



Les réponses publiques



Les orientations récentes des politiques publiques en matière de drogues

Cristina Díaz Gómez, Maitena Milhet

En France, la politique en matière de conduites addictives est coordonnée par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA). Elle est guidée par de grands principes directeurs qui animent l'action des pouvoirs publics sur ce sujet depuis le début des années 2000. Ceux-ci prennent en compte toutes les addictions, qu'elles soient liées ou non aux substances, à travers une approche intégrée, équilibrée et cohérente qui conjugue prévention, prise en charge, réduction des risques, insertion, lutte contre le trafic, coopération et recherche. La politique prend appui sur les avancées scientifiques pour asseoir le choix des interventions, poursuit un souci de cohérence et de mutualisation des efforts gouvernementaux et porte une attention particulière aux populations les plus fragiles. Suivant ces principes adossés à l'interdit fixé par la loi du 31 décembre 1970, les décideurs se donnent pour objectif principal la protection des populations des conséquences sanitaires, sociales, sécuritaires et économiques liées aux consommations et au trafic de produits illicites. Un certain nombre d'orientations récentes viennent renforcer ou actualiser ces efforts. Le Plan gouvernemental de mobilisation contre les addictions (MILDECA, 2018a) s'articule aussi avec les évolutions législatives et les stratégies nationales évoquées ci-après.

Convergence face aux méfaits du tabagisme

Les mesures adoptées au cours des cinq dernières années en matière de tabac traduisent une volonté d'agir de façon encore plus déterminée contre les dommages qui lui sont liés. Les deux derniers programmes nationaux adoptés – PNRT 2014-2019 et PNLT 2018-2022 (Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, 2014 ; Ministère des Solidarités et de la Santé et Ministère de l'Action et des Comptes publics, 2018) – combinent une diversité d'actions en matière économique, sociale et sanitaire. Ils résultent d'un fort consensus entre le ministère de la Santé, les ministères régaliens et la MILDECA. Un des traits marquants de cette unité est la volonté de mettre en place une gouvernance nationale et régionale afin de créer des espaces de concertation entre les administrations, les représentants de la société civile à l'échelon national et régional.

Le vote de la première loi française contre le tabagisme (loi du 9 juillet 1976 dite « loi Veil ») s'inscrivait dans un contexte peu propice à sa réduction. À l'inverse, les changements législatifs les plus récents (le « paquet neutre » ou « l'obligation imposée aux buralistes de contrôler systématiquement que le client soit majeur ») s'inscrivent dans un climat social et politique marqué par la mauvaise image du tabac, une meilleure prise en compte des dommages sanitaires et un cadre international contraignant (Convention-cadre de l'OMS du 21 mai 2003 (OMS, 2003)

pour la lutte antitabac). Les données sur les évolutions récentes des perceptions des Français sur les drogues (EROPP, OFDT, 1999-2018) confirment ce constat. Ainsi, le tabac est perçu comme dangereux dès la première fois par 34 % des Français en 2018 (voir chapitre « Opinions et perceptions sur les drogues en 2018 », p. 87). Ils étaient 25 % à avoir cette opinion en 2002 (Tovar et Bastianic, 2013).

Alcool : avancées de santé publique et recul sur la publicité

En matière d'alcool, les évolutions récentes reflètent la volonté des décideurs d'axer leur action sur la protection des mineurs, la prévention de l'accidentologie routière, la santé au travail et la tranquillité publique. L'interdiction de vente de boissons alcoolisées aux moins de 18 ans, votée en juillet 2009 (loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST), et la loi du 26 janvier 2016 (loi de modernisation du système de santé) visant la prévention des comportements à risque liés à la consommation d'alcool (interdiction de la vente de boissons alcoolisées à volonté, encadrement des happy hours, « zéro alcool au volant » pour les conducteurs novices, élargissement de la mesure judiciaire de l'« éthylotest antidémarrage » à tous les stades de la procédure pénale) constituent des mesures emblématiques de cette politique (voir chapitre « Cadre légal relatif aux addictions : les axes majeurs », p. 82). En parallèle, l'encadrement de la publicité pour les boissons alcoolisées est resté très limité. Elle est proscrite uniquement sur les médias traditionnels (presse, cinéma, télévision) ou lorsqu'il s'agit de publicités spécifiquement destinées à la jeunesse. Depuis 2009, la publicité est aussi autorisée en ligne, en dehors des sites Internet s'adressant aux jeunes. La politique de prévention dans le domaine de l'alcool rencontre des obstacles dans sa mise en œuvre en raison des enjeux économiques, culturels et politiques qui rentrent en conflit avec les enjeux de santé (Cour des comptes, 2016).

Maintien du statut légal du cannabis

Si le statut légal du cannabis à usage récréatif a été récemment modifié dans certains États américains, en Uruguay et au Canada (Lalam et al., 2017 ; Obradovic, 2018a), les dernières évolutions en France s'inscrivent dans la continuité de la politique fixée par la loi de 1970. Un projet de loi de réforme de la justice examiné fin 2018 propose de créer une amende forfaitaire délictuelle de 200 euros punissant l'usage de stupéfiants (Buffet et Détraigne, 2018). Les pouvoirs publics espèrent par ce biais une simplification du travail des forces de l'ordre permettant de renforcer leur mobilisation dans la lutte contre le trafic. S'agissant du cannabis à usage médical, le code de la santé publique a été modifié en 2013, permettant à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) d'octroyer une autorisation de mise sur le marché (AMM) pour des spécialités pharmaceutiques à base de cannabis et ses dérivés cannabinoïdes (décret du 5 juin 2013 modifiant les dispositions de l'article R. 5132-86). En 2014, le médicament Sativex® a obtenu une telle autorisation dans le cadre strict du traitement d'appoint chez des patients insuffisamment soulagés par un traitement anti-spastique optimal. Fin 2018, un Comité scientifique spécialisé temporaire réuni par l'ANSM a conclu à la pertinence d'utiliser le cannabis thérapeutique en France, dans certaines situations (voir chapitre « Cannabis et cannabinoïdes de synthèse », p. 117).

De nouvelles actions de réduction des risques pour les groupes les plus vulnérables

Dans la continuité des orientations fixées par la loi de santé publique en août 2004, qui a donné une assise juridique et financière à la politique de réduction des risques et des dommages (RdRD), une nouvelle étape a été franchie au nom de la prévention des maladies infectieuses avec l'adoption de la loi de modernisation du système de santé (loi du 26 janvier 2016). L'expérimentation, pendant six ans, de salles de consommation à moindre risque, ainsi que l'accès à l'ensemble des dispositifs de réduction des risques en milieu pénitentiaire sont les mesures phares de cette politique. En pratique, deux salles de consommation à moindre risque ont été mises en place à Paris et à Strasbourg. L'expérimentation des programmes d'échanges de seringues en milieu pénitentiaire n'a en revanche pas pu être déployée à ce jour, en raison de contraintes liées à des enjeux liés à la politique carcérale (voir chapitre « Interventions en réduction des risques et des dommages », p. 95). D'autres mesures introduites par cette loi sont venues compléter ou étendre l'offre de services de RdRD à destination des usagers de drogues. Les missions des centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) sont élargies à la réduction des risques et à la prévention individuelle et collective. Les personnels non médicaux formés, travaillant pour des structures de prévention ou associatives (tels que ceux exerçant en centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues – CAARUD), sont désormais autorisés à utiliser les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans une approche combinée du VIH, VHC et VHB. Seuls les professionnels de santé y étaient auparavant habilités. La délivrance des TROD est également autorisée sans prescription médicale en pharmacie et par le biais des automates et des équipes du réseau associatif de la RdRD. En matière de prévention de l'hépatite C et d'accès aux traitements, les personnes à risque élevé de transmission (usagers de drogues injecteurs, personnes détenues, femmes enceintes) bénéficient d'une prise en charge totale des antiviraux d'action directe (AAD) par l'Assurance-maladie (arrêté du 10 juin 2016 et instruction du 28 juillet 2016) (Delile *et al.*, 2018). En 2017, le remboursement total des AAD a été étendu à l'ensemble des adultes présentant une hépatite C chronique, quel que soit le stade de fibrose (instruction du 3 août 2017). Par ailleurs, intensifier les actions de dépistage, de prévention et de traitement pour les publics les plus exposés est une priorité forte de la Stratégie nationale de santé 2018-2022 (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2018). La stratégie nationale de santé sexuelle (2017-2030) s'inscrit en cohérence avec ces orientations (Ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2017).

Annulation de la transaction pénale au motif de l'individualisation des peines

Les orientations les plus récentes en matière de politique pénale sont les dispositions de la loi du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales. La volonté du législateur a été de réformer la politique de prévention de la récidive. Le rôle de la police et de la gendarmerie a été renforcé dans le contrôle des personnes condamnées ou sous contrôle judiciaire. Ce texte autorisait le recours à la transaction pénale pour les délits passibles d'un an d'emprisonnement au maximum, parmi lesquels figurait l'usage simple de stupéfiants. La loi prévoyait également que des instances des conseils dépar-

tements de prévention de la délinquance soient chargées d'organiser le suivi et le contrôle en milieu ouvert des personnes condamnées qui sortent de détention. Le décret du 13 octobre 2015 réglementait la mise en application de ces deux mesures. En mai 2017, le Conseil d'État a jugé que les dispositions de ce décret étaient contraires à la Constitution, contrevenant au principe d'individualisation des peines. Depuis, le gouvernement a prévu d'abroger la transaction pénale.

Références législatives

Loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie, et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses. *JORF* du 3 janvier 1971, p. 74-76.

Loi n° 76-616 [dite « Veil »] du 9 juillet 1976 relative à la lutte contre le tabagisme. *JORF* du 10 juillet 1976, p. 4148-4149.

Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. *JORF* n° 185 du 11 août 2004, p. 14277, texte n° 4. (NOR SANX0300055L)

Loi n° 2009-879 [dite « HPST »] du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. *JORF* n° 167 du 22 juillet 2009, p. 12184. (NOR SASX0822640L)

Décret n° 2013-473 du 5 juin 2013 modifiant en ce qui concerne les spécialités pharmaceutiques les dispositions de l'article R. 5132-86 du code de la santé publique relatives à l'interdiction d'opérations portant sur le cannabis ou ses dérivés. *JORF* n° 130 du 7 juin 2013, p. 9469, texte n° 13. (NOR AFSX1308402D)

Loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales. *JORF* n° 189 du 17 août 2014, p. 13647, texte n° 1. (NOR JUSX1322682L)

Décret n° 2015-1272 du 13 octobre 2015 pris pour l'application des articles 41-1-1 du code de procédure pénale et L. 132-10-1 du code de la sécurité intérieure. *JORF* n° 239 du 15 octobre 2015, p. 19102, texte n° 11. (NOR JUJD1514499D)

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. *JORF* n° 22 du 27 janvier 2016, texte n° 1. (NOR AFSX1418355L)

Arrêté du 10 juin 2016 relatif aux conditions de prise en charge de spécialités pharmaceutiques disposant d'une autorisation de mise sur le marché inscrites sur la liste visée à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique. *JORF* n° 135 du 11 juin 2016, texte n° 26. (NOR AFSS1613575A)

Instruction DGOS/PF2/DGS/SP2/PP2/DSS/1C n° 2016-246 du 28 juillet 2016 relative à l'organisation de la prise en charge de l'hépatite C par les nouveaux antiviraux d'action directe (NAAD). *BO Santé*, Protection sociale, Solidarité n° 16/9 du 15 octobre 2016, p. 478-489. (NOR AFSH1621701J)

Décision n° 395321, 395509 du 24 mai 2017 du Conseil d'État : Syndicat de la magistrature et autres (Syndicat national des magistrats Force ouvrière).

Instruction DGOS/PF2/DGS/SP2/DSS/1C n° 2017-246 du 3 août 2017 relative à l'élargissement de la prise en charge par l'Assurance-maladie du traitement de l'hépatite C par les nouveaux agents anti-viraux d'action directe (AAD) à tous les stades de fibrose hépatique pour les indications prévues par l'autorisation de mise sur le marché et à la limitation de la tenue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire pour les initiations de traitement à des situations particulières listées. *BO Santé*, Protection sociale, Solidarité n° 8 du 15 septembre 2017, p. 267-275. (NOR SSAH1722937J)

Cadre légal relatif aux addictions : les axes majeurs

Carine Mutatayi, Caroline Protais, Magali Martinez

L'usage et le trafic des substances ou plantes classées comme stupéfiants sont prohibés, selon les termes de la loi du 31 décembre 1970, et le commerce à des fins pharmaceutiques ou industrielles est fortement régulé. Concernant les médicaments, l'article L5132-1 du code de la santé publique (CSP) classe un certain nombre de produits pharmaceutiques considérés comme dangereux ou potentiellement dangereux dans la liste des « substances vénéneuses ». Le cadre juridique concernant la fabrication, le commerce, la promotion, voire l'usage public de l'alcool, du tabac et des médicaments psychotropes n'a quant à lui cessé de s'étoffer. Ces dispositions légales, pour beaucoup intégrées au CSP, participent d'un environnement protecteur, en particulier pour les non-usagers ou les mineurs. Il existe une même volonté de protection concernant les jeux d'argent et de hasard (JAH).

Le cadre légal en matière de stupéfiants

En France, l'usage illicite de toute substance ou plante classée comme stupéfiant constitue un délit passible de peines pouvant atteindre jusqu'à un an d'emprisonnement et une amende de 3 750 euros (art. L.3421-1 du CSP). Les peines encourues peuvent aller jusqu'à cinq ans de prison et une amende de 75 000 euros lorsque l'infraction a été commise dans l'exercice de certaines fonctions.

Le transport, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition ou l'emploi illicites et le fait de faciliter l'usage illicite de stupéfiants sont punis de dix ans d'emprisonnement au maximum et de 7,5 millions d'euros d'amende (art. 222-37 du code pénal). La loi française ne fait pas de distinction, du point de vue de la peine maximale encourue, entre la détention pour usage personnel ou en vue d'un trafic, ni selon le produit stupéfiant. En pratique, les autorités de poursuite et de jugement en tiennent compte cependant dans l'appréciation de la suite à donner à l'affaire et pour déterminer la peine ou la mesure la plus adaptée à l'infraction commise et à la personnalité de l'auteur. En revanche, la loi distingue la cession ou l'offre illicite de stupéfiants à une personne en vue de sa consommation personnelle, punie de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende¹, de la vente de produits stupéfiants dans le cadre d'un trafic structuré, les peines pouvant alors aller jusqu'à dix ans d'emprisonnement.

Les peines maximales encourues pour les dirigeants des groupements criminels ayant pour activité le trafic de stupéfiants sont parmi les plus élevées au regard de l'échelle des peines. Ainsi, le fait de diriger ou d'organiser un groupement ayant pour objet la production, la fabrication, l'importation, l'exportation, le transport, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition ou l'emploi illicites de stupéfiants est puni de la réclusion criminelle à perpétuité et de 7,5 millions d'euros d'amende (art. 222-34 du code pénal).

¹ La peine est majorée lorsque l'offre vise des mineurs (art. 222-39 du code pénal).

À propos du cannabis, la réglementation française prévoit que toutes les opérations le concernant (production, détention, emploi) soient interdites (art. R. 5132-86 I -1° du CSP). Certaines variétés non classées comme stupéfiants (arrêté modifié du 22 août 1990) peuvent toutefois être utilisées à des fins industrielles et commerciales, si elles ne proviennent que des graines et des fibres (l'usage de la résine, des fleurs, des feuilles de la plante étant interdite). Le CBD (voir chapitre « Cannabis et cannabinoïdes de synthèse », p. 117) peut faire l'objet d'une publicité, s'il est abordé à travers l'une des spécialités pharmaceutiques ayant une AMM (art. R 5132-86 III CSP) et s'il respecte la réglementation des médicaments en la matière (CSP, livre 1^{er}, titre II, chapitre II, R.5122-1 à 8). En dehors de ce cadre, il ne peut pas être présenté comme ayant des vertus thérapeutiques.

Il n'existe pas de loi spécifique destinée au contrôle des nouveaux produits de synthèse (NPS). La logique de classement d'un NPS sur la liste des stupéfiants est de type individuel (chaque substance interdite est nommée dans la liste) et générique depuis 2012 (cf. encadré ci-dessous).

Contrôle des NPS



Le principal moyen de contrôle législatif des NPS demeure leur inscription sur la liste des stupéfiants. Cette liste en France est fixée par un arrêté de 1990, établie à partir des conventions internationales sur les stupéfiants de 1961 et 1971. Elle est régulièrement complétée depuis l'apparition des NPS. L'arrêté du 27 juillet 2012 interdisant plusieurs cathinones a établi pour la première fois en France une interdiction sur la base d'un classement dit « générique », c'est-à-dire concernant un groupement de molécules de même famille et non des molécules individuelles². Depuis, trois autres arrêtés de ce type ont été pris, élargissant la logique à d'autres NPS.

En dehors des peines prononcées par les tribunaux, l'autorité judiciaire peut également enjoindre l'usager de se soumettre à une mesure d'injonction thérapeutique (art. L.3413-1 du CSP) qui peut intervenir comme mesure alternative aux poursuites, mais aussi comme modalité d'exécution de la peine (depuis la loi du 5 mars 2007). Conformément à l'art. L. 3421-1 du CSP, un stage de sensibilisation peut également être prononcé à titre de peine complémentaire, mais aussi comme mesure alternative aux poursuites ou comme procédure simplifiée (composition pénale, ordonnance pénale délictuelle). Les circulaires d'application du ministère de la Justice du 16 février 2012 et celle du 12 mai 2017 invitent les autorités judiciaires à prononcer la mesure relative aux stages de sensibilisation pour un premier usage simple et à envisager systématiquement l'injonction thérapeutique lorsque les circonstances font apparaître une toxicodépendance et un besoin d'une prise en charge.

2. La logique générique part d'une « structure moléculaire de base et spécifie les variantes qui seront concernées par l'interdiction » (Martinez, 2013).

En 2018, le Plan national de mobilisation contre les addictions (MILDECA, 2018a) entend réviser la réponse pénale à l'infraction d'usage. Le projet de loi de programmation pour la justice 2018-2022, dévoilé le 9 mars 2018 par la ministre de la Justice, prévoit une amende forfaitaire délictuelle. Dans le cadre de l'examen en première lecture, l'Assemblée nationale a fixé en novembre 2018 son montant à 200 euros.

Le cadre légal en matière d'alcool et tabac

Les réglementations relatives à l'alcool et au tabac convergent s'agissant de la protection des plus jeunes. Dans les autres domaines, elles se distinguent de façon souvent plus restrictive pour le tabac.

La vente ou la distribution gratuite à des mineurs des produits du tabac (papier et filtres compris) et de l'alcool sont interdites (art. L. 3342-1 et L. 3512-12 du CSP). L'interdiction s'étend aux cigarettes électroniques (art. L. 3513-5 du CSP). La personne qui délivre le produit peut exiger du client une preuve de sa majorité. Inciter un mineur à la consommation habituelle ou excessive d'alcool, voire à l'ivresse, est prohibé.

Depuis son instauration en 1992 (décret du 29 mai 1992 d'application de la loi du 10 janvier 1991 dite « Évin »), l'interdiction de fumer dans les lieux publics s'est étendue à tous lieux publics ou de travail fermés et couverts, tous transports publics et lieux couverts ou non accueillant des mineurs (art. R. 3511-1 du CSP). Depuis 2016, il est interdit de fumer dans un véhicule en présence d'un mineur (art. R. 3515-4 du CSP). L'usage de produits de vapotage est banni dans tout établissement destiné aux jeunes, transport en commun ou lieu de travail fermé et couvert à usage collectif (art. L. 3513-6 du CSP). L'ivresse publique et manifeste constitue une contravention de 2^e classe. Dans une enceinte sportive, elle constitue un délit passible d'emprisonnement, notamment en cas de violences. L'état alcoolique, au même titre que l'emprise de stupéfiants, est une circonstance aggravante des atteintes à la personne humaine, comme les violences entraînant une incapacité de travail (art. 222-12 et art. 222-13) ou les agressions sexuelles (art. 222-28 du code pénal). La vente ou la distribution gratuite à volonté de boissons alcoolisées (*open bar*) sont interdites sauf lors de fêtes traditionnelles et dégustations autorisées (art. L. 3322-9 du CSP), de même que la proposition temporaire de boissons alcoolisées à prix réduit (*happy hour*) si des boissons non alcoolisées ne sont pas également disponibles à prix réduit et sur la même période (art. L. 3323-1 du CSP).

L'ébriété n'est pas autorisée dans les locaux professionnels (art. R. 4228-21 du Code du travail). Dans le règlement intérieur, l'employeur peut limiter, voire interdire tout usage d'alcool sur le lieu du travail (art. R. 4228-20 du Code du travail) et doit préciser les conditions d'un éventuel contrôle d'alcoolémie ou de l'usage de stupéfiants auprès d'un salarié ou d'un candidat. Les tests sont pratiqués sur prescription du médecin du travail et l'interprétation des données biologiques et cliniques, soumises au secret médical, est de son ressort exclusif.

Les unités de conditionnement et les emballages des produits du tabac et de l'alcool doivent comporter obligatoirement des avertissements sanitaires homologués : image et texte pour le tabac, texte et logo préconisant

l'absence de consommation d'alcool durant la grossesse pour les alcools (arrêté du 2 octobre 2006). S'agissant du tabac, les emballages doivent être neutres et standardisés.

La publicité pour le tabac est interdite, y compris, depuis 2016, dans les points de vente. Celle en faveur de l'alcool est limitée à une liste de supports qui exclut la télévision et le cinéma mais autorise entre autres l'affichage public et, depuis 2009 (loi du 21 juillet 2009 dite HPST), le recours à des sites Web visant un public adulte, de façon « ni intrusive, ni interstitielle » (art. L. 3323-2 du CSP). Les contenus doivent être neutres, rapportés aux qualités gustatives et olfactives des produits. Depuis 2016, les alcools bénéficiant d'une appellation de qualité ou liés au patrimoine culturel sont autorisés à exploiter une large palette de sujets promotionnels (terroir, zone de production, indication géographique, savoir-faire, patrimoine culturel, gastronomique ou paysager, etc.) (art. L. 3323-3-1 du CSP, loi du 26 janvier 2016).

La limite légale d'alcoolémie pour les conducteurs est de 0,5 g/l de sang (0,25 mg/l d'air expiré), abaissée à 0,2 g/l pour les conducteurs de transport en commun et ceux en apprentissage ou détenteurs d'un permis probatoire (art. R. 234-1 du code de la route). En deçà de 0,8 g/l de sang, la conduite d'un véhicule est passible d'une contravention de 4^e classe, de la compétence du tribunal de police, au-delà elle constitue un délit relevant du tribunal correctionnel.

Jeux d'argent et de hasard

L'exploitation publique des jeux d'argent et de hasard (JAH) relève d'un régime légal dérogatoire à un principe général de prohibition, par l'octroi à quelques sociétés de droits d'exploitation des jeux de casinos, paris et loteries. En 2010, le marché des JAH en ligne est ouvert à la concurrence pour le poker, les paris sportifs et hippiques, dont le monopole revenait jusqu'alors à la Française des jeux (FDJ) et au Pari mutuel urbain (PMU) (loi du 12 mai 2010).

Les ministères chargés de l'Agriculture (loi du 2 juin 1891), de l'Intérieur (loi du 15 juin 1907 et art. L. 321-2 du code de la sécurité intérieure (CSI)) et du Budget (décret du 17 février 2006), délivrent respectivement les autorisations relatives aux courses et paris hippiques, aux casinos et enfin aux loteries, jeux de tirage ou de grattage. Sur Internet, l'Autorité de régulation des jeux en ligne (ARJEL) attribue les agréments aux opérateurs, contrôle leur activité et lutte contre les sites et opérations illégaux. La loi du 12 mai 2010, qui a instauré l'ARJEL et le Comité consultatif des jeux (abrogé en 2015, par le décret du 13 novembre), a introduit un nouvel objectif de l'État en matière de JAH : la prévention du jeu problématique – excessif ou pathologique.

Les mineurs, même émancipés, sont inéligibles à la pratique de tout JAH, à l'exception des compétitions de jeux vidéo, sur autorisation explicite du représentant légal qui doit être informé des enjeux financiers (art. L. 321-10 du CSI). Toute communication commerciale en faveur d'un opérateur légalement autorisé de JAH est bannie des médias à destination des mineurs et des salles de cinéma lorsqu'elles diffusent des œuvres accessibles aux mineurs. Elle doit être assortie d'une mise en garde contre le jeu excessif ou pathologique et mentionner le service d'aide « Joueurs Info Service ».

En 2018, le projet de loi « Pacte » prévoit la privatisation de la FDJ – dont l'État conservera au moins 20 % du capital après avoir été longtemps l'actionnaire majoritaire (72 %). Il annonce la création d'une autorité indépendante de régulation pour l'ensemble du secteur des JAH qui veille notamment à la mise en œuvre par les opérateurs de leur devoir de lutte contre le jeu excessif.

Références législatives

Loi du 2 juin 1891 ayant pour objet de réglementer l'autorisation et le fonctionnement des courses de chevaux. *JORF* du 3 juin 1891, p. 2 457.

Loi du 15 juin 1907 réglementant le jeu dans les cercles et les casinos des stations balnéaires, thermales et climatiques. *JORF* du 16 juin 1907, p. 4 177.

Loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie, et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses. *JORF* du 3 janvier 1971, p. 74-76.

Arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants. *JORF* n° 130 du 7 juin 1990, p. 6678-6680. (NOR SPSM9000498A)

Arrêté du 22 août 1990 portant application de l'article R.5181 pour le cannabis. *JORF* n° 230 du 4 octobre 1990, p. 12041-12042. (NOR SPSM9001750A)

Loi n° 91-32 [dite « Evin »] du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. *JORF* n° 10 du 12 janvier 1991, p. 615-618. (NOR SPSX9000097L)

Décret n° 92-478 du 29 mai 1992 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif et modifiant le code de la santé publique. *JORF* n° 125 du 30 mai 1992, p. 7263-7265. (NOR SANP9201055D)

Décret n° 2006-174 du 17 février 2006 relatif à l'organisation et à l'exploitation des jeux de loterie autorisés par l'art. 136 de la loi du 31 mai 1933 et par l'art. 48 de la loi n°94-1163 du 29 décembre 1994 et modifiant le décret n°78-1067 du 9 novembre 1978. *JORF* n° 42 du 18 février 2006, p. 2507. (NOR BUDB0510057D)

Arrêté du 2 octobre 2006 relatif aux modalités d'inscription du message à caractère sanitaire préconisant l'absence de consommation d'alcool par les femmes enceintes sur les unités de conditionnement des boissons alcoolisées. *JORF* n° 229 du 3 octobre 2006, p. 14626, texte n° 16. (NOR SANX0602395A)

Loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance. *JORF* n° 56 du 7 mars 2007, p. 4297. (NOR INTX0600091L)

Loi n° 2009-879 [dite HPST] du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. *JORF* n° 167 du 22 juillet 2009, p. 12184. (NOR SASX0822640L)

Loi n° 2010-476 du 12 mai 2010 relative à l'ouverture à la concurrence et à la régulation du secteur des jeux d'argent et de hasard en ligne. *JORF* n° 110 du 13 mai 2010, p. 8881. (NOR BCFX0904879L)

Circulaire CRIM n° 2012-6/G4 du 16 février 2012 relative à l'amélioration du traitement judiciaire de l'usage de stupéfiants. *BO Justice* n° 2012-02 du 29 février 2012. (NOR JUSD1204745C)

Arrêté du 27 juillet 2012 modifiant les arrêtés du 22 février 1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants et la liste des substances psychotropes. *JORF* n° 178 du 2 août 2012, p. 12664, texte n° 28. (NOR AFSP1230815A)

Décret n° 2015-1469 du 13 novembre 2015 portant suppression de commissions administratives à caractère consultatif. *JORF* n° 264 du 14 novembre 2015, p. 21251, texte n° 1. (NOR PRMX1522920D)

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. *JORF* n° 22 du 27 janvier 2016, texte n° 1. (NOR AFSX1418355L)

Circulaire du 12 mai 2017 sur les mesures alternatives aux poursuites et référentiel. *BO Justice* n° 2017-5 du 31 mai 2017. (JUSD1714357C)

Opinions et perceptions sur les drogues en 2018

Alex Brissot, Stanislas Spilka

L'OFDT réalise régulièrement depuis 1999 (Beck, 2000) une Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EROPP). Son cinquième exercice s'est déroulé entre novembre et décembre 2018 auprès de 2 001 adultes interrogés par téléphone (Spilka, 2019). Cette enquête a été élaborée dans une double perspective : observer l'évolution des opinions de la population française et documenter les représentations sociales autour d'enjeux d'actualité (perception des risques liés à la consommation d'alcool, de tabac et de cannabis, opinions sur la législation en vigueur et les salles de consommation à moindre risque). La mesure d'une opinion ou d'un jugement de valeur est à considérer avec précaution. En effet, cette quantification fige un « objet » qui, par sa nature, est susceptible de varier selon le contexte sociopolitique, l'écho médiatique de certains événements et le degré de connaissance des répondants sur la question¹.

Le tabagisme et l'abus d'alcool toujours considérés comme posant davantage de problèmes que les drogues illicites

Les usages des deux substances licites continuent d'être perçus par une majorité des enquêtés comme celles posant le plus de problèmes à la société française (les problèmes potentiels n'étant pas explicités dans la question). Ainsi, deux tiers des personnes interrogées (65 %) adhèrent à l'opinion selon laquelle « l'abus d'alcool pose plus de problème à la société que l'usage de drogues (illicites) » et plus de la moitié (55 %) le pensent pour le tabagisme (tableau 1). Ces proportions sont restées inchangées entre 2013 et 2018 (Tovar, 2013).

1. Il convient de signaler également que la méthode des quotas utilisée ici, comme pour la plupart des enquêtes d'opinion, repose sur une assise théorique limitée qui appelle à interpréter avec prudence les résultats et leur généralisation à l'ensemble de la population.

Tableau 1. Opinions sur les problèmes suscités par le tabagisme/l'abus d'alcool par rapport à l'usage de drogues illicites, en 2013 et 2018 (en %)

	Tabagisme		Abus d'alcool	
	2013	2018	2013	2018
Tout à fait d'accord	22	21	28	26
Plutôt d'accord	29	34	37	39
Plutôt pas d'accord	26	23	21	20
Pas du tout d'accord	21	19	11	12
Ne sait pas	2	3	2	3

Sources : EROPP 2013 et 2018, OFDT

Questions 2018 : « Si je vous dis : certains pensent que le tabagisme/l'abus d'alcool pose plus de problèmes à la société que l'usage des drogues. Êtes-vous... ? »

Par ailleurs, une minorité (28 %) des enquêtés estiment possible d'arriver « à ce que personne ne fume de tabac ». Ils sont pratiquement deux fois moins nombreux (17 %) dans le cas de l'alcool.

Interrogés sur la mise en place de nouvelles mesures pour lutter contre les consommations de tabac ou d'alcool, les enquêtés se montrent plus réservés. Si la plupart (64 %) ne rejettent pas, par exemple, la possibilité d'interdire totalement la publicité pour l'alcool (ce qui correspondrait à un durcissement de la loi Évin), ils sont en revanche plus circonspects sur les politiques d'augmentation des prix. Ainsi, plus de la moitié (55 %) désapprouvent l'idée d'une augmentation du prix du tabac² pour en limiter l'accessibilité et plus des deux tiers (67 %) sont contre l'idée d'une augmentation régulière du prix des boissons alcoolisées, à l'exemple de ce qui a été fait jusqu'ici pour les cigarettes.

Opposition à la légalisation du cannabis mais large consensus en faveur de son usage thérapeutique

Un peu plus de un répondant sur deux (54 %) dit ne pas être favorable à la légalisation du cannabis, un tiers des personnes interrogées (33 %) étant complètement en désaccord avec cette éventualité (figure 1).

Lorsque que l'on explicite un modèle de régulation possible, l'opinion des Français se durcit, puisque 61 % des personnes interrogées indiquent être défavorables à l'idée que le cannabis puisse être mis en vente libre comme le tabac ou l'alcool. Cette proportion apparaît toutefois en recul par rapport à l'enquête 2013, où ils étaient 77 % à se déclarer opposés à cette éventualité (figure 2).

En revanche, une très large majorité des Français interrogés (91 %) estiment en 2018 que la consommation de cannabis pourrait être prescrite par les médecins dans le cadre de certaines maladies graves ou chroniques, plus de la moitié des répondants (56 %) étant tout à fait d'accord avec cette proposition (figure 3).

2. Les réponses à cette question sont à lire dans le contexte socio-politique du dernier trimestre 2018 marqué par le mouvement des « gilets jaunes ».

Figure 1. Opinions sur la légalisation du cannabis en 2018 (en %)

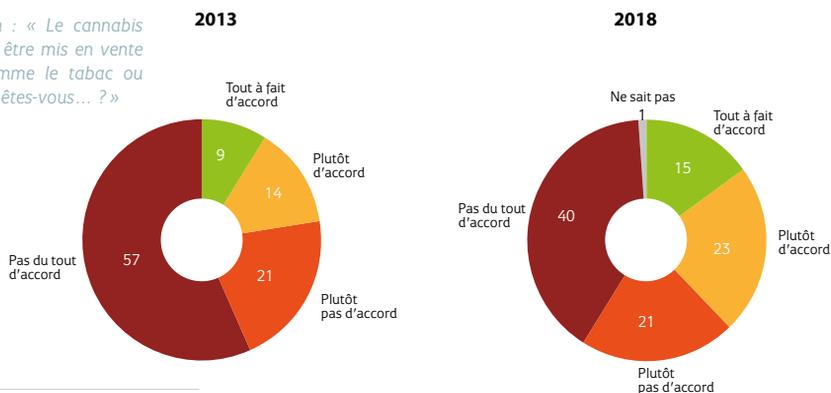


Question : « Seriez-vous tout à fait, plutôt, plutôt pas ou pas du tout d'accord pour que le cannabis soit légalisé ? »

Source : EROPP 2018, OFDT

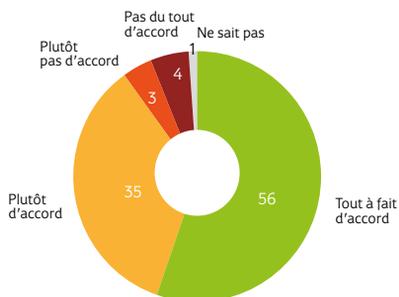
Figure 2. Opinions sur la vente libre du cannabis comme le tabac et l'alcool en 2013 et 2018 (en %)

Question : « Le cannabis pourrait être mis en vente libre comme le tabac ou l'alcool ; êtes-vous... ? »



Source : EROPP 2013-2018, OFDT

Figure 3. Opinions sur l'utilisation du cannabis dans un cadre médical (en %)



Question : « La consommation de cannabis pourrait être prescrite par les médecins dans le cadre de certaines maladies graves ou chroniques ; êtes-vous... ? »

Source : EROPP 2018, OFDT

Héroïne et cocaïne invariablement perçues comme dangereuses dès le premier usage

Depuis la première enquête en 1999, EROPP interroge les Français sur leur perception de la dangerosité des différents produits selon différentes fréquences de consommation (dont la simple expérimentation sans consommation ultérieure).

Le classement des substances jugées dangereuses dès le stade de l'expérimentation n'a pas changé depuis 1999. La plupart des répondants considèrent l'héroïne (82 %) et la cocaïne (76 %) comme des substances dangereuses dès le premier usage (tableau 2). Un sur deux partage cet avis pour le cannabis (46 %). À l'inverse, pour le tabac et l'alcool, c'est principalement l'usage quotidien qui est perçu dangereux pour la santé par respectivement 47 % et 65 % des répondants. Une minorité des enquêtés cite l'expérimentation comme seuil de dangerosité pour ces deux substances licites : 34 % pour le tabac et 10 % pour l'alcool.

Tableau 2. Perception de la dangerosité des drogues dès l'expérimentation (en %)

	2013	2018
Héroïne	90	82
Cocaïne	85	76
Cannabis	54	46
Tabac	41	34
Alcool	11	10

Question 2018 concernant le cannabis : « Selon vous, à partir de quand devient-il dangereux pour la santé de fumer du cannabis ? »

Source : EROPP 2018, OFDT

Adhésion au principe des salles de consommation à moindre risque

En 2016, les premières salles de consommation à moindre risque (SCMR) ouvraient à Paris et à Strasbourg. Il a semblé important d'interroger les Français sur leur connaissance et leur adhésion à ce dispositif qui ont pu faire à l'époque de leur mise en place l'objet de vifs débats.

Tableau 3. Opinion des Français sur les SCMR existantes (en %)

	2018
Très bonne chose	30
Plutôt bonne chose	51
Plutôt mauvaise chose	9
Très mauvaise chose	8
Ne sait pas	3

Question 2018 : « Il en existe actuellement 2 en France (à Paris et à Strasbourg). Trouvez-vous que c'est une ... ? »

Source : EROPP 2018, OFDT

Une large majorité (82 %) avait déjà entendu parler de l'existence des SCMR et une part tout aussi importante (81 %) estime que les deux salles existantes actuellement en France (à Paris et Strasbourg) sont une bonne chose (tableau 3). La mise en place d'autres salles en France reçoit également l'adhésion de trois quarts des personnes interrogées (76 %)³.

Enfin, depuis le tout premier exercice, l'enquête EROPP interroge l'adhésion à l'idée que l'« on peut arriver à ce que personne ne se drogue ». En 2018, comme en 1999, sept enquêtés sur dix (71 %) ont dit ne pas souscrire à cette opinion, sans qu'il soit cependant possible de savoir si c'est la perspective qu'ils réfutent ou si, de manière plus pragmatique, ils considèrent tout simplement que ce n'est pas possible en pratique.

3. EROPP avait également abordé le thème des SCMR en 2008 puis 2012. Cependant, les formulations proposées ont évolué, ne permettant pas de comparaisons (Jaufret-Roustide, 2013). L'enquête a étoffé sa question en informant les enquêtés sur le contexte et les ambitions des SCMR. En 2018, notamment, le paragraphe introductif suivant était lu à l'enquêté : « Il s'agit d'un espace réservé aux personnes qui s'injectent des drogues où elles peuvent venir consommer les produits qu'elles apportent dans de bonnes conditions sanitaires en présence d'un personnel formé afin d'éviter les overdoses et les infections et éviter qu'elles s'injectent dans l'espace public. »

Prévention, les évolutions récentes

Carine Mutatayi

La prévention des conduites addictives vise à éviter, retarder ou limiter ces dernières. Elle s'appuie au plan national sur des campagnes médiatiques destinées à peser sur les représentations pour encourager des comportements favorables à la santé et sur des dispositions légales contribuant à réduire l'exposition aux produits (constitutives d'une prévention dite « environnementale »). L'intervention directe par des actions locales dans divers lieux de vie sociale constitue un troisième levier vers la population générale (prévention universelle), notamment en milieu scolaire, ou auprès de groupes plus à risque face aux drogues (prévention sélective) (Mutatayi, 2016a). Enfin, entre prévention et prise en charge, 250 consultations jeunes consommateurs (CJC) conseillent les jeunes usagers et leurs familles pour qu'ils réduisent leurs usages et les risques associés (Protais, 2016b).

Ces réponses s'organisent et s'articulent à différentes échelles du territoire, en mobilisant de nombreux acteurs (Mutatayi, 2018). Alors que les aspects légaux (prévention environnementale) et l'activité des CJC sont traités par ailleurs dans l'ouvrage, ce chapitre résume les principaux développements intervenus récemment en ce qui concerne les campagnes médias et les actions de terrain en matière de prévention des addictions en France.

Des campagnes interrogeant la norme sociale

Depuis 2013, l'essentiel des campagnes nationales de prévention, menées par l'INPES puis par Santé publique France (SpF), ciblent le grand public, principalement au sujet de l'alcool ou du tabac (notamment, pour ce dernier produit, lors des journées mondiales sans tabac ou des opérations « Mois sans tabac »). La campagne dédiée aux CJC en 2015 se distingue en abordant le cannabis et les jeux vidéo en plus de l'alcool. Certaines campagnes ciblent des publics spécifiques, comme celles dirigées vers les femmes enceintes à propos du syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) (« Vous buvez un peu, il boit beaucoup », septembre 2017, et « Zéro alcool pendant la grossesse », septembre 2018).

Au cours des dernières années, plusieurs leviers de communication ont prévalu sur le fond : a) rappeler la réalité objective des risques liés aux consommations (« Le tabac tue un fumeur sur deux », septembre 2014) ; b) dénoncer les idées reçues, dans un but de « dénormalisation » des produits (« Quand on est libre, pourquoi choisir d'être dépendant ? », octobre 2013) ; c) valoriser des moyens de résister aux incitations à consommer face à la pression sociale sans s'exclure du groupe (campagnes « Oui, on peut dire non », novembre 2013 ; websérie *Esquive la tise* pour les 14-18 ans, décembre 2014) ; d) soutenir l'auto-efficacité des personnes désireuses de limiter ou de cesser leurs consommations en promouvant les aides disponibles (campagne CJC, janvier-février et novembre 2015 ; campagnes de

promotion de Tabac Info Service, diffusées de nombreuses fois depuis une dizaine d'années). Fait marquant, les années récentes ont vu l'apparition d'opérations qui dépassent le cadre classique des campagnes médias en stimulant la « contagion sociale »¹, selon un principe de marketing social. C'est le cas de l'opération « Mois sans tabac », lancée en 2016 (inspirée du dispositif anglais *Stoptober*), ou encore de la campagne d'influence pour la prévention du SAF, portée par des blogueurs et des célébrités. Durant cette période, la communication manie souvent la norme sociale, l'influence sociale et l'affirmation de ses propres choix face au groupe. Ces campagnes font l'objet de tests avant, voire après, leur émission afin d'apprécier chez le public ciblé la mémorisation et la résonance des messages préventifs ainsi que son intention de changer de pratiques.

Parfois, des évaluations ad hoc sont aussi menées afin de démontrer l'impact d'opérations médias sur les comportements escomptés, comme la baisse du tabagisme dans le sillage des campagnes tabac de 2014 et 2016 (Guignard *et al.*, 2018a, 2018b) ou l'augmentation des recours aux CJC à la suite de la campagne qui leur a été consacrée en 2014 (Cogordan *et al.*, 2018).

En plus des canaux classiques (télé, radio, presse, affiches), ces campagnes sont relayées via des supports digitaux – vidéo sharing, réseaux sociaux, etc. – offrant aussi des déclinaisons interactives d'autoévaluation des usages (ex. : site http://www.alcool-info-service.fr/evaluer/etape_1) ou d'intervention (ex. : application pour smartphone d'aide à la réduction du tabagisme et au sevrage de Tabac Info Service). En septembre 2018, la campagne nationale d'information prônant le principe de précaution « Zéro alcool pendant la grossesse » est diffusée sur Internet, en plus de la presse.

En septembre 2016, l'INCa et le ministère de la Santé relayaient le chiffre de 40 % de cancers évitables et quatre conseils simples « Ne pas fumer, éviter l'alcool, bouger plus, manger mieux », via la presse, le site www.e-cancer.fr et les réseaux sociaux.

En mars 2017, la campagne *Listen First*, créée à l'initiative de l'ONUUDC, de l'OMS et des gouvernements français et suédois, est lancée dans 52 pays. Destinée aux décideurs, parents, enseignants, professionnels de santé et de la prévention, la campagne soutenait l'écoute bienveillante des jeunes et le développement des compétences psychosociales (CPS), dans une approche globale et efficace de prévention, pour le bien-être des familles et des communautés.

L'élan donné aux interventions directes locales

Au collège et au lycée, la prévention des conduites addictives est planifiée en comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC), présidé par le chef d'établissement. Depuis 2016, elle s'inscrit aussi dans le cadre du parcours éducatif de santé pour tous les élèves (PES), voué à réduire les inégalités sociales de santé et d'éducation, pour la réussite des élèves de la maternelle au lycée. Le PES

1. La contagion sociale est la diffusion d'idées, d'attitudes ou de comportements dans un groupe par l'imitation et la conformité (selon la théorie de l'imitation de Gabriel Tarde, 1903).

doit structurer des mesures propices aux apprentissages et au bien-être des élèves (restauration, ergonomie, etc.), la prévention des conduites à risque ainsi que des activités éducatives intégrées aux enseignements (circulaire du 28 janvier 2016). Le plan national de prévention adopté en 2018 soutient une approche globale de promotion de la santé à l'école dans le cadre des PES, favorisant les CPS, le bien-être, le bon climat scolaire et la persévérance scolaire (Direction générale de la santé, 2018).

Depuis 2013, universités et grandes écoles accueillent de nouveaux dispositifs préventifs, tels que les « étudiants-relais santé » (apportant conseils et matériel de prévention à leurs pairs) et les sites Web d'information et d'auto-évaluation (www.addictprev.fr; <http://leplanb.info/>). Le guide « cpas1 option » fournit des outils pour la programmation de la prévention des addictions à l'université. De 2014 à 2018, une convention liait les grandes écoles et la MILDECA afin de mieux intégrer les références scientifiques dans les actions de sensibilisation et de formation inscrites dans leur politique de prévention des addictions.

De 2015 à 2018, plusieurs congrès nationaux ont encouragé les parties prenantes de la prévention en entreprise à renforcer une logique de prévention collective des addictions en milieu professionnel et à se distancier d'une logique répressive longtems associée au dépistage au travail, au profit de l'accompagnement vers le soin des salariés en besoin. Les portails www.addictaide.fr et www.intervenir-addictions.fr fournissent conseils et ressources utiles.

L'émergence des approches évaluées comme efficaces

La recherche, notamment au plan international, a mis au jour certains programmes modélisés, qui sont démontrés comme « efficaces » pour avoir entraîné une baisse des niveaux de consommation chez leurs publics-cibles. Ces approches fondées sur des données probantes (*evidence-based*) suscitent un intérêt croissant. Diverses valorisations des connaissances scientifiques en témoignent (du Roscoät et al., 2013 ; Guillemont et al., 2013 ; INSERM, 2014 ; Mutatayi, 2016b, 2017 ; Wilquin et al., 2013). De 2014 à 2017, la Commission interministérielle de prévention des conduites addictives (CIPCA) a illustré également cet élan, visant à renforcer la qualité des programmes de prévention des conduites addictives et la promotion des programmes évalués positivement.

L'adaptation en France de programmes validés comme efficaces au plan international progresse modestement depuis 2013, avec le soutien de l'INPES/SpF, de fédérations ou de réseaux du champ des addictions. En effet, si plusieurs tentatives de transfert ont vu le jour en France, elles demeurent encore localisées et l'investissement technique, financier et humain requis pour ajuster des modalités opérantes à plus grande échelle freine l'essaimage. L'extension des pilotes constitue un défi pour les promoteurs nationaux et locaux. Les plus connus sont les programmes suivants, plus longuement décrits dans l'ouvrage *Jeunes et addictions* (Mutatayi, 2016b) :

- Unplugged (Faggiano et al., 2010), avec des résultats d'évaluation très positifs dans la région d'Orléans (Lecrique, 2019) ;

- Good Behavior Game ou GBG (Kellam *et al.*, 2011) en école élémentaire, lancé à Valbonne Sophia-Antipolis (Kiefel *et al.*, 2018) ;
- Strengthening Families Program (SFP) (Fox *et al.*, 2004 ; Kumpfer, 2015) expérimenté sous le nom de « Programme de soutien aux familles et à la parentalité », ou PSFP, dans quelques villes des Alpes-Maritimes et de Saône-et-Loire (Roehrig et Pradier, 2017) ;
- A Stop Smoking in Schools Trial ou ASSIST (Campbell *et al.*, 2008) mis en œuvre auprès de collégiens français en France (Eker *et al.*, 2017).

À l'horizon 2022, chaque région académique devrait déployer des programmes validés basés sur les CPS, contribuant au bon climat scolaire et à la prévention des conduites à risque (MILDECA, 2018a). Le plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 soutient également la mise en œuvre de programmes validés tels que SFP destinés à développer notamment les compétences parentales (MILDECA, 2018a).

Référence législative

Circulaire n° 2016-008 du 28 janvier 2016 relative à la mise en place du parcours éducatif de santé pour tous les élèves. *BO Éducation nationale* n° 5 du 4 février 2016. (NOR MENE1601852C)

Interventions en réduction des risques et des dommages

Anne-Claire Brisacier, Cristina Díaz Gómez, Maitena Milhet,
Julien Morel d'Arleux

Les interventions de réduction des risques et des dommages (RdRD) s'adressent à des publics vulnérables dont les pratiques d'usage de substances psychoactives les exposent à des risques majeurs. Elles visent à réduire les conséquences néfastes des consommations de drogues licites ou illicites, sans exiger au préalable des usagers de drogues un arrêt ou une diminution de leurs consommations (IHRA, 2010). La RdRD s'appuie notamment sur la distribution de matériel à usage unique (seringues, pipes à crack, matériel de snif, kits d'injection et d'inhalation...) et la diffusion des traitements de substitution aux opioïdes. Dans les années 1990, ces deux mesures ont été au centre de la lutte contre l'épidémie de VIH-sida parmi les usagers de drogues par voie injectable. La prévention des pathologies infectieuses a progressivement été élargie à travers des mesures d'incitation au dépistage du VIH et des hépatites B et C, ainsi que la vaccination contre le VHB et le traitement curatif de l'hépatite C. Une autre finalité majeure de la politique de RdRD est de favoriser l'accès des usagers de drogues aux soins et aux droits sociaux (logement, formation, emploi...), notamment pour les plus démunis et désocialisés. De nouveaux dispositifs de RdRD ont été initiés récemment, tels que l'ouverture de deux salles de consommation à moindre risque et le développement d'un programme de distribution de kits de naloxone.

Les CAARUD au cœur de la RdRD

La réduction des risques et des dommages, historiquement développée par des acteurs militants issus d'associations de lutte contre le sida et du secteur de soins pour usagers de drogues, s'est institutionnalisée au fil du temps. Inscrite dans la loi de santé publique en 2004, elle figure désormais dans les différents plans gouvernementaux de prévention des conduites addictives et dans les stratégies nationales de santé. Dès leur mise en place, à partir de 2005, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) ont constitué un élément essentiel de cette politique. Ils reprennent les missions définies dans le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue (décret du 14 avril 2005) : mettre à disposition le matériel de RdRD lié à l'usage de drogues et à la sexualité, répondre aux besoins les plus élémentaires (hygiène de base), maintenir un lien social ou l'écoute des usagers, inciter au dépistage des maladies infectieuses et aux vaccinations, favoriser l'orientation vers le système de soins, l'accès aux droits sociaux, au logement et à l'insertion professionnelle. On dénombre 146 CAARUD répartis sur le territoire français (métropole et DOM). Près de 75 000 personnes y ont été accueillies en 2015. Les lieux d'intervention de la RdRD sont aujourd'hui variés, en vue de s'adapter au mieux à la diversification des usages et des usagers : en plus des lieux d'accueil fixes, les équipes des CAARUD développent « l'aller vers » qui consiste à aller à la rencontre des usagers, qu'ils soient dans la rue, en squat, sur des lieux festifs ou en prison, grâce à des bus, des stands ou des maraudes (Díaz Gómez et Milhet, 2016).

Mise à disposition des matériels de prévention

Afin d'endiguer l'épidémie de VIH-sida chez les usagers de drogues, la première mesure de RdRD a été la libéralisation de la vente de seringues en pharmacie en 1987. En 2015, on estime qu'environ 110 seringues ont été distribuées en moyenne par usager injecteur au cours des douze derniers mois, soit près de 12 millions de seringues pour un peu plus de 100 000 injecteurs âgés de 15 à 64 ans (Díaz Gómez, 2018 ; Janssen, 2018). Le niveau de couverture se situe ainsi en deçà du seuil de 200 seringues recommandé par l'OMS (WHO *et al.*, 2012). Au total, ce chiffre de 12 millions de seringues distribuées ou vendues aux usagers de drogues en France en 2015, est en très légère hausse par rapport aux 10 millions distribuées en 2010. La distribution est assurée essentiellement par les CAARUD (61 % des seringues) et les ventes en pharmacie sous forme de kits d'injection, les Stéribox®, qui comportent deux seringues (28 %). Le reste provient de CSAPA, d'automates hors gestion CAARUD et de la RdRD à distance (Díaz Gómez, 2018). Afin de mieux protéger les usagers des risques infectieux et, en particulier, pour lutter plus efficacement contre les contaminations bactériologiques et fongiques liées à l'injection, de nouveaux kits d'injection ont été expérimentés en 2015 (Milhet, 2016) en vue de leur généralisation au sein du réseau de distribution du matériel en place (CAARUD, officines de ville et automates). En plus du matériel stérile d'injection, sont également distribués en CAARUD des pailles pour le snif, des pipes à crack, particulièrement à destination des « crackers » précaires, des feuilles pour fumer ou « chasser le dragon » (voir définition p. 36), mode d'usage encouragé comme alternative moins risquée à l'injection. Des matériels de prévention des infections sexuellement transmissibles ou de prévention des accidents routiers sont également fournis, ainsi que des brochures et des flyers d'information.

Accès aux traitements de substitution et prévention des surdoses

L'introduction des traitements de substitution aux opioïdes (TSO) en 1995 a contribué avec la distribution de matériel d'injection stérile au contrôle de l'épidémie de VIH-sida parmi les usagers de drogues par voie injectable. Les TSO ont aussi permis la réduction des décès par surdose d'opioïdes, et plus généralement l'amélioration de l'état de santé et des conditions de vie des personnes dépendantes aux opioïdes (voir chapitre « Les personnes prises en charge pour conduites addictives dans le système de soins », p. 60). Depuis 2016, pour lutter plus efficacement contre les surdoses mortelles aux opioïdes, un programme de distribution de la naloxone (antidote aux surdoses d'opioïdes) sous forme de spray nasal a été mis en place en France. Un millier de kits de naloxone ont été distribués aux usagers de drogues à la fin de l'année 2017 et 21 personnes ayant fait une surdose ont été traitées avec une évolution favorable (ANSM et INDIVIOR UK Ltd, 2018). Ces kits sont délivrés gratuitement et sans ordonnance aux usagers en CSAPA et en CAARUD mais ils ne sont pas disponibles en pharmacie d'officine. La spécialité de naloxone par voie nasale, Nalscue®, a obtenu une autorisation de mise sur le marché en juillet 2017. Elle est commercialisée depuis janvier 2018. Les usagers prioritaires sont les personnes sortant de prison à risque de surdoses opioïdes ainsi que celles ayant suivi un sevrage des opioïdes.

Renforcement du dépistage et de la prévention des maladies infectieuses

En matière de dépistage des maladies infectieuses, la mise en œuvre des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) combinés du VIH, du VHC et du VHB, du Fibroscan® (mesure non invasive de la fibrose du foie) et des buvards¹ constitue une réponse de proximité complémentaire à l'égard des usagers de drogues en matière de dépistage (Hoareau et Reynaud-Maurupt, 2018). En 2016, la pratique des TROD a été étendue, au-delà des seuls professionnels de santé, aux personnels des CAARUD ayant reçu une formation adaptée.

Cette offre de dépistage à destination des publics les plus exposés est articulée avec le dépistage en ville et l'accès aux traitements du VIH et des hépatites B et C. Le traitement antiviral hautement actif du VIH est disponible depuis 1996, les antiviraux à action directe (ADD) pour le traitement des usagers infectés par VHC le sont depuis 2014. Depuis juin 2016, ce traitement est pris en charge par l'Assurance-maladie à 100 % pour les usagers de drogues qui échangent du matériel (quel que soit leur stade de fibrose) et, depuis août 2017, l'accès au traitement a été étendu à l'ensemble des adultes présentant une hépatite C chronique. Entre 2014 et mars 2018, 60 000 patients atteints d'hépatite C chronique ont ainsi été traités par les ADD.

La RdRD en prison

Depuis la loi pénitentiaire de 2009, différents textes proposent de consolider les mesures de réduction des risques et des dommages en prison (Branchu et al., 2015). Les principaux axes d'amélioration escomptés concernent le renforcement de la couverture et du rôle des CSAPA référents, la systématisation des tests de dépistage et l'accès généralisé à l'ensemble des mesures de réduction des risques existantes, y compris les programmes d'échange de seringues. La loi de modernisation de santé de 2016 réaffirme ces ambitions (article 41) en rappelant leur nécessaire adaptation au milieu carcéral. Le plan définissant la stratégie de santé des personnes placées sous main de justice, paru en avril 2017 (Ministère des Affaires sociales et de la Santé et Ministère de la Justice, 2017), renforce les moyens de dépistage du VIH, VHC et VHB, en proposant de développer l'usage des tests rapides d'orientation diagnostique et de renouveler le dépistage pendant la détention (MILDECA, 2018a). Il encourage également à améliorer le repérage des conduites addictives en instaurant un bilan de santé « relatif à sa consommation de produits stupéfiants, de médicaments psychotropes, d'alcool et de tabac » obligatoire à l'entrée en détention. Selon une enquête réalisée auprès de 38 % des unités sanitaires en 2016 (64 sur 168) (Remy et al., 2017), le dépistage du VIH et du VHC est effectif pour 70 % des détenus, avec un rendu systématique des résultats dans 72 % des unités sanitaires. Les méthodes non invasives d'évaluation de la fibrose hépatique sont disponibles dans 84 % des unités sanitaires, qui sont 56 % à bénéficier d'une consultation spécialisée sur site. Enfin, 66 % de ces unités sanitaires ont mis en place au moins un traitement par antiviraux à action directe (AAD) en 2015. Le remboursement de ce traitement a été facilité par la circulaire ministérielle du

1. Une goutte de sang prélevée au bout du doigt est déposée sur un buvard envoyé à un laboratoire pour le dépistage du VHC, du VHB et/ou du VIH. Il n'est pas possible de rendre un résultat d'analyse immédiat comme avec les TROD, mais pour le VHC, la détection de l'ARN viral en plus des anticorps, permet de distinguer une hépatite C chronique active d'une hépatite C guérie.

29 avril 2015, mais il n'y a pas eu d'étude plus récente pour mesurer l'évolution des prises en charge. La stratégie de santé des personnes placées sous main de justice (Ministère des Affaires sociales et de la Santé et Ministère de la Justice, 2017) prévoit de renforcer la capacité à agir et la participation effective des personnes détenues en matière de promotion de la santé (voir chapitre « Interventions auprès de publics spécifiques », p. 103).

Nouveaux programmes de RdRD à destination des usagers injecteurs

Des dispositifs innovants de consommation à moindre risque se sont développés ces dernières années (Beck *et al.*, 2016b). Comme il en existe dans sept autres pays européens, deux salles de consommation à moindre risque ont ouvert en France en 2016 (EMCDDA, 2017), à Paris et à Strasbourg, pour une expérimentation d'une durée maximale de six ans inscrite dans la loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé. Destinées à des usagers précaires qui injectent eux-mêmes les produits qu'ils ont apportés, en utilisant le matériel de consommation mis à leur disposition, sous la supervision d'un professionnel, elles ont vocation à réduire les contaminations et les surdoses mortelles ainsi qu'à améliorer la tranquillité publique là où elles sont mises en place (réduction des scènes ouvertes de consommation...). Au cours de leur première année de fonctionnement, elles ont respectivement accueilli 903 et 254 usagers différents. Parmi les produits les plus consommés figurent le Skenan® (sulfate de morphine), sur les deux sites, le crack inhalé ou injecté à Paris et la cocaïne à Strasbourg (Avril, 2018 ; Bader, 2018). Le développement de ces salles reste aujourd'hui limité car leur implantation nécessite de réunir les conditions de leur acceptabilité sociale (Jauffret-Roustide, 2016). Le programme AERLI (Accompagnement et éducation aux risques liés à l'injection) propose à des usagers de drogues injecteurs un apprentissage des gestes et conditions d'asepsie nécessaires pour réduire les risques infectieux, bactériens et les dommages veineux liés à l'injection (Roux *et al.*, 2017). Le projet « Change le programme » a pour ambition d'éviter l'initiation à l'injection ou du moins de la retarder et de la sécuriser. Le principe est d'agir sur les primo-injections en intervenant auprès des usagers déjà injecteurs, potentiels initiateurs, pour les aider à mieux percevoir ce qui, dans leur comportement, peut constituer une incitation à l'injection et pour augmenter leur capacité à gérer les demandes d'initiation, soit par le refus, le report ou la transmission des pratiques à moindres risques (Michels *et al.*, 2017).

Références législatives

Décret n° 2005-347 du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue et complétant le code de la santé publique. *JORF* n° 88 du 15 avril 2005, p. 6 732, texte n° 5. (NOR SANP0521129D)

Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire. *JORF* n° 273 du 25 novembre 2009, p. 20192, texte n° 1. (NOR JUSX0814219L)

Circulaire DGOS du 29 avril 2015 relative à la facturation des antiviraux d'action directe (AAD) pour les patients pris en charge en ambulatoire dans les unités sanitaires en milieu pénitentiaire. (NOR AFSH1510559C)

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. *JORF* n° 22 du 27 janvier 2016, texte n° 1. (NOR AFSX1418355L)

Le dispositif de traitement des addictions

Christophe Palle

Les personnes en difficulté avec leurs conduites addictives peuvent trouver de l'aide auprès de différents professionnels et structures. Marqué auparavant par le clivage alcool/drogues illicites et une implication relativement faible des médecins généralistes et des hôpitaux généraux, le dispositif a évolué depuis la fin des années 1990 après l'adoption du concept d'addiction et la mise en œuvre des plans de la MILDT¹ de 1999-2001 (MILDT, 2000) et 2004-2008 (MILDT, 2004) et du plan addictions 2007-2011 (Ministère de la Santé et des Solidarités, 2006). Le système de prise en charge des addictions vise à permettre la continuité des soins en articulant trois pôles complémentaires : les structures spécialisées, centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), les hôpitaux et la médecine de ville. Cette partie décrit le dispositif de soins en addictologie. L'ensemble de l'offre dans le domaine de la réduction des risques est abordé précédemment (voir chapitre « Interventions en réduction des risques et des dommages », p. 95).

Le pôle médico-social : les CSAPA

Les CSAPA sont des structures à caractère médico-social assurant vis-à-vis des personnes en difficulté avec leurs conduites addictives un accueil de proximité, une prise en charge pluridisciplinaire (médicale, psychologique, sociale et éducative) et un suivi dans la durée tout au long du parcours de soins. Cette prise en charge est effectuée gratuitement et dans le respect de l'anonymat. Ils reçoivent et accompagnent également l'entourage des usagers. Leurs missions communes englobent l'accueil, l'orientation, le traitement des addictions et la réduction des risques. Les CSAPA regroupent des centres auparavant spécialisés dans la prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool ou avec les drogues illicites (circulaire du 28 février 2008). Ils peuvent conserver leur spécialisation antérieure, mais une part importante, environ 65 % en 2016, se définissent désormais comme généralistes, 18 % se déclarant spécialisés en alcoologie et 17 % dans les drogues illicites (Palle et Rattanatray, 2018). Aux missions obligatoires indiquées plus haut peuvent s'ajouter des missions facultatives : consultations de proximité à l'extérieur de leurs locaux (incluant les consultations jeunes consommateurs (CJC)) et repérage précoce des usages nocifs, prise en charge des addictions sans substance, intervention auprès des personnes détenues ou sortant de prison, activité de prévention, de formation et de recherche. En 2016, 71 % des CSAPA indiquent disposer d'une CJC et un peu plus de la moitié déclarent intervenir en milieu carcéral, dont 11 qui y consacrent toute leur activité (Palle et Rattanatray, 2018).

Ces centres peuvent accueillir leur public dans un cadre ambulatoire ou en résidentiel. Les CSAPA en ambulatoire, au nombre de 377 en 2016, sont présents dans l'ensemble des départements français. Un même CSAPA peut disposer d'antennes et de consultations avancées. Ces centres sont majoritairement gérés par des associations, mais 37 % d'entre eux dépendent d'un établissement public de santé (Palle et Rattanatray, 2018). Tous sont financés par le budget de l'Assurance-maladie pour ce qui concerne la prise

1. Devenue MILDECA en 2014.

en charge médico-sociale. Les CSAPA doivent en revanche rechercher des financements spécifiques pour les activités de prévention. Ces structures ont accueilli en 2016 environ 293 000 personnes, pour un contact ponctuel dans certains cas (au moins 20 %) et dans le cadre de suivis de plus ou moins longue durée pour les autres. En 2016, elles employaient environ 4 200 professionnels en équivalent temps plein, répartis en emplois sanitaires (49 %, dont 13 % de médecins), socio-éducatifs (22 %), de directeurs et de secrétaires (24 %) et « autres » (5 %). Le budget de ces structures représentait 324 millions d'euros en 2016 (Palle et Rattantray, 2018).

Le regroupement administratif des centres en ambulatoire auparavant spécialisés en alcoologie ou en toxicomanie, à la fin des années 2000, s'est traduit par un certain nombre de fusions entre centres au plan local et par une diversification progressive des publics au cours des années 2010. Cependant, les spécialisations antérieures demeurent très présentes, y compris dans les structures qui se revendiquent généralistes. En dehors des fusions, le nombre de CSAPA en ambulatoire a peu évolué entre 2010 et 2016. Cette période a d'autre part été marquée par la mise en place des CSAPA référents en milieu pénitentiaire (un par établissement pénitentiaire), dont la mission est d'améliorer la continuité des soins pour les personnes détenues (instruction du 17 novembre 2010).

Les centres avec hébergement, beaucoup moins nombreux (48 en 2016), se subdivisent en 40 centres thérapeutiques résidentiels (CTR) dévolus aux moyens séjours, et 8 communautés thérapeutiques (CT) pour les longs séjours. Ces dernières se caractérisent également par un mode de fonctionnement communautaire donnant aux résidents-pairs un rôle central dans le processus thérapeutique. L'ensemble de ces centres (CTR et CT) associent hébergement collectif et soins et assurent auprès de leurs publics les mêmes missions et prestations que les CSAPA en ambulatoire (circulaire DGS). Les prises en charge résidentielles sont indiquées pour les usagers de drogues pour qui la prise en charge en ambulatoire apparaît insuffisante, en raison de conditions de vie dégradées, de comorbidités somatiques ou psychiatriques, de problématiques sociales lourdes et, de façon générale, lorsqu'une rupture avec l'environnement habituel semble nécessaire. Dans la plupart des cas, les sevrages ont lieu préalablement à l'admission dans ces centres, souvent en milieu hospitalier. Depuis leur création, ces structures – autrefois appelées « postcure » – accueillent presque exclusivement des consommateurs de drogues illicites après sevrage, les usagers alcool-dépendants étant généralement orientés vers les centres de soins de suite en alcoologie rattachés, pour des raisons historiques, au dispositif hospitalier (voir ci-après). La situation a évolué et, en 2016, les CTR et CT ont accueilli une part importante de personnes prises en charge principalement en raison de leur consommation d'alcool mais qui reste minoritaire (38 %), les admissions liées aux drogues illicites restant prédominantes. Les CTR et les CT ont hébergé près de 3 000 personnes en 2016 (Palle et Rattantray, 2018).

Les CSAPA en ambulatoire ou avec hébergement peuvent également gérer des appartements thérapeutiques dans lesquels les personnes accueillies peuvent se préparer à mener une vie autonome. Près de 1 000 usagers de drogues ont été hébergés en 2016 dans ces logements. Un petit nombre de CSAPA (9 en 2016) gèrent des réseaux de famille d'accueil (RFA) et disposent ainsi de quelques places d'hébergement au sein d'une famille (75 au total en 2016 pour environ 200 personnes hébergées). Certains CSAPA proposent également des places d'hébergement

d'urgence dans des lieux spécialisés ou dans des hôtels. Il existe enfin une offre limitée de places pour des personnes qui sortent d'un établissement pénitentiaire (115 au total en 2016). Ce type d'accueil peut être géré par des CSAPA avec hébergement ou des CSAPA en ambulatoire. Le nombre d'emplois concernés par l'ensemble des activités d'hébergement est d'un peu plus de 1 000 ETP, dont 600 pour les CTR et les CT (Palle et Rattanatray, 2018).

Le pôle hospitalier

À l'hôpital, les soins aux personnes ayant un problème de conduites addictives sont organisés depuis 2007 au sein d'une filière addictologique regroupant différentes unités. Leur objectif est l'accès des patients à une prise en charge globale graduée et de proximité et, si nécessaire, en recourant à un plateau technique spécialisé. Cette filière comprend trois niveaux distincts.

- Les structures de niveau 1 sont des structures de proximité qui ont pour mission la mise en place des sevrages résidentiels simples, les activités de consultation et de liaison. Ces missions sont assurées respectivement dans le cadre d'unités de sevrage simple, de consultations hospitalières en addictologie qui accueillent les patients en ambulatoire et d'équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA). Ces dernières fournissent assistance aux équipes de personnel soignant dans les hôpitaux et participent à leur formation. Les différents services hospitaliers, lorsqu'ils rencontrent un patient hospitalisé présentant des problèmes d'addiction, peuvent ainsi contacter l'ELSA pour un diagnostic et la mise en place, si besoin, d'un protocole de soins addictologiques et, le cas échéant, l'orientation vers une structure spécialisée adaptée.
- Les structures de niveau 2 offrent les mêmes services que celles de niveau 1, auxquels s'ajoutent l'offre de soins résidentiels complexes² (unités de sevrages et de soins complexes et hôpitaux de jour) et les centres de soins de suite et de réadaptation en addictologie. Ces derniers accueillent les patients pour des séjours de quelques mois, le plus souvent à la suite d'un sevrage.
- Les structures de niveau 3 assurent les missions des structures de niveau 2 et des missions d'enseignement et de formation, de recherche et de coordination régionale (circulaire du 26 septembre 2008).

D'après les dernières données disponibles, en 2012, on comptait en France 249 établissements hospitaliers dotés de lits d'hospitalisation pour sevrage simple, 122 unités de sevrage complexe, et 76 hôpitaux de jour. Le nombre d'établissements répondant uniquement aux critères du niveau 1 s'élevait à 166. Il existait également 112 établissements remplissant les critères du niveau 2 et 6 pour le niveau 3 (données DGOS, 2012 « Enquête sur le dispositif de prise en charge en addictologie »).

Des données plus récentes (2016) font état de 112 établissements indiquant une activité de soins de suite en addictologie (données DGOS 2016, base de données DIAMANT). En 2017, 318 ELSA ont également été recensées (données DGOS 2017, PIRAMIG), ainsi que 351 établissements dotés d'une consultation hospitalière en addictologie (données DGOS 2017, base de données ARBUST). Un même établissement hospitalier peut rassembler plusieurs de ces structures.

En 2017, 125 600 patients ont été hospitalisés pour un problème de conduite addictive et 231 000 ont été vus en ambulatoire dans une consultation hospitalière d'addictologie (ATIH, 2017c).

2. La notion de soins complexes est définie en référence à des critères de gravité des addictions ou de comorbidités associées.

Le pôle médecine de ville

Situé au plus près de la population, connaissant souvent la famille et l'environnement des patients, le médecin de ville, plus particulièrement le médecin généraliste, constitue fréquemment le premier recours pour les personnes en difficulté avec une conduite addictive. Il répond aux demandes spécifiques des patients portant sur les addictions, mais se trouve également en position de les dépister et de les prévenir.

D'après les dernières données disponibles (Gautier, 2011), près de 70 % des médecins généralistes ont vu en 2009 au moins un patient au cours d'une semaine donnée pour un sevrage tabagique et un peu plus de 50 % pour un sevrage à l'alcool. Les nombres de patients correspondant à ces activités étaient estimés respectivement à 90 000 et 50 000. La moitié des médecins ont déclaré avoir reçu au moins une personne dépendante aux opioïdes dans le mois, pour une prescription d'un médicament de substitution aux opioïdes (MSO) dans près de 90 % des cas. Selon les données de l'Assurance-maladie, les médecins de ville ont prescrit des MSO à près de 141 000 patients en 2017 (Brisacier, 2019b).

Les microstructures



La prise en charge des personnes ayant des conduites addictives problématiques fait appel à des compétences pluridisciplinaires que le médecin généraliste seul ne possède pas. L'idée s'est donc fait jour de constituer une équipe de soins au sein du cabinet du médecin. Cette microstructure est composée du médecin et d'au moins un psychologue et un travailleur social. Elle constitue une unité de soins primaires et s'inscrit dans le maillage territorial des soins de premier recours. Sa population cible est constituée par les patients présentant des situations complexes en matière de conduites addictives, des situations de précarité ou des comorbidités liées à l'usage de drogues.

En 2017, 51 microstructures médicales implantées dans sept régions ont suivi près de 1 700 personnes : dans le Grand-Est principalement (où elles ont vu le jour à Strasbourg dès 1999), les Hauts-de-France, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, la Bourgogne-Franche-Comté ainsi que, plus récemment, l'Occitanie, l'Île-de-France et l'Auvergne-Rhône-Alpes (Coordination nationale des réseaux des microstructures, 2018).

Références législatives

Circulaire DGS/MC2 n° 2008-79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médicosociaux d'addictologie. *BO Santé, Protection sociale, Solidarité* n° 3 du 15 avril 2008, p. 186-207. (NOR SJSP0830130C)

Circulaire DHOS/O2 n° 2008-299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie. *BO Santé, Protection sociale, Solidarité* n° 2008/10 du 15 novembre 2008, p. 166-181. (NOR SJSH0830983C)

Instruction DGS/MC2/DGOS/R4 n° 2010-390 du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention. *BO Santé, Protection sociale, Solidarité* n° 2010/12 du 15 janvier 2011, p. 173-176. (NOR ETPS1029295J)

Interventions auprès de publics spécifiques

Maitena Milhet, Julien Morel d'Arleux, Carine Mutatayi,
Caroline Protais

Accueil spécifique de femmes présentant des addictions

Les femmes présentant des addictions rencontrent davantage de freins que les hommes pour accéder aux services d'addictologie, notamment compte tenu d'une forte précarité sociale, sanitaire et familiale et d'une plus grande crainte du stigmate (Escots et Sudérie, 2013 ; Jauffret-Roustide *et al.*, 2008 ; Mutatayi, 2014). Face à ces situations, exacerbées lors de grossesses ou quand des enfants sont impliqués, des services d'addictologie proposent parfois un accueil spécifique (Simmat-Durand *et al.*, 2013). Ainsi, 80 accueils de ce type ont été mis en œuvre en 2017 (Mutatayi, 2019). La moitié fonctionnait depuis moins de six ans. En 2017, ces accueils ont reçu 2 643 femmes et quelque 300 enfants accompagnants. Le plus souvent, les structures ont travaillé avec ces femmes sur l'estime de soi, le socio-esthétisme, la parentalité et le lien mère-enfant, ainsi que sur la socialisation. Quatre sur dix ont renforcé l'aide socio-administrative ou socio-éducative auprès des femmes accueillies. Un tiers a fourni une aide pratique (vêtements, produits d'hygiène, etc.). Certains accueils ont proposé des consultations médicales, gynécologiques, et des suivis de grossesse ou périnataux. Pour faciliter le recours des femmes à leur service, la moitié des structures ont aménagé des temps réservés (horaires, jours) par rapport à leur accueil général mixte.

Personnes sans abri ou mal logées présentant des troubles psychiatriques

L'absence durable de logement constitue un facteur de mortalité et de morbidité accrue dans le champ des conduites addictives et des pathologies mentales. En vue de favoriser une réponse intégrée à ces comorbidités ainsi qu'aux fragilités cumulées des personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire, l'État a engagé en 2011 l'expérimentation du programme « Un chez soi d'abord », inspiré du modèle américain *Housing First*, dans quatre villes (Lille, Marseille, Toulouse et Paris) (Tinland *et al.*, 2013). Ce programme renouvelle en profondeur les modalités d'accompagnement existantes en réunissant dans un même dispositif les approches psychiatriques, addictologiques et de l'action sociale. Il propose l'accès direct à un logement ordinaire moyennant un accompagnement au domicile par une équipe interdisciplinaire. L'intervention repose sur la perspective du « rétablissement » des personnes. L'inspiration directe du modèle du « recovery », cette orientation promeut le respect du libre choix des personnes et la mobilisation de leurs compétences propres dans une dynamique de changement (Estecahandy *et al.*, 2015). En 2017, au regard des résultats concluants de l'expérimentation, la pérennisation des sites expérimentaux et l'extension du programme ont été décidées. D'ici à 2022, il est prévu le déploiement de seize nouveaux sites sur le territoire (décret du 28 décembre 2016).

Les publics sous main de justice...

Depuis 1994, le ministère de la Santé est responsable de la santé des personnes détenues. La prise en charge des addictions en milieu carcéral repose sur un système à triple niveau : soins ambulatoires, soins de jour ou hospitalisation complète. Les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP), qui sont principalement chargées de la santé somatique, délivrent les traitements de substitution depuis la fin des années 1990. Plus spécifiquement, les personnels des unités sanitaires de niveau 2 (psychologues, psychiatres...) ou des services médico-psychologiques régionaux (SMPR) prennent en charge les usagers de drogues du point de vue de la santé mentale dans les établissements où il n'y a pas de CSAPA pénitentiaire. Depuis 2010, les détenus peuvent être hospitalisés à temps complet dans l'une des 9 unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) au sein d'un centre hospitalier spécialisé ; 202 CSAPA se sont également implantés dans 162 établissements pénitentiaires (Palle et Rattanaray, 2018). Depuis 2013, différents textes proposent d'intensifier les mesures de réduction des risques en prison et d'articuler les prises en charge au moment de la sortie. La loi de modernisation du système de santé de 2016 réaffirme ces ambitions, malgré les obstacles lors de son implantation, en particulier concernant la politique de RdRD (voir chapitre « Les orientations récentes des politiques publiques en matière de drogues » p. 78). Plusieurs programmes inspirés d'expériences étrangères sont également expérimentés à ce jour. Le plan gouvernemental 2013-2017 a permis l'expérimentation de programmes innovants : L'Ouvrage, au TGI de Bobigny met en place un suivi éducatif et médico-social alternatif à l'emprisonnement ; l'unité de réhabilitation pour usagers de drogue en milieu carcéral (URUD), ouverte en juin 2017 au centre de détention de Neuvic, fonctionne à la manière d'une communauté thérapeutique.

... dont les jeunes

Afin de mieux répondre à l'esprit de la circulaire de 1945, qui préconise une réponse des autorités judiciaires visant les mineurs à dominante éducative et sanitaire, et malgré un taux de réponse pénale important et en augmentation (Mainaud, 2015), les consultations jeunes consommateurs (CJC) et les stages de sensibilisation ont offert aux parquets des solutions d'orientation à composante socio-sanitaire (Obradovic, 2012). Ainsi, en 2014-2015, plus de 40 % du public des CJC était adressé par la justice ou la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ). Par rapport aux consultants venus spontanément ou adressés par l'entourage, les personnes sous main de justice sont plus souvent des hommes, jeunes majeurs (18-25 ans), usagers de cannabis occasionnels, qui recherchent surtout plaisir ou convivialité. Au sein des CJC, les professionnels développent des pratiques professionnelles radicalisant certaines postures déjà connues en addictologie. L'enjeu pour les professionnels est double : « aller vers » les jeunes en intervenant en amont dans leurs lieux de vie (école, lieux festifs...), et s'adapter aux particularités d'un public plus « fragile », grâce à un plus grand engagement au sein de l'échange, une valorisation et un soutien permanent du consultant (Protais, 2017).

Références législatives

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. *JORF* n° 22 du 27 janvier 2016, texte n° 1. (NOR AFSX1418355L)

Décret n° 2016-1940 du 28 décembre 2016 relatif aux dispositifs d'appartements de coordination thérapeutique « Un chez-soi d'abord ». *JORF* n° 303 du 30 décembre 2016. (NOR AFSA1631837D)

Réponses pénales et conséquences judiciaires

Caroline Protais, Aurélie Lermenier-Jeannet

Au regard des dangers que la consommation de certaines substances fait courir à autrui, les pouvoirs publics ont posé des interdits légaux assortis de sanctions. Dans le cas des drogues illicites, toute consommation exposée à des peines, qui sont en France parmi les plus lourdes des pays européens (Protais, 2016a). Pour l'alcool, seule la consommation dans certaines circonstances (notamment la conduite automobile, au-delà d'un certain seuil) fait l'objet de sanctions. Entre le principe et son application, il peut exister un écart plus ou moins grand. Ce chapitre explore à l'aide des données des ministères de l'Intérieur et de la Justice (qui n'ont pas les mêmes modalités de comptabilisation) la réalité de la réponse pénale face aux infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) et en matière d'alcoolémie au volant.

Les interpellations pour ILS

En France, le nombre de mis en cause pour ILS par les services de police et de gendarmerie avoisine 200 000 (données du ministère de l'Intérieur, non publiées). Alors qu'on observait une hausse constante entre 1995 et 2013, une légère baisse se dessine depuis 2014 (passant de 214 000 en 2014 à 199 000 en 2017). Cette évolution touche autant les hommes que les femmes, même si les premiers restent très largement majoritaires, puisqu'ils représentent 90 % des mis en cause en 2017. Par ailleurs, le recul des mis en cause concerne principalement la consommation de stupéfiants, qui compte pour 80 % de l'ensemble. Le nombre des cas pour trafic est en légère hausse, passant de 13 000 en 2013 à près de 15 000 en 2017.

La réponse des parquets aux ILS

Le nombre de personnes pour lesquelles une décision d'orientation¹ a été rendue par le parquet est d'environ 169 500 en 2017. À rebours de l'activité des services de police et de gendarmerie, ce nombre est en légère hausse depuis 2013 (Obradovic, 2015), année pour laquelle ce chiffre était de 160 000. Cette tendance se traduit par une augmentation du nombre de poursuites. Conformément à l'évolution décrite depuis 2005 (Obradovic 2015), elles concernent ainsi près de 44 % des personnes orientées par les parquets pour ILS en 2017, contre 36 % en 2013. Ce fait est particulièrement marqué concernant les infractions d'usage, qui représentent près de 65 % de l'ensemble. Lorsqu'ils sont poursuivis, les auteurs d'ILS sont principalement renvoyés devant le tribunal correctionnel (plus de 84 % d'entre eux en 2017) grâce à des procédures de traitement rapide. Parmi ces voies procédurales, l'ordonnance pénale concerne 43 % des auteurs en 2017 ;

1. Le parquet rend une décision concernant les suites à donner à une affaire en s'appuyant sur l'appréciation des faits, le droit et l'opportunité à poursuivre. Il peut décider de : a) engager des poursuites (devant un juge d'instruction, le juge des enfants, le tribunal correctionnel ou de police) ; b) classer sans suite ; c) choisir entre différentes voies d'orientation alternatives aux poursuites (rappel à la loi, mesure de réparation, injonction thérapeutique...) ; d) prononcer une composition pénale.

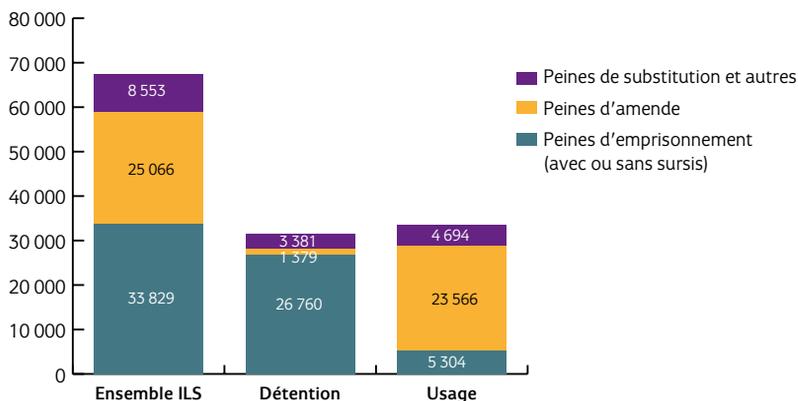
18 % comparaissent dans le cadre d'une reconnaissance préalable de culpabilité et 12 % d'une comparution immédiate ou préalable. À l'inverse, la transmission de l'affaire à un juge d'instruction ne vise que 5 % d'entre eux.

À l'opposé des poursuites, et alors qu'elle était en constante augmentation au début des années 2000, la part des personnes bénéficiant d'un classement sans suite après une procédure alternative aux poursuites a diminué, passant de 50 % en 2013 à près de 42 % en 2017. Ce type de réponse concerne principalement les infractions d'usage (72 % de l'ensemble), puis celles de détention (24 %). Le rappel à la loi est la voie procédurale majoritairement choisie par les parquets, représentant près de 74 % des procédures alternatives abouties en 2017. Viennent ensuite les orientations vers une structure sanitaire et sociale qui concernent 16 % des auteurs. L'injonction thérapeutique, mesure phare de la loi de 1970, reste très minoritaire : suivant une tendance amorcée depuis une dizaine d'années, elle s'adresse à 2 % des auteurs en 2017, contre 3,5 % en 2013. Elle atteint un taux remarquablement bas pour répondre aux infractions de détention de stupéfiants, concernant seulement 0,7 % des individus en 2017. Après un essor important des compositions pénales² à la suite de leur création en 1999, leur proportion reste stable au cours des cinq dernières années, avoisinant 5,5 % de l'ensemble. Au total, la hausse générale du nombre d'auteurs d'ILS orientés par les parquets ne se traduit pas par une augmentation du taux de réponse pénale³, qui avoisine les 92 % ces cinq dernières années toutes ILS confondues, et 95 % pour l'infraction d'usage.

2. Avant le déclenchement des poursuites pénales, le procureur de la République peut proposer pour un délit puni d'une peine d'amende ou d'une peine d'emprisonnement de cinq ans au plus ou d'une contravention une composition pénale. Cela consiste en une ou plusieurs des mesures énumérées à l'article 41-2 du code pénal (amende, reprise/retrait du permis de conduire ou de chasser, travail non rémunéré au profit de la collectivité...). L'exécution de la composition pénale éteint l'action publique ; elle figure toutefois au casier judiciaire.

3. Le taux de réponse pénale mesure la part des affaires « poursuivables » ayant fait l'objet soit d'une poursuite, soit d'une mesure alternative aux poursuites, y compris les compositions pénales.

Figure 1. Les condamnations pour infractions à la législation sur les stupéfiants en 2017



Source : Casier judiciaire national (CJN), sous-direction de la statistique et des études, ministère de la Justice

Les condamnations pour ILS

Entre 2013 et 2017, les condamnations (hors compositions pénales) pour ILS ont progressé de 16 %, passant de 56 300 à 67 500. Poursuivant une tendance ascendante depuis plus de trente ans, elles représentent à ce jour plus de 11 % des condamnations prononcées par les tribunaux. Cette augmentation reflète la hausse des condamnations pour détention-acquisition et usage de stupéfiants qui sont les deux principales ILS donnant lieu à des condamnations (respectivement 47 % et 50 %). Le recours aux peines d'emprisonnement est majoritaire dans la réponse donnée aux infractions de détention-acquisition (85 % en 2017) ; celles liées à l'usage de stupéfiants sont quant à elles principalement sanctionnées par des peines d'amende (70 % en 2017). Cette croissance des amendes est repérable depuis une quinzaine d'années et a été accentuée par l'introduction en 2007 de l'ordonnance pénale qui comprend le plus souvent une peine d'amende.

Les contrôles d'alcoolémie et de présence de stupéfiants

En France, la conduite d'un véhicule sous l'emprise de l'alcool (CEA) ou de stupéfiants (CES) est interdite. L'alcool est en effet présent⁴ dans 30 % de la mortalité routière et les stupéfiants (du cannabis dans huit cas sur dix) dans 23 %⁵, des proportions plutôt stables depuis cinq ans (ONISR, 2018a). Il est prévu qu'un contrôle d'alcoolémie et un dépistage de stupéfiants soient systématiquement réalisés en cas d'accident corporel, qu'il soit mortel ou pas. Toutefois, ils ne sont effectués que dans 75 % des accidents corporels pour l'alcool et dans 38 % des cas pour les drogues illicites (63 % pour les accidents mortels). Ces contrôles peuvent également être pratiqués à titre préventif, lors d'un contrôle routier, ou en cas d'infraction.

En 2017, un peu plus de 10 millions de contrôles d'alcoolémie ont été pratiqués par les forces de l'ordre, soit une légère baisse par rapport au début des années 2010. Le taux de positivité (tests positifs/nombre de dépistages effectués) de ces contrôles s'établit à 3,3 % en 2017. Après avoir baissé entre 2011 et 2014-2015, il augmente sensiblement. Cette évolution à la hausse est imputable aux contrôles préventifs ou en cas d'infractions (qui représentent 95 % du total des dépistages), dont le taux de positivité est passé de 2,7 % à 3,2 % entre 2015 et 2017. Elle résulte en partie d'un meilleur ciblage des contrôles (soirées des week-ends par exemple).

Concernant les stupéfiants, le nombre de dépistages est sans commune mesure avec l'alcool : un peu moins de 290 000 contrôles ont été opérés par les forces de l'ordre en 2017. Toutefois, ce chiffre croît continuellement depuis la mise en œuvre de l'infraction de CES en 2004, avec une multiplication des contrôles préventifs ou en cas d'infractions (passés de 97 500 en 2012 à 233 500 en 2017) facilitée par la mise à disposition des forces de l'ordre de « kits » de dépistage qui permettent d'éviter de faire une prise de sang. Le taux de positivité de ces dépistages atteint 23 %, mais il est moins élevé dans les accidents corporels (dont mortels) : 4,2 % en 2017. Au cours des cinq dernières années, la part des contrôles positifs a sensiblement reculé, quel que soit le cadre dans lequel ils ont été faits.

4. Cela signifie qu'une alcoolémie illégale (supérieure à 0,5 gramme d'alcool par litre de sang) a été détectée chez au moins un des conducteurs impliqués dans l'accident ; dans le cas des stupéfiants, au moins un conducteur a été dépisté positif, sans aucun seuil limite.

5. Les deux facteurs pouvant se conjuguer : la moitié des conducteurs positifs aux stupéfiants impliqués dans un accident mortel présentait également une alcoolémie supérieure à 0,5 g/l (ONISR, 2018a).

Les infractions et les condamnations

En 2017, les services de police et de gendarmerie ont relevé 204 108 infractions (dont 80 000 ont fait l'objet de contraventions) pour CEA, soit 20 % de moins qu'en 2012. C'est 2,5 fois plus que les délits de CES (49 135), mais l'écart entre ces deux infractions s'est réduit de moitié entre 2012 et 2017, puisque ces derniers ont augmenté de 67 % durant cette même période. Par ailleurs, 6 263 délits liés à la fois à l'alcool et aux stupéfiants ont été enregistrés en 2017, soit 10 % de plus qu'en 2016. Ainsi, l'alcoolémie illégale représente 21 % des délits routiers et la conduite après usage de stupéfiants, en constante progression, environ 8 % (ONISR, 2018b).

Avec 113 105 condamnations et compositions pénales prononcées en 2016, la CEA représente près de 45 % des condamnations pour infractions à la circulation routière et la CES environ 11 % (28 400 condamnations). Alors que le nombre de condamnations liées à l'alcool a sensiblement diminué par rapport à 2012 (- 21 %), bien plus que l'ensemble des condamnations liées à la sécurité routière (- 9 %), celles en relation avec les stupéfiants ont augmenté de 42 % en cinq ans. Cette évolution témoigne de l'attention croissante portée à la répression des usages de stupéfiants dans la délinquance routière. Les condamnations pour blessures involontaires et homicides par conducteur sous l'emprise d'alcool ou de stupéfiants sont plus rares, avec respectivement 1 778 et 149 cas en 2016.

En raison du recours croissant par les parquets à des voies de poursuites simplifiées ne pouvant aboutir au prononcé d'une peine d'emprisonnement (compositions pénales, ordonnances pénales et procédures alternatives), les parts des amendes et des peines de substitution (principalement des mesures de restriction relatives au permis de conduire et des jours-amende) dans les sanctions ont augmenté (respectivement 50 % et 21 % en 2016), au détriment des peines d'emprisonnement avec sursis total (21 %). Un emprisonnement partiellement ou totalement ferme est prononcé dans 8 % des condamnations pour CEA pour une durée moyenne de 4 mois d'emprisonnement (ONISR, 2018b). La structure et l'évolution des sanctions pour CES sont assez proches, mais les peines substitutives sont un peu plus fréquentes (24 % en 2016), notamment les suspensions ou annulations de permis de conduire.

Références législatives

Loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses. *JORF* du 3 janvier 1971, p. 74-76.

Loi n° 99-515 du 23 juin 1999 renforçant l'efficacité de la procédure pénale. *JORF* n° 144 du 24 juin 1999, p. 9 247-9 252. (NOR JUSX9800051L)

Loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance. *JORF* n° 56 du 7 mars 2007, texte n° 1. (NOR INTX0600091L)