

ALCOOL, TABAC, DROGUES, ÉCRAN

PLAN DÉPARTEMENTAL DE PRÉVENTION ET DE LUTTE CONTRE LES ADDICTIONS EN MEUSE

2019 – 2025

SOMMAIRE

Préambule.....	5
Domaine d'action 1 – Prévenir pour une réelle prise de conscience.....	9
Objectif 1.1 – Mutualiser les ressources en matière de prévention en s'assurant que chaque volet (préventif, répressif et sanitaire) soit représenté pour toute intervention.....	11
Objectif 1.2 – Réinvestir les personnes clés dans leur rôle principal de prévention des conduites addictives.....	11
Domaine d'action 2 – Repérer pour une prise en charge précoce.....	13
Objectif 2.1 – Recenser et répertorier l'ensemble des acteurs de l'addictologie.....	15
Objectif 2.2 – Former l'ensemble des professionnels de santé au repérage précoce des comportements et consommations addictives.....	15
Objectif 2.3 – Créer un réseau d'élus référents addictions, représentant un maillage de proximité et d'intervention des élus locaux.....	15
Domaine d'action 3 – Sanctionner pour réduire la disponibilité des substances.....	17
Objectif 3.1 – Se saisir des moments opportuns pour conscientiser et s'assurer d'une prise en charge adaptée.....	19
Objectif 3.2 – Endiguer les approvisionnements illicites.....	19
Domaine d'action 4 – Soigner pour libérer de l'addiction.....	21
Objectif 4.1 – Fluidifier les articulations entre le repérage et l'amorce d'un accompagnement.....	23
Objectif 4.2 – Adapter la prise en charge addictologique au territoire meusien et à la complexité des diagnostics.....	23
Mise en œuvre et suivi du plan – Structure de gouvernance.....	25
Le comité de pilotage.....	25
Les groupes de travail.....	26
Diagnostic partagé.....	26



PRÉFET DE LA MEUSE

PRÉAMBULE

« *Les conduites addictives constituent un défi majeur pour notre société* »

M. Edouard Philippe, Premier Ministre de la République française

La forte prévalence des comportements addictifs, en particulier les drogues, est une réalité de longue date dans le Grand Est. La Meuse est particulièrement affectée par ce phénomène¹. Un diagnostic réalisé par l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) en juillet 2019² confirme le précédent diagnostic de 2011³ mettant en évidence la Meuse comme un des départements au sein duquel le nombre d'interpellations pour usage de cannabis et d'héroïne est le plus élevé.

Si les jeunes lorrains de 17 ans sont moins consommateurs réguliers que ceux du reste de la France, le Grand Est se démarque de la France métropolitaine par une proportion de fumeurs quotidiens significativement plus élevée (31 % vs 27,9%). Les interpellations pour état d'ivresse sur la voie publique sont également plus fréquentes en Meuse qu'en France (15,1 vs 11,7 interpellations pour 10 000 habitants) et les interpellations liées aux infractions à la législation sur les stupéfiants sont un peu plus élevées en Meuse qu'en Grand Est (45,3 vs 39,6 interpellations pour 10 000 habitants). Les saisies de stupéfiants en Meuse sont marquées par d'importantes parts d'héroïne (35,9 % sur la période 2014-2018 parmi les trois principaux stupéfiants saisis vs 5 % dans le reste de la France).

Les données de soins de santé font apparaître une mortalité liée aux consommations de tabac et d'alcool comparable entre la Meuse et le Grand Est, mais une mortalité par surdose plus importante (2,2 surdoses pour 100 000 habitants en Meuse vs 1,2 en Grand Est vs 0,7 en France métropolitaine). De même, le nombre d'hospitalisations en psychiatrie liées aux consommations de substances psychoactives est deux fois plus élevé en Meuse (228,2 vs 113 séjours pour la France métropolitaine pour 100 000 habitants), principalement expliqué par les hospitalisations liées à l'usage d'alcool (313 vs 77,3) et d'opiacés (49 vs 6,1).⁴

1 Plusieurs reportages télévisés ont attiré l'attention sur le sujet (par exemple : « *Drogue dure au village* », Sept à Huit du 28 janvier 2018 et « *Gueules cassées* », avril 2019 sur France 2).

2 ORSAS (2019), *Diagnostic partagé sur les comportements addictifs et leur prévention en Meuse*.

3 ORSAS (2011), *Diagnostic partagé sur les comportements addictifs et leur prévention en Meuse*.

4 ORSAS (2019), *Op. Cit.*, pp. 25-37.



PRÉFET DE LA MEUSE

Comme le rappelle le Premier Ministre, la prévention et la lutte contre les conduites addictives est un défi majeur, d'une part, en termes de santé publique, celles-ci étant à l'origine chaque année de plus de 122 000 décès prématurés en France⁵, et d'autre part, parce qu'elles sont à la fois à l'origine et le résultat de nombreux faits de délinquance. Les services de l'État découvrent régulièrement des consommations de substances psychoactives lorsqu'ils interviennent pour voie de fait ou agression, notamment dans le cadre de violences familiales ou de conflits de voisinage. De même, la volonté de certains de se procurer de l'argent pour financer leurs achats de produits stupéfiants génère des vols.

L'usage de substances psychoactives est marqué par de fortes inégalités sociales, les groupes les plus défavorisés en termes de revenus, d'éducation ou d'intégration sociale présentant une proportion plus élevée de consommation addictive. Ce sont ces mêmes inégalités sociales qui déterminent pour une grande part la transition de l'expérimentation à l'usage problématique des produits les plus couramment utilisés.⁶ Ce lien avéré entre consommation addictive et précarité sociale démontre la nécessité de concilier plusieurs logiques d'intervention (santé, logement, mobilité, ressources financières, formation, emploi, environnement familial...) afin de prendre la pleine mesure du défi des conduites addictives. Cette corrélation implique également que les politiques publiques visant à réduire la précarité sociale dans ces différents domaines participent à la lutte contre les addictions.

Le diagnostic partagé sur les comportements addictifs et leur prévention en Meuse constate la progression concertée et adaptée aux évolutions des besoins et de la demande sociale en addictologie des ressources de soins et d'accompagnement dans ce département. Les ressources en prévention, notamment de prévention primaire, sont faibles, mais les acteurs sont mobilisés et plus investis comparativement aux départements présentant les mêmes caractéristiques. En revanche, les acteurs institutionnels (la Préfecture, l'ARS, le Rectorat, les communs et communautés de communes) doivent s'impliquer davantage et s'engager clairement dans un projet commun en vue d'assurer une cohérence et une coordination des acteurs.

⁵ MILDECA (2018), *Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022*, p. 3.

⁶ MILDECA (2018), *Op. cit.*, p. 18.



PRÉFET DE LA MEUSE

Le présent plan vise justement à répondre à ce manque de coordination des acteurs de l'addictologie et, fort du constat et des préconisations du diagnostic partagé, entend mettre en œuvre les actions pertinentes aux caractéristiques du département. La condition *sine qua non* pour que ces actions déploient pleinement leurs effets est la mobilisation non seulement des services de l'État et des collectivités territoriales mais plus globalement de l'ensemble de la Meuse. L'ensemble des forces vives, qu'elles soient sanitaires, économiques, sociales, publiques, privées, se doivent de s'engager en vue de combattre ce véritable fléau.

Cette planification s'inscrit pleinement dans la démarche initiée par le Gouvernement et formalisée par le plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 validé en décembre 2018⁷. Elle se veut un complément ou plutôt une traduction des priorités gouvernementales compte tenu des déterminants de santé et des consommations de substances psychoactives en Meuse. Ainsi, le présent plan se concentrera à moyen terme à traiter la problématique des stupéfiants, substances mises systématiquement en exergue par les indicateurs et constats meusiens.

Le plan départemental de prévention et de lutte contre les addictions en Meuse se décline en quatre domaines d'action :

1. **prévenir**, pour une réelle prise de conscience ;
2. **repérer**, pour une prise en charge précoce ;
3. **sanctionner**, pour réduire la disponibilité des substances ;
4. **soigner**, pour libérer de l'addiction.

⁷ MILDECA (2018), *Op. cit.*

1

DOMAINE D'ACTION 1

PRÉVENIR POUR UNE RÉELLE PRISE DE CONSCIENCE

De manière générale, les risques et dommages liés à la consommation de produits psychoactifs sont sous-estimés, voire totalement méconnus. L'expérimentation de l'alcool dans l'enfance augmente, par exemple, la probabilité d'une consommation à risque une fois l'enfant parvenu à l'adolescence⁸. En croyant limiter la surconsommation de boissons alcoolisées de leurs enfants, les parents leur feraient en fait aimer et apprécier le goût des boissons alcoolisées. De même, le cannabis revêt de plus en plus une image positive qui s'affirme autour de ce produit, lui prêtant des propriétés « naturelles », dans une perspective écologique. Cette méconnaissance et cette banalisation concernent l'ensemble des substances psychoactives, à l'exception notable du tabac pour lequel le discours public est robuste et partagé.

Sur base de ce constat et des risques inhérents à la consommation de ces substances psychoactives notamment pour la santé mentale et le parcours social et scolaire des jeunes, un discours public clair doit être porté par les professionnels afin qu'il suscite une réelle prise de conscience des risques et dommages liés à la consommation des substances psychoactives.

Le constat selon lequel les interventions de sensibilisation aux risques de consommation des substances psychoactives manquent de coordination du fait de la variété des acteurs est partagé par de nombreux rapports et plans⁹, et est également mis en évidence par les acteurs de la prévention en Meuse. Cette coordination s'impose d'autant plus que les interventions de prévention à plusieurs voix semble plus appropriée car plus efficace. Ces interventions plurielles rassemblant des intervenants issus du champ du soin, des associations et des forces de l'ordre permettent d'inscrire les messages dans un continuum prévention-soins-législation-répression. Le message transmis paraît plus percutant du fait de l'approche globale de la problématique et renforce l'identité de chacun des intervenants.

Le contenu de ces interventions doit privilégier, pour les enfants, le développement de compétences psycho-sociales visant à renforcer l'estime de soi, la capacité à maîtriser ses émotions, la confiance dans l'adulte et l'empathie pour les enfants et, pour les parents et les professionnels chargés du suivi socio-éducatif des jeunes, la promotion de la bienveillance et de l'écoute en tant que facteurs de protection contre les consommations précoces de substances psychoactives.

8 C. R.COLDER, K. SHYHALLA, S. E. FRNDAK (2018, vol. 76). Early alcohol use with parental permission: Psychosocial characteristics and drinking in late adolescence, *Addictive Behaviors*.

9 MILDECA (2018), *Op. cit.*, p. 29.

Les interventions de prévention à l'école sont le moyen le plus usuel pour prévenir les risques d'addiction à destination du jeune public. Néanmoins, pour que ces interventions portent leurs fruits, elles ne doivent pas constituer une parenthèse que l'établissement scolaire referme une fois les acteurs de prévention partis. Ces démarches doivent bien au contraire s'inscrire dans un projet transverse sur la problématique de santé et en lien avec la politique d'éducation à la santé à l'école porté par les acteurs de l'Éducation nationale et les équipes éducatives.¹⁰ Pour que ces interventions se conçoivent dans un continuum éducatif, l'établissement doit veiller à associer de manière étroite les enseignants à cette démarche.

Les élèves de fin de primaire sont peu, voire pas du tout, ciblés par les programmes de prévention des conduites addictives. S'adresser à cette tranche d'âges est une piste à explorer. Si la nature des messages doit nécessairement être adaptée au niveau de maturité de ces élèves,¹¹ l'intérêt d'intervenir dès cet âge est de pouvoir sensibiliser un public n'ayant pas encore expérimenté ou très peu de substances psychoactives et ainsi viser à retarder l'âge de l'expérimentation de la nouvelle génération. En outre, ces actions profiteraient d'un âge au cours duquel l'autorité est peu contestée contrairement à la période de l'adolescence et, par conséquent, d'un contexte d'intervention plus favorable.

Les actions de sensibilisation en milieu scolaire font bien souvent l'économie d'inclure les parents dans leur démarche. C'est pourtant bien l'autorité parentale qui revêt le rôle d'acteur principal de prévention. L'attention doit par conséquent être portée sur une implication plus prononcée des parents afin, d'une part, qu'ils prennent conscience des risques et, d'autre part, qu'ils s'investissent pleinement dans leur rôle d'acteur de prévention en développant des habiletés parentales.

Si le milieu scolaire reste un champ privilégié en termes de prévention car offrant des facilités évidentes d'intervention, le discours peut ne pas faire sens aux yeux de certains jeunes en froid avec l'éducation nationale, synonyme d'obligation et où l'autorité du personnel enseignant est écorné. Les interventions de prévention dans les milieux de socialisation extrascolaires, notamment dans les clubs sportifs et associations de jeunesse, représentent de bonnes alternatives au cadre scolaire. De surcroît, ce cadre permet d'intervenir dans un contexte de divertissement et de recourir à une figure d'autorité entretenant une relation plus informelle avec le jeune, l'éducateur ou le coach. De manière plus générale, cette piste d'action s'inscrit dans la logique d'« aller vers », prônée par de nombreux acteurs de l'addictologie, impliquant une démarche globale en direction des publics vulnérables, sans attendre qu'ils prennent eux-mêmes l'initiative.

Les milieux professionnels, espaces de socialisation importante pour l'adulte, ont une incidence sur les pratiques de consommation des substances psychoactives. Les niveaux de consommation varient selon les secteurs professionnels et, à l'intérieur de ces secteurs, selon les catégories socio-professionnelles et le sexe.¹² La nature de ce lien entre l'usage de substances psychoactives et une profession particulière s'explique pour diverses raisons, notamment les conditions et l'organisation du travail. La littérature scientifique a identifié certains secteurs d'activités comme liés à des usages de substances psychoactives plus élevés : la construction, l'agriculture, la restauration, les métiers de relation avec le public... L'attention des intervenants doit par conséquent porter une attention particulière à ces secteurs d'activités, sans pour autant stigmatiser ces professions.

La médecine du travail de par son rôle au sein de l'entreprise semble l'acteur le mieux placé et le plus apte à réaliser cette sensibilisation. Son autorité permettrait de rappeler, d'une part, les conséquences sanitaires de l'usage des substances psychoactives et, d'autre part, les sanctions en cas d'infraction à la législation sur les stupéfiants ou au code de la route constatée. Si la médecine du travail est un vecteur intéressant au sein d'une organisation, elle paraît moins appropriée pour sensibiliser les très petites entreprises ou les travailleurs indépendants. Pour ces derniers, les acteurs de la prévention s'assureront d'investir les représentants des professions et les organisations syndicales pour que l'ensemble des travailleurs soit concerné.

10 Cette exigence fait écho aux cinq thématiques déterminées par la Direction des Services Départementaux de l'Éducation Nationale de Meuse (les substances addictives, l'addiction aux écrans, la sécurité routière, le développement durable et les rapports hommes-femmes) qui a chargé les Collègues de les inclure dans leur projet d'établissement et leurs programmes pédagogiques pour l'année scolaire en cours.

11 A titre d'exemple, les enseignants pourraient utilement s'inspirer du programme *Good Behavior Game* initié en 1969 aux États-Unis d'Amérique.

12 BECK F., PALLE C., RICHARD J.-B. (2016). Liens entre substances psychoactives et milieu professionnel, *Le courrier des Addictions*, vol. 18, n°1, pp. 18-22.

1.1

OBJECTIF 1.1

MUTUALISER LES RESSOURCES EN MATIÈRE DE PRÉVENTION EN S'ASSURANT QUE CHAQUE VOLET (PRÉVENTIF, RÉPRESSIF ET SANITAIRE) SOIT REPRÉSENTÉ POUR TOUTE INTERVENTION

1. Segmenter les publics afin de sensibiliser l'ensemble des personnes composant ces publics-cibles.
2. Définir les éléments de langage et les méthodes pédagogiques pour chaque volet (préventif, répressif et sanitaire) pour assurer la cohérence du message en fonction des intervenants tout en sensibilisant un public diversifié et en s'inscrivant dans une éthique commune.
3. Déterminer les ressources disponibles en matière de prévention et les besoins au vu des publics-cibles définis.
4. Définir un planning commun des actions de sensibilisation en s'assurant de sensibiliser l'ensemble des personnes composant les publics-cibles par des interventions à plusieurs voix (préventif, répressif et sanitaire) de telle manière que les messages s'inscrivent dans une logique de continuum prévention-soins-législation-répression.

1.2

OBJECTIF 1.2

RÉINVESTIR LES PERSONNES CLÉS DANS LEUR RÔLE PRINCIPAL DE PRÉVENTION DES CONDUITES ADDICTIVES

5. Construire des actions de prévention en milieu scolaire avec une approche participative et co-construite avec les parents de telle manière que les parents se sentent pleinement investis de leur rôle d'acteur principal de prévention.
6. Inscrire la prévention des risques des conduites addictives dans un projet transverse sur la problématique santé et en lien avec la politique d'éducation à la santé à l'école en y associant étroitement les enseignants.
7. Inscrire la prévention des risques des conduites addictives dans un projet transverse sur la problématique santé et en lien avec la politique d'éducation à la santé par le sport et pour la jeunesse en y associant étroitement les éducateurs sportifs et sociaux.

2

DOMAINE D'ACTION 2

REPÉRER

POUR UNE PRISE EN CHARGE PRÉCOCE

Bien que les ressources soient présentes, le département de la Meuse, tout comme les autres départements du même type, fait face à un déficit de publicité des services et acteurs de l'addictologie. Ce constat vaut pour le grand public, mais aussi pour les acteurs entre eux. La nécessité d'inscrire les actions de lutte contre les conduites addictives dans un continuum transverse des différents services afin de mieux appréhender le parcours de vie des personnes concernées exige un repérage fin des acteurs sur l'ensemble du territoire dans une logique de filière. La création d'un guide ou l'installation d'instances de travail rassemblant des acteurs hétéroclites participe à la réalisation de cette ambition.

La création d'un tel répertoire permet de décloisonner la prise en charge du patient, mais est également une condition préalable à une large mobilisation de la société, et plus particulièrement de l'ensemble des acteurs de la santé, en vue de repérer et de guider les personnes ayant une consommation problématique de substances psychoactives. Toute une série d'acteurs, de par leur fonction, sont les mieux placés pour repérer les conduites addictives problématiques. Cependant, ils ne disposent pas forcément des outils et des compétences utiles pour pouvoir distinguer les signes et guider l'individu vers les services pertinents en fonction de son usage et de sa situation personnelle.

Comme le rappelle le plan national de mobilisation contre les addictions¹³, les médecins généralistes sont encore insuffisamment sensibilisés et formés pour pouvoir proposer à leurs patients une réponse adaptée, en termes de repérage des usages à risque, d'évaluation de l'ensemble des consommations, de motivation au changement, d'engagement dans le soin ainsi que d'orientation. Or, les médecins généralistes se situent au cœur du dispositif de soins de premier recours. La conséquence résultant de ce manque de sensibilisation et de formation est un engagement insuffisant du dispositif de soins de premier recours dans la logique de repérage précoce et, le cas échéant, de soins pour les personnes consommant ces substances psychoactives.

Si les mesures visant à limiter la consommation de substances psychoactives de certains publics, notamment les femmes enceintes et les adolescents, sont aujourd'hui largement partagées et soutenues par les Français¹⁴, la vulnérabilité particulière de ces publics à la neurotoxicité de ces substances, quel que soit le produit considéré, est méconnue et entraîne par conséquent une faible perception des risques.

13 MILDECA (2018), *Op. cit.*, p. 52.

14 OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES (2013). Perceptions et opinions des Français sur les drogues, *Tendances*, n° 88, p. 6.

Les adolescents sont particulièrement vulnérables aux substances psychoactives du fait des processus de maturation cérébrale à l'œuvre à cette période. La précocité de l'expérimentation et de l'entrée dans la consommation régulière accroît ainsi les risques de dépendance ultérieure et plus généralement de dommages subséquents, notamment la survenue de troubles psychotiques. Les études scientifiques prouvent également que la consommation de ces produits augmente le risque de mort fœtale in utero, de naissance prématurée, d'affecter le fonctionnement cérébral ou de développer des troubles.

L'enjeu, couplé à une prévention des risques en vue de retarder l'âge des expérimentations et l'entrée dans la consommation, est donc de repérer le plus précocement possible la consommation de substances psychoactives de l'ensemble de la population tout en portant une attention particulière aux femmes enceintes et aux adolescents du fait de leur vulnérabilité particulière à ces produits. Ainsi, l'organisation de séances de sensibilisation et de formation ayant pour objectif de développer les compétences des participants en vue de repérer les signes d'une consommation de ces produits et d'être capable d'orienter la personne vers les services compétents pour une prise en charge appropriée est une piste de solution. Ces formations ou temps d'analyse de pratiques à l'attention de l'ensemble des professionnels de santé (médecins généralistes, pharmaciens, infirmiers...) devront idéalement prendre en compte les spécificités de la fonction des acteurs et de leurs interventions, un patient n'étant pas amené à entretenir le même type de relation avec son pharmacien qu'avec son médecin généraliste.

Comme le souligne la stratégie nationale de santé (SNS), la santé en France est caractérisée par des inégalités sociales importantes qui se traduisent par des différentiels d'espérance de vie significatifs : les ouvriers ont à 35 ans une espérance de vie inférieure de 6,4 ans en moyenne à celle des cadres supérieurs masculins, ce différentiel étant de 3,2 ans pour les femmes.¹⁵ Ces écarts s'expliquent par un moindre recours de ces catégories sociales aux dispositifs sanitaires et sociaux par méconnaissance de leurs droits, défiance vis-à-vis des institutions et/ou en raison d'obstacles pratiques, tels que le manque de mobilité ou de domiciliation.

Ce constat de répartition inégale de santé est en tout point transposable aux usages de substances psychoactives. L'usage régulier du cannabis, par exemple, est la plupart du temps lié à des situations de vulnérabilité sociale alors que l'expérimentation et l'usage occasionnel de cette substance psychoactive sont associés à des contextes festifs et d'intégration sociale. De même, le Baromètre Santé révèle que, entre 2010 et 2016, la fréquence du tabagisme quotidien a augmenté de 35,2 % à 37,5 % dans la tranche des plus bas revenus, alors qu'au cours de la même période une baisse de 23,5 % à 20,9 % dans la tranche des revenus les plus élevés peut être constaté.

Si l'une des réponses les plus appropriées à cette problématique est d'inscrire les actions de prévention et des professionnels de santé dans une logique proactive nécessitant d'aller vers ces publics concernés¹⁶, il est nécessaire de mettre en place un système d'échange d'informations reposant sur un réseau d'acteurs qui, de par leur fonction, sont au cœur des tissus relationnels locaux. Les acteurs répondant le mieux à ce critère sont les élus locaux. Le niveau le plus approprié pour la mise en place d'un tel réseau est celui des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) représentant à la fois un maillage de proximité et un cadre légal d'intervention du politique dans le champ de la dynamique sanitaire. Ce système d'échange d'informations peut être formalisé au sein d'une charte de l'élu référent addictions et mise en œuvre sous l'égide de l'élu de l'EPCI désigné à cet effet.

Concrètement, ce réseau a pour objectif d'échanger les informations à la fois de manière ascendante, de l'élu vers les instances de travail, et de manière descendante, des instances de travail vers l'élu. Cette relation à double sens permet, pour la transmission descendante, de soutenir l'élu qui peut se trouver démuni face à un sujet complexe qu'il maîtrise peu ainsi que de déployer le présent plan en s'appuyant sur les réseaux locaux d'interconnaissances et de solidarités existants et, pour la transmission ascendante, de faire remonter les besoins locaux ainsi que de repérer et guider les individus ayant une consommation problématique de substances psychoactives. Par ce réseau, l'élu pourra rendre visible les « invisibles », c'est-à-dire les personnes ayant moins recours aux dispositifs sanitaires par méconnaissance de leurs droits, par défiance vis-à-vis des institutions et en raison d'obstacles pratiques en les informant, les convaincant et les soutenant.

15 Ministère des Solidarités et de la Santé (2017). *Stratégie nationale de santé 2018-2022*, p. 8.

16 Voy. l'objectif 1.2 du présent plan, p. 11.

2.1

OBJECTIF 2.1

RECENSER ET RÉPERTORIER L'ENSEMBLE DES ACTEURS DE L'ADDICTOLOGIE

8. Recenser, par un repérage nominatif, les partenaires sociaux, médico-sociaux et sanitaires pouvant accueillir les usagers ayant une consommation problématique de produits psychoactifs en Meuse.
9. Créer un annuaire clair permettant à toute personne suspectant une consommation addictive de guider l'individu repéré et diffuser cet annuaire le plus largement possible.

2.2

OBJECTIF 2.2

FORMER L'ENSEMBLE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ AU REPÉRAGE PRÉCOCE DES COMPORTEMENTS ET CONSOMMATIONS ADDICTIVES

10. Définir le contenu et les méthodes pédagogiques les plus appropriés pour chaque profession médicale et paramédicale en vue d'élaborer une formation ou temps d'analyse de pratiques leur permettant d'acquérir les compétences et réflexes nécessaires à l'identification et à la prise en compte des signes d'une conduite addictive.
11. Définir un planning de formation à destination de l'ensemble des professionnels de santé (médecin généralistes, médecins du travail, infirmiers, pharmaciens, etc.).

2.3

OBJECTIF 2.3

CRÉER UN RÉSEAU D'ÉLUS RÉFÉRENTS ADDICTIONS, REPRÉSENTANT UN MAILLAGE DE PROXIMITÉ ET D'INTERVENTION DES ÉLUS LOCAUX

12. Élaborer une charte de l'Élu Référent Addiction (ERA), formalisant l'engagement de l'EPCI et la collaboration entre les services de l'État et de l'EPCI.
13. Diffuser la charte à tous les maires du département et les inviter à en prendre connaissance en Conseil municipal.
14. Assurer la transmission ascendante et descendante des informations entre les élus référents et les acteurs du champ du soin, des associations et des forces de l'ordre.

3

DOMAINE D'ACTION 3

SANCTIONNER

POUR RÉDUIRE LA DISPONIBILITÉ DES SUBSTANCES

De nombreuses publications scientifiques attestent du rôle de l'environnement sur les consommations de substances psychoactives en dehors des seuls facteurs individuels. De même, les recherches démontrent que la disponibilité des substances licites et illicites a une influence sur la consommation.¹⁷ Contrairement à une idée reçue, le nombre de consommateurs et de dépendants ne sont pas liés au pouvoir addictif du produit, mais bien de sa disponibilité. Ainsi, restreindre la disponibilité des substances psychoactives participe à réduire le nombre de consommateurs et les niveaux de consommation, mais également à diminuer la précocité des expérimentations.

Sur base des dernières statistiques disponibles, la Meuse fait partie du premier tiers des départements enregistrant le plus grand nombre d'interpellations liées aux infractions à la législation sur les stupéfiants (26^e sur 96). Ce constat est identique lorsque la Meuse est comparée au niveau régional (3^e sur 13) et même plus marqué lorsqu'Elle est comparée aux autres départements ruraux (2^e sur 14). Ce nombre d'interpellations liées aux infractions à la législation sur les stupéfiants relativement élevé s'explique en grande partie par la proximité du département avec les Pays-Bas qui favoriserait les consommations et le petit trafic d'usagers-revendeurs. Comme relevé dans le préambule, la part de saisies d'héroïne est significativement plus importante que dans le reste de la France (35,9 % sur la période de 2014-2018 vs moins de 5 %). De même, le nombre d'interpellations pour état d'ivresse sur la voie publique est plus élevé en Meuse que dans le reste de la France (15,7 pour 10 000 habitants vs 11,7), mais moins important qu'en Grand Est (17,8).¹⁸

Les acteurs meusiens de l'addictologie s'interrogent sur la facilité d'accès aux substances psychoactives licites et illicites au vu des consommations des plus jeunes. Ces observations sont confirmées par une enquête de l'OFDT faisant apparaître que plus de la moitié des jeunes français de 16 ans ayant consommé de l'alcool au cours du dernier mois estimaient qu'ils n'avaient pas de difficulté à se procurer de l'alcool quel qu'il soit. Ce taux atteint presque les 90 % quant à la facilité d'approvisionnement en tabac auprès d'un buraliste. Les acteurs meusiens soulignent cette notion de disponibilité trop aisée pour les mineurs résultant de l'irrespect régulier de l'interdiction de vente d'alcool et de tabac aux mineurs. Pour les substances illicites, les consommateurs profiteraient d'un réseau d'interconnaissances leur permettant un approvisionnement facilité.¹⁹

17 MILDECA (2018), *Op. cit.*, p. 38.

18 ORSAS (2019), *Op. cit.*, pp. 28-32.

19 ORSAS (2019), *Op. cit.*, pp. 49-51.

Ce double constat, de la présence d'un petit trafic d'usagers-revendeurs et d'un laxisme dans l'application de l'interdiction de vente d'alcool et de tabac aux mineurs, accentue la nécessité de mettre en place des mesures spécifiques en vue de réduire la disponibilité des substances psychoactives. Les pistes à envisager sont par conséquent le renforcement des contrôles de police et de gendarmerie compte tenu de la proximité des marchés au sein desquels certains produits stupéfiants sont en vente libre ou à des prix moins dissuasifs.

Les approvisionnements issus de nouveaux modes de consommation et de transport doivent également faire l'objet d'une attention particulière. Le développement du commerce par internet affecte aussi la vente de substances psychoactives avec la diversification des modes d'approvisionnement qu'elle entraîne. L'utilisation de l'internet caché (*dark web*) concerne l'ensemble des substances psychoactives et peut engendrer une augmentation de la disponibilité d'opioïdes de synthèse détournés de leur usage ou fabriqués par des laboratoires clandestins. Dans le même ordre d'idées, les contrôles en vue du respect de la législation de vente d'alcool et de tabac aux mineurs par les débitants et les buralistes doivent être renforcés.

Toutes ces mesures, si elles ont pour objectif principal de limiter la disponibilité des substances psychoactives, participent également à améliorer la salubrité et la tranquillité publique. Une consommation abusive d'alcool ou de cocaïne, les deux substances les plus liées à la violence, augmente la gravité de certains crimes ou délits, notamment les agressions physiques et sexuelles, les risques de violence conjugale et le risque d'incivilités et d'agressions. Outre la violence et les troubles à l'ordre public subis par la population, les crimes et délits induits par cette consommation implique aussi la mobilisation d'importants moyens policiers, judiciaires et sanitaires.²⁰

Au-delà des actions visant à réduire la disponibilité des produits, les acteurs de l'addictologie peuvent agir par le biais de mécanismes policiers et judiciaires spécifiques afin d'amorcer une prise de conscience et une volonté de se soigner au vu des risques sanitaires et surtout des risques judiciaires pour lesquels la personne est poursuivie. Les enquêtes des forces de l'ordre et les affaires judiciaires offrent en effet des opportunités singulières, car pouvant représenter pour la personne inculpée autant de moments de doute et de remise en cause de sa consommation. Ces enquêtes et ces mécanismes judiciaires peuvent être saisis en vue d'instaurer un meilleur suivi des conduites addictives de l'individu.

Ainsi, les enquêtes mettant à jour une consommation problématique de substances psychoactives constituent une porte d'entrée à une remise en question de cette consommation par l'individu entendu. Il convient de souligner autant que possible ce contexte en rappelant les conséquences judiciaires et en termes de parcours de vie qu'une telle consommation peut induire par exemple en convoquant cette personne avec un proche moralisateur (parent pour enfant). Même si cet entretien n'a aucune influence sur le bon déroulement de l'enquête, ce type d'initiatives doit être maintenu et renforcé car elles participent à la lutte contre les addictions.

L'autorité judiciaire dispose d'une variété de sanctions permettant d'agir sur les facteurs individuels de délinquance, dont la consommation non maîtrisée de substances psychoactives. Celle-ci peut en effet intégrer à la mesure pénale une obligation de soins ou de réalisation d'un stage de sensibilisation : en prononçant des injonctions thérapeutiques en alternatives aux poursuites ou en présentiel dans le cadre de contrôles judiciaires. Ces injonctions de soins trouvent par ailleurs un contexte de mise en œuvre favorable avec l'instauration du sursis probatoire et la systématisation de la libération sous contrainte aux deux tiers de la peine prévues dans le projet de loi de programmation 2018-2022 et de réforme pour la Justice.

Toutes ces actions se trouveraient renforcer si elles étaient mises en œuvre de concert avec les Conseils Intercommunaux de Sécurité et de Prévention de la Délinquance (CISPD) de la Meuse. Cette instance est en effet le cadre de concertation sur les priorités de la lutte contre l'insécurité et la prévention de la délinquance dans les communes et d'échange d'informations sur le sujet. Ces conseils sont donc les mieux placés pour, d'une part, faire remonter les informations locales et, d'autre part, mobiliser les réseaux locaux en vue de mettre en œuvre le présent plan.

20 BÈGUE L. (2014). *Drogues, alcool et agression. L'équation chimique et sociale de la violence*. Paris : Dunod.

3.1

OBJECTIF 3.1

SE SAISIR DES MOMENTS OPPORTUNS POUR CONSCIENTISER ET S'ASSURER D'UNE PRISE EN CHARGE ADAPTÉE

15. Lors de la mise à jour de consommations addictives suite à une enquête pénale, **convoquer** l'individu avec un **proche « moralisateur »** (parent pour enfant, conjoint pour adulte...).
16. Dans les affaires relevant de la justice pénale, **systematiser**, pour les petites consommations addictives, les **stages de sensibilisation** en prévoyant une étape individuelle et, pour les grosses consommations addictives, les obligations de suivi.
17. **Créer un stage de sensibilisation** pour consommation addictive de l'**alcool** et le proposer comme peine alternative et/ou comme sursis probatoire dans les affaires pour lesquelles le Procureur de la République l'estimera pertinent.
18. Se saisir de l'instauration du **sursis probatoire** et de la systématisation de la **libération sous contrainte** aux deux tiers de la peine prévus dans le projet de loi de programmation 2018-2022 et de réforme pour la Justice pour assurer une prise en charge et un suivi des conduites addictives.

3.2

OBJECTIF 3.2

ENDIGUER LES APPROVISIONNEMENTS ILLICITES

19. **Endiguer les nouveaux modes d'approvisionnement** en renforçant les contrôles liés aux nouveaux modes de livraison, notamment des colis postaux suite aux commandes sur internet.
20. Entraver l'**accès des mineurs** au tabac, à l'alcool et aux jeux d'argent en veillant à un respect plus strict de la législation en la matière et à une prise de conscience des débitants en vue de protéger les jeunes meusiens.
21. Intensifier les **contrôles sur les axes de transport stratégiques** étant donné la proximité de marchés au sein desquels certains produits stupéfiants sont en vente libre ou à des prix moins dissuasifs et en tenant compte des stratégies de contournement mises en place par les contrevenants.



DOMAINE D'ACTION 4

SOIGNER POUR LIBÉRER DE L'ADDICTION

Les professionnels et acteurs de santé de la Meuse audités dans le cadre du diagnostic partagé soulignent l'existence d'une zone grise entre le repérage de la personne ayant une consommation problématique de substances psychoactives et l'amorce d'un accompagnement vers le soin.²¹ Ce manque de lien entre ces deux étapes n'est résolu qu'en partie par l'implication des professionnels de santé dans le repérage précoce et par la mobilisation des réseaux locaux suite à la création d'un réseau d'élus référents addictions, qui sont à même de faire le lien entre les personnes repérées et les services pertinents.²²

Malgré des efforts importants entrepris au cours des dernières années, les articulations entre le repérage des individus présentant une consommation problématique de substances psychoactives et les dispositifs sanitaires dans ses différentes composantes (libéral, médico-social, hospitalier) ne garantissent pas encore la fluidité et la qualité nécessaires pour satisfaire aux parcours de santé des usagers et assurer une continuité de la prise en charge, voire de l'amorcer. Les services sanitaires, et particulièrement le dispositif spécialisé, demeurent souvent peu lisible tant pour les partenaires que pour les consommateurs et leur entourage.²³

Au-delà des deux actions évoquées, le Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD), de par ses missions et son image auprès des publics, est le dispositif le plus approprié pour fluidifier les articulations entre le repérage et l'amorce d'une prise en charge thérapeutique. Celui-ci dispose en effet d'une représentation plus positive et moins stigmatisantes que les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) auprès des consommateurs, et particulièrement du jeune public. La variété de ses missions permet aussi au CAARUD d'envisager le soin avec l'usager par une problématique annexe liée à la consommation addictive.

Cette ambition de consolider le CAARUD se justifie d'autant plus que le contexte général se prête à un renfort des politiques et dispositifs de réduction des risques et des dommages. Les évolutions des consommations avec un accroissement des consommations multiples, le dynamisme du marché des nouveaux produits de synthèse, la diffusion de certaines drogues au-delà des milieux traditionnellement consommateurs et le risque d'une crise des opioïdes appellent effectivement à une vigilance particulière.²⁴

21 ORSAS (2019), *Op. cit.*, p. 75.

22 Voy. les objectifs 2.2 et 2.3 du présent plan, p. 15.

23 MILDECA (2018), *Op. cit.*, p. 54.

24 EMCDDA, *Fentanils and synthetic cannabinoids : driving greater complexity into the drug situation. An update from the EU Early Warning System*. Juin 2018.

Si l'action du CAARUD et la vigilance des acteurs de l'addictologie sont des éléments essentiels, ceux-ci ne parviennent toutefois pas à entrer en contact avec l'ensemble des consommateurs, et plus particulièrement ceux ne fréquentant que peu d'espaces de socialisation à l'exception des réseaux sociaux sur internet. La place de ces réseaux sociaux comme éléments d'influence, d'informations et de désinformations n'a cessé de croître dans l'environnement des jeunes, près de la moitié des 11-17 ans se connectant plusieurs fois dans la même journée sur les réseaux sociaux.²⁵ Ce constat est d'autant plus préoccupant que l'encadrement adulte sur internet fait encore trop défaut. Le dispositif des « Promeneurs du Net », assurant une présence éducative sur la Toile en vue d'accompagner les jeunes, tente de relever ce défi et semble être le dispositif le plus approprié pour établir une relation de confiance avec le jeune consommateur et l'accompagner vers une amorce de soin.

Ce dispositif s'inscrit dans une logique d'« aller vers », c'est-à-dire d'inscrire l'action dans une démarche en direction des publics vulnérables, qui pour des raisons liées à leur situation sociale ont moins recours aux dispositifs sanitaires. Cette logique d'action de rencontrer les consommateurs au sein de leur environnement usuel doit également animer les équipes assurant une prise en charge plus avancée. Les équipes mobiles de psychiatrie précarité actives en Meuse assurent une fonction d'interface entre les secteurs de psychiatrie et les équipes sanitaires et sociales œuvrant dans le domaine de la lutte contre la précarité afin de faciliter l'élaboration de prises en charge coordonnées. Celles-ci, en étendant leur champ d'intervention aux problématiques addictologiques et à l'ensemble du territoire meusien, constituent une piste de solution à l'adhésion aux soins et donc à une meilleure prise en charge des consommations addictives des publics vulnérables.

Si le dispositif sanitaire doit prendre en compte les caractéristiques de la Meuse, département rural et peu densément peuplé, celui-ci doit également s'adapter à la complexité de certains diagnostics et de prises en charge liées à la comorbidité psy/addictologie des individus ayant une consommation problématique de substances psychoactives. Une consommation addictive est souvent liée aux troubles mentaux, la consommation compensant ou se substituant au suivi psychiatrique ou, à l'inverse, la consommation générant des troubles psychotiques. La moitié des patients admis en service hospitalier de psychiatrie en France présente un trouble mental associé à un abus de substance psychoactive.²⁶

L'articulation entre l'addictologie et la psychiatrie dans le dispositif sanitaire n'est pas encore assez organisée.²⁷ Ce manque de structuration rend variable les parcours de soins selon la porte d'entrée empruntée par les patients, avec un risque de perte de chance si les deux troubles ne sont pas traités de manière intégrée ou a minima en parallèle. De plus, ces cas de cooccurrences de pathologies psychiatriques et de conduites addictives accroissent la complexité des diagnostics et des modalités de prise en charge. Ce constat rend patent la nécessité d'accroître la coordination des équipes en matière d'addictologie et de santé mentale en vue d'assurer une prise en charge parallèle, séquentielle et intégrée afin de favoriser des modalités d'approche pour un accompagnement commun et, in fine, proposer des soins spécifiques comorbidités psy/addictologie.

Par ailleurs, l'enjeu que constitue le traitement des troubles mentaux en matière d'addictologie ne doit pas être réservé aux professionnels de santé, mais au contraire faire l'objet d'une concertation et une coordination entre les élus, la psychiatrie, les représentants des usagers, les aidants et l'ensemble des professionnels du territoire. La mise en place d'un Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) permettrait de résoudre cette absence d'espace de coordination large en Meuse et d'inciter les acteurs non professionnels de santé à se saisir de cette thématique qui peut rebouter nombre d'entre eux vu sa complexité. Cette instance a pour objectifs de déterminer les priorités d'action d'une population définie localement en fonction de ses besoins et de développer le travail intersectoriel et le partenariat nécessaire à la mise en œuvre de ces actions. Tout comme le réseau d'élus référents addictions, ce CLSM constituerait un acteur clé dans le cadre des politiques de prévention et de lutte contre les addictions de par son rôle d'observatoire de la santé mentale et des besoins identifiés qu'il pourrait relayer auprès des services de l'État et des acteurs de l'addictologie.

25 ORSAS (2019), *Op. cit.*, p. 84.

26 MILDECA (2018), *Op. cit.*, p. 12.

27 MILDECA (2018), *Op. cit.*, pp. 54 et 68.

4.1

OBJECTIF 4.1

FLUIDIFIER LES ARTICULATIONS ENTRE LE REPÉRAGE ET L'AMORCE D'UN ACCOMPAGNEMENT

22. Renforcer le Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) récemment mis sur pied en confortant les actions mises en place depuis sa création et en consolidant les conventionnements avec les partenaires.
23. Déployer le Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) sur l'ensemble du département et étendre son champ d'actions dans les deux centres de détention du département.
24. Maintenir la montée en puissance du dispositif des « Promeneurs du Net » en Meuse en insistant sur l'objectif de raccrocher les jeunes à la vie sociale et relationnelle, du virtuel au réel.

4.2

OBJECTIF 4.2

ADAPTER LA PRISE EN CHARGE ADDICTOLOGIQUE AU TERRITOIRE MEUSIEN ET À LA COMPLEXITÉ DES DIAGNOSTICS

25. Former les équipes mobiles précarité psychiatrie en matière d'addictologie et étendre leur champ d'intervention à l'ensemble du territoire meusien.
26. Coordonner les équipes existantes en matière d'addictologie et de santé mentale afin de proposer des soins spécifiques « comorbidités psy/addictologie » tout en s'appuyant sur les dispositifs existants (Projet Médical et de soins Partagé, Communauté Professionnelle Territoriale de Santé, Projet Territorial de Santé Mentale).
27. Créer un Conseil Local de Santé Mentale ayant pour objectifs de définir et de mettre en œuvre, par une approche locale et participative, les politiques et actions locales participant à l'amélioration de la santé mentale des populations concernées et de mettre en place une observation en santé mentale.

MISE EN ŒUVRE ET SUIVI DU PLAN

STRUCTURE DE GOUVERNANCE

Les préconisations dégagées par le précédent rapport réalisé en décembre 2011 par l'Observatoire Régional de la Santé et des Affaires Sociales²⁸ n'ont été suivies que par peu de réalisations. Ce constat s'explique en grande partie par un manque de suivi et de responsabilisation des actions à mettre en œuvre. C'est la raison pour laquelle le présent plan, ne souhaitant pas reproduire le même écueil, constitue les instances de travail nécessaires pour la mise en œuvre et le suivi des objectifs et actions précédemment énoncées.

Ces instances de travail sont également une réponse au constat d'un déficit de coordination de l'ensemble des acteurs de l'addictologie. De surcroît, ces instances sont aussi autant d'occasions pour les acteurs de l'addictologie de se rencontrer et d'échanger entre eux. Cet aspect plus informel participe aussi à un décloisonnement des différents volets de l'addiction et favorise un fonctionnement transverse plus centré sur le parcours des usagers.

LE COMITÉ DE PILOTAGE

Préfet de la Meuse
Agence Régionale de Santé
Groupement Départemental de Gendarmerie
Direction Départementale de la Sécurité Publique
Procureurs de la République

Le comité de pilotage est l'instance coordinatrice suprême de la mise en œuvre du plan départemental de prévention et de lutte contre les addictions et rend compte des actions réalisées. Celui-ci est dirigé par la préfecture, qui joue le rôle de coordinateur, et rassemble en son sein les forces de sécurité intérieure, les acteurs institutionnels de la prévention et les procureurs. Les associations intéressées peuvent utilement se joindre à la concertation. Ce comité a vocation à se réunir à échéances régulières tous les six mois.

Outre son rôle principal de mise en œuvre du plan et de coordinateur, le comité de pilotage a pour mission de :

- rassembler, telle une cellule de veille départementale et d'alerte, les statistiques et les observations qualitatives des différents acteurs de l'addictologie et d'amender le plan départemental de prévention et de lutte contre les addictions lorsqu'il estime que certains éléments de ce plan doivent être actualisés au vu d'une modification des conduites addictives tels que constatées dans le diagnostic partagé sur les comportements addictifs et leur prévention en Meuse de 2019. Pour ce

28 ORSAS (2011), *Op. cit.*

faire, le comité met utilement en place un système de remontée d'informations avec les acteurs pertinents en vue de couvrir l'ensemble du territoire et des champs de l'addictologie ;

- définir la composition des groupes de travail et leurs missions conformément aux objectifs et actions du plan départemental de prévention et de lutte contre les addictions. Cette attribution des missions est formalisée au sein d'une lettre de mission qui priorise les actions du plan et qui est utilement adressé à chaque groupe de travail. Cette lettre veille à déterminer le coordinateur du groupe de travail qui est chargé de rendre compte de l'état d'avancement et des éventuelles difficultés dans l'exercice de leurs missions au comité de pilotage.

GROUPES DE TRAVAIL

Actions de sensibilisation
Réseau d'acteurs et d'élus
Formations des professionnels de santé
Approvisionnements et suivi probatoire
Prise en charge

Les groupes de travail sont chargés de la mise en œuvre effective de certaines actions du plan départemental de prévention et de lutte contre les addictions telles que définies dans leur lettre de mission rédigée par le comité de pilotage. Le plan se borne à définir les grandes lignes directrices et crée un cadre au sein duquel les groupes de travail possèdent une marge de manœuvre quant au choix des dispositifs à mettre en œuvre et de la manière de les mettre en œuvre en vue d'être le plus efficace possible compte tenu des ressources humaines et financières limitées qui constituent autant de contraintes.

Afin de s'assurer du suivi de la mise en œuvre du plan, chaque groupe de travail est chargé de définir un planning conformément aux priorités contenues dans la lettre de mission du comité de pilotage et de le transmettre à ce comité.

DIAGNOSTIC PARTAGÉ

Observatoire Régional de Santé Grand Est

Enfin, un nouveau diagnostic, sur le modèle du diagnostic partagé sur les comportements addictifs et leur prévention en Meuse de 2019, sera élaboré à l'horizon de 2025. Cette étude est nécessaire en vue d'apprécier dans quelle mesure le phénomène de l'usage des conduites addictives en Meuse évolue et dans quelle mesure les objectifs et actions de ce plan sont pertinents au vu des réalités institutionnelles et de consommation.

Idéalement, ce diagnostic mettra en perspective les éventuels points d'amélioration à apporter au fonctionnement des instances de travail instituées par le présent plan.

ALCOOL, TABAC, DROGUES, ÉCRANS

PLAN DÉPARTEMENTAL DE PRÉVENTION ET DE LUTTE CONTRE LES ADDICTIONS EN MEUSE

2019 – 2025



PRÉFET DE LA MEUSE

en collaboration avec :

