eval
- ⑤ Évaluation du programme de réduction des risques et de médiation sociale dans le 18ème arrondissement de Paris, OFDT/Act-Consultants

Enquêtes en population générale

- ⑥ Baromètre Santé adultes 93/94, Comité français d'éducation pour la santé (CFES)
- ⑦ Baromètre Santé adultes 95/96, Comité français d'éducation pour la santé (CFES)
- ⑧ Baromètre Santé 2000, Comité français d'éducation pour la santé (CFES)
- ⑨- Enquête permanente sur les conditions de vie des ménages 2000, INSEE
- ⑩ Enquête santé des adolescents 1993, INSERM-U169
- ⑪ Baromètre Santé jeunes 97/98, Comité français d'éducation pour la santé (CFES)

- ⑫ European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs 1999 (ESPAD), INSERM/OFDT/MENRT
- ⑬ Enquête sur la santé et les comportements lors de la journée d'appel et de préparation à la défense 2000 (ESCAPAD), Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)
- ⑭ Enquête sur les représentations, opinions et perceptions relatives aux psychotropes 1999 (EROPP), Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)
- ⑮ Enquête sur les représentations, opinions et perceptions relatives aux psychotropes 2002 (EROPP), Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Données de ventes

- ⑯ Ventes de médicaments des industriels aux grossistes, Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS)
- ⑰ Ventes de médicaments des pharmacies, IMS Health (Information médicale et statistique sur la santé)
- ⑱ Système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection et à la substitution (SIAMOIS), Institut de veille sanitaire (InVS)

Registres

- ⑲ Registre national des causes de décès, Institut national de la santé et de la recherche médicale, service commun n° 8 (INSERM-SC8)
- ⑳ Système de surveillance du Sida en France, Institut de veille sanitaire (InVS)
Statistiques et enquêtes sanitaires et sociales

Statistiques et enquêtes sanitaires et sociales

- ㉑ Consultants des centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA), Association nationale de prévention de l'alcoolisme (ANPA)
- ㉒ Exploitation du rapport d'activité type des structures du dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme, Direction générale de la santé (DGS)
- ㉓ Enquête sur la prise en charge des toxicomanes dans le système sanitaire et social, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)/Direction générale de la santé (DGS)
- ㉔ Observation des produits psychotropes ou détournés de leur utilisation médicamenteuse (OPPIDUM), Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP)

- ㉕ Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances (DRAMES), Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP)
- ㉖ Enquête sur la prise en charge des toxicomanes par les médecins généralistes, Bureau d'études évaluation médicale, médico-sociale, santé publique (EVAL)
- ㉗ Baromètre Santé médecins généralistes, Comité français d'éducation à la santé (CFES)
- ㉘ Enquête auprès des consultations de tabacologie hospitalières en 1999, 2000, 2001, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins – Ministère de la Santé
- ㉙ Enquête auprès des consultations de tabacologie non-hospitalières, Office français de prévention du tabagisme (OFT)
- ㉚ Enquête auprès des consultations d'aide à l'arrêt du tabac, Office français de prévention du tabagisme (OFT)
- ㉛ État des lieux du sevrage tabagique 98, Comité français d'éducation à la santé (CFES) et Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMETS)
- ㉜ Enquête CANAM sur la consommation de psychotropes en ambulatoire, Régime d'assurance maladie des professions indépendantes
- ㉝ Données d'activité de la ligne nationale de téléphonie sociale sur les drogues DIS/DATIS
- ㉞ Enquête sur les traitements de substitution en milieu pénitentiaire en mars 1998, Morfini (H.) (DGS), Tortay (I.) (DHOS), novembre 1999
- ㉟ Enquête sur les traitements de substitution en milieu pénitentiaire, Morfini (H.) (DGS), Feuillerat (Y.) (DHOS), décembre 2001
- ㉛ Enquête « alcool » 2002 auprès de la clientèle de médecins généralistes libéraux et des patients hospitalisés, DREES-MES-ORS
- ㉜ Enquête sur les équipes d'alcoologie de liaison dans les établissements de santé, (DH)
- ㉝ Enquête auprès des DDASS réalisée par la DGS-SD6A relative au recensement des structures de réduction des risques financées en 2000 et 2001 sur le chapitre 47-18 art. 20 (VIH).
- ㉞ Enquête 1998 auprès des usagers de drogues fréquentant les PES en France (InVS-INSERM)
- ㉟ Enquête transversale TREND 2001 auprès d'usagers fréquentant des structures de « première ligne »
- ㉜ Exploitation des rapports d'activité type 2000 sur les Boutiques et PES, (DGS-SD6A)

Statistiques pénales

- ㉟ Fichier national des auteurs d'infractions à la législation sur les stupéfiants (FNAILS), Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants (OCRTIS)

- ④③ Décès par surdoses constatés par les services de police, Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants (OCRTIS)
- ④④ Casier judiciaire national (CJN), Sous-direction de la statistique, des études et de la documentation (SDSED) – Ministère de la Justice
- ④⑤ Fichier national des détenus (FND) et Statistique trimestrielle de la population incarcérée, Direction de l'administration pénitentiaire (DAP)
- ④⑥ Statistiques produites par l'Infocentre national relevant de la Direction des Affaires criminelles et des Grâces du Ministère de la Justice pour l'activité de sept juridictions de la région parisienne (Paris, Créteil, Bobigny, Nanterre, Pontoise, Evry et Versailles), 2002 (source non officielle).

ANNEXES

Dispositifs spécifiques d'observation

- ④⑦ Actions et programmes de prévention – recensement (APPRE), Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)
- ④⑧ Système d'identification national des toxiques et des substances (SINTES), Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)
- ④⑨ Tendances récentes et nouvelles drogues (TREND), Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Autres

- ⑤① Exploitation des rapports d'activité des chefs de projet « drogues et dépendances », 2001, OFDT
- ⑤② Rapports d'activité des CSST, années 1999 et 2000
- ⑤③ Rapports annuels d'activité de l'Administration pénitentiaire, 1999 et 2000
- ⑤④ Rapport public particulier de la Cour des comptes, *Le dispositif de lutte contre la toxicomanie*, 1998
- ⑤⑤ Rapports d'activité de la douane en 2002 et 2003
- ⑤⑥ DREES – Groupe français d'épidémiologie psychiatrique, 2002
- ⑤⑦ Rapport de la mission santé-justice, 2001
- ⑤⑧ Rapports d'activité de la cellule TRACFIN, 1998, 1999, 2000 et 2001
- ⑤⑨ Rapports d'activité de la MNCPC, 1998, 1999, 2000 et 2001
- ⑤⑩ Rapport d'évaluation des Unités pour sortants, OFDT/Prudhomme (J.) et al.
- ⑤⑪ Enquête DREES sur la santé en prison en 1998
- ⑤⑫ Enquête DGS/SESI sur la santé des entrants en prison en 1997

<i>Liste des sigles</i>	337
<i>Dispositifs de coordination locale animés par les chefs de projet « drogues et dépendances »</i>	343
<i>Principaux résultats des évaluations spécifiques conduites dans le cadre de la démarche d'évaluation de l'OFDT</i>	352
<i>Liste des tableaux et figures</i>	377

LISTE DES SIGLES

2C-B	4-bromo-2,5-diméthoxyphénéthylamine
4-MTA	4-méthylthioamphétamine
AAMI	Assistance administrative mutuelle internationale
AFR	Association française de réduction des risques
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AMM	Autorisation de mise sur le marché
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ANIT	Association nationale des intervenants en toxicomanie
ANPA	Association nationale de prévention de l'alcoolisme
ANRS	Agence nationale de la recherche sur le Sida
APMMP	Association pour la Promotion de la médecine en milieu pénitentiaire
APPRE	Actions et programmes de prévention - recensement
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ATC	Action thématique concertée
BHD	Buprénorphine haut dosage
BLP	Bureaux de liaison permanents
BO	Bulletin officiel
CCAA	Centres de cure ambulatoire en alcoologie (ex-CHAA)
CCPD	Comités communaux de prévention de la délinquance
CDO	Convention départementale d'objectifs
CDPA	Comité départemental de prévention de l'alcoolisme
CEA	Conduite en état alcoolique
CEI	Communauté des états indépendants
CEIP	Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance
CEL	Contrat éducatif local
CESAMES	Centre de recherche psychotropes, santé mentale et société (CNRS Paris V) (ex-GDR)

CESC	Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté	DES	Diplôme d'études spécialisées
CESDIP	Centre de recherches sociologiques sur le droit et les institutions pénales	DESC	Diplôme d'études spécialisées complémentaires
CFES	Comité français pour l'éducation à la santé (nouvellement INPES)	DESCO	Direction de l'enseignement scolaire
CHAA	Centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie (cf. CCAA)	DG SANCO	Direction générale de la santé et de la protection des consommateurs
CHRS	Centres d'hébergement et de réinsertion sociale	DGAS	Direction générale de l'action sociale
CHRU	Centre hospitalier régional universitaire	DGDDI	Direction générale des douanes et droits indirects
CHU	Centre hospitalier universitaire	DGS	Direction générale de la santé
CIRDD	Centre d'information et de ressources sur les drogues et les dépendances	DGS-SD6A	Direction générale de la santé - Sous-direction santé et société - Lutte contre le VIH (ex-SP2)
CJN	Casier judiciaire national	DGS-SD6B	Direction générale de la santé - Sous-direction santé et société - Pratiques addictives (ex-SP3)
CLS	Contrat local de sécurité	DH	Direction des hôpitaux (cf. DHOS)
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés	DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (ex-DH)
CNIL	Commission nationale informatique et libertés	DHOS-O2	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins - Organisation de l'offre régionale de soins et des populations spécifiques (ex-DH-EO2)
CNR	Coordination nationale des réseaux	DIS	Drogues infos service (nouvellement DATIS)
CNRS	Centre national de la recherche scientifique	DIV	Délégation interministérielle à la ville
COSAS	Comité d'orientation et de suivi de l'accessibilité de seringues	DNRED	Direction nationale des recherches et des enquêtes douanières
CPDD	Chef de projet « drogues et dépendances »	DPJJ	Direction de la protection judiciaire de la jeunesse
CREDES	Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé	DRAMES	Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances
CRIPS	Centre régional d'information et de prévention sur le Sida	DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (ex-SESI)
CSAPA	Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie	DRIRE	Direction régionale de l'industrie de la recherche et de l'environnement.
CSST	Centre spécialisé de soins pour toxicomanes	ECIMUD	Équipe de coordination et d'intervention médicale auprès des usagers de drogues
DACG	Direction des affaires criminelles et des grâces	ELP	Équipe de liaison psychiatrique
DAGE	Direction de l'administration générale et de l'équipement	EPL	Établissements publics locaux d'enseignement
DAP	Direction de l'administration pénitentiaire	EPST	Établissement public à caractère scientifique et technologique
DATIS	Drogues alcool tabac info service (ex-DIS)	EROPP	Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes
DCPJ	Direction centrale de la police judiciaire	ESCAPAD	Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales	ESPAD	European School survey Project on Alcohol and other Drugs
DDJS	Direction départementale de la jeunesse et des sports		
DEA	Diplôme d'études approfondies		
DEA	Drug Enforcement Administration		
DEFIS	Douane et entreprise face au trafic illicite de stupéfiants		

ETP	Équivalent temps plein	MEDA	Programme de coopération douanière associant les 15 États membres de l'Union et 12 pays partenaires des rives sud et est de la Méditerranée (Algérie, Chypre, Égypte, Israël, Jordanie, Liban, Malte, Maroc, Syrie, Tunisie, Turquie, Autorité palestinienne)
EVAL	Bureau d'études évaluation médicale, médico-sociale, santé publique	MENRT	Ministère de l'Éducation nationale, de la Recherche et de la Technologie
FNAILS	Fichier national des auteurs d'infractions à la législation sur les stupéfiants	MFAM	Mutualité française Alpes-Maritimes
FND	Fichier national des détenus	MILD'T	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
FNID	Fichier national des infractions douanières	MNCPC	Mission nationale de contrôle des précurseurs chimiques
FSE	Fonds social européen	MSU	Mission scientifique universitaire (commune aux ministères de l'Enseignement supérieur et de la Recherche)
GAIFI	Groupe d'action financière internationale	NOR	Système normalisé de numérotation des textes officiels publics
GAPP	Groupe d'analyse des politiques publiques (CNRS)	NRE	Nouvelles régulations économiques (loi NRE : loi du 15 mai 2001)
GDR	Groupement de recherche psychotropes politique et société (CNRS) (cf. CESAMES)	OCRGDF	Office central pour la répression de la grande délinquance financière
GHB	Gamma-hydroxybutyrate	OCRTIS	Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants
GHD	Groupe Horizontal Drogues	OEDT	Observatoire européen des drogues et des toxicomanies
GIP	Groupement d'intérêt public	OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
GIP-Justice	Groupement d'intérêt public – Justice	OICS	Organe international de contrôle des stupéfiants
GIR	Groupement d'intervention régional	OMS	Organisation mondiale de la santé
IDF	Ile-de-France	ONDAM	Objectif national de dépenses de l'assurance maladie
IHESI	Institut des hautes études de la sécurité intérieure	OPPIDUM	Observation des produits psychotropes ou détournés de leur utilisation médicamenteuse
ILIAD	Indicateurs locaux pour l'information sur les addictions	PACA	Provence-Alpes-Côte d'Azur
ILS	Infraction à la législation sur les stupéfiants	PAEJ	Points d'accueil et d'écoute jeunes
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (ex-CFES)	PASS	Permanences d'accès aux soins de santé
INRA	Institut national de recherche agronomique	PDI	Programme départemental d'insertion
INRETS	Institut national de recherche et d'étude sur les transports et la sécurité	PDP	Programme départemental de prévention
INRP	Institut national de la recherche pédagogique	PDSR	Politique départementale pour la sécurité routière
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale	PECO	Pays de l'Europe centrale et orientale
INTERPOL	Organisation internationale de la police criminelle (également OIPC)	PES	Programme d'échange de seringues
InVS	Institut de veille sanitaire (ex-RNSP)	PNUCID	Programme des Nations unies pour le contrôle international des drogues
IREB	Institut de recherches scientifiques sur les boissons	PRAPS	Programme d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité
IREMA	Institut de recherche et d'enseignement des maladies addictives	PRS	Programme régional de santé
IT	Injonction thérapeutique	RASCAS	Réflexions sur les aspects communs et les aspects spécifiques
JO	Journal officiel		
MDM	Médecins du Monde		
MDMA	Méthylène-dioxy-3,4-méthamphétamine		

	aux conduites addictives
RMI	Revenu minimum d'insertion
RRD	Réduction des risques et des dommages
SAMU	Service d'assistance médicale d'urgence
SDSED	Sous-direction de la statistique, des études et de la documentation
SESI	Service des statistiques, des études et des systèmes d'information (cf. DREES)
SIAMOIS	Système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection et à la substitution
SIDA	Syndrome immunodéficitaire acquis
SINTES	Système d'identification nationale des toxiques et des substances
SME	Sursis avec mise à l'épreuve
SMPR	Service médico-psychologique régional hospitalier
SPIP	Service pénitentiaire d'insertion et de probation
SRPJ	Service régional de police judiciaire
TGI	Tribunal de grande instance
TIG	Travail d'intérêt général
TLF	Fédération des entreprises de transport en logistique
TRAFCIN	Traitemen du renseignement et action contre les circuits financiers
TREND	Tendances récentes et nouvelles drogues
UCSA	Unité de consultations et de soins ambulatoires
UD	Usager de drogues
UDVI	Usager de drogues par voie intraveineuse
UE	Union européenne
UPS	Unités pour sortants
URCAM	Union régionale des caisses d'assurance-maladie
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

DISPOSITIFS DE COORDINATION LOCALE ANIMÉS PAR LES CHEFS DE PROJET « DROGUES ET DÉPENDANCES »

Dans un souci de lisibilité, les auteurs du rapport ont fait le choix d'intégrer le descriptif des dispositifs de lutte contre les drogues dans le corps du rapport, de manière à faciliter la compréhension des dynamiques en cours.

Toutefois, il est apparu pertinent d'évoquer de façon plus approfondie (que dans le chapitre 3 par exemple) le dispositif particulier des chefs de projet « drogues et dépendances », acteurs directs de la mise en application du plan gouvernemental au plan départemental.

DISPOSITIFS DE COORDINATION LOCALE ANIMÉS PAR LES CHEFS DE PROJET « DROGUES ET DÉPENDANCES »

Le plan gouvernemental 1999-2002 marquait un tournant dans la politique de lutte contre la drogue de par certains de ses particularismes qui devaient s'incarner tant au plan national que local : l'intégration de plusieurs concepts nouveaux de réponse publique – tels l'approche globale de prévention, le repérage précoce des usages abusifs, l'idée de développer une culture commune – et la volonté de favoriser une approche interministérielle dans le traitement de certaines problématiques, comme la formation et le traitement pénal des usagers de drogues. Pour accompagner ce nouveau discours et assurer la mise en œuvre des moyens porteurs des changements attendus, le plan gouvernemental faisait valoir le besoin d'une coordination locale forte et, dans cet esprit, annonçait le renforcement du dispositif des chefs de projet mis en place par la circulaire du 9 juillet 1996. Ainsi les rôles et missions des chefs de projet « drogues et dépendances » ont-ils été redéfinis par la circulaire du Premier ministre du 13 septembre 1999, même si le caractère effectif des orientations fixées par ladite circulaire peut être discuté au terme de la présente évaluation (cf. « Pour préparer l'évaluation du prochain plan »).

Nommés par les préfets et choisis parmi les membres du corps préfectoral (directeur de cabinet, sous-préfet ville) ou les chefs de services déconcentrés, les chefs de projet assurent l'animation de la politique de lutte contre les drogues dans le département. Loin de se substituer aux administrations déconcentrées, ils définissent, en collaboration avec elles, un cadre de coordination des différentes actions qui détermine leur financement. La concertation a lieu au sein du comité de pilotage départemental, instance qui rassemble les autorités judiciaires et les collecti-

vités territoriales engagées dans des actions d'information, de prévention, de réduction des risques ou d'insertion. Les principaux objectifs assignés aux chefs de projet par les divers textes-cadres (circulaire de 1999, plan triennal et notes d'application postérieures) sont les suivants¹ :

- établir l'état des lieux des actions, services et structures existants, dans tous les domaines de la lutte contre les drogues et tenir un tableau de bord des données sur les différentes actions concourant aux politiques menées ;
- veiller avec le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et le directeur régional des affaires sanitaires et sociales à l'implication des établissements de santé dans les dispositifs de soins aux personnes concernées ;
- plus particulièrement, préparer les conventions départementales d'objectifs « justice-santé » avec les autorités judiciaires, les services départementaux du ministère de la Justice et la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales ;
- élaborer un programme départemental de prévention en veillant à l'articulation de ses orientations avec la politique de la ville et le plan départemental d'actions de sécurité routière ;
- diffuser les informations et les documents transmis par la MILD'T auprès de leurs partenaires institutionnels et associatifs ; veiller à l'harmonisation des actions de communication locale avec le programme national de communication ;
- organiser des formations prenant en compte les connaissances scientifiques validées et offrant aux participants une visibilité sur les diverses réponses publiques assurées par tous les secteurs concernés par la problématique des drogues.

D'autres domaines pointés par la circulaire de 1999 ont fait l'objet d'un investissement plus marginal : la question de l'usage de produits dopants et de substances psychoactives en milieu sportif, l'évaluation des actions et des projets.

En fonction de ces axes, les chefs de projet ont préparé les propositions de financement d'actions, sur les crédits déconcentrés par la MILD'T à cet effet, en tenant compte des crédits délégués par les différents ministères.

Les moyens humains et organisationnels

Les chefs de projet sont tenus de produire un rapport annuel global de la politique départementale de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances menée dans leur département et de le présenter au comité de pilotage. À partir des rapports-types réalisés pour 2000 et 2001, les informations fournies, respectivement par 83 et 70 chefs de projet, offrent une description, non exhaustive mais néanmoins assez précise, des aspects pratiques du dispositif, pour ces deux années. Les données présentées dans cette section font référence à ces deux sous-groupes.

1. Selon l'annexe 3 de la circulaire du 13 septembre 1999.

Profil des chefs de projet

Les chefs de projet « drogues et dépendances » sont presque exclusivement membres du corps préfectoral ou représentants des directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS). Les seconds sont sensiblement mieux représentés puisqu'ils étaient 58 % contre 37 % de représentants préfectoraux en 2000 et respectivement, 55 % contre 40 % en 2001²⁰. De façon quasi exceptionnelle, d'autres administrations sont représentées à ce poste : la Direction départementale de la jeunesse et des sports (DDJS), la Direction départementale de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ). Quelle que soit l'administration de rattachement, un peu plus des deux tiers relèvent d'un niveau décisionnel élevé (généralement des directeurs ou des préfets) ; l'autre tiers est constitué de médecins inspecteurs des affaires sanitaires et sociales.

Répartition et profil des collaborateurs des chefs de projet

Les trois quarts des chefs de projet ont déclaré être secondés par un adjoint en 2000 et 2001. La dernière année, ils sont proportionnellement plus souvent dotés d'un adjoint quand ils relèvent de la préfecture (83 % bénéficient d'un collaborateur contre 73 % parmi les chefs de projet relevant de la DDASS). Quoi qu'il en soit, ce collaborateur dépend de la DDASS dans la majorité des cas (82 %) : ainsi, en 2001, un tiers des chefs de projet a un adjoint qui relève d'une administration différente. La même année, 7 chefs de projet sur 10 ont un secrétariat affecté à cette mission quand ils étaient 74 % en 2000.

Temps consacré à la mission toxicomanie par le chef de projet et ses collaborateurs

En 2001, environ 70 % des chefs de projet ont fourni une estimation du temps qu'ils consacrent à leur mission. Parmi eux, rares sont ceux qui exercent leur fonction ne serait-ce qu'à mi-temps, et cette situation semble aller en se dégradant : à titre d'exemple, alors qu'ils étaient 11 à assurer ce poste à temps plein en 2000, ils ne sont plus que 3 en 2001. De plus, 54 % des chefs de projet (quelle que soit leur administration de rattachement) exercent cette mission pendant une durée inférieure à un quart de leur temps de travail. Ils sont une fraction importante (20 % en 2001) à déléguer l'essentiel de cette tâche à leur adjoint, assez souvent secondé d'une secrétaire. Enfin, quelques chefs de projet (4 en 2001) indiquent que seule leur secrétaire occupe un minimum de temps à cette tâche. En résumé, ils consacrent en moyenne 0,20 ETP (équivalents temps plein) à leur mission en 2001, contre 0,26 ETP en 2000.

Devant cet état de fait, il paraît pertinent de s'interroger à la fois sur le temps de travail assuré par le chef de projet et sur celui cumulé par l'équipe réunie autour de lui.

En 2001, parmi les chefs de projet ayant un adjoint, les trois quarts sont en mesure d'estimer le temps que ce collaborateur consacre au domaine « drogues et dépendances » : il est de 0,43 ETP en moyenne. Entre 2000 et 2001, le nombre de ces adjoints qui assurent un temps plein a chuté de 22 à 4. Parallèlement, en 2001, seuls 4 postes de secrétaires à temps plein sont identifiés pour cette fonction, contre 15 en 2000. Pour l'ensemble des secrétaires, cette activité spécifique représente 0,32 ETP en moyenne. Le détail du temps de travail assuré à ces différents postes, y compris celui de chef de projet, est présenté dans le tableau 1.

Tableau 1 - Répartition des chefs de projet, des adjoints de chefs de projet et des secrétaires en fonction des temps du travail réalisé, dans les 70 départements pour lesquels on dispose d'un rapport d'activité 2001

	Effectif	Quart temps ou moins	De plus d'un quart temps à un mi-temps	De plus d'un mi-temps à temps plein	Non-réponse	Temps moyen
Chefs de projet	70	49 dont 8 ne déclarent réaliser aucun ETP pour cette mission	6 dont 2 mi-temps	3 temps pleins	12	0,20 ETP
Adjoints	52	21	12 dont 5 mi-temps	10 dont 2 temps pleins et 2 cas où plus d'1 temps plein est rapporté	9	0,43 ETP
Secrétaires	48	24	9 dont 6 mi-temps	7 dont 4 temps pleins	8	0,32 ETP

Source : Rapports d'activité des chefs de projet « drogues et dépendances », 2001, OFDT

Les chefs de projet qui ont un adjoint (soit les trois quarts) cumulent avec ce collaborateur un peu plus d'un mi-temps (0,59 ETP) en moyenne. Parmi eux, la plupart (73 %) disposent également d'un secrétariat spécifique. Parmi les 70 départements qui ont réalisé un rapport d'activité pour l'année 2001, la désignation à la fois d'un adjoint et d'une secrétaire pour assister le chef de projet dans sa tâche demeure le cas de figure le plus fréquent puisqu'il concerne 41 % des cas (*cf. tableau infra*).

Tableau 2 - Configuration des équipes « chef de projet - adjoints - secrétaires » pour la mission « drogues et dépendances » dans les 70 départements pour lesquels on dispose d'un rapport d'activité pour l'année 2001 (12 non-réponses)

	Cas où le chef de projet déclare réaliser un certain nombre d'ETP pour cette mission				Cas où le chef de projet ne déclare aucun ETP le concernant pour cette mission		
	CPDD	CPDD	CPDD	CPDD	(CPDD)	(CPDD)	(CPDD)
	Adjoint	Adjoint	/	/	Adjoint	Adjoint	/
	Secrétaire	/	Secrétaire	/	Secrétaire	/	Secrétaire
Nombre de départements	29	9	5	7	3	2	3
(1) Moyenne des ETP des CPDD	0,18	0,13	0,28	0,29	0	0	0
(2) Moyenne des ETP cumulés par les CPDD et leurs adjoints	0,60	0,59	0,28	0,29	0,77	0,15	/
(1) / (2) : Part du temps de travail assurée par le chef de projet (%)	30	22	100	100	0	0	/

Source : Rapports d'activité des chefs de projet « drogues et dépendances » en 2001, OFDT

Devant ces constats, on est en droit de s'interroger sur la gestion conflictuelle du temps de travail consacré d'une part à leur fonction propre et d'autre part à leur mission de coordination au titre de leur fonction de chefs de projet « drogues et dépendances ». Leur disponibilité réduite et le manque de moyens humains sont les principaux obstacles dénoncés par les chefs de projet pour la bonne réalisation de leur mission. Ils déplorent également que cette fonction soit l'objet d'un important *turn-over*. En décembre 2001, les 53 chefs de projet qui ont précisé la date de leur lettre de mission exerçaient cette fonction depuis 2 ans et 4 mois en moyenne. Parmi eux, 23 (43 %) assuraient ce poste depuis 1999 ou une date antérieure, 20 (38 %) n'étaient entrés en fonction qu'en 2000 et 9 (17 %) en 2001.

Le comité de pilotage

Le lieu principal d'animation de la politique est le comité de pilotage de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances. Les administrations départementales de l'État et les autorités judiciaires en sont les principales institutions constitutives. Dans les 60 départements pour lesquels on dispose de l'information,

en 2001, chacune de ces catégories était représentée dans 91 % des comités de pilotage. Viennent ensuite les collectivités territoriales (74 %) et les associations (63 %). Les organismes de protection sociale sont moins souvent représentés (47 %) ainsi que les établissements de santé (40 %). Le tableau 3 fournit le détail des participations.

Tableau 3 - Institutions constitutives des comités de pilotage de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances

Type d'institutions ou de fonction		Nombre de comités de pilotage ayant une représentation des services indiqués	Pourcentage par rapport aux 70 départements répondants	Degré d'implication moyen
Services de l'État				
(non-réponses = 4 %) (*)	Police ou gendarmerie	53	76 %	De bon à plutôt bon
	Éducation nationale	61	87 %	
	Jeunesse et Sport	58	83 %	
	Santé	49	70 %	
	Administration pénitentiaire	46	66 %	
	Douanes	40	57 %	
	Préfecture/sous préfecture	39	56 %	
	Protection judiciaire de la jeunesse	39	56 %	
	Ministère de l'Emploi/ DDTEFP	23	33 %	
	Sous-préfet ville	10	14 %	
	Autres (**)	13	19 %	
 Autorités judiciaires (non-réponses = 10 %) (*)				
	Parquet	38	54 %	De bon à plutôt bon
	TGI	31	44 %	

Collectivités territoriales (non-réponses = 24 %) (*)	Conseil général et communes	25	36 %	De plutôt bon à plutôt moyen
	Conseil général seul	16	23 %	
	Communes seules	5	7 %	
	Autres combinaisons	4	6 %	
 Organismes de protection sociale (non-réponses = 53 %) (*)				
	Assurance maladie	31	44 %	Plutôt bon
	Mutuelles	15	21 %	
 Établissements de santé (non-réponses = 63 %) (*)				
	Centres hospitaliers (dont CHU et CHRU)	20	29 %	De bon à plutôt bon
	Centres hospitaliers spécialisés	8	11 %	
	Autres établissements de santé (***)	3	4 %	
 Associations (non-réponses = 37 %) (*)				
		44	63 %	De bon à plutôt bon
 Autres institutions (non-réponses = 80 %) (*)				
		14	20 %	De bon à plutôt bon
 Absence de comité de pilotage				
		3	4 %	

(*) Ces non-réponses recoupent les 4 % de départements de l'échantillon n'ayant pas de comité de pilotage (cf. dernière ligne du tableau).

(**) Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) ; Agriculture et forêts (DRAF) ; Affaires maritimes ; Service départemental d'incendie et de secours ; Direction des services fiscaux ; Délégation régionale de la politique de la ville.

(***) Service d'aide médicale urgente (SAMU) ; Service médico-psychiatrique régional (SMPR) et autres.

Source : Rapports d'activité des chefs de projet « drogues et dépendances » en 2001, OFDT

Les services de l'État sont généralement privilégiés dans leur totalité, mais trois d'entre eux sont quasi incontournables : ceux de l'Éducation nationale (87 %), de la Jeunesse et des Sports (83 %) et de la police ou de la gendarmerie (76 %). Présidée par le préfet assisté du chef de projet, cette instance doit se réunir chaque trimestre², mais, en 2001, seule une minorité de départements (14) a organisé les 4 réunions prévues du comité de pilotage. La plupart du temps, cette instance s'est réunie deux à trois fois dans l'année (28 départements), une seule fois (21), voire jamais (5) ; cette information est inconnue pour les 36 autres départements.

Toutefois, les chefs de projet sont pour la plupart plutôt satisfaits de la participation de leurs partenaires institutionnels dans le cadre du comité de pilotage (*cf. figure infra*).

Les groupes de travail spécifiques

Le comité de pilotage n'est pas la seule instance de réflexion à intervenir au plan départemental. Assez fréquemment (dans un cas sur deux), le « travail de fond » préparatoire des grands axes de la politique départementale est mené au sein de groupes techniques ou thématiques, réunissant un ensemble d'acteurs et d'experts plus large que le comité de pilotage.

Il apparaît que 52 chefs de projet ont organisé au moins un groupe de travail dans le cadre de leurs fonctions. Parmi eux, 41 ont organisé 2 groupes de travail et 27 de 3 à 4.

Les principales thématiques traitées par ces groupes de travail sont la prévention, l'articulation santé-justice, la coordination départementale des actions et le dispositif de santé (*cf. tableau 4*). La communication, le suivi des politiques ou l'évaluation, le réseau entre centres de soins liés aux diverses addictions et enfin l'application de la loi, constituent un second ensemble de sujets traités par ces groupes de travail. Le plus souvent, ces groupes sont caractérisés par une forte interdisciplinarité et ont tenu plusieurs séances : un tiers s'est réuni de deux à trois fois et près de la moitié plus de trois fois.

Tableau 4 - Thèmes et fréquence des groupes de travail organisés dans le cadre de la lutte contre les drogues et la prévention des dépendances

Thématiques des groupes techniques (sous thématiques et leur fréquence)	Fréquence
Prévention [dont prévention en milieu scolaire (4), en milieu festif (4), hors milieu scolaire (2), en milieu professionnel (2), pour les jeunes en milieu sportif (1)]	44
Prise en charge sociosanitaire des usagers sous main de justice [dont 12 thématiques spécifiquement CDO (12)]	24
Coordination [dont comité restreint ou bureau technique (2), programme départemental de prévention (1), expertise de projet (3), cohérence des actions (2)] dont 3 thématiques spécifiques au financement des actions (programmation et mutualisation des crédits)	18
Prise en charge sociosanitaire (dont 1 groupe sur la substitution)	12
Formation	12
Communication	6
Suivi des politiques ou évaluation [dont tableau de bord (2) et état des lieux (1)]	6
Réseau des centres addictions	5
Application de la loi	5
Réduction des risques	3
Alcool	3
CIRDD (*)	3
Tabac	2
Observation	2
Autre (**)	15

(*) Centres ressource d'information et de recherche sur les drogues et les dépendances ;

(**) Thématiques citées une unique fois : Parents d'usagers, médecine libérale, médecine hospitalière, principes de référence, approche territoriale (par pays), données épidémiologiques, saisonniers, contrat de ville.

Source : Rapports d'activité des chefs de projet « drogues et dépendances » en 2001, OFDT

PRINCIPAUX RÉSULTATS DES ÉVALUATIONS SPÉCIFIQUES CONDUITES DANS LE CADRE DE LA DÉMARCHE D'ÉVALUATION DE L'OFDT

Cette annexe présente, sous forme de tableaux, une synthèse de principales conclusions et recommandations issues des cinq évaluations spécifiques sous la responsabilité de l'OFDT dans le cadre du mandat d'évaluation adopté le 26 septembre 2000 :

- Évaluation du programme de réduction des risques et de médiation sociale dans le 18^e arrondissement de Paris. Cette évaluation porte sur un dispositif de médiation sociale et de réduction des risques qui a un double objectif : d'abord, de mieux faire accepter les structures de réduction de « première ligne » implantées dans des quartiers particulièrement difficiles et très exposés aux problèmes des drogues et de précarité ; en second lieu d'améliorer la situation sociosanitaire des usagers des drogues. Les résultats portent sur l'organisation du dispositif, sur le degré d'atteinte des deux objectifs, sur leur intégration, ainsi que sur les perspectives et les problèmes soulevés par cette expérience originale. Le rapport réalisé par ACT-Consultants a été validé en novembre 2001.
- Évaluation du volet formation. Cette évaluation porte sur la mise en œuvre de l'objectif du plan visant l'actualisation et l'harmonisation des connaissances de tous les professionnels susceptibles d'être concernés par la lutte contre les drogues. Le rapport final comportant une analyse du dispositif, des conclusions et des recommandations a été rendu par le cabinet C3E déposé en juin 2002.
- Évaluation des programmes départementaux de prévention. L'objectif de cette évaluation est de mettre en évidence les éléments clés de succès pour l'élaboration et la mise en place dans des programmes départementaux de prévention ainsi que les bases d'une coordination nationale optimum pour la mise en œuvre de ces programmes déconcentrés. Le rapport final comportant une analyse du dispositif, des conclusions et des recommandations a été livré en juin 2002 par EVALUA.
- Évaluation des programmes justice-santé (CDO). Cette évaluation porte sur le dispositif interministériel de coordination entre l'action judiciaire et l'action sanitaire dédié à la prise en charge des personnes sous la main de justice qui rencontrent des problèmes d'abus et de dépendance aux substances psychoactives. Le rapport final comportant une analyse du dispositif, des conclusions et des recommandations a été rendu par l'équipe d'évaluation ACADIE en juillet 2002.

■ Évaluation du rapprochement de structures spécialisées pour une prise en charge globale des addictions. Une étude menée par la DGS et l'OFDT afin d'identifier les expériences de rapprochement existantes dans le cadre des orientations de 1999-2001 avait mis en évidence la nécessité d'approfondir la pertinence de ces rapprochements, du point de vue de l'organisation de l'offre de prise en charge déjà existante dans le département et aussi, des besoins de la population concernée. Cette évaluation a été confiée à Cemka-Eval. Elle a visé à évaluer la mise en œuvre de rapprochements à l'échelle du territoire afin de contribuer à définir de nouveaux modes d'organisation de prise en charge des conduites addictives. Le rapport final, qui comporte un descriptif des expériences examinées ainsi que les réponses de Cemka-Eval aux questions d'évaluation et les conclusions et recommandations de l'étude, a été validé en avril 2003.

Pour en savoir plus

FAYMAN (S.), SALOMON (C.), FOUILAND (P.), *Évaluation du programme de réduction des risques et de médiation sociale dans le 18^e arrondissement de Paris*, Paris, OFDT, 2003, 106 p.

LEFEBVRE-NARÉ (F.), DEVAUGERME (F.), LIORET (C.), *Évaluation des programmes de prévention - Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2002)*, Paris, OFDT, 2003, 120 p.

SANNINO (N.), DUBURCQ (A.), *Évaluation du rapprochement de structures spécialisées pour une prise en charge globale des addictions - Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2002)*, Paris, OFDT, 2003, 88 p.

TOULEMONDE (J.), BOGGIO (Y.), SUBILEAU (N.), DESJONQUIÈRES (T.), FLOIRAC (E.), *Évaluation du volet formation - Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2002)*, Paris, OFDT, 2003, 112 p.

GORGON (C.), AUDEBRAND (E.), MOUHANNA (C.), *Evaluation des programmes justice-santé (CDO) - Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2002)*, Paris, OFDT, 2003, 152 p.

Évaluation du programme de réduction des risques et de médiation sociale dans le 18^e arrondissement de Paris

	Points forts	Points faibles
<p>Question d'évaluation :</p> <p><i>Dans quelle mesure le programme a t-il contribué à renforcer la coordination entre les intervenants institutionnels (mairies, police, justice, santé, ville) ?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'instances décisionnelles : <ul style="list-style-type: none"> 1) Externe au programme : Comité de suivi et de concertation comme lieu d'échange et de débats, ayant pour fonction d'élaborer les grands axes des politiques des drogues dans l'arrondissement (associations du programme + non-partenaires) ; 2) Interne au programme : Comité de pilotage du programme (transversal) présidé par la DDASS-75, Comité technique du programme (aspects opérationnels) remplacé par un directeur à la fin de la période expérimentale et un conseil d'administration pluraliste : associations professionnelles et d'habitants, professionnels hospitaliers et membres institutionnels de droit (élus 18^e et représentants de la ville de Paris) : - Montage d'actions en partenariat avec les différents services juridiques, de santé, de police, d'éducation, de logement, d'insertion professionnelle et d'animation. 	<ul style="list-style-type: none"> - Police et justice peu associées au pilotage du programme, le dispositif a légitimé les échanges de points de vue, mais il n'est pas certain que le processus entamé puisse s'approfondir (police et justice profondément attachés à la répression du trafic et à l'injonction thérapeutique).
<p>Question d'évaluation :</p> <p><i>Dans quelle mesure le programme a t-il contribué à réduire les nuisances par la médiation sociale auprès des riverains ?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - La création du programme a suscité des demandes d'intervention qui seraient probablement restées inexprimées s'il n'existe pas : 2/3 des sondés considèrent utile un service de médiation dans le quartier. - Résolution de difficultés ponctuelles des riverains : interpellation et rapprochement de différentes institutions et collectivités à partir d'un contact direct (réussite pour plus de la moitié de situations traitées) par exemple, avec les services compétents si le dialogue n'a pas suffit à faire cesser la nuisance. - Première expérience qui a permis de poser les fondements des actions futures de médiation : typologie de plaintes, profil des habitants, solutions à envisager. 	<ul style="list-style-type: none"> - Faible visibilité du programme (seulement 2 personnes sur 10 ont entendu parler du programme et parmi eux 80 % ne connaissent pas précisément son activité) - Faible impact sur la réduction de nuisances dans sa globalité : seulement 1 sur 4 pensent que la situation s'est améliorée.
<p>Question d'évaluation :</p> <p><i>Dans quelle mesure le programme a t-il contribué à améliorer l'accès aux structures d'accueil, aux soins et aux droits sociaux ?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Début d'une approche RRD auprès des pharmaciens pour favoriser la délivrance de matériel d'injection stérile. - De « nouveaux contacts » (« travail de rue » complémentaire) qui ont permis l'accompagnement vers les structures et début de contact avec les prostituées (méconnaissance des usagers vis-à-vis des risques encourus, absence de suivi médical et davantage encore des femmes enceintes). 	<ul style="list-style-type: none"> - Accès difficile aux pharmacies (seulement 1/3 délivrent des seringues et 2/3 dissuadent les UD de venir). - Échec de collaboration avec ELP et ampleur des problèmes d'ordre psychiatrique rencontrés dans l'exercice de la mission.

(Suite du tableau précédent)	Points forts	Points faibles
<p>Question d'évaluation : <i>Dans quelle mesure le programme a t-il contribué à améliorer l'accès aux structures d'accueil, aux soins et aux droits sociaux ?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prise de conscience qu'il faut que les UD s'impliquent eux-mêmes dans la revendication de leurs droits sociaux (ignorance des usagers vis-à-vis de leurs droits sociaux). - Approfondissement de relations entre les structures membres du programme (4 structures d'accueil et de soins). - Accès en urgence amélioré grâce au travail de relais des premières lignes vers les ECIMUD et à l'action de certains médecins de ces équipes. - Approfondissement de relations entre le personnel du programme et les ECIMUD. - Constructions importantes et précieuses qui devraient permettre à l'avenir d'avancer avec une structure de coordination plus stable : par exemple, la production de multiples éléments de connaissance communs désormais partagés par de nombreux intervenants dans le quartier (les fiches de repérage du profil des usagers, des situations critiques dans certains immeubles, certaines rues et espaces publics, des enquêtes auprès de médecins, pharmaciens, habitants). 	

	Facteurs de réussite	Freins
<p>Question d'évaluation : <i>Dans quelle mesure le programme a t-il contribué à renforcer la coordination entre les intervenants institutionnels (mairies, police, justice, santé, ville) ?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Posture systématique de coopération adoptée par les membres de l'équipe. - Coopération active de la mairie du 18^e arrondissement de Paris. 	<ul style="list-style-type: none"> - Coexistence de politiques publiques manquant d'harmonisation. - Impasse dans laquelle se trouve le personnel du programme vis-à-vis des usagers demandeurs de post-cures, de logement ou de travail. - Absence d'intervention radicale pour la transformation d'un contexte générateur de conduites à risques, action limitée à une présence policière renforcée mais d'efficacité contestée (arrestations qui ne servent pas à démanteler les réseaux de trafic, pas dissuasives).
<p>Question d'évaluation : <i>Dans quelle mesure le programme a t-il contribué à réduire les nuisances par la médiation sociale auprès des riverains ?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilité des premières lignes qui sont allées au devant des habitants, gardiens d'immeubles, partenaires professionnels et commerçants. - Prise de conscience de la part des gardiens d'immeuble de l'importance de ne pas monter habitants et UD les uns contre les autres. 	<ul style="list-style-type: none"> - Montage du programme réalisé à la hâte, précipitation et incohérence lors du lancement de l'opération : insuffisance de temps consacré à la réflexion sur les objectifs du dispositif expérimental, sur la nature de la médiation et son avenir.

(Suite du tableau précédent)	Facteurs de réussite	Freins
<p>Question d'évaluation :</p> <p>Dans quelle mesure le programme a t-il contribué à réduire les nuisances par la médiation sociale auprès des riverains ?</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Opposition de certains riverains et associations à l'ensemble du programme ou absence de conviction que les interventions de rue puissent résoudre un problème bien plus global lié à la précarité économique, à des quartiers dégradés... - « Premières lignes »/coordinateurs n'ont pas été préparés pour faire la médiation auprès des riverains. - Action peu gratifiante pour le personnel en raison de la répétition des situations difficiles auxquelles il a été confronté et aussi des tensions qui ont accompagné la phase expérimentale. - Méconnaissance généralisée parmi les habitants et certains services, des produits consommés et leurs effets.
<p>Question d'évaluation :</p> <p>Dans quelle mesure le programme a t-il contribué à améliorer l'accès aux structures d'accueil, aux soins et aux droits sociaux ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Apport essentiel des psychiatres comme intervenantes pour superviser et former les coordinateurs et les « premières lignes ». - Solutions conjoncturelles souvent trouvées mais qui dépendent de l'initiative personnelle de médecins et de leurs réseaux de relations. - Implication des dispositifs de liaison dans les débats et les réunions de pilotage du programme (ECIMUD de Bichat et de Lariboisière) et des chefs de services. 	<ul style="list-style-type: none"> - Discrimination manifeste à l'égard des UD dans l'accueil et la prise en charge hospitaliers. - Jeunesse des ELP.

1 ^{re} finalité de l'évaluation	Recommendations
Améliorer le programme pour renforcer son efficacité (vis-à-vis des 3 objectifs fixés)	<ul style="list-style-type: none"> - Diversifier le financement de l'action de l'association gérant le programme (levier pour harmoniser les politiques publiques). - Consolider le relais des politiques publiques : administration de santé, politique de la ville, police et justice. - Avoir l'appui d'un « groupe ressource ». - Réintroduire la présence d'un psychiatre : démarche de proximité en conservant des attaches hospitalières pour faciliter l'hospitalisation, reconnu par ses pairs et ayant des compétences dans la prise en charge de personnes dépendantes et marginalisées (recommandation qui n'a pas fait l'unanimité du comité de pilotage) - Développer la formation. - Renforcer le travail de proximité. - Renforcer le rôle des habitants dans le programme.
2 ^e finalité de l'évaluation	Précautions à prendre dans la reproduction
Préparer une éventuelle modélisation du programme	<ul style="list-style-type: none"> - Procéder à l'identification claire des finalités, des résultats escomptés et des moyens et garantir sa cohérence. - Construire soigneusement les profils de postes en fonction du diagnostic préalable. - Établir des règles claires au démarrage et les responsabilités de chacun dans la durée. - Prévoir une formation au démarrage. - Constituer un « groupe ressource » plus large que les seuls promoteurs, distinct du CA et pouvant être consulté régulièrement. - Définir soigneusement la composition du comité d'administration. - Définir des critères de qualité et élaborer des indicateurs d'évaluation. - Faire connaître l'action du programme au-delà de seuls bénéficiaires et partenaires.

Evaluation menée par ACT Consultants
Comité de pilotage animé par l'OFDT :
MILDT - DDASS75 - DGS - CPDD75
Période d'évaluation : septembre 2000-février 2002
Période d'observation : septembre 2000-juin 2001

Évaluation du volat formation

	Points forts	Points faibles
<p>Question d'évaluation :</p> <p>Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à assurer auprès de l'ensemble des professionnels des formations pluridisciplinaires intégrant la dimension « addictions » ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Appropriation des outils lors des formations passant par la hiérarchie des ministères et des chefs de projet « drogues et dépendances ». - Développement de l'offre de formations interprofessionnelles basées sur des contenus pluridisciplinaires. - Légitimation voire développement de pratiques de formation préexistantes conformes à l'esprit des formations « plan triennal ». - Les formations ont principalement concerné un public de formateurs et de personnes relais, premiers échelons pour une démultiplication des formations. 	<ul style="list-style-type: none"> - Des freinages institutionnels sont apparus et ont eu des conséquences lourdes lorsqu'ils concernaient un point de passage obligé dans une démarche descendante (chef de projet, directeur de service, etc.). - Le volume de personnels ayant bénéficié à ce jour de formations reste limité par rapport à l'objectif annoncé de formation de l'ensemble des acteurs.
	Facteurs de réussite	Freins

	Points forts	Points faibles
<p>Question d'évaluation :</p> <p>Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à améliorer les compétences des professionnels ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les échanges interprofessionnels (avec les formateurs et les autres participants) permis par les formations interdisciplinaires sont le point fort des formations. Les échanges les plus appréciés interviennent avec ceux qui travaillent dans des domaines différents. - Renforcement des réseaux professionnels à travers les échanges avec les formateurs et les autres participants. - Évolution du discours sur la drogue et les dépendances - en particulier parmi les institutions « répressives ». - Perspectives d'application des formations : plus d'un tiers des participants (35 %) déclare avoir changé assez fortement sa façon de travailler au quotidien ou avoir l'intention de le faire. - Perspectives de lancement de projets : un peu plus de la moitié des participants (56 %) déclare avoir lancé ou mené des projets (intégrant les acquis) à la suite de la formation ou avoir l'intention de le faire, y compris pour plusieurs projets (31 %). 	<ul style="list-style-type: none"> - Les effets des formations en termes d'apports de connaissances sont peu visibles (ce qui peut être lié au fait que les deux tiers des participants interrogés avaient déjà bénéficié de formations et que l'évaluation ne prévoyait pas d'outils de mesure des acquis). - Impression de ne pas pouvoir traduire la formation dans la pratique professionnelle. On constate une situation contrastée où la moitié des participants regrette d'avoir pas eu une formation suffisamment concrète qui apporte des solutions à certains de leurs problèmes concrets (qui pourtant ont l'intention de changer leur façon de travailler, de lancer des projets voire l'ont fait).
	Facteurs de réussite	Freins

Recommendations stratégiques*Confirmer les options validées du plan triennal***Recommendations opérationnelles**

- Prolonger la démarche de démultiplication descendante des outils de formation, en contournant les freins identifiés par l'évaluation réalisée :
 - renforcer l'attractivité du contenu des formations ;
 - mobiliser les intérêts des opérateurs de formations ;
 - mobiliser les collectivités territoriales.
- Poursuivre la formation des formateurs et des personnes-relais.
- Insérer la formation dans une politique cohérente de communication et de soutien aux réseaux.

Élargir le volume des bénéficiaires de ces formations notamment pour tenter d'atteindre les publics non avertis

- Développer des sessions expérimentales en direction des publics non avertis.
- Multiplier les expériences, par exemple en développant de procédures d'appel à projets.
- Permettre l'insertion de sessions obligatoires dans les formations initiales.
- Rendre les formations plus attractives en les associant à des concepts positifs tels que la santé, la responsabilisation ou la qualité de vie, plutôt qu'à des concepts négatifs (risque, dépendance) ou à des concepts neutres (connaissance).
- Créer un réseau de formateurs, avec une lettre d'information et une rencontre annuelle.
- Favoriser la traduction opérationnelle des formations dans les pratiques professionnelles.
- Insister sur l'inscription dans les formations d'échanges sur des situations professionnelles vécues.
- Encourager le montage de formations incluant un projet, ou de projets associés à une formation.

Autres éléments stratégiques

Le renouvellement massif du personnel (dû au départ en retraite massif des fonctionnaires) constitue une opportunité pour des changements culturels à grande échelle, et donc pour la réorientation des formations initiales.

Ce contexte risque de conduire les écoles de formation des ministères - mises sous pression - à réduire la durée de leurs programmes - pour pallier l'augmentation des effectifs à former et à recentrer les formations sur les métiers de base.

Évaluation menée par le cabinet C3E-Eureval
Comité de pilotage animé par l'OFDT : MILD'T - IHESI -
École nationale de Magistrature - INRP
Période d'évaluation : septembre 2001-juillet 2002
Période d'observation : octobre 2001-mars 2002

Évaluation des programmes de prévention**Points forts****Points faibles**

Question d'évaluation :

Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à garantir la complémentarité et la continuité des actions de prévention dans le département ?

- Décloisonnement des services au niveau du département et meilleure compréhension réciproque, entre services des actions et des enjeux (forte intersectorialité du comité de pilotage ou de ses groupes techniques).

- La plupart des programmes départementaux affichent des objectifs ou des priorités locales répondant aux problématiques identifiées.
- La coordination entre MENRT et le ministère de la Jeunesse et des Sports autour du chef de projet « drogues et dépendances » a été améliorée par l'existence de la démarche départementale.

- Peu d'analyse critique des pratiques locales dans les diagnostics locaux. Chaque service reste dans ses missions habituelles, ou évolue en fonction de directives nationales (Éducation nationale) plus que du diagnostic local, ce qui complexifie la déclinaison des priorités départementales en actions.

- Les programmes ont en général très peu de caractère « opérationnel » (date d'application, bilans, objectifs quantifiés, etc.). La déclinaison des programmes en projets (fiches actions personnalisées et datées) n'a lieu que marginalement. Le gros des actions figurant au programme relève des missions permanentes des institutions associées et non d'une logique de projet.

- Le développement de la démarche de programmation dans les initiatives de prévention - pour une inscription dans le temps ou pour la complémentarité des initiatives de prévention - ne semble pas avoir lieu.

- Les partenariats développés entre les services de l'État et les autres acteurs institutionnels ont été rares.

- La communication sur l'interministériel et la spécificité de la mission chef de projet « drogues et dépendances » est insuffisante. Le chef de projet n'est pas présent ès qualité dans des dispositifs externes : il l'est souvent en tant que représentant de la préfecture ou de la DDASS.

- Les actions de prévention communes au MENRT et à Jeunesse et Sports sont rares : manque de concertation dans la mise en œuvre.

(Suite du tableau précédent)	Facteurs de réussite	Freins
	<ul style="list-style-type: none"> - Capacité d'animation du chef de projet (CPDD) basée sur son autorité. - Existence d'une dimension interministérielle dans la mission du CPDD. - La participation large des acteurs locaux institutionnels (services d'État, collectivités territoriales) ou associatifs. 	<ul style="list-style-type: none"> - La difficulté des procédures de financement et l'absence de crédits pluriannuels. - La complexité des outils de gestion (ambiguïté sur la nature des outils visés : outils de subvention et de bilan ?). - Une disponibilité souvent insuffisante des CPDD : en moyenne 0.20 ETP. - La continuité sur le poste de CPDD est trop faible. - Conflit d'autorité plus fréquent (peut-être pas représentatif) pour les CPDD-DDASS que pour les préfets. - La concertation est généralement limitée aux services de l'État et aux principaux acteurs associatifs, sans participation des conseils généraux et des municipalités. - Difficulté à formaliser les projets : crainte d'une obligation de résultats/gestion moins souple.

	Points forts	Points faibles
Question d'évaluation :		
<i>Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à appliquer l'approche globale (élargir aux drogues licites, élargir la RRD aux consommations dangereuses) ?</i>	<ul style="list-style-type: none"> - La démarche de programmation contribue à diffuser, auprès des services de l'État locaux, une hiérarchie des priorités qui correspond mieux à une hiérarchie des dangers pour les usagers, qu'à la simple lecture de la loi. - La démarche de programmation joue bien en faveur de la prise en compte de toutes les substances. - Les actions de réduction des risques sur les sites festifs se diffusent et font partie des thèmes débattus dans la démarche de programmation départementale, que celle-ci conduise ou non à leur affecter des crédits de prévention MILDT. - Un renforcement de la cohérence entre orientations officielles et pratiques professionnelles. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le poids budgétaire représenté par les crédits MILDT ne constitue pas un levier suffisant, en comparaison avec les crédits « ville », pour dynamiser le développement d'actions de prévention ou impulser une mutualisation des crédits.
	Facteurs de réussite	Freins
	<ul style="list-style-type: none"> - La clarté des orientations nationales, leur expression à travers les outils de prévention et de communication développés par la MILDT et validés par la Commission de validation des outils de prévention. - Les crédits MILDT dont la gestion est déléguée au chef de projet. - Une démarche bien accueillie par les acteurs locaux dont une partie partageait déjà l'approche diffusée par la MILDT et qu'exprime le plan triennal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Il arrive que les chefs de projet constatent leur connaissance insuffisante de l'intégralité des dimensions du champ « drogues et dépendances ». - La formation à la « culture commune » se diffuse dans le petit milieu des « spécialistes » de la prévention dans différents services. Elle se diffuse encore peu vers les éducateurs professionnels au contact des jeunes.

Recommendations stratégiques	Recommendations opérationnelles
Conforter une démarche stratégique cohérente.	<ul style="list-style-type: none"> - Susciter une large participation des divers acteurs départementaux à la démarche stratégique en faisant des efforts particuliers pour la généraliser dans tous les départements : réaffirmer le rôle du comité de pilotage en veillant à sa représentativité notamment en ce qui concerne les collectivités territoriales.
Renforcer la mise en œuvre de la programmation de la politique de prévention, en fonction des réalités locales (besoins, caractéristiques des publics) et des orientations nationales.	<ul style="list-style-type: none"> - Mieux articuler les dispositifs aux niveaux départemental et régional en encourageant les échanges entre les coordinateurs régionaux.
Développer la recherche et la formation dans le champ de la prévention.	<ul style="list-style-type: none"> - Mieux intégrer les adultes référents des secteurs socio-éducatifs, culturels et sportifs et les parents à une démarche de prévention à travers des problématiques moins stigmatisantes et plus globales. - Encourager les négociations entre la préfecture, les services de police ou de gendarmerie, les associations d'aide et les organisateurs pour permettre la présence de dispositifs préventifs, sanitaires et sécuritaires lors d'événements festifs. - Développer en outre les programmes de prévention sur la consommation de tabac (la prévention liée à l'alcool étant déjà intégrée dans de nombreux départements et réunissant des réseaux d'acteurs investis depuis longtemps). - Réaliser à travers l'OFDT et l'INPES l'évaluation des méthodes et des actions de prévention, développer la recherche dans ce domaine, en diffuser les résultats. Démultiplier la formation et les échanges entre les personnes au contact des jeunes (enseignants, PFAD et FRAD, personnel des associations spécialisées, parents, infirmières scolaires...). - Mettre davantage l'accent sur les méthodes concrètes de prévention, motivants pour les acteurs et les institutions : " bonnes pratiques " sur APPRE, des groupes techniques de concertation, en diffusant de façon plus proactive/réactive les outils de prévention existants...
Assurer aux CPDD les moyens d'une gestion quotidienne des projets.	<ul style="list-style-type: none"> - Maintenir la nomination comme chef de projet de personnalités de haut niveau décisionnel mais en mettant en place une équipe compétente pour assurer les tâches de " catégorie B " pour la gestion des projets et l'organisation logistique de la concertation et les tâches administratives et financières. - Développer les capacités de communication et d'instruction des dossiers des chefs de projet.
Maintenir l'apport de la MILDT aux CPDD et aux acteurs départementaux.	<ul style="list-style-type: none"> - Continuer la délégation de crédits mais en clarifiant les circuits de financement MILDT et les procédures facilitatrices de mise en œuvre des actions de prévention, dont la pluriannualité des financements. - Contraindre les CPDD à développer des contrats précisant à la fois les objectifs et les moyens à mettre en œuvre au vu des objectifs. - Clarifier les modes de diffusion et de remontée d'informations des divers questionnaires adressés aux porteurs d'actions de prévention. - Poursuivre la communication des orientations nationales selon les modes actuellement en vigueur : outils nationaux (petit livre blanc), commission de validation, déplacements dans les départements, contacts avec les chefs de projet.

Évaluation menée par le cabinet EVALUA et pilotée par l'OFDT
 Comité de pilotage : MILDT - OFDT
 Période d'évaluation : janvier - juin 2002
 Période d'observation : février-mai 2002

Évaluation des programmes justice-santé (CDO)

	Points forts	Points faibles
<p>Question d'évaluation :</p> <p><i>Dans quelle mesure le programme a t-il contribué à faire évoluer les pratiques des autorités judiciaires et sociosanitaires dans le sens d'une meilleure articulation ?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Une meilleure circulation de l'information, une amélioration des connaissances et une mise en réseau renforcée. - Progrès réalisés dans la visibilité institutionnelle du chef de projet « drogues et dépendances » (interministérialité) et sa légitimation comme pivot de la politique locale de lutte contre la toxicomanie. 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance des espaces d'échange et de concertation, à différents niveaux (parmi les acteurs judiciaires, entre instances judiciaires et sociosanitaires, entre institutionnels et opérateurs). - En amont : insuffisance des diagnostics. - En aval : difficulté d'évaluer les actions tant au niveau local qu'au niveau national. - Peu d'outils de suivi formalisés/remplissage insuffisant (bilan MILDT rempli par le CPDD et non de manière partenariale, rapports d'activité des opérateurs de qualité variable, comité de pilotage parfois utilisé comme une « chambre d'enregistrement »). - Relative fragilité des mises en oeuvre du dispositif : les acquis ne sont pas définitifs, nécessité de consolidation. - Faible articulation avec les autres politiques publiques (quand elle se fait, c'est plutôt sur le versant sanitaire à l'initiative du chef de projet de la DDASS sur des problématiques qu'il maîtrise - PRAPS notamment).
	Facteurs de réussite	Freins
	<ul style="list-style-type: none"> - La capacité d'animation du chef de projet, son autorité auprès des divers services concernés par le champ de la lutte contre les substances psychoactives, l'existence d'une dimension interministériel dans sa mission. - L'existence antérieure ou la constitution d'espaces de traduction, institutionnels (comité de pilotage) ou entre institutions et opérateurs (réunions ponctuelles). - La participation active des acteurs du réseau dans certains départements favorisant la déclinaison locale des objectifs nationaux affichés dans la circulaire (bonne compréhension des objectifs). - Un dispositif bien accueilli (adhésion forte) par les acteurs départementaux dont la plupart adhère à la philosophie de la MILDT. - Le caractère interministériel du dispositif qui, au plan national, garantit la cohérence de l'organisation et du pilotage du dispositif. 	<ul style="list-style-type: none"> - Faiblesse des moyens humains pour faire fonctionner le partenariat (coût en temps et en énergie élevé pour assurer la gestion et de l'animation du dispositif dont l'engagement tend parfois à s'épuiser au fil du temps malgré la forte adhésion au dispositif). - Le turn-over des personnels administratifs est un obstacle à la continuité des politiques mises en place. - La difficulté du chef de projet à consolider les dynamiques locales. - Faible mobilisation des acteurs départementaux : disponibilité souvent insuffisante des chefs de projet, implication globalement modeste des services déconcentrés. - Une autonomie importante des prestataires constitue parfois un frein au pilotage partenarial du dispositif (en particulier en cas de conflits de légitimité pour la prise en charge de certains publics : opérateurs externes et UCSA pour la prise en charge des détenus ; SPIP et associations de contrôle judiciaire). - La lisibilité/opérationnalité jugée insuffisante des orientations nationales. - La difficulté de rapprocher les logiques institutionnelles judiciaires et sociosanitaire (la première étant tournée vers la gestion des flux de population pénale, la seconde vers un objectif de prise en charge).

	Points forts	Points faibles
Question d'évaluation : <i>Dans quelle mesure le programme a t-il contribué à améliorer la prise en charge sociosanitaire des publics sous main de justice à tous les stades de la procédure pénale ?</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Un meilleur repérage sanitaire des publics sous main de justice : un nombre croissant d'usagers ont été mis en contact avec le système de soins et/ou pris en charge grâce au programme CDO (9 000 en 1999, 20 000 en 2000 et 36 000 en 2002). - Orientation sociosanitaire systématique pour les contentieux visés dans les différents CDO (l'inscription de l'alcool dans la CDO a pour effet de systématiser la prise en charge des personnes interpellées pour CEA). - La souplesse du dispositif (pluralité des mises en œuvre locales : prise en charge au titre de différents produits, différents publics, différents modes de traitement ciblés selon les départements). 	<ul style="list-style-type: none"> -Adaptation imparfaite de l'offre aux besoins (prise en charge prédéterminée par l'offre) : capacité limitée du dispositif à structurer l'offre de prestations (de façon à ce que les opérateurs répondent mieux aux problématiques et enjeux identifiés localement), ce qui ne facilite pas l'initiation de nouvelles formes d'action ; la structuration du marché se fait par l'offre et non par la demande (déséquilibre entre les prises en charge en présentiel ou en postsentenciel variable selon les départements). - Faible développement de la prise en charge des mineurs et jeunes majeurs (6 % au niveau national ; 47 départements n'ont aucun mineur pris en charge par la CDO). - Le traitement des usagers alcoololo-dépendants, « parent pauvre » du dispositif des CDO (objectifs fortement axés sur la toxicomanie). - Le public potentiel reste important au regard du public pris en charge dans le cadre des CDO (dans l'hypothèse d'un objectif de systématisation de la prise en charge).
	Facteurs de réussite	Freins
	<ul style="list-style-type: none"> - La souplesse et l'adaptabilité du dispositif qui permet de financer toutes sortes d'actions en s'adaptant aux besoins locaux. 	<ul style="list-style-type: none"> - La non-pérennité des crédits entrave le développement d'activités nouvelles par les opérateurs pour satisfaire aux besoins non couverts identifiés dans le diagnostic. - Concentration des financements sur les actions de prise en charge (« au détriment » des actions d'insertion sociale).

Recommandations stratégiques	Recommandations opérationnelles
<ul style="list-style-type: none"> - Définir des orientations plus précises de l'administration centrale en direction de l'échelon départemental ou s'appuyer sur la chaîne pénale pour y accrocher un ensemble de services (en répondant à la question : quel service proposer à quel moment de la chaîne pénale ?) - Rendre compatible une implication croissante des services de police et de la gendarmerie. - Améliorer l'animation du dispositif : besoin d'un chef de projet (de préférence rattaché aux services sanitaires), plus disponible, mieux formé aux questions pénales, pour mieux faire le lien avec le procureur ou bien une instance tierce (un consultant), pour réaliser les diagnostics sur la base d'une démarche pluraliste. - Permettre les conditions de mise en œuvre de partenariats effectifs : un dispositif minimum à mettre en place dans chaque département correspondant aux orientations politiques nationales d'une part et une boîte à outils mobilisables en fonction de besoins locaux, d'autre part. - Pérenniser les financements obtenus au titre de la CDO et consolider les processus de changement engagés. 	<ul style="list-style-type: none"> - Associer davantage les opérateurs - dès le stade du diagnostic. - Systématiser les bilans locaux et les évaluations. - Privilégier certains types d'action (coût relatif de l'hébergement). - Associer davantage les opérateurs - dès le stade du diagnostic. - Maintenir l'effort d'information et de communication en direction des parquets. - Accentuer l'accompagnement méthodologique des acteurs locaux. - Envisager des actions de formation commune des professionnels de terrain.

Évaluation menée par le cabinet ACADIE
Comité de pilotage animé par l'OFDT : MILDT -
DGS - DAP - DACG - DPJ
Période d'évaluation : septembre 2001- juin 2002
Période d'observation : janvier-juin 2002

Évaluation du rapprochement de structures spécialisées pour une prise en charge globale des addictions

Points forts	Points faibles
<p>Question d'évaluation : Jusqu'à quel point les expériences de rapprochement existantes servent-elles à repérer les besoins communs et spécifiques liés aux différentes addictions (prise en charge de l'abus, de la consommation excessive et des dépendances) ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les professionnels déclarent repérer facilement les polyconsommations de leurs patients, et ils se disent volontaires pour les prendre en charge. <p>- Cependant, les professionnels butent sur certains problèmes provoqués par le rapprochement (besoins émergents) ou pour lesquels celui-ci n'a pas amené les solutions adéquates (le besoin devenant difficulté). Certains sont communs aux abus et aux dépendances, par exemple les morbidités psychiatriques, les besoins en formation et le problème du transfert d'information d'une structure à une autre. Il est d'autres problèmes plus spécifiques comme celui de la prise en charge de patients dépendants ou le manque de place en post-cure et en hébergement ainsi que s'agissant de l'admission dans les hôpitaux. Un manque se fait sentir également dans le suivi.</p>
<p>Question d'évaluation : Jusqu'à quel point les expériences de rapprochement existantes permettent-elles de mieux repérer les usages nocifs (repérage précoce) et de mieux prendre en charge les polyconsommations de la population locale ayant des conduites addictives ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Concernant le repérage, il faut souligner que tous les acteurs rencontrés, notamment ceux oeuvrant dans les CCAA, les CSST, et les services hospitaliers spécialisés, recherchent les consommations associées à celles ayant motivé la prise en charge du patient, parfois depuis longtemps. Les « polyconsommations » ne sont donc pas des nouveautés pour les structures spécialisées. Ce qui a changé, c'est la prise en considération de cette consommation « secondaire » (« seulement abusive » voire « cicatricielle ») par rapport à la dépendance. - Un consensus clair s'opère pour dire que les adolescents, monoconsommateurs abusifs de haschich ou polyconsommateurs d'alcool, haschich et psychotropes doivent bénéficier d'une prise en charge spécifique, en termes d'approche et de lieux pour éviter et prévenir les usages à risques et les usages abusifs. - La connotation des structures et la diversité des publics, du fait des contextes sociaux et des comorbidités associées (somatiques et psychiatriques) semblent poser problème à certains professionnels. Néanmoins, l'anonymat des structures a pu désinhiber certains patients et effacer la retenue face aux associations d'idées, inconscientes ou non, que le patient établit entre lui et l'étiquette du centre. En tout cas, la jeunesse des structures « addictologiques » et l'absence du point de vue des usagers ne permettent pas d'argumenter en faveur de préconisations.

Freins dans des départements bien dotés

<p>Question d'évaluation : Quels sont les freins au rapprochement de certaines structures notamment dans les départements où les besoins de la population semblent objectivés ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les représentations que les professionnels se font de leur métier. Chacun a une vision fermée, cloisonnée de son travail, suivant la spécificité de la structure dans laquelle il évolue, et de ses pratiques. - La culture professionnelle. - Les publics. Derrière la notion de " culture ", les regroupements de population différents au sein des structures spécialisées sont évoqués pour expliquer les écarts de point de vue parfois constatés. La différence des populations porte principalement sur l'évolution de la personne dans le tissu social, et ceci conditionne l'approche clinique. - Les horaires de fonctionnement des structures : aussi simple qu'apparaissent ces différences elles créent des obstacles à l'accueil des patients et des difficultés pour trouver du temps commun de réunions. - Le financement. Chacun lutte pour la survie de sa propre structure, dans une ambiance généralement ressentie de sous-financement. En outre, les budgets restent toujours séparés, de même que les instances supérieures, pointant l'antagonisme entre la philosophie du projet et sa gestion.
---	--

Freins dans des départements moins bien dotés

<ul style="list-style-type: none"> - L'éloignement géographique des structures : ce point est abordé dans les départements où l'offre de soins est peu développée, rendant impossible des modalités de rapprochement par maillage entre structures. Dans ces milieux, les plateaux techniques complets semblent plus pertinents. - À l'inverse, des exemples d'échec de coopération de structures proches géographiquement, dans les départements les plus dotés en ressources professionnelles, existent. Ces structures, après avoir ressenti le besoin d'un rapprochement et fait des efforts pour le formaliser en établissant un protocole commun, finalement, n'arrivent pas à collaborer. Ceci montre que la proximité géographique n'est pas une condition suffisante à la réussite d'un rapprochement entre structures.
--

Recommendations stratégiques

Réaffirmer politiquement l'orientation prise

Le mouvement de fond engagé sous l'impulsion des orientations gouvernementales aurait sans doute été amorcé par les professionnels de terrain, avec beaucoup plus de temps. Ceci prône en faveur du maintien de la direction prise, sur le plan conceptuel, de prendre en compte globalement les comportements addictifs et leurs conséquences, avec cependant la nécessité de :

- clarifier les définitions sur lesquelles reposent ces orientations ;
- mieux déterminer leurs champs d'application (professionnels et publics cibles) et approfondir les questions essentielles bloquant la mise en œuvre pratique ;
- développer en parallèle le système d'information qui permettra d'évaluer les acquis d'une réorganisation du système de soins dans le domaine des addictions.

Recommendations opérationnelles

Clarifier les concepts pour redéfinir des objectifs opérationnels

- La volonté de prendre globalement en charge les addictions doit s'élargir à la prise en compte des facteurs de la réussite de cette prise en charge et des dommages spécifiques à chaque addiction.
- La caractérisation des publics à prendre en charge globalement ne peut se limiter à la définition, trop restrictive pour s'accompagner de traduction opérationnelle, de leurs comportements de consommation (polyconsommations, abus). Ces définitions ne sont remises en cause qu'à l'égard de leur application pour réorganiser les soins.
- Le rapprochement des structures spécialisées n'est qu'un moyen de réorganiser l'offre de soins. Il a permis d'élargir les compétences, d'individualiser l'approche et le suivi pluridisciplinaire en fonction de l'évaluation continue du patient et de répondre effectivement à la prise en charge des abus et des dépendances à d'autres substances psychoactives chez un sujet dépendant et déjà dans les files actives des structures spécialisées.

Plus d'opérationnalité suppose d'élargir le regard sur l'ensemble du système de santé

- Accès au système de soins : reconnaissance d'une part sur la nécessité de développer des réponses pour prendre en charge les jeunes abuseurs par leur spécificité, et, d'autre part, de poursuivre une réflexion avec les professionnels sur la pertinence d'une orientation des publics abuseurs au sein des structures spécialisées, et en corollaire sur les autres solutions envisageables.
- En aval : les problèmes d'articulation avec les structures et les acteurs du dispositif de soins généraux, et les structures d'« aval » (hébergement, postcure) ne sont pas encore réglés. Ceci suggère une analyse plus fine des questions relatives à la postcure, à l'admission en CHRS et aux liens possibles avec la psychiatrie hospitalière.

Prendre en compte les configurations des territoires

- Les modalités de réorganisation développées doivent correspondre aux configurations des territoires : ceci suppose que cette connaissance soit acquise et que, comme pour l'offre de soins hospitalière, se développent les planifications territoriales pour l'offre de soins médico-sociale.

Améliorer le système d'information.

- L'évolution des systèmes d'information des structures spécialisées est techniquement possible, à partir des progiciels en place actuellement.
- Il faut considérer plus globalement l'ensemble de l'information disponible dans le domaine des addictions et faciliter la mise en cohérence des différentes sources disponibles.
- Les acquis des réflexions déjà engagées dans le domaine de l'information au sein de groupes de travail nationaux doivent être utilisés.

Evaluation menée par le cabinet EVAL-CEMKA
 Comité de pilotage animé par l'OFDT :
 MILDT - DGS -DHOS
 Période d'évaluation : janvier 2002-avril 2003
 Période d'observation : mars 2002-décembre 2002

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1 - Volume d'activité du réseau des sites TREND de 1998 à 2002	44
Tableau 2 - Nombre d'échantillons intégrés dans la base de données du système SINTES selon l'année et la source d'information	46
Tableau 3 - Actions et campagnes de communication grand public mises en œuvre en 2000, 2001 et 2002	69
Tableau 4 - Scores d'impact des post-tests des campagnes grand public de 2000, 2001 et 2002	72
Tableau 5 - Indicateurs d'usage du site internet	76
Figure 1 - Étapes du traitement des appels jusqu'à la prise en charge par un écouteur DATIS	78
Figure 2 - Évolution du nombre annuel des appels reçus et décrochés, de 1998 à 2001	79
Figure 3 - Évolution du pourcentage des appels décrochés par rapport aux appels reçus	79
Figure 4 - Évolution du nombre annuel des appels traités par DATIS (et le pré-accueil externe), entre 1998 et 2001	80
Tableau 6 - Risques liés au cannabis, à l'ecstasy, à l'alcool et au tabac	83
Tableau 7 - Seuil de dangerosité perçu pour l'alcool, le tabac et le cannabis en 1999 et 2002	84
Tableau 8 - Seuil de dangerosité perçu de l'ecstasy	85
Tableau 9 - Produit jugé le plus dangereux entre 1999 et 2002	86
Tableau 10 - Réponses de satisfaction des chefs de projet quant au soutien apporté par les CIRDD	91
Figure 5 - Quatre volets stratégiques de formation définis par le plan triennal	93
Tableau 11 - Comparaison des réponses sur la dangerosité du cannabis et de l'alcool des participants à une « nouvelle formation » et des non-participants, par rapport aux groupe fonctionnaires et à la population générale interrogés lors de l'enquête EROPP	96
Tableau 12 - Priorités stratégiques pour la coordination future de la politique départementale de prévention	112
Figure 6 - Fréquence des séances des comités de pilotage	114
Tableau 13 - Évolution des CESC au sein des établissements scolaires entre 1999 et 2001	116

<p>Tableau 14 - Nombres et types des CESC</p> <p>Tableau 15 - Réponses de 42 chefs de projet concernant l'articulation de la politique départementale de prévention avec les dispositifs territoriaux sécuritaires ou sociosanitaires</p> <p>Tableau 16 - Articulation entre les dispositifs contractuels territorialisés et la politique du chef de projet « drogues et dépendances », en 2001</p> <p>Tableau 17 - Évolution du nombre des citations des divers produits à l'occasion des appels à contenu traités DIS/DATIS, en 1998, 2000 et 2001</p> <p>Tableau 18 - Lieux d'intervention par équipe des associations financées selon le type de manifestation</p> <p>Tableau 19 - Équipes mobilisées au sein des grandes associations financées au niveau national</p> <p>Tableau 20 - Interventions en milieu festif, sportif et culturel</p> <p>Figure 7 - Dotation de différents types de structures par département en 2001</p> <p>Tableau 21 - Prévalence déclarée du VIH et du VHC chez les usagers de drogues pris en charge dans les structures spécialisées</p> <p>Tableau 22 - Prévalence déclarée du VIH et du VHC chez des UDVI vus dans les structures de « première ligne »</p> <p>Tableau 23 - Formation en toxicomanie des médecins généralistes</p> <p>Tableau 24 - Crédits attribués aux centres spécialisés alcool</p> <p>Tableau 25 - Équipes de liaison en 2001</p> <p>Tableau 26 - Équipes spécialisées (non rapprochées)</p> <p>Tableau 27 - Répartition de médecins généralistes selon le mode de prise en charge de la dépendance alcoolique en 1993/1994 et 1998/1999</p> <p>Tableau 28 - Place des interpellations pour usage simple dans l'ensemble des interpellations pour ILS</p> <p>Tableau 29 - Place des condamnations pour usage simple en infraction unique ou principale au sein des interpellations et des condamnations pour ILS</p> <p>Tableau 30 - Orientation pénale des personnes interpellées pour usage ou détention de stupéfiants (majeurs + mineurs) – échantillon francilien, cours d'appel de Paris et de Versailles – année 2001</p> <p>Tableau 31 - Interpellations pour usage et injonctions thérapeutiques</p> <p>Tableau 32 - Répartition des patients adressés aux CSST dans le cadre de mesures judiciaires en 1999 et en 2000 (en file active)</p> <p>Tableau 33 - Répartition des nouveaux patients adressés aux CSST dans le cadre de mesures judiciaires en 1999 et en 2000</p> <p>Tableau 34 - Contrôles judiciaires appliqués aux auteurs d'ILS</p>	<p>116</p> <p>119</p> <p>120</p> <p>127</p> <p>146</p> <p>148</p> <p>151</p> <p>161</p> <p>167</p> <p>168</p> <p>181</p> <p>191</p> <p>198</p> <p>198</p> <p>201</p> <p>218</p> <p>219</p> <p>229</p> <p>231</p> <p>233</p> <p>234</p> <p>237</p> <p>Tableau 35 - Condamnations à des peines d'emprisonnement ferme, à des mesures de substitution ou éducatives selon la nature des mesures ou le mode d'exécution et selon la nature de l'infraction (en infraction principale – commise seule ou associée à d'autres)</p> <p>Tableau 36 - Condamnations à une mesure d'emprisonnement avec sursis ou à une amende, ou à une mesure de sursis probatoire selon la nature de l'infraction (commise seule ou associée à d'autres)</p> <p>Tableau 37 - Nombre de condamnations à une peine alternative en cas de conduite en état alcoolique (commise seule ou associée à d'autres)</p> <p>Tableau 38 - Structures des interpellations pour ILS de 1998 à 2001</p> <p>Tableau 39 - Part du trafic local et du trafic international dans les interpellations pour ILS de 1998 à 2001</p> <p>Tableau 40 - Rattachements au fonds de concours de la MILDT et saisies de numéraires sur stupéfiants</p> <p>Tableau 41 - Montant en euros et part des crédits MILDT attribués dans le cadre de la coopération internationale, par zone géographique prioritaire et par année</p> <p>Tableau 42 - Montant et part des crédits MILDT attribués dans le cadre de la coopération internationale, par zone géographique prioritaire et par année</p>	<p>239</p> <p>240</p> <p>242</p> <p>268</p> <p>268</p> <p>285</p> <p>312</p> <p>313</p>
---	---	---

Tableaux figurant dans les annexes

<p>Tableau 1 - Répartition des chefs de projet, des adjoints de chefs de projet et des secrétaires en fonction des temps du travail réalisé, dans les 70 départements pour lesquels on dispose d'un rapport d'activité 2001</p> <p>Tableau 2 - Configuration des équipes « chef de projet - adjoints - secrétaires » pour la mission « drogues et dépendances » dans les 70 départements pour lesquels on dispose d'un rapport d'activité pour l'année 2001 (12 non-réponses)</p> <p>Tableau 3 - Institutions constitutives des comités de pilotage de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances</p> <p>Tableau 4 - Thèmes et fréquence des groupes de travail organisés dans le cadre de la lutte contre les drogues et la prévention des dépendances</p>	<p>346</p> <p>347</p> <p>348</p> <p>351</p>
--	---

OFDT

Observatoire français des drogues et des toxicomanies
105, rue La Fayette
75010 Paris
Tél : 33 (0)1 53 20 16 16
Fax : 33 (0)1 53 20 16 00
courrier électronique : ofdt@ofdt.fr

www.ofdt.fr

Citation recommandée

OFDT, *Évaluation du plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2002), rapport général*, Paris, OFDT, 2003, 380 p.

Maquette et mise en page : Frédérique Million / Adaptation : Sylvie Allouche
Photographie en couverture : Isabelle Rozenbaum (Photo Alto)
Impression : Imprimerie Masson - 69 rue de Chabrol - 75010 Paris