



L'HÉTAIRIE

Le combat des idées à gauche

FÉDÉRATION
ADDICTION

Prévenir | Réduire les risques | Soigner

**Jean-Pierre
COUTERON**

*Président de la
Fédération Addiction*

et

Nathalie LATOUR

*Déléguée générale de la
Fédération Addiction*

Éléments pour participer au débat sur une autre politique des addictions

A nos lecteurs

L'Hétairie souhaite nourrir le débat d'idées en publiant des contributions de sensibilités différentes sur la même thématique. C'est dans cet esprit que nous avons sollicité Nathalie Latour et Jean-Pierre Couteron.

Ainsi, la présente note s'insère-t-elle dans une série de publications sur le même objet permettant de présenter les différentes nuances qui existent (cf. la note n°11 d'Henri Mica et la n°12 de Danièle Jourdain-Menninger).*

Elle s'appuie pour partie sur la contribution apportée par la Fédération Addiction, réseau regroupant plus de 850 établissements et services sur la prévention, les soins, la réduction des risques, lors de l'audition organisée par la mission d'information délit d'usage illicite de stupéfiant de l'Assemblée nationale.

Sortir d'un abord trop pénal ou thérapeutique : ce n'est pas par l'interpellation que l'on accède le plus et le mieux aux soins

Pour prendre en charge les addictions, la société doit élaborer des réponses diversifiées (régulant l'offre autant que la demande) et adaptées à leur contexte social, culturel, politique et économique. Il s'agit de promouvoir une approche équilibrée, destinée à des publics différents que sont aujourd'hui les utilisateurs de substances psychoactives.

Or, dans la suite de la loi de 1970, qui articulait une prohibition de l'usage et une offre de soins, la politique française des addictions s'est enfermée dans l'illusion de pouvoir répondre à tout et à tous par les seuls soins ou par la seule loi pénale¹.

Selon les périodes, la pression pénale s'est plus ou moins accentuée, tout en visant une individualisation de la sanction et cela, en dépit des résultats des recherches sur l'absence de lien entre politique pénale/niveaux d'usage mais aussi des recommandations internationales les plus récentes qui invitent à dépasser les solutions pénalisant l'utilisateur.

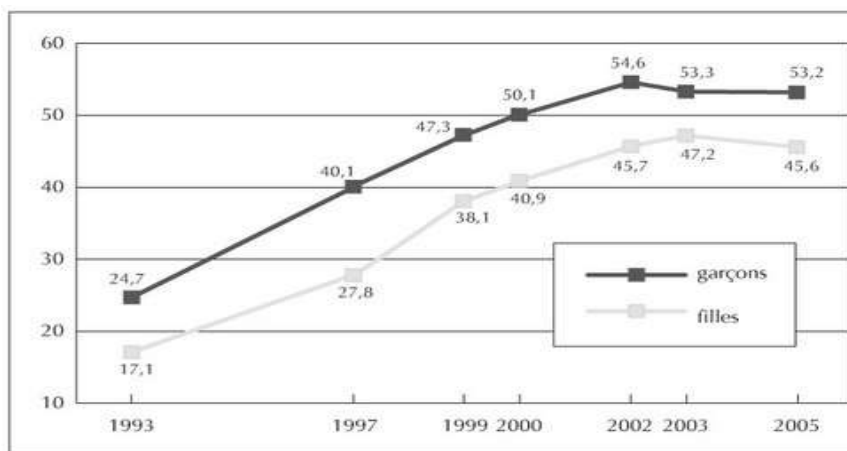
La récente proposition de créer une amende forfaitaire, sans passer par le Procureur de la République et en éteignant l'action pénale, interroge sur la difficulté à sortir de cette illusion d'une solution « pénale » de l'addiction. Elle témoigne du fait que la priorité reste donnée à cet axe, aux dépens de ce qui devrait être une réponse élargie, pour rencontrer plus tôt et plus vite l'ensemble des personnes concernées. Argumentée au nom d'un principe qui se veut évident (celui qui nécessite de « maintenir un interdit » jugé protecteur), elle reflète une confusion entre l'interdit éducatif et l'interdiction pénale.

Tout miser sur le pénal et la loi, alors que la problématique addictive tire ses origines dans nos habitudes de vie en lien avec les vulnérabilités personnelles, est une erreur qui va faire porter à la loi plus qu'elle n'en peut !

Le travail éducatif et de formation est aussi important à développer, au regard du contexte social et culturel de nos sociétés, de l'offre de substances et des nouveaux modes de vie.

Les problèmes d'écrans, de *binge drinking* et de cannabis chez les adolescents sont apparus dans les années 1990/2000. Ils signent une évolution des mœurs et des modes de vie que la loi seule ne peut gérer,

La récente proposition de créer une amende forfaitaire interroge sur la difficulté à sortir de cette illusion d'une solution « pénale » de l'addiction



CANNABIS 1993-2005 (OFDT)

¹ 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.

sauf à se donner une mission quasi totalitaire². La réponse ne peut venir que d'une approche intégrant plusieurs registres.

Du côté des soignants, l'approche la plus novatrice a été la mise en place des Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) en 2004, déployées avec peine (résistance aux changements) en 2005 et 2006. En outre, de 2007 à 2012, la volonté de prioriser l'application de la loi (avec la création des stages de sensibilisation), aura un effet siphon qui les fragilisera.

Face aux limites de cette politique, dès 2012, une relance des CJC sera initiée par la Mission interministérielle à la Lutte contre les Drogues et Conduites Addictives (MILDECA) en lien avec la Direction Générale de la Santé. Un plan gouvernemental leur donnera les moyens de rencontrer un public nouveau, dans le cadre d'une politique d'interventions précoces.

Mais l'accompagnement budgétaire de cette relance par la Représentation nationale n'est toujours pas à la hauteur des enjeux (environ 4 millions d'euros obtenus sur les 15 millions nécessaires), malgré le faible coût que cela aurait représenté, les priorités budgétaires restant autres.

Résultat : depuis 15 ans, nous demeurons en dessous de tout seuil d'efficacité, et donc en tête des mauvais classements :

- En 2014, sur les 4,6 millions de personnes ayant un usage occasionnel de cannabis, 177 000 personnes étaient interpellées. En supposant que chacun ne soit interpellé qu'une seule fois dans sa vie, il faudrait 26 ans avant d'avoir pu sanctionner chaque contrevenant. Peu d'espoir d'un effet dissuasif... même au nom de l'interdit.

- Pour les CJC, 30 000 usagers rencontrés, dont une part sont interpellés. Même si on peut y ajouter des adultes reçus dans le cadre de la consultation hospitalière, dans les hôpitaux de jour et toute l'activité en médecine de ville, nous sommes clairement là aussi en dessous du seuil nécessaire pour une politique efficace.

L'objectif partagé devrait donc être de « mieux » et « plus vite » rencontrer les personnes usagères, pour leur apporter, selon les cas, des aides s'organisant entre réduction des risques, actions de prévention et accompagnement vers les soins.

Pour cela, il faut sortir de la logique binaire « malade ou délinquant » : la police interpelle sur d'autres objectifs que la santé publique, et tous les usagers ne sont pas des malades relevant d'un suivi spécialisé. Il faut permettre d'autres modes

L'objectif partagé devrait donc être de « mieux » et « plus vite » rencontrer les personnes usagères, pour leur apporter, selon les cas, des aides s'organisant entre réduction des risques, actions de prévention et accompagnement vers les soins

² Se reporter à la partie « La pente addictogène » de la présente publication.

de rencontre, notamment dans le premier recours de santé ou dans les premières années d'usage.

Différencier les publics pour diversifier nos réponses dans une approche globale santé/sécurité publique

4

Une première avancée serait de reconnaître l'existence de trois publics différents, ce qui permettrait de fractionner la réponse unique en trois stratégies :

Le Public « Cannabis thérapeutique » : le décret n° 2013-473 du 5 juin 2013 permet d'encadrer la production et la distribution d'un cannabis médical et d'en développer un marché. Il serait temps de le mettre en œuvre. Toujours en 2013, le Sativex a été autorisé en pharmacie par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM), mais un désaccord fait qu'il n'est pas encore effectif.

Les usagers du cannabis médical doivent être reconnus et traités en tant que tels, ce sera autant de cas de contentieux inutiles en moins ! Le pilotage serait assuré par les agences *ad hoc*, avec les associations de personnes usagères, pour éviter les problèmes comme l'actuelle crise d'overdoses (OD) d'opiacés aux Etats-Unis ou les récents problèmes de codéine chez nous. Mais nul besoin d'amende forfaitaire !

Le Public « Adultes » (après 21-25 ans) : passée la période de fin de maturation du cerveau, les effets cognitifs négatifs sont réduits. En dehors des publics vulnérables, le risque sur la santé est essentiellement celui de l'abus et celui dû à la combustion (cancer, système respiratoire, etc..). Ils relèvent d'une approche de Réduction des Risques (RDR) en lien avec les acquis du vapotage.

Pour ce public, des interventions réglementaires adaptées peuvent être réfléchies avec les personnes usagères sur les règles d'usage : pas dans l'espace public, pas en cas de conduite, exclusion de certains métiers au nom des effets spécifiques, comme pour l'alcool et le tabac. Dans ce cadre, la sanction pénale trouve sa légitimité au nom des risques pour autrui ou pour l'ordre public, des échelles de sanction peuvent être précisées, etc.

Le Public « Adolescents » : les données de l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT) montrent que c'est entre la fin des années collèges et le début des années lycées que tabac, alcool et cannabis sont connus. Cela s'avère un réel problème car :

Une première avancée serait de reconnaître l'existence de trois publics différents, ce qui permettrait de fractionner la réponse unique en trois stratégies

- Les neurosciences signalent que cette période est celle d'une vulnérabilité particulière aux agressions externes. La domination transitoire des centres de l'émotion sur ceux du contrôle y affaiblit les capacités d'autocontrôle ;
- Les sciences de l'éducation rappellent que cette période est celle d'une prise d'autonomie vis-à-vis des parents, d'entrée dans les groupes de jeunes, d'enjeux scolaires et professionnels importants, accentués par les disparités sociales.

Ce double affaiblissement du contrôle interne et parental, alors que s'expérimente l'autonomie, renforce l'importance du cadre social et de son contrôle. Penser que cela se limite à une réponse par l'interdit pénal est un contre-sens que nos enfants payent très cher, d'autant que nous ne consacrons pas assez de temps et d'énergie à faire respecter les interdits légaux de vente d'alcool et de tabac aux mineurs.

Nous pourrions donc penser nos réponses en tenant compte de deux enjeux.

La pente addictogène

Elle pousse à l'usage excessif : aujourd'hui, nous avons le sentiment que tout ou presque peut devenir addictif. Cette banalisation de l'addiction repose sur quatre modifications de nos modes de vie :

- La première modification est apportée par **l'estompage des cadres collectifs** qui régulent les comportements individuels. Il en résulte un sentiment de liberté mais aussi un sentiment d'angoisse, d'insécurité sociale, propice à la révolte autant qu'à une consommation de substances psychoactives qui vient l'atténuer. Elle est source d'**angoisse**.

- La seconde modification est **culturelle** : c'est l'importance prise par l'instantanéité, l'intensité, par la recherche d'une jouissance immédiate dans nos modes de vie. Un nouveau rapport au plaisir s'est installé, il banalise à sa manière le recours aux substances et autres objets d'addiction en nous rendant adeptes du « tout, tout de suite, tout le temps » que seuls les substances psychoactives et/ou des objets de la modernité (écrans notamment) peuvent nous assurer. Elle promet une culture du **festif**.

- La troisième modification se trouve dans un **appel à être le meilleur**, à gagner, à réussir, qui ouvre un accès aux produits, sur le modèle du dopage au quotidien, pour être performant, pour chasser la fatigue, pour être plus fort, plus maigre, etc.

Cette injonction à être autonome et soi-même, utilise la fonction de prothèse chimique des drogues qui développe l'illusion de maîtrise de soi et de son environnement en se substituant aux compétences psychosociales, à l'instar des boissons énergisantes. Après quelques décennies au service de la

Aujourd'hui, nous avons le sentiment que tout ou presque peut devenir addictif

contre-culture, les drogues sont devenues un moyen d'être normal, compétitif, visant une meilleure intégration sociale et professionnelle. Elle banalise le **dopage**.

- Et enfin, **les déséquilibres économiques et la précarisation des vies** ajoutent aux facteurs précédents une vulnérabilité sociale donnant au trafic et à ses profits une importance de plus en plus dramatique. Saint-Ouen, Sevrans, Marseille, Toulouse, Grenoble, etc. Elle accentue la **précarisation**.

Une modification de l'éducation et de la transmission des règles

Les évolutions technologiques ont bousculé et modifié l'éducation. Dès 2009, lors du colloque « Grandir parmi les addictions », nous alertions sur la captation de l'attention qu'induisaient les écrans. Aujourd'hui, les études se multiplient qui montrent qu'il faut accompagner ces changements de repères et de posture et soutenir les éducateurs en défendant « un contexte éducatif »³.

La normalisation pénale est mise en difficulté quand elle veut faire de l'abstinence la norme dans une société de consommation de masse, ou quand elle veut faire du contrôle et de la modération la règle dans une société de l'excès et du sans limite.

L'enjeu est donc d'aller vers ces publics et d'organiser un continuum entre la prévention et le soin

Tous les professionnels exerçant auprès d'adolescents confrontés aux usages de drogues partagent un même constat : signifier l'interdit et les règles, énoncer les dangers est nécessaire mais insuffisant. L'éducation ne peut se limiter à faire peur, au nom de la médecine ou de la loi, ou à informer, au nom de la science. Il faut apprendre à faire, selon les cas et les situations, avec, sans ou autrement.

Le public adolescent est dans une non-reconnaissance du besoin d'aide. C'est un public difficile à atteindre. Il faut penser sa rencontre et se donner les moyens d'aller dans les univers de vie et travailler avec la communauté adulte, en s'appuyant sur les réponses publiques existantes (politique de la ville, jeunesse et sport, plan Santé Des Ados, Maison des adolescents, Point d'Accueil Écoute

L'éducation ne peut se limiter à faire peur, au nom de la médecine ou de la loi, ou à informer, au nom de la science

³ Cf. Académies des Sciences, ou nouveau livret de santé recommandant l'absence d'écrans avant 3 ans, etc.

Jeune, etc.) pour y diffuser les bonnes pratiques. L'entourage et la communauté adulte sont des acteurs incontournables pour repérer et faire le lien.

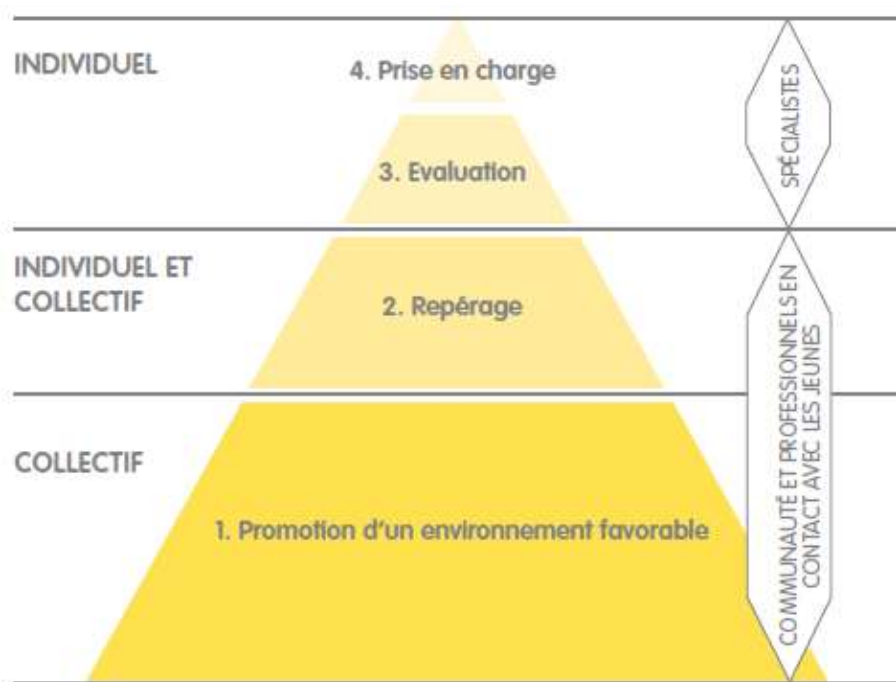
De fait, la démarche d'intervention précoce, formalisée lors de la relance de la mission CJC, vise à :

- Promouvoir un environnement favorable à la santé ;
- Renforcer les compétences des jeunes et des membres de la communauté adulte ;
- Mieux accompagner les jeunes et familles ayant des comportements à risque et/ou en situation de vulnérabilité.

Il s'agit d'une stratégie d'action entre la prévention et l'accès aux soins, pour raccourcir autant que possible le délai entre l'apparition des premiers signes d'un trouble de l'usage et la mise en œuvre d'un accompagnement et de soins adaptés. Elle permet de mobiliser sur un plan large, dans une dynamique citoyenne et collective, pour aller au plus spécifique du travail pour les situations complexes⁴.

7

On peut schématiquement la représenter ainsi :



Promotion d'un environnement favorable et éducation préventive

La prévention se fonde sur les risques sanitaires et sociaux résultant des pratiques d'usage, connus et documentés par produits ou comportements : cancer pour le tabac et l'alcool, cirrhoses du foie pour l'alcool, troubles des apprentissages pour le cannabis, captation de l'attention pour les jeux en ligne,

⁴ C. KURDI C. et J.-P. COUTERON, « L'Intervention précoce : une chimère bienfaitante », *Actal*, Fédération Addiction, avril 2015.

dettes pour les jeux d'argent, mais aussi le lien entre violence et abus d'alcool, les risques psychiatriques, etc.

Pour autant, informer des conséquences négatives n'est pas suffisant dans une société où les stratégies de communication, de marketing et de lobbying « brouillent » les lignes (comme on le voit avec l'alcool et ses risques) et où des substances et des comportements nouveaux sont régulièrement proposés.

Il faut donc faire converger quatre processus :

- **Informer** sur les risques et dangers réels, des plus proches aux plus lointains dans le temps, des plus partagés aux plus spécifiques ;
- **Réduire l'accès** aux substances, retarder et réduire le temps d'exposition, organiser la rencontre progressivement, au fur et à mesure de la maturation, par des mesures structurelles ;
- **Augmenter les compétences des jeunes et des familles**, augmenter les alternatives et les choix par des mesures éducatives.
- **Anticiper les aides et les rencontres**, plutôt que d'attendre la demande de soins, en s'appuyant sur les stratégies d'intervention précoce et de réduction de risques.

Concernant la prévention, on dispose aujourd'hui de données scientifiques « Evidence based » avec l'Expertise collective « Conduites addictives chez les adolescents – Usages, prévention et accompagnement » (Inserm, 2014) et les rapports de l'OEDT (Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies).

En synthèse, ce rapport décrit très bien **les interventions inefficaces et contre-productives** :

- Les actions ponctuelles ou isolées qui ne s'inscrivent pas dans un programme durable ;
- La seule transmission d'information ;
- Des intervenants non crédibles pour les jeunes : qui ont une méconnaissance de leurs habitus et de leurs codes sociaux, qui ne tiennent pas compte de leur expérience, qui ont des messages moralisateurs, etc. ;
- Faire uniquement appel à la peur ou exagérer les risques encourus ;
- Les groupes de jeunes trop hétérogènes, notamment vis-à-vis de l'expérience des participants ;
- Les interventions qui visent plusieurs substances à la fois plutôt qu'une seule.

Il vaut mieux donc :

- Abandonner les catégories de bonnes ou mauvaises drogues ;
- Abandonner la focalisation sur le produit ;
- S'intéresser aux fonctions de l'usage (plaisir, soulagement, socialisation) ;

☑ Soutenir le pouvoir de la personne sur elle-même et son environnement en renforçant ses ressources propres et celles de son contexte.

De même, **une prévention plus efficace s'appuie sur :**

- ☑ Le développement des compétences psychosociales ;
- ☑ Le développement des compétences parentales ;
- ☑ Les stratégies à composantes multiples : impliquer au niveau local d'autres acteurs que l'école et les parents, agir sur plusieurs facteurs) ;
- ☑ Les interventions fondées sur les approches motivationnelles et expérientielles ;
- ☑ Les interventions d'aide à distance ;
- ☑ Les campagnes dans les médias ;
- ☑ Les interventions législatives et règlementaires.

L'enjeu des stratégies éducatives est de renforcer les protections internes de la personne. Les leviers sont par exemple les **programmes de développement des compétences psychosociales.** Ils renforcent l'autonomie, sans cibler d'entrée l'usage, et incluent les familles. Ils associent exercices pratiques, information sur les risques et travail sur des compétences sociales (résistance à l'influence des pairs, résolution de problèmes, affirmation et l'estime de soi), complétés par des séances sur les normes et leur perception en matière de consommation de substances ou encore sur les alternatives possibles (sports, loisirs). Ils rappellent que l'interdit n'est pas d'entrée pénal ou judiciaire, qu'il doit être aussi porté à l'intérieur des familles, au sein des communautés éducatives. Localement, il est possible de mobiliser la communauté d'un territoire donné, en prenant en compte ses spécificités et ressources. Ils sont une réponse naturelle à la pente addictogène.

L'enjeu des stratégies structurelles est de créer un cadre protecteur des personnes, donnant le temps de l'éducation. Elles limitent l'accès et donne un cadre régulé à des substances qu'on ne peut pas considérer comme des produits de consommation courante (âge, lieux et conditions d'achat, contrôle des points de vente, limitation de la publicité, augmentation des prix et des taxes, taux d'alcoolémie, interdiction des open-bars ou de fumer dans les lieux publics...). L'interdit et les règles ne sont plus réservés à la personne usagère, elles trouvent une meilleure cohérence quand elles viennent en alliance du travail éducatif des familles et de l'école (cf. les actuels débats sur le téléphone à l'école, etc.). La promotion d'un environnement favorable repose aussi sur la cohérence des réponses et l'application des interdits (vente de tabac aux mineurs, publicité pour l'alcool à l'abord des établissements scolaires, tarifs des boissons alcoolisées v/s soda ou eau, etc.). Il y a là un effort collectif à produire et l'action de la police pourrait y contribuer.

Mesures structurelles et mesures éducatives contribuent ensemble à retarder la précocité et à atténuer l'intensité des premiers usages, enjeu logique au regard des connaissances sur le cerveau adolescent.

Les acteurs de la prévention défendent cette complémentarité entre mesures structurelles et actions éducatives et de promotion de la santé, comme entre ces mesures et les réponses thérapeutiques ou de réduction des risques. Mais ils affrontent une double difficulté :

- Les mesures structurelles sont vécues comme bridant la liberté du marché (cf. loi Evin) et parfois des personnes ;
- L'échec du « saupoudrage préventif » des mesures éducatives (dû à l'actuelle absence d'organisation et à un non financement) est opposé comme preuve « d'une prévention qui ne marche pas ».

En France, le pari de l'éducation et d'un travail éducatif n'a pas été fait, aucune grande administration ne le portant : pas assez « santé » pour les uns, pas vraiment « social » pour les autres, trop « jeunesse » pour les sports, trop « éducatif » pour l'éducation nationale, etc. Des programmes validés comme efficaces (Unplugged, SFP, Triple P) sont encore dans les cartons et nous continuons de déployer des politiques évaluées comme peu efficaces ou dont les rapports successifs prouvent l'échec.

En France, le pari de l'éducation et d'un travail éducatif n'a pas été fait, aucune grande administration ne le portant

Ce résultat a été décrit dans le rapport d'information du comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur l'évaluation de la lutte contre l'usage de substances illicites (Mme Anne-Yvonne Le Dain et M. Laurent Marcangeli).

Le repérage

Ce second niveau de l'intervention précoce est un enjeu important pour agir selon des priorités et en fonction des moyens. Des outils de travail comme le Repérage Précoce Intervention Brève (RIPB), en médecine de ville ou autre, restent nécessaires. Une attention particulière aux risques psychiatriques conduit à renforcer le lien avec les centres de crise, le diagnostic précoce du risque psychiatrique, comme l'établit le travail du Professeur M.-O. Krebs.

Mais cette préoccupation ne doit pas se limiter au nécessaire repérage du futur malade pour l'intégrer dans une « filière » de soins. Ce travail aussi ne peut se limiter aux acteurs de l'addictologie... En prévention des addictions, il est indispensable de travailler sur l'ensemble des vulnérabilités sociales et médicales : perdre trois mois de scolarité n'a pas les

mêmes conséquences selon le territoire de vie, la situation familiale et économique. D'où la nécessité de s'appuyer également sur des outils de repérage diversifiés, comme le test proposé par l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT), le Cannabis Abuse Screening Test (CAST), ou les liens à faire avec les partenaires de la Réduction des risques en milieu festif, les acteurs de la politique de la ville, ceux du soutien scolaire.

L'ouverture de points contacts dans les établissements scolaires est enfin un exemple du nécessaire « aller vers... » qui contribue à encore mieux diversifier les rencontres, à les augmenter qualitativement et quantitativement, bien mieux que l'interpellation et les éventuelles amendes.

Évaluation et prise en charge

Ce « dernier étage » de la stratégie d'Intervention Précoce (IP), sera plus rapidement traité, c'est celui des soins. L'enjeu réside aussi dans une dissémination des compétences, au plus près des publics, en utilisant l'existant pour éviter l'effet millefeuille ou « moi aussi, moi aussi ». Les permanences Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) dans les Maisons des adolescents (MDA), dans les points accueil écoute jeunes (PAEJ), permettent de rapprocher les compétences de ces dispositifs ouverts sur les adolescents.

Il convient de promouvoir des thérapies intégratives, adaptées à l'aspect multidimensionnel des usages : le manuel PAACT (Processus d'Accompagnement et d'Alliance pour le Changement Thérapeutique) pour les CJC, le déploiement d'une équipe MDFT (Thérapie familiale multidimensionnelle) par région qui se poursuit, les hôpitaux de jours pour adolescent qui permettent un relais des CJC, etc.

Globalement, la santé publique est confrontée à trois grands enjeux :

1. Mieux rencontrer tous les publics concernés et organiser l'accessibilité aux aides et outils possibles ;
2. Mieux diversifier les réponses (soin, social, réglementaires...) ;
3. Promouvoir un accompagnement qui agence les parcours de santé au plus près des trajectoires de vie.

Sans mise à jour du cadre légal, ces évolutions, amorcées et positives, resteront fragiles : plus que l'amende forfaitaire, nous attendons une vraie politique de régulation des usages de substances psychoactives.