

RÉPUBLIQUE ET CANTON DE NEUCHÂTEL



**Commission cantonale Addictions**



**Recommandations**

**Etat des lieux &**

# Addictions dans le Canton de Neuchâtel

---

## **Etat des lieux & Recommen- dations**

Commission cantonale Addictions

juillet 2007

Ce rapport se trouve également sur [www.ne.ch/sdes](http://www.ne.ch/sdes)

## Table:

1 <sup>ère</sup> partie: état des lieux				
	Préambule		F. Hainard, président de la Commission cantonale addictions, professeur de sociologie à l'Université	p. 4
1	Introduction		J. Laurent, chef du Service des établissements spécialisés	p. 5
2	Définitions			p. 6
	2.1	Addiction, abus et dépendance	V. Wenger Pheulpin, coordinatrice de la prévention à la Fondation neuchâteloise de prévention et de traitement des addictions	p. 6
	2.2	Légalité et illégalité	N. de Weck, président de tribunal	p. 7
	2.3	Tabagisme	R. Stauffer Babel, responsable du Centre Vivre sans fumer	p. 8
	2.4	Alcoolisme	J.-M. Clerc, directeur du CENEA	p. 8
	2.5	Toxicomanie ou toxicodépendance	P.-A. Porchet, médecin-directeur du Drop In	p. 8
	2.6	Abus de médicaments	J.-B. Montandon, pharmacien cantonal	p. 9
	2.7	Nouvelles addictions	J. Laurent, chef du Service des établissements spécialisés	p. 9
3	Populations et addiction			p. 10
	3.1	Jeunesse	M. Schaffter, enseignant et délégué cantonal à la médiation scolaire	p. 10
	3.2	Age adulte	M. Cotting, directeur du Centre de prévention et de traitement de la toxicomanie des Montagnes neuchâteloises B. Nussbaumer, directeur de la Fondation Goéland	p. 10
4	Parents et proches		F. Hutin, présidente de l'Association neuchâteloise des personnes concernées par les problèmes liés à la drogue	p. 11
5	Importance des trajectoires individuelles		P.-A. Porchet, médecin-directeur du Drop In	p. 11
6	Représentation et banalisation des addictions		L. Barrelet, médecin-directeur de l'Hôpital psychiatrique de Perreux	p. 12
7	Conceptions et mises en œuvre de la prévention		V. Wenger Pheulpin, coordinatrice de la prévention à la Fondation neuchâteloise de prévention et de traitement des addictions *M. Treboux, chef du Service de la consommation	p. 12
8	Modalités judiciaires: les obligations de traitement		D. Berner, médecin cantonal	p. 13
9	Conceptions et mises en œuvre de la répression		*P. Cornu, procureur du canton	p. 14
10	Répression des infractions dans le domaine de la circulation routière		*F. Beljean, chef du Service des automobiles et de la navigation	p. 16
11	Historiques			p. 16
	11.1	Historique de la politique fédérale en matière de dépendance	R. Stauffer Babel, responsable du Centre Vivre sans Fumer J.-M. Clerc, directeur du CENEA P. Charpillot, directeur du Centre d'aide et de prévention de la toxicomanie	p. 16

			D. Bugnon, sous-directeur du Drop In	
	11.2	Historique de l'offre des produits	B. Nussbaumer, directeur de la Fondation Goéland	p. 19
	11.3	Historique des prises en charge	P.-A. Porchet, médecin-directeur du Drop In	p. 21
12	Enjeux socio-économiques et politiques			p. 23
	12.1	Influence du marché mondial des psychotropes	R. Stauffer Babel, responsable du Centre Vivre sans fumer M. Cotting, directeur du Centre de prévention et de traitement de la toxicomanie des Montagnes neuchâteloises	p. 23
	12.2	Contexte économique régional concernant l'alcool et le tabac	*E. Beuret, chef du Service de viticulture, *L. Erard, directeur de la Régie fédérale des alcools A. Wildhaber, président de la Fondation neuchâteloise pour la prévention et le traitement des addictions	p. 24
	12.3	Marché des drogues	N. Feuz, juge d'instruction	p. 26
	12.4	Affectation des taxes provenant du tabac et de l'alcool	D. Monnin, chef du service de l'action sociale et président du "Groupe de travail Dime de l'alcool". R. Stauffer Babel, responsable du Centre Vivre sans fumer	p. 28
	12.5	Coûts sociaux	M. Cotting, directeur du Centre de prévention et de traitement de la toxicomanie des Montagnes neuchâteloises R. Stauffer Babel, responsable du Centre Vivre sans fumer	p. 29
13	Dispositif cantonal de prévention et de soins dans le domaine des addictions		C. Fellrath, chef du Service des mineurs et des tutelles	p. 30
<b>2<sup>ème</sup> partie: considérations et recommandations de la CCA</b>				
14	1. A propos du concept d'addiction		GREAT et Fachverbandsucht	p. 32
	2. A propos des valeurs		Commission fédérale pour les questions liées aux drogues	p. 34
	3. A propos de la promotion de la santé et la prévention			p. 35
	4. A propos des thérapies		Commission cantonale addictions	p. 36
	5. A propos de la réduction des risques			p. 37
	6. A propos de la répression			p. 38
	7. A propos de la politique des addictions			p. 39
	8. A propos des fondements de l'action politique			p. 40

- Les personnes dont le nom est précédé d'un astérisque ne font pas partie de la Commission cantonale Addictions.
- La Commission cantonale Addictions remercie M. Thierry Béguin pour la relecture qu'il a faite de ce document et les précieuses corrections qu'il y a apportées.

# 1<sup>ère</sup> partie: état des lieux

## Préambule

En 1995, notre commission présentait aux autorités cantonales un concept pour une politique cantonale neuchâteloise relative aux problèmes liés à la toxicomanie des jeunes. Dix ans plus tard, il nous a paru nécessaire de reprendre la réflexion collectivement, tant la réalité de ce qui était encore appelé la drogue et le regard porté sur elle, se sont transformés et tant les conditions socio-économiques, du local à l'international, se sont modifiées. A cela s'ajoute l'arrivée dans la commission de nouveaux membres, susceptibles d'analyser les faits différemment, selon leurs compétences et leurs sensibilités.

Compte tenu de ces multiples changements importants, il appartient à notre Commission (article 24 du règlement d'application de la loi fédérale sur les stupéfiants du 26 septembre 2001, alinéas a et d ), notamment de *présenter toutes propositions utiles pour lutter contre l'abus de stupéfiants ou autres substances psychotropes, d'assurer la coordination des réflexions et des actions, et préavisier les projets législatifs en matière de drogue*. S'interroger sur les addictions conduit aussi à prendre en considération les souffrances et les urgences. Les unes et les autres demandent des compétences, des moyens et des décisions. Elles exigent des politiques qui autorisent des interventions de qualité, appropriées et adaptées aux valeurs et aux progrès de la science.

La particularité de la Commission Cantonale Addiction (CCA) neuchâteloise est qu'elle rassemble un grand nombre de personnes directement ou indirectement impliquées par la problématique des addictions, occupant des fonctions les autorisant à prendre des décisions ou à les préparer. Une autre particularité, et non des moindres, est que toutes ces personnes sont disposées à réfléchir ensemble, à s'informer mutuellement, à échanger des points de vue tout en acceptant, le cas échéant, de remettre les siens en question. Certes, ces textes ont fait l'objet de débats nourris mais combien enrichissants. Une des questions transversales parmi les plus débattues fut sans doute celle qui porta sur la tendance à la médicalisation croissante dans notre société de tout ce qui est abusif ou perçu comme tel. Allons-nous vers une médicalisation de tous les comportements perçus comme addictions et donc générant une dépendance : le jeu, le travail, le sport, la consommation, l'Internet, le chocolat... ? Où se situent les limites ? Quand faut-il intervenir ? Qui en a le droit ? Le débat sur les grandes questions comme celles de la légalité ou de l'illégalité des substances ou des comportements à leur égard, conduit notre commission, dans sa majorité, à considérer ces distinctions comme vaines et de nature à brouiller la compréhension du phénomène des addictions et à conduire à édicter des règles erronées, voire qui iraient à l'encontre du but recherché.

Au bénéfice de la dimension positive que peut offrir un organe de milice représentatif des grands axes de la prévention, de la santé et de la répression, et donc des réponses qu'elle peut suggérer, la CCA propose un texte structuré en deux parties distinctes bien qu'étroitement liées. Tout d'abord, la première partie constitue un état des lieux et présente des concepts ou des situations de manière volontairement très succincte par le spécialiste désigné, membre de la CCA ou, si les compétences font défaut, par le spécialiste consulté à l'extérieur. Cette première partie donne donc l'image de la situation des questions et des problèmes liés aux addictions dans notre canton, étant entendu que chaque rédacteur est responsable de ses propos, cela étant tout particulièrement vrai pour les externes dont les textes n'ont pas été discutés collectivement en séance.

En seconde partie, nous présentons le concept élaboré par la CCA et qui est proposé aux autorités cantonales neuchâteloises. Il vaut la peine de souligner ici que ce concept reprend la plate-forme rédigée communément par le GREAT et le FACHVERBANDSUCHT, à laquelle s'ajoutent les *Recommandations* issues de la *Commission fédérale pour les*

*questions liées aux drogues (CFLD)*. Il nous semble utile de mettre en évidence les similarités entre les propositions neuchâtelaises et les positions des organismes cités plus haut. Elles révèlent bien l'approche consensuelle qui règne en Suisse sur les questions d'addictions et le parfait ancrage de la CCA dans l'ensemble de la problématique, telle qu'elle est débattue au plan national.

Le rapport qui est remis ici est le fruit d'un long travail conduit avec diligence et compétence par Jacques Laurent, chef du service des établissements spécialisés. Je tiens à l'en remercier très chaleureusement, ainsi que toutes les personnes membres ou non de la Commission qui ont pris part à cette réflexion en rédigeant les textes dont nous avions besoin. Nous nous réjouissons de remettre ce travail à nos autorités, la CCA restant à leur disposition pour tout complément ou éclaircissement.

## **1. Introduction**

En 1995, la Commission "Drogue", comme s'appelait alors la Commission cantonale addictions, proposait donc aux politiques et aux spécialistes de la question un concept en faveur d'une politique cantonale relative aux problèmes liés à la toxicomanie des jeunes. Ce document était même remis in extenso aux députés dans le cadre du Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur la politique de prévention et de lutte contre la drogue<sup>1</sup>. La lecture de la presse ou des interventions faites aux tribunes politiques rappelle l'actualité de la question de la toxicomanie à cette époque. Des prises de position, aussi contradictoires qu'enflammées, alimentaient un débat nourri. Les discussions se sont assagies et il est maintenant acquis, si ce n'est compris, que la consommation de drogue est avant tout un comportement symptomatique d'un mal-être dans lequel se trouve un individu dépendant.

L'élargissement du débat à toutes les addictions s'est imposé de lui-même: la drogue ne paraît plus être, et de loin, le seul produit de consommation incontrôlable. Le tabac, l'alcool, les médicaments, le jeu ou encore le consumérisme sont autant de moyens de s'évader d'une réalité, parfois sous une forme récréative, et dès lors maîtrisable par l'individu qui veut en jouir, mais parfois plus gravement, par un comportement compulsif.

Du concept de 1995, rédigé dans un contexte social marqué par les méfaits de la consommation de la drogue chez certains jeunes, au document qui vous est proposé aujourd'hui, alors que le débat est moins émotionnel, les éléments constitutifs des politiques préventive, curative et répressive se sont profondément modifiés. Le rapport de la société à la notion de nocivité a évolué en dix ans. Alors qu'à l'époque, il fallait faire la preuve des conséquences néfastes d'un produit, son seul usage donne lieu aujourd'hui à des critiques sociales. La désapprobation d'autrui suffit à déclencher la sanction sociale. La nocivité ne fait plus référence au caractère licite ou illicite d'un produit.

On le voit, cet état des lieux de la situation et du travail exercé en faveur de la lutte et des soins dans le domaine de l'addiction était nécessaire: pour guider les travaux de la commission cantonale addictions bien sûr, mais plus généralement pour permettre aux autorités politiques de mieux comprendre ce qui se passe et, en conséquence, de prendre les décisions nécessaires.

---

<sup>1</sup> Rapport d'information du Conseil d'Etat au Grand Conseil N° 95-036

## 2. Définitions

### 2.1 Addiction, abus et dépendance

On parle d'addiction<sup>2</sup> pour exprimer une relation de dépendance plus ou moins aliénante à l'égard d'un produit toxique, mais aussi par extension à l'égard d'une pratique (achats compulsifs) ou d'une situation sociale (relations affectives, travail intense). Sur le plan psychologique, l'addiction implique un certain désarroi devant la répétition d'un rapport à un objet vidé de sens par sa consommation abusive.

Cette définition pose la question de savoir si l'addiction est une forme particulière de l'aliénation ou le révélateur d'une structuration de la liberté jusque là méconnue; en effet, l'ascendant que prend le sujet sur l'objet se renverse par l'addiction, l'objet dictant au sujet sa volonté. Le thème moral du plaisir mauvais (les "paradis artificiels") passe alors au second plan; on a même parlé de rapports sexuels addictifs lorsque les partenaires sont considérés comme interchangeables. Dans le dopage, est-ce la substance ou la performance qu'elle permet qui est addictive ?

On entend par addiction l'émergence d'un phénomène issu de multiples facteurs, à la fois médicaux, psychologiques et sociaux, impliquant la perte de maîtrise de l'usage d'un produit ou d'un comportement. L'addiction ne permet plus à la personne d'être autonome face à son projet de vie et à ses relations sociales. Elle implique une réponse de la collectivité dans plusieurs domaines complémentaires, à savoir le social, la santé, la sécurité, l'éducation et l'environnement.

L'abus de substance psychoactive vise une consommation de substances susceptibles d'induire des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux et ne fait pas référence au caractère licite ou illicite du produit. Il n'implique pas non plus nécessairement la pharmacodépendance. On en parle lorsque son utilisation inadéquate conduit à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative. L'usage répété d'une substance peut en effet amener l'individu à une incapacité à remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison. Il sera par exemple absent de façon répétée ou aura de mauvaises performances au travail, il négligera ses enfants ou les tâches ménagères, il sera exclu temporairement ou définitivement de l'école. L'abus pourra rendre problématique la conduite d'un véhicule ou le fonctionnement d'une machine. La consommation abusive amènera vraisemblablement le consommateur à connaître des problèmes relationnels, sociaux ou judiciaires récurrents.

On parle de pharmacodépendance<sup>3</sup> lorsque l'utilisation inappropriée d'une substance entraîne une détresse ou un dysfonctionnement significatif, comme le besoin irrépressible d'une substance ou un effet nettement diminué de celle-ci, même consommée sans modération.

La notion de pharmacodépendance est intimement liée à celle de sevrage; ainsi, on désirera consommer une substance dans le but de se soulager ou d'éviter les symptômes de manque. La personne pharmacodépendante connaîtra un désir persistant de réduire ou de contrôler l'utilisation de la substance, mais ses efforts seront infructueux. Elle passera un temps considérable à faire le nécessaire pour se procurer une substance, la consommer ou récupérer de ses effets, au détriment de ses activités sociales ou professionnelles.

La consommation compulsive entraînera le développement d'une dépendance psychique chez le consommateur, c'est-à-dire qu'il ressentira un impérieux besoin de

<sup>2</sup> Repris de l'anglais, le terme vient du vieux français « addictum », désignant la servitude où tombe un vassal incapable d'honorer ses dettes envers son suzerain.

<sup>3</sup> Selon la définition du DSM IV

modifier sa perception de la réalité en consommant une substance psychotrope. Selon la substance choisie, une dépendance physique peut s'ajouter à la dépendance psychique. En cas d'arrêt de la consommation, la dépendance physique disparaîtra après quelques jours de soins. En revanche, la dépendance psychique nécessitera des soins spécifiques dispensés sur une longue période (plusieurs mois, voire des années).

## 2.2 Légalité et illégalité

La drogue est définie comme un ingrédient, une matière première employée pour les préparations médicamenteuses confectionnées en officine de pharmacie. Le mot drogue est devenu par extension, au 20<sup>e</sup> siècle, synonyme de stupéfiants. Un stupéfiant est décrit comme une substance toxique agissant sur le système nerveux, soit comme narcotique, soit comme euphorisant et dont l'usage provoque une dépendance<sup>4</sup>.

Au sens de la définition qui précède, peuvent être appelés "drogue" de nombreux produits tels que le tabac, l'alcool, le cannabis, la cocaïne, l'héroïne etc. L'énumération de ces différentes substances montre que certaines peuvent être consommées librement tandis que d'autres tombent sous le coup de la loi. L'on parle donc volontiers de drogue légale et de drogue illégale.

Si ces deux catégories paraissent a priori s'opposer, on assiste aujourd'hui à une prise de conscience du fait que la consommation de toutes les drogues tant légales qu'illégales constitue un problème de santé publique et qu'il est nécessaire de lutter d'une façon cohérente contre la consommation abusive de ces produits qu'ils soient légaux ou illégaux.

Parmi les drogues légales les plus courantes on a l'habitude de mentionner l'alcool et le tabac. Ces substances ne sont pas inoffensives et leur consommation génère des coûts médico-sociaux importants.

Sous l'étiquette de drogues illégales, le législateur a rangé les diverses substances qui provoquent, même à faible dose, un état d'aliénation de la personnalité et qui engendrent une dépendance. Il s'agit principalement des substances et préparations de type morphinique, cocaïnique et cannabique ainsi que le LSD les amphétamines et l'ecstasy.

La distinction faite aujourd'hui entre les drogues légales et illégales fait l'objet d'une controverse .

Pour les uns, la distinction entre les drogues légales et illégales ne devrait pas exister dans la mesure où le genre de substance qui est consommée de façon abusive par une personne dépendante représente une question secondaire dans le cadre de sa prise en charge. Cette distinction aurait encore le désavantage de provoquer la confusion auprès des personnes dépendantes qui comprennent mal la distinction faite entre les produits autorisés et non-autorisés, lesquels sont tous nocifs.

En revanche, pour les autres, la distinction faite entre les drogues légales et illégales doit être maintenue parce qu'il serait dangereux de dépénaliser la consommation des stupéfiants en tout ou partie. Une telle dépénalisation pouvant être interprétée par l'ensemble de la population, en particulier par la jeunesse, comme un signal incitatif à consommer tel ou tel produit aujourd'hui interdit, ceci alors même que la prévention en matière de consommation de tabac et d'alcool se durcit et que la consommation de ces substances devient de plus en plus réglementée (passage du taux d'alcoolémie interdit sur la route de 0,8 à 0,5 pour mille dans le sang, interdiction

<sup>4</sup> Petit Robert, Paris, 1993, pp.688 et 2152

de vendre des boissons alcooliques à des jeunes de moins de 16 ans, limitation de fumer dans les lieux publics, etc.

### **2.3 Tabagisme<sup>5</sup>**

La dépendance est due avant tout aux propriétés psychoactives de la nicotine contenue dans la feuille de tabac; leurs caractéristiques pharmacologiques sont celles d'une drogue et induisent un comportement de dépendance complexe; on parle alors de tabagisme.

La fumée et ses 4000 substances chimiques, dont nombre de cancérigènes reconnues, constituent la cause principale des maladies des fumeurs, mais aussi des non-fumeurs soumis à la fumée passive. La combustion produit du monoxyde de carbone, gaz toxique qui provoque des maladies cardio-vasculaires. Les cancers liés au tabagisme sont dus aux goudrons formés par la combustion du tabac, favorisant de surcroît les maladies pulmonaires.

Considéré par l'OMS comme une épidémie, le tabagisme est la première cause de décès et d'invalidités évitables. Le tabac est l'unique produit de consommation dont l'utilisation "normale" provoque la mort prématurée d'un consommateur sur deux (8000 personnes en Suisse par an, 16000 cas d'invalidités déclarées).

### **2.4 Alcoolisme**

On parle d'alcoolisme lorsqu'on désigne une consommation excessive d'alcool et ses diverses conséquences somatiques, psychiques et sociales, voire un syndrome de dépendance. Le terme est proposé dès 1849 par Magnus Huss, un médecin suédois et cette notion est encore largement utilisée; elle est cependant imprécise, voire critiquable. De fait, sous cette appellation se regroupent de nombreux faits cliniques disparates, complexes et hétérogènes.

De très nombreuses définitions, classifications et typologies existent. La tendance actuelle tend à substituer au terme général et ambigu d'alcoolisme, des termes plus précis selon deux axes principaux: la consommation excessive d'alcool et ses diverses conséquences somatiques, psychiques et sociales (on parlera aussi d'abus ou encore d'utilisation nocive pour la santé), et le syndrome de dépendance alcoolique, associé aux notions de sevrage et de tolérance.

On retient donc actuellement plutôt la notion de conduite pathologique complexe plus que de maladie, présentant un comportement multiforme, subtilement inscrite entre l'appartenance sociale et la déviance et nécessitant une approche alcoolologique interdisciplinaire

### **2.5 Toxicomanie ou toxicodépendance**

On parle de toxicomanie lorsqu'on souhaite parler de la consommation répétitive d'un produit psychotrope et de toxicodépendance lorsque cette consommation devient incontrôlée par le sujet qui en abuse. Comme toutes les conduites addictives, il s'agit avant tout de l'expression d'une pathologie psychiatrique sous-jacente; on peut diagnostiquer et soigner cette dépendance quand l'utilisation du produit prend valeur d'automédication.

---

<sup>5</sup> Keller R., Krebs H., Hornung R., Enquête sur la consommation du tabac en Suisse, Résumé du rapport 2001/2002, OFSP, Juin 2003.  
Humair J.-P., Cornuz J., Désaccoutumance au tabac, FMH, OFSP, 2000.  
Chiffres et données 2004, ISPA, 2004

Le traitement de l'addiction concerne aussi les pathologies que l'addiction aura induites, les co-morbidités, par exemple les hépatites, le SIDA, la désinsertion psychosociale et plus généralement toutes les modifications de l'état psychique directement liées à la consommation d'une drogue. Certains estiment qu'en fait c'est l'addiction, en tant que recherche d'automédication, qui est la co-morbidité d'une pathologie psychiatrique.

## 2.6 Abus de médicaments

L'éventail des médicaments conduisant à une consommation considérée comme abusive est très large. On y trouve notamment des analgésiques, des anxiolytiques, des somnifères, des anabolisants, des antitussifs, des stimulants du type des amphétamines et des laxatifs dits stimulants.

On parle de consommation abusive lorsqu'elle devient récurrente, après un traitement qui à l'origine était médicalement justifié, mais qui s'est prolongé indûment ou dont les doses ont été augmentées sans avis médical. C'est le cas, par exemple, de somnifères, de tranquillisants, et parfois d'analgésiques du type des opiacés. Les laxatifs stimulants présentent une variation de ce scénario. Très souvent, le traitement débute à l'instigation du patient-consommateur, sans prescription médicale. La dépendance s'installe rapidement en raison d'une paresse intestinale induite. Dans ces deux cas, la consommation est inappropriée, même si c'est sans volonté manifeste du patient-consommateur.

Les médicaments qui sont consommés volontairement sans avis médical sont surtout des anxiolytiques de la classe des benzodiazépines, des antitussifs et analgésiques du type des opiacés et des stimulants amphétaminiques. Mis à part certains antitussifs qui peuvent être obtenus sans ordonnance médicale, tous les autres médicaments ne peuvent être légalement remis en pharmacie que sur présentation de l'ordonnance d'un médecin. Cependant, il existe une activité de canaux d'approvisionnement parallèles et illégaux.

Les anabolisants font aussi partie des médicaments dont la consommation hors contexte médical est volontaire. Ils sont particulièrement recherchés par les adeptes de culturisme et par certains athlètes qui souhaitent améliorer leurs performances. Un traitement de longue haleine et à fortes doses peut provoquer une dépendance en plus d'effets secondaires sévères. Les anabolisants sont disponibles sur le marché par l'intermédiaire de canaux de distribution le plus souvent illégaux.

## 2.7 Nouvelles addictions

Conquêtes sexuelles répétées, dépendance aux jeux vidéo et cyberdépendance, achat compulsif, addiction aux thérapies alternatives, collectionnisme, toutes les composantes de la vie peuvent générer des conduites addictives. Don Juan n'est-il pas devenu un héros parce que dans les faits, il souffrait d'une conduite amoureuse addictive ? Pierre-Laurent Assoun, psychanalyste et professeur en sciences humaines à l'Université de Paris VII, dit d'ailleurs que *l'intoxication est un effort de faire sans l'autre*<sup>6</sup>. Les nouvelles addictions ne peuvent que se multiplier dans une société prônant l'hédonisme, l'individualisme et le repli sur soi. En tout cas, la psychiatrie met en lumière ces comportements et le citoyen découvre qu'il souffre d'un même mal en multipliant les conquêtes ou en consommant des produits hallucinogènes. Par leur médiatisation, peut-être parfois excessive, les nouvelles addictions ont l'avantage de nous faire connaître davantage. Ce domaine de l'addiction, longtemps réservé aux drogués, tend à nous rappeler qu'en matière de troubles psychiques, le sentiment subjectif d'aliénation est aussi important que les modifications objectives des mécanismes

<sup>6</sup> P.-L. Assoun, Dossiers du Nouvel Observateur N°58, Les nouvelles addictions, mai-juin 2005, p. 4

*biologiques*<sup>7</sup>. Dans le fond, on retiendra des nouvelles addictions le seul élément important: une personne, qu'elle soit alcoolique ou qu'elle joue aux jeux de hasard au point de mettre les siens sur la paille, est avant tout une personne qui souffre.

### 3. Populations et addictions

#### 3.1 Jeunesse

La consommation de produits, légaux ou illégaux, présentant des risques d'addiction, apparaît dès l'adolescence, soit dans la tranche des 13 à 15 ans, rarement avant même si on observe un rajeunissement dans les comportements à risques. Le tabac, l'alcool et le cannabis sont le plus fréquemment consommés. D'autres substances exercent toutefois un attrait, comme l'ecstasy, présente aux soirées de type disco ou *rave party*. Il apparaît néanmoins que pour la population des jeunes consommateurs, le(s) produit(s) semble(nt) secondaire(s), pourvu qu'il(s) provoque(nt) une modification des sensations et de l'humeur.

En prenant comme exemple le cannabis, les statistiques fédérales montrent qu'un garçon sur trois et qu'une fille sur quatre, parmi les 15 à 24 ans, en a consommé au moins une fois. Le nombre d'adultes toxico-dépendants est nettement inférieur, ce qui permet de mettre en évidence le caractère souvent événementiel, expérimental et transgressif de ces consommations. Mais il est nécessaire de préciser que les chiffres sont en augmentation entre l'Enquête suisse sur la santé de 1997, celle de 2002 et les indicateurs actuels (ISPA), tant pour l'aveu d'une expérience limitée ("au moins une fois") que pour la reconnaissance d'une consommation plus régulière (mensuelle voire hebdomadaire).

Lorsqu'elle devient compulsive, la consommation entraîne souvent des problèmes de santé et/ou des problèmes sur les plans scolaire et professionnel. Il y a alors une probabilité importante que les jeunes concernés rencontreront à l'âge adulte des difficultés liées au phénomène de l'addiction.

#### 3.2 Age adulte

Le tabagisme et la consommation abusive d'alcool sont le fait d'adultes qui, avec l'âge, souffrent de leur long parcours de consommateur. Seule, la prise de conscience d'une consommation problématique amène ces personnes à demander de l'aide. La situation à venir n'est guère réjouissante, les études actuelles montrant une tendance à l'abaissement de l'âge du début de la consommation.

Concernant la consommation des drogues illégales, la tendance est à un étalement de l'âge des personnes dépendantes. Mais la conjugaison de la consommation des divers produits psychotropes est en augmentation constante et le nombre d'adultes polytoxicomanes est toujours plus important.

En butte à des difficultés d'intégration sociale et/ou professionnelle, les personnes étrangères peuvent souffrir de conduites addictives, n'accédant qu'insuffisamment à une aide médico-sociale et plus difficilement encore à une aide spécifique. Les problèmes de langue, de statut légal, de précarisation ou encore d'accès aux réseaux sociaux rendent plus difficile l'accompagnement thérapeutique de ces personnes.

Les étrangers de la 2<sup>ème</sup> génération, les requérants d'asile, les réfugiés traumatisés par leur vécu au sein de conflits et les personnes sans papier sont des catégories à risque élevé. Selon le pays de provenance, une attention particulière doit être également portée à diverses affections somatiques liées, au HIV en particulier.

<sup>7</sup> L. Mayet, Rédacteur en chef des Dossiers du Nouvel Observateur, Les nouvelles addictions, No58, mai-juin 2005, p.3

#### 4. Parents et proches

L'histoire des parents ou de ceux qui sont proches des personnes souffrant d'addiction s'inscrit dans une démarche d'accompagnement à long terme. Elle est faite de renoncements face aux attentes légitimes qu'on peut nourrir à l'égard des siens, et d'acceptation de ses propres limites. Les étapes qui mènent du constat des difficultés à la recherche de solutions passent par la peur et les interrogations.

L'entourage des parents, qui les submerge souvent de conseils, souligne leur incompétence, accentue leur culpabilité et les dépossède de leur rôle de parents ou proches engagés. Face à ce qu'ils vivent comme un échec de la relation, ces derniers peuvent se décourager, s'épuiser et s'isoler. Se considérant parfois comme mis à l'écart du processus de soin, ils peinent à faire valoir leur désir d'être reconnus comme partenaires. Des associations de parents peuvent les aider à sortir de l'isolement et de leur culpabilité en leur offrant échanges et soutien dans la confidentialité.

#### 5. Importance des trajectoires individuelles

Les phénomènes liés à la toxicomanie des jeunes ne se définissent pas par les produits utilisés, mais par les caractéristiques et la personnalité de celui qui les consomme; ne devient donc pas toxicomane qui veut. La distinction entre drogue douce et drogue dure est surannée: quel que soit le produit utilisé, la distinction se fait entre consommation peu problématique, problématique et dépendance<sup>8</sup>. Les usagers récréatifs n'ont, contrairement aux autres catégories, pas besoins de soins spécifiques.

Les trajectoires individuelles sont multiples: certaines supposent des soins légers, d'autres des accompagnements plus importants, certaines permettent au patient d'abandonner ses conduites addictives, d'autres n'aboutissent pas. Il y a en fait autant de trajectoires que de personnes souffrant d'addiction.

*Vous pourrez sortir de l'addiction quand nous aurons, ensemble, compris pourquoi vous y êtes entrés, quand nous aurons, ensemble, compris ce que vous avez tenté de soigner avec vos conduites addictives et que nous aurons, ensemble, compris comment le soigner autrement dit le spécialiste de l'addiction.*

La notion du temps nécessaire au traitement est fondamentale: les personnes présentant des problèmes de dépendances pathologiques, leurs familles et souvent leurs médecins, espèrent régler rapidement le problème. C'est rarement le cas: la pathologie est compliquée et nécessite un traitement complexe, long et fluctuant la plupart du temps sur plusieurs années.

Un concept adéquat en matière d'addiction respecte le fait de prendre en charge une personne souffrant de dépendance quel que soit le stade de sa trajectoire. Au moment où la vie est complètement chaotique, moment de tous les dangers (HIV, hépatites, overdoses, désinsertion etc.), on prendra en charge le patient par l'aide à la survie et la limitation des risques. Lorsqu'on pourra songer à entamer des soins malgré une motivation et des moyens limités, on accompagnera la personne en l'aidant à gérer sa consommation. Plus tard seulement, on pourra envisager un accompagnement visant l'abstinence, ce qui n'est d'ailleurs pas le retour à l'état antérieur, mais la découverte d'un état fait de moins de souffrance et de plus de liberté.

La consommation répétitive de produits psychotropes illégaux ou légaux génère des pathologies qu'il faut diagnostiquer et soigner. Ces pathologies sont médicales (somatiques et psychiques) et sociales; c'est pourquoi un traitement de l'addiction est toujours médico-psycho-social.

<sup>8</sup> Voir à ce sujet le tableau de la p.23

Cet accompagnement thérapeutique nécessite, en fonction du moment, des soins ambulatoires principalement, des soins hospitaliers et des soins résidentiels éventuellement. La moitié à peu près des traitements sont conduits par des médecins privés. Les différentes approches de la trajectoire ne s'opposent pas mais se complètent.

## 6. Représentation et banalisation des addictions

La perception publique et politique des problèmes de dépendances est fortement influencée par la visibilité de ces problèmes dans les médias. Au cours de la première moitié des années 90, à cause de la présence de scènes ouvertes de la drogue dans différentes villes du pays, les drogues illégales constituaient l'un des problèmes les plus marquants en Suisse. Une fois ces scènes ouvertes éradiquées, l'attention pour la drogue illégale est retombée, d'abord dans les médias, puis également dans le public ou chez les politiques. Au cours des 10 dernières années, le thème des drogues illégales a occupé près de la moitié de toutes les interventions relatives aux dépendances aux Chambres fédérales alors qu'un quart seulement traitait de l'abus d'alcool et 15 % à peine de la consommation de tabac<sup>9</sup>. Pour les professionnels des addictions en revanche, les priorités sont l'alcool et le tabac, puis les problèmes liés à l'héroïne, au cannabis, aux médicaments ou autres dépendances.

Quant aux mesures à prendre, la population résidant en Suisse est généralement d'accord avec des mesures classiques telles que la protection de la jeunesse, la prévention et la thérapie tout comme les innovations de ces dernières années: prescription d'héroïne, aide à la survie. La multiplication des mesures de sécurité routière (la baisse du taux limite de l'alcoolémie notamment) est généralement peu contestée. La population est également favorable à des augmentations de prix et à des interdictions de publicité pour le tabac, mais pas pour les boissons alcoolisées. La population n'a aucune tolérance face à la consommation de drogues dures (héroïne et cocaïne), mais elle ne souhaite pas non plus une attitude plus répressive à l'égard des consommateurs de stupéfiants (désintoxication forcée, peine de prison ou d'amende).

## 7. Conceptions et mises en œuvre de la prévention

Le champ d'application de la prévention recouvre deux sens principaux : devancer et avertir. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) segmente la prévention en trois niveaux :

- La prévention primaire entend sensibiliser l'individu aux avantages et au bien-être à vivre sans dépendance à un quelconque produit, ainsi qu'aux risques liés à certains comportements avant que ceux-ci n'apparaissent. Exemples de moyens: la médecine scolaire, les Journées Santé du GIS, les informations et témoignages dans les écoles secondaires, les stands d'information et de prévention dans le cadre de manifestations culturelles ou récréatives, etc.

La prévention primaire peut aussi se concrétiser par une prévention passive, au cours de laquelle l'individu n'est pas activement impliqué. L'exemple classique, en santé publique, est la vaccination. Dans le domaine des addictions, tout le travail sur la réduction de l'offre fait partie de cette catégorie.

La prévention passe aussi par l'information. Il existe plusieurs dispositions spécifiques dans la loi sur les denrées alimentaires qui visent non seulement à assurer une information objective des consommateurs sur les boissons alcoolisées, mais aussi à limiter la remise d'alcool aux mineurs en dessous de 16 ans. Elles portent sur l'étiquetage des produits, la publicité et la remise au consommateur.

<sup>9</sup> Rapport du Dr. Markus Spinatsch, Une nouvelle politique en matière de dépendance pour la Suisse ?, p. 3, 26.5.04.

Les autorités compétentes peuvent certes procéder à des contrôles dans les lieux de remise, mais ceux-ci ne sont qu'épisodiques en raison d'un manque de ressources et ne permettent pas de garantir que les dispositions légales sont respectées à la lettre.

En conséquence, l'application des mesures légales repose principalement sur l'autocontrôle et la responsabilité individuelle des commerçants (magasins, établissements de restauration).

Quelques enquêtes menées par les médias (notamment l'émission A bon Entendeur) ou par des associations de consommateurs ont montré que l'interdiction de remise d'alcool aux mineurs en-dessous de 16 ans n'est pas totalement respectée. Un rapide tour d'horizon de divers périodiques ou revues visant de près ou de loin un public jeune permet de constater qu'il est relativement facile de détourner l'interdiction de la publicité pour l'alcool destinée à ce public cible. En outre, il est aussi tout à fait légal de jouer avec un message ambigu dans les spots publicitaires télévisés qui consiste à vanter les qualités gustatives d'une bière sans alcool portant le même nom de marque que la boisson alcoolisée.

Par ailleurs, on peut trouver sur le marché des produits dont l'étiquetage n'est pas conforme et est souvent lacunaire (ex.: teneur en alcool absente ou erronée) ce qui ne permet pas au consommateur d'avoir une information précise et exhaustive. Ces produits se trouvent aussi parfois sur les rayonnages des commerces qui ont pignon sur rue. Or, il est intéressant de relever qu'en règle générale le consommateur estime que toutes les denrées alimentaires font l'objet de contrôles sévères. Dès lors, il est persuadé que les marchandises qu'il achète dans les magasins et grandes surfaces sont sûres et correctement étiquetées. Il peut donc les consommer en toute connaissance de cause. Cette vision des choses ne reflète pas toujours la réalité.

- La prévention secondaire consiste à poser un diagnostic précoce afin de proposer des mesures au plus tôt et d'éviter ainsi une aggravation du phénomène. On cherchera à éviter que la consommation sporadique d'un produit devienne une consommation régulière et problématique. Exemples : les projets *Cannado* du Drop-In, *Plages-Santé* du CAPTT, *Consultation pour adolescents* du CPTT, *Be my angel tonight* du Cenea, etc.
- La prévention tertiaire cherche à éviter un ancrage ou une rechute. Elle consiste également à donner des soins et à favoriser la réinsertion sociale des personnes en difficulté.

A cela s'ajoute le troisième pilier de la politique fédérale en matière de drogue, la réduction des risques, appelé aussi l'aide à la survie. L'OFSP s'investit sur deux fronts: prévention du VIH et de l'hépatite d'une part, prise en charge sociale des toxicomanes d'autre part. L'objectif est de réduire les risques d'atteintes physiques, psychiques ou sociales durant les périodes de dépendance<sup>10</sup>.

C'est un modèle pragmatique et respectueux, visant à instaurer un partenariat avec les usagers de drogues les plus marginalisés. Exemples: distributeurs de matériel stérile mis à disposition par les centres ambulatoires, antennes de proximité comme La Girandole, Le Seuil ou Le 13 Ouvert, promotion du safer sex du Groupe Sida Neuchâtel, etc.

## **8. Modalités judiciaires: les obligations de traitement**

En pratique la justice a recours à deux types d'injonction thérapeutique: le placement institutionnel et le traitement ambulatoire. Une fois la mesure pénale prononcée, c'est l'autorité d'exécution, dans notre canton le médecin cantonal, qui désigne l'institution

<sup>10</sup> [www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/000624index.html?lang=fr](http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/000624index.html?lang=fr)

appropriée ou mandate un médecin chargé de suivre la personne bénéficiant d'une mesure pénale.

L'injonction thérapeutique est une modalité de traitement imposée à la personne souffrant d'addictions en alternative à des sanctions pénales. Elle permet d'introduire la personne dépendante dans le circuit sanitaire, de lui apporter l'aide et l'assistance nécessaires. Elle constitue le contrepoids humaniste de la politique répressive. La double nature judiciaire et sanitaire de l'injonction thérapeutique rend difficile la réunion des acteurs autour d'un même objectif. Initiée et décidée par la justice, elle se concrétise dans le cadre médico-social.

Pour les juges qui en décident, tout en réprimant l'usage de drogue, l'injonction thérapeutique est prononcée sur la base des art. 43 et 44 CPS. Dans ce cadre, ils disposent d'un large pouvoir d'appréciation. Ainsi, les attentes liées à cette sanction varient selon la substance en cause. S'agissant de l'alcoolisme, le traitement doit avant tout réduire la consommation de la personne condamnée et lui éviter de commettre d'autres actes délictueux sous l'influence d'alcool (conduite automobile, menaces, tapage nocturne, etc.) S'agissant de la consommation de drogues, la thérapie vise essentiellement l'abstinence totale, celle-ci étant perçue comme une garantie contre la commission de délits ultérieurs. Si cette logique est compréhensible s'agissant de lutter contre des produits illégaux, elle n'est pas partagée par le corps médical, l'addiction est une maladie *sui generis*, le produit en lui-même importe peu.

Par ailleurs, cette logique peut être perçue comme incohérente et génératrice d'injustices par le public. Ce dernier imagine avec logique que l'auteur d'un délit qui consomme de la drogue devrait être puni au moins aussi, voire plus sévèrement qu'un auteur souffrant d'addiction. En réalité, le fait de prendre en considération la dépendance dépend de plusieurs facteurs qui définissent la peine.

L'injonction thérapeutique témoigne aussi de la confiance de la société à l'égard de la médicalisation. Toute déviance devient le symptôme d'une maladie qu'il convient de traiter. Dans ce contexte, l'échec d'une mesure thérapeutique est difficilement admissible par l'autorité pénale et imputée à la mauvaise volonté de l'assigné à se soigner ou à l'incompétence du thérapeute.

L'injonction thérapeutique devrait toutefois amener à se poser la question des limites naturelles de l'art de guérir. La médecine – et notamment la psychiatrie – n'a pas pour mission première de normaliser les individus mais bien de soulager leurs souffrances.

## 9. Conceptions et mises en œuvre de la répression

Le concept de 1995 disait notamment que *la répression des infractions à la Loi fédérale sur les stupéfiants demeure pour la justice neuchâteloise une nécessité pour assurer une mission dissuasive vis-à-vis de la population. Elle s'applique aussi bien aux trafiquants qu'aux simples consommateurs. Pour ces derniers, le renvoi en tribunal peut les inciter à accepter une prise en charge médicale, ce qui permet au juge de suspendre la procédure, voire de la classer en cas de succès, conformément à l'article 19a ch.3 LStup.* Il ajoutait que *l'interdiction de la consommation peut permettre d'exercer une pression sur les intéressés afin d'arrêter une trajectoire vers la toxicomanie, et que la police est souvent impliquée: en arrêtant les toxicomanes en infraction, elle peut interrompre une trajectoire et elle représente alors le premier jalon d'une prise en charge ultérieure et que par des mesures privatives de liberté, la justice exerce des pressions sur les toxicomanes. Mais les tribunaux, le plus souvent en accord avec le Ministère public et la défense, font un large usage des mesures prévues par les articles 43 et 44 du Code pénal suisse. Dans ce sens là, la répression rejoint la prévention tertiaire. Un objectif formulé en 1995 était de faire diminuer l'offre de drogue, en intervenant pour rendre plus difficile l'accès aux produits en évitant des scènes ouvertes dans le canton, d'intensifier la lutte contre le trafic et d'augmenter la présence policière dans le terrain, par du personnel en uniforme et en civil.*

Le procureur général, responsable de la politique criminelle dans le canton, estime que ces réflexions restent pertinentes, pour l'essentiel, et poursuit donc les mêmes objectifs. Dans ses directives à la police cantonale, il indique en substance que l'activité de la police judiciaire doit tendre, de manière générale, à diminuer autant que possible l'offre et la consommation de stupéfiants dans le canton, notamment pour parer aux « dommages collatéraux » (délinquance d'acquisition, conduite sous l'influence de stupéfiants, dégradation de la situation sociale des personnes concernées). Le procureur général invite en particulier la police judiciaire à :

1. amener les toxicomanes à entreprendre et poursuivre des démarches thérapeutiques, afin de diminuer la demande en produits stupéfiants (contacts réguliers avec les toxicomanes, dénonciation quand une personne est visiblement en danger, etc.);
2. prévenir et, le cas échéant, réprimer la production de stupéfiants sur le territoire cantonal;
3. éviter la distribution de masse de stupéfiants, en particulier dans des magasins ayant vocation à vendre du cannabis;
4. mettre hors d'état de nuire les bandes de trafiquants actives sur le territoire du canton et empêcher de nouvelles bandes de s'implanter sur le territoire, afin d'éviter une offre de stupéfiants abondante et bon marché;
5. éviter la constitution de scènes ouvertes et d'autres lieux de rencontres de toxicomanes sur le domaine public;
6. de façon plus générale, maintenir une certaine pression sur les milieux des stupéfiants, afin de maîtriser l'espace public et d'éviter que règne un sentiment d'impunité favorisant la commission d'actes délictueux.

Selon les mêmes directives, la priorité doit être donnée à la lutte contre les bandes de trafiquants, puis contre les trafiquants individuels et les vendeurs s'adressant à des mineurs. Il ne faut cependant pas négliger les interventions contre les trafiquants-consommateurs qui élargissent leur trafic hors du cercle de leurs connaissances (risque de multiplication de l'offre), ainsi que contre les trafiquants-consommateurs dont la santé et/ou la situation sociale paraissent particulièrement en danger (risque pour l'auteur lui-même). Pour les toxicomanes qui trafiquent, le recours aux sanctions pénales vise surtout à amener les intéressés à se traiter sérieusement, pour autant qu'ils expriment ou finissent par exprimer une volonté en ce sens. La répression des simples consommateurs n'est pas un objectif en soi. Cependant, le procureur général estime qu'il n'y a pas lieu d'ignorer la législation fédérale et que la police n'a donc pas à s'abstenir d'intervenir contre les consommateurs qu'elle vient à rencontrer ou à identifier dans le cadre d'enquêtes dirigées contre des tiers. Si des stupéfiants sont découverts à l'occasion d'un contrôle, ceux qui les détiennent doivent être dénoncés. En outre, les auditions de toxicomanes constituent souvent un moyen indispensable pour identifier des trafiquants et intervenir contre ceux-ci, avec la conséquence que les toxicomanes entendus sont ensuite dénoncés et poursuivis. De nombreuses dénonciations de consommateurs proviennent au demeurant des douanes et de la police ferroviaire.

Le procureur général estime que les sanctions prononcées dans le canton tiennent largement compte des situations: si des peines assez sévères sont généralement requises et prononcées contre ceux qui trafiquent uniquement pour se procurer des revenus, les amendes de principe constituent la règle pour les consommateurs de cannabis dénoncés. S'agissant de la suspension de peines au profit de traitements, la pratique neuchâteloise est plus large que la jurisprudence fédérale. Mais cette pratique, aujourd'hui comme en 1995, relève d'un consensus tacite entre les tribunaux et le ministère public, ce qui fait que les jugements ordonnant assez généreusement des suspensions de peines au profit de traitements ne font en principe pas l'objet de recours. La même chose vaut pour la renonciation à infliger ou faire subir une peine, suite à un traitement couronné d'un certain succès.

## 10. Répression des infractions dans le domaine de la circulation routière

Les sanctions prononcées dans le canton tiennent compte des situations: si des peines assez sévères sont généralement prononcées contre ceux qui trafiquent uniquement pour se procurer des revenus, des amendes de principe constituent la règle pour les consommateurs.

Pour les cas de consommation de substances illicites par des personnes détenant un permis de conduire, il convient de savoir que la Loi fédérale sur la circulation routière<sup>11</sup> distingue le retrait de permis admonestatif (punitif) du retrait de sécurité, qui s'inscrit en dehors de toute répression ou infraction, dans le but de protéger la sécurité routière. Alors que le retrait admonestatif consiste en une mesure disciplinaire sanctionnant un consommateur occasionnel ayant circulé sous l'influence de substances illicites, le retrait de sécurité vise, à empêcher l'accès à la circulation routière du toxicomane dépendant.

De fait, il en va de même de la personne qui conduit avec un taux d'alcoolémie supérieur aux limites admises, sans être alcoolique, par rapport à celle qui s'adonne à la boisson en étant dépendante de l'alcool. Dans ce dernier cas, le retrait, dit de sécurité, est prononcé indépendamment d'une violation des règles de circulation, pour incapacité physique, psychique ou caractérielle à conduire un véhicule en toute sécurité. La loi précise ainsi que le permis de conduire doit être retiré pour une durée indéterminée, en cas d'incapacité à la conduite pour cause de dépendance<sup>12</sup>. Le Service des automobiles et de la navigation, par son médecin-conseil et la gendarmerie, a élaboré en 1994 déjà, un concept pour les conducteurs souffrant d'addiction aux stupéfiants et devant faire l'objet d'un tel retrait de permis.

La personne concernée doit accepter une cure auprès de spécialistes. L'expérience montre aujourd'hui que le permis de conduire constitue un puissant levier de motivation thérapeutique et qu'il est utilisé par nombre de praticiens comme instrument de travail<sup>13</sup>.

## 11. Historiques

### 11.1 Historique de la politique fédérale en matière de dépendance

- **Tabac**<sup>14</sup>

Le Programme global tabac 1996-1999, accepté par le Conseil fédéral en 1995, a permis un certain nombre de réalisations, notamment auprès des jeunes. L'évaluation de ce programme a cependant mis en évidence des carences, concernant les ressources à disposition, la coordination des activités ou les structures existantes. L'environnement n'étant à l'époque pas propice à l'adoption de nouvelles mesures législatives, celles-ci ne faisaient pas partie dudit programme.

La vision du Programme national Prévention du Tabagisme 2001-2005 (prolongé par le Conseil fédéral jusqu'en 2007) est la suivante: la société considère que la norme est de ne pas fumer. Les fumeurs sont pleinement informés et conscients des risques qu'ils encourrent et ne doivent pas nuire à la santé d'autrui. Ils bénéficient d'un soutien s'ils souhaitent arrêter de fumer. Le renforcement du cadre légal, notamment en matière d'imposition, de restrictions de la publicité, de la déclaration du produit et de son accessibilité, occupe une place importante au sein de cet actuel programme.

<sup>11</sup> LCR, RS 741.01

<sup>12</sup> art. 14 al.2 let. C et 16d al.1 let. B LCR

<sup>13</sup> F. Beljean/C.Mizel/T.Mauler, Toxicomanie et admissions à la circulation routière: le concept neuchâtelois du Service des automobiles et de la navigation, in Bulletin officiel de la Société Neuchâteloise de Médecine, février 1998, pp.43ss.

<sup>14</sup> Voir aussi, dans le droit suisse: RS 641.3 Loi sur l'impôt sur le tabac et ses ordonnances RS 641.311, sur l'imposition et 641.316, sur le fonds de prévention du tabagisme. RS 817.0 Loi sur les denrées alimentaires et ses ordonnances RS 817.02, sur les denrées et 817.06, sur le tabac.

Les prochaines mesures importantes seront notamment la révision de la Loi fédérale sur les denrées alimentaires, nécessaire pour introduire une limitation de la publicité et une interdiction de vente aux mineurs. Cette révision, avec le message de ratification de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac est inscrite dans le programme de législature 03-07 du Conseil fédéral. Il faut savoir que la Convention-cadre contient les principes qui s'appliqueront au tabac et aux produits du tabac, à l'échelle internationale. Différentes mesures visent à réglementer l'offre et la demande des produits du tabac. (entre autres, élimination de la contrebande, restriction de la publicité et du parrainage en faveur du tabac, inscription de mises en garde sur les produits du tabac, prises de mesures efficaces contre la fumée passive dans les espaces fermés) Elle est le premier traité multilatéral juridiquement obligatoire dans l'histoire de l'OMS<sup>15</sup>.

En outre l'OFSP élabore, avec les principaux acteurs de la prévention du tabagisme, une stratégie nationale de prévention du tabagisme. Ce projet produira un nouveau Programme national pluriannuel (2008-2012), qui prendra en considération les développements récents du domaine de la prévention du tabagisme. Il sera soumis au Conseil fédéral en principe durant le deuxième semestre 2006<sup>16</sup>.

La Commission fédérale pour la prévention du tabagisme existe depuis 1998. Nommée par le Département fédéral de l'intérieur qu'elle conseille, elle est composée d'experts, tous indépendants de l'industrie du tabac, provenant de différents milieux oeuvrant pour la prévention du tabagisme, à savoir : les consommateurs, la médecine sociale et préventive, les ligues de santé, la médecine au sens large, la prévention du tabagisme, la promotion de la santé, l'économie de la santé et les relations publiques<sup>17</sup>.

Sur la base des connaissances scientifiques accumulées au cours des 40 dernières années, il ne fait aucun doute que, de nos jours, les produits du tabac n'auraient absolument aucune chance d'être nouvellement réglementés comme des produits de consommation courante. La situation juridique actuelle de ces produits est fortement influencée par l'héritage du passé et touche plusieurs lois et ordonnances dans des domaines différents.

Les produits du tabac renferment un grand potentiel toxicologique et pourtant ils appartiennent aux produits pour lesquels les émissions et le contenu sont les moins réglementés. Tout en relevant de la loi sur les denrées alimentaires, ils ne sont pas assujettis à des dispositions aussi sévères que lesdites denrées; on pense par exemple à la présence de métaux lourds en principe fortement contrôlée dans les aliments

- **Alcool**

En 1992, l'OMS mettait au point un *Plan européen d'action alcool*<sup>18</sup> dans le but de lancer des programmes nationaux. Trois ans plus tard, la *Charte européenne sur la consommation d'alcool* était adoptée<sup>19</sup> à Paris. La Suisse a ratifié le plan d'action et la charte, où ne figurent cependant que des recommandations, sans valeur contraignante. Au printemps 2000, l'OMS a adopté un 2<sup>ème</sup> plan, adapté aux dernières constatations scientifiques en la matière<sup>20</sup>.

<sup>15</sup> [www.bag.admin.ch/themen/drogen/00041/00619/index.html?lang=fr](http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00041/00619/index.html?lang=fr)

<sup>16</sup> [www.bag.admin.ch/themen/drogen/00041/00613/00769/index.html?lang=fr](http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00041/00613/00769/index.html?lang=fr)

<sup>17</sup> [www.bag.admin.ch/themen/drogen/00041/00612/00768/index.html?lang=fr](http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00041/00612/00768/index.html?lang=fr)

<sup>18</sup> Plan européen d'action alcool (1992) European Alcohol Action Plan. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1993

<sup>19</sup> Charte européenne sur la consommation d'alcool (1995) <http://www.eurocare.org/who/eaap/charter/1995fr.html> European Charter on Alcohol, European Conference on Health, Society and Alcohol, Paris, France, 12-14 December 1995. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001

<sup>20</sup> 2<sup>ème</sup> plan européen d'action alcool (2000) European Alcohol Action Plan, 2000-2005. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000 (<http://www.euro.who.int/document/E67947.pdf>)

La Confédération, par l'entremise de la Commission fédérale pour les problèmes liés à l'alcool, a mis au point un *Plan national d'action alcool*<sup>21</sup>, quinquennal. L'objectif global est, comme dans le domaine de la drogue, de diminuer le nombre de ceux qui commencent à consommer ou qui risquent d'évoluer vers une consommation dommageable.

Outre la Confédération, les principaux acteurs et milieux concernés pour mettre en oeuvre cette politique sont les cantons et les communes, le corps médical, les hôpitaux, les centres spécialisés de prévention et/ou de consultation, les groupes d'entraide, mais aussi la police, la justice, les cafetiers-restaurateurs, les producteurs et les vendeurs. Depuis quelques temps et pour tenter de renforcer l'impact de ce plan national, l'Office fédéral de la santé publique, la Régie fédérale des alcools et la Commission fédérale des alcools effectuent un travail de motivation et d'incitation, dans le cadre de la mise en application de *Plans cantonaux d'action contre l'alcool (PCAA)*<sup>22</sup>.

- **"Drogue"**

Dans le domaine des dépendances, une récente étude de l'OFSP fait apparaître un certain nombre de points communs entre les politiques nationales des pays européens, notamment des planifications relativement détaillées et fréquentes, des instances de coordination nationales de la lutte contre les problèmes liés aux drogues illégales, des modèles d'intervention publique en matière de dépendance, la volonté d'appliquer une approche globale qui lie les mesures et les stratégies de réduction de la demande à celles de la réduction de l'offre, et enfin une priorité systématiquement attribuée à la prévention et aux interventions auprès des enfants et des jeunes.

En Suisse comme dans la plupart des pays occidentaux, la consommation de drogues illégales n'est devenue un problème important qu'à partir des années 1960. Au début, il s'agissait surtout de produits dérivés du cannabis et de LSD. Au cours des années 1970, l'héroïne et la cocaïne sont venues s'y ajouter. En Suisse, les premiers décès dus à une overdose d'héroïne sont constatés en 1972. Notre pays réagit alors à la situation en développant un modèle à trois piliers: la répression envers le trafic et la consommation de drogue, les mesures préventives auprès des jeunes, principalement dans les écoles, et la thérapie focalisée sur l'abstinence, dont notamment les programmes de méthadone.

Il est à noter que la politique suisse en matière de drogue se base sur la convention de la Haye de 1912, que la Suisse a ratifiée en 1918, et qui établit le principe de la prohibition des stupéfiants destinés à un usage autre que médical. La première loi fédérale sur les stupéfiants date de 1924. La Suisse en adoptera une deuxième en 1951, reprenant les principes établis par les conventions internationales: contrôle des stupéfiants et répression du commerce illicite.

Sur le plan de la répression, la Confédération crée un office central pour la répression des stupéfiants et les cantons créent les premières unités de police spécialisées dans la lutte contre les stupéfiants. La révision de la LStup en 1975 permet ensuite d'établir les bases légales nécessaires aux mesures préventives et aux thérapies destinées aux toxicodépendants.

Depuis 1970, les services ambulatoires, les structures de prise en charge résidentielle, les centres de consultation et autres réseaux d'entraide sociale se multiplient. Au début des années quatre-vingt, le sida se répand rapidement, en particulier parmi les consommateurs de drogues. La précarisation des toxicodépendants devient de plus en

<sup>21</sup> [www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/00594/00595/index.html?lang=fr](http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/00594/00595/index.html?lang=fr)

<sup>22</sup> <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/00598/01163/index.html?lang=fr>

plus visible. Des scènes ouvertes de la drogue sont tolérées dans plusieurs villes. Des services sociaux, tant publics que privés, apportent leur aide. C'est le début de ce qu'on appelle le travail de rue. On commence à distribuer des seringues stériles aux toxicodépendants.

En février 1991, le Conseil fédéral adopte un train de mesures baptisé *ProMeDro*, visant à réduire les problèmes liés à la drogue. Le principe de la réduction des risques est ainsi introduit pour la première fois à l'échelle nationale et est discuté lors de la première Conférence nationale de 1991 sur la drogue. Au début des années nonante, les scènes ouvertes, surtout le Platzspitz et le Letten à Zurich, troublent gravement l'ordre public. Simultanément, elles illustrent l'ampleur du problème et participent à la conscientisation d'un large public tant national qu'international. Les villes, les cantons et la Confédération conjuguent leurs efforts pour mettre en place un modèle à quatre piliers - prévention, thérapie, réduction des risques et répression -, à quoi s'ajoutent des mesures innovatrices telles que le traitement avec prescription d'héroïne. Ces efforts permettent de fermer les scènes ouvertes. Lors de la deuxième Conférence nationale sur la drogue, qui a lieu en 1995, la politique des quatre piliers, que l'on connaît encore aujourd'hui, est confirmée<sup>23</sup>.

L'approche par le biais de la réduction des risques est une orientation fondamentale du modèle dont l'organisation pratique exige une variété d'actions différenciées et combinées dans une cohérence d'ensemble. Celle-ci intègre en particulier au premier plan la volonté d'offrir des ressources aux personnes concernées, quelles que soient la réalité et l'actualité de leur dépendance. Elle tente aussi de maintenir une vision globale humaniste et constructive face aux événements à forte résonance émotionnelle qui alimentent les débats de façon sectorielle (sida, cannabis, alcool, jeu pathologique, tabac, etc.).

## 11.2 Historique de l'offre de produits

La facilité d'accès aux produits psychotropes a toujours joué un rôle déterminant dans leur consommation. Une corrélation directe existe entre l'accessibilité d'un produit, la quantité consommée et le nombre de personnes dépendantes à ce produit.

De tout temps et dans toutes les cultures, les hommes ont consommé des substances psychoactives à des fins thérapeutiques, religieuses ou sociales, ces trois fonctions étaient d'ailleurs souvent intimement liées: fonction thérapeutique, par l'effet physiologique calmant la douleur et par l'effet hallucinogène destiné à mettre le guérisseur en communication avec les esprits; fonction religieuse, pour communiquer avec la dimension spirituelle, pour incorporer la divinité ou le sacré; fonction sociale, pour influencer l'humeur et faciliter le lien social ou le contact.

L'alcool apparaît très tôt dans l'histoire de l'humanité. A l'âge de la pierre, on parlait déjà de l'hydromel, vin de miel. Mais la production se développera avec la découverte de la céramique permettant la conservation et le stockage, vers 4000 avant J.C. Ce n'est que vers la fin du 18<sup>ème</sup> que l'industrialisation favorisera la consommation abusive et dépendante de l'alcool. En conséquence apparaissaient la médicalisation de l'alcoolisme par la psychiatrie (durant les dernières décennies du 19<sup>ème</sup>) et les mouvements prônant la prohibition et l'abstinence. L'histoire nous montre que l'alcool est la drogue la plus appréciée dans notre pays, les principaux consommateurs se trouvant dans les régions productrices d'une boisson alcoolisée ou alcoolique spécifique (vin dans les cantons viticoles, absinthe au Val-de-Travers).

<sup>23</sup> Les paragraphes consacrés à la politique relative aux drogues, sont largement inspirés de La politique suisse en matière de drogue, Yamina Sidi Ali, Gonzaque Cunningham, Institut de sociologie, Université de Genève, <http://www.unige.ch/ses/socio/socpol/articles/drogue.pdf>  
Message du 09 mars 2001 du Conseil fédéral aux Chambres dans le cadre de la révision de la LFStup, <http://www.admin.ch/ch/f/ff/2001/3537.pdf>

Le tabac a été utilisé par de nombreuses tribus amérindiennes dès le début du premier millénaire. Peu après la découverte de l'Amérique, son usage gagne rapidement le reste du monde. Dès le milieu du 17<sup>ème</sup>, le tabac est cultivé dans l'ensemble du monde connu. Après une période de prohibition, les Etats ont préféré lever des taxes ou posséder l'exclusivité du commerce, comme pour l'alcool d'ailleurs. Au début, le tabac était essentiellement chiqué, prisé ou fumé dans une pipe. Sa consommation s'est banalisée et généralisée au début du 20<sup>ème</sup> siècle. D'accès facile et consommable immédiatement, la cigarette s'est imposée et est devenue le mode de consommation principal. Une majorité de la population suisse fumait dans les années 70; aujourd'hui, seuls 30% des Suisses fument.

Le cannabis est une des plantes les plus anciennement cultivées (en Chine, la culture est déjà développée 10.000 ans av. J.C.). Dès 2800 av. J.C. env., elle est utilisée pour soigner la douleur. Au 3<sup>ème</sup> siècle ap. J.C., l'empereur romain Gallien recommande même l'usage du cannabis qui *entraîne bonheur et hilarité*<sup>24</sup>. L'opium a aussi été utilisé à des fins thérapeutiques dans les temps reculés. Mais c'est au début du 19<sup>ème</sup> que l'utilisation de la morphine est reconnue et employée massivement pendant la Guerre de sécession, puis pendant celle de 1870. La morphine reste un des meilleurs analgésiques. L'héroïne est synthétisée en 1898; elle doit son nom (heroisch) à son efficacité dans le traitement des tuberculeux et est apparue rapidement comme le traitement de choix de la morphinomanie. Les feuilles de coca sont utilisées depuis fort longtemps sur les hauts plateaux andins pour combattre la fatigue et l'altitude.

Avec l'industrialisation, de nombreux abus et une dépendance à la consommation d'alcool, surtout dans les milieux pauvres, modifient les modes de consommation des substances psychoactives. Mais c'est particulièrement à partir de la fin des années 60 que l'utilisation de nombreux produits fait son apparition et conduit à la situation actuelle, en particulier en ce qui concerne la jeune génération. Plusieurs facteurs sont en cause dont la découverte de nouvelles molécules (amphétamines, psychotropes, colles et solvants), la perte des valeurs communément admises dans la société, la mondialisation, la médicalisation du social.

Ces dernières années, la consommation présente les caractéristiques suivantes: s'il y a moins de consommation d'alcool en valeur absolue, en revanche on assiste à une augmentation hebdomadaire de son usage chez les 15-16 ans et à des épisodes de comportement à risques chez les 15-24 ans. Dans le domaine du tabac, la légère diminution de sa consommation ne permet pas de passer sous silence qu'un tiers de la population des plus de 15 ans fume (2002) ainsi que 26,5% des garçons de 15-16 ans et 25% des filles. Le cannabis est en forte progression chez les jeunes: près de 50% des garçons de 15-16 ans et 40% des filles en ont déjà consommé. 3,8% des hommes et 2,7% des femmes de 15-24 ans ont déjà consommé au moins une fois de l'héroïne et/ou de la cocaïne. On pense que la Suisse compte quelque 60 000 consommateurs dont 30 000 dépendants. L'ecstasy et les amphétamines sont liés au mouvement techno et consommés surtout lors des concerts et en fin de semaine; ainsi, 2 à 3% des 15-16 ans en ont déjà consommé (en 1998). Entre 86 et 94, la consommation, même unique, de colles et de solvants a passé chez les 14-16 ans de 10,3% à 8,1%.

La consommation abusive de certains médicaments (benzodiazépines, somnifères, anti-douleurs, stimulants...) pose également des problèmes depuis de nombreuses années et est la cause première de dépendance chez un nombre important de personnes, femmes en particulier; elle est notamment due, comme mentionné ci-dessus, à des habitudes prises lors de traitements médicaux conventionnels.

<sup>24</sup> Références sous <http://www.darksite.ch/bugs/canhisti.htm>

### 11.3 Historique des prises en charge

Le traitement des addictions dépend toujours du moment socioculturel et politique qui génère la *vision du problème*, ainsi que des connaissances médico-psycho-sociales du même moment. Avant de parler de la prise en charge ou du traitement des toxicomanies, il convient de rappeler que les drogues elles-mêmes sont des traitements de la douleur et de la faiblesse de l'Homme. Mais, et c'est bien leur limite, elles agissent sur la douleur et non sur sa cause, transforment la perception que l'on a du monde et non le monde lui-même: dans les réalités virtuelles qu'elles génèrent, certains perdent leurs repères, perdent leurs appuis, dès lors qu'ils centrent leur existence sur l'expérience de la modification d'eux-mêmes.

Face à des usages dont la démultiplication et la diversification vont en s'accroissant, la science, la médecine, la pharmacie, et la morale cherchent à traiter ceux qui s'y égarent<sup>25</sup>. Dès la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, les avancées de la chimie et la découverte des substances posent les premières bases d'un traitement. L'addiction se définit par le produit utilisé. Seul le sevrage peut être salutaire pour guérir ce qui est *un funeste penchant*. On prône également la création d'établissements spécialisés pour compléter le sevrage par un *traitement moral*.

En fait, quels que soient les outils et les techniques, il s'agit toujours de traiter le corps, ce support de la douleur et de l'angoisse sur lequel agissent les substances addictives, d'aider à supporter le monde extérieur, *qui s'acharne à nous anéantir*, écrivait Freud, de supporter aussi les rapports humains, terreau de la psychopathologie, et sources des souffrances les plus insupportables.

Ce qui semble changer, c'est davantage l'accent mis sur tel ou tel aspect des traitements, variant selon les oscillations perpétuelles d'un balancier parfois affolé qui met en lumière abstinence, traitement médical, traitement social, traitement judiciaire, selon les contextes, selon la tolérance sociale du moment et selon la réorganisation des rapports de force entre les différentes disciplines et les engouements qu'elles suscitent.

Ce ne sont donc pas tant les avancées des sciences qui déterminent les avancées des traitements, que l'alchimie complexe qui les unit aux problématiques, aux croyances de leur temps, et aux représentations qui en découlent<sup>26</sup>.

Pourquoi cet acharnement pendant 20 ans à exiger un rapide sevrage des drogues et le maintien d'une abstinence absolue ? Longtemps, le toxicomane a été considéré comme un pervers jouisseur transgressant allègrement les interdits sociaux du plaisir auxquels le commun des mortels reste soumis. Mais pas, chez bien des gens, sans une certaine jalousie inconsciente. Ce sentiment explique peut-être l'agressivité fréquente qu'on peut observer à l'encontre des toxicomanes, envers la méthadone médiatisée comme une héroïne de synthèse, source supposée de plaisir de substitution, et donc à l'encontre des médecins prescripteurs, complices de cette soi-disant jouissance et longtemps condamnés comme des *dealers en blouse blanche*. Porte-parole des idées du public, les journalistes ont largement contribué à renforcer ces préjugés. Philippe Bouvard, il y a quelques années, a bien illustré dans une de ses rubriques ce faux sentiment général de jouissance perverse en deux lignes assassines: *Aujourd'hui on donne de la méthadone aux toxicomanes et demain on donnera des enfants aux pédophiles*.

Dans ce contexte moral générateur de sentiments agressifs envers les *drogués*, on comprend que durant des années, les seules prises en charge acceptables aient été d'une part la punition par l'incarcération ou la rééducation par l'isolement dans les centres thérapeutiques et, d'autre part, la rédemption dans la douleur par des cures de

<sup>25</sup> François Hervé, psychologue clinicien, directeur adjoint du "Trait d'Union" in « Retour vers le futur, traitements d'hier, d'aujourd'hui, de demain », *St Etienne*, 2005

<sup>26</sup> Ibid

sevrage très rapides suivies de la nécessité d'une pureté durable. Plus l'arrêt des drogues était douloureux, moins il ne devait y avoir de rechutes. Malheureusement, cette théorie n'a jamais pu être démontrée. Les écrits officiels parlaient de la voie facile des traitements de substitution par rapport au dur chemin de l'abstinence, le seul reconnu<sup>27</sup>.

L'acharnement ces vingt dernières années à sevrer rapidement les patients de l'héroïne, puis de la méthadone dès l'introduction des traitements de substitution, en a tué indirectement des milliers (rechutes, alcoolisme, hépatites, suicides, accidents, overdoses, sida, etc.). Nous commençons à réaliser qu'il s'agit d'une des plus tragiques erreurs médicales de ce siècle<sup>28</sup>.

Ce mode de penser, sous diverses formes, a à peu près subsisté jusqu'à la fin des années 1980. Puis, simultanément aux progrès de la médicalisation, vint l'approche clinique. On prend alors conscience de l'importance prépondérante des caractéristiques de la personnalité du consommateur sur celles du produit. On découvre que l'addiction est une tentative souvent désespérée de soigner soi-même une souffrance due à une pathologie sous-jacente préexistante. On constate l'échec et les dangers (première cause de morts par overdose) des thérapies centrées sur le sevrage.

On passe du jugement moral à une approche clinique plus réaliste, plus humaniste et beaucoup plus efficace. Les progrès des neurosciences, de la génétique, et de leurs applications dans le domaine des addictions aident à ces prises de conscience. Pour la première fois, on écoute les personnes souffrant de conduites addictives, qui demandent du temps pour effectuer une démarche complexe, qui souhaitent comprendre ce qu'ils soignent avec leur addiction, comprendre comment le soigner autrement. Cette situation nouvelle suppose une acceptation des notions de gestion de la consommation, d'aide à la survie et de limitation des risques.

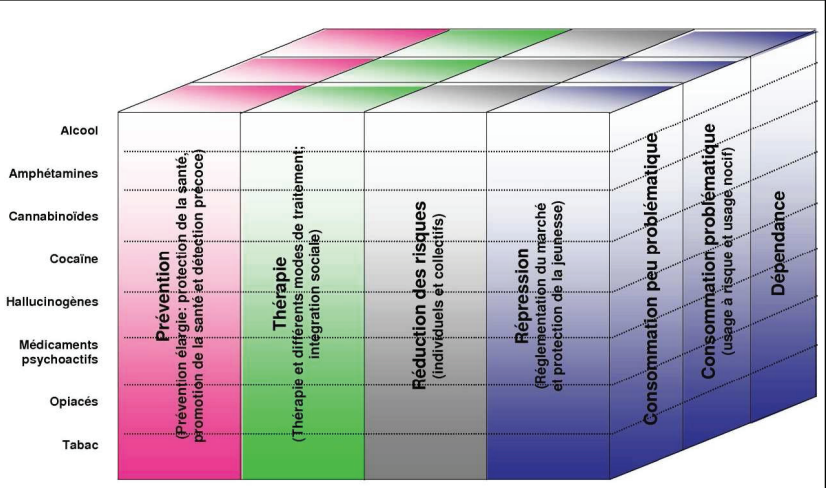
C'est le début des théories déjà évoquées concernant la politique des quatre piliers : répression, traitement, prévention et aide à la survie, (par ordre d'investissement financier). C'est aussi l'émergence d'associations comme l'ISPA (Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies), le GREAT (Groupe romand d'étude sur l'alcoolisme et autre toxicomanie), la SSAM (Société suisse de médecine de l'addiction) et le COROMA (Collège romand de médecine de l'addiction). La culture de réseau permet une collaboration de tous les intervenants concernés par une situation. Une compréhension de ces phénomènes par le monde judiciaire progresse simultanément.

Dans cet historique des traitements, il faut souligner le travail de modélisation de la Commission fédérale pour les questions liées aux drogues (CFLD), qui présente un *nouveau modèle de la politique des dépendances* tenant compte des approches actuelles :

<sup>27</sup> L'arrêt de la méthadone chez les héroïnomanes chroniques est-il contre-indiqué? Dr. J.-J. Déglon, médecin-directeur de la Fondation Phénix in <http://www.phenix.ch/PresseArticles/PresseArticle12.pdf>

<sup>28</sup> Ibid

## Nouveau modèle de la politique des dépendances.



*Il n'y a plus de drogues illégales ou légales, « dures » ou « douces, il y a des produits psychotropes puissants, avec pour chacun d'eux des consommateurs peu problématiques, des consommateurs problématiques et des consommateurs dépendants. Quels que soient les produits ou les usages, il y a des réponses possibles dans le cadre de la politique des quatre piliers.*

L'interaction entre maladies psychiatriques et abus de substances restera un problème majeur. Elle est déjà présente aujourd'hui entre troubles psychotiques et abus de cannabis ou entre troubles anxieux et abus de tranquillisants.

Une des questions décisives sera de savoir quel traitement administrer à quel patient et à quel moment de son évolution. L'éventail des groupes de population abusant et dépendant de substances psychoactives sera large, ce qui nécessitera une réponse médico-psycho-sociale très diversifiée. L'organisation et la coordination de ce réseau de prise en charge deviendront l'un des défis majeurs de santé publique<sup>29</sup>.

## 12. Enjeux socio-économiques et politiques

### 12.1 Influence du marché mondial des psychotropes

Face aux aspects principaux de l'offre et de la demande, tout marché évolué implique une mise en tension de la consommation dans le but d'entretenir sa persistance et la stabilité de la demande malgré l'augmentation des prix.

Huit à dix pays produisent l'essentiel des trois des quatre grandes familles de drogues illicites d'origine naturelle, dérivées de la feuille de coca, du cannabis et de l'opium. Leurs cultures sont le fait d'une pratique traditionnelle de populations locales minoritaires et marginalisées, mais elle est devenue l'objet d'une demande à croissance exponentielle de la part des pays industrialisés. A l'origine, des découvertes intéressées sont faites par de grands laboratoires pharmaceutiques qui souhaitent ensuite délocaliser certaines productions pour donner librement suite aux booms de la demande. L'application de conventions internationales a pour effet indirect de spécialiser les pays d'origine des *plantes à drogue* dans des activités illicites qui vont alors constituer un élément central de leur situation économique et de leurs relations aux pays consommateurs. L'organisation des marchés des toxiques se complique en

<sup>29</sup> «psychoaktiv.ch») d'une politique des drogues illégales à une politique des substances psychoactives in [http://www.psychoaktiv.ch/m/mandanten/187/download/Psychoaktiv\\_Rapport2005\\_f.pdf](http://www.psychoaktiv.ch/m/mandanten/187/download/Psychoaktiv_Rapport2005_f.pdf)

fonction de données géopolitiques tout au long des routes d'acheminement et au gré des étapes de transformation à haute valeur ajoutée, pour aboutir à la certitude de profits gigantesques et soutenir des stratégies d'influence qui régulent aujourd'hui, par effet de cascade, l'économie générale.

La quatrième famille, celle des drogues de synthèse, reprend les mêmes schémas d'organisation, d'une façon plus locale et microéconomique, bénéficiant du support de technologies modernes. Les sites de productions se sont rapprochés des consommateurs et ils utilisent les voies virtuelles du Net pour assurer l'acheminement des produits demandés.

Gouvernements, groupes insurgés, organisations criminelles ou terroristes, et maintenant affairistes locaux, se disputent toujours les ressources des zones de culture du pavot, de la coca et du cannabis, ainsi que les voies d'acheminement des substances illicites. Concernant le tabac, plus du quart des 1000 milliards de cigarettes exportées annuellement disparaissent du marché officiel<sup>30</sup>. Par containers entiers elles envahissent le marché noir. La contrebande propose des cigarettes de marque à prix réduit: elle augmente ainsi la demande, parvient à infiltrer les marchés de produits locaux et sert de prétexte pour combattre les augmentations de taxes.

Mais la Banque mondiale a montré qu'à l'échelle planétaire, la contrebande de cigarettes est plus liée au degré de corruption des pays qu'au niveau de taxation des cigarettes<sup>31</sup>. L'Europe n'est pas épargnée; cette contrebande constitue la fraude qui affecte le plus le budget européen en lui faisant perdre des milliards de dollars en droits de douane, de redevances et d'impôts. Aussi, en 2000, la Commission européenne, puis en 2001, dix états membres, ont déposé une action en justice contre les sociétés Philip Morris et RJ Reynolds en raison de leur implication dans la contrebande de cigarettes dans l'Union européenne<sup>32</sup>. Un accord pour lutter contre la contrebande et la contrefaçon de cigarettes a été conclu en 2004 entre la Commission européenne, dix états membres et Philip Morris International, qui prévoit le versement de 1,25 milliards d'USD sur une période de 12 ans, et met un terme aux poursuites judiciaires engagées<sup>33</sup>.

Ratifiée déjà par plus de 57 pays, la Convention-cadre pour la lutte antitabac de l'OMS entrée en vigueur en 2005, constitue un outil prometteur pour combattre la contrebande de cigarettes<sup>34</sup>.

## 12.2 Contexte économique régional concernant l'alcool et le tabac

Sur la base des droits de production envoyés chaque année aux viticulteurs, on observe que le vignoble neuchâtelois est cultivé, bon an mal an, par quelque 450 exploitants. Il s'agit d'un chiffre très élevé, mais qui doit être nuancé par le fait que sur les 600 ha que représente aujourd'hui le vignoble, 550 environ sont aux mains des véritables professionnels. La vigne est aujourd'hui encore très gourmande en main d'œuvre puisqu'elle représente annuellement l'équivalent horaire de quelque 160 unités de travail.

Si on se base sur les prix payés aux producteurs qui doivent respecter les barèmes arrêtés par l'interprofession puis avalisés par l'Etat, les 4 à 5 millions de kg de raisins

<sup>30</sup> Dubois G., Tramier B., Cigaretteurs et contrebandiers, in revue toxibase no 5, mars 2002. & Contrôle de la contrebande internationale de cigarettes : [www.wat-suisse.ch/tabakindustrie\\_schmuggeL\\_neu.php](http://www.wat-suisse.ch/tabakindustrie_schmuggeL_neu.php)

<sup>31</sup> Merriman D., Yunkerli A. and Chaloupka F. *How big is the worldwide cigarette smuggling problem?* In *Curbing the Epidemic*. World Bank Publication. 1999.

<sup>32</sup> Communiqué de presse de la Commission européenne, *La commission dépose une nouvelle plainte contre deux fabricants américains de cigarettes*, EU Commission, Bruxelles, IP /01/1193, 6 août 2001.

<sup>33</sup> Communiqué de presse de la Commission européenne, *Agreement to combat contraband and counterfeit cigarettes*, EU Commission, Bruxelles, IP/04/882, 9 juillet 2004.

<sup>34</sup> Convention-Cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, OMS, 2003 : [http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA56/ta56r1.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA56/ta56r1.pdf)

produits annuellement dans le canton (pinot noir, chasselas et spécialités diverses) représentent une valeur moyenne de 20 millions de fr. Cette vendange est ensuite prise en charge par plus de 80 encaveurs qui lui apportent la plus-value de la vinification et de la commercialisation. Ici encore, comme pour les exploitants, le nombre élevé d'encaveurs ne représente pas véritablement la réalité économique car il inclut toutes les caves, y compris de très petites. Dans les faits, plus de 80 % de la récolte est travaillée par 25 encaveurs seulement.

Lorsqu'on prend en compte la plus-value de l'encavage, le chiffre d'affaire du vignoble peut être estimé à 60 millions de fr. Ce n'est certes pas négligeable, mais il ne faut pas perdre de vue que le poids économique de la viticulture ne se limite pas à cela. Il faut en effet encore tenir compte du marché des machines agricoles, des produits phytosanitaires et des engrais, des produits œnologiques, des emballages, du travail des graphistes, de celui des imprimeurs, etc. Il n'est pas irréaliste de penser que, dans le canton seulement, ces activités génèrent chaque année un chiffre d'affaire de 10 à 15 millions de francs.

Enfin, il est encore nécessaire de prendre en compte le fait que toute activité dans le secteur primaire est génératrice d'un certain nombre d'emplois non qualifiés qui sont socialement très importants.

De plus, le canton compte une dizaine de distilleries professionnelles auxquelles s'ajoutent les paysans et les particuliers qui font distiller leurs propres fruits. Depuis le 1<sup>er</sup> mars 2005, la distillation et le commerce de l'absinthe sont à nouveau autorisés ce qui devrait progressivement mettre fin au trafic frauduleux qui s'était développé sur une large échelle. On compte actuellement huit distillateurs qui produisent leur propre absinthe ou distillent pour des tiers.

Les boissons alcoolisées jouent un rôle essentiel dans la rentabilité des quelques 600 établissements publics recensés dans le Canton de Neuchâtel. Les ventes d'alcool constituent également un revenu important et sont, semble-t-il la principale raison d'être des magasins situés dans les stations-service et les gares. C'est en tous cas ce qu'ont déclaré les commerces des cantons qui interdisent la vente de boissons alcoolisées en dehors des heures d'ouverture normales des magasins.

La possibilité d'acheter des boissons alcoolisées et des spiritueux à toute heure du jour et surtout de la nuit, en magasin, donc à des prix beaucoup plus bas que dans les cafés-restaurants, constitue l'une des causes majeures de l'augmentation de la consommation abusive ou à risque d'alcool par les jeunes adultes, mais aussi les adolescents et même les enfants.

Le secteur du tabac occupe quant à lui, dans le canton de Neuchâtel, plus de 1300 personnes. La contribution fiscale de l'entreprise qui en a fait son activité principale représente plus de 50% de l'impôt des personnes morales au niveau de la Ville. Pour le canton, sa contribution représente près de 30% des rentrées totales de l'impôt payé par les personnes morales (rétrocession de l'impôt fédéral non comprise).

Ces activités comprennent la fabrication de cigarettes, qui génère un volume annuel de 21,5 milliards de cigarettes (pour une capacité maximale de 25 milliards). 7 milliards de cigarettes sont destinés au marché suisse et 14,5 milliards sont exportés, en particulier dans les marchés situés à l'extérieur de la zone européenne. Vient ensuite le secteur de la recherche et du développement (R & D), occupant 230 collaborateurs, pour la plupart licenciés universitaires en chimie, économie et ingénierie. Ils travaillent dans les domaines des nouveaux produits, de l'assurance-qualité et des réglementations. Pour la marque considérée, il s'agit du seul centre R & D en dehors des Etats-Unis dans le secteur du tabac. La troisième activité est l'ingénierie, qui regroupe une centaine d'ingénieurs et d'architectes participant au développement de projets pour toutes les nouvelles acquisitions en dehors des Etats-Unis (nouvelles

usines, traitement et transformations du tabac, fabrications de cigarettes et d'emballages, entretien d'usines et de logistique).

L'impact financier en faveur de la région est énorme, directement par l'impôt et indirectement grâce aux acquisitions de biens, services et marchandises (dans les domaines de l'immobilier, de l'hôtellerie et de la restauration, etc.).

### 12.3 Marché des drogues

Ce paragraphe se borne à exposer, dans une version très condensée, la situation des principaux stupéfiants que sont la cocaïne, l'héroïne, les amphétamines thaïes, les ecstasys et les produits cannabiques (haschisch et marijuana).

La cocaïne provient en grande partie d'Amérique du Sud, puis remonte vers la Suisse par deux filières, l'une passant par la Floride et Amsterdam, et l'autre par l'Afrique noire et l'Espagne. Cette dernière, plus récente, explique en grande partie l'implantation des ressortissants africains de l'Ouest (Guinéens, Sierra-Léonais, Nigériens, etc.) dans le trafic de cocaïne en Europe ces dernières années. Leur organisation, bien qu'encore obscure sur certains points, apparaît néanmoins comme relativement hiérarchisée, les plus « anciens » sur sol helvétique (parfois au bénéfice de passeports suisses ou de permis B) dirigeant les nouveaux arrivés (généralement requérants d'asile ou sans papiers) qui sont chargés de prendre les plus grands risques, soit aller au contact direct avec les toxicomanes. Actuellement, le prix du gramme de cocaïne, souvent vendu au détail dans la rue sous forme de boulette de papier et de cellophane, se négocie entre 100 et 150 fr. L'argent de ce trafic est très souvent expédié en Afrique, par des organismes tels que la Western Union, en petites sommes et à intervalles réguliers, ce qui explique le peu de saisies d'argent (quelques milliers de francs par année) sur l'ensemble des bénéfices réalisés.

L'héroïne provient en grande partie du Moyen-Orient, puis remonte la route des Balkans, par la Turquie, l'Albanie et l'Ex-Yougoslavie, pour atteindre la Suisse, souvent via l'Italie. Ce cheminement explique la prédominance des ressortissants turcs, albanais, kosovars et bosniaques dans la filière. Il convient toutefois de signaler que ces dernières années, l'héroïne a subi une nette perte d'attrait sur le marché suisse (probablement en raison de sa très mauvaise qualité: une moyenne de 13% de pureté contre 59% pour la cocaïne) et bon nombre d'héroïnomanes se sont récemment tournés vers la cocaïne qui a perdu sa réputation de drogue de la Jet Set. Cette évolution du marché a donc poussé récemment des filières balkaniques à se lancer dans le trafic de cocaïne, se plaçant en concurrence avec les africaines. Les premières apparaissent souvent bien mieux organisées et hiérarchisées que les secondes, même si la loi du silence règne à parts égales dans les deux camps. Actuellement, l'héroïne se vend généralement, au détail dans la rue, sous forme de pacsons de 0,2 à 0,3 grammes. Le prix du pacson est de 50 fr. en moyenne. L'argent de ce trafic rejoint souvent la Turquie, l'Albanie ou l'Ex-Yougoslavie, et certaines enquêtes ont démontré qu'il était destiné à la construction d'hôtels, de restaurants, de villas privées, etc. Là également, les saisies d'argent sur sol helvétique se font rares, mais certains pays des Balkans, dans le but de se faire bien voir par l'Europe, commencent à ouvrir leurs portes aux enquêteurs étrangers et à accepter de saisir les immeubles ou autres biens acquis avec l'argent du trafic de drogue.

Pour la cocaïne comme pour l'héroïne, il faut mentionner que certains toxicomanes déploient eux-mêmes de petits trafics internes. Cette activité ne génère généralement que peu, voire pas de bénéfices, l'argent étant immédiatement réinvesti par ces intermédiaires pour assurer leur propre consommation de stupéfiants. Néanmoins, une petite frange de cocaïnomanes, désireuse de se faire passer pour une sorte de Jet Set neuchâteloise et agissant spécialement dans le monde des établissements publics nocturnes, dépense passablement d'argent du trafic dans les discothèques et autres

soirées branchées. Cette attitude concerne également le trafic d'amphétamines thaïes et d'ecstasy, précisément rattaché à ce monde de la nuit.

Les amphétamines thaïes proviennent du Triangle d'or et sont généralement importées en Suisse par des Thaïlandais, puis écoulées dans des soirées branchées souvent par des ressortissants suisses ou assimilés (permis C ou B). Le lien avec la filière passe souvent par des couples mixtes (femme thaïlandaise et homme suisse ou assimilé, par exemple). Certains Suisses basés en Thaïlande servent parfois également de relais. En soirée, les amphétamines thaïes, également appelées yaba, se négocient aux alentours de 40 à 60 fr. pièce. L'argent du trafic finit parfois blanchi dans les jeux d'argent, très prisés du milieu thaï en Suisse. En bout de course, il sert à financer la guérilla dans le Triangle d'or. A noter également que l'on peut parfois trouver sur le marché suisse du cristal d'amphétamine. Il s'agit en résumé de la substance active pure du yaba. Ce produit se négocie jusqu'à 1'000 fr. le gramme.

L'ecstasy est assimilable au yaba dans l'usage qui en est fait. Néanmoins, elle est en perte de vitesse par rapport aux amphétamines thaïes dans les soirées technos. Les laboratoires se situent en Europe, voire parfois même en Suisse. Il existe des filières connues depuis les Pays-Bas. Son prix en soirée est de 30 à 40 fr. pièce. Au bout de la chaîne, les dealers de ce produit sont souvent les mêmes que ceux qui s'adonnent au trafic d'amphétamines thaïes. Les bénéfices sont systématiquement dépensés lors de soirées et il n'y a que peu de saisies d'argent dans le trafic de ces drogues de synthèse.

Le haschisch, en majeure partie d'origine marocaine (remontant en Suisse via l'Espagne), provient également parfois d'Afghanistan, voire même de cultures indoor de chanvre en Suisse. Comme pour la marijuana, la consommation dans le Canton de Neuchâtel est actuellement influencée par les points de vente facilement accessibles et aux apparences faussement légales de la Ville de Bienne notamment (magasins de chanvre). Le prix du haschisch est très variable selon la provenance et la qualité, mais il se situe à une moyenne d'environ 4 à 5 fr. le gramme.

La marijuana (ou cannabis) est abondante en Suisse, qui n'a plus besoin des Coffee Shop hollandais pour le ravitaillement: les opérations tessinoises Indoor et neuchâteloise Valdor l'ont suffisamment démontré. De telles cultures existent certainement encore dans de nombreux cantons. La demande, très forte sur le marché, provient essentiellement des magasins de chanvre, contre lesquels les autorités pénales et administratives de certains cantons ont manifestement de la peine à lutter, que ce soit par manque d'effectifs, par manque de volonté ou par manque d'appui des tribunaux, embourbés dans une jurisprudence confuse relative à la démonstration de l'intention délictueuse de tels « commerçants »; ces derniers ne se privent d'ailleurs pas d'exploiter ces failles. A la production, le prix du chanvre se négocie aux alentours de 5 fr. le gramme et peut être revendu, selon la variété, la qualité ou le taux de THC (très fort en culture indoor) de 8 à 12 fr. le gramme au consommateur. Les opérations Indoor et Valdor ont abouti à des saisies d'argent de plusieurs dizaines de milliers de francs. A n'en pas douter, des interventions de police contre certains commerces de chanvre, qui ne se bornent pas à vendre de l'huile ou des cordes par exemple, aboutiraient certainement à la saisie et la confiscation de très importants montants, tant ce commerce semble lucratif à l'heure actuelle et sans grand risque dans certains cantons...

En définitive, l'argent saisi par la police est généralement confisqué par les tribunaux au moment des jugements et dévolu à l'Etat, en application de l'art. 59 CPS. Dès que le jugement est devenu définitif et exécutoire, les sommes sont versées par les autorités judiciaires au Service de la Justice. Il en va de même des objets saisis en cours d'enquête, comme, par exemple, les nombreux natels utilisés pour le trafic.

## 12.4 Affectation des taxes provenant du tabac et de l'alcool

En mars 2003, le Parlement a introduit une modification de la Loi sur l'imposition du tabac qui prévoit d'instaurer un fonds pour la prévention du tabagisme qui soit financé sur le même modèle que le fonds SOTA pour la culture de tabac indigène.

Ce fonds a été institué en 2004 et est alimenté par un prélèvement de 2,6 centimes par paquet de cigarettes. Il dispose de près de 18 millions de francs de ressources annuelles et contribue à financer comme prévu les mesures de prévention visant à empêcher le début de la consommation de tabac, à aider le consommateur à cesser de fumer et à protéger la population du tabagisme passif.

S'agissant de l'allocation des ressources, ce fond s'inscrit dans le Programme national 2001–2007 pour la prévention du tabagisme, approuvé par le Conseil fédéral<sup>35</sup>.

Les recettes fiscales nettes provenant de l'impôt et des taxes douanières sur le tabac servent, quant à elles, à alimenter les assurances sociales de l'AVS et de l'AI. Actuellement elles couvrent env. 20% des obligations financières de la Confédération à ce sujet, représentant toutefois moins de 5% des revenus totaux de l'AVS-AI. Les rentrées fiscales directement liées au tabac ne parviennent pas à couvrir l'intégralité des coûts sociaux engendrés par le tabagisme<sup>36</sup>.

Les revenus de la Confédération provenant de l'impôt sur le tabac se sont élevés à 2 milliards 35 millions de fr. en 2005<sup>37</sup>.

La part de taxes d'un paquet d'une valeur de 6 fr. est de 3.73 fr (62.62 %) <sup>38</sup>.

Impôt sur le tabac	55%	3.30 fr.
Taxe sur les cultures indigènes de tabac	0.5%	0.03 fr.
Fond de prévention du tabagisme et TVA	0.4%	0.42 fr.

La Régie fédérale des alcools (RFA) impose tous les produits soumis à la loi sur l'alcool: spiritueux, vins doux, vermouths, éthanol à haut degré. Depuis le 1<sup>er</sup> février 2004, compte tenu de la forte augmentation de la consommation (2 millions de bouteilles de 2,75 dl en 2000, 39 millions en 2002), un impôt spécial frappe les alcopops. Celui-ci a permis de ramener la consommation à 8 millions de bouteilles en 2005.

Les produits fermentés classiques (vin, cidre et bière) ne sont quant à eux pas soumis à la loi sur l'alcool. Cependant, un impôt sur la bière fabriquée en Suisse ou importée est perçu par l'Administration fédérale des douanes qui ne sert pas à couvrir des dépenses particulières.

Le 90% du bénéfice net annuel de la RFA est versé aux assurances sociales de l'AVS et de l'AI. Les cantons reçoivent les 10% restants - appelés dîme de l'alcool -, ceux-ci étant répartis au prorata du nombre d'habitants. Les cantons sont tenus d'*employer leur part pour combattre dans leurs causes et dans leurs effets l'alcoolisme, l'abus de stupéfiants et autres substances engendrant la dépendance ainsi que l'abus de médicaments. Les cantons présentent, chaque année, un rapport au Conseil fédéral sur cet emploi.*<sup>39</sup>

Le bénéfice net de la RFA se sont élevés à 245,4 millions en 2004; la part neuchâteloise a représenté 571'842 fr., versés en juin 2005. Sur la base des demandes de subside que lui adressent différentes institutions et associations, un groupe de travail de cinq

<sup>35</sup> [http://www.bag.admin.ch/tabak\\_praevention/00878/index.html?lang=fr](http://www.bag.admin.ch/tabak_praevention/00878/index.html?lang=fr)

<sup>36</sup> Chiffres et données 2004. ISPA, [http://www.sfg-isp.ch/DocUpload/t\\_prod\\_comm\\_imposition.pdf](http://www.sfg-isp.ch/DocUpload/t_prod_comm_imposition.pdf)

<sup>37</sup> Communauté de l'industrie suisse de la cigarette. Le tabac en Suisse des années concernées/ Swiss Cigarette 2006

<sup>38</sup> <http://www.at-suisse.ch/cms/index.php?id=91&L=2>

<sup>39</sup> Art. 45, al. 2, nouvelle teneur, du 5.10.1984, de la loi fédérale sur l'alcool, du 21.06.1932 (RS 680)

personnes est chargé par le Conseil d'Etat de faire des propositions de répartition de cette part reçue. Ainsi, en 2005, quelque 290'000 francs ont été consacrés à la prévention primaire et secondaire par l'intermédiaire du CENEA, du Centre neuchâtelois d'information pour la prévention du tabagisme (Vivre sans fumer), des journées santé organisées dans différents collèges, etc. Quelque 235'000 francs ont été versés à différentes institutions pour soutenir l'une de leurs actions particulières (Drop In, GIS, CENEA, GREAT, etc.), alors que quelque 15'000 francs étaient alloués à la recherche et à la formation.

Conformément aux recommandations de la RFA, ces subsides ont été affectés à raison de 45% pour la lutte contre l'alcoolisme, 35% pour la lutte contre l'abus de stupéfiants et 20% pour la lutte contre le tabagisme et l'abus de médicaments.

## 12.5 Coûts sociaux

Les pays qui se sont essayés à cette estimation sont peu nombreux et se sont heurtés à des difficultés méthodologiques sérieuses; il est en effet difficile de comparer les coûts imposés par les addictions à la collectivité (coût social) à leurs bénéfices économiques. Il est par ailleurs compliqué de se mettre d'accord quant à une définition uniforme de notions telles que l'utilisation nocive pour la santé, l'abus, la dépendance, etc., comme il n'est pas aisé non plus de convenir d'une référence commune du non-coût social: souhaite-t-on une société sans addiction du tout ?

Enfin, il n'est pas possible de traiter à la satisfaction de tous de la question de l'évaluation économique de la souffrance humaine<sup>40</sup>.

Les données du tableau ci-dessous restent donc à prendre avec prudence. On y a cherché à déterminer la nature des coûts: coûts directs des soins, de la prévention, de la recherche, de la répression, des pertes de prélèvements obligatoires et/ou coûts indirects des pertes de revenu, des pertes de production et des pertes de qualité de vie.

en milliards de fr., année 2000 <sup>41</sup>	Tabac	Alcool	Drogues illégales
Coûts directs	1.2	0.7	1.4
Coûts indirects	4.4.	1.7	2.4
Coûts humains	5	4.3	0.4
<b>Total: coût social</b>	<b>10.6</b>	<b>6.7</b>	<b>4.2</b>
En % du PIB	2.7%	1.7%	1%
Par usager et par an	5500 fr.	14700 fr.	103400 fr.

Un autre tableau, reprenant les données de plusieurs études, exprime différemment les mêmes coûts, mais en fr. par habitant.

en fr., année 2000	Coûts directs	Coûts indirects	Coûts humains
1999: tabac <sup>42</sup>	170	540	700
1998: alcool <sup>43</sup>	104	207	615
2000: drogues illégales <sup>44</sup>	200	92	57

<sup>40</sup> Kopp P., Fenoglio Ph. (2004) Coûts et bénéfices économiques des drogues, Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Paris

<sup>41</sup> Pellegrini S. (IRENE) et Camenzind P. (Observatoire de la santé), Académie d'été des dépendances, Ascona, août 2006

<sup>42</sup> Vitale S., Priez F., Jeanrenaud C. (1998) Le coût social de la consommation de tabac en Suisse, IRENE, Neuchâtel

<sup>43</sup> Jeanrenaud C., Priez F., Pellegrini S., Chevron-Séveras H., Vitale S. (2003) Le coût social de l'abus d'alcool en Suisse, IRENE, Neuchâtel

<sup>44</sup> Jeanrenaud C., Widmer G., Pellegrini S. (2005) Le coût social de la consommation de drogues illégales en Suisse, IRENE, Neuchâtel

Relevons encore que les études montrent que les personnes soignées pour une consommation de produits illégaux ont des coûts environ dix fois inférieurs que les personnes non-soignées

### 13. Dispositif cantonal de prévention et de soins dans le domaine des addictions

Financé par le Département de la santé et des affaires sociales (DSAS), et coordonné grâce aux travaux de la Commission cantonale addictions, le dispositif cantonal relevant du domaine des addictions s'articule autour de trois axes principaux:

1. Axe de prévention;
2. Axe de soins et de prise en charge hospitalière et résidentielle psychique et/ou physique;
3. Axe de soins et de prise en charge ambulatoire psychique et/ou physique.

Il se concrétise par des prises en charge tant médico-psycho-social que des soins psychiques et/ou physiques; il est évolutif dans son organisation et son déploiement, s'adaptant aux évolutions des problématiques et aux réalités des professionnels de terrain.

L'axe de prévention est composé des acteurs suivants:

- la Fondation neuchâteloise pour la prévention et le traitement des addictions;
- Vivre sans fumer;
- la Croix-Bleue;
- le Groupe Sida Neuchâtel.

A noter que la prévention fait partie intégrante de toute prise en charge d'une personne souffrant d'addiction. Les organismes ci-dessus ont toutefois une mission clairement identifiée dans ce domaine.

L'axe de soins et de prises en charge hospitalières et résidentielles psychiques et/ou physiques est constitué des prestataires suivants :

- les hôpitaux physiques du canton;
- les hôpitaux psychiatriques et en particulier l'Hôpital psychiatrique de Perreux et ses Unité de réadaptation et de traitement des dépendances (URTD) et Unité à temps partiel pour les personnes alcooliques (UHTD);
- la Clinique de La Rochelle;
- la Fondation Goéland (composée des institutions de Pontareuse et de l'Auvent);
- la Fondation Ressources (composée du Foyer André et de La Cloche);
- l'Armée du Salut (s'occupant du foyer du Devens).

L'axe de soins et de prises en charge ambulatoires est constitué des prestataires suivants:

- Vivre sans fumer;
- la Fondation neuchâteloise pour la prévention et le traitement des addictions (composée du Drop-In à Neuchâtel, du Centre de prévention et de traitement contre la toxicomanie des Montagnes neuchâteloises (CPTMN) à La Chaux-de-Fonds, le Centre d'aide, de prévention et de traitement de la toxicomanie (CAPTT) à Fleurier et le Centre neuchâtelois d'alcoologie (CENEA) à Neuchâtel, La Chaux-de-Fonds et Le Locle);
- la Croix-Bleue;
- les Alcooliques anonymes;
- le Groupe Sida Neuchâtel.

Il est utile d'insister sur l'existence de l'organe de coordination du dispositif cantonal; quoique consultative, la Commission cantonale addictions est enviée dans bien des cantons qui ne dispose pas d'un organisme d'échanges similaire, ayant mené des études comme celle qui

concernait les overdoses, la prévention dans les écoles, le signalement des toxicomanes en danger de mort, etc.

C'est au printemps 1971, à la suite d'une conférence relative aux problèmes de la drogue regroupant différentes personnalités des autorités judiciaires, policières et médicales, que le Centre Social Protestant prend l'initiative de constituer la *Commission pour la prévention de la drogue*. Après avoir fait réaliser une étude démontrant la nécessité de la création de centres où les jeunes touchés par la drogue pourraient trouver aide et conseils, cette Commission ouvre à Neuchâtel un centre d'accueil, l'*ossissetissi* - au six, c'est ici - de la Place d'Armes.

Dans la seconde moitié des années 70, cette commission pour la prévention de la drogue, devenue entre temps la *Fondation ecclésiastique pour la prévention et le traitement de la toxicomanie*, dont font partie des chefs de service des départements de la santé publique, de la justice, de l'instruction publique et des finances obtient les moyens nécessaires à la création d'un centre de traitement à Neuchâtel, d'un centre d'accueil à la Chau-de-Fonds ainsi que d'une communauté d'accueil située à la Jonchère. Cette fondation, qui se transformera en une fondation civile en septembre 1987, concentre alors son travail sur la surveillance et le développement de ces institutions.

Au début des années 80, devant l'ampleur et les difficultés liées aux phénomènes de la toxicomanie, sur l'initiative de la police cantonale, plusieurs personnes et services concernés se réunissent pour mettre en commun leurs expériences en la matière et réfléchir aux différents aspects de la lutte contre la drogue.

L'apparition du sida, quelques années après, mais surtout la nécessité de redéfinir clairement les tâches et fonctions des différentes personnes et services impliqués dans la prévention et la lutte contre la drogue, aboutissent, dans le cadre du règlement d'application de la loi fédérale sur les stupéfiants, à la création de la *Commission cantonale de lutte contre la drogue* en 1989.

Ses travaux débouchent, en 1995, sur la rédaction du *Concept pour une politique cantonale neuchâteloise relative aux problèmes liés à la toxicomanie des jeunes*, document adopté à l'unanimité par le Grand Conseil la même année, premier document de référence en la matière au niveau cantonal.

Cette commission, qui deviendra la *Commission cantonale addictions* en 2004, est chargée de donner son avis au Conseil d'Etat à propos de toute question relative aux problèmes de dépendance, de favoriser la création et le développement d'institutions, d'encourager la formation et le perfectionnement et d'assurer la coordination et la réflexion en la matière.

## 2<sup>ème</sup> partie: Recommandations de la CCA

S'inspirant de la *Déclaration commune des associations du GREAT (Groupement romand d'études sur l'alcoolisme et la toxicomanie)* et du *FACHVERBANDSUCHT (FVS)*, son répondant en Suisse allemande<sup>45</sup> ainsi que des *Recommandations* issues de la *Commission fédérale pour les questions liées aux drogues (CFLD)*<sup>46</sup>, la Commission cantonale des addictions propose au lecteur ses propres considérations et recommandations pour l'avenir.

Aide à la lecture:

- ▶ Les extraits des déclarations du GREAT et du FACHVERBANDSUCHT sont en italique.
- ▶ Les recommandations de la Commission fédérale sont en caractères normaux.
- ▶ Les considérations de la CCA sont en caractères gras.

▶ Les recommandations de la CCA sont en caractères gras et encadrées.

### 1. Au sujet du concept d'addiction:

▶ On entend par addiction un phénomène issu de facteurs médicaux, psychologiques et sociaux, impliquant la perte de maîtrise de l'usage d'un produit ou d'un comportement. L'addiction ne permet plus à la personne d'être autonome face à son projet de vie et à ses relations sociales.

*Les usages de substances produisant une addiction ne sont pas tous identiques. On distingue la consommation peu ou pas problématique (consommation occasionnelle ou à faible dose contrôlée par l'individu), de la consommation problématique (comportement de consommation qui inclut, d'une part, l'usage à risque, et de l'autre, l'usage nocif).*

*Dans le premier cas, les problèmes sont latents, alors que le second se traduit par des problèmes physiques, psychiques ou sociaux concrets. C'est la définition retenue par l'OMS.*

▶ S'appuyant sur le rapport «psychoaktiv.ch», la Confédération établit les lignes directrices d'une politique des dépendances qui définit les principes de gestion des substances psychoactives, ainsi que les besoins en matière de réglementation et de policy making dans ce domaine.

▶ Dans notre canton, l'approche des addictions n'est en général plus moralisatrice, mais clinique et individualisée. Les problèmes de l'addiction s'inscrivent dans des contextes bio-psycho-sociaux: les réponses doivent donc être bio-psycho-sociales. Dès son origine, le travail a visé cette interdisciplinarité; l'approche exclusivement médicalisée s'est ainsi enrichie d'une approche psycho-sociale et à l'inverse, le travail social s'est progressivement étoffé du savoir psychologique et médical.

**Un nouveau cadre de référence est en discussion et considère que la consommation peut être pas ou peu problématique, problématique, ou symptomatique d'une dépendance pathologique, conduisant le consommateur à une perte de contrôle. Les organismes spécialisés du canton apportent des réponses circonstanciées, et dans la mesure de leurs moyens, tentent de répondre à tous les besoins.**

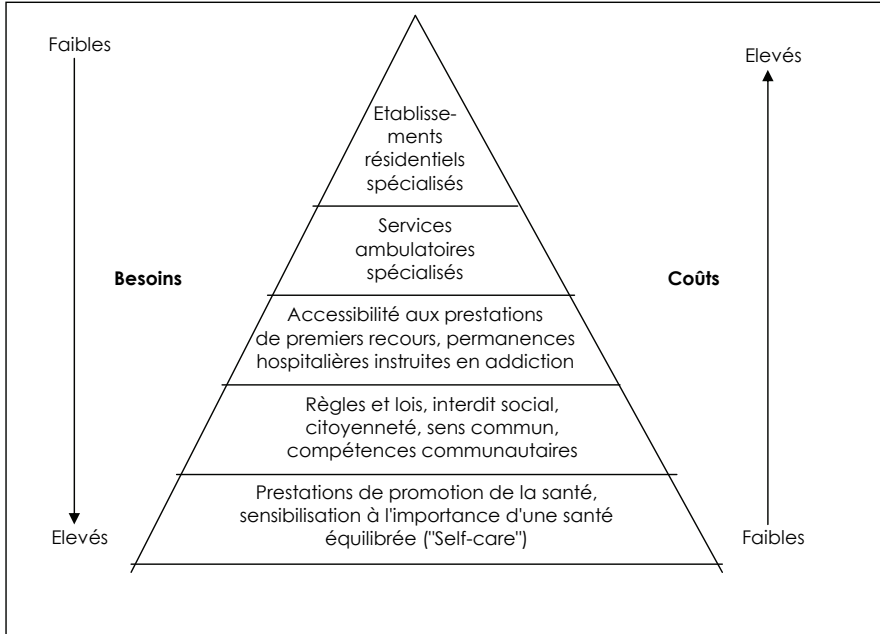
<sup>45</sup> [http://www.grea.ch/pdf/actu/Charta\\_GzL\\_francais.pdf](http://www.grea.ch/pdf/actu/Charta_GzL_francais.pdf)

<sup>46</sup> <http://www.psychoaktiv.ch/m/mandanten/187/topic5456.html>

► **Recommandation N° 1 de la CCA:**

**Le canton doit confirmer les lignes directrices de sa politique en matière d'addiction et s'engager à les réactualiser régulièrement; il doit se doter de moyens pérennisés pour la concrétiser.**

Cette politique devrait être déterminée et remise à jour au rythme des législatures, en respectant le meilleur rapport besoins/coûts; son modèle se rapproche de celui de l'OMS, au sujet des soins en général:



d'après OMS, 2003

**Ce schéma démontre que les prestations utiles au plus grand nombre de citoyens sont les prestations les moins coûteuses. La responsabilité des autorités responsables est d'investir à ce niveau aussi, les coûts relatifs aux services spécialisés restant nécessaires.**

## 2. Au sujet des valeurs:

► *Aucune société ne peut exister sans solidarité et sans liens. Nous affirmons la nécessité pour la société d'intégrer tous les groupes et individus qui la composent, exprimée par la notion de promotion de la qualité de vie, prenant en compte les notions de santé physique, psychique et d'intégration sociale.*

*Comme les personnes souffrant d'addiction peuvent faire partie de groupes menacés d'exclusion et de marginalisation, des mesures d'intégration sociale et de promotion de la santé doivent être prises.*

*Dès lors, nous souhaitons que les politiques concernées soient définies en fonction des points suivants: donner la priorité à la promotion de la santé et à la prévention; renforcer les solidarités et les liens sociaux; respecter le pluralisme culturel et les minorités; donner la priorité à la complémentarité sur la compétitivité, à la coopération sur la performance; permettre à tous les groupes de la société de participer démocratiquement et inscrire les actions dans une vision de développement durable.*

► Une politique future des dépendances en Suisse doit être cohérente et inclure les substances psychoactives, qu'elles soient légales et illégales. Elle doit envisager toutes les mesures qui réglementent aujourd'hui la gestion des substances légales et illégales.

► **Les personnes souffrant d'addiction sont particulièrement exposées à l'exclusion et à la marginalisation: une politique en la matière doit permettre de garantir à chacun de rester un citoyen à part entière. Les institutions neuchâteloises s'occupant d'addiction reconnaissent l'intérêt des trois niveaux de prévention; elles oeuvrent avec tolérance et solidarité sociale se référant à la déclaration des droits humains. C'est ce qui justifie l'engagement politique et l'investissement économique des collectivités en la matière. On privilégiera des centres de prévention et de traitement ouverts à une clientèle souffrant d'addiction, indépendamment du produit ou du type de conduite addictive.**

### ► Recommandation N° 2 de la CCA:

**Il est important d'éviter l'exclusion et la marginalisation; une politique neuchâteloise des dépendances doit être cohérente et inclure toutes les addictions, notamment celles des substances psychoactives, légales ou illégales.**

L'offre de prestations aux personnes concernées par les problèmes d'addiction doit satisfaire à des critères porteurs de valeurs.

La TOLERANCE doit par exemple soutenir l'action sociale dans le but de maintenir les personnes concernées chez elles, par un soutien à la recherche d'un logement adapté, par la mise à disposition de programmes de formation et d'occupation, par la mise en place d'équipes ambulatoires mobiles, etc. Les proches doivent être intégrés aux processus d'accompagnement et des moyens doivent être consentis en faveur du travail en réseau.

La SOLIDARITE doit se concrétiser par la multiplication de lieux comme le 13 Ouvert ou l'Espace de Solidarité, le Seuil ou la Girandole, ou encore par l'accueil-dépannage nocturne ou diurne de courte durée; l'intérêt de la société pour ses marginaux doit se manifester concrètement.

L'INTEGRATION doit se réaliser par une sensibilisation de tous les professionnels de l'action sociale, des soins physiques et psychiques et des membres des autorités concernées à la problématique spécifique de l'addiction. Cette action, pour être intégrative, doit être transversale.

### 3. Au sujet de la promotion de la santé et la prévention:

► *Au-delà d'une prévention fondée sur les facteurs de risque, la promotion de la santé vise au renforcement du tissu social et favorise les choix autonomes des personnes et des groupes auxquels elle s'adresse. Elle a aussi pour objectif de développer les compétences sociales, définies comme des aptitudes que la personne acquiert pour faire face à son environnement. Au-delà d'une prévention centrée sur les comportements, nous adhérons également à une prévention structurelle.*

*Nous soutenons une politique préventive pluridisciplinaire s'adressant à toutes les catégories de personnes, qu'il s'agisse de campagnes d'information générale, de programmes spécifiques destinés à des publics à risque ou de démarches accompagnant les personnes directement concernées.*

► La promotion de la santé doit être assurée. Elle implique entre autres que la population connaisse les effets des substances psychoactives, les possibilités de développement d'une dépendance et les facteurs de risque et de protection. Ces informations doivent être transmises à tous les citoyens.

Les mesures préventives doivent être regroupées dans des programmes obligatoires de prévention et de dépistage visant en priorité l'école, le lieu de travail et les loisirs. Elles doivent être évaluées régulièrement.

► **Promotion de la santé et prévention doivent être complémentaires. La promotion de la santé s'exerce de manière transversale, indépendamment du type de prévention choisie. Les Journées-santé, organisées à l'intention de la jeunesse par les organismes neuchâtelois, se basent sur ce principe. Une politique préventive doit être pluridisciplinaire et concerner tous les publics; les campagnes neuchâteloises de prévention, quoique modestes, en témoignent: Be my Angel, Plage-santé, etc.**

Mais la CCA croit aussi en la force de la prévention structurelle et normative (interdiction, réglementation, protection de la jeunesse, restriction de l'accès, politique des prix, limitation de la publicité, etc.). La volonté politique, et par conséquent les moyens qui lui soit consacrés, sont trop modestes.

#### ► **Recommandation N° 3 de la CCA:**

**La promotion de la santé et la prévention doivent être assurés dans tout le canton, quelle que soit la région concernée; information et mesures doivent atteindre tous les citoyens.**

Si l'école semble être aujourd'hui un terrain privilégié par la promotion de la santé et la prévention, d'autres domaines sont à explorer, d'autres secteurs sont à investir.

On pense par exemple:

- au TRAVAIL, où la sensibilisation aux méfaits du tabac, par la fumée passive ou active, ne fait que commencer;
- aux LOISIRS, où les parents peuvent développer leur rôle d'éducateur en faveur d'une santé équilibrée;
- au SPORT, sur lequel les sponsors et les nécessités économiques font pression.

## 4. Au sujet des thérapies:

► Nous défendons une offre de thérapies orientées vers la qualité et financées sur la base de critères professionnels, qui garantissent une diversité des méthodes de traitement. Les thérapies peuvent avoir des objectifs différents, comme l'abstinence, l'amélioration de la qualité de vie et l'intégration sociale. Pour ce faire, il convient de favoriser:

- l'accès précoce aux traitements dans des institutions;
- l'accès aux droits et devoirs liés à la citoyenneté et la responsabilisation de la personne face à ses droits et devoirs;
- l'orientation du soutien en fonction de la souffrance et non du type de produit;
- l'accès à des traitements de qualité, diversifiés et adaptés aux besoins de la personne.

► Les interventions thérapeutiques doivent débiter à un stade aussi précoce que possible. Elles doivent être adaptées à la situation, au contexte et à l'acceptation de la personne concernée. Des principes explicites et contraignants de financement des thérapies reconnues doivent être définis.

► **Le Canton de Neuchâtel a lutté et lutte encore contre les dérives sectaires ou la promotion de thérapies véhiculées par des charlatans. Il n'y a pas de méthode univoque pour approcher l'addiction, mais un éventail de moyens doit être à disposition d'un traitement individuel adapté à la trajectoire individuelle, quel que soit le stade de la trajectoire d'une personne présentant une conduite addictive.**

### ► Recommandation N° 4 de la CCA:

**Le canton doit offrir un traitement à toute personne présentant une conduite addictive, quel que soit le stade de sa trajectoire; une action auprès des adolescents, aussi précoce que possible, doit être favorisée.**

Les moyens évoqués ci-dessus se concrétisent par des lieux de vie, des prestations de sevrage, des ateliers, des programmes d'insertion socioprofessionnelle, une assistance médicale, etc. Mais la thérapie de l'addiction doit aussi pouvoir compter sur une recherche en faveur du maintien de la diversité des approches; les parcours thérapeutiques doivent être mieux connus et les soins systématiquement évalués.

## 5. A propos de la réduction des risques:

► Nous soutenons un accès pour tous aux prestations de réduction des risques. Celle-ci se comprend comme une démarche qui englobe les dimensions sanitaires (distribution de seringues) et sociales (logement, occupation, insertion sociale).

*Nous défendons la notion de „bas-seuil“ et l'accessibilité la plus large possible aux prestations de réduction des risques. La collaboration avec les forces de l'ordre et les centres bas-seuil doit toujours se baser sur un respect et une reconnaissance mutuels de la légitimité des rôles respectifs. En ce sens, la réduction des risques respecte les intérêts des consommateurs et des non-consommateurs.*

► Les réductions des risques individuels et collectifs doivent faire partie intégrante d'une politique des dépendances de la Confédération, des cantons et des communes. Son efficacité et son efficience doivent faire l'objet d'une évaluation continue.

► Il est important d'offrir des services qui permettent la réduction des risques et des dommages. Dans le Canton de Neuchâtel, les offres de thérapie se font sans seuil: à chaque situation, quel que soit le stade de sa trajectoire, une approche individualisée est offerte.

### ► Recommandation N° 5 de la CCA:

**La réduction des risques individuels ou collectifs doit faire partie intégrante de la politique des dépendances du canton; des efforts particuliers doivent être consentis en faveur de l'approche de la rue, grâce à l'accueil de personnes n'ayant plus de relation avec le tissu sanitaire et social.**

Toute création ayant "pignon sur rue" et tout service allant à la rencontre de la personne vont dans le sens de cette recommandation; on pense par exemple à une offre d'hôpital de jour, une extension de l'éducation de rue, à la distribution de seringues, etc.

## 6. A propos de la répression (réglementation et contrôle):

► Nous proposons une politique de réglementation cohérente et pragmatique déterminée par la dangerosité des substances, des comportements et des modes de consommation.

*Les mesures de réglementation ne sont pas seulement l'affaire de la police et de la justice. Elles doivent être différenciées selon les comportements et ne sauraient être en contradiction avec les exigences de la prévention et de la protection de la jeunesse. Les normes sociales doivent également être renforcées.*

*La répression doit se concentrer plutôt sur l'offre que sur la demande. Dans le domaine des drogues illégales, il est important de poursuivre en priorité les organisations criminelles.*

► Le commerce de substances psychoactives doit être transformé en marché réglementé qui, selon la dangerosité de la substance, s'étend de l'interdiction totale à la vente libre. L'Etat aura ainsi la possibilité de recourir à un vaste éventail de mesures de contrôle. Des interdictions de consommation à certains endroits, par certaines personnes et dans certaines situations sont envisageables pour les substances dont la consommation problématique et la dépendance l'emportent de loin sur la consommation peu problématique.

► **La répression ne suffit pas; il faut valoriser l'interdit. Si la répression est d'abord l'affaire de la police et de la justice, l'interdiction pour les plus jeunes et les conseils de prudence pour les plus âgés doivent progressivement appartenir aux normes sociales, sous la responsabilité de chaque adulte. La répression pénale doit se concentrer plutôt sur l'offre (les trafiquants) que sur la demande (les consommateurs).**

### ► Recommandation N° 6 de la CCA:

**Le canton doit rester pragmatique dans sa politique en matière d'addiction; il doit promouvoir l'interdit pour les plus jeunes et la prudence pour tous.**

La répression et l'interdiction font partie des instruments de prévention, notamment pour les populations fragilisées; dans cette perspective, il est nécessaire de continuer:

- d'engager des forces contre le trafic de stupéfiants;
- de garantir l'efficacité de la justice;
- de favoriser un système carcéral utile aux détenus.

## 7. A propos de la politique des addictions:

### Rappel:

La CCA attire l'attention du lecteur sur la confusion qui peut exister entre dépénalisation, légalisation et libéralisation.

- Par **dépénalisation**, on entend que la consommation de tout produit ne donne pas lieu à une poursuite pénale ou plus généralement à une action répressive.
- Par **légalisation**, on entend que le produit devient accessible, dans un marché réglementé, comme le tabac ou l'alcool aujourd'hui.
- Par **libéralisation**, on entend que le produit devient accessible dans un marché libéralisé.

► Nous estimons qu'une politique basée sur la distinction entre produits légaux et illégaux est aujourd'hui dépassée. Nous préconisons la dépénalisation de la consommation de tous les produits stupéfiants. Des interdictions de consommation à certains endroits, par certaines personnes et dans certaines situations sont envisageables.

Nous proposons :

- de développer une stratégie globale à l'égard des addictions, afin d'éliminer ou tout au moins de réduire l'incohérence des distinctions actuelles entre produits légaux et illégaux;
- d'harmoniser les différences cantonales d'application de la loi;
- de tenir compte des questions d'addiction dans l'élaboration des politiques de santé publique, de la famille et de la jeunesse;
- de créer un Observatoire des addictions de manière à suivre de près l'évolution de la problématique et de ses modes de consommation, ainsi que de la politique des 4 piliers.

► La Suisse doit examiner avec d'autres pays la possibilité d'obtenir les adaptations nécessaires du droit international. Elle doit également viser à devenir membre à part entière de l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT).

► La CCA est consciente de la difficulté, aujourd'hui et en l'état, d'accepter un processus de dépénalisation de la consommation. Mais des réflexions à ce sujet sont engagées et il est important qu'elles se développent car fondamentalement, il n'y a plus lieu de faire de distinction entre produits légaux et illégaux. Il faut relever les contradictions et remettre en question les incohérences d'une norme sociale qui admet la promotion de l'alcool et du tabac tout en pénalisant la consommation de drogue.

Pour les usagers pas ou peu problématiques, la pénalisation de la consommation n'a pas de sens; pour les usagers problématiques, il existe aujourd'hui déjà des lois sanctionnant la plupart des infractions qui y sont liées. Quant aux consommateurs dépendants, leur situation procède davantage du monde des soins que de celui de la justice, qui ne fait souvent que rendre la démarche thérapeutique plus complexe.

Des interdictions de consommation à certains endroits et pour certaines personnes, dans certaines situations sont nécessaires. La protection de la jeunesse reste évidemment prioritaire.

### ► Recommandation N° 7 de la CCA:

**Une politique en matière d'addictions doit être crédible et exemplaire si on souhaite que la population la soutienne.**

Par le biais de nos parlementaires ou par celui des organismes intercantonaux du domaine santé-social, le Canton de Neuchâtel doit être actif dans la volonté d'harmoniser les pratiques au niveau de la Confédération.

## 8. Les fondements de l'action politique:

► Les professionnels demandent une politique des addictions qui respecte l'individu et qui se fonde sur les connaissances objectives en la matière. Ils soutiennent le principe d'une approche basée sur quatre piliers équilibrés, prévention, thérapie, réduction des risques, et répression (contrôle et réglementation).

*Il est nécessaire que les professionnels chargés de leur application dialoguent entre eux et que les mesures soient prises sur la base de connaissances démontrées par les évaluations et la recherche.*

*La complexité des problèmes demande un investissement important de la Confédération pour en assurer la coordination et le développement. Dans ce but, nous demandons :*

- un ancrage législatif de la politique des quatre piliers;
- une meilleure collaboration entre les cantons et la Confédération;
- la mise en place d'un cadre de référence général sur les addictions, le « cube psykoaktiv » (Würfelmodell),
- le passage d'une politique des drogues illégales à une politique des addictions;
- une harmonisation des législations concernées pour toutes les substances et comportements par la Confédération;
- la création d'un Observatoire national des addictions et le rattachement de la Suisse à l'Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies

► La politique des quatre piliers doit être entérinée. La prévention, la thérapie, la réduction des risques et la répression sont indissociables si la Confédération souhaite mener une politique cohérente dans le domaine des addictions. Les lois doivent se limiter à définir les objectifs à long terme; les détails de la réglementation doivent être, dans la mesure du possible, fixés par voie d'ordonnance.

► L'action dans le domaine des addictions est complexe. Toute approche réductrice ne peut se targuer de répondre au phénomène des addictions. L'action politique doit préconiser le professionnalisme, la coordination, la recherche et la culture de réseaux. Les autorités neuchâteloises s'en sont généralement donné les moyens; l'aide aux personnes souffrant d'addiction est professionnalisée, quelques recherches ont été menées, les partenaires concernés se parlent et la CCA remplit son rôle de coordination. Mais ce n'est pas parfait, loin de là... Social et santé se sont rapprochés, mais sans effet visible quant à l'interdisciplinarité effective des actions, sans coordination volontariste.

### ► Recommandation N° 8 de la CCA:

**Le canton doit s'appuyer sur la politique des quatre piliers et veiller à ce que ses équipements y répondent. Le modèle conceptuel de prise en charge doit générer une organisation cohérente.**