



MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION, DU TRAVAIL
ET DE LA MODERNISATION
DE L'ADMINISTRATION,
en charge du numérique
DIRECTION GÉNÉRALE
DES RESSOURCES HUMAINES

CONCOURS EXTERNE POUR LE RECRUTEMENT
D'ATTACHÉS D'ADMINISTRATION
DE LA FONCTION PUBLIQUE
DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE

Domaine : « Gestion du secteur sanitaire et social »

Deuxième épreuve d'admissibilité :

Rédaction d'une note ayant pour objet de vérifier l'aptitude à l'analyse d'un dossier soulevant un problème sanitaire et social rencontré par la Polynésie française dans la mise en œuvre de ses compétences

Jeudi 6 janvier 2022
(Durée : 4 heures, coefficient 4)

Le sujet comporte 27 pages (page de garde incluse)

Aucun autre document n'est autorisé

Important :

- Tout document personnel ou appareil électronique non autorisé est interdit ;
- Votre identité ne doit figurer que dans la partie supérieure de la copie d'examen. Toute mention d'identité, signature, initiale, paraphe sur toute autre partie de votre copie entraînera son annulation ;
- Pour rédiger, seul l'usage d'un stylo noir ou bleu (à bille non effaçable, feutre, plume) est autorisé. L'utilisation d'une autre couleur pour écrire ou souligner, sera considérée comme un signe distinctif, de même que l'utilisation d'un surligneur, entraînant l'annulation de votre copie ;
- Les feuilles de brouillon ne sont pas prises en compte ;
- Tout candidat doit remettre une copie, même blanche. Dans cette hypothèse, il signe sa copie en indiquant « copie blanche »
- Si vous composez sur plusieurs pages, bien vouloir mentionner l'ordre de lecture de celles-ci. Par exemple : 1 / 4, 2 / 4, 3 / 4 et 4 / 4, etc.

Sujet :

En votre qualité de conseiller technique au sein du ministère de la santé, le Ministre vous demande de lui rédiger une note, laquelle devra dégager les principaux arguments favorables et défavorables à la législation qui encadre l'usage récréatif du cannabis dans certains pays. Au sein de votre note, vous devrez également développer un argumentaire, lequel devra amener le Ministre à recommander ou non l'établissement d'une législation, au besoin adaptée, en Polynésie française. Enfin, votre note devra contenir une approche conclusive.

Liste des documents :

DOCUMENT 1 : « *Légalisation du cannabis à des fins non médicales : pour une régulation favorable à la santé publique* », Institut national de santé publique du Québec, octobre 2016 (extraits) – 9 pages

DOCUMENT 2 : « *Une analyse comparée des expériences de régulation du cannabis* », OFDT, octobre 2017 (extraits)– 11 pages

DOCUMENT 3 : COLSON R., « *De la prohibition des drogues à la réduction des risques liés à leur usage* », octobre 2020, *Cahier droit, sciences & technologies* – 5 pages

DOCUMENT 1

Légalisation du cannabis à des fins non médicales : pour une régulation favorable à la santé publique (extraits)

Octobre 2016

Source : Institut national de santé publique du Québec

INTRODUCTION

Le gouvernement fédéral a annoncé en avril dernier qu'il déposerait au printemps 2017 un projet de loi pour légaliser et réglementer le cannabis à des fins non médicales. Depuis, il a mis sur pied le Groupe de travail sur la légalisation et la réglementation de la marijuana qui a mené une consultation publique à l'été 2016 afin de recueillir les points de vue des différents acteurs gouvernementaux, des experts et des citoyens quant au modèle de régulation à mettre en place.

Parce que le cannabis n'est pas un produit de consommation ordinaire et que son usage peut avoir des effets délétères sur la santé de la population, les acteurs de santé publique doivent se préparer à réagir au cadre structurant le processus de légalisation et les différentes mesures réglementaires qui en découleront. Du point de vue de l'INSPQ, le succès de l'initiative fédérale repose sur la capacité des gouvernements à adopter un système de régulation du cannabis légalisé qui permettra de créer un environnement et des usages à risque réduit.

Jusqu'à présent, ni un ni l'autre des niveaux de gouvernement n'a rendu public un projet de loi ou un positionnement formel quant au modèle de régulation à privilégier. Si on se fie aux systèmes de régulation de l'alcool et du tabac, les gouvernements provinciaux et territoriaux seront probablement responsables de la distribution du cannabis ainsi que des mesures à adopter pour protéger et promouvoir la santé et la sécurité publiques. Néanmoins, certains choix en matière de régulation de la production auront des répercussions certaines sur la santé de la population et le système de distribution. Aussi doivent-ils faire l'objet de réflexions et de représentations par les autorités sanitaires provinciales.

La présente analyse vise à faire progresser les connaissances sur les enjeux de santé publique associés à la légalisation du cannabis non médical et à dégager des pistes de réflexion sur les modalités de régulation. Le propos tenu dépasse les cadres habituels de réflexion de santé publique, et offre une analyse prospective des impacts potentiels des modèles de régulation. Des préoccupations, propres à la criminologie, à la sociologie ou à l'analyse de politiques par exemple, sont aussi relevées afin de mieux apprécier les enjeux – réels et potentiels – du projet de légalisation dans un contexte québécois.

Une revue de la littérature et des meilleures données disponibles a été effectuée dans les courts délais impartis pour produire cette analyse. La recherche scientifique sur le sujet est cependant limitée à cause du caractère illicite de la substance, ce qui constitue une limite intrinsèque à toute démarche analytique sur les effets du cannabis et ses contextes d'usage. Certes, des juridictions ont récemment légalisé le cannabis à des fins non médicales, mais elles sont peu nombreuses. Des exemples comme l'Uruguay, ou les États du Colorado et de Washington représentent différents modèles desquels il est possible de tirer des enseignements utiles, mais peu d'analyses et d'évaluations de ces expériences ont été réalisées

jusqu'ici. Cela dit, il est toutefois possible de profiter des leçons apprises des efforts de contrôle d'autres substances psychoactives comme le tabac et l'alcool qui sont, quant à eux, bien documentés.

La présente analyse vise à éclairer les décideurs québécois et soutenir le réseau de santé publique dans l'adoption d'une position informée dans ce dossier. Des travaux se poursuivront et l'analyse pourra être approfondie notamment lorsque les intentions du gouvernement fédéral seront mieux définies.

Le présent document se divise en six sections. La première discute du contexte de prohibition actuel. La seconde section dresse le portrait de la consommation de cannabis au Canada et au Québec, tandis que la suivante présente ses effets sur la santé. Le cœur du document réside dans la quatrième section qui présente le cadrage de santé publique que devrait privilégier le futur modèle de dérégulation. En découle l'analyse des enjeux de santé publique associés à la chaîne production- distribution- consommation du cannabis légalisé présentée dans la section 5 du document. Avant de conclure, quelques conditions de succès et scénarios de régulation du cannabis à des fins non médicales sont dégagés.

1 CONTEXTE DE PROHIBITION ACTUEL

Le régime de prohibition actuel est encadré principalement par la *Loi canadienne réglementant certaines drogues et autres substances* (LRCDAS). Il restreint les usages des drogues à ceux effectués dans des cadres médicaux (comme le cannabis médical) et scientifiques et vient baliser ces usages. Ce régime implique la criminalisation des producteurs, distributeurs et usagers de drogues opérant en dehors de ces deux cadres.

Les personnes condamnées pour des infractions à la LRCDAS sont sanctionnées par des amendes, par des périodes de probation ou par des peines d'emprisonnement plus ou moins longues. Même des infractions considérées mineures, comme la possession d'une petite quantité de cannabis, peuvent mener à un casier judiciaire, entraînant des répercussions négatives pour les contrevenants notamment sur leurs possibilités d'emplois et donc sur leurs revenus.

Au Québec¹, en 2007, les services policiers ont rapporté 20 357 infractions à la LRCDAS relativement à la possession, au trafic, à l'importation et l'exportation, ainsi qu'à la production de substances désignées dans cette Loi. Une majorité d'infractions, soit 14 194, concernaient le cannabis. Toutes substances confondues, l'infraction la plus rapportée était la possession avec 12 958 cas. Pour ce qui est des poursuites judiciaires, le ministère de la Justice du Québec ne compile pas systématiquement de statistiques sur ses activités en lien avec la LRCDAS. Selon les données transmises par le Bureau du Directeur des poursuites criminelles et pénales, 7726 chefs d'accusation pour des infractions de possession simple ont été portés en 2007 par des procureurs dans 7127 dossiers (Gagnon, 2016).

À noter, par ailleurs, que le Québec a adopté un Programme de traitement non judiciaire de certaines

¹ Pour des informations spécifiques sur le régime des activités policières, judiciaires et correctionnelles en matière de drogues au Québec, consultez le rapport publié par l'INSPQ en 2016 intitulé Synthèse des connaissances : actions novatrices en matière de substances psychoactives « illicites » (p. 19 et suivantes)

infractions criminelles commises par des adultes². Pour certaines infractions criminelles mineures, telle la possession d'une petite quantité de cannabis³, les procureurs peuvent décider de ne pas déposer d'accusations à certaines conditions, comme l'absence d'infractions préalables en cette matière. Selon les données transmises par le Bureau du Directeur des poursuites criminelles et pénales, 1 374 cas de possession de cannabis ont été traités via ce programme en 2007. Depuis, une augmentation des cas en ayant fait l'objet a été observée. En 2011 et 2012, 2522 et 2311 cas ont respectivement été traités sous ce programme (Gagnon, 2016).

Comme le démontre la section suivante, dressant le portrait de la consommation de cannabis au Canada et au Québec, le régime de prohibition actuel et ses sanctions n'empêchent pas l'usage de cette substance. Il a d'ailleurs été fortement critiqué pour n'avoir pas été en mesure de contenir le marché illicite, et pour ne pas permettre d'établir un contrôle de la qualité des produits ni de l'accès aux jeunes (LeDain, 1972; Nolin, 2002).

2 PORTRAIT DE LA CONSOMMATION DE CANNABIS

2.1 AU CANADA

Le cannabis représente la substance psychoactive illicite la plus fréquemment consommée au Canada. Selon la plus récente enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) réalisée en 2013, un peu plus du tiers des Canadiens âgés de 15 ans et plus ont rapporté en avoir déjà consommé dans leur vie (33,7 %). Au cours de l'année précédant l'enquête, 10,6 % ont dit en avoir fait usage, soit 3,1 millions de « consommateurs actuels » (Statistiques Canada, 2015). Cela représente une baisse de 3,5 % par rapport à 2004 (Gouvernement du Canada, 2014; Statistiques Canada, 2015).

Les nouvelles données démontrent que les jeunes adultes âgés de 20 à 24 ans forment le groupe où l'on retrouve la plus grande proportion de consommateurs, soit 26,2 %. Cette proportion est de 22,4 % chez les jeunes âgés de 15 à 19 ans (Statistiques Canada, 2015). Selon un rapport du Centre de recherche de l'UNICEF, les adolescents canadiens âgés de 11, 13 et 15 ans sont les plus nombreux en proportion à avoir consommé du cannabis au cours de la dernière année, lorsqu'on les compare à d'autres jeunes du même âge provenant de pays développés (UNICEF, 2013).

2.2 AU QUÉBEC : ÉVOLUTION DE LA PROPORTION D'USAGERS

Selon la plus récente Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) menée en 2014-2015, la proportion de personnes âgées de 15 ans et plus ayant rapporté un usage de cannabis au cours des 12 derniers mois est de 15,2 % (ISQ, 2016a). Par rapport à 2008, il s'agit d'une augmentation de 3 % pour l'ensemble de la population (15 ans et plus).

Une stratification par groupe d'âge permet toutefois de constater que cette augmentation du nombre de personnes ayant rapporté un usage de cannabis au cours de l'année précédant l'enquête s'observe

² Il existe dans d'autres provinces, comme en Ontario ou en Colombie-Britannique, des directives qui permettent aux procureurs de certaines juridictions de ne pas porter d'accusations à propos d'infractions mineures. On en comprend quelques infractions de possession de cannabis pourraient faire partie de ce groupe, mais aucun autre programme provincial ne précise les infractions concernées.

³ Les infractions de possession (art. 4[1]) et de possession en vue d'en faire le trafic (art. 5), lorsqu'elles concernent moins de 1 gramme de résine de cannabis ou 30 grammes de marijuana, font partie de ce programme (Directeur des poursuites criminelles et pénales 2012).

⁴ Certaines données sont tirées d'un rapport de l'INSPQ publié prochainement « La consommation de cannabis au Québec et au Canada » (Tessier, à paraître).

essentiellement chez les adultes. En effet, les 18-24 ans et les 25-44 ans sont les groupes où l'on observe les plus fortes hausses. Chez les 15 à 17 ans, l'augmentation est très modeste par rapport à 2008, et en réalité non statistiquement significative.

TABLEAU 1 PROPORTION DE QUEBÉCOIS AGES DE PLUS DE 15 ANS AYANT FAIT USAGE DE CANNABIS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, PAR GROUPE D'ÂGES, EN 2008 ET EN 2014

Groupes d'âges	2008	2014
15-17 ans	30,2	31,0
18-24 ans	35,3	41,7
25-44 ans	15,2	21,0
45-64 ans	5,0	8,0
65 ans et plus	0,5	1,1
Total	12,2	15,2

Sources : ISQ, 2008; ISQ, 2016a.

Certaines considérations incitent toutefois à la prudence dans l'interprétation de l'évolution de la proportion d'usagers déclarés rapportée par les données de l'EQSP. D'une part, il est possible que l'annonce fédérale de légaliser la substance rende les adultes moins réticents à en déclarer leur usage⁵. D'autre part, les enquêtes ne permettent pas d'apprécier les quantités consommées par les personnes ayant déclaré un usage. La hausse globale de la déclaration d'usage ne peut donc pas être automatiquement associée avec une hausse de la quantité consommée. Il est ainsi possible qu'un plus grand nombre de personnes rapporte un usage de cannabis au cours de la dernière année mais que les volumes consommés aient peu augmenté, voire diminué.

La relative stabilité de déclaration d'usage chez les 15-17 ans par rapport à la hausse observée chez les adultes est moins surprenante si on tient compte de la tendance à la baisse de consommation de cannabis globalement observée chez les élèves québécois du secondaire depuis plusieurs années. En effet, la proportion d'élèves québécois du secondaire qui ont déclaré avoir fait usage de cannabis au cours des douze derniers mois est passée de 21,7 % en 2012-2013 à 15,6 % en 2014-2015 (Santé Canada, 2014; Santé Canada, 2016a). Ceci confirme les résultats de l'Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire qui montraient aussi une diminution significative du nombre de jeunes ayant déclaré avoir consommé du cannabis au cours de la dernière année. Réalisée auprès de l'ensemble des jeunes du secondaire au Québec, l'enquête révélait une baisse de 41 % à 23 % entre 2000 et 2013. Chez les jeunes de la dernière année du secondaire (environ 17 ans), cette proportion a diminué de 60,6 % à 42,8 % (ISQ, 2014).

2.3 AU QUÉBEC : ÉVOLUTION DE LA FRÉQUENCE DE CONSOMMATION

Toujours selon les données de l'EQSP, une baisse de la consommation fréquente est observée depuis 2008 chez les usagers de 15 ans et plus lorsqu'on considère les données selon la fréquence de

⁵ La collecte multiméthode employée est également susceptible d'être intervenue sur le biais de désirabilité sociale. L'EQSP 2014-2015 a eu recours à des formulaires web en plus des habituels questionnaires téléphoniques pour collecter les données. L'anonymat supplémentaire que les répondants pourraient associer à cette méthode web de collecte peut aussi participer à diminuer le biais de sous-déclaration, et donc contribuer à la hausse de déclaration d'usage observée. Une autre considération qui appelle à la prudence dans l'interprétation des résultats (ISQ, 2016b).

consommation. En effet, parmi les Québécois âgés de plus de 15 ans ayant consommé du cannabis au cours des douze derniers mois, une forte majorité (52 %) en ont pris moins d'une fois par mois en 2014. Entre 2008 et 2014, une baisse de la prévalence des usagers quotidiens est par ailleurs observée chez les 18-24 ans (15 % à 10 %) et les 25-44 ans (17 % à 12 %) (ISQ, 2008; ISQ, 2016a). Encore là, les enquêtes ne permettent pas d'apprécier les quantités consommées par les personnes ayant déclaré un usage.

TABLEAU 2 FREQUENCE DE CONSOMMATION CHEZ LES QUEBECOIS AGES DE 15 ANS ET PLUS AYANT FAIT UN USAGE DE CANNABIS AU COURS DES DOUZE DERNIERS MOIS

Fréquence de consommation	2008	2014
Moins d'une fois par mois	38,4 %	52 %
1 à 3 fois par mois	24,3 %	15,2 %
1 fois par semaine	10,6 %	8,5 %
Plus d'une fois par semaine	12,4 %	13,5 %
Tous les jours	14,4 %	10,8 %

Sources : ISQ, 2008; ISQ, 2016a

On constate également, mais dans une moindre mesure, une baisse de la fréquence de consommation chez les jeunes du secondaire. L'ETADJES rapporte que plus du tiers (34 %) des 12-17 ans ayant déclaré avoir consommé du cannabis durant l'année précédant l'enquête de 2013 en faisait un usage sur une base régulière ou même quotidienne. La proportion d'usagers quotidiens est passée de 2,6 % en 2008 à 1,4 % en 2013. Si on observe une baisse chez les usagers dits réguliers ou occasionnels pour la même période, les écarts demeurent toutefois non statistiquement significatifs et empêchent de tirer des conclusions chez ces groupes d'usagers (ISQ, 2014).

3 EFFETS SUR LA SANTE⁶

La recherche scientifique sur le cannabis est limitée par le caractère illicite de la substance. Les études présentent fréquemment des problèmes méthodologiques et leur interprétation devient difficile. Les associations statistiques observées ne prouvent pas que l'usage de cannabis soit nécessairement la cause des effets sur la santé. Par exemple, les études peuvent être biaisées si les populations étudiées sont différentes de la population générale (biais de sélection). La consommation du cannabis peut être sous-déclarée ou être l'objet de biais de mémoire. Il se peut aussi que d'autres facteurs (par exemple le niveau socioéconomique, le milieu de vie, le tabagisme et la consommation d'alcool ou d'autres drogues) soient associés à la fois à la consommation de cannabis et aux effets étudiés et qu'ils en soient la cause (facteurs de confusion). Enfin, les études ne permettent pas toujours d'établir la direction de la causalité; par exemple, est-ce que la consommation de cannabis augmente la probabilité de survenue d'un trouble mental ou est-ce la présence d'un trouble mental qui augmente la probabilité de consommer du cannabis?

⁶ Pour la présentation des effets sur la santé de l'usage du cannabis, nous avons principalement utilisé comme base documentaire les revues systématiques réalisées par le Colorado Department of Public Health & Environments (CDPHE) (CDPHE, 2015 a, 2015b, 2016a, 2016d) ainsi qu'un rapport de l'OMS (WHO, 2016). Ces revues tiennent compte des limites méthodologiques des études et nous les avons choisies pour leur rigueur.

3.1

EFFETS NEUROLOGIQUES, COGNITIFS ET SUR LA SANTE MENTALE

Selon les études rapportées par l'OMS, le début précoce de la consommation et son intensité peuvent nuire au développement du cerveau des adolescents (WHO, 2016) jusqu'à 21 ans (Volkow et coll., 2014). Selon la revue du CDPHE (2016b), les adolescents qui consomment régulièrement du cannabis seraient plus susceptibles de connaître des difficultés scolaires (apprentissage, mémoire, mathématiques et lecture) qui persisteraient jusqu'à 28 jours après l'arrêt de la consommation. Ils sont aussi plus à risque de ne pas obtenir de diplôme d'études secondaires. Une consommation importante de cannabis serait significativement associée à des troubles de la mémoire (CDPHE, 2016d; Volkow et coll., 2016).

Plusieurs études ont établi des liens entre la consommation régulière de cannabis et les symptômes ou troubles psychotiques (CDPHE, 2016d; Giordano, Ohlsson, Sundquist, Sundquist, & Kendler, 2015; Volkow et coll., 2016). Ces risques s'accroissent particulièrement chez les personnes ayant commencé leur consommation à l'adolescence ainsi que chez les consommateurs ayant des antécédents psychiatriques personnels ou familiaux (Hall & Degenhardt, 2009, 2014; Volkow et coll., 2016). L'usage quotidien ou presque quotidien est associé à la présence de maladies mentales comme la schizophrénie à l'âge adulte (CDPHE, 2016b).

De plus, des associations ont été observées entre la consommation de cannabis et les troubles bipolaires, l'anxiété et la dépression, mais, les preuves scientifiques sont encore insuffisantes ou contradictoires (CDPHE, 2016d; WHO, 2016). Par ailleurs, une récente revue systématique avec méta-analyse a montré une tendance à l'augmentation du risque d'idées suicidaires ou de tentatives de suicide chez les gros consommateurs de cannabis (Borges, Bagge, & Orozco, 2016). Encore là, il faut mentionner que le CDPHE (2016b) considère que les études présentent des résultats contradictoires.

3.2

DEPENDANCE AU CANNABIS

L'enquête de santé des collectivités canadiennes (ESCC) de 2012 permet d'estimer que 6,4 % des Québécois ont rapporté un problème d'abus ou de dépendance au cannabis au cours de leur vie et que 1,4 % en ont présenté au cours des douze mois précédant l'enquête (ISQ, 2015). La prévalence de l'abus ou de la dépendance au cannabis est la plus élevée chez les personnes âgées de 15 à 24 ans : 12,2 % en ont vécu au cours de la vie et 6,8 % au cours des douze mois précédant l'enquête (ISQ, 2015). Toujours au Québec, la prévalence de l'abus ou la dépendance liée à l'alcool est plus élevée que celle liée au cannabis avec 13,3 % au cours de la vie et 2,7 % au cours des douze mois précédant l'enquête.

Le risque de développer une dépendance au cannabis chez les consommateurs de cannabis est estimé à 9 % (Hall & Degenhardt, 2014, Volkow et coll., 2014). Cependant, ce risque est de 16 % chez les personnes qui ont commencé à consommer à l'adolescence (Hall & Degenhardt, 2014; WHO, 2016). Les adolescents et jeunes adultes qui consomment du cannabis, même occasionnellement, sont plus susceptibles de développer à l'âge adulte une dépendance au cannabis ainsi qu'aux autres drogues, à l'alcool et au tabac (CDPHE, 2016b).

3.3 EFFETS DE L'EXPOSITION PRENATALE AU CANNABIS

L'ingrédient actif du cannabis, le THC, traverse le placenta et certaines études indiquent qu'il pourrait avoir des effets sur le cerveau (Huizink, 2014; WHO, 2016). Les études épidémiologiques portant sur la consommation de cannabis au cours de la grossesse présentent plusieurs des limites méthodologiques mentionnées précédemment (Huizink, 2009). Néanmoins, selon le CDPHE (2015b), l'exposition prénatale au cannabis pourrait avoir des effets négatifs sur la croissance pendant l'enfance, le développement des fonctions cognitives et le quotient intellectuel, et qu'elle pourrait engendrer des troubles de l'attention (CDPHE, 2015b). Ces effets pourraient ne se manifester qu'à l'adolescence (CDPHE, 2015b). En effet, selon Huizink (2014), ce ne serait qu'au moment du développement de certaines zones du cerveau que les effets à long terme du cannabis deviendraient visibles. Pour ce qui est de la prématurité, du retard de croissance intra-utérin, du petit poids de naissance ainsi que des problèmes néonataux et durant la petite enfance, les études arrivent à des résultats contradictoires (CDPHE, 2015b).

3.4 TRAUMATISMES

Les études portant sur les traumatismes liés au cannabis sont axées sur les traumatismes routiers. Dans une récente revue de la littérature réalisée par l'INSPQ, les auteurs ont décrit que lors des tests cognitifs menés chez des individus ayant consommé du cannabis, les fonctions perceptuelles et psychomotrices sont grandement touchées : l'attention baisse, le temps de réaction augmente, le suivi de trajectoire et le contrôle moteur diminuent (Douville & Dubé, 2015). Selon l'OMS, l'usage récent de cannabis serait associé à une altération significative de la capacité de conduite automobile surtout chez les consommateurs occasionnels (WHO, 2016).

Les données probantes suggèrent que l'usage du cannabis est associé à l'augmentation des accidents routiers (CDPHE, 2015a; WHO, 2016). Le risque augmenterait significativement avec la concentration sanguine de tétrahydrocannabinol ou en cas de consommation concomitante d'alcool (CDPHE, 2015a; WHO, 2016).

Les données permettent donc de considérer comme probable la relation causale entre l'usage du cannabis et les accidents routiers. De nouvelles études épidémiologiques permettraient de documenter l'association entre l'usage du cannabis et les risques d'accident dans le milieu de travail (CDPHE, 2015a).

3.5 EFFETS RESPIRATOIRES

Les fumeurs réguliers de cannabis demeurent plus susceptibles de présenter des symptômes de bronchite chronique, notamment la toux chronique, la respiration sifflante ainsi que les expectorations (Abramovici, 2013; Hall & Degenhardt, 2009). Quant à l'association entre la fumée de cannabis et la survenue d'une maladie pulmonaire obstructive chronique, les résultats des études disponibles sont contradictoires (CDPHE, 2016a).

Selon une recension des écrits publiée par Santé Canada, la fumée de cannabis produit un plus grand nombre de substances cancérigènes que le tabac, et celles qu'elle contient sont souvent présentes en plus grande quantité que celles trouvées dans la fumée de tabac (Abramovici, 2013). Bien que les études

scientifiques portant sur l'association entre la fumée de cannabis et le cancer des poumons sont contradictoires (CDPHE, 2016a; WHO, 2016), les preuves semblent suffisantes pour les lésions précancéreuses des voies aériennes (CDPHE, 2016a). Par ailleurs, les données disponibles sont insuffisantes pour suggérer une association significative entre la fumée de cannabis et la survenue de l'emphysème ou des infections respiratoires (CDPHE, 2016a; WHO, 2016).

À cause de l'exposition concomitante au tabac, de nouvelles études épidémiologiques seraient requises pour mieux comprendre la relation entre la fumée de cannabis et les autres effets sur le système respiratoire.

3.6 RISQUES LIÉS À L'EXPOSITION AUX PESTICIDES

Les risques reliés à l'exposition aux pesticides contenus dans le cannabis sont mal documentés, mais semblent réels. Aux États-Unis, des cas de contamination du cannabis par des pesticides ont été rapportés en Californie (Sullivan, Elzinga, & Raber, 2013). Par exemple, lors de l'évaluation d'échantillons de cannabis médical obtenus d'un dispensaire, les concentrations de bifenthrine, un insecticide de toxicité modérée à élevée, pouvaient excéder de 85 à 1600 fois la concentration ingérable permise dans certains aliments (Sullivan et coll., 2013). Par ailleurs, durant la combustion, les produits obtenus par le chauffage peuvent former un mélange complexe de produits dont certains peuvent agir avec les pesticides créant une toxicité pouvant être plus importante que les pesticides eux-mêmes (Lorenz, Bahadir, & Korte, 1987). Contrairement aux cigarettes munies d'un filtre pouvant retenir une quantité importante de résidus volatiles et de contaminants associés à la fumée de tabac (Cai, Liu, Zhu, & Su, 2002), le filtre est généralement absent pour le cannabis. Il a été démontré que la quantité de pesticides retrouvée dans la fumée de cannabis était beaucoup plus importante dans les dispositifs ne comportant aucun filtre comparativement aux dispositifs avec filtre (Sullivan et coll., 2013).

3.7 AUTRES EFFETS POTENTIELS

Selon l'OMS, l'intoxication au cannabis pourrait induire une augmentation de la fréquence cardiaque (WHO, 2016). Certaines études ont rapporté des associations entre l'usage du cannabis et l'augmentation du risque de développer un infarctus du myocarde chez les jeunes adultes (WHO, 2016). Cependant, les preuves semblent limitées pour soutenir une telle relation (CDPHE, 2016c). Il en est de même pour l'association entre l'usage du cannabis et le risque de présenter un accident vasculaire cérébral ischémique (CDPHE, 2016c). Toutefois, certains auteurs évoquent la possibilité d'une vasoconstriction cérébrale secondaire à l'usage de cette substance (WHO, 2016). De plus, les données probantes sont limitées pour soutenir une association entre l'usage du cannabis et le risque de développer un cancer testiculaire (séminome) ou un cancer de la prostate (CDPHE, 2016c).

Toujours selon le CDPHE, les évidences scientifiques sont actuellement insuffisantes ou contradictoires concernant le risque de développer un cancer de la vessie ou une infertilité masculine (CDPHE, 2016c). Enfin, d'autres effets potentiels sur la santé en lien avec l'innocuité de la substance sont relevés dans la littérature, par exemple, l'usage de cannabis contenant des moisissures a été associé à des éclosions de salmonellose (Taylor, 1982). Pour prendre un autre exemple, des éclosions de tuberculose liées à la consommation groupée en espaces restreints ou le partage de matériel ont également été documentées (Oeltmann et coll., 2006).

4- CADRAGE DE SANTE PUBLIQUE

La légalisation du cannabis à des fins non médicales est généralement légitimée par la poursuite de différents objectifs tous compatibles, a priori, avec une vision de santé publique : mettre fin au commerce illicite, générer des revenus pour l'État (qui peuvent être réinvestis dans des programmes de prévention), ou encore réduire les méfaits associés au cannabis (judiciarisation des usagers, effets à la santé). Toutefois, aucun modèle de régulation de la production, de la distribution et de la consommation du cannabis légalisé ne favorise simultanément l'atteinte pleine et entière de ces trois objectifs. L'ordre de priorité qu'il leur est accordé influence les choix réglementaires à effectuer et la structure du système qui sera érigé.

Or, dans une perspective de santé publique, la priorité doit être accordée à la prévention ainsi qu'à la réduction des méfaits associés à l'usage du cannabis. Pour l'INSPQ, la légalisation du cannabis à des fins non médicales est l'occasion de créer un dispositif de régulation qui vise la réduction des méfaits et des risques à la santé associés à l'usage de cette substance. Cette réduction des méfaits passe par la création d'un régime d'encadrement de la production, de la distribution et de la consommation qui permet de créer un environnement et des usages à risque réduit.

Pour ce faire, le modèle de régulation ou cadre réglementaire mis en place devrait poursuivre les objectifs de santé publique suivants :

- Réduire la consommation de cannabis dans l'ensemble de la population.
- Réduire la consommation impliquant la combustion du cannabis.
- Réduire l'exposition à la fumée secondaire.
- Contrôler la puissance (teneur en THC), la sécurité (emballage) et la qualité (moisissures, pesticides et autres contaminants nocifs pour la santé humaine) des produits de cannabis offerts sur le marché licite.
- Réduire et prévenir les formes d'usage à risque (consommation intense et fréquente, de type « binge », en combinaison avec d'autres substances psychoactives, lors de la conduite de véhicules motorisés, en milieu de travail, etc.).
- Favoriser la prise en compte de la vulnérabilité de groupes particuliers (jeunes, femmes enceintes, personnes présentant des symptômes psychotiques ou celles avec un faible statut socioéconomique).

De plus, le modèle de régulation devrait assurer une cohérence d'action avec les mesures du contrôle du tabac et de l'alcool afin de ne pas favoriser de reculs dans ces dossiers, notamment de renormaliser socialement l'acte de fumer.

DOCUMENT 2

Extraits d'une analyse comparée des expériences de régulation du cannabis (extraits).

Source : OFDT

Octobre 2017

INTRODUCTION

En 2012-2013, l'Uruguay et deux États nord-américains (Colorado et Washington) ont franchi une étape inédite en légalisant la production et la vente de cannabis, au nom de la santé publique et de la lutte contre la violence générée par le trafic. Ainsi, dès 2014, près de 20 millions de personnes expérimentaient pour la première fois un régime légal inédit autorisant l'achat et la consommation de cannabis pour les adultes à des fins non-médicales.

Si les citoyens des États du Colorado et de Washington se sont prononcés par référendum pour la régulation de la production et de la vente du cannabis dans un cadre concurrentiel, la décision d'un modèle de régulation encadré par l'État a été adoptée par le Parlement en Uruguay, malgré l'hostilité de l'opinion publique.

Les effets de ces initiatives unilatérales suscitent l'attention de la communauté internationale et des pouvoirs publics. Outre le fait qu'elles modifient les conditions d'accès au produit, ces changements législatifs innovants subvertissent de surcroît l'ordre international en matière de lutte contre le cannabis car elles contreviennent aux conventions de l'ONU sur les stupéfiants (1961, 1971 et 1988). L'Uruguay a ainsi outrepassé l'injonction de l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS) à « revoir sa loi » en août 2013, tandis que les expériences menées au Colorado et Washington contredisent la loi fédérale américaine qui interdit la consommation, la vente et la détention de cannabis.

Le projet Cannalex, élaboré par l'Institut national des hautes études de la sécurité et de la justice (INHESJ) en partenariat avec l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) et le soutien du Conseil supérieur de la formation et de la recherche stratégiques (CSFRS), propose une analyse comparée des modifications législatives récentes intervenues dans certains États.

Cette étude a pour ambition originale d'observer et de mesurer les premiers effets des changements législatifs sur les dynamiques nationales et internationales des marchés du cannabis appréhendés dans leur globalité, grâce à une approche intégrant les indicateurs de l'offre, de la demande et de la régulation.

Porté par des experts du champ des drogues issus de disciplines diverses (sociologie, économie, science politique, droit pénal et sciences criminelles), la recherche Cannalex s'efforce d'apprécier les premières retombées des réformes selon trois dimensions :

- ▣ les contours du marché du cannabis (offre, trafic, consommation, répercussions économiques, taille et forme des marchés licites et illicites),
- ▣ les effets sur la société et les populations (criminalité, santé publique, économie et emploi),
- ▣ les nouvelles problématiques d'action publique afférentes à l'ouverture d'un marché légal du cannabis (répercussions fiscales, prises en charge socio-sanitaires, conséquences juridiques notamment sur le plan international, réorganisation de l'activité en matière de lutte anti-drogue).

Reposant sur l'analyse des sources officielles complétée par une centaine d'entretiens individuels et d'observations recueillies lors de deux missions d'étude menées sur chacun des trois sites (en 2015 puis en 2016), cette étude vise à explorer les conditions de mise en œuvre et les premières conséquences observables des choix de légalisation opérés au Colorado, dans l'État de Washington et en Uruguay.

Il est important de souligner que cette recherche n'entend pas prendre part au débat idéologique intense entourant la question de l'évolution du statut légal du cannabis. Au contraire, elle prétend faire preuve d'objectivité scientifique et se limite à décrire les schémas de régulation effectivement mis en place.

Du fait d'une temporalité trop courte pour apprécier l'intensité et les dimensions des effets possibles des récentes réformes, cette étude s'attachera à dégager des premières tendances observables qu'il convient d'appréhender de manière provisoire, en pointant les évolutions à surveiller dans les années qui viennent.



SANTÉ PUBLIQUE

Au Colorado comme dans l'État de Washington, mais aussi en Uruguay, les partisans de la légalisation du cannabis promettaient notamment une amélioration de la protection des mineurs et, plus généralement, une optimisation du rapport entre coûts et bénéfices pour la santé publique. À l'inverse, les opposants à la légalisation craignaient que la légalisation entraîne une hausse de la consommation de stupéfiants (en particulier de cannabis) et d'alcool, ainsi qu'un recul en termes de santé publique. Après deux ans de mise en œuvre, quel état des lieux peut-on dresser de la réforme ? Cette partie s'attache à rendre compte des tendances de consommation de cannabis (et d'autres produits psychoactifs) et des conséquences sanitaires attribuées à l'entrée en vigueur de la réforme légalisant le cannabis, sans préjuger des effets qui lui seraient directement imputables. En outre, cette première tentative d'évaluation des impacts de la réforme en termes de santé publique se heurte aux défauts des sources disponibles qui, à ce jour, ne s'étendent pas au-delà de 2015. Ce bilan porte donc sur un stade intermédiaire de mise en œuvre de la légalisation, évalué à l'aune des indicateurs officiels mis en correspondance avec le point de vue des acteurs rencontrés lors des deux missions d'étude effectuées à un an d'intervalle (en 2015 puis en 2016).

Évolutions épidémiologiques

Consommations de cannabis

En termes de prévalences d'usage, les données disponibles montrent la stabilité (voire la baisse) des consommations de cannabis parmi les jeunes âgés de moins de 18 ans, dans l'État de Washington comme au Colorado (voir graphique ci-dessous). Après deux ans de mise en œuvre de la réforme dans ces deux États classés parmi les plus consommateurs du pays, les chiffres donnent tort à la crainte d'une hausse des prévalences chez les mineurs.

La tendance apparaît moins favorable en population adulte, notamment chez les plus de 25 ans : on note une hausse d'un tiers des niveaux d'usage dans le mois au Colorado entre 2012-2013 et 2014-2015 selon le SAMHSA³⁹, alors que la tendance est inversée dans l'État de Washington (voir graphique ci-dessous). De fait, le Colorado s'est hissé en tête des États américains les plus consommateurs de cannabis, dans toutes les classes d'âge (mineurs, jeunes adultes et plus de 25 ans). Parmi les plus jeunes, il faut surtout relever la hausse de l'usage récent de cannabis (au moins une fois dans le dernier mois) au lycée (*high school*) selon les données du *Colorado Department of Public Health and Environment* (CDPHE)⁴⁰.

Ce différentiel de situation peut s'interpréter au regard des régimes de régulation mis en place dans les deux États : alors que le Colorado a été le premier État à expérimenter un système de régulation légale du cannabis, élaboré dans l'urgence et sans référence préalable, dans l'État de Washington le projet de loi avait été préparé de longue date et la mise en place a bénéficié de 6 mois de réflexion supplémentaires, ce qui a permis de tirer les leçons de l'expérience menée au Colorado.

Par ailleurs, cette situation s'explique par la place du cannabis médical dans les deux États. En effet, au Colorado comme dans l'État de Washington (et dans l'ensemble du pays), le changement observé remonte à 2009 et semble bien davantage attribuable à la diffusion du cannabis thérapeutique qu'à celle du cannabis récréatif. Alors qu'aucun dispensaire de cannabis médical n'était recensé jusqu'alors, on en comptait au

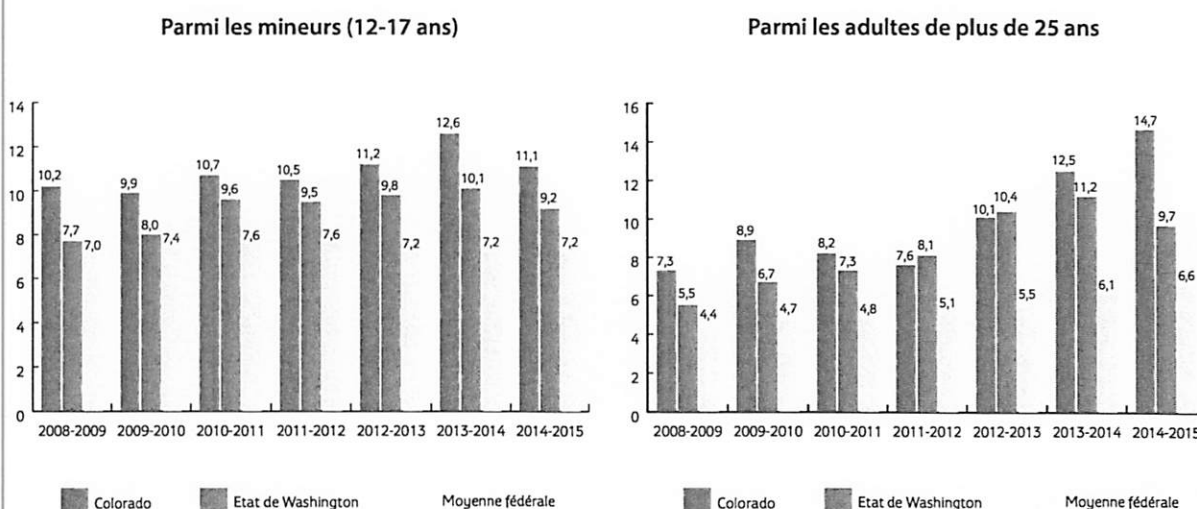
39. *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* : Agence gouvernementale de santé, responsable de l'enquête annuelle NSDUH (National Survey on Drug Use and Health).

40. CDPHE, *Environmental Epidemiology, Occupational Health and Toxicology Branch* (EEOHT), 2016.

Colorado plus de 250 dès 2009 et plus de 900 en 2010, sans réel contrôle de l'État. Ce mouvement a eu pour effet d'ouvrir l'offre aux usagers récréatifs, pour peu qu'ils disposent d'une « recommandation médicale » : l'accès au cannabis médical a donc ouvert la voie à un marché commercial parallèle, un « marché gris » échappant largement au contrôle de l'État. Donnant lieu à un marché commercial de cannabis alimenté par des « dispensaires » non régulés, l'offre de cannabis thérapeutique est donc allée de pair avec une hausse des niveaux d'usage. Dans ce contexte, la légalisation du cannabis récréatif et l'ouverture d'un marché, entrées en vigueur en janvier 2014 au Colorado, a été l'occasion, pour les autorités locales, de reprendre le contrôle du marché du cannabis médical : après avoir d'abord poussé les dispensaires vers le marché récréatif, le Colorado s'est évertué à structurer le marché du cannabis en vente libre en lien avec celui du cannabis médical, afin de mieux les séparer. Les résultats de cette politique seront donc appréciables d'ici quelques années.

En Uruguay, où la consommation de cannabis est dépénalisée depuis 1974, les effets de la réforme sont plus difficiles à appréhender car les chiffres les plus récents datent de 2014 et ne portent que sur une seule année de mise en œuvre de la réforme. Par ailleurs, des trois voies d'accès légal au cannabis prévues par la loi (autoculture, cannabis clubs, vente en pharmacie), seules les deux premières étaient en vigueur à la date de l'enquête, la vente en pharmacie ayant été plusieurs fois reportée et finalement entrée en vigueur en juillet 2017. Il semble néanmoins que tous les indicateurs uruguayens de consommation de cannabis soient orientés à la hausse (expérimentation, usage dans l'année, usage dans le dernier mois), y compris parmi les plus jeunes. Ainsi l'usage de cannabis dans le mois est passé, en population générale (15-65 ans), de 4,9 % à 6,5 % entre 2011 et 2014⁴¹. Il a aussi augmenté parmi les mineurs (voir graphique ci-dessous).

Évolution de l'usage récent de cannabis (dans le mois) - Colorado et État de Washington



Source : NSDUH, SAMHSA

À ce stade intermédiaire d'évaluation, on peut insister sur deux résultats de l'étude. Tout d'abord, la légalisation ne semble pas, à court terme, produire de retournement de tendance en termes de consommation : à l'appui des sources aujourd'hui disponibles, la réforme ne semble pas avoir infléchi les évolutions déjà à l'œuvre mais elle les a parfois amplifiées, à l'image des adultes de plus de 25 ans au Colorado dont les niveaux d'usage ont nettement progressé. Le point commun entre les trois États étudiés (Colorado, État de Washington, Uruguay) est que la consommation de cannabis y était déjà nettement orientée à la hausse avant la réforme : si, en Uruguay, on note une accélération des consommations de cannabis, dans les deux premiers États américains

41. Source : Encuesta en Hogares sobre Consumo de Drogas, Observatorio Uruguayo de Drogas.

qui ont légalisé le cannabis récréatif, les évolutions les plus significatives ont précédé la réforme. Le deuxième résultat important porte sur les adultes, usagers habituels du cannabis : dans cette population, la légalisation du cannabis récréatif est manifestement allée de pair avec un durcissement des usages, dont la fréquence d'usage tend à augmenter dans les trois États étudiés. Enfin, parmi les plus jeunes, on note un doublement de l'expérimentation des champignons hallucinogènes et de l'ecstasy ont doublé : même s'ils concernent de très faibles proportions de jeunes (moins de 2 % des élèves du secondaire), ces phénomènes d'expérimentation de drogues illicites enregistrent un essor significatif en Uruguay dans la période récente. En revanche, on observe une baisse du tabagisme et, surtout, de l'usage d'alcool, sans qu'on puisse toutefois établir de façon certaine une corrélation entre ces différents phénomènes. Ces évolutions seront à confirmer au-delà de 2014.

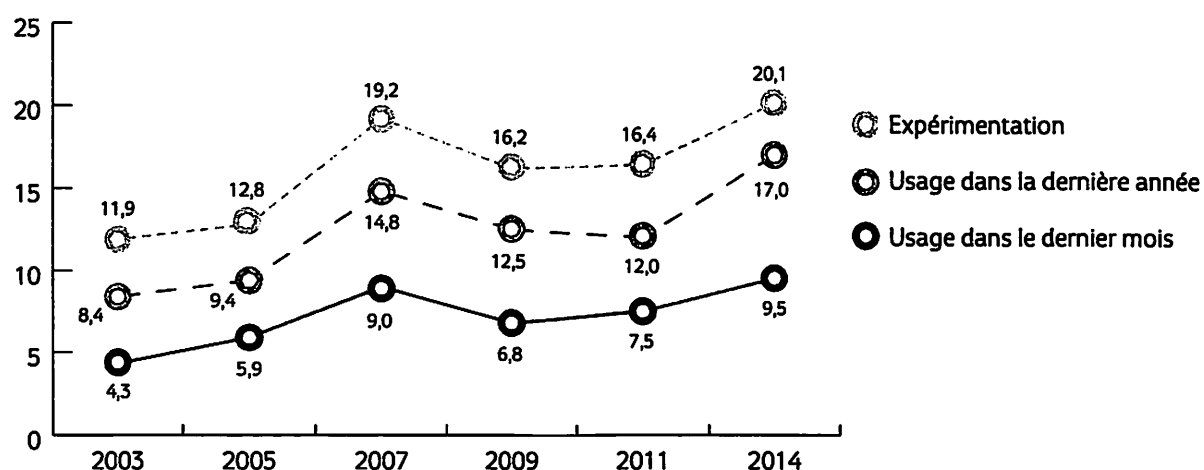
Consommations d'autres produits

Des effets de report entre produits légaux ?

Tout se passe comme si la légalisation du cannabis récréatif avait contribué à capter une part des usagers du tabac. Dans les trois États étudiés, la consommation tabagique en population générale évolue de manière inversée par rapport à l'usage de cannabis. L'hypothèse d'un report des expérimentations et des consommations de tabac vers le cannabis, si elle reste à approfondir, paraît être une piste de compréhension de l'épidémiologie des addictions à l'œuvre dans les États qui ont légalisé le cannabis récréatif.

La légalisation du cannabis récréatif s'inscrit dans un contexte de « normalisation » des consommations de produits psychoactifs : le Colorado fait partie des États américains où toutes les consommations de produits sont nettement supérieures à la moyenne fédérale : cannabis, cocaïne, alcool. Les addictions constituent donc une problématique centrale au Colorado, en particulier parmi les jeunes adultes. Cependant, depuis la légalisation du cannabis récréatif, au sein de la population jeune (12-20 ans), un effet de report des consommations régulières d'alcool sur le cannabis semble se dessiner, de même que dans l'État de Washington. L'usage d'alcool dans le dernier mois y a enregistré une diminution significative entre 2014-2015, ce qui pose la question du transfert entre consommations, hypothèse à vérifier dans les années qui viennent. On observe le même type de corrélation en Uruguay, où les courbes de prévalence de cannabis et de l'alcool évoluent de manière tout à fait opposée en population générale jeune et adulte (15-65 ans). Ces évolutions seront à confirmer au-delà de 2014.

Évolution des niveaux d'usage de cannabis en Uruguay parmi les mineurs (élèves du secondaire âgés de 13-15-17 ans)



Source : Encuesta Nacional de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media (Observatorio uruguayo de drogas)

Effets sur une problématique spécifique de consommation en Uruguay : la *pasta base*

En Uruguay, un des principaux effets attendus de la légalisation du cannabis récréatif était d'endiguer la percée de la *pasta base* (cocaïne base, extraite de la feuille de coca, qui se consomme mélangée à du tabac ou à du cannabis). L'ancien Président de l'Uruguay, initiateur de la réforme, Pepe Mujica regrettait en effet, en 2012, que les consommateurs de cannabis « *tombent sous la coupe de dealers qui leur offrent de la "pasta base" : d'une drogue bénigne, ils finissent par consommer cette dernière* », bien plus nocive. Il déplorait que les usagers récréatifs de cannabis soient « *obligés d'acheter du cannabis de mauvaise qualité importé du Paraguay, en grande partie aux mêmes acteurs criminels qui vendaient des drogues plus dangereuses comme la pasta base* » (Walsh, Ramsey, 2015).

De ce point de vue, le succès de la réforme est mitigé : l'expérimentation de *pasta base* reste marginale en population générale : si elle a baissé dans l'ensemble de la population jeune et adulte (15-65 ans), passant de 1,1 % à 0,7 % entre 2011 et 2014, elle a stagné parmi les mineurs (0,9 % en 2011 comme en 2014). Bien que ce phénomène reste circonscrit, les populations les plus jeunes semblent les plus exposées puisque l'usage de *pasta base* dans l'année concerne 7 fois plus les adolescents de 15-16 ans que les étudiants (0,5 % vs 0,08 %).

Une offre pléthorique et multiforme, en partie seulement « sécurisée »

Si les effets de la loi sur la consommation s'avèrent difficiles à apprécier, on peut d'ores et déjà observer, aux États-Unis, les conséquences de l'ouverture d'un marché à vocation commerciale sur les modes de consommation et les pratiques à risque. L'offre de cannabis disponible en boutique spécialisée s'est, en effet, considérablement élargie depuis la réforme et de nombreux usagers habituels de cannabis sont incités à essayer le produit sous de nouvelles formes : alimentaires (cookies, confiseries, pastilles à la menthe, soupes, sirops aromatisés pour agrémenter thé ou café, boissons, etc.), cosmétiques (crèmes, huiles de massage...), homéopathiques (huiles essentielles favorisant le sommeil), etc. (voir infographie page 26).

Les visites effectuées par l'équipe dans plusieurs magasins différents, au Colorado et dans l'État de Washington, assorties d'un entretien avec le fondateur du magasin *Uncle Ike's* à Seattle, ont permis d'observer les techniques d'approche commerciale des clients, invités à acheter de nouveaux produits (pour eux-mêmes mais aussi pour la famille) sur la base d'argumentaires commerciaux vantant l'attrait de tel ou tel produit selon le profil des consommateurs (ou des non-consommateurs). Rappelons à cet égard que la consommation de cannabis est prohibée dans les boutiques spécialisées comme dans l'espace public dans les deux États nord-américains. La présentation des produits s'appuie sur des techniques de valorisation commerciale éprouvées, vantant le caractère inédit du produit et présentant l'offre dans des boutiques ultra-stylisées sous un aspect esthétique et avantageux (logo, graphisme, couleurs attractives, etc.)

Ces nouvelles formes industrielles de consommation, conçues pour exciter la curiosité des consommateurs habituels mais aussi celle de publics non-initiés au cannabis, ont démultiplié les motivations d'usage, les incitations à consommer et les circonstances de consommation. On relève aussi un élargissement des modalités de consommation du cannabis, avec un recul de la voie fumée dans les nouvelles générations au profit du cannabis ingéré (sous forme d'aliment ou de boisson) ou vaporisé (surtout au Colorado). Enfin, on assiste au développement de nouveaux comportements à risque, comme le *dabbing*, au Colorado, qui consiste à fumer une forme très concentrée de cannabis (huile fumable, appelée *Butane Hash Oil*) dans un bang avec une douille spéciale chauffée au gaz (à la manière de l'opium), avec des risques de toxicité décuplés pour ce type d'usagers de cannabis.

À l'évidence, la gamme des risques afférents à ces nouvelles pratiques de consommation constitue un point de vigilance pour les années à venir. En l'absence de contrôle des produits mis sur le marché par la *Food and Drug Administration* (FDA) – compte tenu de l'interdit légal en vigueur au niveau fédéral et du classement du cannabis comme produit stupéfiant au niveau international –, l'offre de cannabis reste largement soumise aux incertitudes quant à sa composition, son dosage et sa qualité, avec notamment le problème des risques sanitaires liés à la présence de pesticides dans le cannabis cultivé.

Une large gamme de produits disponibles à la consommation



File d'attente au magasin Uncle Ike's (Seattle, quartier Capitol Hill)



Un marketing discret



Sachet de cannabis de 1 gramme (détail des ingrédients)



Pastilles à la menthe infusées au cannabis



Sirop parfumé au café et au cannabis



Huiles essentielles pour faciliter le sommeil



Soupe à la tomate infusée au cannabis

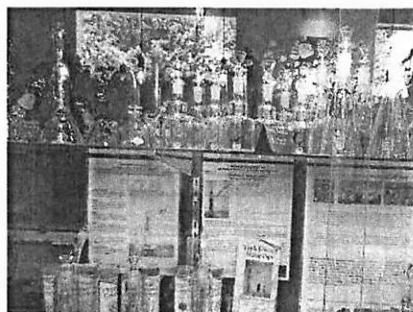


Pâtes de fruits à base de cannabis



Boisson infusée au cannabis (jouant de la référence à la légalisation)

Une offre très diversifiée d'accessoires de consommation, incluant de nouveaux instruments



Pipes, bangs et accessoires de dabbing



Cigarette électronique

Le renforcement de la sécurité sanitaire des consommateurs attendu de la réforme semble également compromis par le maintien d'un fort niveau de demande à l'égard du marché illicite, qui conserve un avantage concurrentiel décisif en termes de prix – le cannabis vendu sur le marché légal, malgré la diminution continue du prix du cannabis légalement accessible, étant particulièrement coûteux du fait de la forte taxation appliquée aux opérateurs industriels du cannabis. Le recours au cannabis illégal reste donc important dans la demande. Si une proportion non négligeable d'usagers déclare s'approvisionner en cannabis légal, la quasi-totalité des usagers acheteurs continuent néanmoins à alimenter le marché illégal.

On observe le même mécanisme de fidélité au marché illégal en Uruguay, où les usagers récréatifs de cannabis ont, certes pour certains, commencé à diversifier leurs modalités d'approvisionnement mais tout en continuant de s'approvisionner majoritairement sur le marché illégal. En effet, les acteurs locaux uruguayens ont très vite anticipé que la production légale ne suffirait pas à satisfaire la demande des consommateurs habituels, estimée à 17 136 kg/an pour 35 700 personnes. De ce fait, les usagers fréquents semblent plus enclins à privilégier le marché noir : la majorité des usagers fréquents (62 %) continuent de s'approvisionner en cannabis « pressé » (*prensado*, aussi baptisé « paraguayano » en référence au pays de provenance), produit proposé sur le marché illégal, tandis que 7 à 8 % des usagers seulement accèdent au cannabis par la voie désormais autorisée de l'auto-culture. Un an après la légalisation du cannabis, les usagers récréatifs de cannabis continuent massivement à recourir au marché illégal en Uruguay, ce qui s'explique en partie par le fait que, à la date de l'étude, les usagers n'avaient accès qu'à deux des trois voies d'approvisionnement prévues par la loi : l'auto-culture (environ 7 000 autocultivateurs) et les cannabis clubs (64 selon les dernières estimations, en cours d'agrément par l'IRCCA de septembre 2017⁴²). Ce faible attrait pour les voies d'accès légal du cannabis aujourd'hui en vigueur (auto-culture et cannabis clubs, en l'attente de la vente en pharmacie qui devrait concerner un cercle plus large de profils d'usagers) s'explique aussi par les fortes réticences à l'égard du principe d'un registre des consommateurs centralisé par un organe d'État (l'IRCCA). À cet égard, les plus réticents semblent être les auto-cultivateurs – plus d'un tiers d'entre eux (36 %) n'étant pas convaincus par la garantie de confidentialité du registre de l'IRCCA en 2016 (Boidi *et al.*, 2016). Compte tenu de l'imbrication entre les modes d'approvisionnement des usagers de cannabis, il sera particulièrement intéressant de pouvoir évaluer les impacts sur la consommation une fois que toutes les dispositions de la loi auront été mises en œuvre, c'est-à-dire à partir du dernier semestre 2017.

Perception du risque lié à l'usage de cannabis

Avec la légalisation du cannabis récréatif, la représentation de la dangerosité associée à la consommation de cannabis a accéléré son déclin. Au Colorado et dans l'État de Washington, la perception de la nocivité du cannabis atteint aujourd'hui son niveau le plus bas parmi les jeunes : seuls 17 % d'entre eux estiment qu'il est nocif de fumer du cannabis une fois par mois, soit 7 points de moins qu'au niveau fédéral (SAMHSA).

De la même manière, en Uruguay, qui faisait déjà partie des pays d'Amérique latine où la perception de la dangerosité du cannabis comptait parmi les plus faibles, la tendance à la dévaluation du risque n'a fait que s'accroître. En 2014, la quasi-totalité des jeunes Uruguayens (scolarisés dans le secondaire) estiment qu'une consommation occasionnelle de cannabis (« une ou deux fois par mois ») ne présente pas de « grand risque » (94 %)⁴³. On relève le même phénomène de recul de la dangerosité perçue pour la cocaïne et la pasta base. Tout se passe donc comme si la légalisation du cannabis récréatif avait participé à euphémiser la dangerosité des drogues illicites. Cette hypothèse méritera évidemment d'être confirmée dans les années qui viennent.

Accessibilité du cannabis parmi les mineurs

Accessibilité perçue (adolescents)

Dans tous les États étudiés, le cannabis fait partie de l'environnement quotidien des jeunes : son omniprésence dans l'espace public et sa forte accessibilité auprès des mineurs étaient avérées malgré l'interdit légal et la légalisation du cannabis récréatif n'a pas endigué cette évolution. À partir de 15 ans, une large majorité de jeunes Américains déclarent qu'il leur serait facile de se procurer du cannabis si besoin. Cette proportion progresse de façon décisive entre 14 et 15 ans, avec l'entrée au lycée (9th grade). Depuis la légalisation du cannabis récréatif, l'accessibilité perçue du cannabis reste importante mais elle n'a pas progressé, en tout cas parmi les lycéens. Elle a même reculé à l'entrée au lycée : à 15/16 ans, la proportion d'élèves déclarant qu'il leur serait facile d'acheter du cannabis a légèrement baissé entre 2012 (avant la légalisation) et 2016 (après deux ans d'application de la réforme).

42. <http://www.ircca.gub.uy/>

43. Encuesta Nacional de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media (Observatorio uruguayo de drogas)



En Uruguay également, après la réforme, le cannabis est perçu comme facilement accessible par une large majorité d'adolescents de l'enseignement secondaire (53 %), bien plus que trois ans auparavant (38 %), ce qui suggère une forte progression de l'accessibilité perçue du cannabis. À titre de comparaison, les adolescents qui estiment pouvoir facilement se procurer du cannabis sont trois fois plus nombreux que pour la cocaïne (53 % vs 16 %). Il semble que cette poussée de l'accessibilité perçue du cannabis se soit accompagnée d'un recul de l'accessibilité perçue de la cocaïne et de l'ecstasy.

Accessibilité pour les enfants

Au Colorado, une vigilance épidémiologique particulière a été mise en place afin de mesurer l'exposition des enfants de moins de 15 ans au cannabis au sein du domicile familial. Il apparaît ainsi que, en 2014-2015, environ 14 000 enfants (1-14 ans) au Colorado présentent un risque d'ingestion accidentelle de produits à base de cannabis dans le cadre domestique et 16 000 sont exposés à la fumée de cannabis au domicile (*secondhand exposure to marijuana*). Par ailleurs, la proportion d'enfants vivant dans un foyer où le cannabis est conservé au sein du domicile était évalué à près de 8 % en 2015, sachant que, dans la plupart des cas, le cannabis est conservé dans un endroit sûr, hors de portée des enfants voire sous clé. Près de 4 % des enfants vivent dans un foyer où du cannabis a été consommé au cours des 30 derniers jours mais la grande majorité ont été mis en garde par leurs parents sur les risques liés à l'ingestion de cannabis (CDPHE, 2016). Quelques mois après la mise en place de la réforme, des règles de conditionnement des produits du cannabis ont été édictées en 2015, imposant des normes d'emballage opaque et sécurisé afin de protéger les mineurs. Le conditionnement et la distribution des produits alimentaires à base de cannabis figurent parmi les principaux ajustements réglementaires opérés au Colorado.

Évaluation de l'impact de la réforme de la législation sur le cannabis en France

Conséquences sanitaires aiguës

Parmi les problématiques de santé publique communes au Colorado et dans l'État de Washington, introduites par l'ouverture d'un marché légal du cannabis, on peut citer la montée en charge :

- ✱ des intoxications cannabiques présumées : si les appels aux centres anti-poison ont reculé au Colorado après un pic à 250 appels la première année, ils ne faiblissent pas dans l'État de Washington, où ils ont augmenté de 50 % dès la première année de légalisation (passant de 158 à 246 entre 2013 et 2014) avant de poursuivre leur progression (+ 17 %, soit 286 appels en 2016) ;
- ✱ des recours aux urgences, surtout au Colorado – notamment pour les touristes : l'ouverture de la vente de cannabis récréatif au détail s'est traduite dans un premier temps par une hausse significative des recours aux urgences hospitalières pour un problème lié au cannabis, passés de 7,4 pour 1 000 consultations d'urgence (2010–2013) à 9,6 ‰ (de janvier 2014 à juin 2015) : ce phénomène s'explique par l'attrait des touristes pour cette nouvelle offre (en 2014, 2 achats sur 5 étaient effectués par des non résidents) ;
- ✱ et surtout, des hospitalisations en lien avec une exposition au cannabis : au Colorado, le ratio est passé de 0,8 à 2,4 cas d'hospitalisation liée au cannabis pour 100 hospitalisations, entre la commercialisation du cannabis médical (2001-2009) et la légalisation du cannabis récréatif (de janvier 2014 à juin 2015).

Il faut souligner toutefois que ces conséquences sanitaires aiguës, notamment les appels aux centres anti-poison, ont touché des publics très différents selon la forme du cannabis consommé. Ainsi, au Colorado en particulier, les cas d'intoxication présumée liée aux *edibles* ont été plus couramment rapportés pour de jeunes enfants ou, au contraire, des adultes de plus de 25 ans (ayant, pour certains, repris une consommation occasionnelle mais avec des produits plus fortement dosés). À l'inverse, les produits fumables seraient plus souvent source d'intoxication parmi les jeunes : adolescents et pré-adolescents (9-17 ans) ou jeunes majeurs (18-24 ans).

Modalités de consommation élargies et nouvelles pratiques à risque

L'ouverture d'un marché légal du cannabis à vocation commerciale, au Colorado et dans l'État de Washington, est allée de pair avec une reconfiguration des pratiques d'usage et une diversification des modalités de consommation du cannabis. Si la forme fumée reste largement majoritaire, quelle que soit la classe d'âge, des modes alternatifs de consommation se sont rapidement développés. Ainsi, le cannabis fait l'objet d'une multitude de pratiques d'usage : fumé, ingéré sous forme de pilule, d'aliment ou de boisson, vaporisé, fumé comme de l'opium (*dabbing*) ou même sous forme de patch.

C'est dans les plus jeunes générations que la forme fumée du cannabis est la moins populaire : dans l'État de Washington, en 2016, seuls deux tiers des usagers de cannabis parmi les plus jeunes (13-14 ans) déclarent avoir consommé du cannabis sous forme fumée dans le dernier mois (67 %), alors qu'ils représentent près des trois quarts des usagers âgés de 17-18 ans (74 %) et au moins 80 % après 18 ans au Colorado⁴⁴. Ce constat suggère l'hypothèse d'une reconfiguration des modalités de consommation dans les nouvelles générations, avec une montée en puissance de la forme comestible : près de 20 % des consommations des jeunes et 40 % de celles des jeunes adultes (jusqu'à 35 ans).

À la faveur de ce contexte d'exaltation des différentes manières et formes de consommer du cannabis, de nouvelles pratiques d'usage à risque se sont fait jour, comme le dabbing, très populaire au Colorado parmi les jeunes adultes (18-25 ans et 26-34 ans). En 2015, plus d'un tiers des usagers récents interrogés au Colorado auraient ainsi pratiqué le *dabbing*.

De la même manière, des entretiens auprès de gérants de cannabis socio-clubs à Montevideo suggèrent que les consommateurs de cannabis recherchent des produits diversifiés tels qu'une herbe de cannabis très titrée en THC ou encore de la résine⁴⁵. Il est fort probable que la recherche de diverses modalités de consommation de cannabis se diffuse en Uruguay comme dans d'autres pays, et ce quel que soit le modèle de régulation du cannabis en vigueur.

Accès aux soins

Alors que les données disponibles en Uruguay ne permettent pas de mesurer l'évolution des demandes de traitement liées au cannabis depuis la réforme, les données du Colorado et de l'État de Washington permettent de dresser de premiers constats.

Un recul généralisé de l'accès aux traitements (cannabis et alcool)

Un des effets notables de la réforme tient à la baisse des demandes de traitement liées au cannabis, au Colorado comme dans l'État de Washington (données disponibles pour le seul comté de King, incluant la ville de Seattle). D'après les rapports du *Rocky Mountain High Intensity Drug Trafficking Area* (HIDTA), en 2014, on comptait environ 6 000 demandes de traitement liées au cannabis au Colorado et 1 400 dans l'État de Washington (deux fois moins que pour l'alcool, dans un cas comme dans l'autre). Si cette baisse était antérieure à la légalisation du cannabis récréatif, la réforme ne l'a pas ralentie. Dans les deux États, les demandes de traitement liées au cannabis, en augmentation entre 2004 et 2008, ont commencé à décroître à partir de 2009. Cette baisse est également perceptible pour les demandes de traitement liées à l'alcool, au Colorado comme dans l'État de Washington.

Une baisse des demandes de traitement parmi les plus jeunes

En l'absence de données pour le Colorado, on peut retracer les demandes de traitement liées au cannabis en population jeune (15-19 ans) dans l'État de Washington, en baisse depuis 2011. Si le cannabis reste majoritaire parmi les demandes de traitement au titre d'un produit (dépassant le seuil des 70 %, contre 11 % pour l'alcool), le ratio du nombre de jeunes d'une classe d'âge recourant aux traitements liés au cannabis est en baisse caractérisée depuis 2013. Ainsi, en 2015, on comptait environ 7,5 demandes de traitement liées au cannabis pour 1 000 habitants âgés de 15 à 19 ans, contre près de 10 en 2012. Ce rythme de décroissance est plus marqué que pour les demandes de traitement au titre d'autres substances. Cela signifie que la baisse des usages de cannabis dans les nouvelles générations se traduit par un recul des demandes de traitement liées au cannabis.

Regain des demandes de traitement liées au cannabis parmi les adultes

Dans l'État de Washington, le recul des demandes de traitement en population jeune contraste avec la hausse constatée en population adulte. Les recours au traitement ont en effet augmenté de près de 7 % entre 2013 et 2014, passant de 17 199 à 18 330 demandes de prise en charge par an. Cette hausse s'inscrit dans un contexte de baisse des demandes de traitement pour tous les autres produits, y compris l'alcool. En 2015, le cannabis représente ainsi seulement 10 % des demandes de traitement liées au cannabis parmi les adultes, contre 51 %

44. Sources : Washington State Healthy Youth Survey 2016 et Colorado Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) 2015.

45. Entretien avec Laura Blanco, Uruguay, 2016.



pour les autres stupéfiants et 39 % pour l'alcool⁴⁶. En revanche, le cannabis est souvent présent comme produit associé lors des demandes de traitement au titre d'un autre produit : dans 25 % des cas, il est cité comme produit secondaire à l'origine de la demande de prise en charge (vs 15 % pour l'alcool). Le phénomène est identique au Colorado où la part des plus de 26 ans admis en traitement augmentant régulièrement ; un phénomène à relier avec la très forte augmentation des prévalences d'usage dans cette population.

Dans les deux États nord-américains qui ont été les premiers à légaliser le cannabis récréatif, on ne relève pas de retournement de tendance en matière de consommations de cannabis parmi les plus jeunes. En revanche, parmi les adultes (en particulier au-delà de 25 ans), tout se passe comme si la légalisation avait eu un effet désinhibant, avec parfois, dans cette population, des conséquences sanitaires aiguës (intoxication et recours aux urgences). Les cas d'hospitalisation liés à une exposition au cannabis comestible comptent parmi les principaux effets indésirables et non anticipés de la réforme en termes de santé publique.

La réforme a aussi eu pour effet d'euphémiser la représentation des risques liés au cannabis et de décourager les demandes de traitement au titre de ce produit parmi les jeunes, au Colorado comme dans l'État de Washington. La « normalisation » du cannabis semble donc avoir gagné du terrain, en particulier au sein des nouvelles générations, même si cette évolution ne s'est pas traduite par une hausse des consommations parmi les mineurs. Il reste néanmoins difficile d'imputer ces évolutions à la légalisation du cannabis récréatif : elles peuvent tout aussi bien résulter des lois antérieures sur le cannabis médical, de la reconfiguration des marchés du cannabis (licite ou illicite) ou de la concurrence d'autres produits.

Au-delà de ces convergences nord-américaines, les évolutions apparaissent contrastées. Au Colorado, une résurgence des consommations régulières de cannabis est observée en population adulte, laissant penser que l'accessibilité croissante du cannabis légal a favorisé les consommations intensives parmi les usagers occasionnels et réguliers : cet État se singularise, plus généralement, par des prévalences d'usage très supérieures à la moyenne fédérale, pour le cannabis comme pour la cocaïne et l'alcool, ce qui soulève un questionnement sur les facteurs socio-culturels favorisant l'accessibilité aux produits psychoactifs dans cette partie du territoire étasunien. Alors que le Colorado s'est trouvé propulsé en tête des États américains les plus consommateurs de cannabis, le rang de l'État de Washington a, au contraire, reculé et la progression des usages parmi les adultes semble plus contenue dans cet État dont le système de régulation a été pensé de longue date et conçu de manière à éviter les écueils observés au Colorado (autour, notamment, de la vogue des produits alimentaires).

Néanmoins, les contradictions entre le modèle commercial « à l'américaine » et les objectifs de santé publique de la réforme s'illustrent dans le développement rapide de l'offre légale de cannabis, de plus en plus polymorphe, attractive et habile à contourner les interdictions de publicité et de marketing. Le premier retour d'expériences fait donc peser quelques incertitudes sur les effets d'un déploiement de l'industrie émergente du cannabis sur la santé publique et la protection de la jeunesse : à cet égard, plusieurs chercheurs, en particulier Robin Room et Mark Kleiman, dénoncent les schémas de régulation « à l'américaine » qui ont, selon eux, perdu de vue les objectifs de santé publique qui seraient mieux garantis par un monopole d'État plutôt que des licences privées (Room 2014).

En Uruguay, la situation semble plus difficile à évaluer compte tenu des sources d'information encore très limitées. La commission d'évaluation, qui avait été annoncée pour légitimer la réforme et attester du sérieux de ses promoteurs, a été dissoute et aucune évaluation formalisée n'a été livrée à ce stade, sachant que la principale voie d'accès au cannabis légalisé, la vente en pharmacie, est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2017. Ainsi, la légalisation du cannabis récréatif, qui n'a été mise en place que de façon partielle du fait du report de la vente en pharmacie, a tout de même favorisé la hausse des consommations de cannabis en population générale mais n'a pas participé de manière décisive à l'éradication de la problématique de la consommation de *pasta base*, qui constitue un sujet de préoccupation persistant des pouvoirs publics.

46. Source : SCOPE and NWHIDTA.

De la prohibition des drogues à la réduction des risques liés à leur usage

Note prospective sur une antinomie juridique
Renaud Colson

La prohibition qui pèse sur les stupéfiants n'est pas l'écho juridique d'un interdit anthropologique immémorial. C'est une institution récente qui s'est développée au début du XX^{ème} siècle, dans un certain nombre d'États occidentaux, avant d'être progressivement étendue à l'ensemble du globe par plusieurs traités internationaux. En France, l'idée prohibitionniste prend juridiquement corps pendant la Première Guerre mondiale. Destinée à « protéger la santé et la morale de la nation », la loi du 12 juillet 1916 sanctionne la vente, l'achat et l'emploi des opiacés et du haschich, et punit leur usage en société. Le dispositif est résolument répressif et ne prévoit aucun volet sanitaire.

Le droit positif qui, à l'origine, traitait l'usage de stupéfiants comme un problème criminel justifiant une répression de type classique s'est progressivement ouvert à des mesures de sûreté curatives applicables aux toxicomanes. Cette approche s'est exprimée avec force dans la loi du 31 décembre 1970 « relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses ». Dans ce texte, le législateur assimile la consommation de stupéfiants à une pathologie et organise le traitement médico-social des toxicomanes. L'esprit du droit demeure fondamentalement prohibitionniste : l'usager de drogues est considéré comme un délinquant passible d'une peine d'un an de prison. Il peut néanmoins prétendre échapper aux poursuites judiciaires s'il s'engage dans une démarche thérapeutique ayant l'abstinence pour finalité.

Les dispositions de la loi de 1970, aujourd'hui intégrées au Code de la santé publique et au Code pénal, constituent toujours le socle du droit de la drogue français. Elles ont pour objectif de contraindre les usagers de stupéfiants, par le soin ou la sanction, à renoncer à leurs pratiques. Mais progressivement, à la faveur d'interventions législatives rendues nécessaires par la persistance des consommations illicites, d'autres dispositifs ont été mis en place : libéralisation de la vente, puis développement de programmes d'échange de seringues, ouverture de structures d'accueil à « bas-seuil », autorisation de traitements de substitution aux opiacés, et, très récemment, ouverture de deux salles de consommation à moindre risque... Ces mesures, dites de « réduction des risques », visent à traiter les conséquences sanitaires et sociales les plus néfastes de l'usage de drogues sans exiger de leurs destinataires qu'ils abandonnent, du moins immédiatement, leurs consommations.

Devant les succès de cette stratégie, qui s'est développée à l'origine en dehors de tout cadre juridique et souvent à la limite de la légalité, les parlementaires les plus réticents se sont inclinés. Le principe de la réduction des risques a été consacré par la loi du 9 août 2004 qui organise la prévention « des dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie » (article L. 3121-4 du Code de la santé publique). Les mesures d'aménagement à la marge sont devenues une politique publique à part entière. Mais cette reconnaissance légale de la réduction des risques révèle-t-elle pour autant un changement de politique juridique ? Rien n'est moins sûr. En effet, et aussi surprenant que cela paraisse, on n'a jamais autant puni les usagers de drogues qu'aujourd'hui. À la faveur d'une hausse continue des interpellations et de l'apparition de modes accélérés de traitement des délits, la punition des « drogués » est devenue une réalité institutionnelle incontournable de ces vingt dernières années. Comment le droit peut-il conférer un statut légal à des dispositifs destinés à sécuriser les conditions de consommation de produits dont l'usage est par ailleurs interdit et

massivement sanctionné ? Répondre à cette question requiert de se pencher sur l'articulation de la prohibition et de la réduction des risques, deux logiques juridiques apparemment antinomiques dont les dynamiques respectives laissent présager, à plus ou moins long terme, la substitution de la seconde à la première.

La réduction des risques liés à l'usage de drogues s'est développée sous la forme d'expérimentations sanitaires et sociales isolées, un archipel de mesures ne faisant pas vraiment système. Il est néanmoins possible d'y voir l'expression d'un modèle d'action publique cohérent entrant en contradiction avec le principe prohibitionniste auquel elle déroge.

Les politiques publiques inscrites dans l'ordre du droit évoluent dans le temps et varient dans l'espace. Il convient donc d'insister en préambule sur la variété des formes institutionnelles que peuvent revêtir la prohibition des drogues et la réduction des risques liés à leur usage. Il est néanmoins possible de modéliser chacune de ces approches, au risque de les simplifier, afin de saisir la spécificité de leurs logiques respectives.

Le modèle prohibitionniste peut être résumé en une phrase : « L'interdiction générale et absolue de tout usage, de tout commerce et de toute production de drogues illicites, sous peine de sanctions répressives ». Les dispositifs juridiques mis en œuvre dans ce cadre ont pour finalité essentielle l'éradication de la consommation de stupéfiants. Ils mobilisent les forces de l'ordre et la justice pour apporter une réponse punitive rigoureuse aux trafics de drogues, mais également à leur simple usage. L'une des conséquences en est la marginalisation des consommateurs qui, dès lors qu'ils refusent l'objectif d'abstinence imposé, font l'objet de mesures sanitaires ou pénales contraignantes. La mesure du succès du modèle prohibitionniste dépend avant tout de la consommation globale de drogues illicites, indépendamment d'autres variables sanitaires et sécuritaires.

La réduction des risques repose pour sa part sur un raisonnement différent : « Il vaut mieux ne pas consommer de drogues, mais, si certains en consomment néanmoins, il convient de les encourager à utiliser les produits les moins dangereux dans un cadre sécurisé ». Le postulat de cette approche est qu'il n'est pas de société sans drogue. Dans cette perspective, la finalité du droit n'est plus l'éradication de la consommation de stupéfiants, mais la réduction de ses conséquences les plus néfastes. La mise en œuvre de cet objectif repose sur la mobilisation des professionnels de santé et des travailleurs sociaux, qui prodiguent informations sanitaires et accompagnement social. Les dispositifs de réduction des risques, en n'exigeant pas des usagers l'arrêt immédiat de leur consommation, présentent une forte dimension inclusive. La mesure du succès de cette approche réside dans des indicateurs de santé publique, de sécurité publique et d'intégration sociale, non dans le niveau général de consommation de drogues.

Le modèle prohibitionniste et celui de la réduction des risques apparaissent théoriquement inconciliables, tant sur le plan des finalités que des modalités de mise en œuvre. Mais ils sont en pratique tous deux consacrés par le droit français, au risque de la contradiction. Dès lors que l'usage de stupéfiants est élevé au rang de délit, le Code pénal (article 121-7) requiert de sanctionner le complice « qui sciemment, par aide ou assistance, en a facilité la préparation ou la consommation ». N'est-ce pas précisément là l'objet des dispositifs institutionnels de réduction des risques : aider et assister les consommateurs de stupéfiants dans leurs pratiques pour les sécuriser ? La juxtaposition, dans l'ordre du droit, d'un principe prohibitionniste et d'une politique de réduction est ainsi constitutive d'une antinomie, une figure juridique qui se caractérise par la coexistence de normes contradictoires.

Deux normes juridiques en contradiction ne sont pas des propositions dont l'une est vraie et l'autre fautive, mais plutôt des « directives relatives à un même objet » et incompatibles entre elles. Sachant

que « les règles de droit ne sont pas appliquées telles qu'elles sont énoncées [...] mais telles qu'elles sont interprétées », l'antinomie n'existe que si l'incompatibilité entre règles juridiques est reconnue par les autorités officielles en charge de leur interprétation. Dans le champ du droit de la drogue, la contradiction est généralement passée sous silence, l'interdit pénal s'effaçant discrètement à mesure que le risque sanitaire croît. Ainsi, la libéralisation par décret de la distribution des seringues a donné lieu, en son temps, à de fortes résistances, mais aucune décision juridique n'a constaté son incompatibilité avec les textes législatifs prohibitionnistes. Cette discrétion remarquable des interprètes officiels du droit sur les contradictions légales dont sont porteurs les dispositifs de réduction des risques a permis leur développement à bas bruit.

C'est le projet d'ouverture des salles de consommation à moindre risque, espaces d'accueil où les usagers peuvent consommer leurs drogues dans de meilleures conditions d'hygiène et de sécurité, qui a rendu explicite le conflit juridique entre le principe prohibitionniste et la politique de réduction des risques. Une expertise collective de l'Inserm ayant mis en lumière les résultats très positifs de ces salles à l'étranger, le gouvernement a envisagé leur expérimentation en France. Mais, saisie d'un projet de décret en ce sens, la Section sociale du Conseil d'État a rendu un avis défavorable au motif que l'ouverture d'espaces où « sont accueillis des usagers de substances psycho-actives qui consomment sur place des substances qu'ils apportent » méconnaissait l'interdiction pénalement sanctionnée de l'usage de stupéfiants mentionnée à l'article L. 3421-1 du Code de la santé publique. Cet avis a amené le Parlement à intervenir pour autoriser par voie légale, à titre expérimental et pour une durée limitée, l'ouverture de salles de consommation à moindre risque, et à édicter une immunité pénale pour les personnes y faisant usage de drogues et les professionnels qui les accompagnent à cette occasion.

Cette séquence montre bien comment les antinomies juridiques requièrent, pour être résolues, que la suprématie soit accordée à l'un des membres de la contradiction sur l'autre. Illustration de la supériorité du principe prohibitionniste sur la logique de réduction des risques, l'avis du Conseil d'État n'était certes pas un obstacle dirimant à l'ouverture de salles de consommation. Le législateur l'a d'ailleurs finalement autorisée, mais au prix d'une longue gymnastique juridique établissant une exception à la règle générale. En dépit de sa reconnaissance légale comme un axe de la politique de santé publique depuis 2004, la réduction des risques demeure juridiquement subsidiaire. Sa progressive montée en puissance n'entame apparemment en rien le modèle prohibitionniste. Tout au plus établit-elle certaines dérogations au principe d'interdiction, lequel cède le pas, ponctuellement et dans des cas limites clairement identifiés. Ce type d'ajustement légal suffit à maintenir une cohérence technique au droit en vigueur. Mais c'est au risque d'entamer son harmonie idéologique, laquelle ne pourra se reconstituer qu'en substituant un modèle juridique à l'autre.

L'analyse juridique de la politique française de lutte contre les drogues éclaire son caractère potentiellement contradictoire, entre une logique de réduction des risques en expansion et un principe prohibitionniste indéboulonnable. Dans une perspective dynamique, cette combinaison peut s'interpréter comme l'indice du basculement d'un modèle à l'autre, le premier voyant sa validité se renforcer au détriment du second avant de s'y substituer progressivement.

Le développement des mesures de réduction des risques, dont l'ouverture de salles de consommation constitue un exemple paradigmatique, témoigne d'un lent processus de corrosion du principe prohibitionniste. Celui-ci perd, dans certains contextes, sa force au profit de dispositifs qui autorisent de jure la détention de drogues illicites pour en domestiquer l'usage. Ce mouvement peut s'interpréter comme un affaiblissement de la validité juridique de l'interdit pesant sur les produits stupéfiants.

On peut concevoir, suivant les travaux de François Ost, la validité juridique d'une règle ou d'une institution comme le produit d'un équilibre entre sa légalité, sa légitimité et son effectivité²³. Dans cette perspective, la validité du principe prohibitionniste comme celle des règles de réduction des risques sont susceptibles d'être établies en référence à trois critères distincts. Premièrement, leur validité formelle, c'est-à-dire leur légalité, leur conformité aux standards d'appartenance à un système de droit déterminé. Deuxièmement, la validité empirique de ces normes, c'est-à-dire leur effectivité, le degré d'obéissance que leur accordent les destinataires dont elles ont vocation à encadrer le comportement. Troisièmement, leur validité axiologique, leur légitimité qui se concrétise par leur conformité à certaines valeurs méta-positives.

Ces trois pôles, pour être différenciés, n'en sont pas moins interdépendants : les trois dimensions de la validité interagissent. Si l'on admet que ces critères, susceptibles de degrés, délimitent différents champs de validité se recoupant partiellement, on doit nécessairement concevoir la validité juridique comme un phénomène pluriel et gradualiste. Afin de visualiser cette conception, François Ost la présente sous la forme de trois cercles sécants, chacun représentant l'un des aspects de la validité.

La vie du droit s'illustre ainsi par l'existence de normes et de dispositifs juridiques formellement valides qui demeurent inappliqués ou sont vigoureusement contestés sur le terrain des valeurs. Le droit de la drogue n'échappe pas à ce constat. Ses évolutions au cours des trente dernières années démontrent que le modèle prohibitionniste voit sa validité juridique s'affaiblir.

La prohibition, incapable d'atteindre ses objectifs, est ineffective. Certes, les forces de l'ordre interpellent et les institutions judiciaires sanctionnent, mais sans succès. La prévalence de l'usage de drogues illicites n'apparaît déterminée que marginalement par le régime juridique en vigueur. Et la rigueur de la répression ne fait pas baisser le niveau de consommation. Quant aux réseaux de trafiquants, ils sont rarement démantelés, et le cas échéant immédiatement reconstitués. La dimension industrielle prise par la production et les trafics de drogues, malgré des décennies de lutte policière et judiciaire, ruine l'espoir d'une riposte pénale significative.

Le constat de l'ineffectivité de la prohibition affecte la légitimité de cette norme. En dépit du bruit de fond généré par le populisme pénal, la répression des consommateurs de drogues ne fait l'objet d'aucun consensus. La normalité sociale de l'usage de stupéfiants est attestée par une consommation massive et par le traitement complaisant que lui réservent les médias de masse. Les experts en addictologie laissent entendre que l'interdit ne constitue pas la réponse la plus opératoire aux défis de santé que pose la toxicomanie, et certains policiers n'hésitent plus à pointer son caractère contre-productif en termes de sécurité publique. Il en résulte un affaiblissement du principe prohibitionniste qui, s'il conserve le bénéfice de la légalité, est par ailleurs de plus en plus contesté. À l'inverse, les dispositifs de réduction des risques voient leur validité juridique se renforcer. Ils se sont développés à l'origine en dehors du droit, mais leur effectivité et leur légitimité ont finalement amené le législateur à les consacrer dans la loi.

La dynamique qui caractérise le droit de la drogue français laisse imaginer, à terme, la perte totale de validité du modèle prohibitionniste. L'ineffectivité du principe d'interdiction fragilisant ses fondements axiologiques, celui-ci est destiné à s'effacer progressivement pour que s'y substitue une logique de régulation, laquelle peut seule permettre un développement plus vigoureux de la réduction des risques.

Jusqu'à maintenant, celle-ci a été essentiellement orientée vers la prévention des infections et des surdoses mortelles, et vers la prise en charge des troubles psychiatriques aigus associés à la consommation de drogues illicites. Mais le champ d'intervention de la réduction des risques n'est pas théoriquement limité aux usages les plus problématiques des drogues illicites les plus dures. Il est

susceptible de s'étendre à l'ensemble des consommations, y compris celles des personnes non toxicodépendantes, et à toutes les drogues qu'elles soient illicites ou non. Dans cette perspective, on peut imaginer que l'usage récréatif et occasionnel de cannabis ou de cocaïne fasse l'objet d'une information sanitaire sincère sur les risques associés à ces produits et sur les modes de prise les moins dangereux. Par un mouvement inverse, l'interdiction de présenter l'usage de stupéfiants sous un jour favorable pourrait être étendue à l'alcool, dont la publicité est aujourd'hui autorisée en dépit de sa nocivité. S'engager dans cette direction requiert néanmoins de relativiser le principe prohibitionniste et la *summa divisio* qu'il institue entre drogues licites et drogues illicites.

La logique de réduction des risques peut être encore approfondie en l'appliquant non seulement aux dommages causés par l'usage de drogues, mais également à ceux engendrés par la politique des drogues elle-même. Il est aujourd'hui acquis que l'interdit juridique pesant sur des stupéfiants induit un certain nombre de conséquences sanitaires et sécuritaires indésirables. La prohibition s'accompagne de la constitution d'une économie informelle propice à la circulation de produits d'autant plus dangereux pour les consommateurs qu'ils ne font l'objet d'aucune traçabilité et d'aucun contrôle de qualité. Par ailleurs, en l'absence d'instance tierce de règlement des différends commerciaux entre trafiquants, c'est la loi du plus fort qui s'applique à leurs relations. La violence du marché de la drogue, qui compte parmi les externalités négatives les plus graves de la prohibition, n'affecte pas uniquement les consommateurs et les vendeurs : elle concerne la société dans son ensemble. Réduire ces risques sanitaires et sécuritaires n'est possible que dans le cadre d'une régulation juridique des drogues aujourd'hui illicites. Il faut pour cela abandonner le principe même de l'interdit et envisager une légalisation contrôlée des produits jusqu'alors prohibés.

Si l'on admet, avec Ulrich Beck, que dans nos sociétés post-industrielles les politiques publiques sont de plus en plus déterminées par la connaissance scientifique des risques qu'elles engendrent, il est probable que l'analyse rigoureuse de la prohibition des drogues ne donne lieu, à plus ou moins long terme, à sa remise en cause. Un imposant corpus pluridisciplinaire développé par les sciences sociales et les sciences médicales témoigne de l'échec de la « guerre à la drogue » et des dangers qu'elle fait courir à la santé et à la sécurité publiques. En s'efforçant d'éradiquer les drogues par une politique répressive, le législateur a créé de nouveaux périls. Face à ceux-ci, il faut souhaiter que le paradigme de la réduction des risques continue à se renforcer pour passer progressivement du statut d'exception à la règle prohibitionniste à celui de principe régulateur des politiques de lutte contre la drogue.



MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION, DU TRAVAIL
ET DE LA MODERNISATION
DE L'ADMINISTRATION,
en charge du numérique
DIRECTION GÉNÉRALE
DES RESSOURCES HUMAINES

CONCOURS EXTERNE POUR LE RECRUTEMENT
D'ATTACHÉS D'ADMINISTRATION
DE LA FONCTION PUBLIQUE
DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE

Domaine : « Gestion du secteur sanitaire et social »

Deuxième épreuve d'admissibilité :

Rédaction d'une note ayant pour objet de vérifier l'aptitude à l'analyse d'un dossier soulevant un problème sanitaire et social rencontré par la Polynésie française dans la mise en œuvre de ses compétences

Jeudi 6 janvier 2022
(Durée : 4 heures, coefficient 4)

Le sujet comporte 26 pages (page de garde incluse)

Aucun autre document n'est autorisé

Important :

- Tout document personnel ou appareil électronique non autorisé est interdit ;
- Votre identité ne doit figurer que dans la partie supérieure de la copie d'examen. Toute mention d'identité, signature, initiale, paraphe sur toute autre partie de votre copie entraînera son annulation ;
- Pour rédiger, seul l'usage d'un stylo noir ou bleu (à bille non effaçable, feutre, plume) est autorisé. L'utilisation d'une autre couleur pour écrire ou souligner, sera considérée comme un signe distinctif, de même que l'utilisation d'un surligneur, entraînant l'annulation de votre copie ;
- Les feuilles de brouillon ne sont pas prises en compte ;
- Tout candidat doit remettre une copie, même blanche. Dans cette hypothèse, il signe sa copie en indiquant « copie blanche »
- Si vous composez sur plusieurs pages, bien vouloir mentionner l'ordre de lecture de celles-ci. Par exemple : 1 / 4, 2 / 4, 3 / 4 et 4 / 4, etc.

Sujet :

Le nouveau Ministre en charge de la santé et des affaires sociales, souhaite ardemment que des moyens pour lutter contre l'obésité en Polynésie française, soient mis en place.

Aussi, en votre qualité de conseiller technique au sein du ministère concerné, le Ministre vous demande de rédiger une note, laquelle devra faire le point sur ce sujet sensible, compte tenu de son intention d'en aviser les autres ministres ainsi que le Président de la Polynésie française. Vous veillerez également à préciser l'importance de la problématique que peut représenter l'obésité, les stratégies développées, ainsi que celles qui seraient éventuellement à mettre en œuvre.

Liste des documents :

DOCUMENT 1 : Loi organique n° 2004-192 du 27 février 2004 portant statut d'autonomie de la Polynésie française (extraits) – 2 pages

DOCUMENT 2 : Extraits des Conclusions du rapport du CESC n° 154 : « *Le Diabète : un défi vital pour la Polynésie* » (extraits) – 2 pages

DOCUMENT 3 : PASCAL-HEILMANN E., « *En Polynésie, le Covid prospère en raison du fléau de l'obésité* », 25 août 2021 – 1 page

DOCUMENT 4 : « *La Cour des comptes envisage la refondation de la politique de prévention* », 6 décembre 2021, www.hospimedia.fr (extraits) – 1 page

DOCUMENT 5 : « *La surexposition des enfants aux écrans pourrait être le mal du siècle* », article in *Tribune, Le Monde*, 10 décembre 2021 (extraits) – 1 page

DOCUMENT 6 : Extraits du Rapport parlementaire sport et santé dans les outre-mer, n° n°2502, Assemblée nationale, 12 décembre 2019, Députés Maud PETIT – 2 pages

DOCUMENT 7 : Note de l'Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale (ARASS), « *Bilan des actions de prévention contre l'obésité en Polynésie française* », 1^{er} décembre 2020 – 4 pages

DOCUMENT 8 : « *Les orientations stratégiques 2016-2025 et le schéma d'organisation sanitaire 2016-2021 de la Polynésie française* », Plaque de présentation – 3 pages

DOCUMENT 9 : Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques : « *Évaluation des politiques de prévention en santé publique* », M. Régis JUANICO et Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe rapporteurs – 4 pages

DOCUMENT 10 : Enquête santé 2010 en Polynésie française : surveillance des facteurs de risque des maladies non transmissibles (Résumé) – 2 pages

DOCUMENT 11 : MOULIN S., « *Record de l'obésité en Océanie* », (extraits), www.stephnaie.moulin@francetv.fr – 2 pages

TITRE III : LES COMPÉTENCES (Articles 13 à 62)

Chapitre Ier : La répartition des compétences entre l'Etat, la Polynésie française et les communes.

Article 13 :

Les autorités de la Polynésie française sont compétentes dans toutes les matières qui ne sont pas dévolues à l'Etat par l'article 14 et celles qui ne sont pas dévolues aux communes en vertu des lois et règlements applicables en Polynésie française.

La Polynésie française et les communes de Polynésie française ont vocation, pour la répartition de leurs compétences respectives et sous réserve des dispositions de la présente loi organique, à prendre les décisions pour l'ensemble des compétences qui peuvent le mieux être mises en oeuvre à leur échelon.

Les autorités de la Polynésie française ne peuvent, par les décisions prises dans l'exercice de leurs compétences, exercer une tutelle sur les communes de Polynésie française.

La Polynésie française et les communes exercent leurs compétences respectives jusqu'à la limite extérieure des eaux territoriales.

Section 1 : Les compétences de l'Etat. (Article 14)

Article 14 :

Les autorités de l'Etat sont compétentes dans les seules matières suivantes :

1° Nationalité ; droits civiques ; droit électoral ; droits civils, état et capacité des personnes, notamment actes de l'état civil, absence, mariage, divorce, filiation ; autorité parentale ; régimes matrimoniaux, successions et libéralités ;

2° Garantie des libertés publiques ; justice : organisation judiciaire, aide juridictionnelle, organisation de la profession d'avocat, à l'exclusion de toute autre profession juridique ou judiciaire, droit pénal, procédure pénale, commissions d'office, service public pénitentiaire, services et établissements d'accueil des mineurs délinquants sur décision judiciaire, procédure administrative contentieuse, frais de justice pénale et administrative (1) ;

3° Politique étrangère ;

4° Défense ; importation, commerce et exportation de matériel militaire, d'armes et de munitions de toutes catégories ; matières premières stratégiques telles qu'elles sont définies pour l'ensemble du territoire de la République, à l'exception des hydrocarbures liquides et gazeux ; liaisons et communications gouvernementales de défense ou de sécurité en matière de postes et télécommunications ;

5° Entrée et séjour des étrangers, à l'exception de l'accès au travail des étrangers ;

6° Sécurité et ordre publics, notamment maintien de l'ordre ; prohibitions à l'importation et à l'exportation qui relèvent de l'ordre public et des engagements internationaux ratifiés par la France ; réglementation des fréquences radioélectriques ; préparation des mesures de sauvegarde, élaboration et mise en oeuvre des plans opérationnels et des moyens de secours nécessaires pour faire face aux risques majeurs et aux catastrophes ; coordination et réquisition des moyens concourant à la sécurité civile ;

7° Monnaie ; crédit ; change ; Trésor ; marchés financiers ; obligations relatives à la lutte contre la circulation illicite et le blanchiment des capitaux ;

8° Autorisation d'exploitation des liaisons aériennes entre la Polynésie française et tout autre point situé sur le territoire de la République, à l'exception de la partie de ces liaisons située entre la Polynésie française et tout point d'escale situé en dehors du territoire national, sans préjudice des dispositions du 6° du I de l'article 21 de la loi organique n° 99-209 du 19 mars 1999 relative à la Nouvelle-Calédonie ; approbation des programmes d'exploitation et des tarifs correspondants ; police et sécurité concernant l'aviation civile ;

9° Police et sécurité de la circulation maritime ; surveillance de la pêche maritime ; sécurité de la navigation et coordination des moyens de secours en mer ; francisation des navires ; sécurité des navires d'une longueur de référence égale ou supérieure à 24 mètres, sous réserve des navires relevant de la compétence de la Polynésie française à la date d'entrée en vigueur de la loi organique n° 2019-706 du 5 juillet 2019 portant modification du statut d'autonomie de la Polynésie française et de tous les navires destinés au transport des passagers ; mise en oeuvre des ouvrages et installations aéroportuaires d'intérêt national ;

10° Règles relatives à l'administration, à l'organisation et aux compétences des communes, de leurs groupements et de leurs établissements publics ; coopération intercommunale ; contrôle des actes des communes, de leurs groupements et de leurs établissements publics ; régime comptable et financier et contrôle budgétaire de ces collectivités ; fonction publique communale ; domaine public communal ; dénombrement de la population ;

11° Fonction publique civile et militaire de l'Etat ; statut des autres agents publics de l'Etat ; domaine public et privé de l'Etat et de ses établissements publics ; marchés publics et délégations de service public de l'Etat et de ses établissements publics ;

12° Communication audiovisuelle ;

13° Enseignement universitaire ; recherche ; collation et délivrance des grades, titres et diplômes nationaux ; règles applicables aux personnels habilités des établissements d'enseignement privés liés par contrat à des collectivités publiques pour l'accomplissement de missions d'enseignement en ce qu'elles procèdent à l'extension à ces personnels des dispositions concernant les enseignants titulaires de l'enseignement public, y compris celles relatives aux conditions de service et de cessation d'activité, aux mesures sociales, aux possibilités de formation et aux mesures de promotion et d'avancement.

Les compétences de l'Etat définies au présent article s'exercent sous réserve des pouvoirs conférés aux institutions de la Polynésie française par les dispositions de la section 2 du présent chapitre et du titre IV, et de la participation de la Polynésie française aux compétences de l'Etat en application des dispositions de la section 3 du présent chapitre.

Extraits des Conclusions du rapport du CESEC n°154 :

Le Diabète : un défi vital pour la Polynésie

Rapporteurs : Mareva Tourneux et Jean-François Wiart, 8 novembre 2019

Les bouleversements sociaux, culturels, politiques et économiques que la Polynésie a connus sur plusieurs décennies ont entraîné un changement dans les habitudes alimentaires et le mode de vie des populations.

En 2017, les ressortissants couverts par les 4 régimes (RGS, RNS, RSPF et RSS215) sont au nombre de 269 652, ils représentent 55,31 milliards de dépenses maladie (prestations nature). Les patients diabétiques quant à eux sont au nombre de 9 519 en longue maladie et de 3 042 en maladie, soit 4,7% des ressortissants couverts. Or, ils génèrent à eux seuls 10 milliards de F CFP de dépenses en maladie (9,731 milliards de F CFP en longue maladie et 300 millions en maladie), soit 18 %.

Les chiffres de 2018, les plus récents, mettent en lumière que les ressortissants couverts par les 4 régimes sont au nombre de 272 468 et qu'ils représentent 58,24 milliards de dépenses maladie (prestations nature). Les patients diabétiques sont au nombre de 10 045 en longue maladie et de 2 868 en maladie, représentant 4,7 % de la population couverte. Ils génèrent 10,689 milliards de FCFP (10,369 milliards de F CFP en longue maladie et 320 millions en maladie) de dépenses en maladie, soit 18,35%. Face à un défi aux enjeux majeurs, la politique publique de santé est restée inefficace, la maladie a continué de progresser dans des proportions alarmantes, malgré une mobilisation des mouvements associatifs et des partenaires concernés.

Pour le CESEC, le Pays doit prendre en urgence les mesures préventives et curatives qui s'imposent pour riposter efficacement contre l'aggravation dramatique de cette situation. Pour ce faire, le patient doit être placé au coeur des dispositifs et les décideurs politiques doivent faire preuve d'un engagement sans failles.

Des partenariats constructifs, associant les pouvoirs publics, la société civile et le secteur privé ainsi qu'une responsabilisation de chaque individu pourront produire les changements nécessaires pour endiguer le phénomène, et à terme, inverser la tendance actuelle. Le CESEC a mis en lumière des mesures et actions qu'il considère prioritaires. Certaines d'entre elles méritent d'être rappelées :

En matière de prévention et de promotion de la bonne santé :

- Mener des campagnes de communication efficaces et encadrer strictement le marketing alimentaire ;
- Redonner aux familles l'envie de cuisiner ;
- Lutter contre la sédentarité via la promotion de moyens de transport actifs, des installations et matériels sportifs adéquats et abordables ;
- Agir sur les habitudes alimentaires en milieu scolaire tout en favorisant l'activité physique et sportive ;
- Mener une réflexion afin qu'il puisse être envisagé d'offrir et de proposer aux élèves un petit déjeuner dès leur arrivée à l'école, maternelle et primaire ;
- Améliorer et renforcer la médecine scolaire et le suivi médical des enfants ;
- Mettre en place un plan quinquennal de lutte contre le diabète et l'obésité dans les écoles maternelles et primaires à amorcer dès la rentrée 2020
- Instaurer un cordon sanitaire aux abords des établissements scolaires par le biais d'un encadrement strict des produits vendus et d'un agrément sanitaire ;
- Agir sur la nutrition et favoriser la pratique d'une activité physique dans le monde

du travail ;

- Développer le suivi médical des salariés par le biais de la médecine du travail qu'il est nécessaire de faire évoluer et renforcer ;

En matière d'économie et de fiscalité :

- Prendre des mesures fortes combinant taxes et subventions, afin de rendre financièrement plus attractifs les produits « sains » et moins intéressants les produits « malsains » (trop sucrés, trop gras, trop salés) ;
- Agir sur la taxe sur le sucre (augmentation des prix d'au moins 22% comme en Nouvelle Calédonie) ;
- Elargir la taxation, autant que possible, aux aliments riches en mauvaises graisses et en sel ;
- Revoir la liste des PPN en fonction de critères sanitaires souhaités, des écarts de prix entre produits locaux et importés et intégrer des critères de qualité notamment dans la procédure d'appel d'offres de la farine ;
- Programmer par voie réglementaire, des objectifs échelonnés dans le temps, de composition nutritionnelle saine par familles d'aliments, pour les importations et les productions, en collaboration avec les importateurs et industriels locaux, afin d'adapter leurs activités.

En termes d'amélioration de la qualité des produits alimentaires locaux :

- Adopter un Schéma directeur de l'agriculture qui favorise un approvisionnement régulier et un développement de circuits courts ;
- Soutenir fortement l'agriculture biologique via la restriction de la vente et de l'utilisation de produits chimiques ;
- Encadrer la production alimentaire industrielle locale pour réduire la quantité de sucre, de graisses et de sel ;
- Améliorer l'information des consommateurs et la traçabilité des produits (étiquetage nutritionnel) ;

En termes de gouvernance et de pilotage de l'ensemble de ces mesures :

- Créer une délégation à la prévention de l'obésité et du diabète, placée sous l'autorité du Président de la Polynésie française, chargée de coordonner planifier et piloter efficacement les mesures liées à la lutte contre l'obésité et le diabète ;
- Faire de l'évaluation une priorité en développant une méthodologie et des indicateurs de suivi (à court, moyen et long terme) pour avoir une bonne connaissance épidémiologique, orienter les financements, optimiser les moyens et apporter les corrections nécessaires.

Ces mesures méritent de s'inscrire dans un plan d'action concerté et coordonné à l'horizon 2030, et leurs résultats analysés avec une acuité accrue.

Selon les sociologues, le concept même de promotion de la santé implique qu' : « *en l'état actuel des connaissances, une société ne peut plus prétendre bien s'occuper de la santé de sa population simplement en lui fournissant des services de soins, (...) elle ne peut plus uniquement renvoyer la balle à ses membres, en leur disant qu'ils et elles sont responsables de leurs habitudes de vie et, dès lors, de leur santé. Une société doit se préoccuper de la qualité de l'environnement social qu'elle crée* ».

En Polynésie, le Covid prospère en raison du fléau de l'obésité

En Polynésie française, où le variant delta circule massivement, on compte 40% d'obèses et 70% de personnes en surpoids, qui présentent des risques accrus d'hospitalisation ou de décès en cas de contamination.

Des lits ont été dressés dans le hall du centre hospitalier de la Polynésie à Papeete, le 20 août, en raison de l'afflux important de patients. (Mike Leyral/AFP)

par Elhia Pascal-Heilmann

publié le 25 août 2021 à 19h25

Confinée pour au moins quinze jours, la Polynésie française subit une reprise épidémique, avec 1 061 nouveaux cas et 17 décès répertoriés ces dernières vingt-quatre heures, qui inquiète les autorités et les Polynésiens, complètement vaccinés à seulement 32 %. Depuis le mois de juillet, l'arrivée brutale du variant delta submerge les hôpitaux et laisse les soignants, trop peu nombreux, exsangues face à l'afflux quotidien de patients à risques. Sur l'ensemble des archipels, on compte 70 % de personnes en surpoids et 40 % d'obèses, très vulnérables au Covid-19 avec des risques d'hospitalisation et de mortalité élevés d'après les études menées depuis mars 2020.

En métropole, où le taux d'obésité est moitié moins élevé qu'en Polynésie, la part de patients obèses admis en réanimation attendrait les 47 %, selon une étude du CHRU de Lille. Le taux de mortalité reste, lui, encore difficile à définir. Au centre hospitalier du Taaone, à Tahiti, Laure Baudouin, chef du service anesthésie-réanimation, alerte sur une situation encore plus préoccupante : *« Nous constatons que 80 à 90 % de nos patients en réanimation sont obèses [...] Nos patients sont très obèses. L'obésité gêne pour respirer.*

La Cour des comptes envisage la refondation de la politique de prévention

Publié le 06/12/21 - 18h08 – EXTRAITS -

"Des résultats médiocres malgré un effort financier important". Le constat global des magistrats est rude sur la politique de prévention en santé. Afin de booster l'adhésion de la population aux actions et ainsi obtenir des effets significatifs, ils suggèrent notamment de changer d'échelle.

La politique de prévention devrait être mieux pilotée et coordonnée, selon la Cour des comptes.

Dix ans après un rapport sur le même thème, l'organisation a réexaminé le cas de trois grandes familles de pathologies : les cancers, les maladies neurocardiovasculaires et le diabète. Celles-ci mobilisent aujourd'hui un quart des dépenses annuelles de l'Assurance maladie, soit près de 50 milliards d'euros (Md€), tandis que les dépenses totales de prévention, programmes institutionnels et actes remboursés, sont estimées à environ 15 Md€. Mais ces plans *"souffrent d'une adhésion trop faible et d'un déploiement insuffisant pour produire des effets significatifs [...] malgré une pertinence avérée"*, pointe la cour.

Des obstacles de taille

Certes, la stratégie de prévention française et la gouvernance ont été récemment renouvelées avec la loi de modernisation du système de santé de 2016. Cependant, elles se heurtent à des limites persistantes s'agissant de la déclinaison au niveau national et local et de l'organisation des soins primaires. Sans objectifs pluriannuels ni calendrier coordonné, le plan national de santé publique ne peut être véritablement évalué. Sans compter qu'il n'établit pas d'articulation précise avec les autres plans de prévention thématiques. D'autant qu'ils sont nombreux : réduction du tabagisme, cancer, santé au travail, nutrition-santé, perturbateurs endocriniens, lutte contre les addictions. Par ailleurs, le plan national ne répartit pas les compétences pour sa mise en œuvre entre les acteurs ni ne prévoit de déclinaison territoriale. Sur ce dernier point, les ARS peinent à assurer l'animation, selon la cour.

Quatorze recommandations

Chaque contact des usagers avec le système de santé doit représenter une opportunité pour proposer des actions de prévention. Cela passe par l'élargissement du nombre des acteurs de la prévention et la systématisation des pratiques de prévention à chaque occasion qui se présente.

Extrait du rapport

La Cour des comptes livre alors une série de quatorze recommandations formulées autour de quatre orientations :

- la déclinaison opérationnelle du renforcement de l'efficacité des politiques avec objectifs, indicateurs chiffrés, référentiel d'actions et circuits de financements simplifiés ;
- la lutte contre les facteurs de risques, via une action sur les prix des produits de consommation nocifs, une lutte contre le marketing, la mise en place de taux, plafonds ou minima sur les produits industriels ;
- la transformation des pratiques professionnelles en matière de prévention en considérant que "chaque contact des usagers avec le système de santé doit représenter une opportunité pour proposer des actions de prévention", ce qui passe par un changement d'échelle, à savoir "l'élargissement du nombre des acteurs de la prévention et la systématisation des pratiques de prévention à chaque occasion qui se présente" ;
- l'optimisation de l'utilisation du numérique, afin de cerner les inégalités sociales et territoriales et de cibler les publics prioritaires.

La Cour des comptes considère enfin que la crise Covid-19 est susceptible de modifier assez profondément la situation actuelle en offrant la possibilité d'accélérer les changements nécessaires. Elle a en effet révélé *"le rôle majeur joué par les grandes pathologies sur la mortalité des personnes présentant des comorbidités et mis en lumière l'importance d'agir sur les facteurs de risque"*. Il reste à se saisir de cette opportunité.

« La surexposition des enfants aux écrans pourrait être le mal du siècle »

Tribune, site internet **Le monde** : https://www.lemonde.fr/idees/article/2021/12/10/la-surexposition-des-enfants-aux-ecrians-pourrait-etre-le-mal-du-siecle_6105445_3232.html

Publié hier à 07h00, mis à jour hier à 16h43 Temps de Lecture 5 min.

À l'initiative de Caroline Janvier, députée LRM, un collectif de parlementaires transpartisans et de personnalités, dont Gaspard Koenig, Nicolas Sirkis et Benoît Hamon, appelle à l'élaboration collective d'une proposition de loi visant à la prévention et la sensibilisation des parents

Tribune. Sept cent vingt-huit heures. C'est la durée moyenne d'exposition annuelle aux écrans des enfants âgés de 3 à 10 ans. Il en faut soixante-trois pour regarder l'intégralité de la série *Game of Thrones* – et les amateurs vous diront que ce n'est pas une mince affaire. Sept cent vingt-huit heures, cela revient à regarder 11 fois les huit saisons de *Game of Thrones* en l'espace d'une année. C'est dire combien les écrans sont présents dans la vie de nos enfants : deux heures par jour, c'est long.

Un tiers des enfants de 0 à 3 ans prend ses repas devant un écran. 0 à 3 ans, c'est une période de la vie où les enfants ont des défis vitaux à relever : apprendre à marcher, parler, nouer des liens et interagir, reconnaître et réguler ses émotions, développer sa faculté de concentration, sa motricité, s'étonner du monde qui nous entoure, commencer à comprendre les lois physiques et biologiques qui le régissent.

Pour cela, l'enfant a besoin d'être stimulé et accompagné par son environnement physique, sensoriel, cognitif et affectif. Les écrans sont alors non seulement des loisirs limitatifs à une période cruciale pour le développement, mais aussi et surtout des entraves à l'acquisition du langage, à la mémorisation des savoirs. Ils ont aussi une influence néfaste sur le sommeil, l'alimentation, ou encore la gestion des émotions.

La question de l'aliénation numérique

Alors qu'il y a encore vingt ans les télévisions restaient fermement accrochées au salon familial, les téléphones et tablettes suivent aujourd'hui nos enfants partout. Tous les parents contemporains ont un jour ou l'autre connu la tentation de placer un écran entre les mains de leur progéniture pour faire cesser des pleurs dans le train, pour détourner leur attention d'une égratignure douloureuse ou pour les occuper trois minutes le temps de mettre un plat au four. « Regarder un écran le matin avant l'école est associé à trois fois plus de risques de présenter un trouble primaire du langage »

Beaucoup cèdent à la tentation, y compris parmi nous. Le problème réside en la systématisation de cette exposition précoce aux outils numériques avec des conséquences souvent méconnues. L'enjeu est donc avant tout de les prendre en compte. Il ne s'agit pas, bien entendu, de condamner l'usage des écrans, car ils peuvent être d'excellents outils pour éveiller la curiosité et développer les connaissances.

La question est celle de l'aliénation numérique, notamment sur les plates-formes interactives. Regarder un écran le matin avant l'école est associé à trois fois plus de risques de présenter un trouble primaire du langage. Le faire sans discuter des contenus visionnés avec son entourage, à six fois plus de risques. Quand on sait combien la maîtrise du langage est un élément central dans le développement cognitif et socio-émotionnel, très logiquement, sa dégradation peut être une entrave à la réussite des enfants et à leur adaptation scolaire et sociale.

Extraits du Rapport parlementaire sport et santé dans les outre-mer, n°2502, Assemblée nationale, 12 décembre 2019, Députés Maud Petit et Jean-Philippe Nilor

LA SURCHARGE PONDÉRALE EST UN PHÉNOMÈNE MONDIAL EN EXPANSION

La surcharge pondérale est un phénomène qui est apparu essentiellement au cours de la seconde moitié du vingtième siècle. Cette période a connu une mutation sans précédent des modes de vie : tertiarisation de la société, utilisation massive de l'automobile, etc. qui ont favorisé la sédentarisation de la population. Le développement des grandes surfaces et de l'industrie agro-alimentaire ont achevé de modifier les habitudes alimentaires et de remplacer les plats cuisinés à la maison par des produits achetés déjà préparés. De nos jours, la quasi-totalité des pays sont touchés. Les outre-mer français n'échappent pas à la règle et ont connu une forte expansion du phénomène de surcharge pondérale au cours des deux premières décennies du vingt-et-unième siècle. Ils ont hélas dépassé l'hexagone depuis quelques années.

A. UN CONSTAT ACCABLANT ET TROP MÉCONNU

1. Quelques définitions

Le surpoids et l'obésité sont définis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme « *une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé* ». Désormais reconnus comme étant un problème majeur de santé publique, ils sont mesurés grâce à des critères internationalement reconnus :

- chez les adultes de 18 ans et plus, le surpoids et l'obésité sont mesurés par le calcul de l'Indice de masse corporelle (IMC = poids/ taille²). Cet indicateur permet d'estimer la corpulence d'un individu.

L'expression « *surcharge pondérale* » regroupe surpoids et obésité.

Lorsque l'indice de masse corporelle est compris entre 25 et 30, l'individu est considéré comme étant en surpoids ; lorsque cet indice est supérieur à 30, on entre alors dans l'obésité.

L'obésité est elle-même classée en 3 sous-catégories : l'obésité modérée lorsque l'IMC est compris entre 30 et 35 ; l'obésité sévère entre 35 et 40 et l'obésité morbide au-delà de 40.

- chez les enfants jusqu'à 17 ans, l'IMC est calculé de la même façon que chez les adultes mais l'âge et le sexe de l'enfant entrent en jeu. Il existe donc plusieurs seuils propres à chaque âge, chez les filles et les garçons, définis par l'*International Obesity Task Force – IOTF* (Cole et al. 2000).

2. Une pandémie mondiale

À l'échelle mondiale, le nombre de cas d'obésité a presque triplé depuis 1975. En 2016, plus de 1,9 milliard d'adultes – personnes de 18 ans et plus – étaient en surpoids, ce qui représente 39 % de la population. Sur ce total, plus de 650 millions étaient obèses, soit 13 % de la population. Parallèlement, les affections associées au surpoids comme le diabète ou les maladies cardiovasculaires ne cessent de gagner du terrain. Le surpoids et l'obésité représentent actuellement le cinquième facteur de risque de décès au niveau mondial et fait au minimum 2,8 millions de victimes chaque année.

Selon ses estimations, l'OMS prévoit 3,3 milliards de personnes en surpoids d'ici 2030.

Ces chiffres inquiétants résultent des modes de vies, trop sédentaires corrélés à une mauvaise alimentation. La stratégie mondiale est de promouvoir et de protéger la santé grâce à une alimentation saine et l'exercice physique. Les scientifiques et les médecins s'accordent à penser que le sport est un bon outil pour limiter le risque de certaines maladies (surpoids, obésité, diabète, maladies cardiovasculaires, etc.)

3. Un mouvement d'acceptation du surpoids

Le développement du surpoids ne devrait pas ralentir : longtemps stigmatisées, les personnes en embonpoint font désormais l'objet de toutes les attentions, d'une part parce que, pour des raisons philosophiques, la discrimination dont ils ont pu faire l'objet est justement combattue ; mais aussi, d'autre part, parce que pour des raisons matérielles, ces personnes représentent un marché.

Le développement de magasins spécialisés pour personnes « rondes » ainsi que la « *body attitude* », qui correspond à l'acceptation de son corps tel qu'il est, participent d'un certain mouvement visant à décomplexer les rondeurs.

S'il est certainement sain pour l'équilibre psychique des intéressés, ce mouvement n'en constitue pas moins un frein à la pratique du sport et donc un danger pour la santé.

B. LE FARDEAU ÉCONOMIQUE DU SURPOIDS

De nombreuses études internationales mettent en évidence leur coûts financiers directs (coûts de santé) et indirects (absentéisme, invalidité, mortalité prématurée et réduction de la productivité au travail)

RÉSULTATS DES ESTIMATIONS DE COÛTS DIRECTS BASÉS SUR DES ÉTUDES DE MODÉLISATION, PAR CONTINENT,

Pays ou territoires	Études	Coûts relatifs	Coûts absolus
Europe			
France	Lévy et collab., 1995	2 % des coûts de soins de santé	1,1 milliard \$
Royaume-Uni	Commons, 2004	2,6 % des coûts des soins de santé	990-1,225 million £
Amérique			
Canada	Anis et collab., 2010	4,1 % des coûts de soins de santé	6 milliards \$
États-Unis	Colditz, 1999	7 % des coûts de soins de santé	70 milliards \$
Asie-Pacifique			
N-Zélande	Swinburn et collab., 1997	2,5 % des coûts de soins de santé	
Australie	Segal et collab., 1994	2 % des coûts de soins de santé	

Source : Le fardeau économique de l'obésité et de l'embonpoint. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) août 2013.

L'étude de 2016 de la Direction du Trésor

La lettre n° 179 de la Direction générale du Trésor publiée en septembre 2016 met en évidence une série de coûts pour la collectivité que l'obésité induit. « Si les plus évidents sont ceux liés aux dépenses de santé, l'obésité provoque aussi des pertes de production au niveau national, en excluant certaines personnes du marché du travail, ou en créant de l'absentéisme pour raisons médicales. Cependant, l'obésité peut aussi induire des moindres dépenses pour les systèmes de retraite puisque les personnes obèses meurent en moyenne plus jeunes, réduisant ainsi le coût des pensions versées par la sécurité sociale ».

En utilisant un modèle mathématique assez complexe, l'économiste Daniel Caby parvient à déterminer que « le surcoût pour l'assurance maladie est (...) de 296 euros par an pour un individu obèse et 128 euros pour un individu en surpoids ».

Selon le chercheur, « le coût social de l'obésité et du surpoids atteindrait 20,4 milliards d'euros en 2012. L'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) chiffrait ce coût entre 4,2 et 6,2 milliards d'euros pour l'année 2002 (sur le champ des remboursements de soins de l'assurance maladie et des indemnités journalières). La dernière actualisation de ce chiffrage, menée par l'inspection générale des finances (IGF) en 2008 conduisit à un coût – minoré du fait de la sous-estimation des dépenses hospitalières – compris entre 8,1 milliards d'euros et 10,3 milliards d'euros en 2006. Sur ce même champ, selon nos estimations, ce coût serait de 13,4 milliards d'euros en 2012 ce qui semble donc cohérent avec les travaux antérieurs ».

Toutefois, une comparaison des coûts met en lumière le caractère plus onéreux de l'alcoolisme et du tabagisme par rapport à l'obésité ou au surpoids : « le coût par fumeur est entre 2 et 3 fois supérieur à celui par personne en excès de poids et celui par personne alcoolique près de 5 fois supérieur ».

NOTE
1^{er} décembre 2020

Objet : Bilan des actions de prévention contre l'obésité en Polynésie française, 1^{er} décembre 2020

- **La promotion de la santé au travail**

Constat : le lieu de travail constitue un terrain privilégié pour sensibiliser une partie de la population (les actifs) ; d'autant plus que les entreprises se retrouvent confrontés à des difficultés de gestion des ressources humaines qui sont directement en lien avec l'état de santé des salariés (nécessité de reclassement, incapacités, poste de travail aménagé, arrêt de travail à répétition, etc.). La promotion de saines habitudes de vie sur le lieu de travail peut contribuer à améliorer la santé des employés ; ce qui sera bénéfique pour l'individu, sa famille et l'entreprise. La Direction de la santé a initié, en 2015, auprès de plusieurs entreprises locales volontaires, le projet « Entreprise active ». 33 entreprises ont adhéré à ce dispositif à ce jour. La démarche « Mon administration active » suit le même concept et a été initiée début d'année 2017 par le Président du pays. Tous les services du Pays sont concernés. Cette action propose un accompagnement dans la mise en œuvre d'actions en faveur de la nutrition et l'activité physique auprès des salariés.

Difficultés : de plus en plus d'actions en faveur de la santé des salariés sont mises en œuvre et un partenariat avec la médecine du travail est en place. Néanmoins, les entreprises engagées proposent essentiellement des actions ponctuelles et ont toujours besoin d'un accompagnement pour favoriser la mise en place d'actions sur le long terme.

Perspectives : poursuivre l'accompagnement des entreprises et des administrations souhaitant intégrer la démarche, notamment sur l'alimentation, du sevrage tabagique et de l'activité physique.

- **La taxe sur la publicité télévisée**

En 2001, le Pays a pris une délibération¹ modifiant le code des impôts : article LP 331-2 du code des impôts (les taux de la taxe sur la publicité télévisée et de la taxe sur les recettes de publicité autres que télévisée sont portés à 40 % lorsque les publicités font la promotion, même partielle, de produits sucrés et de boissons alcoolisées.)

- **La promotion de la santé dans les écoles**

Le projet « collation santé »

Constat : projet mis en place en août 2011 par le biais de d'une circulaire émise conjointement par les Ministères de la Santé et de l'Éducation. Ce projet impose aux établissements scolaires de proposer des goûters sains aux élèves. Ainsi la collation du matin doit être composée uniquement d'un fruit ou d'un produit laitier. Le goûter de l'après-midi, distribué dans certaines écoles à 14h, doit, quant à lui, être supprimé. Seules 50% des écoles de Tahiti respectent ces recommandations.

Difficultés : malgré un accompagnement et des circulaires ministérielles polynésiennes co-signées par les ministères de la santé et de l'éducation, ce projet est actuellement en attente car la santé ne peut contraindre les établissements scolaires à modifier les aliments proposés dans leur enceinte. Notre difficulté est le respect des circulaires par l'ensemble des chefs d'établissements.

Perspectives : proposer un accompagnement aux écoles dans la mise en œuvre des recommandations.

L'école en santé

Constat : projet inspiré du modèle de l'OMS, expérimenté en 2017-2019 à Moorea, validé en juillet 2019 par les 2 ministères santé et éducation (convention), présenté fin août 2019 à la DGEE et actuellement aux Inspecteurs de l'Éducation Nationale.

Perspectives : Dossier repris par le Centre de consultations spécialisées de l'hygiène scolaire, étendu aux Centres des Jeunes Adolescents (CJA) avec l'appui de l'IEN de Moorea (Pierre Chin Meul).

¹ Délibération 2001-208 APF du 11 décembre 2001 approuvant le budget général du territoire pour l'exercice 2001

Le cordon sanitaire autour des établissements scolaires

Constat : en Polynésie française, aux abords de quasi tous les établissements scolaires (1^{er} et 2nd degré), de nombreux snacks, roulottes et marchands ambulants proposent des aliments néfastes pour la santé. Pour la majorité, l'autorisation d'implantation est donnée par la commune. Depuis 10 ans, la Direction de la santé tente d'améliorer la qualité des aliments vendus aux abords des écoles.

Difficultés : de nombreuses formations ont été proposées aux commerçants, mais le manque de sanctions et de contrôles sur le terrain sont des freins majeurs

Perspectives : mettre en place un cordon sanitaire interdisant la vente d'aliments néfastes pour la santé dans un périmètre défini autour des établissements scolaires, avec l'appui de la commune.

Les nouvelles pratiques

La participation au développement des Activités physiques adaptées (APA) suite à l'expérience pilote

Constat : le personnel soignant, public ou privé, a peu de connaissances en matière de sport-santé. Or, les bénéfices du sport-santé et des APA sont reconnus sur le plan national et international.

Difficultés : l'éloignement géographique des professionnels de santé nécessite d'innover en matière de formation.

Perspectives : composer le déploiement des APA avec les professionnels de proximité publics et privés : médecins pour la prescription, personnel médical et para-médical pour l'éducation thérapeutique du patient. Des formations *ad hoc* doivent être proposées à ces professionnels.

La mise en œuvre du schéma directeur des activités physiques adaptées (APA)

Constat : le Pays s'est engagé dans la promotion des APA au travers d'une expérience pilote portée par le réseau Maita'i sport-santé qui s'est déroulée de novembre 2017 à juin 2018. Les résultats ont été présentés lors du 1^{er} séminaire sport-santé de la Polynésie française en juillet 2018. Le schéma directeur et programmes d'actions polynésien pour le développement des activités physiques adaptées 2019-2023 a été élaboré. La Direction de la santé a été labellisée « maison sport-santé ».

Difficultés : l'isolement du réseau Maita'i sport-santé nécessite un renfort de son partenariat au niveau local, régional et national, dans le domaine sanitaire, sportif, mais également social,

Perspectives : revoir le marché public qui est un frein pour la mise en œuvre du dispositif.

La prise en charge de l'obésité infantile à Raiatea

Constat : depuis mai 2018, des enfants et des adolescents en obésité bénéficient d'une offre de soin multidisciplinaire (pédiatre, diététicienne, éducateur sportif) faisant intervenir l'ETP à tous les stades de cette prise en charge (diagnostic, exploration, soin, éducation, suivi) comme recommandé par les sociétés savantes internationales, en consultation ou en hospitalisation, sous forme d'ateliers (individuels ou de groupe). Plusieurs pistes étiologiques sont identifiées : problématiques éducatives et socio-familiales, problématiques dans le domaine de l'alimentation et problématiques dans le domaine de la pratique d'une activité physique. Au 31 août 2020, 97 enfants ont pu être pris en charge : les complications sont déjà présentes dans plus de 80% des cas (insulino-résistance, pré-diabète, diabète de type 2, dyslipidémie, complications hépatique ou respiratoires). Les premières évaluations sont encourageantes avec modification dans la très grande majorité des cas des habitudes de vie familiales et donc de l'IMC.

Difficultés : pas de budget pérenne (budget annualisé soumis à commission) et risque de saturation pour l'accueil des enfants de toutes les Iles Sous le Vent ;

Perspectives : étendre l'offre de soin spécialisée destinée aux enfants et aux adolescents dans les autres îles en lien avec les partenaires de santé déjà existants.

La réglementation

L'étiquetage nutritionnel

Constat : afin de permettre aux consommateurs d'identifier plus facilement les aliments favorables à la santé, il est essentiel de se prémunir d'une réglementation adéquate concernant l'étiquetage nutritionnel. A ce jour, seule la liste des ingrédients est obligatoire sur les produits commercialisés et non la qualité et la valeur nutritionnelle. Au-delà de l'étiquetage nutritionnel, l'étiquetage « Nutriscore » serait un moyen visuel pour aider à faire les bons choix.

Difficultés : l'importation de nombreux produits alimentaires complexifie cette problématique.

Perspectives : mettre en place un travail (Direction Générale des Affaires Economiques, la Douane, les importateurs): étiquetage sur les valeurs nutritionnelles des produits fabriqués localement.

La taxation nutritionnelle : loi du pays

Constat : depuis plusieurs années, les boissons sucrées sont assujetties à une taxe de consommation pour la prévention (TCP). La fiscalité est un moyen de lutter contre les MNT en prévenant la consommation excessive des produits nocifs pour la santé et en orientant le comportement d'achat. Ainsi en 2017, un projet de loi visait le financement de la prévention au travers d'une réévaluation du taux des taxes et la possibilité d'étendre cette fiscalité à des produits alimentaires ultra transformés riche en gras, en sel et en sucre. En 2019, le Pays a pris une loi du pays² intégrant une taxation sur les teneurs en sucres par rapport à un gradient de sucre et l'exonération des jus sans sucre ajoutés ou certaines catégories de produits sucrés (ex : biscuits...).

Difficultés : la loi du pays vise la taxe pour alimenter le fonds de prévention sanitaire et sociale et ne tient pas compte de l'ensemble des recommandations santé (fiscalité comportementales)

Perspectives : Retravailler le texte, en partenariat avec la Direction des Impôts et des Contributions Publiques et la Direction Générale des Affaires Economiques, pour une réelle fiscalité comportementale en lien avec l'étiquetage.

- **La démarche de progrès nutritionnel**

Constat : en 2016, la Direction de la santé a initié une démarche de progrès nutritionnel en encourageant les industries agro-alimentaires locales de participer à améliorer la qualité nutritionnelle des aliments proposés sur le marché polynésien (réduction du sel, du sucre et des matières grasses). Cette démarche sous-tend des outils (flyer de présentation de la démarche, charte d'engagements des volontaires et référentiel)

Difficultés : de nombreuses difficultés persistent pour la mise en place de ce projet : les industries agro-alimentaires, bien que conscientes des enjeux de santé, ne perçoivent pas l'intérêt pour elles de participer à cette démarche. Pour soutenir l'intérêt de la démarche de progrès nutritionnel, des moyens doivent être identifiés pour motiver les industries agro-alimentaires à s'engager.

Perspectives : créer un comité de pilotage intersectoriel en 2021 et créer les outils.

- **L'alimentation de base**

L'éducation au goût

Constat : l'enfance est l'une des périodes de la vie la plus sensible en matière d'alimentation, c'est pourquoi l'éducation alimentaire a pour objectif de communiquer aux enfants les clés pour un bon comportement alimentaire. En 2017, 14 professionnels de santé ont bénéficié d'une formation « Education au goût » par l'Institut National du Goût de Paris. Une expérience pilote de « classes du goût » a été lancée avec 2 classes élémentaires sur l'année scolaire 2018/2019. Cette expérience pilote, en partenariat avec la Direction Générale de l'Education et des Enseignements, a rendu des résultats très encourageants. Elle s'inscrit dans une démarche globale avec parents, enfants, les restaurants scolaires et les enseignants.

Perspectives : Monter en puissance des classes du goût en développement depuis la maternelle. Ce projet sera intégré dans un projet plus global : « jardin-cuisine-assiette » qui s'étalera sur 4 ans sur 12 classes, à partir de la rentrée scolaire 2021-2022.

Programme allaitement

Constat : depuis 1995, la Direction de la santé met en place des actions en faveur de la promotion de l'allaitement maternel. Un « programme polynésien pour la promotion de l'allaitement maternel » est établi pour 2015/2020. Il a pour objectif d'accompagner les femmes enceintes et allaitantes en apportant des informations et l'aide nécessaire pour promouvoir l'allaitement maternel.

Perspectives : poursuivre la mise en place d'actions en faveur de l'allaitement maternel ; mettre en

² la loi du Pays n° 2019-21 du 01/07/2019 portant modification du régime de la taxe de consommation pour la prévention.

place des consultations dédiées afin d'encourager et soutenir les femmes pour poursuivre l'allaitement jusqu'à au moins 6 mois ; former les professionnels de santé de la petite enfance au soutien à l'allaitement maternel. Ce dossier est géré par le CCSPMI.

Campagnes d'information : pour sensibiliser la population plusieurs campagnes ont lieu, chaque année : lutte contre la consommation excessive de sel ; lutte contre le diabète ; promotion des sucres naturels ; promotion de saines habitudes de vie EA'ttitude ; semaine mondiale de l'allaitement maternel ; création et diffusion d'émissions télévisées sur l'alimentation et l'activité physique (Stay Focus ; à vos baskets, prêts, cuisinez ; émissions culinaires).

- L'aménagement des territoires

Constat : l'aménagement actuel des territoires ne favorise pas la pratique d'activités physiques et sportives. Le mode de vie occidental a gagné toute la Polynésie française et le mode de déplacement des habitants privilégie les véhicules à moteur. Par ailleurs, le répertoire des sites aménagés favorables à la pratique d'activités physiques et sportives est peu partagé à ce jour.

Difficultés : le système sociétal de la Polynésie française (mode de déplacement, règles d'urbanisme, ...) doit évoluer. Ce changement doit intégrer des stratégies d'aménagement du territoire favorables à la santé et au bien-être, dans toutes les dimensions, accompagné d'une volonté politique forte et engagée, en tenant compte également des contraintes foncières.

Perspectives : le programme d'actions « Sport santé bien-être » sera élaboré en 2021 en lien avec les programmes des autres services (direction de la jeunesse et des sports...) et soumis à la validation par les instances politiques. Il contribuera à la mise en place d'espaces aménagés au sein des communes, des services, des lieux de travail, ..., et de la communication adaptée.

- La pratique d'activité physique à tous les âges

Constat : l'enquête STEPwise³ de 2010 concernant la pratique d'activité physique chez les adultes en Polynésie française indique que cette pratique reste insuffisante, et qu'il existe une diminution significative avec l'âge. En effet, la répartition de la population ne pratiquant aucune activité physique est la suivante : 48% ne fait pas d'activité de loisirs, 40%, ne font aucune activité physique pour se déplacer et 32% ne réalisent aucune activité dans le cadre du travail.

Difficultés : les freins d'une pratique d'activité physique et sportive régulière telle que recommandée par l'OMS, sont multifactoriels.

Perspectives : développer la lutte contre la sédentarité, faire la promotion de l'activité physique en milieu scolaire, mener une stratégie de communication pour limiter le temps excessif passé devant les écrans de télévision/ordinateurs, ainsi que mettre en place un dispositif ambulancier proposant un bilan sport santé. Une campagne de communication de prévention démarrera en 2021.

- Le réseau maita'i sport-santé

Mis en place en 2017 et encadré initialement par une convention réunissant notamment le pays, la CPS et les assurances, ce réseau propose des activités physiques adaptées, sur prescription médicale aux patients dont certains sont atteints d'obésité. Les premiers résultats, encourageants, ont été présentés lors du 1^o séminaire sport-santé de la Polynésie en juillet 2018. La file active des patients augmente d'année en année : 76 patients à l'origine, 257 en fin de 2^o session 2019, 217 en fin de session 2020. Ce réseau a fait l'objet de terrain de stage des étudiants de la filière STAPS-APA et d'une thèse de médecine générale. Il a été labellisé en 2019 maison sport-santé.

³ OMS, Enquête Santé STEP en Polynésie française, Surveillance des facteurs de risque des maladies non transmissibles, 2010

LES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES 2016 - 2025 ET LE SCHÉMA D'ORGANISATION SANITAIRE 2016 - 2021 DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE

représentent les fondations d'un cadre de référence rénové pour la politique de santé dans les prochaines années.

Le cadre de référence de la politique de santé s'intègre dans une démarche globale de planification. Il forme un ensemble cohérent qui comprend différentes composantes.

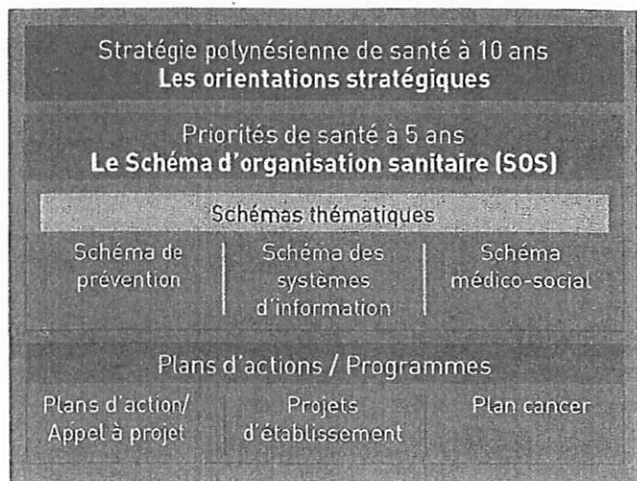
Les orientations stratégiques (OS) donnent une vision d'ensemble du secteur et des évolutions à suivre.

Ce document représente la composante la plus globale du cadre de référence de la politique de santé, sur la base de laquelle sont bâtis les schémas sectoriels, au premier rang desquels le Schéma d'organisation sanitaire (SOS).

Les schémas et plans d'actions/programmes sont des éléments de déclinaison plus opérationnelle à 5 ans de ces orientations.

Le SOS représente le premier de ces éléments, d'autres (prévention, systèmes d'information, médico-social) devraient suivre.

ARCHITECTURE GÉNÉRALE DU CADRE DE RÉFÉRENCE DE LA POLITIQUE DE SANTÉ



Genèse

DE PRÉCÉDENTS EXERCICES UN PEU LOINTAINS

Les orientations stratégiques 2016-2025 et le schéma d'organisation sanitaire 2016-2021 s'inscrivent dans la lignée d'exercices antérieurs comparables qui avaient conduit au Plan pour la santé 2001-2005 et au premier schéma d'organisation sanitaire 2003-2008, prorogé jusqu'en 2013.

DES ENJEUX MAJEURS DE SANTÉ PUBLIQUE

Dans un contexte de dispersion géographique des îles, de transition épidémiologique et d'évolutions thérapeutiques et technologiques importantes, le système de santé et notamment l'offre de soins doit s'adapter aux évolutions des besoins et répondre à de nouveaux défis.

Une très forte mortalité prématurée est à déplorer, liée en particulier aux maladies cardiovasculaires et aux cancers.

L'obésité et le surpoids touchent une frange importante de la population.

L'allongement de l'espérance de vie constitue un changement majeur, qui va se poursuivre.

Le vieillissement de la population et la prise en charge des maladies chroniques dont le nombre croît rapidement appelle un autre regard

sur l'organisation des soins et fait de la qualité de l'accompagnement une exigence nouvelle ; les modes d'exercice auxquels aspirent les professionnels de santé changent ; les patients mieux informés, veulent être mieux impliqués ; le financement est contraint.

... rendent nécessaire la formalisation d'une vision prospective, actualisée et partagée, dans laquelle devront s'inscrire les actions du Pays dans les prochaines années.

LA DÉMARCHÉ D'ÉLABORATION A MOBILISÉ DE NOMBREUX ACTEURS PENDANT PLUSIEURS MOIS.

Les OS sont le fruit d'un travail engagé dès 2013, mobilisant de nombreux partenaires dans une perspective d'actualisation du précédent Plan pour la santé.

Le SOS s'est appuyé sur cette réflexion stratégique en cours. Ses travaux d'élaboration se sont déroulés du mois d'octobre 2014 jusqu'en juillet 2015. Toutes les parties prenantes ont été associées et plus d'une centaine de personnes ont été consultées et ont participé aux rencontres, entretiens et ateliers techniques mis en place.

Les principes fondateurs de la démarche tirent les leçons des précédents exercices, se concentrent à partir d'un diagnostic partagé, sur les orientations structurantes et les fondations permettant un renouveau, prennent en compte le contexte financier contraint, tout comme l'évolution de l'état de santé et l'apparition de besoins émergents.

L'ensemble de la démarche a été encadré par un comité de pilotage rassemblant diverses autorités (décideurs et financeurs).

Les orientations stratégiques de la politique de santé 2016 - 2025

Approuvées par délibération n° 2016-11 APF du 16/02/2016 – JOPF du 24/02/2016 -

Le document « Orientations stratégiques 2016-2025 » présente les orientations majeures qui constitueront le socle de la politique de santé, dans le cadre d'une vision partagée à dix ans. Cette vision politique doit constituer un cadre pour l'action et ne comporte donc que peu de mesures précises, ces dernières sont quant à elles, portées par le SOS.

Les orientations stratégiques reposent sur des principes d'action qui sous-tendent l'ensemble des axes stratégiques qui sont présentés dans le document, ainsi que les objectifs politiques qu'ils posent.

QUATRE AXES STRATÉGIQUES :

1 MODERNISER ET OPTIMISER LA GOUVERNANCE DU SYSTÈME SANITAIRE ET MÉDICO-SOCIAL. À CET AXE, CORRESPONDENT DEUX OBJECTIFS POLITIQUES :

Le Pays affirme sa responsabilité à l'égard de la santé de la population, en donnant notamment à la représentation élue le rôle de définition des orientations et des moyens affectés à la santé. L'organisation administrative doit être révisée en conséquence en structurant une administration unifiée de régulation du système sanitaire, médico-social et social et en recomposant les différents offreurs de soins publics et privés.

2 AMÉLIORER LE DISPOSITIF DE PROTECTION SOCIALE GÉNÉRALISÉE POUR UNE COUVERTURE OPTIMALE DES BESOINS SANITAIRES ET SOCIAUX

À cet axe, correspond un objectif politique majeur qui est de maintenir une protection sociale généralisée à l'ensemble de la population, dans un contexte économique difficile et sans dégrader le mécanisme d'équité sociale qui a prévalu jusqu'à aujourd'hui, fondé sur le principe suivant : chacun contribue selon ses moyens et reçoit selon ses besoins.

Trois principes d'action :

- La politique de santé applique les obligations et les principes du Droit à la Santé, avec une attention particulière portée aux groupes de population confrontés à des difficultés dans l'accès à la santé.
- Les leviers de la politique de santé reposent sur l'efficacité et la performance.
- La nécessité de mener des réformes profondes devra être admise et partagée par tous.

3 CENTRER LA POLITIQUE SUR LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ. À CET AXE, CORRESPONDENT DEUX OBJECTIFS POLITIQUES MAJEURS :

Le Pays marque son engagement fort dans une stratégie cohérente et audacieuse pour la prévention en impulsant une dynamique interministérielle de prise en compte du surpoids et de l'obésité en Polynésie, comme le fléau de santé publique qui doit mobiliser l'ensemble du Gouvernement.

Par ailleurs, il garantit les moyens affectés à la politique de prévention par un financement spécifique et sanctuarisé.

4 GARANTIR UN SYSTÈME DE SANTÉ DE QUALITÉ

À cet axe, correspondent des objectifs politiques spécifiques :

- Promouvoir la coopération entre les différents professionnels et structures ainsi que les démarches qualité ;
- Structurer efficacement un observatoire des données de santé et médico-sociales ; actualiser et compléter la réglementation dans le champ sanitaire et médico-social ;
- Donner une place reconnue à la médecine traditionnelle ; reconnaître et promouvoir la recherche à visée médicale réalisée en Polynésie.

Le schéma d'organisation sanitaire (SOS) 2016 - 2021

Approuvées par délibération n° 2016-11 APF du 16/02/2016 – JOPF du 24/02/2016 -

Le SOS constitue la première des déclinaisons opérationnelles à 5 ans des Orientations stratégiques 2016-2025 de la politique de santé. Il s'agit d'un outil de planification sanitaire et de régulation de l'offre de soins. Il propose une organisation rationnelle de l'offre pour satisfaire les besoins sanitaires de la population et adapter le système de soins aux évolutions et pose comme une priorité le renforcement de l'équité territoriale. Ses dispositions s'imposent en particulier aux offreurs de soins en termes d'autorisation d'activité. Sa mise en œuvre fera l'objet d'un suivi annuel.

Pour répondre aux exigences de lisibilité et d'opérationnalité, le SOS est un document relativement synthétique qui comporte plusieurs parties.

Une partie synoptique générale figure dans les premières pages et permet de visualiser de façon synthétique la déclinaison des axes en orientations et actions.

Les chapitres consacrés à chacun des six axes sont tous présentés de façon identique :

- rappel des grands enjeux identifiés dans le diagnostic ;
- description de chacune des orientations et des actions selon un plan identique : problématique, bénéfices attendus, approche des enjeux financiers associés, niveau de difficulté et calendrier de démarrage.

En annexe, figurent les calendriers de lancement et échéancier prévisionnels des actions, ainsi qu'une estimation des coûts qui sont identifiés à ce stade.

LES SIX AXES DU SOS

1. Restaurer l'Autorité du Pays, par la mise en place d'une Autorité de régulation de la Santé et de la Protection sociale
2. Améliorer la santé primaire dans les Archipels
3. Adapter l'offre de santé à l'évolution des besoins
4. Faire de la prévention du surpoids un choix majeur pour la santé des Polynésiens
5. Relever le défi du bien vieillir en partenariat avec le ministère en charge de la solidarité
6. Soutenir l'ensemble des efforts par la constitution d'un espace numérique de santé polynésien.

AXE 1 RESTAURER L'AUTORITÉ DU PAYS PAR LA MISE EN PLACE D'UNE AUTORITÉ DE RÉGULATION DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE

Cet axe vise à restaurer l'autorité du Pays par refondation de la gouvernance et des mécanismes de prise de décision dans le champ sanitaire. Parmi les orientations qui en découlent, les trois premières correspondent à un changement important de notre système de santé. Il est ainsi proposé de replacer le politique au sommet du système de décision, de disposer d'une Autorité de régulation, instrument de pilotage opérationnel des décisions, dédiée aux fonctions de formations, observation, veille et sécurité sanitaire, planification, autorisation/agrément, inspection/contrôle, préparation et suivi de l'exécution de la loi de financement et déchargée des fonctions d'opérateur et de gestionnaire direct des structures qui devraient relever de sa tutelle.

Il est donc créé un Etablissement public de soins primaires, en charge de la prévention et des soins primaires, qui comprendra l'ensemble des structures de santé sans hébergement de l'actuelle direction de la santé à Tahiti et dans les archipels, ainsi que Moorea.

Le Centre hospitalier (CHPF), Taravao, Uturoa et Taiohae sont réunis au sein d'un Service hospitalier public unifié permettant de gagner en efficacité et d'instaurer des filières de soins pour les patients et de mieux organiser leurs flux.

Les trois orientations suivantes de ce premier axe consolident les outils de pilotage et proposent plus particulièrement de revisiter le régime des autorisations et agréments qui dysfonctionne et n'associe pas mécaniquement autorisations de fonctionnement et financements.

AXE 2 AMÉLIORER LA SANTÉ PRIMAIRE DANS LES ARCHIPELS

Cet axe vise à améliorer la santé dans les archipels. Les orientations retenues portent en tout premier lieu sur la modernisation de la couverture de santé primaire.

L'Établissement Polynésien de soins primaires défini dans le premier axe permettra une allocation de moyens plus ciblée et une réactivité plus forte vers les îles où il est présent.

L'accent est mis sur la formation d'infirmiers en soins de santé primaires et celles des auxiliaires de santé est renforcé. Les dispositifs d'incitation à l'installation de libéraux, à la coordination médicale devront être recherchés.

La rotation de médecins ou autres professionnels dans les zones restant non couvertes pouvant apporter un complément.

Il est préconisé de rapprocher la convalescence du domicile avec un besoin supplémentaire en soins de suite et de réadaptation estimé à 100 lits.

Le renforcement des équipements de transport sanitaire est également prévu avec la nécessité de rendre effective les rotations hélicoptères de Taravao et Moorea vers le CHPF.

Enfin, la dernière orientation vise à mettre l'efficacité au service du renforcement des soins primaires, le déploiement de mesures nouvelles vers les îles est possible par des économies et mesures d'efficacité sur l'offre actuelle.

AXE 3 ADAPTER L'OFFRE DE SANTÉ À L'ÉVOLUTION DES BESOINS

Cet axe vise à adapter l'offre de santé à l'évolution des besoins.

L'augmentation de l'offre de dialyse et le développement de la greffe préemptive pour répondre à l'augmentation des patients en insuffisance rénale chronique terminale.

En santé mentale la création du pôle de santé mentale constitue une avancée importante pour les Polynésiens et une opportunité unique de définir une nouvelle ambition.

En matière de cancer, l'offre de soins s'est étoffée quantitativement et qualitativement ces dernières années.

L'adoption d'un plan cancer définissant les objectifs et actions à mener doit permettre une montée en charge raisonnée de l'offre en Polynésie et se positionner sur son niveau.

La création d'un pôle privé unique présente de nombreux avantages. Il s'agira aussi de favoriser une approche par parcours de santé permettant la prise en charge globale du patient de nature à éviter les ruptures. La périnatalité justifie également le développement d'un réseau dont le pilotage doit être assuré par la maternité de référence.

AXE 4 FAIRE DE LA PRÉVENTION DU SURPOIDS UN CHOIX MAJEUR POUR LA SANTÉ DES POLYNÉSIENS

Cet axe vise à réinvestir la prévention et la promotion de la santé. Il est préconisé de faire de la lutte contre le surpoids une priorité du Pays.

La deuxième orientation consiste à rationaliser la prévention en réorganisant les équipes de prévention par la définition d'un socle commun, et l'abandon de l'hyper spécialité. Les collaborations entre l'établissement de soins primaires et la médecine du travail permettront, sur la base d'un partage des priorités, d'améliorer le dépistage.

Les actions en matière de prévention doivent être évaluées en termes de coût/bénéfice, coût/efficacité.

Les communes, à travers leurs compétences sur le cadre de vie jouent un rôle important en santé qui doit être confirmé.

Enfin, il convient de partager une approche polynésienne de la prévention et de la promotion de la santé.

AXE 5 RELEVER LE DÉFI DU BIEN VIEILLIR EN PARTENARIAT AVEC LE MINISTÈRE EN CHARGE DE LA SOLIDARITÉ

Cet axe vise à relever le défi du bien vieillir en partenariat avec le ministère chargé de la solidarité. L'intrication des secteurs sanitaire et social est une réalité, les aspects sanitaires sont privilégiés mais le volet médico-social ne peut être ignoré et les collaborations sont indispensables. Le vieillissement de la population polynésienne exige la prise en charge de la dépendance. Pour organiser cette prise en charge, sont notamment préconisées, l'identification d'un médecin référent coordonnateur du parcours de la personne âgée dépendante, la mise en place d'un guichet unique d'entrée dans les dispositifs d'aide. La stratégie et le rythme de déploiement d'une offre nouvelle pour les personnes âgées trouveraient leur place dans un Schéma médico-social dont l'élaboration est recommandée.

L'offre doit préserver une large part au domicile, en privilégiant le maintien à domicile et en améliorant la qualité de prise en charge. La structuration d'un réseau d'aide à domicile est nécessaire avec la reconnaissance de l'aidant familial est un axe fort et la mise en place de formations et de solutions de répit permet de renforcer la qualité de la prise en charge. Comme les aidants, le personnel d'intervention à domicile doit faire l'objet d'un statut reconnu et labellisé au travers d'une formation. En complément, il conviendra de proposer une première offre complémentaire d'établissements spécialisés.

AXE 6 SOUTENIR L'ENSEMBLE DES EFFORTS PAR LA CONSTITUTION D'UN ESPACE NUMÉRIQUE DE SANTÉ POLYNÉSIEN.

Cet axe vise à instaurer un espace numérique de santé polynésien.

L'orientation première est de créer une gouvernance forte des systèmes d'information de santé polynésiens, plus particulièrement en actualisant le schéma directeur des systèmes d'information en santé et en institutionnalisant la maîtrise d'ouvrage et la maîtrise d'oeuvre.

Les autres orientations consisteront à prioriser les moyens et les énergies sur le dossier médical partagé et mettre en place une télémédecine au service des soins primaires dans les archipels, condition de réussite de l'amélioration des soins primaires et moyen efficace de maillage de l'ensemble du territoire.



Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques

Évaluation des politiques de prévention en santé publique

M. Régis Juanico et Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe
rapporteurs

La crise sanitaire et sa cohorte de données alarmantes accentuent le rôle déterminant de la pratique d'activité physique et sportive sur la santé, comme thérapeutique particulièrement efficace pour prévenir les maladies chroniques, les surmonter, retarder la dépendance des personnes âgées et augmenter l'espérance de vie en bonne santé.

Or, si de nombreuses initiatives sont prises sur le terrain par des acteurs convaincus, dévoués et engagés, la prise de conscience quant à la réalité de cette « bombe à retardement sanitaire » et les actions conduites à tous les âges de vie paraissent clairement insuffisantes. Il faut maintenant agir vite.

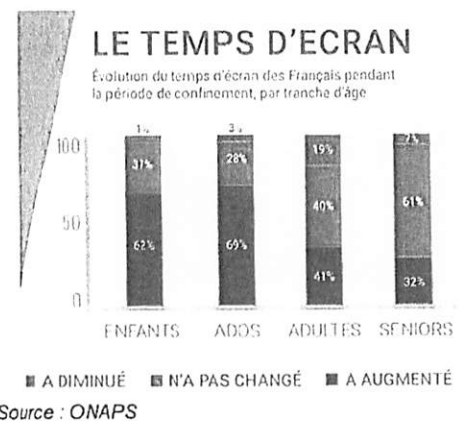
Dans cette perspective, notre rapport formule 18 propositions pour développer l'activité physique dès le plus jeune âge et pour tous les publics.



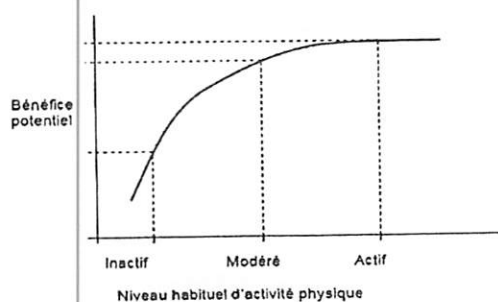
Les ravages de la sédentarité et les bienfaits de l'activité physique

La sédentarité, une réalité accentuée par la crise sanitaire

- ◆ 54 % des hommes et 44 % des femmes de 18 à 74 ans, 17 % des enfants de 6 à 17 ans sont en surpoids ou obèses ;
- ◆ depuis 40 ans, les jeunes de 9 à 16 ans ont perdu 25 % de leur capacité physique ;
- ◆ 66 % des 11-17 ans présentent un risque sanitaire préoccupant avec plus de 2 h d'écran et moins de 60 min d'activité physique par jour ;
- ◆ 49 % présentent un risque sanitaire très élevé avec plus de 4 h 30 d'écran et/ou moins de 20 min d'activité physique par jour.



Relation entre le volume d'activité physique et le bénéfice pour la santé, en fonction du niveau d'activité physique habituel



Source : HAS, guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes, juillet 2019

Bouger, ce n'est pas simplement une bonne chose, c'est vital

- ◆ Remplacer 30 min de sédentarité quotidienne par 30 mn d'activité physique d'intensité modérée réduit de 17 % la mortalité prématurée ; si ces 30 min sont employées à une activité physique d'intensité élevée, la mortalité prématurée baisse de 35 %.
- ◆ 30 min d'activité physique modérée par jour (marche d'un bon pas) réduit le risque d'accident cardio-vasculaire de 30 % en moyenne.



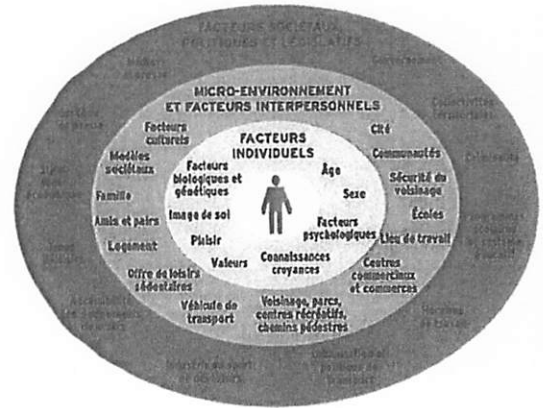
Communiquer, sensibiliser, utiliser des outils novateurs : associer l'action et l'information

- ◆ Communiquer par des canaux adaptés pour sensibiliser tous les Français
- ◆ Associer événements ludiques et prévention
- ◆ Recourir à des outils d'évaluation de la forme physique utilisables par tous.
- ◆ Utiliser de nouveaux outils numériques et le design actif.

Parmi nos propositions :

- ✓ définir l'activité physique et sportive « grande cause nationale » dès 2022 et en faire une priorité de santé publique dans le cadre de l'héritage des JOP de Paris 2024 ;
- ✓ faire de septembre, le mois de l'activité physique et sportive en fédérant les initiatives éparées dans ce domaine ;
- ✓ mieux informer sur les dangers des écrans avant 3 ans, sur les addictions, les soutiens à la parentalité et les prises en charge possibles ;
- ✓ mettre en place des tests de capacité physique et de forme accessibles à tous notamment à l'école et dans le cadre de l'activité professionnelle.

Facteurs influençant la pratique d'activité physique



Source : F. Rostan, C. Simon, Z. Ulmer - Promouvoir l'activité physique des jeunes. Elaborer et développer un projet de type Icaps Saint Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2011

LA LUTTE CONTRE LA SEDENTARITE ET L'ACTIVITE PHYSIQUE ET SPORTIVE : UNE PRIORITE QUI PEINE A EMERGER -

Un foisonnement d'initiatives et de plans mal coordonnés

- ◆ Les plans ne sont pas toujours articulés entre eux et les priorités peinent à se dégager.
- ◆ Peu d'objectifs chiffrés majeurs pour l'action et peu de repères pour mesurer l'impact des actions sur l'état de santé des Français .
- ◆ De nombreuses initiatives témoins d'une dynamique au plan local : 110 réseaux sport-santé structurés répertoriés en 2019 .

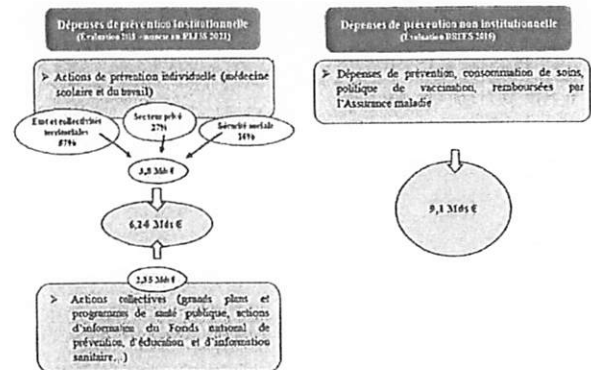


Le financement du sport-santé difficile à identifier

- ◆ Les dépenses de prévention en santé publique ne peuvent être isolées ; on distingue : la prévention institutionnelle, individuelle ou collective: (6,24 Mds €), la prévention non institutionnelle (9,1 Mds €), le FIR (ARS) (629 M€).
 - ◆ Le programme budgétaire "Sport" inclut des crédits de prévention par le sport :
 - la promotion du sport pour le plus grand nombre : 435 M€
 - l'investissement des maisons sport-santé : 4,3 M€ en 2020-21
- Beaucoup de financements non additionnés : mutuelles, collectivités, ARS, CPAM ...

La difficile évaluation d'actions aux objectifs mal définis

- ◆ Des réunions trop épisodiques du comité interministériel pour la santé ;
- ◆ Les plans régionaux doivent s'articuler avec une multitude de plans disparates, non avec un plan national structuré ;
- ◆ Le monde du sport et celui de la santé travaillent en silos.



Parmi nos propositions :

- ✓ créer un ministère délégué en charge de la prévention en santé publique ;
- ✓ formuler dans un document unique les objectifs de prévention en santé publique et de lutte contre la sédentarité pour les différentes catégories de population et portant sur les principales pathologies ;
- ✓ définir comme prioritaires ces objectifs et en réaliser une évaluation annuelle ;
- ✓ définir précisément les structures et les acteurs en charge de la mise en oeuvre de ces objectifs.

L'ÉCOLE, LE FONDEMENT DES APPRENTISSAGES DURABLES ET DE LA PRÉVENTION PRIMAIRE

L'APS et la prévention en santé à l'école : des faiblesses bien identifiées

A l'école, un temps scolaire inégalement mis en œuvre

Nombre d'heures dispensées en sport obligatoire		Nombre d'heures facultatives en sport scolaire
1 ^{er} degré École	3 h	Heures de bénévoles de l'USEP pour 12,5 % des élèves (non connus)
2 nd degré Collège	3 h à 4 h	3 h pour 95 % des professeurs d'EPS pour 28,6 % des élèves
Lycée	2 h	3 h pour 95 % des professeurs d'EPS pour 15,7 % des élèves

Source : Cour des comptes – L'école et le sport : une ambition à concrétiser, septembre 2019

La santé scolaire : des difficultés récurrentes

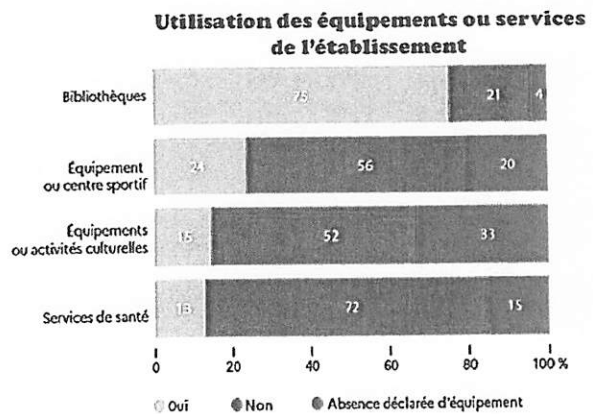
En 2018 :

- ♦ un(e) infirmier(e) pour 1300 élèves ;
- ♦ un médecin pour 12 572 élèves ; 57 % des postes de titulaires occupés ;
- ♦ 18% des visites médicales de la 6^e année et 62 % des bilans infirmiers de la 12^e année réalisés ;
- ♦ des missions de préventions impossibles à réaliser de manière satisfaisante ;
- ♦ des logiciels de suivi inadaptés.

La dynamique des JOP 2024 pour ancrer l'activité physique et sportive dans le socle des apprentissages



Des étudiants sédentaires, faute de temps dédié et d'organisation adaptée



Source : OVE - repères 2020

Parmi nos propositions :

- ✓ inscrire l'éducation physique et sportive dans les compétences du socle commun évaluées dans le Diplôme national du brevet, dans les épreuves du CAP et du BAC ;
- ✓ renforcer l'éducation physique et sportive au lycée en passant de deux heures à trois heures obligatoires par semaine ;
- ✓ rendre systématique l'UE libre activité physique et sportive dans l'enseignement supérieur
- ✓ intégrer la pratique de l'activité physique effective de 30 minutes par jour et la nécessité de bouger toutes les 30 minutes dans la formation des enseignants ;
- ✓ inclure dans les épreuves du concours et le tronc commun des enseignements des INSPé, la promotion de l'activité physique et sportive en tant que facteur de santé publique ;
- ✓ doter les médecins et infirmiers scolaires des outils nécessaires, partagés et interopérables, pour suivre la santé des élèves tout au long de leur scolarité (mise à disposition du dossier médical partagé) et ouvrir la prescription d'activité physique supplémentaire aux médecins scolaires et à ceux de la Protection maternelle et infantile ;
- ✓ désigner un référent sport-santé dans chaque école afin de diffuser les ressources et bonnes pratiques à la communauté éducative ;
- ✓ généraliser le dispositif des « 30 minutes d'activité physique par jour », à l'école et dans les établissements scolaires, en complément de l'horaire d'EPS ;
- ✓ lancer un grand programme d'aménagement du bâti scolaire et des cours de récréation des écoles pour favoriser la mixité des jeux et la motricité.
- ✓ élargir le « Pass'sport » aux jeunes jusqu'à 20 ans, aux fédérations sportives scolaires et le pérenniser .

L'ACTIVITE PHYSIQUE COMME OUTIL THERAPEUTIQUE : UN DISPOSITIF EFFICACE ET PORTEUR D'ECONOMIES



La prescription d'activité physique adaptée (APA) pour les malades atteints d'une affection de longue durée : un outil à conforter

- ♦ L'APA en premier traitement : diabète type 2, obésité, athérosclérose, dépression légère et modérée ;
- L'APA recommandée pour améliorer la situation des patients : diabète type 1, pathologies coronaires, asthme, rhumatismes inflammatoires et bronchopneumopathies chroniques.
- ♦ Donner une impulsion nationale au développement de l'APA :
 - Elargir la prescription, au-delà des seules ALD, à une patientèle plus large ;
 - Remplacer une partie des soins de suite par un programme d'APA ;
 - Repenser le financement de l'APA et introduire une fiscalité incitative pour les garanties innovantes des complémentaires de santé qui intègrent la prise en charge de l'APA pour leurs adhérents ;
 - Inciter les médecins à prescrire l'APA (rôle des CPAM).

Parmi nos propositions :

- ✓ rendre la prescription de l'activité physique adaptée plus accessible en instaurant une prise en charge, par l'assurance maladie, de la consultation médicale comportant le bilan médico-sportif et motivationnel préalable.

L'activité physique adaptée pour les seniors : l'enjeu crucial de la dépendance



- ♦ A partir de 30 ans, diminution de 5 à 10 % de la capacité cardio-respiratoire tous les dix ans,
- ♦ à 80 ans, la masse musculaire a diminué de moitié ;
- ♦ 25 % des femmes et 17 % des hommes de 55 à 85 ans déclarent être tombés au cours des 12 derniers mois ;

- ♦ chez les plus de 65 ans, 85 % des recours aux services d'urgence pour un accident de la vie courante ont pour origine une chute ;
- ♦ 20 à 30% de chutes supplémentaires chez les personnes âgées pendant la crise sanitaire ;
- ♦ le coût des chutes a été évalué à environ la moitié du coût total des soins dispensés aux personnes âgées ;
- ♦ de multiples actions locales existent mais peinent à trouver des financements pérennes.

La nécessité d'un cadre clair pour développer l'APA

Coordonner les acteurs de l'APA au niveau local :

- ♦ Une coordination de type « guichet unique » et une mise en réseau des acteurs du médical, du paramédical et du sport : les maisons sport-santé peuvent jouer ce rôle. ♦ Assurer un processus de labellisation harmonisé des MSS, une bonne répartition géographique.

Parmi nos propositions :

- ✓ faire progressivement des Maisons sport-santé le guichet unique d'accueil, d'information et d'orientation de l'APA dans les territoires ;
- ✓ créer un fonds de soutien financier aux MSS par l'attribution d'une part des taxes affectées sur les paris sportifs.



Former les acteurs, un enjeu majeur

- ♦ La formation initiale à la prévention et en particulier aux bienfaits de l'activité physique est insuffisante.
- ♦ Le développement personnel continu intègre la prévention sans évaluation du suivi et de l'appropriation par les médecins.

Parmi nos propositions :

- ✓ former les médecins et les professions paramédicales au sport-santé et les médecins à la prescription d'APA ;
- ✓ intégrer la participation à la formation à la prévention et à l'APA à la procédure de certification des médecins prévue par la loi du 24 juillet 2019 ;
- ✓ instituer un diplôme d'études spécialisées en médecine du sport.

L'ensemble du rapport et des propositions sur le site de l'Assemblée nationale :

<http://www.assemblee-nationale.fr/15/les-delegations-comite-et-office-parlementaire/comite-d-evaluation-et-de-contrôle>

Enquête santé 2010 en Polynésie française : surveillance des facteurs de risque des maladies non transmissibles - Résumé -

Une enquête, réalisée selon l'approche STEPwise de l'Organisation Mondiale de la Santé, a été mise en place sur l'ensemble de la Polynésie française du 23 août au 15 octobre 2010. Il s'agissait d'une enquête transversale réalisée sur un échantillon représentatif de la population âgée de 18 à 64 ans et répartie dans les 5 archipels du Pays. Son objectif principal était d'étudier la prévalence des maladies non transmissibles (obésité, hypertension artérielle, hypercholestérolémie, diabète) et de déterminer leurs facteurs de risque. Les premières étapes (Step 1 et 2) se sont déroulées à domicile avec l'administration d'un questionnaire standardisé afin de recueillir des données sociodémographiques, comportementales, et des éléments concernant les antécédents d'hypertension artérielle et de diabète. Des mesures physiques (poids, taille, périmètre abdominal, pression artérielle) ont complété le recueil.

Au total, 3 469 personnes ont participé à l'enquête, soit un taux de participation de 94,8%.

Consommation de tabac : 41,0% de la population fument actuellement, dont 34,1% quotidiennement. Les femmes fument significativement plus que les hommes (43,6% des femmes contre 38,5% des hommes). L'âge moyen auquel les fumeurs ont commencé à fumer régulièrement est de 18,4 ans. Parmi les fumeurs quotidiens, 44,9% déclarent fumer des cigarettes industrielles.

Consommation d'alcool : 46,0% de la population déclarent avoir consommé de l'alcool au cours des 30 derniers jours. 43,4% des hommes ont consommé 5 verres ou plus au cours des 30 derniers jours et 26,6% des femmes ont bu 4 verres ou plus en une seule occasion au cours des 30 derniers jours.

Consommation de cannabis : 38,6% de la population ont déclaré avoir déjà fumé du cannabis au moins une fois au cours de leur vie. La prévalence de la consommation du cannabis est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (50,3% vs 26,1%). Les jeunes sont plus nombreux que leurs aînés à en avoir déjà fumé (45,2% des 18-24 ans ont déjà fumé du cannabis vs 21% des 45-64 ans). L'âge moyen de la première consommation de cannabis est de 18,2 ans.

Consommation de fruits et légumes : En moyenne lors d'une semaine typique, la population consomme 1,1 portions de fruits et 1,5 portions de légumes par jour. 87,3% des personnes consomment moins de 5 portions de fruits et légumes en moyenne par jour. 34,5% de la population pensent consommer suffisamment de fruits et 46,6% jugent qu'ils consomment suffisamment de légumes. Pour les autres, le prix et les difficultés d'approvisionnement sont les principaux freins à la consommation cités.

Pratique de l'activité physique : 21,6% de la population interrogée possèdent un niveau bas d'activité physique, les femmes étant significativement moins actives que les hommes (27,4% contre 16,1% des hommes). 58,9% ont un niveau élevé d'activité physique (69,6% chez les hommes, 47,5% chez les femmes).

Mesure de l'indice de masse corporelle (IMC) : L'IMC moyen de la population est de 29,3 kg/m². 69,9% des personnes interrogées sont en surcharge pondérale, dont 40,4% au stade de l'obésité. Seuls 28,7% de la population présentent des valeurs d'IMC normales.

Classe de l'obésité		IMC (kg/m ²)
Insuffisance pondérale		< 18,5
Poids normal		18,5-24,9
Surpoids		25,0-29,9
Obésité	I Obésité modérée	30,0-34,9
	II Obésité sévère	35,0-39,9
	III Obésité morbide	≥ 40

Mesure du périmètre abdominal : Le tour de taille moyen mesuré est de 97,7 cm chez les hommes et 93,9 cm chez les femmes. 37,0% des hommes souffrent d'obésité abdominale contre 62,2% des femmes. Au total, 49,2% de la population présentent une obésité abdominale.

Antécédents connus d'hypertension artérielle et de diabète : 10,0% des personnes interrogées ont déclaré souffrir d'une hypertension artérielle dont 7,0% depuis un an ou moins d'un an (19,2% parmi les 45-64 ans), 53,0% de ces hypertendus connus se traitent (73,2% des 45-64 ans). D'autre part, 74,9% de la population déclarent avoir déjà bénéficié d'une mesure de la glycémie par un professionnel de santé. 10,0% de la population déclarent être diabétique (5,8% chez les 18-24 ans ; 6,9% chez les 25-44 ans et 18,9% chez les 45-64 ans). Deux tiers des diabétiques connus (68,3%) déclarent prendre un traitement antidiabétique (60,3% prennent un traitement oral antidiabétique et 20,0% sont sous insuline).

Mesure de la pression artérielle : Selon la définition utilisée dans cette enquête, l'hypertension artérielle touche 26,7% de la population et concerne plus les hommes que les femmes. Elle augmente significativement avec l'âge. De plus, 74,2% des personnes hypertendues ne sont pas traitées et seules 10,0% des personnes hypertendues ont un traitement efficace.

Facteurs de risque combinés : L'Organisation Mondiale de la Santé a défini les facteurs de risque des maladies non transmissibles comme étant le tabagisme quotidien, une consommation insuffisante de fruits et légumes (moins de 5 portions par jour), un niveau d'activité physique faible (inférieur à 600 met-minutes), la présence d'une surcharge pondérale ou d'une obésité et la tension artérielle élevée (PAS supérieure ou égale à 140mm de Hg et PAD supérieure ou égale à 90 mm de Hg ou actuellement sous traitement pour une tension artérielle élevée). 45,0% de la population sont à risque majoré de maladies non transmissibles (combinaison d'au moins 3 facteurs de risque) dont 58,8% des 45-64 ans et 39,9% des 18-44 ans. Seulement 1,7% de la population ne présente aucun facteur de risque

Record de l'obésité en Océanie- extraits

Article - Stéphanie Moulin, Responsable de Projet et d'Actions de Communication,
stephanie.moulin@francetv.fr

Enfin un film sans tabou sur l'obésité. Les réalisateurs ont fait le choix d'appeler un gros, un gros. Entouré de plusieurs médecins spécialistes, le film explique l'origine de l'obésité en Polynésie et les différents fléaux qui accentuent cette maladie. A travers différents portraits de calédoniens et de polynésiens, immersion dans le monde des gros.

L'obésité est partout ou presque dans les îles du Pacifique. Le Dr Viliami Puloka, à la tête du Healty Pacific Lifestyle du Secrétariat général de la Communauté du Pacifique Sud, que nous avons rencontré pour préparer ce film et auquel nous demandions quels pays étaient intéressants à filmer pour ce sujet, nous a répondu : « *Prenez une pièce de monnaie, lancez-la au-dessus d'une carte du Pacifique et là où elle retombera vous pouvez tourner. L'obésité s'est répandue sur toutes nos îles.* » Avec une moyenne de 50 % de sa population en surpoids, beaucoup choisissent d'en rire, le sujet n'est pas tabou. Pourtant, il est difficile de comprendre les causes qui donnent à ces petits pays isolés de si tristes records. Avec ce documentaire, nous avons décidé d'abord de comprendre pourquoi, entre le moment où arrivent les premiers navigateurs et aujourd'hui, le physique des Océaniens a tant évolué. En cela, fidèles à notre ligne éditoriale, nous nous attacherons à « *revisiter* » le cliché de la vahiné, qui est aujourd'hui loin des réalités océaniques.

Parmi les peuples du Pacifique, l'ethnie polynésienne remporte la palme. En Polynésie française 40,4 % de la population est obèse, à Wallis-et-Futuna, 59,2 % de la population serait en surcharge pondérale. Les Samoans américains, détenteurs du record mondial d'obésité, seraient, eux, 94 %. Tahiti détient un taux d'obésité infantile parmi les plus élevés du monde : 34 % des enfants âgés de 5 à 14 ans sont obèses. Les peuples de Micronésie ou de Mélanésie n'échappent pas à la tendance. En Nouvelle-Calédonie par exemple, 26,5 % de la population est obèse et 51 % est en surpoids...

Le Pacifique est encore une des seules régions au monde où les personnes en surpoids ne sont pas stigmatisées par la société. Etre gros est devenu banal. Certains et notamment les Polynésiens, ont une vision positive de la personne en surcharge pondérale...

Histoire et morphologie

A l'origine, les peuples océaniques sont loin d'être gros. Les Polynésiens, grands voyageurs, formaient une population solide, résistante, de forte constitution, mais les individus n'étaient pas gros.

Pourtant, « *Big is beautiful...* » Les navigateurs nous ont rapporté que sur toute la Polynésie, les fortes et très fortes corpulences étaient très appréciées et recherchées car signe de puissance. Mais il s'agissait souvent des chefs et de leur famille. Les festins communautaires dont ont pu témoigner les premiers Européens étaient pantagruéliques. Ces festins étaient organisés par les chefs et leur famille, la surabondance alimentaire lors de ces repas exceptionnels positionnait le chef, c'était la démonstration de sa prospérité et de son pouvoir. « *Il fallait manger et plus encore* » ! En dehors des périodes d'abondance, le quotidien alimentaire de la communauté était d'une grande uniformité voire monotonie, ce qui n'empêchait pas les individus d'ingurgiter de grosses portions de nourriture, tubercules, uru, bananes. A Tahiti, il existait un véritable principe d'engraissement le « *Ha'apori* ». Des jeunes filles et femmes de sang royal, ainsi que certains aînés, étaient engraisés à l'ombre, pendant plusieurs mois et tout mouvement était proscrit. A la sortie, ils représentaient par leur morphologie toute l'opulence et la puissance du chef. Chez les « *Arioi* », une élite qui honorait le culte de l'abondance, de la sexualité et de la fertilité, un principe d'engraissage volontaire était nécessaire pour entrer dans la confrérie.

La théorie du gène de l'épargne

Depuis quelques années, l'hypothèse d'un facteur génétique, le « gène de l'épargne », est avancé comme un des facteurs expliquant la pandémie de l'obésité dans le Pacifique. Cette théorie n'est pas récente, elle a été développée par le généticien James Neel en 1962. Elle argue du fait que les longs voyages, les famines répétées, les épisodes climatiques violents et l'isolement des insulaires ont favorisé la sélection des hommes dont le métabolisme était économe en énergie, voire apte à stocker. Ce génotype transmis de génération en génération serait aujourd'hui un désavantage pour les Océaniens vivant désormais selon un mode vie occidentalisé.

Une théorie bien confortable, répondent ses détracteurs, qui permet surtout au monde politique de se déresponsabiliser en ne prenant pas de mesures... souvent impopulaires.

Sleeve or not sleeve ?

Certains pays en sont arrivés à des méthodes draconiennes pour stopper l'obésité. En Nouvelle-Calédonie, la sleeve, opération chirurgicale qui réduit la capacité gastrique d'environ 2/3 est couramment pratiquée, c'est 4 fois plus qu'en métropole ! Pour certaines professions médicales confrontées au fléau de l'obésité, le remboursement par la Cafat est incompréhensible. Surtout si l'on considère que les consultations chez un diététicien ne le sont pas.

Manger bien, c'est manger beaucoup

Pour beaucoup de Tahitiens et notamment dans les catégories sociales les plus démunies, bien manger, c'est manger tant qu'il y a à manger. Cette façon de procéder (« *je mange beaucoup... parce que ça va finir* ») rappelle l'expression samoane « Le polo e naea mea mata » (« Mange tant que tu vois la nourriture ») : c'est la disponibilité en aliment qui guide le mangeur. Et quand la disponibilité est régulière, « Je mange tant qu'il y'en a »... À Tahiti, en matière alimentaire, bien manger signifie manger beaucoup et réciproquement : c'est le volume ingéré, ressentir la sensation de répétition, l'impression physique de plaisir que procure la satisfaction d'un estomac bien rempli, qui guident le mode d'alimentation.

En Polynésie comme en Mélanésie, il paraît difficile – sous peine d'isolement social - de ne pas se rendre aux fêtes de famille, mariages coutumiers ou aux deuils, où traditionnellement la nourriture est abondante et où les rassemblements durent plusieurs jours d'affilée. Différence de taille : les périodes d'abondance n'alternent plus avec des périodes de disette longtemps imposées par le rythme des saisons comme ce fut le cas traditionnellement dans les Etats insulaires du Pacifique. Désormais se rajoutent aux plats traditionnels, les sodas et autres produits importés qui sont devenus la base de l'alimentation.

Le coût de l'obésité

Plus la courbe de l'obésité augmente, plus les maladies associées dites maladies non transmissibles sont en hausse. Quatre principaux types de MNT sont répertoriés : les accidents cardiovasculaires, les cancers, les maladies respiratoires chroniques et le diabète. Selon l'OMS, trois décès sur quatre sont imputables aux maladies non transmissibles en Océanie.

Cette situation se traduit par une charge croissante pour les services de santé de chaque pays : des fins de vies lentes, douloureuses, prématurées... et onéreuses. Les conséquences économiques sont considérables pour les Etats, les conséquences sociales aussi. Les incidences des MNT compromettent le potentiel économique des pays de la région en raison de leur influence sur les quatre grands moteurs de l'économie : la disponibilité de la main d'œuvre, la productivité, l'investissement et l'éducation.