

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)