

ASSEMBLEE DE CORSE

4 EME SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2022

REUNION DES 28 ET 29 JUILLET 2022

**RAPPORT DE MADAME
LA PRESIDENTE DE L'ASSEMBLÉE DE CORSE**

**RAPORTU DI A CUMMISSIONE PER E PULITICHE DI
SALUTA NANTU À E PRUBLEMATICHÈ DI E DIPENDENZE
È DI A SO PRIVENZIONE**

**RAPPORT DE LA COMMISSION POUR LES POLITIQUES
DE SANTÉ SUR LES PROBLÉMATIQUES DES ADDICTIONS
ET DE LEUR PRÉVENTION**

RAPPORT DE MADAME LA PRESIDENTE DE L'ASSEMBLEE DE CORSE
RAPORTU DI A SIGNORA PRESIDENTE DI L'ASSEMBLEA DI CORSICA

La Commission pour les Politiques de Santé de l'Assemblée de Corse a, de Février à Juillet 2022, consacré ses séances de travail aux addictions et à leur prévention en Corse. La vision stratégique sur la santé que porte la Collectivité de Corse, vision parfois rassemblée sous le concept « One Health », a orienté les travaux de la commission, et notamment trois des principes autour desquels s'est construit et développé ce concept :

- La santé doit être abordée en la considérant comme participant pleinement au développement de la Corse et de ses habitants,
- Il n'y a qu'une seule santé, qui se définit comme un état de bien-être physique, mental et social,
- Les améliorations équitables et durables obtenues en matière de santé procèdent d'une politique efficacement menée par tous les secteurs et d'une collaboration efficace et participative de la société.

Fidèle à sa méthodologie, la commission s'est livrée à un large travail d'auditions, permettant d'entendre, de confronter et d'associer les approches et les données des praticiens des volets médical, éducatif, préventif et judiciaire.

C'est sur leur base que le présent rapport propose, dans sa 1ère partie un « état des lieux » des connaissances médicales (notamment les différentes thérapeutiques médicamenteuses et autres), de la prévention, et de la prise en charge judiciaire lorsque des infractions sont liées à des conduites à risque.

La 2ème partie est, elle, consacrée à la problématique spécifique de la prévention, notamment chez les adolescents. Trois raisons à cela. Premièrement, au cours des débats, celle-ci ainsi que la sensibilisation en milieu scolaire sont apparues en partie inadaptées ou insuffisantes, tandis que les mesures prises après décision judiciaire souffrent d'un manque de moyens ou de partenaires pour leur mise en œuvre. Deuxièmement, le « modèle islandais » prouve à contrario que sur la base d'un questionnaire à destination de l'ensemble d'une classe d'âge, une politique globale peut avoir des résultats spectaculaires en matière de régression des pratiques addictives chez les adolescents. Troisièmement, au vu de ses compétences et de son expérience dans les domaines de la santé, du social, de la jeunesse et de l'éducation, c'est dans ce champ d'action que la CdC peut agir le plus efficacement, notamment chez les collégiens et lycéens.

C'est dans cet esprit que la 3ème partie de ce rapport s'attache à des préconisations, en cohérence avec les principes de santé publique rappelés ci-

dessus et avec les compétences de la Collectivité de Corse, pour la mise en place d'actions de sensibilisation, de prévention et ainsi une meilleure prise en charge des addictions.

I/ L'ETAT DES LIEUX

I.A Une connaissance et une pratique médicales renouvelées, de la définition, de la pathologie aux modalités de prises en charge.

A.1) l'addiction : une pathologie cérébrale chronique, complexe, globale.

Lors des discussions sur le volet médical, plusieurs définitions de l'addiction ont été proposées par les intervenants. Certaines mettant l'accent sur les symptômes (les dépendances), d'autres sur les dimensions à la fois comportementale et existentielle, d'autres encore sur les phases caractéristiques de la maladie. Mais quelque soient les différences de définitions, l'ensemble des praticiens participant aux débats s'est réjoui de ce que l'addiction soit aujourd'hui enfin reconnue comme une « pathologie cérébrale chronique, complexe et globale définie par une dépendance à une substance ou une activité avec des conséquences délétères » (et non plus comme une tare ou un vice). Une reconnaissance qui permet de considérer les « addicts » comme des patients, d'adapter des traitements et de prendre en considération le déni, puisque par définition, le malade va nier son addiction. D'autre part, ils ont souligné que la définition adoptée depuis 2013 comme « troubles liés à l'usage de substances », troubles définis comme légers, modérés ou sévères, a deux grands avantages : faire rentrer plus facilement le patient dans le soin et faciliter sa prise en charge par l'ensemble des acteurs. C'est sur la base de cette définition renouvelée des pathologies addictives, de la précision accrue des diagnostics et des stratégies de soins, que deux pronostics significatifs peuvent aujourd'hui être établis :

- environ 10% d'une population ayant une conduite addictive devient effectivement « dépendante » et nécessite une prise en charge.
- dans le cas de processus de soins engagés de façon volontaire, on arrive à cinq ans, à 50 à 60% de résultats favorables.

A.2) des « stratégies de soins » pluridisciplinaires indispensables.

L'absolue nécessité de la prise en charge des malades par des équipes pluridisciplinaires, à travers des stratégies de soins différenciées selon les addictions et selon les patients, a également été mise en lumière. Trois phases extrêmement sensibles du parcours de soins l'ont particulièrement illustrée.

- Celle du diagnostic initial, où il s'agit de repérer et de hiérarchiser tous les facteurs de risques chez un patient, les addictions étant en partie spécifiées par leurs complications (pathologies physiques graves, comorbidités, complications psychiatriques, complications sociales et juridiques). Cette phase de diagnostic, si elle est menée de façon pluridisciplinaire, permet alors de répondre à la question : qu'est-ce que l'on soigne en premier ?

- Celle du sevrage, 1ère phase extrêmement sensible du traitement, où il faut « gérer » en même temps, la douleur physique, la douleur psychologique, le risque suicidaire qui l'accompagnent.

- Celle de la rechute, qu'il s'agit de prévenir, ou, lorsqu'elle survient, d'intégrer au traitement, en élaborant des protocoles à la fois médicamenteux, psychothérapeutiques, kinés thérapeutiques.

A.3) l'insuffisante structuration d'une filière de soins.

La mise en évidence des impératifs pluridisciplinaires et d'un phasage extrêmement fin des traitements, a conduit la commission à s'interroger sur l'existence d'une filière de diagnostics et de soins suffisamment structurée en Corse. Au cours de ses travaux, elle a constaté que malgré la grande qualité des stratégies de soins innovantes mises en place, tant au CH de Castelluccio, au SSR du Finosello et par « Addictions France », la structuration de cette filière, pourtant initiée par l'ARS en 2020, avait été interrompue. Cette mise en suspens étant dommageable aux actions de prévention, à la construction de parcours de soins plus diversifiés, aux liens avec les médecins généralistes et la médecine du travail.

I.B Une prévention parfois inadaptée, en direction des populations adolescentes (collèges et lycées).

B.1) le constat « contrasté » sur l'efficacité de la prévention.

Les acteurs du monde éducatif ont jugé indispensable de poursuivre le travail de prévention et de sensibilisation mis en place dans les établissements scolaires. Toutefois ils ont estimé que ce travail ne permettait pas de comprendre l'origine de la démarche addictive chez certains adolescents. Sur la base de leurs expériences, ils ont dégagé trois profils pour lesquels cette prévention était inefficace : ceux issus de milieux favorisés mais en carence affective ou éducative, ceux issus de milieux défavorisés mais en déshérence scolaire, ceux souffrant d'un mal-être important.

B.2) des inégalités géographiques et selon les types d'établissements.

Ils ont également souligné que le travail de prise en charge, parfois nécessaire pour certains adolescents, était plus difficile dans les zones rurales qu'en zones urbaines, où tous les partenaires sont réunis. Enfin, au regard de la prévention comme des addictions, ils ont jugé les situations très différentes, selon qu'il s'agit d'établissements d'enseignements général ou technologique et les autres établissements.

B.3) des données statistiques, en l'état peu exploitables pour éclairer une politique de prévention (cf.annexe n°2).

Parallèlement aux constats des représentants du monde éducatif, la commission a pris acte que les données existantes sur les consommations de produits addictifs en Corse, centrées sur les pratiques adolescentes, étaient insuffisantes pour spécifier la situation insulaire.

- Ces données statistiques sont essentiellement construites sur « l'écart » entre la Corse et une moyenne nationale, celui-ci est le plus souvent peu significatif (+/- 0,1%).

- Les échantillons corses mobilisés sont faibles : 333 individus de 17 ans.
- Les interprétations sont parfois peu explicites.

I.C Une réponse judiciaire qui comporte un volet thérapeutique et préventif dont l'application passe par des partenariats.

C.1) « éviter la récurrence ».

Dans un contexte où toutes les données disponibles (Corse-du-Sud) confirme une augmentation de la consommation de stupéfiants chez les mineurs et les jeunes majeurs, consommation qui s'accompagne d'actes délinquants, la réponse judiciaire s'organise autour de la notion de « justice thérapeutique, qui a vocation à prendre en charge les pratiques addictives au travers de contrôles judiciaires dits « socio-éducatifs », qui oblige la personne à se soumettre à des mesures d'insertion sociale et de prévention, ou à une obligation de soins dans le cadre d'un « sursis probatoire ». Le principal objectif de ces mesures judiciaires étant d'éviter la récurrence.

C.2) la MILDECA et la recherche de partenaires.

Les partenariats avec les collectivités, les associations et le monde médical sont les conditions sine qua non de la mise en oeuvre, de la généralisation et du succès de ces mesures, qui repose sur l'adhésion des personnes contraintes. Au cours des débats, les représentants du monde judiciaire ont témoigné de ce que les structures de prises en charge, notamment les structures de soins, étaient à ce jour insuffisantes et le nombre de thérapeutes trop faibles pour les parcours de soins contraints. Cette recherche de nouveaux partenaires est en partie la tâche de la MILDECA (la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives (MILDECA), qui présentera en Septembre 2022 un dispositif aux collectivités, sous l'appellation : « Dispositif d'Aide Personnalisée Renforcée ».

III/ RENOUELER/RENFORCER L'APPROCHE PREVENTIVE

A l'issue de cet état des lieux, la problématique de la prévention s'est imposée à la commission comme un élément fondamental et central autour duquel devait se décliner une politique publique de lutte contre les addictions. C'est donc en s'attachant à répondre à la question suivante qu'elle a poursuivi ses travaux : comment renouveler et renforcer la politique préventive en Corse ?

II.A Le succès du « modèle islandais », ses enseignements et ses limites.

A.1) le succès du modèle islandais, 1992-2016.

Sous l'impulsion de la Présidente Danielle ANTONINI, les débats ont permis une évaluation précise du programme islandais de lutte contre les addictions chez les adolescents, initié en 1992, dont les effets bénéfiques sont encore manifestes aujourd'hui et qui a l'avantage de présenter une approche préventive globale pour l'ensemble d'une classe d'âge.

- Phase 1 : dans toutes les écoles d'Islande, la totalité des élèves de 14 à 16 ans sont destinataires d'un questionnaire en 1992, 1995 et 1997. Celui-ci pose des questions simples sur leur mode de consommation d'alcool, de tabac ou drogues (essentiellement le cannabis) avec d'autres questions relevant de leur

environnement familial, scolaire, culturel ou sportif.

- Phase 2 : en 1998, l'exploitation du questionnaire donne des résultats catastrophiques : 42% des 15/16ans connaissaient une forme d'addiction à l'alcool, 23% au tabac et 17% au cannabis.

- Phase 3 : 1998-2016, au vu de ces résultats alarmants les pouvoirs publics islandais décrètent en 1998 une « mobilisation générale » et prennent un ensemble de mesures à la fois incitatives et prohibitives, qui ont porté leurs fruits sur le long terme puisque en 2016 les addictions n'étaient plus que de 5% pour l'alcool, 3% pour le tabac et 7% pour le cannabis.

Au titre des mesures incitatives figurent la promotion d'activités culturelles ou sportives, quatre fois par semaine ; une mobilisation des familles pour augmenter le temps passé entre parents et adolescents ; des mesures visant à une plus grande assiduité scolaire ; une allocation de l'ordre de 300 euros par enfant de 6 à 18 ans, pour pratiquer une activité extra – scolaire.

Au titre des mesures prohibitives figurent un couvre-feu pour les 13/16 ans (qui encore aujourd'hui ont l'interdiction d'être dehors après 22h), l'interdiction de la vente de tabac au moins de 18 ans et d'alcool au moins de 20 ans.

- Les phases d'élaboration d'un tel questionnaire, de recueil puis d'exploitation des réponses, inscrit nécessairement ce type d'action préventive dans le moyen terme.

- La qualité et la fiabilité des données statistiques reposent sur le fait qu'elles émanent de l'intégralité d'une classe d'âge et représentent une photographie générationnelle, géographique et sociologique complète.

- Cette diffusion exhaustive du questionnaire rend indubitable les différences enregistrées entre les adolescents ayant des conduites addictives et les adolescents abstinentes.

- La réussite du programme islandais confirme que les addictions sont bien des pathologies globales qui doivent être traitées dans toutes leurs dimensions, médicale, sociale, culturelle.

A.3) ses limites.

- La part de la prise en charge médicale, une fois la « mobilisation générale » déclarée n'est pas très explicite. - Certaines mesures prohibitives du type couvre-feu semblent difficilement exportables.

- Si le programme semble avoir des résultats spectaculaires pour l'alcool et le tabac, le taux d'addiction au cannabis après son application est de l'ordre de ceux que connaissent d'autres pays ou régions européens.

II.B Une approche préventive différenciée ?

B.1) faire valoir partout le droit à la prévention.

Les débats en commission ont été l'occasion, par la voix **de Mme Lauda GUIDICELLI**, conseillère exécutive en charge de la jeunesse, des sports, de l'égalité femmes-hommes, de la vie associative et de l'innovation sociale, de réaffirmer que la CdC défendait une approche globale de prévention, d'information et de

sensibilisation, en appui des associations. Son rôle est de s'assurer également que le droit à la prévention soit partout le même sur l'ensemble de notre île mais avec une mise en œuvre différenciée selon les éventuelles spécificités des territoires au regard des addictions.

B.2) établir une cartographie.

Au cours des débats, s'est imposé l'objectif d'établir une cartographie afin d'obtenir une meilleure connaissance des différences des terrains, notamment celles des zones rurales, urbaines ou péri-urbaines qui connaissent une forte fréquentation touristique.

III/ PRECONISATIONS.

III.A Etablir un questionnaire.

A.1) renouveler la connaissance du terrain.

Cette préconisation rejoint par bien des aspects l'objectif d'établir une « cartographie », tel qu'il s'est exprimé au cours des débats. En croisant données sociologiques, géographiques et éducatives, un questionnaire (et son exploitation) permettrait une connaissance plus précise et plus différenciée des terrains des addictions sur lesquels il faudrait agir.

A.2) reprendre et adapter le « modèle » islandais.

Du modèle islandais, la commission retient son exhaustivité statistique concernant une classe d'âge et la simplicité des questions (Avez-vous déjà essayé l'alcool ? Quand avez-vous bu votre dernier verre ? Avez-vous déjà été en état d'ébriété ? Avez-vous déjà essayé la cigarette ? Si oui, à quelle fréquence fumez-vous ? Combien de temps passez-vous avec vos parents ? Avez-vous une relation proche ? Quel genre d'activités pratiquez-vous ?).

Cependant elle estime que deux adaptations sont nécessaires. D'une part, proposer ce questionnaire à tous les 11/18 ans à savoir tous les collégiens et tous les lycéens de Corse, afin de constituer une base de données statistiques d'une grande fiabilité. D'autre part, l'élargir aux conduites addictives aux écrans et réseaux sociaux, aux conséquences négatives de plus en plus repérables chez les enfants voire les tous petits enfants et les adolescents. Ce travail statistique d'envergure lui semble un préalable à un renforcement et à une adaptation des actions de prévention comme de prises en charge. Il s'agit de construire la base d'une « **éducation thérapeutique** » au sens large, avec tous les niveaux de prévention.

III.B Renforcer les filières de prévention et/ou de prise en charge.

B.1) Pour les prises en charges, faire en sorte que soit créée une véritable filière régionale de ressources et d'expertise en addictologie.

Il semble opportun que les travaux initiés en Mai 2021, sous l'autorité de l'ARS, pour un centre régional qui coordonnerait une véritable filière, c'est-à-dire «

une trajectoire de soins empruntée par la personne « addict », impliquant une organisation cohérente et graduée des soins autour de multiples acteurs et établissements de santé », puissent reprendre.

B.2) développer de nouveaux partenariats.

Au cours des débats, il a été noté que le fonctionnement en « silos » des différents domaines et acteurs de la prévention, de la prise en charge médicale ou judiciaire, limitait parfois l'efficacité des réponses qu'ils pouvaient apporter. La mise en place d'actions plus transversales et le développement de nouveaux partenariats sont apparus comme une des attentes fortes de toutes les personnes impliquées. Pour répondre à ces attentes, la commission préconise, au terme de ses travaux, que la CdC, dans le cadre de ses compétences, développe ses propres actions et favorise les partenariats, notamment avec la MILDECA (Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives) et « France Assos Santé » *, notamment dans le champ du développement des compétences psycho-sociales des enfants, adolescents et jeunes adultes.

B.3) l'exemple du dispositif « Prima Strada ».

Lors de l'état des lieux présenté par les représentants du domaine judiciaire, cette nécessité de favoriser de nouveaux partenariats, des coopérations transversales, ou de nouveaux dispositifs, a également été soulignée par les représentants de la justice, de la police et du monde médical. La commission se félicite que face à cette demande, Mme Lauda GUIDICELLI ait estimé qu'il serait possible, sous certaines conditions, d'élargir le dispositif « Prima Strada » en permettant aux jeunes ayant eu des injonctions de soins d'en bénéficier.

III.C Des supports d'information et de prévention renouvelés.

Afin de répondre, aux demandes, notamment du monde éducatif, d'une plus grande efficacité des programmes de prévention et d'une réflexion leur permettant de cerner les origines mêmes des démarches addictives, la commission préconise que la CdC prenne deux initiatives qui auront en commun de favoriser la co-construction des supports de prévention par les publics les plus exposés aux dangers des conduites addictives et de mettre en valeur les compétences psycho-sociales à mobiliser pour les éviter. La commission souhaite que leur réalisation puisse être confiée à Mme Lauda GUIDICELLI, conseillère exécutive en charge de la jeunesse et à ses services.

C.1 L'organisation d'un concours d'affiches.

Ouvert exclusivement aux collégiens et lycéens, ce concours et son organisation doivent devenir une occasion pour mobiliser les compétences psycho-sociales des participants et pour mettre en oeuvre des coopérations transversales.

C.2 Favoriser la réalisation d'un reportage.

Au cours de ses travaux, la commission a été saisie d'un projet de reportage documentaire porté par Mme Caroline CANETTI, Educatrice spécialisée au SPS (service de prévention spécialisé), territoire du Valinco. Il vise à déclencher une alerte sur les dangers liés à des nouveaux comportements de consommation de produits

licites et illicites en milieu festif chez les 16 à 30 ans en lien avec des problématiques de santé mentale. Comme pour le concours d'affiches, l'idée est de permettre aux jeunes de se voir et de s'entendre et de les amener, par conséquence, à une réflexion participative de prévention collective, avec une construction selon 3 axes :

- aller à leur rencontre dans des lieux festifs, recueillir leurs paroles et leurs positionnements face à leur consommation et établir un recueil d'impression spontanée.

- apporter un complément d'information par le biais de témoignages en vase clos de jeunes volontaires pour témoigner de leurs consommations.

- analyser et donner des pistes d'aides par l'intervention des professionnels du médico-social Au titre de ses préconisations, la commission souhaite que la CdC, par le biais des services compétents de l'Exécutif, puisse favoriser la réalisation de ce documentaire.

Je vous prie de bien vouloir en délibérer.