



SWAPS

CT

Communautés thérapeutiques

Santé, réduction des risques et usages de drogues N° 104 / Printemps 2023

**Pourquoi j'ai voulu relancer
les communautés thérapeutiques** / 13

**Les nouvelles
communautés thérapeutiques :**
un outil supplémentaire
dans une palette de réponses / 15

Une vie au service
des communautés thérapeutiques / 21

Mieux accompagner les usagers :
la neuropsychologie
comme clé de compréhension
complémentaire / 25

Crack: survivre
dans un monde prohibitionniste / 28

Délinquant et malade,
le retour des fondamentaux
antidrogues / 31

**Le CESE est favorable à
la légalisation encadrée
du cannabis** / 4

« **SIMCA** »
Stratégie interministérielle
de mobilisation contre les conduites
addictives 2023-2027 / 6

Relativiser
les dangers des drogues,
le pari risqué de David Nutt / 8

L'équasy – une addiction
sous-estimée pouvant influencer
le débat actuel sur les dangers des drogues / 9

Béatrice Stambul,
l'enfant prodige
de la réduction des risques / 34

Brèves / 2

Publications / 35

Édito / 40

BRÈVES

Cannabis thérapeutique, un décret et une pénurie

Alors que l'expérimentation du cannabis thérapeutique a été prolongée par un décret paru au *Journal officiel* le 27 mars, « l'huile CBD (THC < 0,3%) est manquante fournisseur », selon Nicolas Authier qui supervise l'expérimentation. Le médecin confirme des informations parues dans la presse sur une rupture de CBD pur, le produit le plus utilisé, notamment dans les cas de l'épilepsie chez l'enfant. Le site Newsweed indique le 29 mars que « l'huile CBD pharmaceutique sans THC représentait environ 60 % des produits prescrits ». Sans stock existant, « les patients qui souffrent d'épilepsie vont quitter l'expérimentation pour un relais avec de l'Épidyolex hors AMM, précise Nicolas Authier. Dans les autres indications, ceux traités uniquement avec du CBD vont soit quitter l'expérimentation, soit accepter de recevoir aussi du THC (médicament différent) avec donc, un plus grand risque d'effets indésirables... » Il estime qu'entre 200 à 300 personnes pourraient ainsi quitter l'expérimentation, sur les 1 600 inclus.

Selon Newsweed, cette pénurie serait due à un manque d'anticipation de la Direction générale de la santé.

FRANCE

Cocaïne mania

178 kilos de cocaïne saisis à Brest le 16 février 2023, 120 kilos en mai dernier à la Rochelle... En 2021, les autorités ont doublé les prises avec 26,5 tonnes de cocaïne saisies selon la mission interministérielle de lutte contre la drogue. C'est aujourd'hui la drogue la plus consommée en France après le cannabis, et son prix est abordable. Au-devant de la scène avec les retombées de l'affaire Palmade, la cocaïne pourrait être à l'origine d'un durcissement des contrôles routiers. Le ministre de l'Intérieur, Gérald Darmanin, a en effet évoqué le 18 février au *Journal du dimanche*, vouloir sanctionner sévèrement les conducteurs déclarés positifs aux stupéfiants, quels qu'ils soient, avec un retrait imminent du permis de conduire. Selon le ministre de l'Intérieur, qui a doublé les contrôles routiers en 2022, « 16 % des contrôles de l'usage de stupéfiants au volant se sont avérés positifs contre 3 % de ceux concernant l'alcool. »

La coke, un marché en essor selon l'OFDT

La circulation de cocaïne dans le monde s'est amplifiée, depuis les années 2010, selon un Théma de l'OFDT, réalisé en lien avec Santé publique France et le réseau d'addictovigilance. La poudre représente 1/3 du marché des stupéfiants en Europe et la quantité de cocaïne produite dans le monde est passée de 1 134 tonnes en 2010 à 1 982 tonnes en 2020. En France, selon les estimations de l'Ofast, 27,7 tonnes de cocaïne ont été saisies en 2022, contre 10,8 tonnes en 2011. Et les usages se sont accrus : l'OFDT estime ainsi le nombre de consommateurs à 600 000 usagers dans l'année, (5 millions pour le cannabis et 400 000 pour la MDMA/ecstasy) en 2017. Cependant, l'OFDT note que cette consommation reste marginale « en population générale, concentrée dans certaines fractions de population ».

Surtout, les effets alertent : selon Santé publique France, le taux de recours aux urgences pour usage de cocaïne atteint 21,2 passages pour 100 000 en 2022, contre 8,6 en 2010. Parallèlement, les demandes de traitement au titre de la cocaïne augmentent au sein des Csapa : l'OFDT recense 5 907 demandes de traitement en 2020, contre 2 613 en 2010. En 2021, 20 198 séjours hospitaliers en lien avec une intoxication à la cocaïne ont été enregistrés, contre 4 832 en 2010.

<https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxco2d3.pdf>

ÉTATS-UNIS

Légalisation éthique

Près de deux ans après avoir légalisé l'usage récréatif de la marijuana, l'État de New York a décidé d'en autoriser la commercialisation en adoptant une posture éthique : les seuls à pouvoir prétendre obtenir une licence de vente doivent posséder un casier judiciaire lié à cette drogue. « Une façon pour les autorités de lutter contre les discriminations en favorisant les communautés touchées par des décennies de prohibition », selon *le Monde*. La guerre à la drogue a particulièrement touché les jeunes issus des minorités, et Tremaine Wright, à la tête du New York State Cannabis Control Board qui supervise le dispositif dans l'État, rappelle : « La police utilisait l'odeur du cannabis ou la vue d'un joint pour interpellé beaucoup de nos jeunes. Un Noir avait quinze fois plus de chance de se faire arrêter qu'un Blanc, et un Hispanique huit fois plus. Des familles entières ont été brisées. »

https://www.lemonde.fr/m-le-mag/article/2023/01/22/a-new-york-le-cannabis-a-un-parfum-de-revanche_6158827_4500055.html

BELGIQUE

Une commissaire nationale pour lutter contre le narcotrafic

Avec plus de 110 tonnes de cocaïne saisies dans le port d'Anvers en 2022, soit la moitié de toutes les saisies en Europe – mais 10 % du trafic, selon Europol – la Belgique fait figure de porte d'entrée en Europe de cette drogue. Le gouvernement fédéral a annoncé, mi-février, un plan d'urgence et la nomination d'une commissaire nationale aux drogues, Ine Van Wymersch, la plus jeune procureure de Belgique (42 ans), chargée de coordonner la lutte. En parallèle, le gouvernement a annoncé le doublement des effectifs de la police portuaire – pour atteindre 300 agents – et des services de la police fédérale à Anvers. La Belgique est entrée dans « l'ère de la narco-terreur », selon le ministre de la Justice belge qui a vécu dans une résidence sécurisée l'automne dernier. Meurtres, règlements de comptes, enlèvements, la Mocrò Maffia sème la violence...

https://www.lemonde.fr/international/article/2022/09/20/la-belgique-roude-de-devenir-un-narco-etat_6142332_3210.html

AUSTRALIE

Des drogues pour la santé mentale

Le gouvernement australien autorise à partir du 1^{er} juillet 2023 la prescription, par des psychiatres agréés, de la MDMA – pour traiter le syndrome de stress post-traumatique – et de la psilocybine pour la dépression résistante au traitement. « Ce sont les seules conditions pour lesquelles il existe suffisamment de preuves de bénéfices potentiels chez certains patients », explique un communiqué du 3 février de la TGA (Therapeutic Goods Administration), l'administration australienne en charge des produits de santé. Cette décision fait suite à une consultation publique et à un rapport d'experts. Bien qu'aucun produit ne contenant de la MDMA ou de la psilocybine soient approuvés, « cet amendement permettra aux psychiatres autorisés d'accéder et de fournir légalement un médicament non approuvé spécifié contenant ces substances aux patients dont ils ont la charge pour ces utilisations spécifiques ».

<https://www.tga.gov.au/news/media-releases/change-classification-psilocybin-and-mdma-enable-prescribing-authorized-psychiatrists>

ALLEMAGNE

L'Allemagne mini-légalise

L'Allemagne a remanié son plan de légalisation du cannabis à usage récréatif face aux réserves de l'Union européenne, renonçant à la vente de la plante dans des magasins spécialisés (cf. *Swaps* 103). Présenté mercredi 13 avril, le nouveau plan autorisera les majeurs à posséder de petites quantités de cannabis.

« Les objectifs initiaux n'ont pas changé : plus de sécurité dans la consommation, enrayer le marché noir, meilleure protection des jeunes », pour Karl Lauterbach, ministre de la Santé social-démocrate.

Les membres des « clubs cannabis » pourraient être autorisés à cultiver la plante pour leur seule consommation, sous surveillance des pouvoirs publics. Un projet de loi devrait être présenté aux députés. Les particuliers seront autorisés à posséder jusqu'à 25 g de cannabis pour leur usage personnel, et pourront cultiver trois pieds. La consommation restera toujours interdite pour les mineurs.

Le CESE est favorable à la légalisation encadrée du cannabis

Christelle Destombes / Swaps

Le Conseil économique, social et environnemental (CESE), organe consultatif qui conseille le Gouvernement et le Parlement, s'est prononcé mardi 24 janvier en faveur d'une légalisation encadrée du cannabis.

Dans leur rapport « Cannabis : sortir du statu quo, vers une légalisation encadrée »¹, les rapporteurs du CESE jugent durement la politique de prohibition menée depuis cinquante ans. C'est un « échec cuisant », alors que la France est le pays de l'Union européenne qui compte en proportion le plus de consommateurs : 45 % des 15-64 ans ont déjà consommé du cannabis au moins une fois au cours de leur vie, contre 27 % dans l'ensemble de l'Union...

Après dix mois de recherches et d'auditions pour dresser le bilan des politiques publiques en vigueur et explorer les conséquences des évolutions législatives – l'amende forfaitaire, discriminatoire « qui touche très majoritairement les usagers et usagères des quartiers populaires, les hommes et les personnes racisées » – le CESE formule onze préconisations, organisées autour de trois axes :

- organiser le débat public et participatif pour une nouvelle régulation du cannabis ;
- déployer des mesures d'urgence dans l'optique d'une meilleure régulation du cannabis en France ;
- construire un modèle de légalisation encadrée du cannabis.

¹ <https://www.lecese.fr/travaux-publies/cannabis-sortir-du-statu-quo-vers-une-legalisation-encadree>

² <https://www.leparisien.fr/societe/sante/cannabis-le-cese-se-prononce-pour-une-legalisation-encadree-24-01-2023-167DSHZSFRFRP6KEH2GMFQBRV.php>

Le CESE constate à la fois les incuries du point de vue de la santé publique : « les actions de prévention menées sont globalement inefficaces, notamment auprès des jeunes consommateurs

qui sont de plus en plus exposés à des produits non contrôlés », comme du point de vue sécuritaire : « la prohibition annihile tout message de prévention, et mobilise fortement les services de police et de la justice, sans réel effet sur l'ampleur du trafic et du niveau de consommation qui demeure le plus élevé d'Europe ».

En s'inspirant de la légalisation du cannabis au Canada, à Malte ou encore d'ici 2024 en Allemagne, le CESE propose donc une « légalisation encadrée » de la production, de la distribution et de la consommation de cannabis. Avec en ligne de mire la coexistence de différents modèles de production en séparant les filières médicales et « récréatives » ; en privilégiant l'agriculture biologique pour la production de cannabis « récréatif », le CESE envisage la distribution dans des points de vente dédiés soumis à licence, et de former les distributeurs à la prévention et la réduction des risques. L'autoculture et les *Cannabis social clubs* seraient autorisés et encadrés. La promotion serait soumise aux mêmes dispositions que la loi Évin, avec un affichage de messages de santé publique aux côtés des taux des principaux cannabinoïdes...

Des objectifs de santé publique

Cette légalisation vise avant tout, expliquent les deux rapporteurs, Florent Compain, porte-parole des Amis de la Terre France et Helno Eyriey, ex-président de l'Unef, « des

objectifs de santé publique », mais pourrait aussi permettre « d'affaiblir et assécher le plus possible » le trafic illégal. « Loin de toute posture idéologisée », le CESE appelle à un large débat public et à faire intervenir « les personnes qui font, car ce sont elles qui savent ».

Le CESE se prononce également pour un passage à 1% de THC dans le chanvre et à l'élargissement des recherches autour du cannabis pour mieux comprendre l'interaction de cette plante avec l'humain, mais aussi pour développer ces usages industriels, technologiques ou textiles.

Selon *le Parisien*, Amine Benyamina, chef du service d'addictologie à l'hôpital Paul-Brousse de Villejuif (Val-de-Marne), approuve à 100 % cette recommandation visant à légaliser le cannabis. « C'est une stratégie pragmatique qui limite les risques en matière de santé publique, sans que cela n'envoie un message à consommer davantage. Jusqu'à présent, les trafiquants avaient toujours gagné la bataille »².

Pour Nicolas Authier, psychiatre spécialisé en pharmacologie et addictologie au CHU de Clermont-Ferrand, « légaliser ne se ferait pas en trois ou six mois. Et si on ne sait

pas faire de la prévention, ça ne sert à rien de légaliser. Il faut avant tout passer d'un modèle de lutter contre à prévenir », toujours selon le quotidien.

Cet avis a été adopté à 88 voix pour, 25 contre et 16 abstentions sur 129 votants. A-t-il des chances d'influencer la politique française ?

« Loin de toute posture idéologisée », le CESE appelle à un large débat public et à faire intervenir les personnes qui font, car ce sont elles qui savent. »



« SIMCA »

Stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives 2023-2027

France Lert / Swaps

La Mildeca a publié en mars 2023 une nouvelle « Stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives », précédée d'un bilan. Parler de « conduites addictives » annonce la couleur: le focus est mis sur les individus, leur comportement et leur environnement familial et social¹.

Le plan pose un cadre général : les raisons d'agir (10), les objectifs (6), les principes (5) et les orientations stratégiques (9). Il renvoie à des feuilles de route spécifiques par substance qui viendront plus tard.

Les raisons d'agir – le constat – sont envisagées sous l'angle de la protection de l'individu tout au long de la vie et présentées selon une temporalité qui s'élargit progressivement : l'enfant à naître, la transmission générationnelle de la consommation, la précocité des usages, les violences interpersonnelles, puis la vie adulte, avec le bien-être au travail, la délinquance et la criminalité, la mortalité routière, les effets environnementaux de la production et de la consommation des substances. Les inégalités sociales sont envisagées comme résultant d'un comportement individuel des personnes en difficulté sociale ou des milieux sociaux défavorisés.

L'accent est mis sur la régulation mais aussi sur le contrôle de son application qu'il s'agisse de la publicité, de la vente d'alcool et de tabac aux mineurs.

Six objectifs et dix orientations généralistes

Les objectifs, au nombre de six, sont exprimés en termes de contrôle au sens épidémiologique du terme :

- changer les représentations des produits et améliorer l'information sur les risques,
- repousser l'âge de début des consommations dans la vie en s'appuyant sur l'environnement familial,
- réduire la durée des usages dans la vie,
- réduire le « treatment gap » par une prise en charge plus précoce,
- réduire l'accessibilité de l'alcool, du tabac et des jeux d'argent,
- réduire délinquance et criminalité liées aux trafics.

Dans ce texte de cadrage, ces objectifs restent très généraux, peut-être les feuilles de route thématiques proposeront-elles des objectifs chiffrés.

Les principes d'action ont avant tout une dimension institutionnelle: globalité et coordination, fondements scientifiques robustes, coopération européenne et internationale, soutien aux acteurs territoriaux, cohérence de la communication.

Les orientations stratégiques sont déclinées en dix points avec une description des modes d'action ou d'interventions et une illustration par un ensemble de mesures classiques déjà en œuvre à poursuivre et à renforcer.

Cependant sous la plupart des chapitres, des mesures sont présentées comme « phares »: informer sur les risques de la consommation de cocaïne, instaurer des

¹ « Stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives 2023-2027 », mars 2023 https://www.drogues.gouv.fr/sites/default/files/2023-03/SIMCA%202023-2027_0.pdf

zones sans publicité autour des établissements scolaires et en ligne, contrôler l'application de l'interdiction de vente aux mineurs par le contrôle continu et dissuasif et l'accompagnement des buralistes, mobiliser tous les leviers pour une génération sans tabac en 2032, engager les associations de protection de l'enfance dans la prévention des conduites addictives des familles suivies, profiter des grands événements sportifs 2023 et 2024 pour favoriser la prévention. La recherche et l'évaluation constituent la dixième des orientations annoncées, en maintenant une enveloppe financière stable du Fonds national de lutte contre les addictions.

Quelques remarques...

L'absence de chiffrage des ressources financières, et parmi elles des ressources nouvelles nécessaires pour réaliser les actions ; la façon dont le Fonds de concours en forte croissance peut abonder le budget de la prévention et de la prise en charge...

Une attente des feuilles de route thématiques, à ce jour sans calendrier de publication, qui rend difficile de se représenter ce qui va être effectivement mis en œuvre.

Malgré l'insistance mise sur les bases scientifiques, l'allocation de fonds consistants pour l'observation et la recherche (près de 15 millions d'euros) sans pour autant discuter l'intérêt d'une agence de recherche spécialisée.

À l'heure où des pays proches dans leur système politique passent ou réfléchissent à la légalisation du cannabis et à la dépénalisation de l'usage, toute évolution est écartée « par manque de données scientifiques robustes qu'une telle évolution permette effectivement d'atteindre les deux objectifs princeps de diminution de l'usage et de réduction de la criminalité ». La stratégie parie sur la « débanalisation ».

Un étonnement que les phénomènes qui se sont accentués dans les dernières années ne reçoivent pas plus d'attention : la montée accélérée et l'extension de l'usage de cocaïne, les obstacles à l'installation des salles de consommation renommées Haltes soins addictions, la situation insupportable des usagers de crack à Paris, le chemsex à peine effleuré, les barrières à mettre en place pour éviter le développement du phénomène fentanyl qui génère des milliers de morts aux États-Unis et au Canada. Évidemment la problématique de la violence meurtrière accrue au sein du trafic de drogues en France.

Réception par la « profession »

La Fédération Addiction salue la stratégie pour la dimension qui consiste à s'éloigner « explicitement d'une approche des drogues fondée sur la seule répression, comme ce fut trop souvent le cas » et pour donner « une

place importante à la réduction des risques, rappelant qu'"elle se fonde sur des résultats scientifiques solides et participe d'un ensemble de réponses" et qu'elle "est inscrite dans la loi" (p. 14) tout en soulignant qu'elle "demeure parfois mal comprise", ce qui est vrai. À ce titre, il convient de saluer l'engagement du document ». Sous ces angles, la profession fait des propositions supplémentaires pour pousser plus loin des mesures de communication, de prévention, d'intervention ou de prise en charge, mais aussi de stabilisation des centres d'addictologie par des financements pérennes et non par des appels à projet.

La Fédération Addiction situe les addictions comme un déterminant des inégalités de santé, là où, pour nous, les inégalités sociales seraient plutôt des déterminants des consommations et des addictions interpellant les mécanismes structurels des inégalités. Comme nous, la Fédération Addiction s'étonne de ne pas voir le statut légal des drogues remis en question alors que de nombreux pays et institutions françaises et internationales appellent à la dépénalisation des usages de produits illicites et à une législation encadrant la production et la commercialisation du cannabis.

La réduction des risques née en Angleterre et aux Pays-Bas avant le sida, importée en France par les associations dans le sillage tragique du sida dès la fin des années 1980 puis par des ministres courageuses, par la Mildt au tournant des années 2000 et enfin inscrite dans la loi de santé publique de 2004, doit rester le paradigme majeur de la politique des drogues.

Il est inquiétant que la question des drogues ne soit pas portée à un niveau plus élevé du débat social à l'heure où la disponibilité et la diversification des drogues augmentent, portées par de multiples processus : nouveaux assemblages de molécules facilités, rôle majeur du numérique pour faire circuler les produits, intensification des transports intercontinentaux, dégradation du contexte géopolitique favorisant l'émergence de nouvelles forces de narcotrafic, augmentation de la violence armée, mais aussi où on voit des médicaments qui sont les produits les plus encadrés causer des morts par dizaine de milliers. Les dragons domestiques appellent des réponses à la hauteur des besoins qu'en ont nos sociétés.

Relativiser les dangers des drogues, le pari risqué de David Nutt

Zoë Dubus / Docteure en histoire contemporaine, Aix-Marseille Université, Laboratoire TELEMMe, chercheuse associée à l'Institut des humanités en médecine, CHUV, Lausanne, Suisse et membre de l'équipe PSYCHOMadd de l'hôpital Paul Brousse

Pour la première fois, un texte devenu culte du psychiatre anglais David Nutt est traduit en français, «Equasy – An overlooked addiction with implications for the current debate on drug harms». David Nutt plaide pour une approche pragmatique de la dangerosité de certains produits et une répression idoine. Il est contraint de démissionner de son poste au Conseil consultatif sur l'abus de drogues. Zoë Dubus décrit l'impact sur la carrière de David Nutt de cette étude parue en 2009 sur «l'équasy», une drogue fictive aux dangers réels...

¹ David NUTT, Leslie A. KING, William SAULSBURY et Colin BLAKEMORE, «Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse», *The Lancet*, 369-9566, 2007, p. 1047-1053.

² Bernard ROQUES, *La Dangerosité des drogues, Rapport au Secrétariat d'État à la santé*, Paris, Odile Jacob, 1999.

³ David NUTT, «Equasy – An overlooked addiction with implications for the current debate on drug harms», *Journal of Psychopharmacology*, 23-1, 2009, p. 3-5.

⁴ Alan TRAVIS, «Government criticised over refusal to downgrade ecstasy», *The Guardian*, 11/02/2009.

⁵ «Why Professor David Nutt was shown the door», *The Guardian*, 02/11/2009.

⁶ David NUTT, «Nutt damage – Author's reply», *The Lancet*, 375-9716, 2010, p. 724.

⁷ David J. NUTT, Leslie A. KING, Lawrence D. PHILLIPS, et INDEPENDENT SCIENTIFIC COMMITTEE ON DRUGS, «Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis», *Lancet*, 376-9752, 2010, p. 1558-1565.

⁸ David NUTT, «Hysteria and hubris: lessons on drug control from the Seunthorpe Two»; David NUTT, «Perverse Effects of the Precautionary Principle: How Banning Mephedrone Has Unexpected Implications for Pharmaceutical Discovery», *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 1-2, 2011, p. 35-36; David J. NUTT, *Drugs - without the hot air: minimising the harms of legal and illegal drugs*, Cambridge, UIT, 2012; David J. NUTT, Leslie A. KING et David E. NICHOLS, «Effects of Schedule I drug laws on neuroscience research and treatment innovation», *Nature Reviews. Neuroscience*, 14-8, 2013, p. 577-585; David NUTT, «Illegal Drugs Laws: Clearing a 50-Year-Old Obstacle to Research», *PLoS Biology*, 13-1, 2015, p. 1-6.

Lorsque paraît l'article qui va suivre, son auteur David Nutt est professeur à l'université de Bristol, où il dirige le laboratoire de psychopharmacologie. Après un début de carrière brillant (à 31 ans, un de ses articles est publié dans la prestigieuse revue *Nature*), il se fait connaître de la communauté scientifique internationale en 2007. Il réalise alors une étude évaluant la dangerosité des stupéfiants en les comparant à des psychotropes légaux (alcool ou tabac) ainsi qu'à des médicaments¹. Les résultats présentés sont retentissants. Près de dix ans auparavant, le pharmacologue français Bernard Roques avait essuyé un scandale en proposant pour la première fois d'analyser tous les produits psychotropes, considérés comme des drogues ou non, à la demande de Bernard Kouchner, secrétaire d'État à la Santé². Les conclusions étaient en effet choquantes: le tabac et l'alcool se retrouvaient parmi les substances les plus dangereuses tandis que le cannabis ou le LSD apparaissaient dans le bas du tableau...

En 2007, David Nutt et son équipe parviennent à des résultats similaires, mettant notamment en évidence les faibles risques liés à la consommation d'ecstasy. Or, Nutt est depuis 1998 membre du Conseil consultatif sur l'abus de drogues (Advisory Council on the Misuse of

Drugs, ACMD), un organisme public britannique à vocation consultative. Il estime devoir faire connaître au gouvernement les données scientifiques disponibles sur la dangerosité des psychotropes, en vue d'un assouplissement des politiques répressives. L'ACMD recommande donc au gouvernement de faire rétrograder l'ecstasy afin d'alléger les peines encourues en cas d'usage. Devant le refus du ministre de l'Intérieur Jacqui Smith, David Nutt décide de ne pas baisser les bras. Pour se faire entendre, il lui faut marquer les esprits et toucher le grand public. En janvier 2009, il publie avec un humour tout anglais l'article qui le rendra célèbre: «L'équasy – une addiction sous-estimée pouvant influencer le débat actuel sur les dangers des drogues»³. Dans la presse populaire, il accuse le gouvernement d'avoir fermé les yeux sur les données scientifiques apportées par son équipe pour des raisons politiques⁴. En octobre, Nutt réaffirme ses positions contre la législation «absurde» et «obscène» à l'égard des stupéfiants dans le texte d'une de ses conférences donnée au Center for Crime and Justice Studies du King's College. Le nouveau ministre de l'Intérieur, Alan Johnson déclare: «il ne peut pas être à la fois un conseiller du gouvernement et un militant contre la politique gouvernementale»⁵. Nutt est démis de ses fonctions de l'ACMD. En réaction, cinq de ses collègues démissionnent, suivis quelques mois plus tard par trois autres scientifiques⁶.

Loin de s'avouer vaincus, Nutt et sa nouvelle équipe créent dès janvier 2010 le Comité scientifique indépendant sur

les drogues (rebaptisé ultérieurement DrugScience), un nouvel organisme autonome de recherche sur les psychotropes. En novembre de la même année, ils publient une nouvelle étude, prenant en compte les critiques méthodologiques émises au sujet de la précédente publication⁷. Outre leur volonté de faire progresser la législation, Nutt et son équipe militent pour que la recherche sur ces substances soit facilitée, dénonçant les limitations

⁹ «Eureka 100: The Science List», *The Times*, 07/10/2010.

¹⁰ Charlie COOPER, «The worst case of scientific censorship since the Catholic Church banned the works of Galileo»: Scientists call for drugs to be legalised to allow proper study of their properties», *The Independent*, 12/06/2013.

¹¹ G. PETRI, P. EXPERT, F. TURKHEIMER, R. CARHART-HARRIS, D. NUTT, P. J. HELLYER et F. VACCARINO, «Homological scaffolds of brain functional networks», *Journal of The Royal Society Interface*, 11-101, 2014, p. 1-10.

¹² <https://www.drugscience.org.uk/drug-science-podcast/>

imposées à ces études et les conséquences en termes de santé publique de ces restrictions⁸.

Depuis, David Nutt est devenu une célébrité. En 2010, le *Times* le classait ainsi dans sa liste des 100 personnalités scientifiques les plus influentes de Grande-Bretagne (il y était le seul psychiatre)⁹. Ses sorties fracassantes sont devenues des classiques. Dans un article publié par *The Independent* en 2013, il déclarait par exemple que les lois restrictives sur les psychédéliques étaient «le pire des cas de

censure scientifique depuis que l'Église catholique a interdit les travaux de Copernic et Galilée»¹⁰. La publicité donnée à ses études en fait aujourd'hui l'une des références mondiales sur les psychotropes. À la chaire de neuropsychopharmacologie de l'Imperial College de Londres, il participe activement à la «Renaissance psychédélique» en travaillant à la reprise des études sur cette catégorie de psychotropes; en 2014, il publie avec son équipe la première imagerie cérébrale d'un cerveau humain sous l'influence de psilocybine¹¹. Depuis juillet 2019, Nutt présente The Drug Science Podcast, dans lequel il invite les plus grands spécialistes des psychotropes à présenter leurs recherches et leurs parcours. Ce podcast compte à ce jour plus de 75 épisodes¹².

La publication de l'étude sur l'équasy aura donc été un tournant déterminant pour la carrière de David Nutt. Nous sommes heureuses d'en proposer au public francophone une traduction; son propos demeure en effet d'une grande actualité.

L'équasy – une addiction sous-estimée pouvant influencer le débat actuel sur les dangers des drogues

David J. Nutt / Unité de psychopharmacologie, Université de Bristol, Royaume-Uni

Traduit par Marie-Claire Mouren

La réglementation des drogues illicites au Royaume-Uni est régie par le MDAc de 1971 (Misuse of Drugs Act ou loi sur l'usage abusif des drogues). Les drogues légales sont, elles, régies par le Medicines Act (loi sur les médicaments) si elles ont une application clinique, ou par les réglementations sur le commerce dans le cas du tabac, de l'alcool, des compléments alimentaires et des vitamines.

Quand une nouvelle drogue arrive sur le marché et que des inquiétudes sont soulevées sur un danger potentiel, son statut est examiné au Royaume-Uni par l'ACMD (Advisory Council on the Misuse of Drugs), organisation ayant une obligation statutaire de conseiller le gouvernement anglais sur d'éventuels risques et dangers, afin qu'une politique appropriée soit créée.

Ces dernières années, après un examen systématique par l'ACMD, la kétamine (Nutt and Williams, 2004) a été intégrée dans le MDAc en classe C alors qu'on a considéré que le khat (Williams and Nutt, 2005) n'avait pas besoin de réglementation. Récemment, le benzylpipérazine et d'autres drogues stimulantes qui lui sont associées ont été réexaminées et un statut en classe C recommandé, en accord avec l'analyse de risques EMCDDA (EMCDDA, 2007). De la même façon, la classification du cannabis a été réexaminée en 2002 (ACMD, 2002) et rétrogradée en classe C, une décision appuyée par la suite par deux comptes-rendus supplémentaires (Rawlins, et al., 2005, 2008). L'ecstasy est actuellement en classe A, une position remise en question par le Comité spécial de la



Chambre des Communes sur la Science et la Technologie (2006), ce qui a conduit à une réévaluation, toujours en cours, de son statut.

Le MDAct anglais catégorise les drogues en 3 classes (A, B et C) en fonction de leur dangerosité : la classe A (la plus dangereuse) inclut la cocaïne, la diamorphine (héroïne), le 3,4-méthylendioxyamphétamine (MDMA, ecstasy), le diéthylamide d'acide lysergique (LSD) et la métamphétamine. La classe B (une catégorie intermédiaire) comprend les amphétamines, les barbituriques, la

codéine et le méthylphénidate. La classe C (moins dangereuse) inclut les benzodiazépines, les stéroïdes anabolisants, le gamma-hydroxybutyrique (GHB) et le cannabis.

Ce système de classification sert à déterminer les sanctions pour la possession et la vente de substances réglementées. Aujourd'hui, les sanctions maximum encourues sont les suivantes :

– Drogues en classe A : 7 ans d'emprisonnement et/ou une amende sans plafond pour la possession ; la prison à vie

et/ou une amende pour la vente.

– Drogues en classe B : 5 ans d'emprisonnement et/ou une amende sans plafond pour la possession ; 14 ans d'emprisonnement et/ou une amende pour la vente.

– Drogues en classe C : 2 ans d'emprisonnement et/ou une amende sans plafond pour la possession ; 14 ans d'emprisonnement et/ou une amende pour la vente.

La meilleure méthode pour déterminer la classification d'une drogue est, et a toujours été, un sujet problématique. Nous avons développé une méthode potentielle qui permettrait d'évaluer les dangers au travers de neuf domaines ; trois comprennent les préjudices corporels liés à la drogue [préjudices graves par ex., overdose ; blessures chroniques ; blessures dues à une utilisation en intraveineuse], trois comprennent la probabilité qu'elle engendre une dépendance [prise de plaisir ; dépendance physique ; dépendance psychologique] et trois comprennent les préjudices sociaux [conséquences liées à l'intoxication (y compris un comportement anti-social) ; dangers liés à la vente/au trafic et autres crimes associés à l'achat ; coût des soins médicaux]. Chacun peut être noté sur une échelle de

0 à 3, et la valeur qui en résulte pour chaque drogue va permettre de leur attribuer un ordre de rang sur l'échelle de la dangerosité (Nutt, et al., 2007). Dans l'étude présentant cette méthode, nous avons également évalué l'alcool, le tabac et d'autres substances qui ne sont pas considérées comme des drogues ; en servant de point de référence, elles vont permettre aux non-initiés et au grand public de mieux comprendre les dangers de drogues qu'ils ne reconnaîtraient pas comme telles. Cette étude a engendré un débat public conséquent et a bénéficié d'une couverture médiatique considérable. Ces réactions, couplées avec celles résultant de la classification du cannabis (ACMD, 2008) et de la réévaluation en cours de l'« ecstasy » / MDMA, ont montré que les débats sur les dangers relatifs des drogues sont perçus d'une manière obscure : ils prennent parfois un caractère presque religieux, rappelant les débats médiévaux à propos d'anges et de têtes d'épingles¹ !

Les raisons en sont multiples et complexes, mais le fait que le débat sur les drogues se fasse sans comparaison avec d'autres causes de dangers en société en est un élément majeur ; cela tend à donner aux drogues un statut différent, plus inquiétant. Dans cet article, je partage l'expérience d'une autre addiction dangereuse que j'ai appelé équasy, afin d'illustrer une approche qui pourrait permettre une évaluation plus globale et plus rationnelle des dangers relatifs des drogues.

Les dangers de l'équasy me sont apparus récemment, après que j'ai reçu en consultation clinique après recommandation une patiente âgée d'un peu plus de trente ans, qui souffrait de lésions cérébrales irréversibles causées par l'équasy. Elle avait subi un changement de personnalité drastique qui l'avait rendue plus irritable et impulsive, avait augmenté son anxiété et lui avait fait perdre sa capacité à éprouver du plaisir. Elle présentait également une légère hypofrontalité² et une désinhibition comportementale qui l'avait conduite à prendre un certain nombre de mauvaises décisions dans ses relations amoureuses, avec de mauvais choix de partenaires et une grossesse non désirée. Les coûts sociaux de ses lésions cérébrales sont également très importants : incapable de travailler, elle se retrouvait dans une situation qui avait peu de chance d'évoluer de manière positive.

Mais alors, quelle était son addiction ; qu'est-ce que l'équasy ? C'est une addiction qui engendre une décharge d'adrénaline et d'endorphines et qui est utilisée par des millions de gens au Royaume-Uni, y compris des enfants et des adolescents. Ses conséquences destructrices sont bien établies : environ 10 personnes par an en meurent et bien plus souffrent de lésions cérébrales permanentes, tout comme ma patiente. Il a été estimé qu'une manifestation

« Au cours de cette décennie, la probabilité qu'un journal rapporte une mort par paracétamol a été de 1 tous les 250 décès, 1 décès sur 3 dû aux amphétamines a été rapporté et tous les décès par ecstasy ont été couverts. »

¹ « Combien d'anges peuvent danser sur une tête d'épingle ? », expression connue en Angleterre, qui est une réduction à l'absurde utilisée pour tourner en ridicule la scolastique médiévale et ses débats angélogiques. (NDT)

² Manifestations cognitives symptomatiques de plusieurs maladies, en particulier de la schizophrénie, caractérisées notamment par des difficultés de concentration, de mémoire, de compréhension verbale et des difficultés à prendre des décisions. (NDT)

Tableau 1. Une comparaison de l'ecstasy et de l'équasy sur l'échelle des 9 points

Paramètre du danger	Ecstasy	Equasy
Préjudice corporel grave	+1 toutes les 10 000 utilisations	++1 toutes les 350 utilisations
Préjudice corporel chronique	+?	++
Utilisation intraveineuse	Non applicable	Non applicable
Effets d'euphorie	++	+/>++
Dépendance physique	-/+	-
Dépendance psychologique	-/+	+?
Danger pour la société: RTAs etc.	?	+ (comprenant les émissions de méthane)
Dangers de la vente	+	- (car légal)
Coûts des soins médicaux: NHS etc.	+	+

RTA, Road Traffic Accident (accident de la route); NHS, National Health Service (service de santé national)

- = présence du danger; + = présence accrue du danger

négative se produit toutes les 350 expositions et qu'elles sont imprévisibles, bien que plus probables chez les utilisateurs expérimentés qui prennent plus de risques avec l'équasy. Elle est également responsable de plus de 100 accidents de la route par an, souvent mortels. L'équasy conduit à des rassemblements d'utilisateurs qui sont souvent associés à des groupes ayant un comportement violent.

La dépendance, définie comme le besoin de continuer à consommer, a été acceptée par les cours de justice dans les décisions de divorce. En se basant sur ces dangers, la recommandation probable de l'ACMD serait pour la classification sous le MDAcT, peut-être en classe A, puisque l'équasy semble être plus dangereuse que l'ecstasy (voir Tableau 1).

Avez-vous deviné ce qu'était l'équasy? Cela signifie Equine Addiction Syndrome (syndrome d'addiction équin), une condition qui se caractérise par la prise de plaisir en montant à cheval et la préparation nécessaire pour en supporter les conséquences, surtout les dangers dus aux chutes de cheval (ou piétinements par le cheval). Je gage que la plupart des gens seront surpris que l'équitation soit une activité si dangereuse. Les données sont assez effrayantes: des gens meurent, sont blessés à vie après une chute, subissent des fractures du cou et de la colonne vertébrale qui causent des dommages irréversibles (Silver and Parry, 1991; Silver 2002). Bien que moins visible, une blessure à la tête est quatre fois plus fréquente et est la cause de décès la plus courante.

Aux États-Unis, environ 11 500 cas de blessures traumatiques à la tête par an sont dus à l'équitation (Thomas, et al., 2006), et nous pouvons supposer un nombre équivalent de cas au Royaume-Uni. Des changements de personnalité,

des fonctions moteur réduites et même une manifestation précoce de la maladie de Parkinson sont des conséquences reconnues, particulièrement dans les cabinets de campagne où l'équitation est très pratiquée. Dans certains comtés ruraux, il a été estimé que l'équitation est responsable de plus de blessures à la tête que les accidents de la route. Au fil de l'histoire, la violence est intimement associée à l'équasy, spécifiquement chez les personnes qui se regroupent pour la chasse; à l'origine, il s'agissait d'agressions inter-espèces, mais c'est devenu plus récemment une violence spécifique d'humain à humain entre les groupes de sympathisants et d'opposants à la chasse. Rendre l'équitation illégale permettrait d'empêcher tous ces dommages et serait, en pratique, aisé à faire: il est difficile de monter un cheval de manière clandestine ou dans l'intimité de sa propre maison! Je soupçonne que cette option recevrait un soutien assez faible de la part du public ou du gouvernement, malgré le bannissement de la violence inter-espèces due à l'équasy récemment établi dans la loi Anti-Chasse. Évidemment, pourquoi la société voudrait-elle contrôler les sports dangereux, ne serait-ce qu'un peu? Cette attitude soulève une question cruciale: pourquoi la société tolère (quand elle n'encourage pas franchement) certaines formes de comportements potentiellement dangereux et pas d'autres, telle que la prise de drogue?

Il existe de nombreuses activités à risque comme le *base jump*, l'escalade, le saut à l'élastique, le deltaplane ou la moto, qui présentent des dangers et des risques égaux, voire pires, que bien des drogues illicites. Bien sûr, certaines personnes pratiquent des sports soi-disant « extrêmes » spécifiquement parce qu'ils sont dangereux. L'équitation n'en fait pas partie et la plupart de ceux qui



la pratiquent le font par simple plaisir plutôt que pour le frisson de l'excitation, presque certainement dans une ignorance complète des risques encourus. Le rugby, le quad et la boxe sont d'autres activités similaires, tout aussi dangereuses mais plaisantes. À l'exception de la boxe, interdite dans certains pays d'Europe, les sports ne sont pas illégaux malgré leurs dangers certains.

Alors pourquoi les activités sportives dangereuses sont-elles autorisées, quand des drogues relativement moins dangereuses ne le sont pas ? Selon moi, cela reflète une approche sociétale qui ne pèse pas correctement les risques relatifs des drogues par rapport à leurs dangers réels. Une société qui échoue également à comprendre les motivations des consommateurs de drogues, particulièrement les jeunes, et comment ils perçoivent ces risques comparés à d'autres activités. Le grand public, surtout la jeune génération, est désillusionné par le manque d'objectivité dans les débats politiques sur les drogues. Ce manque de débat rationnel peut miner la confiance accordée au gouvernement concernant son expertise sur l'usage abusif de drogues, et ainsi discréditer les messages du gouvernement dans les campagnes d'information publiques. Les médias semblent en général avoir à cœur de relayer des rumeurs alarmistes sur les drogues illicites, à quelques exceptions près (Horizon, 2008).

Une analyse révélatrice regroupant dix ans de couverture médiatique sur les morts dues aux drogues en Écosse illustre parfaitement leur perspective déformée (Forsyth, 2001). Au cours de cette décennie, la probabilité qu'un journal rapporte une mort par paracétamol a été de 1 tous les 250 décès, pour le diazépam de 1 tous les 50 décès ; à l'opposé, 1 décès sur 3 dû aux amphétamines a été rapporté et tous les décès par ecstasy ont été couverts.

Y a-t-il une leçon à tirer de ces comparaisons relatives des dangers et des risques que les autorités régulatrices pourraient utiliser, afin de produire de meilleures évaluations des dangers liés aux drogues et, ce faisant, de meilleures lois ? L'exemple de l'équasy, quand on la compare avec la consommation de drogues, met en lumière les divergences entre ces différentes activités en termes de risques et d'acceptabilité sociale et morale. Cela illustre peut-être un besoin de proposer une nouvelle approche sur ce qui constitue la base de la tolérance d'activités potentiellement dangereuses par la société et comment cette tolérance évolue avec le temps (par ex. la chasse au renard ou les cigarettes). En élargissant le débat portant sur la manière dont les risques sont tolérés par la société et les législateurs, on ne peut qu'aider à générer un processus d'évaluation des dangers plus global et, de ce fait, plus pertinent ; et qui permettrait peut-être de couper court au débat actuel, mal informé, sur les dangers des

drogues. L'utilisation de données rationnelles pour l'évaluation des dangers d'une drogue constituera un pas en avant dans le développement d'une stratégie crédible sur les drogues.

Références

- Advisory, Council on the Misuse of Drugs (2002) *The Classification of Cannabis under the Misuse of Drugs Act 1971*. London: Home Office.
- Advisory Council on the Misuse of Drugs (ACMD) (2008) *Cannabis; classification and public health*. London: Home Office.
- EMCDDA (2007) https://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2007_en
- Forsyth, AJM (2001) Distorted? A quantitative exploration of drug fatality reports in the popular press. *Int J Drug Policy* 12: 435–453.
- Horizon (2008) Britain's most dangerous drugs. Tuesday 5th February 2008, 9pm, BBC Two.
- House of Commons (2006) *Select Committee on Science and Technology on Evidence Based Policy Making*. <https://publications.parliament.uk/pa/em200506/emselect/emstech/900/900-i.pdf>
- Nutt, DJ (2006) A tale of two Es. *J Psychopharmacol* 20: 315–317.
- Nutt, DJ, King, LA, Saulsbury, W, Blakemore, C (2007) *Developing a rational scale for assessing the risks of drugs of potential misuse*. *Lancet* 369: 1047–1053.
- Nutt, DJ, Williams, T (2004) Ketamine — an update. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/119099/ketamine-report-annexes.pdf [accessed 27/10/2008].
- Rawlins, M (2005) *Further considerations of the classification of cannabis under the Misuse of Drugs Act 1971*. <https://www.gov.uk/government/publications/the-advisory-council-s-report-further-consideration-of-the-classification-of-cannabis-under-the-misuse-of-drugs-act-1971-2005> [accessed 27/10/08].
- Rawlins, M (2008) *Cannabis; classification and public health*. Home Office on line publication <https://www.gov.uk/government/publications/acmd-cannabis-classification-and-public-health-2008> [accessed 27/10/2008].
- Silver, JR, Parry, JM (1991) Hazards of horse-riding as a popular sport. *Br J Sports Med* 25: 105–110.
- Silver, JR (2002) *Spinal injuries resulting from horse riding accidents*. *Spinal Cord* 40: 264–271.
- Thomas, KE, Annett, JL, Gilchrist, J, Bixby-Hammett, DM (2006) *Non-fatal horse related injuries treated in emergency departments in the United States, 2001–2003*. *British journal of sports medicine* 40: 619–626.
- Williams, T, Nutt, DJ (2005) — Khat (qat): assessment of risk to the individual and communities in the UK — Home Office on-line publication. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/119095/Khat_Report_.pdf.

Pourquoi j'ai voulu relancer les communautés thérapeutiques

Didier Jayle / *Swaps*

J'ai toujours été convaincu de la nécessité d'offrir la palette thérapeutique la plus large possible aux usagers demandeurs de soins.

À l'époque, en 2003, c'était le triomphe des TSO, traitements dits de substitution à l'héroïne, les professionnels du champ s'y étaient enfin majoritairement ralliés, après les avoir cloués au pilori, et le ministère de la Santé en faisait sa priorité et décidait de rendre obligatoire la prescription de méthadone pour l'ensemble des centres spécialisés. On était passé d'une extrême à l'autre. Je ne m'en plaignais pas puisque moi-même, j'avais été un acteur engagé, notamment en créant l'un des deux premiers centres méthadone de l'AP-HP (Nova Dona). Mais cette tendance à vouloir progressivement réduire l'offre de soins à une prescription d'opiacés était trop restrictive et insuffisante face aux problématiques souvent complexes des personnes dépendantes.

En outre, si la substitution de l'héroïne injectable par un autre opiacé, méthadone ou Subutex, avait des avantages évidents en termes d'accès aux traitements contre le VIH ou les hépatites, et en termes de réinsertion sociale, familiale et professionnelle, elle ne réglait pas tout, et pas du tout la dépendance aux opiacés.

Pour certains, sortir de l'héroïne voulait dire arrêter tout produit.

Les communautés thérapeutiques (CT) m'avaient toujours intéressé, même si j'étais évidemment très méfiant après l'histoire du Patriarche (cf. l'article d'Alexandre Marchant, *Swaps* n° 103, p. 11). L'idée qu'une personne arrive dans un programme très structuré, dans une dynamique centrée sur le groupe, pour y franchir, à son rythme, des étapes préétablies, me paraissait séduisante et innovante. En créant 10 CT de 30 places, on augmentait de 50 % le nombre de places en accueil résidentiel, insufflant un nouveau souffle et inversant la courbe toujours en baisse des hébergements au profit des traitements ambulatoires. Je suis allé visiter en premier lieu les rares communautés existant en France. Apte, créé par Kate Barry, qui me reçoit d'abord avec beaucoup de méfiance, mais qui m'impressionne par une vraie dynamique de groupe, le rôle tenu par les pairs ex-usagers (cf. interview p. 21).

Puis, EDVO dans le Val-d'Oise, encore plus anti-RdR qu'Apte, et celle du Mas Saint Gilles du groupe SOS qui m'impressionne par la qualité des activités de réinsertion – notamment l'équitation et l'élevage de chevaux – par la participation des pensionnaires à la vie en communauté



sans retrouver la dynamique groupale des précédents. J'ai aussi visité des CT en Italie, que j'ai trouvées trop proches du Patriarche, ou à trop forte connotation culturelle, Tremplines en Belgique, bien structurées, peut-être un peu autoritaires, mais ouvertes à des échanges européens. C'est en Espagne que j'ai découvert avec « Proyecto Hombre » le modèle le plus séduisant : il s'était inspiré du modèle Minnesota revu par les Italiens, et latinisé une deuxième fois par les Espagnols pour arriver à créer des communautés démocratiques, respectueuses des droits des personnes, non confessionnelles, où le groupe était central. Proyecto Hombre avait monté un centre de formation exceptionnel où des travailleurs sociaux se formaient à la dynamique de groupe en même temps que d'anciens usagers, ce qui créait une nouvelle culture assez révolutionnaire que je n'avais vue nulle part ailleurs, dans une ambiance extrêmement chaleureuse et ouverte sur les autres.

À la Mildt, j'organise un groupe de travail réunissant des professionnels issus de l'Anit (future Fédération Addiction), des militants de la réduction des risques et les quelques représentants de la santé communautaire dont Kate Barry et bien sûr un membre de la DGS. Choc des cultures ! Après quelques réunions, je sens que c'est mal parti pour trouver assez de points communs pour construire un modèle de CT à la française. Pour sortir de l'ornière, je propose au groupe de faire, ensemble, un voyage d'étude en Espagne. J'avais quelques appréhensions, car je me trouvais dans la même situation qu'un lointain prédécesseur qui avait emmené à Synanon aux États-Unis des professionnels de la toxicomanie, dont Claude Olievenstein et Lucien Engelmajer (qui fondera le Patriarche), et on sait ce qu'il en est sorti. Décentrer les oppositions de chapelle grâce à un éclairage européen, non franco-français, m'a toujours paru très productif, j'en avais fait l'expérience au Crips, notamment lors des Rencontres franco-européennes sur la prévention du

sida chez les usagers de drogues en 1994, qui avaient marqué un pas important chez les professionnels. Tout le monde est d'accord pour cette mission en Espagne, sauf la DGS qui interdit à sa représentante d'y participer (elle viendra quand même, sur son temps de vacances !).

Et c'est là, grâce à Proyecto Hombre, que le groupe de travail, totalement séduit par l'expérience espagnole, a vraiment commencé à travailler de manière constructive, pour aboutir à un projet de CT démocratique. Les Belges et les Espagnols ont rejoint le groupe de travail et l'objectif était d'aboutir à un programme européen avec des échanges réguliers, peut-être une formation commune des intervenants. Ruth Gozlan et Jean-Pierre Couteron détaillent ici les étapes du développement de ces CT, l'OFDT en a fait une première évaluation en demi-teinte, le programme a été poursuivi par mes successeurs, la dimension européenne a été un peu mise de côté, ce que je regrette, mais les CT à la française existent.

Les nouvelles communautés thérapeutiques : un outil supplémentaire dans une palette de réponses

Ruth Gozlan, Jean-Pierre Couteron

Au milieu des années 2000, la Mildt s'est posé la question d'une alternative pour les usagers pour qui la substitution n'était pas une solution, soit parce qu'ils souhaitaient arrêter... la substitution, soit en l'absence de traitement de substitution. Retour sur les circonstances, le pourquoi et le comment, de cette démarche avec quelques-unes de ses parties prenantes : Ruth Gozlan, alors coordinatrice du pôle « santé et recherche » à la Mildt (aujourd'hui Mildeca) et Jean-Pierre Couteron, à l'époque président de l'Anit.

La préparation du plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008 proposé par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt) a montré la nécessité d'un répertoire de soins variés pour répondre à la diversité des besoins des usagers au cours de la vie, autant qu'à la diversité des usages et des usagers. Un traitement de substitution est parfois difficile à supporter, comme tout traitement chronique : sa longue durée, souvent sans terme envisagé, ses effets secondaires, l'astreinte d'un suivi régulier. Certains souhaitent s'en sevrer. D'autres ne veulent pas d'un traitement de substitution qui maintient la dépendance physique, ou ressentent le besoin d'une prise en charge plus étroite qu'en ambulatoire, afin de travailler sur des aspects adaptatifs de leurs comportements. Enfin, toutes les substances n'ont pas, en tout cas à ce jour, de traitement substitutif. Dans cette perspective de diversification de l'offre thérapeutique, l'option de création de communautés thérapeutiques (CT) s'est inscrite : le patient dépendant aux drogues ou à l'alcool, vivant un parcours long et chaotique, devait pouvoir bénéficier de la modalité d'accompagnement dont il avait

besoin, au moment où il en avait besoin, le choix de l'usager dépendant et sa motivation représentant des facteurs déterminants.

Une offre de soins résidentiels insuffisante

Le plan gouvernemental pointait parallèlement l'intérêt des soins résidentiels regrettant l'insuffisance de l'offre par rapport aux besoins : « l'offre de prise en charge résidentielle s'est réduite (elle est actuellement de moins de 600 places) alors que les besoins et les types de populations concernées augmentent ». Ce secteur de l'offre résidentielle se composait alors essentiellement de centres thérapeutiques résidentiels, les anciennes postcures et de SSR intégrant les questions d'addictologie.

L'objectif de diversification alliait la volonté de réhabiliter le soin résidentiel et d'élargir la palette thérapeutique à un modèle de prise en charge longue (12 à 24 mois) et groupale. Il devait intégrer diverses appréhensions antérieures à la publication du plan gouvernemental :

> Celles sous-entendant que ces nouveaux dispositifs viendraient jeter le discrédit sur l'existant : en 2004, trois



centres de soins spécialisés en toxicomanie (CSST) avec hébergement se définissaient déjà comme des « communautés thérapeutiques ». Ils proposaient déjà une approche communautaire avec le groupe comme outil thérapeutique, l'expérience d'une rencontre avec des usagers plus anciens dans le séjour, une inscription dans le parcours de soins et le maintien ou la prescription de traitements de substitution conformément à la réglementation sur les Csapa. Le nouveau modèle de projet thérapeutique complétait cette offre en apportant un renforcement de la structuration par étapes (avec une phase plus conséquente d'insertion), de la place donnée à l'entraide par les pairs et de celle donnée à la démarche d'abstinence. Par ailleurs, une note interne à la Mildt intitulée « Propositions pour l'ouverture de nouvelles communautés en France » datant de 2004 précisait que les nouvelles CT « ne se substituaient pas aux centres thérapeutiques résidentiels, dispositifs pouvant accueillir des personnes traitées par des médicaments opiacés pour des séjours beaucoup plus brefs et développant des prises en charge individuelles ». Il s'agissait de bien prendre en compte la fragilité des postcures qui avaient dû progressivement intégrer les nouvelles conditions d'organisation et de fonctionnement des centres de soins spécialisés aux toxicomanes du décret du 26 février 2003¹ et inscrire dans leurs pratiques la prescription et le suivi de traitements de substitution aux opiacés.

> La crainte des usagers témoins des conséquences dramatiques de l'épidémie de sida et des professionnels face à la persistance de fortes oppositions politiques au déploiement d'actions de réduction des risques: l'offre

supplémentaire devait donc se faire en cohérence avec ce déploiement de l'approche pragmatique de la réduction des risques. Son inscription dans la loi de santé publique 2004-806 venait à peine de la conforter en stabilisant le statut expérimental des « boutiques » par la création d'un nouveau type de structure médicosociale: les centres d'aide et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (Caarud).

> Enfin, l'évolution autoritaire, sectaire et les dérives financières de l'association Le Patriarche, un temps très soutenue par les pouvoirs publics locaux et nationaux, avait participé au rejet par les professionnels, par ailleurs opposés aux thérapies comportementales, de ces approches communautaires.

Le déploiement de ces nouvelles CT à la française dans la palette du dispositif existant ne pouvait ignorer ces inquiétudes. Il nécessitait,

afin de dépasser les clivages historiques, un accompagnement que la Mildt s'est employée à mener.

La méthode choisie pour un consensus

1. Choix du statut administratif et financier des CT

Ces réticences ont nécessité de nombreux échanges avec la direction générale de la santé (DGS) pour qui le soin résidentiel long n'était pas une priorité.

La Mildt tenait au statut médicosocial qui limiterait le risque de structures potentiellement sectaires: quelques associations, dont certaines cultuelles, étaient à l'affût de la possibilité d'ouvrir des CT avec pour seul cadre l'accueil de toxicomanes et l'absence de tout contrôle médical et de tout traitement. D'autre part, il aurait été préjudiciable de créer des dispositifs en dehors de la palette déjà disponible. Le financement sur PLFSS de structures expérimentales, prévu par le code de la Sécurité sociale, répondait à ces attentes et permettait un financement post-expérimentation pérenne.

L'arbitrage du ministre de la Santé et des Solidarités a confirmé le statut d'établissement médicosocial. Les communautés thérapeutiques seraient autorisées, après avis du comité régional de l'organisation sociale et médicosociale, par le représentant de l'État dans le département au titre des établissements expérimentaux, avec un financement par des crédits assurance maladie. La circulaire² publiée le 24 octobre 2006 prévoyait leur inscription dans le cadre de la loi du 2 janvier 2002 et leur mise en place en tant que structures expérimentales (sélection, autorisation et financement). Y était annexé le cahier des charges. Le décret³ relatif aux missions des Csapa précisait que les CT expérimentales pouvaient être autorisées en tant que Csapa et qu'elles n'étaient pas tenues d'assurer la prescription de traitement de substitution.

2. Cahier des charges, circulaire/procédure de mise en place

La réflexion animée par la Mildt avec des représentants des professionnels de l'addictologie et des usagers de drogues a abouti en 2005 à un premier cahier des charges. Il précisait le modèle des CT, en garantissant la qualité et prévenait les dérives autoritaires, le prosélytisme religieux ou sectaire et l'exploitation économique. Sur cette base, il avait été demandé aux Drass et Ddass de faire émerger des projets sur leurs territoires. Les chefs de projet Mildt en ont été informés. Dix-sept dossiers reçus au niveau national ont été étudiés par un groupe *ad hoc* en vue d'établir un classement prioritaire.

Les remarques émises par les participants du groupe de suivi et les échanges dans le cadre du plan de prévention des addictions 2007-2011 ont permis de faire évoluer ce cahier des charges, notamment sur la nécessité de ne pas

¹ Article D. 3411-2 du CSP
Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes assurent:

1° L'accueil, l'information et l'orientation de la personne ainsi que l'accompagnement de son entourage;

2° L'aide au repérage des usages nocifs et à la réduction des risques associés à la consommation de substances ou plantes mentionnées à l'article D. 3411-1;

3° Le diagnostic et des prestations de soins, dans le cadre d'une prise en charge médicale et psychologique. Le centre assure le sevrage ainsi que son accompagnement lorsqu'il est réalisé en milieu hospitalier;

4° La prescription et le suivi de traitements de substitution;

5° La prise en charge sociale et éducative, qui comprend l'accès aux droits sociaux et l'aide à l'insertion ou à la réinsertion.

² Circulaire n° DGS/MILDT/SD6B/2006/462 relative à la mise en place des communautés thérapeutiques

³ Décret n° 2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

exclure les patients sous traitement de substitution aux opiacés. Le cahier des charges, complété de la proposition d'un projet thérapeutique spécifique d'aide à l'arrêt des traitements de substitution, a été mis à jour en octobre 2006 et intégré en annexe de la circulaire relative à la mise en place des communautés thérapeutiques (n° DGS/MILDT/SD6B/2006/462).

3. Groupe de suivi

Ce groupe associait, en plus des représentants de la Mildt et de la DGS, un représentant d'une association d'auto-support et de réduction des risques, un représentant des professionnels de l'addictologie, des acteurs d'associations porteuses de dispositifs de soins ambulatoires et résidentiels et de réduction des risques, des acteurs plus spécifiquement représentatifs des différents dispositifs résidentiels. Participait également au groupe une représentante d'un dispositif résidentiel appliquant l'approche Minnesota, dite des 12 étapes, alliant une approche sur le modèle des groupes d'entraide type AA et NA, une place prépondérante donnée à d'anciens usagers formés au *counseling* et un projet d'abstinence y compris des médicaments⁴.

Le groupe de suivi a rapidement été élargi à des représentants européens de CT, au directeur général de la CT Trempline en Belgique et à une représentante de l'asso-

⁴ Membres: Me Kate Barry (Association Apte) - Me Marie-Claude Carreau-Rizzetto (CT du Val d'Adour) - M. Jean-Pierre Couteron (président de l'Anit) - M. Jean-Michel Delile (Directeur du CEID de Bordeaux) - Dr Joël Lacour (médecin coordinateur des CCAA (Auxerre et Sens) et CSST (Auxerre et Sens) ANPAA 89) - M. Nicolas Spiegel (directeur de la CT du MAS Saint-Gilles) - M. Fabrice Olivet (directeur de l'Association Asud) - Dr Catherine Bernard (DGS) - Dr Didier Jayle (président de la Mildt) - Dr Ruth Gozlan (Mildt) - Dr Marie-France Chedru (Mildt) - M. Georges van der Straten (Association Trempline) - Mme Rosario Abaitua Arana (Association Proyecto Hombre).

⁵ <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT00000244248>

⁶ Les items du questionnaire étaient les suivants: qualité et expérience des porteurs de projet, conformité au cahier des charges, pertinence du projet thérapeutique, conditions d'admission et préparation à la sortie, conditions de respect du droit des personnes dans les règles de fonctionnement, adéquation des moyens au projet, humains, matériels et financiers, appréciation générale et recommandations pour l'amélioration du projet.

⁷ Créée en 2001 par l'Association nationale de prévention de l'alcoolisme (Anpa) et l'Association nationale des intervenants en toxicomanie (Anit), la Société française d'alcoologie (SFA) et la Société française de tabacologie (SFT).

⁸ Centre thérapeutique résidentiel portant de longue date un projet d'établissement de communauté thérapeutique, géré par le service d'aide aux toxicomanes de l'Oise (Sato) et dirigé par JP Demange.

ciation *Proyecto Hombre*, qui gérait plusieurs communautés en Espagne dans la région de Madrid. Ils apportaient un regard décentré, respectueux des droits des personnes accueillies, exempt de dérives autoritaires, de prosélytisme religieux ou sectaire et d'exploitation économique, tenant compte des données scientifiques et capables d'adapter les structures à la diversité des besoins des usagers (doubles diagnostics, femmes avec enfants...).

Ces associations très impliquées dans la dynamique des communautés européennes étaient soucieuses de partager leur expérience et leurs propres questionnements dans le cadre du projet français.

Le groupe de suivi s'est réuni durant deux années, d'octobre 2005 à octobre 2007, pour accompagner la maturation des projets. Il a contribué à l'appropriation de la mise en place des nouvelles CT par les acteurs français du domaine des addictions et initié, à partir de ces échanges sur les projets déposés, une dynamique nationale et européenne sur un nouveau modèle de CT conforme au cahier des charges. La forte implication des porteurs de projets s'est notamment traduite par leur participation

à la journée nationale organisée par la fédération belge des communautés thérapeutiques en avril 2006 sur incitation de l'Association nationale des intervenants en toxicomanie (Anit).

La première étape a porté sur les questions éthiques et déontologiques et la protection des droits des résidents. Question réglée par un arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie⁵. La deuxième étape était celle de l'étude des dossiers. Un avis technique devait permettre d'apprécier les quatre critères: qualité du projet, réponse aux besoins sanitaires, avis des services déconcentrés et capacité à être rapidement opérationnel⁶. Le groupe de suivi n'émettait pas d'avis décisionnaire mais il intervenait en amont dans l'optique d'aboutir au dépôt de dossiers conformes au cahier des charges.

4. Accompagnement de l'évolution des pratiques professionnelles et formation

Très vite, les travaux du groupe de suivi ont établi l'intérêt d'une adaptation des compétences des futurs personnels des CT, afin d'inscrire les pratiques cliniques dans l'ensemble du dispositif de soins des addictions, de contribuer à la qualité de l'accompagnement dans les structures nouvellement créées, de favoriser des échanges avec les professionnels européens. L'organisation de cet accompagnement au changement a été menée en lien avec la Fédération française d'addictologie⁷. Un voyage d'études à Madrid en mai 2006 a permis la visite de quatre communautés thérapeutiques de *Proyecto Hombre*: des représentants des structures présélectionnées ont pu appréhender l'approche communautaire et consolider leur dossier avant passage en commission. Des membres du groupe de suivi et un représentant de l'OFDT y participaient. Ce séjour a amorcé des échanges et des réflexions autour des CT à la française, poursuivis lors d'une journée de réflexion au CSST de Flambermont⁸ à l'issue de laquelle ont été dessinés les points majeurs du nouveau modèle:

- > La place centrale du groupe d'usagers dans une approche psychopédagogique, les professionnels se positionnant en arrière-plan;
- > Un déroulement chronologique qui articule des périodes différentes et qui tient compte de la nécessaire prévention de la dépendance institutionnelle du résident;
- > La prise de responsabilité progressive des résidents;
- > L'attention portée à l'expression et à la gestion des émotions;
- > Des professionnels aux qualifications adaptées aux choix pédagogiques avec cependant deux constats:
 - L'importance de la formation interdisciplinaire et de la réalisation de stages en immersion dans d'autres CT par les membres de la nouvelle équipe,



– La réalité de certaines difficultés à dépasser : recrutement de professionnels répondant aux profils de poste identifiés, recrutement d'ex-résidents pour des raisons administratives et/ou institutionnelles et évolution de certaines pratiques professionnelles au seul moyen de la formation ;

> La nécessité d'une évaluation de la situation des personnes pour orienter vers le dispositif le plus adapté à ses besoins ; avec l'outil ASI (*Addiction Severity Index*) pour fournir une évaluation.

À la suite de cette journée, l'Anit s'est vu confier la préparation de la formation de 40 futurs professionnels des CT qui s'est tenue jusqu'au début de l'année 2009.

Chaque session comportait 2 modules de 5 jours, avec un intervenant fil rouge et une majorité d'intervenants francophones belges. L'OFDT y a présenté le projet d'évaluation des CT avec les attentes vis-à-vis des professionnels. La formation abordait des questions théoriques et pratiques du fonctionnement des CT et leur place dans le dispositif de soins français.

Le premier module présentait l'historique et les fondements conceptuels des CT et leurs grands principes de fonctionnement, ainsi que l'analyse pratique des principes d'action : structuration du temps et des activités communautaires, confrontations⁹, gestion d'éléments particuliers. Un travail sur les techniques d'animation de groupes a été mené et la place et l'intégration des suivis sociaux et familiaux précisées, ainsi que le projet de réinsertion dans le projet global du soin. Le second module s'est centré sur les pratiques professionnelles avec des partages d'expériences et la poursuite de l'apprentissage des techniques de groupe. Ont également été abordées les perspectives d'un projet de CT au regard du contexte français, de l'articulation avec d'autres dispositifs, du contexte géographique du lieu d'implantation, etc.

Cette formation a été complétée par des stages en immersion organisés par T3E (Toxicomanie Europe échanges études) qui ont débuté en décembre 2007. Ces stages offraient aux professionnels l'opportunité de découvrir et d'expérimenter le dispositif institutionnel et le fonctionnement de CT installées de longue date en Belgique.

5. Évaluation

Le cahier des charges prévoyait une évaluation de l'expérimentation dans un délai de 3 ans par un organisme extérieur. Une première dans le domaine de la toxicomanie. Confiée à l'OFDT¹⁰, elle devait documenter le devenir à moyen et long termes des personnes suivies (« efficacité » de cette approche à l'égard des publics) et aider

à préciser les indications thérapeutiques pertinentes d'une orientation vers une CT *versus* une orientation vers un CSST avec hébergement.

Planifiée trop précocement, dès le 12 mars 2008 et jusqu'au 31 décembre 2010, sous-estimant les difficultés de lancement de ces dispositifs, elle n'a pu concerner que deux communautés thérapeutiques, qui plus est encore en phase de tâtonnement et d'acquisition de nouvelles pratiques, tant pour les professionnels que pour les résidents¹¹. Cette évaluation¹² a cependant permis une observation de la mise en place du nouveau dispositif et en particulier l'absence de dérives sectaires, de prosélytisme religieux et d'abus, ce qui était une préoccupation forte des pouvoirs publics. Elle a aussi rapporté la satisfaction des résidents accueillis. « L'expérience communautaire a produit des changements chez les résidents. Ceux-ci pointent en premier lieu les bénéfices retirés de leur passage dans la CT. Les changements physiques sont notoires, les résidents ont gagné en mieux-être et ils en éprouvent une grande satisfaction. Les résidents considèrent également que la CT répond globalement à leurs besoins. Initialement, ils perçoivent très positivement le fait de "pouvoir poser leurs valises". La longue durée potentielle de la prise en charge en CT constitue pour eux la spécificité de ce dispositif qui répond à leur sentiment d'insécurité. La communauté offre un répit. Peu à peu les résidents évoquent un sentiment de fierté au regard des changements survenus : fierté de celui qui revient d'une sortie sans avoir consommé, fierté du regard des autres dans la communauté, fierté de se dire qu'on est utile au bon fonctionnement de la communauté. Fierté de dire aux proches que l'on suit un programme long et exigeant. »

6. Le lancement et la mise en œuvre

Les porteurs de projets présélectionnés étaient des associations disposant d'une bonne expérience puisqu'elles géraient déjà des structures spécialisées en toxicomanie (CSST ambulatoires, centres méthadone, CSST avec hébergement). Une garantie complémentaire au respect du cahier des charges, contre les dérives sectaires, et une assurance de l'inscription des nouvelles communautés dans un réseau sanitaire et social.

Quatre projets ont finalement été retenus dans le cadre expérimental décrit dans la circulaire. Le budget de fonctionnement annuel de chaque CT ne pouvait dépasser 1,3 million d'euros.

En décembre 2006, l'ouverture de trois CT expérimentales a été officialisée : deux en Aquitaine et une dans le Nord. La communauté thérapeutique la Maison d'André Le-Gorrec/Aurore, plutôt orientée vers la prise en charge de patients venant de la région Île-de-France est la

⁹ Selon G. van der Straten coordinateur de l'ouvrage *La nouvelle communauté thérapeutique*, Charles Dietrich, fondateur de Synanon première CT hiérarchique, définissait comme objectif que les membres de la CT, ex-toxicomanes, parviennent à acquérir une forte personnalité tout en formant entre eux une entente durable. Selon lui, le moyen d'atteindre cet objectif était la confrontation publique entre les personnalités des membres. Dans cette confrontation, la grande priorité était donnée à l'expérience émotionnelle.

¹⁰ http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/ede_EVAL_CT_JOUÉ.pdf

¹¹ Par exemple les résidents n'ont pu bénéficier de la présence d'anciens usagers pour les accueillir et les guider alors qu'il s'agit d'un des éléments constitutifs de la démarche des communautés thérapeutiques.

¹² Langlois (E.), *Évaluation des communautés thérapeutiques en France - Enquête sociologique sur la mise en œuvre de deux nouvelles communautés*, OFDT, 2013, Saint-Denis, 85 p. <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epjxeltb.pdf>

première à ouvrir le 1^{er} juillet 2007 à Brantôme. La CT du Fleuve/CEID, à Barsac (33), orientée vers la prise en charge des patients de la région, a ouvert le 20 décembre 2007 avec une montée en charge progressive du nombre de résidents jusqu'en juillet 2008. La CT de l'Espace du possible/La Sauvegarde du Nord au Cateau-Cambrésis, a dû retarder son ouverture au 2 novembre 2009. A également été confirmé le projet d'extension de la CT du Château de Flambermont à Saint-Martin-le-Nœud (60) avec un passage de 25 à 35 places. L'ouverture de la CT portée par l'association Apte, officialisée en 2007, a été décalée, le lieu initialement prévu au sein de l'association Espoir du Val d'Oise à Montmagny n'étant plus disponible. Apte s'est alors rapprochée de l'association Aurore pour s'installer dans de nouveaux locaux à Aubervilliers le 19 mars 2013 (cf. article p.21). Entretemps, de 2011 à 2012, et en accord avec l'ARS, Apte et Aurore ont développé à titre expérimental un dispositif de jour reposant sur les principes de fonctionnement d'une CT.

Le projet déposé par SOS Drogue international en Guyane, également présélectionné, a obtenu une autorisation d'ouverture en amont de la finalisation du processus de validation de l'expérimentation des nouvelles CT; il a donc ouvert en 2007 en dehors du cadre de l'expérimentation, avec le statut de CSST.

Une seconde phase budgétaire de l'expérimentation, limitant le budget de fonctionnement annuel à 1 million d'euros, a permis l'ouverture en mars 2010 de la CT de l'association Montjoie située à Pré en Pail (53), puis de la CT Les portes de l'Imaginaire de l'association Rimbaud à Saint Didier sur Rochefort (42) en 2011. Enfin, la CT Yepi Makandra avec un projet spécifique d'accueil de femmes et/ou de femmes avec enfants a ouvert ses portes à Awala Yalimapo en Guyane en 2022.

12 communautés, une dynamique à la française

Au total à ce jour, 12 communautés thérapeutiques sont déployées en France dont 8 sur le modèle du cahier des charges publié en 2006. Elles continuent d'évoluer et de défendre leur spécificité dans le cadre des Csapa avec hébergement, se réunissant régulièrement lors de journées communes.

Cette relance du soin résidentiel, en ouvrant à l'approche groupale sur une longue durée, sans menacer le déploiement de la réduction des risques ni réalimenter les approches sectaires ou imposant la seule abstinence, a déjà prouvé son intérêt: le séjour dans une CT fait partie de bien des parcours de rétablissement.

Elle a aussi permis d'autres expérimentations qui la prolongent, la complètent, évoluant au gré de leurs réussites

et échecs: adaptation puis réhabilitation du modèle Minnesota installé à Bucy-le-Long, longtemps isolé voire décrié, CT pour l'accueil de femmes avec nouveaux enjeux, adjonction des apports des travaux de neuromédiation dont témoigne l'article p.25. Mais aussi, valorisation du travail psychocorporel, intégration des approches systémiques et familiales. Ou encore l'importance de la place donnée au savoir expérientiel et à la professionnalisation des pairs.

Elle a enfin permis d'accélérer la sortie de l'illusion du « tout ambulatoire » qui avait accompagné l'arrivée des traitements de substitution, sans pour autant réinstaller la dangereuse illusion d'une transformation imposée à l'« addict » par la confrontation aux contraintes du groupe sur un temps long. Au contraire, elle a permis d'avancer sur l'intérêt d'un *counseling* fondé sur l'expérience personnelle du *counselor*, structurant la confrontation comme un temps de motivation au changement de la personne.

Mais peut-être un des plus importants acquis de l'implantation des CT à la française a été la dynamique que ce projet a su générer. Alors que se pose la question des parcours à inventer avec les usagers de crack en situation de grande précarité et que se fait sentir l'intérêt d'une réflexion partagée entre tutelles et acteurs concernés, alors qu'il faut à nouveau agencer l'hébergement social, les traitements de l'addiction et des pathologies psychiatriques concomitantes, le soin résidentiel, la gestion de l'espace public et autres actions de RdR pour répondre aux différents paramètres de l'expérience d'usage, il n'est pas inutile de rappeler que cette relance a aussi permis un partage constructif entre tous ces acteurs sur un sujet à l'époque extrêmement clivant.



Une vie au service des communautés thérapeutiques

Propos recueillis pour *Swaps* par Jean Maxence Granier / Asud

Susie Longbottom a participé à la création du centre Apte à Bucy-sur-Long avec Kate Barry, et a dirigé la communauté thérapeutique d'Aubervilliers de l'association Aurore. Elle explique les subtilités du counselling, tel qu'il s'est conçu, depuis le modèle des 12 étapes jusqu'aux pratiques contemporaines. Déléguée métier pair aideance pour l'association Aurore, elle travaille aujourd'hui à la création d'un certificat de compétences « counselling des addictions » en collaboration avec le Cnam.

Comment êtes-vous devenue *counselor* ?

J'ai rencontré Kate Barry en 1993. Elle cherchait à importer en France le modèle Minnesota tel qu'elle le connaissait en Angleterre. J'avais une expérience à ce sujet et elle a proposé que je rejoigne l'équipe. J'ai suivi une formation au centre Hazelden, autour du modèle Minnesota pendant un an. Le centre Apte a ouvert en avril 1994, pour accueillir dans un même lieu et avec le même accompagnement, des personnes dépendantes de l'alcool ou des drogues illicites.

Comment décrire le modèle Minnesota ?

Le modèle Minnesota repose sur quelques fondements clefs : une approche groupale, une équipe constituée principalement de *counselors* (pairs aidants professionnalisés), la croyance qu'une personne dépendante peut se libérer d'une problématique aussi difficile, prendre en charge sa vie et faire face à ses difficultés sans avoir recours à l'usage d'un produit. C'est une démarche qui nécessite d'entreprendre un travail de réflexion sur sa dépendance et ses manifestations, de comprendre que certains comportements doivent changer pour

¹ Traitements de substitution aux opiacés : méthadone, Subutex, administrés par voie orale aboutir à un rétablissement durable sans reprise de produit.

Quels sont les points de l'expérience Apte qui vous servent encore aujourd'hui et qui paraissent constitutifs du modèle des communautés thérapeutiques ?

Apte était le premier centre à proposer aux personnes dépendantes de s'engager dans un programme d'abstinence de tout produit psychotrope. Une proposition peu populaire, vue plutôt comme une privation ou une punition, notamment pour les toxicomanes. Apte était une postcure et demandait un sevrage préalable au séjour. L'expérience a permis d'évoluer sur ce point. Aujourd'hui, les communautés thérapeutiques (CT) proposent d'intégrer le séjour avec un traitement, de le baisser ou de le stabiliser pendant le séjour. Une prise en charge de longue durée, proposée par les CT, un an, renouvelable une fois, permet de donner du temps à une clinique complexe.

L'arrêt des traitements est un point important. Jusque-là, c'était peu pratiqué. Les TSO¹ ont démontré leur pertinence pour un grand nombre de personnes concernées. Mais, dès leur arrivée en France en 1994, nous avons vu des demandes d'arrêt exprimées par certains usagers parce qu'ils l'utilisaient mal, particulièrement en s'injectant, ou parce que le produit n'était plus considéré comme un



médicament, mais devenait un simple produit de consommation. Et ce, dans un contexte de généralisation de la prescription de TSO. En outre, il y avait également des demandes d'arrêt des traitements psychiatriques, prescrits en lien avec une éventuelle comorbidité psychiatrique ou à la suite d'un épisode délirant lié au produit.

L'expérience d'Apte a permis d'évaluer et de prendre conscience de l'importance de l'accompagnement vers l'arrêt définitif. C'est un art en soi de comprendre les différentes étapes après le sevrage. Cette clinique est nourrie à la fois par les expériences de l'équipe fondatrice d'Apte, mais aussi par les expériences personnelles des *counselors*, eux-mêmes ex-usagers. Les symptômes du manque, la fascination pour la seringue chez les injecteurs, le sentiment de vide et d'ennui associé à l'arrêt, les envies et les obsessions perpétuelles de consommer, sont en soi des sujets centraux à comprendre et à travailler pour permettre une entrée dans l'abstinence d'une manière constructive et réfléchie, de manière à établir une base solide pour la prévention de la rechute.

Comment interviennent les *counselors* ?

Les *counselors* portent un regard soutenant sur les usagers, ce qui leur permet de se projeter dans une forme d'espoir. L'effet miroir et l'opportunité de partager des affects, impulsés par l'identification, est au cœur du travail groupal. L'accompagnement de l'arrêt par le travail psychocorporel est aussi une des forces de notre expérience à Apte et un point fort dans la prise en charge aujourd'hui à Aubervilliers : les approches non médicamenteuses comme les bains, les massages, les séances de relaxation et la méditation sont des outils alternatifs aux médicaments habituellement pris par la personne dépendante pour s'apaiser.

Lorsque les usagers commencent à comprendre ce qui leur arrive, par l'abstinence, ils sortent enfin de l'impuissance. Grâce au modèle et à la place donnée aux cours didactiques, l'équipe propose aux résidents, à partir d'éléments de compréhension – postulat de la maladie, effets des produits, rôle des émotions – de réfléchir à leurs problématiques et de trouver des réponses pour y faire face. Le postulat de la maladie permet de sortir de cette image d'une personne « mauvaise », pour commencer à soigner les symptômes. Ce travail génère une confiance en soi et une dynamique qui pousse à expérimenter de nouvelles compétences. La compréhension de ses ressentis et l'apprentissage de l'expression des émotions sont au cœur de ce travail sur soi. À l'époque, ce modèle était associé à un paradigme d'orientation cognitivo-comportementale (TCC), peu apprécié des professionnels du champ qui méprisaient ce type d'approche.

Par ailleurs, les craintes liées aux dérives sectaires, en partie associées à une forte présence dans l'équipe d'anciens usagers, ont participé à ralentir le développement de ce modèle en France.

Vous faites référence au Patriarce ?

En effet, au cœur des craintes exprimées à l'égard d'Apte, se posait la question d'une présence forte du travail en groupe. L'histoire du Patriarce (voir article d'Alexandre Marchant, *Swaps* n°103) a causé beaucoup de tort au modèle, en diabolisant le groupe comme lieu qui aspire l'individu et finit par le nier. Pourtant, nous savons que la problématique de l'addiction est enracinée dans des difficultés du lien, et que le groupe peut être un lieu réparateur pour des personnes dépendantes. Le travail en groupe est un point fort du modèle : la mise en commun des expériences de l'addiction, le fait de rentrer en relation d'une manière plus apaisée avec les autres et de trouver des manières plus appropriées d'interagir, sont des points clés de l'accompagnement groupal. Les échanges intimes, rendus possibles grâce à l'expérience communautaire, permettent de tisser des liens forts. L'autre devient une personne ressource dans une dynamique d'entraide.

Quels sont les autres points forts du modèle ?

Pour ceux qui souhaitent tenter l'abstinence, la question de son maintien et la prévention de la rechute est centrale. Arrêter de consommer est une chose, rester abstinente en est une autre. L'expérience d'Apte a beaucoup participé à l'élaboration du projet de la communauté thérapeutique d'Aubervilliers. Elle est installée près des scènes ouvertes du nord-est parisien, de la porte de la Chapelle et de la ligne 12 du métro qui traverse les lieux sensibles de consommation. La prévention de la rechute est au cœur de la transition du soin proprement dit, le sevrage puis l'arrêt de la consommation, vers un rétablissement durable. Avec l'expérience et en collaboration avec les usagers, l'équipe a construit une boîte à outils, un ensemble de recettes ou de stratégies pour faire face à des moments difficiles et éviter la reprise du produit, voire les envies de consommer. Chacun s'approprie petit à petit les outils : ce n'est pas l'autre qui me protège de la consommation, ni l'institution qui m'en empêche, mais une décision personnelle qui donne de la valeur à cette abstinence durement acquise.

Le dernier point important à mentionner concerne le travail effectué auprès et avec les proches. Pendant de longues années, nos centres de soins ont tenu les familles à distance et souvent pour responsables des difficultés des personnes dépendantes... Mais une approche systémique permet au contraire à la personne concernée

d'avoir à la fois une vision globale sur sa famille et une meilleure compréhension de l'impact des générations qui la précèdent. Ce travail n'est en aucun cas une thérapie familiale. Mais il favorise la reprise des liens et une meilleure compréhension du problème de l'addiction par les proches. Le travail familial est un des piliers du modèle Minnesota et participe à la prévention de la rechute.

Quels sont les éventuelles limites ou les points faibles de ce modèle ?

Apte demandait un sevrage préalable complet de tout produit, drogue et alcool, mais aussi de tout traitement médicamenteux. Nous n'avions pas la couverture médicale nécessaire pour mettre en œuvre les sevrages sur place. Cela a certainement dissuadé beaucoup de personnes de venir chez nous, d'autant que le sevrage à l'hôpital est très dur, pas toujours suffisamment accompagné.

Si je reste persuadée de la pertinence du travail thérapeutique rendu possible par le groupe pour les personnes dépendantes, pour une minorité, le groupe peut prendre le pas sur leur désir propre. L'envie de faire à tout prix comme les autres peut aveugler et entraîner des demandes déraisonnables d'arrêt qui les exposent trop rapidement à des difficultés.

L'abstinence, appliquée d'une manière trop rigide, pose un problème et crée des scissions dans la relation soignant/soin et ne prend pas assez en considération l'individu dans sa globalité. En demandant l'arrêt des traitements psychiatriques en amont du séjour de manière trop uniforme, nous en avons subi des conséquences à Apte, à la fois parce qu'ils ont fait défaut à certains, que cela a pu conduire à en exclure d'autres et enfin par le message inapproprié que nous avons véhiculé en procédant ainsi.

Apte s'est inspiré de la méthode Minnesota, issue des groupes d'entraide nés aux États-Unis comme Narcotiques anonymes. Est-ce plutôt un point fort ou une difficulté en termes d'image ou de communication sur cette approche ?

Le modèle Minnesota reprend un certain nombre de principes des groupes d'entraide. Nous avons professionnalisé, conceptualisé des éléments issus des 12 étapes. Il y a des éléments du programme des 12 étapes qui heurtent, comme la mention de Dieu ou d'une puissance supérieure. Le point le plus saillant emprunté aux 12 étapes est d'intégrer des travailleurs pairs dans l'équipe. Ce modèle challenge le rôle et la place de chacun : quelle place j'occupe en tant que travailleur social ou professionnel de santé

face au rétablissement dont l'autre se prévaut ? Est-ce qu'il a besoin de moi ? Suis-je « égal » à lui ou supérieur grâce à mon savoir académique ?

Quels sont les éléments de continuité entre Apte et la CT d'Aubervilliers ?

Nous avons construit le projet de la CT d'Aubervilliers en nous inspirant des années de travail à Apte. Le cahier de charges de la Mildt proposait une durée de séjour d'un an renouvelable une fois. Comment articuler un séjour avec un travail sur soi assez dense dans une temporalité aussi longue ? Notre expérience à Apte nous a convaincus de la pertinence de proposer un cadre « haut »² qui permet aux personnes de trouver des repères et des limites sécurisants. Articuler ce travail de soin avec des objectifs de réinsertion socio-professionnelle nous a aussi donné du grain à moudre. Comment soutenir une dynamique profitable au résident, qui ne s'essouffle pas, dans un espace restreint et urbain, tout en proposant un temps de séjour long ? Tel était le défi.

Pour nous aider, nous nous sommes beaucoup appuyés sur les travaux de George de Leon, le « grand-père » américain des communautés thérapeutiques³. Il parle de la « communauté comme méthode ». Un lieu réparateur qui permet la mise en scène et l'expérimentation de la vie dans toutes ses facettes. Le partage du quotidien avec les autres, l'organisation des activités, le fait de veiller au bon fonctionnement global, la prise de responsabilité progressive, l'accompagnement des plus jeunes vers l'extérieur, le ménage et l'entretien des locaux, l'accueil des visites et la gestion de la communication auprès d'autres services, sont les nombreux objets de travail qui participent au rétablissement et confèrent un sentiment de pouvoir d'agir aux résidents.

De Leon nous apprend que l'équipe fait partie de cette communauté et nous engage à entretenir des relations horizontales, conditions primordiales pour le succès du modèle, mais aussi un nouveau défi pour certains travailleurs sociaux habitués à être à distance. Cette méthode inverse en partie la question du pouvoir : en portant une attention forte aux nouveaux arrivants, tout en structurant le trajet et la responsabilisation progressive au cours du séjour, ce modèle insiste à la fois sur la transmission des savoirs des plus anciens vers les nouveaux et aussi sur les compétences de chacun.

Cette durée de séjour plus longue permet aussi de mettre l'accent sur les pratiques de vie au-delà du soin, les allers-retours entre le dedans et le dehors, ce qui permet de tester le monde extérieur et de faire face à l'autre, petit à petit, pour anticiper la séparation d'avec la structure.

² Selon Étienne Weselonndy, directeur des Hautes Fagnes, une CT de référence en Belgique

³ Community As Method: Therapeutic Communities for Special Populations and Special Settings, George de Leon



En France, il y a une douzaine de communautés thérapeutiques et vous réfléchissez ensemble au modèle qui est en partie unifié...

Le collectif des communautés est organisé par la Fédération Addiction. Nous nous regroupons chaque année pour échanger nos bonnes pratiques et faire évoluer les synergies. Nous sommes très unifiés et fidèles au cahier des charges à l'origine des communautés établi par la Mildt. En 2021, le collectif des communautés a fait un séminaire de positionnement des CT, un temps de travail consacré notamment à préciser ce qui est commun dans nos pratiques⁴.

Comment se positionnent les CT dans l'offre globale faite aux personnes qui ont des problèmes d'usage de drogues ?

Pour beaucoup, c'est au bout du panel de soins proposés en France : c'est un peu « j'ai tout essayé », des sevrages, des cures, des postcures, des séjours en psychiatrie, voire l'éloignement géographique. Les personnes que nous accueillons n'ont pas de difficulté à faire état de leur impuissance ou à s'identifier comme addict. Pour certains, c'est une dernière tentative, mais nous voyons aussi des personnes très jeunes avec des parcours de consommation denses et le désir de tout arrêter. Pour ces profils, la temporalité aussi est intéressante, un temps de restructuration, un appui éducatif important et une dynamique presque « familiale », bénéfique et réparatrice. Il y a un moment et une place pour chaque proposition dans un parcours de soin et nous avons tort de les opposer au lieu de les articuler. La substitution et le choix de l'absti-

⁴ Séminaire Brantôme, mars 2021 nence doivent coexister dans l'offre de soins.

Recevoir *Swaps*

Pour recevoir *Swaps*, merci de remplir le coupon ci-dessous

et de le retourner par mail à charlene.alzon@aphp.fr

ou par courrier à **Swaps / Pistes, 2 rue Conté, 75003 Paris**

nom

prénom

profession

organisme

adresse

code postal

ville

tél.

e-mail

Mieux accompagner les usagers : la neuropsychologie comme clé de compréhension complémentaire

Simon Deniel*, Marion Delarue*, Ludivine Ritz**, Hélène Beaunieux***

* Neuropsychologues, projet NeuroAddiCT

** Maître de conférence laboratoire de psychologie Caen Normandie

*** Professeur et chercheuse, laboratoire de psychologie Caen Normandie

Les conduites addictives font l'objet de nombreuses recherches scientifiques, dont l'objectif est de mieux comprendre les mécanismes qui les sous-tendent afin de mieux accompagner les usagers. Ces études scientifiques ont notamment mis en évidence les conséquences de la consommation de substances sur la structure et le fonctionnement du cerveau.

Neuropsychologie des addictions et nature des difficultés

Parmi les disciplines scientifiques dont l'addiction est un objet de recherche, la neuropsychologie est l'une des plus récentes. Cette discipline de la psychologie s'intéresse aux liens qu'entretiennent notre cerveau, nos compétences cognitives et notre comportement. Les fonctions ou compétences cognitives sont les capacités de notre cerveau qui nous permettent d'être en relation avec l'environnement, de percevoir, de réagir ou encore de communiquer. Ce concept recouvre notamment la mémoire, le langage, les capacités de raisonnement ou encore de traitement et d'analyse des informations visuo-spatiales.

Dans le cadre des addictions, il a été démontré que la consommation chronique de substances fragilise le cerveau et son fonctionnement. En effet, les études menées

¹ Le Berre et al., 2012

² Beaunieux et al., 2015; Kopera et al., 2012; Le Berre et al., 2017; Ihara, Berríos et London, 2000; Le Berre, 2019

³ Noël et al., 2001

⁴ Pittel et al., 2007

⁵ Le Berre, 2019; Thoma et al., 2013

en imagerie cérébrale auprès de patients qui font face à l'addiction ont montré une atteinte de certaines structures du cerveau. Les zones endommagées par les consommations – notamment frontales et temporales¹ – ne fonctionnent plus de la même façon, ce qui peut avoir pour conséquence d'entraîner une

diminution des fonctions cognitives ou des modifications du comportement au quotidien.

Ces fragilités cognitives consécutives aux consommations sont décrites comme des difficultés principalement dites exécutives, mnésiques ou de cognition sociale² (voir infographie). Dans la vie de tous les jours, les difficultés peuvent se traduire par exemple, par le fait d'éprouver plus de mal à envisager une autre trajectoire lors de la conduite automobile en cas de déviation pour travaux. La mémoire peut également être fragilisée, avec des difficultés à se souvenir de façon détaillée et retenir les informations, que ce soit à court ou long terme^{3,4}. Il peut être moins aisé, lors d'une discussion par exemple, de se souvenir de qui a parlé et/ou du sujet abordé. Enfin, reconnaître, identifier et exprimer les émotions, comprendre les intentions et le point de vue de l'autre peut être plus compliqué et donc affecter l'ensemble des relations sociales⁵. Par exemple, si un groupe de personnes rit et plaisante, il est possible d'avoir le sentiment que ces personnes se moquent, alors qu'elles viennent seulement de réagir à une blague sans rapport avec nous-même.



Implications pour l'accompagnement en addictologie

Ces difficultés cognitives, qui se répercutent sur la vie de tous les jours, peuvent sembler en apparence sans lien avec l'addiction. C'est pourtant tout le contraire, car ce qui enrayer le quotidien peut également complexifier la démarche de mise à distance des consommations. Les troubles cognitifs qui ont été décrits précédemment peuvent, en effet, réduire la motivation à changer de comportement pour diminuer ou arrêter les consommations. Les troubles cognitifs peuvent aussi réduire le bénéfice d'une prise en charge addictologique, qui sollicite beaucoup les fonctions endommagées par les consommations.

En effet, l'adaptation au changement, l'apprentissage d'un nouveau quotidien à distance des consommations, la mise en place de nouvelles habitudes de vie, et le fonctionnement émotionnel sont fortement sollicités dans le cadre des accompagnements en addictologie. Le travail thérapeutique proposé au patient nécessite l'intégrité des fonctions cognitives pour être pleinement efficace. Demander de l'aide nécessite d'avoir recours à certaines compétences cognitives qui peuvent être altérées, telle que la prise de décision par exemple. La mémoire est aussi nécessaire pour se souvenir d'honorer un rendez-vous ou reconnaître une situation déjà connue dans le passé, situation qui serait à risque de reconsommations... La capacité de s'empêcher de faire quelque chose permet d'être en mesure de refuser la consommation d'une substance. Identifier une situation qui suscite de la colère se base sur les capacités émotionnelles, mais il n'est pas toujours possible de compenser cette émotion autrement que par une consommation lorsque la reconnaissance et la gestion des émotions est fragilisée.

Par conséquent, les difficultés cognitives, lorsqu'elles sont présentes, rendent encore plus difficile la mise à distance des consommations. C'est le cas tant dans la démarche de changement que dans le maintien de la capacité à contrôler ses consommations. Il s'agit d'une spirale infernale dans laquelle les consommations sont à l'origine de troubles cognitifs, qui, eux-mêmes, rendent difficile le contrôle des consommations, ce qui altère la qualité de vie et le bien-être de la personne. L'ensemble de ces éléments représente autant de risques qui amènent souvent à la poursuite ou reprise des consommations pour faire face. Ce cercle vicieux est complexe à enrayer,

mais l'avancée des connaissances scientifiques en neuropsychologie contribue à mieux comprendre ce mécanisme et améliorer l'accompagnement des usagers, notamment vers le contrôle de leur consommation.

Cerveau, récupération naturelle et facilitation de la récupération

Les travaux scientifiques conduits auprès d'usagers ont montré que la consommation chronique de substances entraîne des atteintes cérébrales et des troubles cognitifs, mais également que l'arrêt des consommations ou leur réduction drastique permettent leur amélioration⁶. En effet, si le cerveau se modifie sous l'effet des substances, il est aussi capable de se réorganiser et de récupérer avec l'arrêt ou la réduction des consommations. Ainsi, le temps et la mise à distance des consommations ont des effets bénéfiques sur la cognition et permettent de réduire les difficultés de mémoire, de raisonnement, d'interaction sociale...

Cependant, les chercheurs décrivent de grandes disparités en termes de récupération : certaines difficultés cognitives récupèrent plus vite que d'autres, certains usagers récupèrent également plus vite que d'autres. Cette variabilité semble s'expliquer par la récupération dite spontanée du cerveau, c'est-à-dire celle qui s'opère naturellement avec l'arrêt ou la réduction des consommations, mais le rôle de nombreux facteurs reste encore à préciser⁷... Par ailleurs, il semblerait que cette récupération puisse être facilitée et optimisée avec un accompagnement adapté qui mobilise la cognition : il s'agit de la remédiation cognitive⁸. Cette remédiation consiste à solliciter de façon ciblée les fonctions cognitives fragilisées, ce qui permet d'optimiser leur récupération. Lorsque les difficultés sont trop importantes ou que la récupération n'est plus possible, la remédiation cognitive vise à utiliser les fonctions cognitives intègres ou des aides externes pour réduire les difficultés qui pèsent sur le quotidien. Cette approche peut prendre la forme d'exercices ciblés, de mises en situation, d'utilisation de nouvelles stratégies ou d'outils qui permettent de contourner les difficultés, par exemple.

Ainsi l'approche neuropsychologique propose de considérer le profil cognitif des usagers en réalisant un bilan individualisé des forces et faiblesses des différentes fonctions cognitives (mémoire, adaptation au changement, capacités émotionnelles...) qui permettra de fournir aux accompagnants de nouvelles clés de compréhension des éventuelles difficultés, d'adapter la nature de l'accompagnement et d'orienter le contenu de la remédiation cognitive.

En parallèle d'une mise à distance des consommations, de la prise en charge médicale des comorbidités associées, d'une alimentation adaptée, d'activité physique et de repos, cet accompagnement neuropsychologique tend à se démocratiser dans certains services hospitaliers d'addictologie⁹. Cependant, les usagers d'autres structures de

⁶ Bates et al., 2013; Segobin et al., 2014

⁷ Nowakowska-Domagala et al., 2017

⁸ Bates et al., 2013; Rupp et al., 2012

⁹ Cabé et al., 2016; McKowen et al., 2018

Cette infographie reprend les fonctions cognitives fréquemment décrites comme affectées par les consommations de substances. Ces difficultés sont retrouvées de façon similaire quelle que soit la substance consommée, c'est-à-dire, chez des patients présentant un trouble de l'usage d'alcool (TUAL) comme chez ceux présentant un trouble de l'usage d'autres drogues (TUD), on parle alors de trouble de l'usage de substance (TUS).



Fonctions exécutives

Ce sont des capacités que nous utilisons au quotidien, sans même nous en rendre compte. Elles permettent de s'adapter à des situations nouvelles, pour lesquelles nous n'avons pas de réponse toute faite ou lorsque nos automatismes ne suffisent plus.



Fonctions mnésiques

Ce sont les différentes mémoires impliquées dans notre fonctionnement quotidien. Nous pouvons y retrouver la mémoire à court terme (Mémoire de travail) qui nous est utile pour penser, réfléchir, travailler, mais également une des mémoires à long terme qui nous permet de nous souvenir avec précision d'événements que l'on a vécus (Mémoire épisodique) en enregistrant et rappelant de nombreuses informations de façon détaillée.



Cognition sociale

Elle désigne ce qui nous permet d'entrer en relation avec les autres : cela correspond à notre capacité à reconnaître et exprimer les émotions (grâce aux expressions du visage, à la posture et au ton de voix), mais cela permet aussi d'imaginer ce que pensent les autres en se basant sur ces indices, tout en prenant en considération le contexte et les convenances sociales.

soin comme les communautés thérapeutiques (CT) ne bénéficient pas encore de cette approche thérapeutique complémentaire qui pourrait s'avérer très pertinente en considération du profil des résidents et du temps long de séjour qui leur est proposé.

Le projet de recherche **NeuroAddiCT**

Les communautés thérapeutiques sont des structures de soin résidentielles en addictologie, qui accueillent sur une ou plusieurs années des personnes concernées par un trouble de l'usage¹⁰. Elles s'appuient, en plus de l'intervention d'une équipe de professionnels, sur l'aide et le soutien entre les personnes accueillies (les résidents). Dans ce cadre, le dispositif des CT permet une mise à l'abri des consommations pendant une durée importante et, à ce titre, propose un environnement favorable à la récupération des troubles neuropsychologiques. Par ailleurs, en considération des profils des résidents des CT émaillés de tentatives d'arrêt et d'errance thérapeutique, il existe une forte probabilité que les troubles cognitifs décrits en milieu hospitalier soient fréquents en CT. Le projet NeuroAddiCT (Neuropsychologie des addictions en communautés thérapeutiques), en fédérant les usagers, les professionnels de terrain, les structures de soins et les scientifiques autour d'un projet participatif, est né de la volonté de fournir un levier supplémentaire vers la mise à distance des

Trois communautés thérapeutiques y participent, en collaboration avec la Fédération Addiction et le laboratoire de psychologie de l'Université de Caen-Normandie: la CT d'Aubervilliers (93), du Fleuve (33) et de la Sauvegarde du Nord (59). Cette recherche-action vise à qualifier et d'évaluer la nature et la fréquence des troubles neuropsychologiques chez les résidents des CT, de tester l'efficacité d'un programme de remédiation cognitive sur les volontaires, afin de mesurer son impact sur la réinsertion et le risque de rechute à 6 mois de la sortie de la CT, *versus* un groupe contrôle.

Le programme de remédiation, 96 h d'ateliers répartis en 4 modules, porte sur les fonctions cognitives évaluées par la batterie neuropsychologique étendue: mémoire épisodique, fonctions exécutives, mémoire de travail et attention et cognition sociale. Il s'agit de tester l'efficacité de ces pratiques thérapeutiques innovantes au profit des résidents. Les initiateurs souhaitent, « à l'issue du projet, proposer aux psychologues exerçant en addictologie un programme de remédiation cognitive et à l'ensemble des professionnels un outil de dépistage adapté au profil des résidents de CT ».

Débuté en janvier 2019, le projet devrait s'achever courant 2024. Pour suivre son avancée: https://www.uni-caen.fr/projet_de_recherche/neuroaddict/

¹⁰ Delille, 2011 consommations.

Crack: survivre dans un monde prohibitionniste

Élisabeth Avril / directrice Gaïa

Les usagers de crack et leur grande visibilité dans l'espace public deviennent un affront à nos sociétés urbaines malheureuses, terrorisées par l'avenir, l'insécurité et les « autres ». Ce sont aussi des êtres humains, dont s'occupent sans relâche les équipes de Gaïa et de l'association Aurore... Tranches de vie du côté de la porte de la Chapelle.

Tout le monde fait le même constat : la cocaïne est, après le cannabis, le produit illicite le plus consommé en France et en Europe. Le trafic de crack qui, en 2018, n'était pas un problème majeur aux yeux du service de répression des stupéfiants confronté à une explosion du trafic de cocaïne, le devient de façon criante à partir de 2019. Le trafic pose un problème ou plutôt, les usagers de crack et leur grande visibilité dans l'espace public deviennent un affront pour nos sociétés urbaines malheureuses, terrorisées par l'avenir, l'insécurité et les « autres ». Les atermoiements, puis le refus pur et simple des responsables politiques à mettre en place des services de réduction des risques en nombre suffisant, pourtant validés par la science et la recherche, au profit d'un éternel retour au tout répressif et à l'injonction voire l'obligation de soins, nous amènent à la situation actuelle de la porte de la Chapelle.

Le retour des « Zombies »

Depuis octobre 2022, les consommateurs de crack, les « crackeux » tels qu'ils sont souvent appelés par la presse, sont revenus à la porte de la Chapelle à la suite du démantèlement de la scène ouverte du square Forceval, porte de la Villette. Entre 300 et 400 personnes occupent les interstices urbains, dans une course contre

la montre devant l'avancée des travaux réalisés en vue des Jeux olympiques de 2024. Ces personnes dépendantes au crack/cocaïne se retrouvent dans ces zones isolées pour acheter et consommer, le plus souvent sur place, les galettes de crack. Beaucoup sont sans domicile et vivent dans les environs proches. Ils et elles font peur, leur image publique est désastreuse, Zombies sans foi ni loi, prêts à tout pour acquérir leur dose. Les médias, les publications sur les réseaux sociaux, leur dénie toute humanité.

Quelques-uns, plus humanistes demandent une intervention de l'État, quelle qu'elle soit, pour faire disparaître le phénomène. L'espace de repos de la Chapelle, centre d'accueil, de repos et d'accès aux soins et aux droits, porté par le Caarud Ego-Aurore en partenariat avec l'association Gaïa, a ouvert ses portes en décembre 2019 pour tenter de répondre aux besoins des usagers de la colline du crack. Cette scène ouverte historique ayant été déplacée quelques jours avant l'ouverture du centre, la fréquentation était modérée (allant jusqu'à une centaine de personnes maximum) jusqu'en octobre 2022. Très brutalement, du jour au lendemain, la scène ouverte s'est à nouveau reconstituée au plus proche de l'espace, plus précisément sur le trottoir devant l'espace et sous les

Éloigner les crackeurs

Dans le cadre du plan crack, un dispositif d'orientation et d'accueil des consommateurs de crack en structures de soins résidentiels entre régions a été mis en place fin 2022 piloté par l'ARS Île-de-France. Il s'agit de proposer aux consommateurs pris en charge dans l'un des dispositifs franciliens de bénéficier d'une orientation dans une autre région, afin d'y continuer la prise en charge sanitaire et médico-sociale tout en s'éloignant des lieux de consommation. Au 23 mars 2023, 22 usagers ont été pris en charge dans huit régions (hors Île-de-France). L'objectif de l'ARS était de 50 personnes à la fin du mois de mai 2023. Les usagers qui bénéficient de ce parcours de soins sont tous volontaires pour être pris en charge dans une autre région que la leur. Toutes les régions métropolitaines hors Corse participent à ce dispositif.

ponts autoroutiers. Un afflux de personnes, 280 à 300 personnes chaque jour, se sont mises à fréquenter l'espace, avec des entrées/sorties incessantes et l'apparition d'une scène ouverte de vente et de consommation au plus près. Cette scène, comme toutes celles qui existent dans le monde, est le lieu de violences importantes, de dégradation des rapports humains et d'atteinte aux droits et à la santé globale des personnes qui la fréquentent.

En mode dégradé

Faire face à ce flot soudain de personnes a été un choc et n'est toujours pas simple à effectifs constants. À titre d'exemple, au mois de février 2023, notre structure a accueilli 1 400 personnes différentes. Les services proposés, petit déjeuner, hygiène, repos, soins, accès aux droits, accompagnements se font en mode dégradé et il n'est pas toujours possible d'assurer un accueil individuel tel qu'on le souhaiterait. Néanmoins, le lieu répond à un réel besoin et l'équipe de professionnels tient le cap malgré la tempête. Nous répondons aux besoins et soins les plus urgents et faisons office de « pompiers » de la réduction des risques. Les personnes accueillies souffrent d'un état de santé dégradé, de plaies, fractures, pathologies dont le diagnostic et la prise en charge sont sans cesse retardés. Pas une journée d'ailleurs sans qu'une bagarre n'éclate devant le centre, sans appel aux pompiers pour une situation grave, sans intervention de la police.

La police, les gendarmes qui patrouillent le quartier essayent de circonscrire les usagers dans un périmètre de plus en plus restreint, ce qui de fait, augmente les violences entre les usagers.

Les « usagers », dénomination générique informe sont des hommes jeunes en majorité, exilés avec des parcours migratoires très traumatiques, des femmes jeunes en situation de grande désaffiliation après des parcours ASE (aide sociale à l'enfance) compliqués, quelques personnes plus âgées issues de la scène historique, des acheteurs venant de toute l'Île-de-France, des vendeurs quasi aussi précaires que les acheteurs, des consommateurs revendeurs. Les femmes sont plus présentes que dans n'importe quel autre Caarud, certaines journées nous accueillons jusqu'à 50 femmes différentes. Tous et toutes ont en commun une dépendance sévère au crack, souvent également à l'alcool, à certains médicaments tranquillisants; un certain nombre aux médicaments opioïdes. Cette dépendance régit leur vie à court terme, elle leur permet de survivre en milieu extrême, de faire face à l'épuisement, aux intempéries, aux maladies, aux violences, aux viols et aux humiliations.

Une ambiance pas de tout repos

L'ambiance dans l'espace de repos est explosive et très animée, on rentre et sort en permanence sous l'œil vigilant de nos courageux collègues médiateurs, les portes claquent, les gens parlent fort, tout cela avec en bruit de fond, l'autoroute et le périphérique. Pour rappel, les containers qui constituent nos locaux sont placés sur un terrain accolé à la déchetterie de la Ville de Paris situé sous une bretelle d'accès du périphérique. Cet environnement nous assure une situation unique d'isolement et de pollution tout en permettant l'invisibilisation de nos services aux yeux des riverains. Malgré ces éléments de contexte particulièrement défavorables, nous continuons l'accueil et la prise en charge de personnes très éloignées des dispositifs habituels et dont les besoins sont énormes. Ces personnes le savent et la plupart respecte le lieu et les professionnels. Nous avons, à plusieurs reprises, organisé des journées particulières, barbecue, journée crêpes, musique. Les personnes accueillies nous donnent un coup de main, sourient, rient et c'est un grand plaisir de voir de la joie sur le visage de ces personnes si jeunes. Plus fonctionnellement, les services proposés, en interne ou grâce aux nombreux partenariats sont investis. La permanence infirmière sans rendez-vous déborde de demandes qui vont de la simple petite plaie à des situations d'urgence vitale, une présence médicale est assurée une fois par semaine. La pathologie psychiatrique et les troubles psychologiques sont omniprésents, l'équipe



Fluid crack de l'hôpital Fernand Widal propose une permanence sur site, mais nous faisons également des accompagnements au Centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA) et des signalements pour péril imminent dans certaines situations où une hospitalisation sous contrainte est nécessaire. Les parcours chaotiques d'exil émaillés de violences indicibles et attisées par les

conditions d'accueil et de vie à la rue font le terreau de ces troubles graves.

Les équipes de Médecins du monde et d'Arémédia sont également présentes et proposent des dépistages IST et prises en charge thérapeutiques. Les cas de tuberculose sont fréquents et la dernière action du camion de dépistage a été bien accueillie par les usagers : une soixantaine a réalisé une radio thoracique. Une campagne de dépistage de l'hépatite B suivie de vaccination a été menée récemment. Sur le plan addictologique, des entretiens sont menés et des prises en charge sont proposées y compris des cures de sevrage et des soins de réhabilitation. Le parcours d'accès à ces soins se fait lentement et nécessite une pleine adhésion de ces personnes très désaffiliées, souvent pas en mesure de faire des choix éclairés compte tenu de leur situation de vie. D'autant que certains établissements d'accueil demandent un hébergement stable de sortie de cure pour les recevoir.

*Nous attendons
des hommes et femmes
à la tête de notre pays
une politique plus
pragmatique
et assumée de
réduction des risques.*

lie par les usagers : une soixantaine a réalisé une radio thoracique. Une campagne de dépistage de l'hépatite B suivie de vaccination a été menée récemment. Sur le plan addictologique, des entretiens sont menés et des prises en charge sont proposées y compris des cures de sevrage et des soins de réhabilitation. Le parcours d'accès à ces soins se fait lentement et nécessite une pleine adhésion de ces personnes très désaffiliées, souvent pas en mesure de faire des choix éclairés compte tenu de leur situation de vie. D'autant que certains établissements d'accueil demandent un hébergement stable de sortie de cure pour les recevoir.

La survie et après ?

Les travailleurs sociaux de l'espace reçoivent individuellement les personnes qui le souhaitent afin d'entamer ou de reprendre des démarches d'accès aux droits ou de régularisation administrative. Des permanences de France terre d'asile permettent de débrouiller les situations complexes de ces jeunes exilés qui ont souvent abandonné toute procédure. L'hébergement est un problème majeur et nous faisons appel aux collègues d'Assore, au Service intégré de l'accueil et de l'orientation (SIAO), aux Lits halte soins santé (LHSS) pour obtenir un abri pour ces personnes.

Au-delà des services proposées, l'essentiel de la démarche d'accueil se fait dans l'informel et la création de liens sociaux. Il s'agit de permettre aux personnes d'être elles-mêmes, d'échanger, de se dire bonjour, de se serrer la main, de prendre des nouvelles, d'être des humains en relation. L'espace de repos est un lieu de répit qui permet de trancher avec la rue, se retrouver et

se parler. Un groupe de paroles d'usagers est en place mais peine dernièrement à se réunir, faute de temps et d'effectifs.

La consommation de crack et d'alcool est omniprésente. Théoriquement interdite dans l'espace public même si elle y est très visible, elle reste interdite à l'intérieur de l'espace de repos. Malgré toutes les publications probantes au sujet de l'impact positif des salles de consommation à moindre risque, nous, professionnels et usagers restons captifs d'un monde parallèle, en décalage complet avec les discours officiels. Déclarations officielles qui prônent la tolérance zéro et la répression sans que ces discours n'aient aucun impact positif sur le terrain.

Au contraire, les consommations se font plus frénétiques, les violences augmentent au fur et à mesure de la concentration des usagers devant l'espace, obligeant la police à intervenir régulièrement pour un apaisement de courte durée. Injonctions contradictoires, déni de la réalité du terrain, mise en danger des usagers et des professionnels, voilà un bon exemple de ce qu'il ne faudrait pas faire.

Nous attendons des hommes et femmes à la tête de notre pays une politique plus pragmatique et assumée de réduction des risques, dans laquelle l'espace de repos de la Chapelle ne soit pas qu'une stratégie de survie pour les personnes rencontrées.

Délinquant et malade, le retour des fondamentaux antidrogues

Fabrice Olivet / Asud

Polémique « anti crack » à Paris, sortie de route de Pierre Palmade, culpabilisation des consommateurs, nos récentes controverses médiatiques mettent en évidence un singulier retour aux fondamentaux de la loi du 31 décembre 1970. Délinquant et malade, c'est-à-dire délinquant dont il faut réprimer la maladie. Comment et pourquoi trente années de réduction des risques sont en train de partir en fumée, devant la montée d'un nouveau populisme anti-drogue dont la rhétorique s'impose jusque dans l'hémicycle.

« La drogue, c'est de la merde, on va pas légaliser cette merde¹ ... » Gérard Darmanin n'est pas juste nostalgique des clips de son adolescence. Sa boutade fait explicitement référence à la période *ante* réduction des risques où la répression se conjugue avec une obligation de soin coercitive. En 2021, le ministre de l'Intérieur récidive en déclarant, pour marquer son opposition au principe des salles de consommation : « la drogue ne doit pas être accompagnée mais combattue »².

La fin du sida

Depuis leur défaite en rase campagne dans les années sida, les tenants d'une application stricte de la loi de 1970 n'ont jamais accepté l'idée d'une consommation de drogues ravalée au rang de dommage collatéral d'une épidémie aujourd'hui presque oubliée. Les concessions obtenues en matière de fourniture de matériel stérile et de prescription d'opioïdes de substitution restent méconnues par l'opinion et souvent incomprises. *A fortiori*, le principe même des salles de consommation à moindre risque s'apparente à un Ovni réglementaire, régulièrement mis en cause par les

associations de riverains. De fait, le ministre se contente d'éclairer un hiatus jamais comblé dans notre pays, celui de la contradiction intrinsèque entre les principes de la politique de réduction des risques (RdR) et les fondamentaux de la pénalisation de l'usage.

« La politique de réduction des risques en direction des usagers de drogue vise à prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose par injection de drogue intraveineuse et les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie par des substances classées comme stupéfiants. »³

La loi de 2004 dans ses attendus ne dit pas autre chose. Globalement assimilés à des injecteurs – la figure de référence des années 1980-1990 – les usagers de drogues bénéficient de quelques rares espaces de prévention, au nom du caractère d'exceptionnalité des menaces virales qui pèsent sur leurs existences. Aujourd'hui ce logiciel est pris en défaut par toutes les incidences de consommation. La montée en puissance de substances fumées, ingérées ou sniffées, la massification de la consommation de cannabis et de cocaïne, les problèmes de violence dans les quartiers sur fond de trafics, tout ce paysage contemporain ramène l'épidémie de sida à son

¹ Déclaration du ministre de l'Intérieur Gérard Darmanin le 14 sept 2020 en référence à un célèbre clip anti-drogue de 1986 réalisé par Jacques Séguéla.

² Lettre de Gérard Darmanin le 21 juin 2021 en réponse à Michel Lalande, préfet du Nord sur l'opportunité de l'ouverture d'un SMCR à Lille

³ Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique



rôle d'avatar historique. Un accident venu bousculer un schéma répressif articulé sur le « fléau de la drogue » qui reste dans l'imaginaire le principal ennemi à combattre.

Lutter contre les addictions

« On ne gère pas une consommation de drogue stimulante »⁴. Confrontés à cette montée constante de l'utilisation de cocaïne et de psychostimulants de synthèse, nos addictologues les plus médiatiques semblent impuissants, voire catastrophistes, ce qui répond partiellement à la demande des médias. « Pour le crack, il n'existe pas de produit de substitution » est la phrase clé des plateaux télé, comme si l'alpha et l'oméga de la prise en charge se réduisait à la prescription de médicaments.

C'est à nouveau le syndrome des années 1980 qui frappe, une époque marquée par la prédominance de dommages causés par la diffusion de l'héroïne dans les quartiers populaires qui a vu les traitements de substitution aux opiacés (TSO) régler un problème que vingt années de sevrages forcés avaient contribué partiellement à forger. Ce que nos addictologues de plateau oublient de préciser, c'est que cette victoire tient à la nature même des opiacés, qui provoquent un syndrome de manque assez facile à résorber à l'aide d'une prescription. En légalisant la substitution, les « dealers en blouses blanches » ont obtenu un succès qui s'apparente plus à une socialisation de l'usage qu'à un soin, ce qui contredit la doxa scientiste appréciée par les médias grand public. Popularisée depuis plus de vingt ans, la « lutte contre les addictions », est peut-être en passe de réussir là où « la lutte contre la toxicomanie » avait marqué le pas. Le concept d'addiction, loin de combattre les paniques morales, tend à les perpétuer sous un nouveau jour, celui de la religion sanitaire, jamais très éloignée de la religion tout court. Il redonne au « fléau de la drogue » un air de jeunesse que l'évident échec de cinquante longues années de prohibition aurait pu entamer. Non seulement les campagnes de prévention sont inopérantes sur l'envie d'expérimenter les

substances, mais elles constituent subrepticement l'argumentaire de la vindicte sociale qui s'exerce contre les consommateurs. La médiatisation exacerbée des comportements addictifs entre en France dans une nouvelle phase anxio-gène parallèle à la montée inexorable de la demande festive de psychostimulants.

En Espagne, en Suisse, au Portugal, au Danemark, aux Pays-Bas et chez nos voisins allemands, c'est plutôt la socialisation des consommations et la réduction des dommages qui sont prônées, quand la France reste attachée à un message de prévention primaire.

Usages de crack, chemsex et obligation de soins

« Aujourd'hui, la réduction des risques et le discours de ses promoteurs sont un frein au soin et à sortie de l'usage de drogues. »⁵

François Diot, ancien chef de service dans un Caarud, est devenu la caution intellectuelle d'une mouvance aux frontières poreuses entre associations de riverains, adversaires de la mairie de Paris et partis politiques de droite. Leur argumentaire possède le mérite de la simplicité, ils se contentent d'appuyer là où cela fait mal. À force de déplacements successifs inopérants, la confrontation entre riverains et consommateurs de crack du nord-est parisien vire au feuilleton national. Suivie par une foule de caméras depuis la place Stalingrad en 2020 jusqu'au square Forceval en 2022 en passant par le parc Éole, la figure du crackeur est devenue familière de nos écrans. C'est l'image d'un malade privé de libre-arbitre livré aux entreprises de dealers issus de l'immigration africaine. L'évidente misère qui caractérise ces lieux, la fréquence des comorbidités psychiatriques de ces consommateurs de cocaïne base très souvent SDF, renforcent l'idée répandue de la nécessité de soigner les « toxicos » contre leur volonté. « Nous demandons des hospitalisations d'office pour protéger ces victimes de la drogue et les Parisiens... »⁶, nous dit Rachida Dati, la maire du VII^e, dans un communiqué du groupe « Changer Paris », remettant en cause le principe du volontariat en matière de soins et renouant ainsi avec l'enfermement des fous au XIX^e siècle. Ce présupposé d'une abolition du sens commun, le crackeur la partage avec une autre catégorie de délinquant psychonaute : le « people cocaïné » ou le « chemsexer ».

« La coke et nos élites, la fin de l'impunité »⁷ titre *Marianne* le 8 mars 2023. En se plaçant aux côtés des petits et des humbles, le journal se livre à un populisme décomplexé où l'on apprend « qu'ils en prennent tous ». Suit une litanie de portraits de « people » ou de politiques supposés être ou avoir été cocaïnés – l'inévitable Sagan, Johnny Hallyday, Jean-Luc Delarue, le tout ponctué de photos de Chirac, Sarkozy ou Macron. Évidemment, l'accident dramatique causé par Pierre Palmade, testé positif à la cocaïne après avoir percuté de front le véhicule d'une famille, sert de catalyseur à ce débailage voyeuriste dont cet organe de presse se fait l'écho.

Charlie hebdo, pas en reste, en remet une couche : l'édito de Riss regrette que les « overdoses aient remplacé les cirrhoses »⁸. Dans une ambiance homophobe étonnamment assumée, en opposition avec l'image des travailleurs qui se lèvent tôt, l'affaire Palmade a proposé une série de clichés propres à revisiter les années 30 du

⁴ « 3-MMC: nouvelle drogue, nouveaux ravages » Laurent Karila, *Figaro TV*, <https://video.lefigaro.fr/figaro/video/laurent-karila-3-mmc-nouvelle-droque-nouveaux-ravages/>

⁵ François Diot, *FigaroVox*, le 1^{er} février 2023, <https://www.lefigaro.fr/vox/societe/il-ne-faut-pas-encadrer-la-consommation-de-droque-mais-y-mettre-fin-20230201>

⁶ Communiqué du groupe « Changer Paris » le 27 septembre 2021, suite à l'interpellation d'Anne Hidalgo au Conseil de Paris par Rachida Dati

⁷ Couverture de *Marianne* n°1355, édition du 2 au 8 mars 2023

⁸ *Charlie hebdo*, 1^{er} mars 2023, éditorial de Riss

XX^e siècle. Pour navrant qu'il soit en tant que fait-divers, cet objet médiatique irrationnel a révélé, s'il en était besoin, à quel point la consommation de drogues illicites reste un sujet passionnel comparable en bien des points à celui de l'immigration. La culpabilité des uns vient rencontrer l'humiliation des autres, ouvrant la voie à la délation et la haine. Le paradoxe de cette affaire reste l'étonnant retour du principe de responsabilité du consommateur de drogue, dès lors qu'il s'agit de punir plutôt que de guérir.

Surveiller et punir

« En consommant de la drogue, même de manière festive, on finance les trafics... Quand on fume son cannabis ou qu'on prend son rail de coke, on est un peu responsable des règlements de compte... »⁹

« Je fais un lien direct entre les trafiquants et les consommateurs. Le confort festif, ça donne des règlements de compte. Tous ceux qui consomment le petit pétard le samedi soir devraient s'en souvenir. »¹⁰

Autre catégorie de privilégiés qu'il convient de livrer à la vindicte générale, les consommateurs récréatifs. Gérard Darmanin, toujours lui, relayé par le ministre de la Justice Éric Dupont-Moretti, redécouvre une vérité énoncée par de nombreux partisans de la légalisation : la demande demeure le principe cardinal de toutes les économies de marché, qu'elles soient licites ou illicites. Les consommateurs étant à l'origine du problème, ils sont peut-être aussi la solution. Loin de constituer une prise de conscience tardive, cette rhétorique manœuvrière a pour but d'éradiquer trente années de patiente pédagogie, si parfaitement incarnée par la défunte Nicole Maestracci et son *Savoir plus, risquer moins*¹¹.

Dans cette ambiance de retour aux fondamentaux, quelques députés Les Républicains proposent de faire mieux : renforcer les peines dans une proposition de loi visant à « sanctionner davantage la consommation de stu-

péfiants »¹². L'exposé des motifs est parlant : « aucune consommation n'est anodine... cette proposition de loi propose de durcir les sanctions pour les consommateurs de cannabis et plus largement de stupéfiants ».

L'idée se généralise de la responsabilité délinquante des consommateurs, un acte qu'il convient de sanctionner, ce qui prouve encore une fois que médicalisation et répression savent se conjuguer, comme nous l'a appris

Michel Foucault. Par un retournement spectaculaire, la rationalité de la demande de drogues est inversée pour servir l'idée de la nocivité intrinsèque de l'acte de consommer.

Il s'agit bien d'une régression, un retour au stigma qui s'inspire de la tautologie d'un autre sarkozyste. Étienne Appaire, nommé à la Mildt en 2007, avait coutume de dire : « la drogue c'est mal, la preuve c'est interdit ! »

L'idée se généralise de la responsabilité délinquante des consommateurs, un acte qu'il convient de sanctionner, ce qui prouve que médicalisation et répression savent se conjuguer.

⁹ Déclaration de Gérard Darmanin, 5 avril 2023, BFMTV

¹⁰ Déclaration de Dupont-Moretti, 4 avril 2023, France 2

¹¹ Voir Swaps, n°103

¹² Proposition de loi n°726 visant à sanctionner davantage la consommation de stupéfiants et de produits provoquant des comportements hallucinatoires enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 17 janvier 2023. https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/116b0726_proposition-loi

Béatrice Stambul, l'enfant prodige de la réduction des risques

Bertrand Leibovici

Béatrice Stambul, disparue le 8 février 2023, à l'âge de 74 ans, fut une farouche militante dans le champ des drogues et des toxicomanies. Bertrand Leibovici salue ici, « sans la moindre restriction », une grande activiste et une personnalité exceptionnelle.



Photo Médecins du monde

Béatrice Stambul me racontait que, lorsqu'elle était enfant, sa famille parlait d'elle comme d'une *wunderkind*, un mot yiddish qui veut dire enfant prodige. Béatrice racontait cela d'une voix tranquille où ne perçait nulle prétention. Et pour cause, c'était vrai ! Elle était polyglotte, en particulier russophone (elle était comme chez elle en Russie où elle fit de nombreux séjours pour aider à y implanter la réduction des risques), douée d'une vive intelligence et d'une vaste culture, passionnée d'opéra (elle était capable de traverser l'Europe pour assister à une représentation), cette psychiatre hospitalière travaille à Aix-en-Provence à partir du début des années 1980. Si ma mémoire ne me trahit pas, je l'ai rencontrée en 1994 aux premières rencontres franco-européennes sur la réduction des risques organisées par le Crips à Paris.

À l'époque, elle n'avait pas encore viré sa cuti RdR, m'avait récité la vulgate des intervenants en toxicomanie de l'époque, et nous nous étions copieusement engueulés. Elle va très vite changer et devenir en quelques années l'une des figures les plus en vue de la RdR au sein de Médecins du monde (MdM), et bien au-delà, non seulement en France mais aussi à l'international.

Béatrice était quelqu'un de passionné, d'insatiable, boulimique de responsabilités au point de devenir, parmi une multitude d'autres fonctions, présidente d'Asud Mars Say Yeah, ce qui était tout de même assez paradoxal pour une association d'usagers... Mais de tous les activistes enflammés que j'ai connus, Béatrice était probablement celle qui articulait avec le plus d'intelligence le local, le national et l'international. De plus, sa vie professionnelle et sa vie militante étaient profondément intriquées.

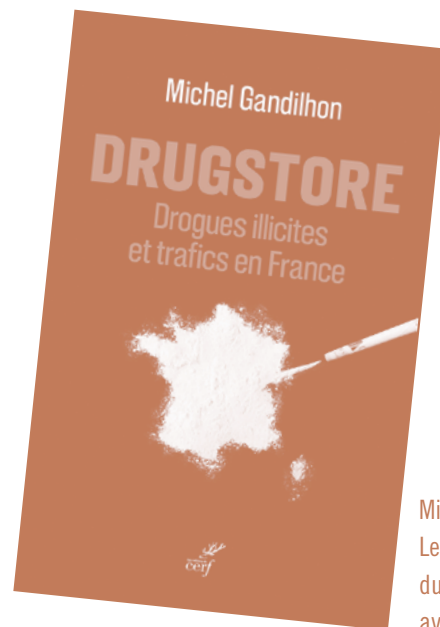
Son énergie, sa capacité à convaincre ou à polémiquer étaient sans limite. C'était une activiste au meilleur sens du terme. Elle fut à l'origine de la création, au sein de MdM, de la mission RdR en Russie, mais aussi du programme d'échange de seringues de la cité phocéenne puis de son programme méthadone. Celle qui était, entre autres, présidente du bus 31/32 à Marseille n'aura pas vu naître la première salle de consommation à moindre risque pour laquelle elle militait avec son ardeur habituelle...

Je salue, sans la moindre restriction, une grande activiste et une personnalité exceptionnelle. Elle était bien l'enfant prodige de la réduction des risques.

PUBLICATION

« Drugstore, Drogues illicites et trafics en France »

Membre assidu – voire « historique » – de notre comité de rédaction, l'auteur de cette brillante étude sur le développement du trafic de drogues en France est aussi membre de l'Observatoire des criminalités internationales et expert associé auprès du département Sécurité Défense du Cnam.



Michel Gandilhon,
Les Éditions
du Cerf, 256 p.,
avril 2023

Le temps de la massification

Pour lui, les drogues – produits de synthèse trafiqués, produits de pharmacie détournés – envahissent notre société « addictogène », affectent l'ensemble des milieux et consolident l'emprise des mafias. Avec, pour conséquences, une disponibilité des drogues illicites sans précédent, une massification des usages et le développement explosif des trafics et du crime organisé, qui contaminent jusqu'aux petites villes et zones rurales.

Comment ce « marché » a-t-il structuré ses réseaux, profité de complicités actives ou passives, devenant un acteur global grâce à la mondialisation des paradis artificiels et la multiplication des paradis fiscaux ? Pourquoi la réponse étatique n'a-t-elle jamais été « à la hauteur » de ce défi capital ? C'est à toutes ces questions que tente de répondre « Drugstore ».

Un puissant révélateur

L'ambition est de dresser un état des lieux le plus complet et un diagnostic social, politique et économique, de ces évolutions massives. « Depuis une quarantaine d'années, la question des drogues (...) constitue un révélateur des mutations à l'œuvre dans la société française. [...] Se conjuguent des phénomènes profonds liés aux injonctions que la société de la performance fait peser sur l'individu contemporain et une globalisation aux effets économiques et sociaux de plus en plus déstructurants. »* Sur fond de « crise des banlieues », que le Parti Communiste ne gère plus guère, et de professionnalisation des réseaux qui ont su s'adapter à toutes les mutations et contrôler des territoires, comme à Marseille, « en voie de mexicanisation ». La drogue transite par conteneurs gigantesques en France

(55 % des quantités de cocaïne saisies en 2020

* Voir « La France pousse-au-crime »

Xavier Raufer, Choiseul, 2011. l'ont été sur des porte-conteneurs) dans des

grands ports difficiles à contrôler. Et, désormais, le « deal » se déplace au domicile des clients, recourt aux smartphones et réseaux sociaux, aux sites de vente sur le Darknet, aux cryptomonnaies...

Le capitalisme vert

Et la prospérité d'un « capitalisme vert » qui fait florès aux États-Unis depuis la légalisation du cannabis à des fins non médicales, apporte des bouleversements au bilan bien contrasté !

Le marché (du tabac, de l'alcool et de l'industrie pharmaceutique) s'est emparé de cet « or vert », proposant une gamme de produits diversifiés très « préoccupants » pour la santé publique comme les « concentrate », dont les teneurs en THC sont bien plus élevées que celles de la marijuana, et les prix à l'avenant !

Et « ce qui s'apparente plus à une industrialisation du THC qu'à une légalisation de la marijuana » donne, aux États-Unis, des indicateurs inquiétants : consommations en forte hausse chez les jeunes de 18-25 ans (mais baisse chez les 12-17 ans), persistance du marché noir, glissement des trafics et des consommations vers l'héroïne et le fentanyl, taux de criminalité élevé... Avec pour conséquence, l'explosion des morts par surdoses et accidents divers.

Quelles leçons en tirer pour la France ? Pour Michel Gandilhon : « une politique [de légalisation] pour ne pas engendrer d'effets pervers, doit reposer sur une détermination forte de l'État à faire appliquer la législation ». Faute de quoi, les coopératives de consommateurs et/ou les débitants « serviront de paravents pour alimenter le marché noir, qui persistera inévitablement en ciblant, notamment, les adolescents... ». La loi de 1970, « aurait encore de beaux jours devant elle ! » surtout dans son versant portant sur l'offre. Quel paradoxe !



Psychédéliques, Manuel de réduction des risques

Kali Carrigan, Laetitia Carrive, Romain Hacquet et Gaël Millet.
Société psychédélique française, 7 décembre 2022

Psilocine, psilocybine, DMT, 5-MeO-DMT, ibogaïne, MDMA, mescaline, 2C-B et autres amphétamines, LSD, graines de certaines lianes comme l'*Hawaiian baby woodrose* (*Argyrea nervosa*), Morning Glory (*Ipomoea tricolor*), qui ont des propriétés psychotropes similaires... la liste des substances psychédéliques est loin d'être close. Ce « Manuel de réduction des risques », édité par la Société psychédélique française (SPF), association de médiation culturelle et scientifique sur le thème du psychédéisme, fait un tour très complet sur ces substances psychotropes, leurs effets sensoriels, cognitifs, spirituels, somatiques et psychiques positifs et indésirables, leurs contre-indications et interactions, leurs usages thérapeutiques, modes d'administration et dosages...

Regain d'intérêt scientifique

Le sujet connaît un regain d'intérêt chez les usagers, mais aussi auprès du monde scientifique qui, après un demi-siècle de « pause », se remet à l'étudier dans de nombreux pays. Plusieurs membres de la SPF sont ainsi impliqués dans la création et l'animation de groupes de travail à l'hôpital public pour la recherche thérapeutique sur les psychédéliques. Confiants quant au « démarrage prochain d'essais contre la dépression résistante, la dépendance à l'alcool ou encore l'anxiété associée au diagnostic de cancer », les auteurs sont tout à fait conscients « des risques, essentiellement psychologiques » associés

à leur consommation, « si les personnes sont mal préparées à cette expérience, surtout hors d'un cadre médical strict ».

D'où l'objectif central de l'ouvrage qui est d'apporter un ensemble de conseils et de bonnes pratiques, pour avant, pendant et après la consommation (le « *set and setting* ») afin de limiter les expériences qui peuvent « mal tourner ». Sans jamais inciter à la consommation de ces substances, classées stupéfiants donc illégales, comme ses quatre auteurs le répètent.

Pistes et axes de réflexion

Ce Manuel s'adresse donc aux consommatrices et consommateurs, mais aussi aux professionnels de la santé, aux « *trip sitters* » ou « gardiens, guides, de voyages », aux associations de réduction des risques, quel que soit le contexte de consommation. Et comme la SPF souhaite « qu'il soit accessible à toutes et à tous, [elle a] décidé de le rendre libre de droits ». On peut donc le partager, l'imprimer et le diffuser comme bon nous semble.

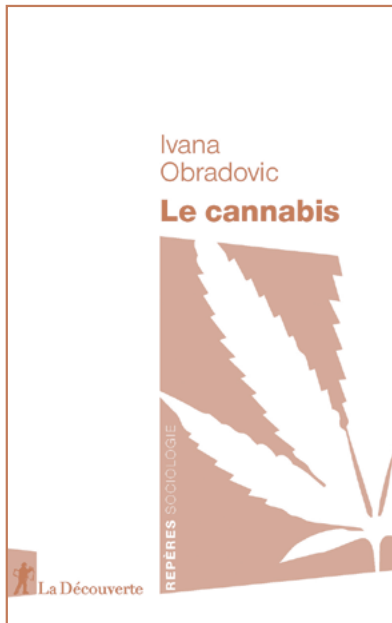
En préliminaire, les auteurs mettent en garde les usagers contre « les pseudo-thérapeutes et autres chamanes auto-proclamés qui administrent clandestinement ou illégalement des substances psychédéliques » et les invitent à la plus grande prudence vis-à-vis des cercles clandestins où sont administrées des substances psychédéliques, que ce soit en France ou à l'étranger.

Ensuite, ils informent le plus complètement possible sur les différents produits consommés actuellement, leurs modes d'action et leurs effets. Enfin, ils donnent des pistes et axes de réflexion autour des expériences : « L'expérience psychédélique peut tout aussi bien mener à la béatitude qu'à des peurs ou des faces sombres de notre psyché et chacune de ces facettes fait partie de ce tout qu'est l'expérience psychédélique, préviennent-ils. Il est donc indispensable de prendre soin de soi et de ceux qui nous accompagnent ».

Pour finir, de tels « voyages » se préparent. Il faut connaître les produits que l'on va consommer et ce que l'on recherche et, quel que soit leur mode d'administration, préparer un matériel à usage unique (paille, seringues, etc.), réunir le maximum de conditions d'hygiène, consommer dans le calme, le confort, jamais seul... Et, si on a vécu « une expérience psychédélique plus ou moins troublante, indéchiffrable ou pénible de trouver un espace où s'exprimer et échanger dans un esprit d'autosupport ».

Lien pour télécharger le guide : bit.ly/spf-rdr

Lien secondaire : bit.ly/spf-rdr-gd



Le cannabis

Ivana Obradovic, Éditions La Découverte, Collection Repères, 128 p., mars 2022

De la « belle ouvrage », ce panorama concis et précis de la substance psychoactive la plus consommée dans le monde et aussi la plus controversée, truffé de références « sourcées », entrelardé d'infographies, cartographies, encadrés et tableaux informatifs et pédagogiques, terminé par de copieuses références bibliographiques.

L'auteure, Ivana Obradovic, connaît son affaire : directrice adjointe de l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT), elle travaille depuis 2002 sur les politiques publiques liées aux drogues, avec une spécialisation sur le cannabis et les questions pénales.

L'état des savoirs

L'ouvrage est structuré en quatre grands chapitres. Le premier est consacré à l'état des savoirs sur le cannabis, des origines – que l'on fait remonter en Chine au V^e siècle avant l'ère commune – aux usages récréatifs et thérapeutiques contemporains. En passant par la synthèse des connaissances sur les différents composants du cannabis et formes les plus diverses (résine, herbe, huiles, e-liquides, infusions, cristaux, cannabinoïdes de synthèse...), ses effets et risques pour la santé, ses usages sociaux et l'impact des politiques publiques de prohibition et d'un siècle de « guerre à la drogue », les dernières évolutions du marché de « l'or vert ». Si de 1970 à la fin des années 2010, plus de 26 000 études scientifiques et analyses médicales ont été publiées, il reste encore beaucoup de controverses sur le cannabis à usage thérapeutique. Et elles ne sont pas près d'être

closes ! « Car le cannabis ne correspond pas à la définition moderne du médicament. Il est composé de plusieurs centaines de molécules actives et non d'une seule avec un mode d'action reposant sur un mécanisme biologique élucidé, permettant de la prescrire pour une pathologie donnée. (Aussi), les médicaments à base de cannabis sont des mélanges complexes de dizaines, voire centaines de molécules ! »

Panorama des politiques publiques

Le deuxième chapitre dresse le panorama des législations et politiques publiques encadrant le cannabis, la genèse du régime international de prohibition du XX^e siècle jusqu'aux évolutions actuelles et leurs différents modèles, avec le changement de paradigme depuis les années 2010 et « le train » des réformes révisant son statut légal : entre 2012 et 2020, 15 États américains, l'Uruguay et le Canada en ont légalisé l'usage récréatif, rejoints en 2021 par 5 nouveaux États américains, et, peut-être bientôt, par le Mexique, le Luxembourg, la Suisse, l'Allemagne...

Demande et offre complexifiées

Le chapitre 3 est centré sur la question de l'offre, complexifiée, du produit, sur les marchés illicites et licites. Le dernier sur la demande, les trajectoires et « carrières » d'usagers, les contextes d'usage, la diversité des comportements (surtout parmi les jeunes générations). En 2020, selon l'ONU DC, 192 millions de personnes en avaient fait usage au moins une fois dans l'année, loin devant les opioïdes (58 millions), les stimulants et amphétamines (27 millions) et la cocaïne (19 millions).

Dans l'Union européenne, en 2021, 1 personne sur 4, de 11 à 75 ans, en avait déjà consommé, soit 18 millions de personnes (vs 13,4 millions en 2012) et la France figure en tête de ce tableau, pour tous les indicateurs d'usage à l'adolescence. D'où une hausse notable des demandes de prise en charge pour usages problématiques, qui concernaient 7,4% des adolescents en Europe en 2019. Les demandeurs de soins sont surtout des hommes jeunes de moins de 35 ans et, là encore, la France est l'un des pays qui enregistre la plus forte hausse de ces demandes, depuis, notamment, la création des Consultations jeunes consommateurs (CJC).

Au total, « si les préoccupations de santé publique restent une dimension fondamentale du cannabis, celui-ci fait l'objet d'usages de plus en plus diversifiés et d'entreprises de requalification multiples, de sorte qu'il n'est plus aujourd'hui réductible à une drogue illicite », conclut Ivana Obradovic.

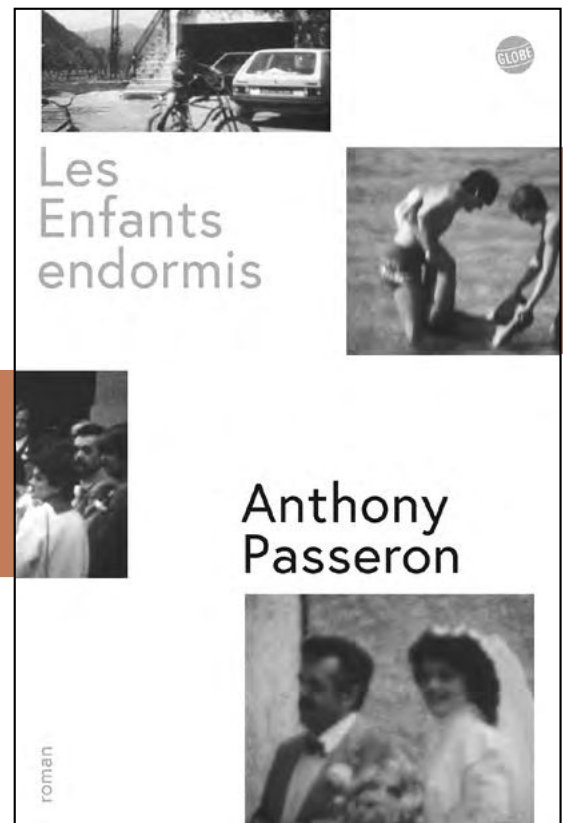


Rien ne dure vraiment longtemps

Un récit de Matthieu Seel,
Éditions Harper Collins,
24 août 2022

Après avoir raconté son quotidien de fumeur de crack dans *Crackopolis*, une série de podcasts diffusée sur Arte radio il y a quelques années, Matthieu Seel, qui se faisait appeler Charles à l'époque, prend la plume dans ce récit pour revenir sur son parcours marginal. Les usages y ont pris de l'importance assez vite pour finalement se mettre eux-mêmes en marge, ce qui permet à un jeune homme désormais quarantenaire de se raconter dans une langue directe, parfois poétique, mais sûrement apaisée... Le crack arrive en fin de parcours d'usages pluriels, occasionnels puis réguliers de cannabis, cocaïne en poudre, ecstasy, héroïne, LSD, kétamine... Le caillou précipitera Charles

vers l'addiction, nous raconte-t-il. Les signes sont la «centration» sur le produit, le *craving*, la quête perpétuelle et «la recherche de quelque chose d'inaccessible: l'oubli... Dans le milieu du crack, rien n'a réellement d'importance. Que le caillou. Tout a une durée de vie limitée à la prochaine galette. Au début, c'est impressionnant, mais comme pour tout dans la vie, on s'habitue. Rien ne dure vraiment longtemps.». Tous les lieux emblématiques du crack et des modous qui le vendent dans la capitale sont écumés, avec leur lot d'errances, de violences, mais aussi de partages... Si rien ne dure vraiment longtemps, alors il sera temps pour Charles de se sevrer et de tenter de retrouver le Matthieu qu'il était au début du parcours...



Les enfants endormis

Un roman d'Anthony Passeron,
Éditions du Globe,
25 août 2022

Dans ce récit à la première personne, deux temporalités se chevauchent: celle de l'apparition de la maladie du sida dans la famille du narrateur, une famille de bouchers de l'arrière-pays niçois, et celle de la découverte du virus et du combat contre l'épidémie dans les années 1980 et suivantes. Les enfants endormis dont il est question ici sont ces jeunes héroïnomanes qui se shootaient à la sortie des lieux festifs de Nice et sombraient alors dans un sommeil opiacé... Quand le VIH fait son apparition, il sait être opportuniste et passer d'un injecteur à un autre à l'occasion d'un échange de seringues, à l'époque où elles n'étaient pas encore en vente libre.

La maladie du sida devient le problème sanitaire sur lequel se concentrent toutes les attentions et la stigmatisation du malade accompagne celle de l'usager injecteur... Désiré, l'oncle du narrateur dont il est question dans ce roman, en fera les frais, comme bien d'autres usagers. La connaissance du virus et les traitements pour le contrer étaient alors à leurs balbutiements, et ceux qui avaient le malheur de croiser sa route, des pestiférés. La honte et le tabou sont souvent au rendez-vous dans les familles de victimes, dont celle de Désiré qui doit affronter le regard des gens du village et vivre la maladie d'un de ses membres avec plus ou moins de bienveillance...



Supermarché

Un roman de José Falero,
Éditions Métailié,
26 août 2022

Shit!

Un roman de Jacky
Schwartzmann,
Ed. du Seuil, 3 mars 2023

Se lancer dans le trafic de cannabis quand on n'est pas du milieu et maintenir à l'équilibre la balance bénéfices/risques n'est pas chose facile. Que ce soit dans les favelas de Porto Alegre ou dans les quartiers sensibles de Besançon, les objectifs financiers sont souvent atteints, mais à quel prix ? Le « supermarché » qui titre le roman du Brésilien José Falero est le point de vente « sous le manteau » de deux magasiniers, Pedro et Marques, qui souhaitent accumuler suffisamment d'argent pour échapper à leur mode de vie modeste et « accéder au grand bal de la flambe insouciant, auquel il n'avait jamais été ni ne serait jamais invité ». Quitte à tout quitter quand la tirelire sera pleine, ils profitent que la demande en cannabis soit forte mais l'offre défaille pour s'installer sur un marché



abandonné au bénéfice de la cocaïne basée ou en poudre. Mais « une des choses les plus difficiles en ce monde, étant de consentir à arrêter de gagner de l'argent », les sous appellent les sous et l'emballage financier questionne la notion de risque au-delà d'une économie de survie... Le territoire sur lequel s'aventure le Robin des bois du roman de Jacky Schwartzmann est miné dès les premières lignes. Un conseiller d'éducation tombe, suite à un concours de circonstances, sur le trésor cannabique d'un « four », lieu de deal installé sur le même palier que son appartement. Il souhaite que le magot soit redistribué pour que des personnes dans le besoin en bénéficient, mais pour cela il faudra faire preuve de beaucoup de modestie et de persévérance. Quand les sommes récoltées permettent alors de « remporter le prix Nobel de la générosité, s'il existait », le bon samaritain va vite se transformer en boss du trafic local et devra alors faire des compromis avec son idéologie antilibérale...



Toute la beauté et le sang versé

Un film documentaire
de Laura Poitras,
Sortie en salles le 15 mars
2023

Il y a des combats qui semblent perdus d'avance, et pourtant... Celui de Nan Goldin, figure de l'underground new-yorkais, contre le géant pharmaceutique Purdue Pharma, fabricant de l'OxyContin, ne fut pas vain. La photographe, elle-même victime d'une addiction au fameux opioïde, mit toutes ses forces et son engagement dans une bataille entamée en 2017 avec l'appui de son association Pain (Prescription Addiction Intervention Now). L'objectif est simple : révéler au grand public les méthodes déviantes utilisées par la famille Sackler, propriétaire de la firme, pour « exploiter la douleur des gens » et promouvoir un antalgique annoncé à tort comme

pas ou peu addictif... Le documentaire raconte les différents coups d'éclat militants et manifestations *in situ* organisés par la photographe, aux États-Unis et en Europe, dans les musées où le nom de Sackler est mis en avant, associé à une philanthropie stratégique qu'il fallait dénoncer. La reconnaissance et l'accompagnement des victimes se jouent alors sur le terrain symbolique et politique... Le parcours de vie de Nan Goldin, ainsi que ses luttes artistiques successives, permettent de personnifier un peu plus encore le combat d'une victime au regard de toutes celles qui, faute de renommée, n'ont pas eu la chance de faire entendre leur voix ou de survivre. Les dégâts de cette crise des opioïdes se comptent désormais en centaines de milliers de morts...

Directeur de la publication
Didier Jayle

Rédacteur en chef
Gilles Pialoux

Secrétaire de rédaction
Christelle Destombes

Comité de rédaction
Florence Arnold-Richez
Élisabeth Avril
Mustapha Benslimane
Vincent Benso
Jean-Pierre Couteron
Thibault de Vivies
Michel Gandilhon
Marie Jauffret-Roustide
France Lert
Alexandre Marchant
Fabrice Olivet
Marie Öngün-Rombaldi
Pierre Poloméni
Charles Roncier

Ont collaboré à ce numéro
Hélène Beaunieux
Marion Delarue
Simon Daniel
Zoë Dubus
Ruth Gozlan
Jean Maxence Granier
Bertrand Lebeau
Susie Longbottom
Ludivine Ritz

Réalisation graphique
Céline Debrenne
Impression
Le Réveil de la Marne
Dépôt légal : à parution
ISSN : 1277-7870

Commission paritaire : en cours

Swaps est édité
par l'association Pistes
2 rue Conté, 75003 Paris

Téléphone
Charlène Alzon : 01 56 01 74 12
contact@vih.org
www.vih.org/revue

Avec le soutien de la
Direction générale de la Santé

et du laboratoire



Ce numéro consacre un large dossier aux communautés thérapeutiques (CT). Concept ancien qui fonde le réapprentissage de la vie sans produit sur le groupe avec un rôle croissant des résidents selon leur antériorité au sein de la CT et un soutien des professionnels et ce, dans un cadre fermé. Pourtant les communautés thérapeutiques, entachées par les dérives sectaires à l'instar du Patriarce de Lucien Engelmajer (cf. *Swaps* n°103) étaient à la fin des années 1990 largement décriées. Le sida avait imposé – non sans mal et lenteur en France – la RdR et la substitution, mais le modèle d'un séjour long et protégé méritait d'être reconsidéré face à la diversité des addictions et des besoins qu'elles engendrent. C'est ce qu'expriment à la fois le témoignage à la première personne de Didier Jayle, alors président de la Mildt et fondateur de *Swaps* (p. 13) et l'article très documenté de Ruth Gozlan et de Jean-Pierre Couteron (p. 15). Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool confirmait alors la nécessité d'un répertoire de soins variés, répondant au cas par cas à la diversité des parcours de vie, des parcours d'usage et des parcours de sortie de la drogue. Ce volontarisme se manifeste dans la note interne à la Mildt de 2004, intitulée « Propositions pour l'ouverture de nouvelles communautés en France » et précisait bien que les communautés thérapeutiques ne venaient pas se substituer à l'offre plus classique : postcure, prise en charge psychologique, accompagnement social ou traitement de substitution pour la dépendance aux opiacés. Il s'agissait d'offrir des nouvelles conditions de prises en charge, protégées des dérives autoritaires, du prosélytisme religieux ou sectaire ou encore de l'exploitation mercantile. C'était l'objet du cahier des charges coconstruit patiemment avec les professionnels de l'addiction et mis en place en 2006 par une circulaire de la Mildt. À ce jour, une douzaine de communautés thérapeutiques sont déployées en France, dont huit sur le modèle du cahier des charges de 2006.

La place de la communauté thérapeutique se pose assez clairement pour Élisabeth Avril (cf. p.28) pour les usagers du crack en situation d'extrême précarité qui ont besoin d'une prise en charge individualisée à laquelle ne répondent que de façon très insuffisante ou trop partielle les modèles existants. La situation et l'addiction des usagers de crack appellent à l'invention de nouveaux parcours de prise en charge, plaide-t-elle. On lira avec attention le témoignage de Susie Longbottom (p. 21) qui a participé à la création du centre Apte, avec Kate Barry, et qui a aussi dirigé la communauté thérapeutique de l'association Aurore à Aubervilliers – expérience rare de CT en milieu urbain – avec au sein de ce témoignage la question centrale du sevrage préalable à la plupart des prises en charge, en opposition avec l'approche de réduction des risques soutenue notamment par la substitution sur le versant du traitement. Les produits et les usages évoluent, et avec eux les formes de l'addiction, qui vont du cadre addict au chemsex à la personne sans domicile, souvent migrante, chassée chaque jour de son morceau de trottoir. L'offre de prise en charge doit s'adapter à ces contextes, immense défi pour les professionnels qui se heurtent à l'indifférence de l'État et à l'hostilité du « not in my backyard ».

GILLES PIALOUX