

Audition 14.09.2017 Mission d'information délit d'usage illicite de stupéfiant

Représentants de la Fédération Addiction :

- Jean-Pierre Couteron, Président
- Nathalie Latour, Déléguée générale

En plus de la note transmise répondant aux questions posées par les deux rapporteurs de la mission, la Fédération Addiction a souhaité apporter une contribution plus large en lien avec le thème de la mission.

1. 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

Nous sommes une association loi 1901 dont le projet fédératif s'attache à décloisonner les approches et pratiques, en réunissant des acteurs de la ville, de l'hôpital ou du médico-social dans un espace de rencontre interdisciplinaire, et ce pour **tous les secteurs et niveaux d'intervention (soin, éducation, prévention, réduction des risques)**. Notre propos sera donc illustratif des différents métiers des 250 associations ou établissements de santé adhérents. Ils gèrent plus de 850 structures et services et emploient plusieurs dizaines de milliers de salariés.

Nous travaillons suivant une méthodologie de démarche participative, qui s'appuie sur des recommandations validées par les instances ad hoc (HAS, Inserm, ANSM, etc.) et sur les pratiques professionnelles de terrain. Notre budget, repose à 60% sur des conventions d'objectifs avec des directions générales ou régionales (santé, sociale, emploi, justice etc..) ou agences nationales et à 40% sur une dynamique associative propre, garantissant notre indépendance.

Pour répondre aux addictions, la société doit élaborer des réponses diversifiées, adaptées à leur contexte social, culturel, politique et économique. Il s'agit de promouvoir une approche équilibrée, destinée à des publics différents, sans espérer répondre à tout et à tous par les seuls soins ou par la seule loi pénale, même avec une individualisation de la sanction.

Or la pression pénale s'est accentuée ces dernières années, avec une multiplication des interpellations et des réponses pénales, notamment un doublement des amendes, et cela malgré les travaux sur l'absence de lien entre politique pénale/niveaux d'usage et les recommandations internationales les plus récentes, qui invitent à dépasser les solutions pénalisant l'usager.

La proposition de créer une amende forfaitaire, sans passer par le Procureur de la République et qui éteindrait l'action pénale, nous interroge plus qu'elle ne nous convient. Elle témoigne qu'une priorité reste donnée à la réponse pénale, aux dépens de ce qui devrait être une réponse commune. Elle reflète cette confusion entre l'interdit éducatif et l'interdiction pénale, dans une volonté de « maintenir un interdit » jugé protecteur. Tout miser sur le pénal et la loi, alors que la maladie addictive s'origine dans nos habitudes de vie en lien avec nos vulnérabilités personnelles, est une erreur. Le travail éducatif et de formation de l'enfant et de l'homme 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. Pour y répondre, les Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) sont créés en 2004 et déployés avec peine (résistance aux changements) en 2005 et 2006. 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 MILDECA en lien avec la Direction Générale de la Santé. Le nouveau plan gouvernemental commencera à leur donner les moyens de rencontrer un public nouveau, dans le cadre d'une politique de renforcement des règles et d'interventions précoces. L'accompagnement budgétaire de cette relance par la représentation nationale ne restera pas à la hauteur, malgré le faible coût que cela aurait représenté (environ 4 millions d'euros obtenus sur les 15 millions nécessaires).

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

- En 2014, sur les 4,6 millions de personnes ayant fait un usage occasionnel de cannabis, 177 000 personnes étaient interpellées pour usage de stupéfiants. 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 vus dans la consultation hospitalière, dans les hôpitaux de jours 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 être de « mieux » et « plus vite » rencontrer les personnes usagères, pour leur apporter, selon les cas, des aides de réduction des risques, de prévention et de soin. Pour cela, il faut sortir de la binarité 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 de rencontre, notamment dans le 1^{er} recours de santé ou dans les premières années d'usage.

2. Différencier les publics pour diversifier nos réponses dans une approche globale santé/sécurité public

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 que ce n'est toujours pas effectif. Les usagers du cannabis médical doivent être reconnus et traités en tant que tel, ce sera autant de cas de contentieux inutiles en moins ! Le pilotage doit être confié aux 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 !

Public Adultes, après 21-25 ans : passé la période de fin de maturation du cerveau, les effets cognitifs négatifs majeur sont réduits. En dehors des publics vulnérables, le risque sur la santé est essentiellement celui de l'abus et ceux 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...

Public Adolescent : les données de l'OFDT montrent que c'est entre la fin des années collèges et le début des années lycées que tabac, alcool et cannabis sont rencontrés. C'est doublement un problème car :

- Les neurosciences montrent 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 et 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.

Nous pourrions penser nos réponses en tenant compte de deux enjeux :

A) **La pente addictogène** qui pousse à l'usage excessif : aujourd'hui, nous avons le sentiment que tout ou presque peu 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, tout devenant en théorie possible, 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. **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 faisant des 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. **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 par exemple. Après quelques décennies au service de la contre-culture, les drogues sont devenues un moyen d'être normal, compétitif, visant une meilleure intégration sociale et professionnelle. **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, Sevran, Marseille, Toulouse, Grenoble, etc.... **PRECARISATION**

B) **Une modification de l'éducation et de la transmission des règles** : les évolutions technologiques ont bousculé et modifié l'éducation. Par exemple, dès 2009, lors de notre colloque « grandir parmi les addictions », nous alertions sur la captation de l'attention qu'induisait les écrans. Aujourd'hui, les études se multiplient qui montre qu'il faut accompagner ces changements de repères et de posture et soutenir les éducateurs en défendant « un contexte éducatif ».

La normalisation pénale est mise en difficulté par son ambition de faire de l'abstinence la norme dans une société de consommation de masse et de faire du contrôle et de la modération la règle dans une société de l'excès et du sans limite.

3. 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.

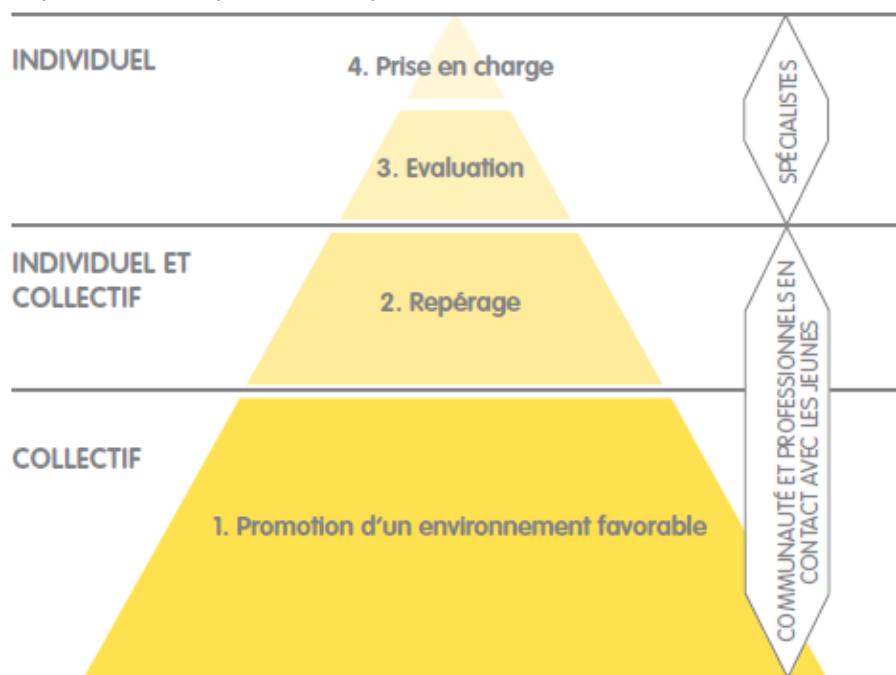
Le public adolescent est dans une non-reconnaissance du besoin d'aide. C'est un public difficile à atteindre. Il faut penser sa rencontre et se donner les moyens d'aller dans les univers de vie et travailler avec la communauté adulte, en s'appuyant sur les réponses publiques existantes (politique de la ville, jeunesse et sport, plan Santé Des Ados, Maison des adolescents, PAEJ, etc.) pour y diffuser les bonnes pratiques nécessaires. L'entourage et la communauté adulte sont des acteurs incontournables pour repérer et faire le lien.

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.

C'est 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 complexes¹.
On peut schématiquement la représenter ainsi :



1) 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, cannabis et troubles des apprentissages, jeux en ligne et captation de l'attention, 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 trois processus :

- **Inform** sur les risques et danger, réels, des plus proches aux plus loin dans le temps, les 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.

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

¹ Revue Actal sur Intervention Précoce, Article « L'Intervention précoce : une chimère bienfaitante » de Kurdi C. et Couteron JP., Fédération Addiction, 2015

- 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 habits 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



- 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

Une prévention plus efficace s'appuie sur

- Développement des compétences psychosociales
- 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 réglementaires

L'enjeu des stratégies éducatives est de renforcer les protections internes à 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 en incluant les familles. Ils associent exercices pratiques, information sur les risques et un 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 interdictions (vente de tabac aux mineurs, publicité 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 contribuer.

Ensemble, mesures structurelles et mesures éducatives contribuent 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 :

- Sur les mesures structurelles, vécues comme bridant la liberté du marché (cf. loi Evin) et parfois des personnes ;
- Sur les mesures éducatives, où l'échec du « saupoudrage préventif », dû à son actuelle inorganisation

et à son non financement, lui 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. Ce résultat a été décrit dans le rapport d'information par le 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). Des programmes validés comme efficaces (Unplugged, SFP, Triple P) sont encore trop dans les cartons et nous continuons de déployer des politiques évaluées comme peu efficaces ou dont les successifs rapports prouvent l'échec.

2) 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 des éléments ont déjà été mises en relation avec 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 3 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 aussi sur des outils de repérage diversifiés sur les usages, comme le test proposé par l'OFDT, le CAST ou les liens à faire avec les partenaires de la RDR festive, 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 et à les augmenter qualitativement et quantitativement, bien mieux que l'interpellation et les éventuelles amendes.

3) Evaluation et prise en charge : PAACT, MDFT, Hôpitaux de jours ou consultations d'addictologie adolescents...

Ce « dernier étage » de l'IP (intervention précoce) sera plus rapidement traité, il n'est pas directement concerné par la commission des lois, c'est celui des soins :

- L'enjeu y est aussi 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 CJC dans les MDA, dans les PAEJ (points accueil écoute jeunes), permettent de rapprocher les compétences de ces dispositifs ouverts sur les adolescents ;
- Promouvoir des thérapies intégratives, adaptées à l'aspect multidimensionnel des usages : le manuel PAACT pour les CJC, le déploiement d'une équipe MDFT par région qui se poursuit, les hôpitaux de jours pour adolescent qui permettent un relais des CJC, etc...

Globalement, la santé publique est face 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 d'accompagnement au plus près des trajectoires de vie.

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

4. Points spécifiques à vos questions permettant d'améliorer la réponse publique

Vos questions évoquent deux sujets dont le traitement pourrait être amélioré :

Le premier concerne le rôle de l'interdit dans la DISSUASION et la résistance aux INFLUENCES. Trois injonctions éducatives sont utilisées majoritairement par les familles :

- Faire attention, par rapport au risque
- C'est interdit, par rapport à l'autorité
- Ne te laisse pas influencer, par rapport aux autres

Ces trois injonctions sont fragilisées par les évolutions sociétales actuelles, elles nécessiteraient un appui que peuvent apporter les actions développées dans la stratégie de l'Intervention Précoce. De plus, « l'interdit » est souvent évoqué sans plus de précision, il faut pourtant distinguer l'interdit éducatif de l'interdit pénal, et s'attacher à faire converger les 3 cadres nécessaires : parental, pénal et interne. Si vous le souhaitez, nous pouvons vous transmettre des écrits plus détaillés sur ce sujet.

Les STAGES : il manque en France une vraie proposition par l'approche groupale. Par tradition, ce sont les approches thérapeutiques individuelles qui priment, aux dépens des approches fondées sur le groupe, qui pourtant ont pu montrer leur intérêt pour une partie du public concerné. Tel qu'il a été conçu, le cahier des charges de l'animation des Stages en fait une sanction, certes collective, en groupe, mais basée sur des approches individuelles, type maître/élève, et non sur une dynamique plus ouverte sur le groupe.