



## Communiqué de presse, 3 septembre 07

Le conseil des ministres du mercredi du 29 août 2007 vient de nommer M. Etienne Ataire Président de la MILDT, Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, en remplacement de M. Didier Jayle. Un magistrat remplace un médecin qui lui même avait remplacé un magistrat. Depuis le 6 avril 2007, Etienne Ataire était chef de service adjoint au directeur des affaires criminelles et des grâces au ministère de la justice après avoir été successivement conseiller judiciaire de Nicolas Sarkozy puis de Dominique de Villepin au Ministère de l'Intérieur de 2002 en 2004, et conseiller pour les affaires pénales du Ministre de la Justice, Pascal Clément entre 2005 et 2007.

L'arrivée d'un nouveau président de la MILDT intervient alors que se poursuit une profonde rénovation de la politique publique de santé à l'égard des conduites d'addiction, politique que les professionnels et les usagers ont largement contribué à soutenir et à favoriser. Il nous semble utile d'en reprendre aujourd'hui les enjeux essentiels, les acquis et le chemin qui reste à parcourir.

L'évolution la plus spectaculaire est la mise en place d'une politique des addictions : les comportements addictifs sont aujourd'hui abordés dans une approche qui valorise l'importance de la conduite. Autrefois cloisonnés par produits, les différents acteurs de la prévention, de l'accompagnement et des soins ont mis en commun leurs compétences et leurs expériences.

Une impulsion forte a pu être donnée, tant par le Plan addiction que par la réorganisation du pôle médico-social, qui va regrouper les structures autrefois dédiées à l'alcool et celles destinées aux toxicomanes sous l'intitulé unique de CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie. Tout en préservant les nécessaires spécificités de leurs publics, cette réforme, engagée depuis plusieurs années, va faciliter l'accueil des usagers et familles concernés. Elle offre aux usagers un accès simplifié à des professionnels capables d'accompagner leurs changements de comportements, quelque en soit le stade, quelques en soient les contextes. Cette nécessaire réforme mérite d'être poursuivie.

Mais cette politique des addictions ne serait qu'un aménagement administratif si elle ne s'accompagnait d'une évolution du regard porté par notre société sur les substances psycho actives. Au-delà des polémiques souvent superficielles sur les risques réels et/ou supposés de tel ou tel produit, notre société a profondément modifié son appréhension des drogues légales que sont l'alcool et le tabac. Amorcé avec la loi Evin, le statut longtemps banalisé de l'alcool a été peu à peu modifié. Les récents Etats Généraux de l'alcool ont pu montrer le trajet qui reste à faire. Et l'apparition des conduites de *binge drinking* chez les adolescents vient opportunément rappeler que sur ces questions, une approche législative ne pourra seule répondre à des usages qui ne cessent de changer au regard des évolutions sociales. C'est ainsi que la MILDT a mis en place des Consultations Cannabis, prenant tout à la fois en compte les risques encourus par les usagers, et notamment les plus jeunes, et l'importance d'une réponse éducative, basée sur les expériences qu'ils sont en train de vivre. Elle a étendu à l'alcool les conventions d'objectif justice santé, soutenu les actions en vue d'améliorer les soins aux personnes dépendantes incarcérées ; là encore beaucoup reste à faire.

Cette évolution du regard sur les drogues permet de communiquer clairement sur les dangers et les risques identifiés par les recherches. Elle ne cache pas les conséquences possibles sur les projets de vie. Mais elle se refuse à stigmatiser et exclure. Elle intègre la nécessité de règles et de limites. Mais là encore, beaucoup reste à faire pour rendre cohérent cette nouvelle appréhension des substances et la définition des règles qui en découlera.

Cette politique des addictions et ce regard moins déséquilibré entre les drogues légales et illégales ont été complétés par une modernisation des pratiques professionnelles. Avec l'ouverture apportée par l'addictologie, deux autres courants ont largement contribué à ce mouvement : la prise en compte des nombreuses rémissions spontanées et la politique de réduction des risques. L'une comme l'autre ont montré qu'entre la décision d'arrêter et l'arrêt effectif d'un comportement, il y avait de nombreuses étapes qui font appel aux compétences de l'utilisateur, au cadre social dans lequel il vit, à la qualité de l'offre de soin qu'il rencontre. Le secteur médico-social a ainsi mis en place un dispositif spécifique : les CAARUD, Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues. En plus des importants succès que nul ne devrait oublier, remportés dans la lutte contre le SIDA et les overdoses, la politique de Réduction des Risques a changé le regard porté sur l'utilisateur de drogues. Cela ne nous dispensera pas de mieux cerner les questions du mésusage, et les travaux amorcés dans le cadre de la Commission nationale addiction montrent que les différents acteurs en sont conscients.

Cette modernisation des pratiques professionnelles repose donc sur les liens entre le soin, l'accompagnement et la réduction des risques. La F3A et l'ANIT s'y impliquent fortement, travaillant tous les jours à apporter à leurs adhérents informations et soutiens nécessaires.

C'est donc une profonde réforme des approches addictives qui a pu être engagée, qui doit être conduite à terme et évaluée. A l'occasion de la nomination d'un nouveau président de la MILDT est alors que les semaines à venir verront la finalisation de la réforme CSAPA (publication de la circulaire), l'ANIT et la F3A tiennent à rappeler deux enjeux essentiels touchant à **l'approche médico-sociale de proximité** et **l'approche multi institutionnelle** des questions d'addiction.

L'approche médico-sociale de proximité – avec en première ligne les CSAPA, mais également les médecins généralistes – nous rappelle que si les conduites addictives font partie de **nos** existences au quotidien, elles n'en nécessitent pas moins un ensemble de réponses diversifiées : préventives, éducatives, législatives, médico-psycho-sociales, hospitalières.

- Une prévention digne de ce nom doit être ré impulsée, avec une éducation pour la santé et une capacité d'intervention précoce, en s'appuyant sur les professionnels de terrain et dirigée vers l'ensemble des publics,
- L'éducation doit permettre de découvrir à la fois le plaisir et les limites,
- Les lois et les règles qui protègent et qui sanctionnent les excès (surtout s'ils génèrent des dommages à autrui ou constituent une menace pour le lien social) ont toute leur place,
- Un dispositif de terrain en ordre de marche à toutes les échelles du territoire, articulé avec le dispositif sanitaire pour accompagner, soigner et prévenir,
- L'hôpital (quelque soit son mode de gestion) en état d'accueillir et de soigner l'aigu, le grave, le complexe potentiellement présent tôt ou tard dans toute addiction.

Une politique des addictions qui s'enfermerait dans l'alternative soigner ou sanctionner reviendrait à abandonner l'essentiel. Pour ceux qui continueraient de penser qu'il suffirait d'interdire, rappelons qu'aujourd'hui, c'est vers l'informatique que se déplacent une partie de ces conduites : allons nous interdire l'usage de l'Internet à nos enfants ou plutôt essayer de leur apprendre à ne pas trop en dépendre... Nous souhaitons donc que ce secteur médico-social reste le socle d'une politique adaptée et moderne des addictions.

Cette conception des addictions comme la rencontre d'une tendance de l'humain avec des produits ou des scénarii potentiellement dangereux nous conduit au deuxième enjeu : il n'est de bonnes réflexions sur les addictions que par une approche croisée, capable d'intégrer les différents aspects de l'expérience addictive. C'est le rôle de la MILDT d'organiser ces débats. C'est sa vocation interinstitutionnelle ; pour cela, nous souhaitons que le MILDT préserve la totalité de ses prérogatives interministérielles.