



PLAIDOYER ADDICTIONS

« Les addictions se soignent aussi par la politique... »



Le 31 décembre 1970, dans un contexte post-mai 68, le Gouvernement de l'époque cherche à « reprendre en main sa jeunesse ». Dans un pays qui vit la fin de la « French connection », la France se réveille avec une des lois¹ les plus répressives au monde en matière de lutte contre la drogue.

Les travaux internationaux en neurosciences, en pharmacologie, en santé publique, en économie des drogues n'ont pas encore persuadé les politiques que cette loi est frappée d'obsolescence. Depuis 50 ans, les découvertes scientifiques nombreuses, les traitements de substitutions, les épidémies de sida et d'hépatites, la politique de réduction des risques n'ont pas ébranlé les politiques. Les Français ont payé, parfois même par le sang, cette loi d'exception. Il est temps de revenir

à la raison : une personne addict est malade. Le système répressif français brouille ce message et nombreux sont celles et ceux qui vivent leur addiction dans l'angoisse qu'elle soit découverte par leurs proches, leurs employeurs. Ils s'enferment peu à peu dans la spirale de l'exclusion, sans traitement ni accompagnement adéquat. Notre dogmatisme répressif est inscrit dans la loi. Pour hisser ce message au bon niveau, il faut donc changer la loi... d'autant plus que la France reste à la traîne de l'Europe sur ces sujets.

La répression a démontré partout dans le monde et à toutes les époques son inefficacité et sa dangerosité. La stigmatisation collant à l'addiction est un frein dans le soin et l'insertion des personnes concernées qui vivent honte et rejet. L'aspect multifactoriel de cette maladie suffit à démontrer que la réponse uniquement répressive est simpliste, inutile et néfaste.

On a compris que les mécanismes qui sous-tendent une consommation d'alcool sont les mêmes que pour les consommations de produits illicites. Il faut aller plus loin. L'action ne doit pas être uniquement portée par les centres spécialisés. Ces derniers doivent devenir des acteurs de la Cité et proposer des panels d'offre d'accompagnement plus large encore qu'aujourd'hui : vers la médecine de ville, vers la médecine du travail, vers la médecine scolaire et vers l'entreprise désarmée dans ces domaines.

Le grand public et les personnels soignants sont encore perdus face à ces sujets. Plus de la moitié des médecins généralistes libéraux déclarent ne pas traiter leurs patients addicts comme les autres².

Ce plaidoyer n'a qu'un seul but : changer notre regard sur les addictions et effacer les stigmates. C'est le préalable incontournable à l'adoption de réformes dont nous avons tant besoin et que nous promovons ici.

DR. GUY SEBBAH

Membre du Directoire - Solidarités
Directeur Général GROUPE SOS Solidarités

 @GuySebbah
 Guy Sebbah

À GROUPE SOS Solidarités,

nous croyons au concept de fécondité sociale : chaque individu a quelque chose à apporter à ses contemporains.

Ainsi, nous déclinons le concept de solidarité au pluriel et développons des actions solidaires auprès de personnes précaires, souffrant d'addictions, atteintes du VIH, en situation de handicap, sans-abri ou mal logées, LGBT+, migrantes, travailleuses du sexe.

C'est par la recherche constante de solutions innovantes que nous parviendrons à faire reculer l'exclusion et la précarité.

POUR PRÉVENIR ET TRAITER L'USAGE DES DROGUES, NOUS PROPOSONS DE :

1. Dépénaliser l'usage et la possession pour usage personnel de toutes les drogues, et légaliser la culture, la vente et l'usage du cannabis dans le cadre d'un monopole public.

2. Créer 150 Plateformes Addictions, guichets uniques pour les consommateurs et tous les professionnels, en fusionnant les dispositifs existants.

3. Accélérer l'utilisation des progrès scientifiques : distribuer et informer sur les antidotes aux overdoses d'opiacés à base de naloxone, en ciblant l'ensemble du corps médical et le grand public.

(1) Loi no 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses abrégée loi du 31 décembre 1970.

(2) sondage IFOP/GROUPE SOS 2019

Dépénaliser pour soigner

1. Déconstruire les préjugés et dépénaliser l'usage des drogues

Une addiction n'est pas un choix. De ce constat naît la nécessité de **considérer les personnes souffrant d'une addiction comme des malades, et non des délinquants** qui pourraient décider d'arrêter leur consommation pour éviter une condamnation.

Notre système législatif est basé sur la loi de 1970 « relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses », qui porte sur les addictions un **double regard contradictoire** : elle permet la **répression de l'usage** (et du trafic) de drogue, **mais également l'offre d'une série de soins** – elle est d'ailleurs insérée dans le Code de la Santé Publique. Cette loi punit, pour la première fois en France⁽¹⁾, l'usage simple de substances classées comme stupéfiants, sans distinction entre les drogues « douces et dures », ni même entre l'usage en privé et en public, ou encore l'usage régulier et occasionnel.

Comment expliquer la distinction qui y est faite entre drogues licites – alcool et tabac, produits à l'origine de l'écrasante majorité des addictions – et illicites ? En 1970, le contexte social est celui d'une France qui découvre tout juste la drogue, dépeinte comme une lourde menace sur les jeunes, qu'elle rend marginaux et immoraux. Au contraire, le tabac est complètement banalisé, et la consommation problématique d'alcool est considérée comme l'apanage des classes populaires. Apparaît alors la **distinction entre drogues licites et illicites, étroitement liée aux symboles que chacune véhicule**.

Aujourd'hui, au niveau national comme international, la **prohibition des drogues s'est soldée par un échec** : non seulement elle a échoué à les éradiquer, mais elle a en plus **contribué à marginaliser socialement les usagers** de drogues et à **les stigmatiser**, en les poussant **hors des parcours de soin et de prévention**, ce qui a détérioré leur état de santé, notamment par la diffusion de l'épidémie de sida et des hépatites. Considérer les personnes ayant une addiction comme « coupables » rend difficile la demande d'aide, peut contribuer à rompre les liens sociaux et entraîne une fragilisation. **La répression de l'usage n'est ni efficace, ni sensée : une addiction est par définition ressentie comme irrépressible** et le restera probablement sans un accompagnement adapté.

Addiction : de quoi parle-t-on ?

L'addiction s'apparente à une maladie psychiatrique chronique. Elle se caractérise par une perte de contrôle dans la consommation de substances qui donnent du plaisir (cocaïne, crack, tabac, alcool...) ou de comportements gratifiants (jeux vidéo, sexe, jeux d'argent...). C'est un processus involontaire, dont l'une des manifestations est le « craving » : une envie irrépressible de consommer une substance ou d'accomplir une action, même en ayant conscience qu'elle est nocive. Qu'il s'agisse de substances ou de comportements, il s'agit d'une seule et même maladie associée à une modification des circuits de neurotransmetteurs, en particulier de la dopamine⁽²⁾.

On estime qu'environ 20% des consommateurs des substances les plus addictives développent une addiction ; les autres parviennent à maîtriser leur consommation qui reste récréative⁽³⁾.



Aujourd'hui, les **coûts sociaux**⁽⁴⁾ associés à l'alcool et au tabac **dépassent de loin ceux des drogues illicites** : le coût social de l'alcool et celui du tabac sont presque identiques, proches de 120 milliards d'euros chacun, contre 8,7 milliards d'euros pour l'ensemble des drogues illicites (13,4 millions de fumeurs, 3,8 millions « d'usagers à risques d'alcool »). Pourtant, personne n'envisage d'interdire ces deux substances : il est considéré comme évident que ce serait contreproductif, voire une atteinte aux libertés individuelles.

Après un tel constat, comment expliquer que la loi de 1970 soit toujours en vigueur ? La réponse tient certainement davantage à la stigmatisation et au jugement moral envers les personnes vivant avec une addiction aux drogues illicites, préjugées violentes, issues d'un milieu populaire et de l'immigration, qu'à un raisonnement fondé sur l'efficacité. **Nous devons nous atteler à changer l'équation « drogué = délinquant » dans l'imaginaire collectif. C'est l'indispensable préalable à la lutte contre les addictions.**

Nous plaçons pour la dépénalisation de la consommation de toutes les drogues. Cela permettrait d'accompagner ouvertement les personnes concernées, et de déstigmatiser un usage qui, rappelons-le, touche tous les âges, toutes les époques et tous les milieux.

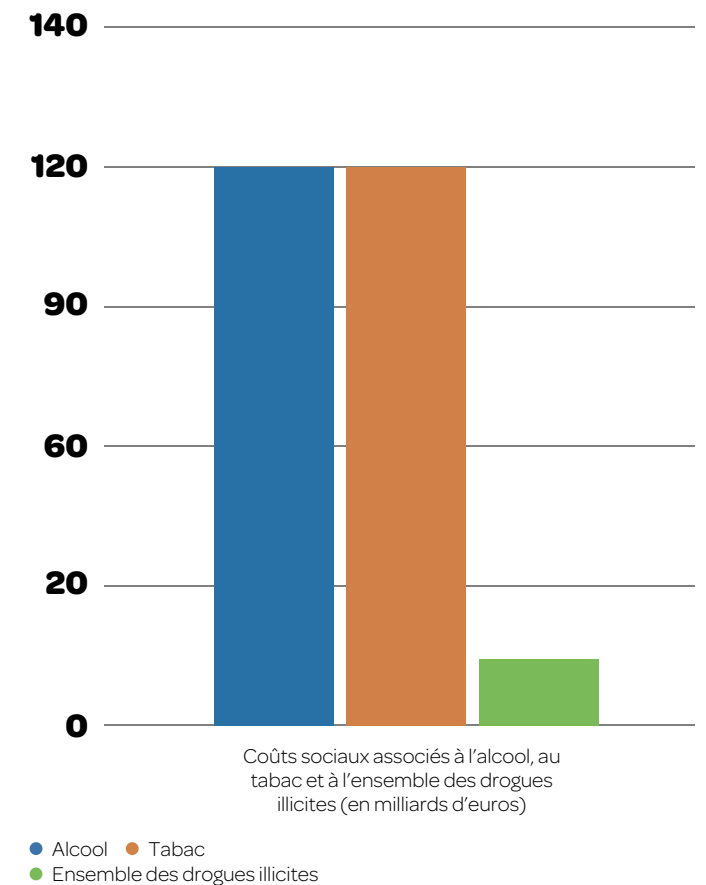
NOS PROPOSITIONS

Dépénaliser l'usage, l'achat et la détention pour usage personnel des drogues illicites.

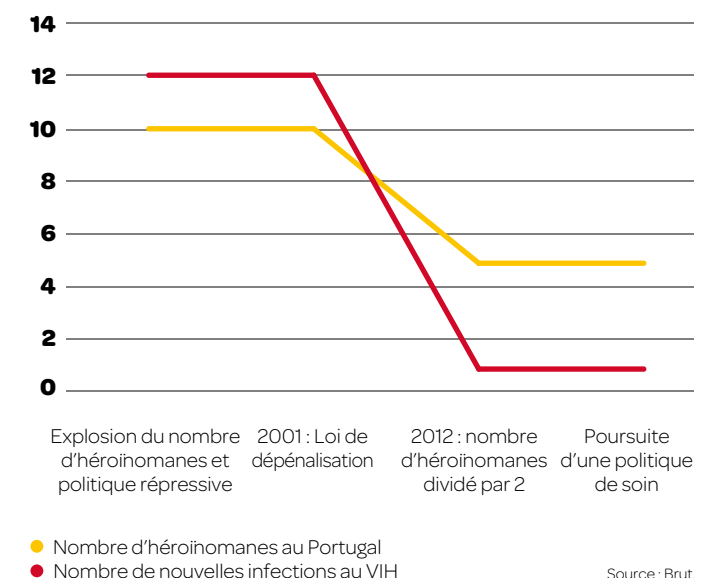
Ailleurs dans le monde...

Le Portugal a connu dans les années 90 une explosion de la consommation d'héroïne. En 1999, 1 portugais sur 10 était héroïnomane et le taux de contamination au VIH lié à l'usage de drogues explosait, malgré des politiques répressives. Depuis la loi de dépénalisation de 2001, les toxicomanes sont considérés comme des malades comme les autres et ont accès à une prise en charge gratuite. En 11 ans, le nombre d'héroïnomanes a ainsi été divisé par deux, le taux de décès lié à la drogue est devenu 5 fois inférieur à la moyenne de l'Union européenne, le taux de nouvelles infections du VIH a été divisé par 18. Si l'usage, l'achat et la détention pour consommation personnelle sont dépénalisés, le trafic reste interdit.

Comparaison des coûts sociaux liés aux drogues licites et illicites (en milliards d'euros)



Impact de la dépénalisation de l'usage des drogues au Portugal



(1) Le dernier texte prohibitif visant l'usage datait de 1916 et réprimait l'usage en société, et non l'usage individuel

(2) Gelot B, Fatseas M, Auriacombe M, 2018

(3) Interview du Dr. Christian Lüscher, « L'addiction et la dépendance sont deux choses différentes », Planète Santé, 11/08/2017.

(4) Le coût social des drogues en France mesure le coût monétaire des conséquences de la consommation des drogues légales (alcool et tabac) et illégales et du trafic de ces dernières. Le coût social est composé du coût externe (valeur des vies humaines perdues, perte de la qualité de vie, pertes de production) et du coût pour les finances publiques (dépenses de prévention, répression et soins, économie de retraites non versées, et recettes des taxes prélevées sur l'alcool et le tabac). Chiffres étude OFDT 2015.

2. Le cannabis : légaliser la consommation pour mieux prévenir l'addiction

La répression de la consommation de cannabis est injustifiée : elle est non seulement inutile, mais aussi très coûteuse, économiquement comme socialement.

Inutile, car si la France a une des politiques les plus répressives d'Europe en la matière, elle a aussi l'un des taux de consommation les plus élevés, avec 550 000 usagers quotidiens, 650 000 usagers réguliers. La prévalence du cannabis⁵ en France (8,4 %) est même supérieure à celle de pays ayant légalisé ou dépénalisé la consommation de cannabis, comme les Pays-Bas (7%) ou le Portugal (2,7%).

Coûteuse sur le plan financier, car elle capte une part considérable des ressources policières et judiciaires : les seules interpellations liées au cannabis coûtent 300 millions d'euros par an, sans compter le coût des frais de justice et d'incarcération ; autant de manque à gagner pour la prévention et le soin.

Coûteuse sur le plan social enfin, étant donné le trafic et les organisations mafieuses qui en vivent, les risques sanitaires liés à l'absence de contrôle de la composition du produit, les stigmatisations ethniques et sociales qui touchent les consommateurs⁶ et la quasi absence de politique de prévention faute de moyens, passés dans la répression. Inutile et dommageable : la répression de la consommation de cannabis ne trouve aucune justification rationnelle, aucun fondement théorique ni chiffre pour l'appuyer.

Si nous considérons les coûts économiques, sociaux et sanitaires face aux gains à réaliser en changeant de politique, une solution optimale se dessine : légaliser l'usage et la vente du cannabis dans le cadre d'un monopole d'Etat. Cela permet à la fois d'économiser les frais considérables consacrés aux politiques répressives pour les réinjecter dans la prévention, d'assécher les filières de vente illicites et les violences qu'elles entraînent, d'entraîner de fortes recettes fiscales pour l'Etat et de créer des emplois.

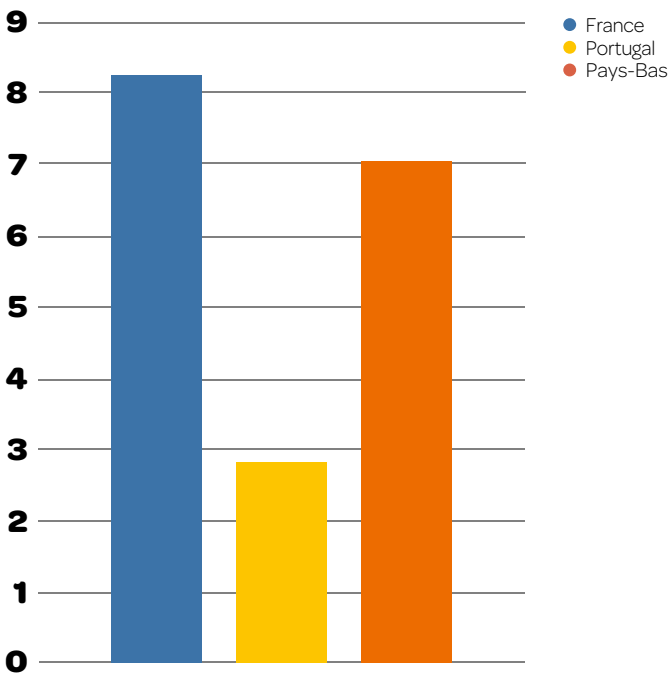
Comment parvenir à atteindre tous ces objectifs simultanément ? En fixant dans un premier temps un prix de vente équivalent à celui du marché noir, le consommateur n'a plus aucun intérêt à se tourner vers lui (le prix n'augmente pas, le danger en moins), ce qui assèche les filières illégales. En réaugmentant le prix dans un second temps (+40%), nous évitons qu'un effet d'aubaine pousse de nouveaux consommateurs à essayer le cannabis ou que les consommateurs actuels n'augmentent leur consommation. Le cannabis, comme le tabac, serait taxé à 80% et l'Etat en mesure de contrôler les prix pour mettre en œuvre les mêmes mesures désincitatives.⁷

À terme, on estime que cette solution aboutirait à un nombre de consommateurs quotidiens et à un volume de cannabis consommé inchangé, une baisse des dépenses publiques de 92%⁸ et des recettes publiques de 1 331 millions d'euros/an (contre aucune actuellement). En parallèle, une création

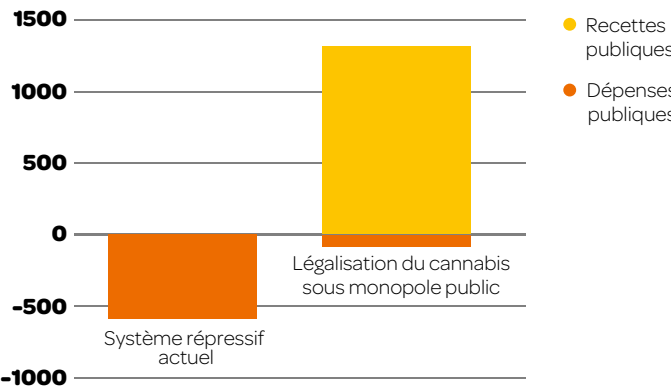
d'environ 13 000 emplois (notamment sur les points de vente), sans compter ceux liés à la production du cannabis.⁷

La légalisation et l'organisation d'un monopole d'Etat sur le cannabis sera, nous l'avons vu, source d'importantes recettes fiscales. Allouons-les à la prévention, en refondant les dispositifs de prise en charge de l'addiction.

Prévalence du cannabis en France (politique répressive de l'usage), au Portugal et aux Pays-Bas (dépénalisation de l'usage), en % d'habitants⁶



Comparaison des dépenses et recettes publiques, entre le système répressif actuel et un système de légalisation du cannabis sous monopole public (en millions d'euros/an)



NOS PROPOSITIONS

Légaliser l'usage, l'achat et la détention pour usage personnel du cannabis et organiser un système de distribution et de culture réglementé, dans le cadre d'un monopole d'Etat.

(5) Part de la population qui consomme le produit.
(6) Rapport Terra Nova « Cannabis : Réguler le marché pour mieux sortir de l'impasse », Pierre Kopp, Christian Ben Lakhdar et Romain Perez, 19 décembre 2014.
(7) Ibid.
(8) 44,6 millions d'euros/an contre 568 millions actuellement.

Adapter l'accompagnement des usagers de drogues à la diversité des profils et des pratiques



1. Personnaliser la prévention et l'accompagnement

La prévention des risques : c'est-à-dire ?

La prévention des risques se joue à plusieurs niveaux : en amont, pour la population générale, la prévention primaire vise à empêcher au maximum le développement de nouveaux cas d'addictions. Pour les personnes consommant de manière potentiellement nocive, ou pour celles en situation de dépendance, la prévention est globale (secondaire ou tertiaire). Elle consiste à aider à une prise de conscience de l'importance des risques liés à la consommation et de favoriser une réduction de ces risques et l'accès aux soins.

Malgré l'existence d'un certain nombre de dispositifs dédiés à la prévention et à l'accompagnement de personnes ayant une addiction, nous ne pouvons attendre que les consommateurs à risque se présentent spontanément à leurs portes. Le manque de connaissance de ces dispositifs, de conscience du risque, d'envie d'entamer cette démarche, touche aussi bien les cadres supérieurs que les personnes les plus exclues (SDF, migrants, etc...). C'est aux services d'accompagnement d'atteindre ces personnes avant que la situation ne s'aggrave, en développant et en inventant des méthodes « hors les murs ». Ces méthodes cherchent à adapter le message, pour cibler précisément le lieu et la manière d'aborder un consommateur, en fonction à la fois de la substance consommée, du contexte et de l'objectif de consommation. Que ce soit dans une démarche de sensibilisation ou d'accompagnement, on aborde différemment une consommation festive d'une consommation cachée, une consommation liée au groupe de pairs ou seul, une addiction aux jeux vidéo d'une addiction à l'alcool, un enfant ou un adulte, une personne précaire ou aisée. Une prévention efficace s'adapte à son public, et non l'inverse.



Un véritable effort est réalisé dans ce sens par les structures spécialisées dans l'addiction, et les actions destinées à un public spécifique se multiplient : dans la communauté LGBT+, en milieu rural, vers les migrants, autour des milieux festifs... Mais ces actions restent disséminées, à petite échelle, sans que tous puissent réellement profiter des projets développés et des innovations qui fonctionnent. Nous devons les déployer sur l'ensemble du territoire et de manière presque mécanique.

NOTRE ACTION

pour développer une prévention ciblée

GROUPE SOS Solidarités développe, dans plusieurs de ses établissements liés à l'addiction, des actions « hors les murs », de prévention et de réduction des risques pensées en fonction d'une population cible.

- **Pour les chemsexuels et les slameurs**, soit les personnes consommant des substances psychoactives en lien avec des actes sexuels. Le CAARUD Lou Passagin (06) propose des consultations réservées à ce public avec des kits ciblés, le CSAPA Monceau (75) une prise en charge spécialisée.

- **Pour le milieu festif LGBT+**, Le Kiosque (75) propose une prévention ciblée et établit des partenariats avec le monde de la fête, distribuant des kits et sensibilisant aux bonnes pratiques.

- **Pour les mineurs**, le CSAPA La Corniche à Marseille (13) offre une prise en charge unique et complète de l'addiction, principalement sur injonction de soin.

- **Pour l'addiction aux jeux vidéo**, le CSAPA Monceau (75) propose des ateliers incluant un accompagnement de la famille des mineurs concernés. D'une manière générale, ce CSAPA est l'un des rares à offrir tant des accompagnements individuels que collectifs, incluant l'entourage de l'utilisateur. Grâce à sa localisation au cœur de Paris, il attire et se spécialise dans les usagers intégrés (logement, emploi).

- **Pour le milieu rural**, le CSAPA Intermède (11) propose un bus pratiquant prévention et offre de soin itinérantes, évitant la désertification par les services accompagnant les addictions et allant vers les populations souhaitant soit des soins, soit des actions de réduction des risques.

2. Elargir le champ de la prévention : milieu scolaire et monde professionnel

Les **Consultations Jeunes Consommateurs** (CJC) accueillent et accompagnent spécifiquement les jeunes et leur entourage pour faire le point sur leur consommation et éventuellement proposer un accompagnement. Elles apparaissent indispensables à un âge d'expérimentation, de prise de risque plus importante : un cerveau non arrivé à maturité présente plus de risques d'être endommagé par l'usage de drogues. Or, elles sont aujourd'hui déployées dans chaque département, mais pas nécessairement dans chaque ville de taille importante. **Les collèges et lycées ignorent souvent leur existence**, et les jeunes accueillis y sont majoritairement **envoyés sur décision judiciaire, à un stade tardif** plutôt qu'au démarrage d'une consommation à risque. Il paraît donc impératif d'**établir des partenariats entre établissements scolaires et structures de prévention** de l'addiction spécialisées dans les publics jeunes, afin d'en toucher un maximum, le plus tôt possible.

L'autre enjeu majeur est d'**étendre la prévention au monde du travail** : susceptible de toucher une large part d'adultes, **il peut également être à l'origine d'une consommation à risque**. 36% des fumeurs, 9% des consommateurs d'alcool et 13% des fumeurs de cannabis reconnaissent le **lien entre leur consommation et les difficultés professionnelles**, qui sont par ailleurs à l'origine d'une consommation de médicaments psychotropes pour près d'un quart des actifs⁹. **Souffrance au travail** (stress, ennui, insécurité de l'emploi, horaires décalés, manque de reconnaissance...), **culture d'entreprise** favorisant la consommation d'alcool comme rite d'intégration ou encore **recherche de la performance** avec une forme de dopage (cocaïne, amphétamine) sont fortement corrélées à l'addiction, entraînant, en plus du mal-être du salarié, 15 à 20% des accidents du travail, des conflits et un absentéisme très coûteux financièrement¹⁰.

Pour répondre à cela, nous pouvons mettre en place des

programmes de **formation initiale et continue des managers et DRH**, pour la prévention, la détection et la gestion d'une addiction chez un salarié. **La médecine du travail** peut, à condition d'une formation suffisante, **être un interlocuteur clef** dans la gestion des consommations à risque chez les salariés. Pour y parvenir, la médecine du travail aurait tout à gagner à se rapprocher des services spécialisés existants, soit pour s'y former, soit pour y orienter des salariés.

D'autres actions peuvent être mises en place, avec l'aide des professionnels spécialisés dans la prise en charge de l'addiction : travailler sur les facteurs de risques inhérents à la culture de l'entreprise et aux difficultés du poste ; mettre en place des groupes de paroles, ou encore proposer accompagnement et reclassement aux salariés dont l'addiction accroît fortement le risque d'accident du travail (conducteurs, ...). Certains patients ont besoin d'un arrêt maladie de très longue durée (1 à 2 ans parfois), situation qui doit être prise en compte pour éviter une baisse significative des revenus venant s'ajouter à la maladie.

Beaucoup de professionnels intervenant dans des milieux « grand public » - établissements scolaires, entreprises et médecine du travail, médecins généralistes libéraux - sont largement concernés par la problématique des addictions. Ils sont non seulement peu formés, mais aussi en difficulté pour orienter leur public dans la structure la plus adaptée.



3. Refondre les dispositifs en une « Plateforme Addictions » centralisant les expertises

Les établissements d'accompagnement et de prévention, pensés selon une logique d'un type de dispositif correspondant à un cas de figure, manquent de flexibilité.

CSAPA, CAARUD : quelle différence ?

Il existe deux dispositifs principaux destinés à la prévention de l'addiction. Les premiers sont les **Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)** qui sont des lieux d'accueil, d'écoute et d'accompagnement des personnes présentant une addiction, avec ou sans substance, licite ou illicite. Ils effectuent une évaluation des besoins, fournissent une aide médicale psychologique et sociale, généralement dans un objectif de sevrage ou d'aide au contrôle. Les seconds dispositifs sont les **Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD)**, qui fournissent un accompagnement médico-social aux usagers de drogues. Théoriquement, ils se différencient des CSAPA par un bas seuil d'exigence : aucun objectif de sevrage n'est requis, ni abstinence ou même projet particulier : l'accueil est inconditionnel et vise davantage à proposer des stratégies de réduction des risques et une réponse aux besoins primaires des personnes (abri, repas, hygiène et soins).

Dans les faits, nous constatons que les CSAPA et les CAARUD remplissent des missions qui empiètent sur leurs compétences mutuelles. Afin de garantir un accueil inconditionnel, les dispositifs débordent du cadre préétabli pour être en capacité de prendre en charge tous les usagers qui se présentent. La réalité des besoins les rattrape : le cloisonnement des missions et des dispositifs ne fonctionne pas.

De plus, chaque personne accompagnée est susceptible au cours de sa vie d'avoir besoin alternativement de l'un ou l'autre type d'accompagnement, d'alterner les objectifs de sevrage et de réduction des risques. La faire passer de dispositif en dispositif chaque fois que sa situation évolue, c'est prendre le **risque de créer des ruptures** dans l'accompagnement proposé, de le fragiliser, voire que le découragement **entraîne une sortie de l'accompagnement**.

Les dispositifs d'accompagnement de l'addiction sont par ailleurs **très mal identifiés par le grand public**. Ils sont presque exclusivement connus des réseaux spécialisés, y compris dans le cadre médical. Le manque d'information à ce sujet, ajouté à la multiplicité des dispositifs aux compétences enchevêtrées **nuît fortement à leur accessibilité**.

Nous devons répondre au **besoin de centraliser les expertises, de créer des lieux d'accueil réellement inconditionnels quel que soit le profil de l'utilisateur et d'ouvrir des lieux-resources pour les professionnels amenés à accompagner des personnes ayant une addiction** (médecins du travail, établissements scolaires, milieu carcéral...). Pour cela, nous

proposons de **fusionner les dispositifs existants en une unique « Plateforme Addictions »** par territoire avec une densité de plateformes en fonction des besoins. Celle-ci rassemblerait les actuels CSAPA et CAARUD, pour accueillir les usagers quel que soit leur objectif (sevrage, réduction des risques), comprendrait une *Consultation jeunes consommateurs* dans laquelle accueillir des jeunes et travailler avec les établissements scolaires locaux, ainsi qu'une *Salle de consommation à moindre risque* – pas sur le même site. Le rassemblement des expertises et spécialités de chaque établissement permettrait de partager les compétences « hors les murs » des publics spécifiques – festif, rural, LGBT...

La création d'une « Plateforme Addictions » hors hôpital aurait également le mérite de **clarifier le fonctionnement des dispositifs** pour les usagers et professionnels en devenant le **guichet unique** auquel s'adresser en cas de problème d'addiction, ce qui rendrait plus facile de le faire connaître pour le grand public. Cela permettrait également d'assurer un accompagnement continu, un changement de situation nécessitant simplement un changement de service dans une structure unique -permettant un suivi entre professionnels.

NOS PROPOSITIONS

Créer 150 Plateformes Addictions, guichets uniques pour les consommateurs, leur entourage et tous les professionnels, en fusionnant les dispositifs existants.

NOTRE ACTION

de décroisement des compétences, pour un accompagnement complet et efficace.

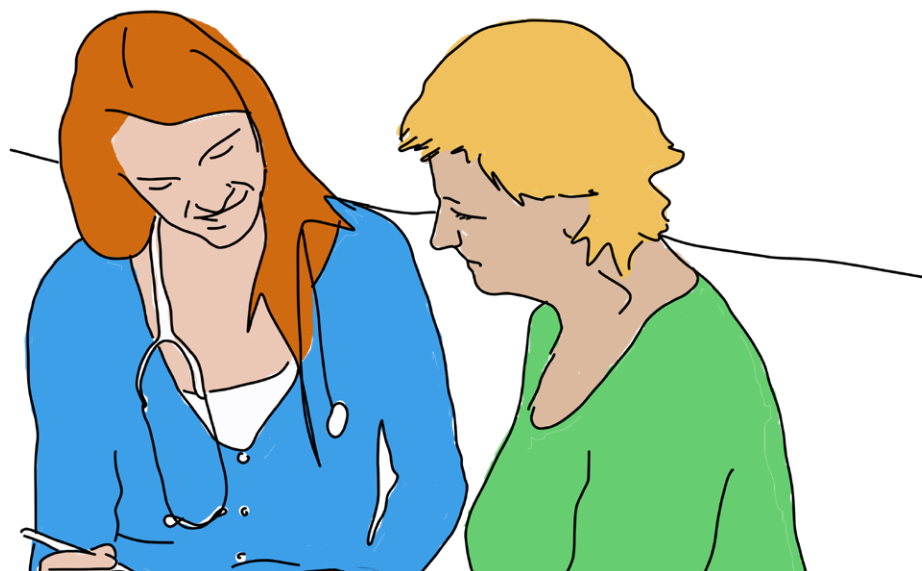
Chez GROUPE SOS Solidarités, les établissements de prise en charge de l'addiction cherchent à proposer un accompagnement au plus près des besoins ; parfois en dépit des conventions du secteur. Le Sleep'in CAARUD Marseille par exemple est **le seul en France à proposer sur un lieu unique des places d'hébergement d'urgence et des consultations médico-psychosociales de jour**.

Le CAARUD Axxess à Montpellier propose des **consultations méthadone bas seuil (comme traitement de substitution aux opiacés)** alors que seuls les CSAPA ont normalement cette compétence. Cela permet de répondre le plus rapidement possible aux besoins des personnes puis de les réorienter vers le dispositif le plus adapté.

(9) Avis de la Plateforme RSE : engagement des entreprises pour la prévention des conduites addictives, janvier 2019

(10) Synthèse OFDT de la revue des littératures sur les consommations de substances psychoactives en milieu professionnel, 2015 ; Avis de la Plateforme RSE : engagement des entreprises pour la prévention des conduites addictives, janvier 2019

Oser innover pour réduire les risques



1. Changer de regard pour une réduction des risques efficace

En-dehors des risques que présente la consommation nocive d'une substance, **l'addiction entraîne indirectement de nombreux autres dangers** que l'on peut chercher à circonscrire dans l'attente d'un éventuel sevrage : transmission du virus du **VIH** ou d'hépatites par les seringues pour injection par voie intraveineuse, consommation dans des lieux dangereux, **mise en danger de soi-même et de son entourage**, risque de **perte d'emploi, de relations sociales ou familiales...**

Les politiques de **réduction des risques (RDR)** visent à prévenir ou atténuer les risques sanitaires et sociaux concomitants à l'usage de drogues, en proposant des méthodes de consommation et de régulation.

De nombreux outils sont disponibles pour travailler une réduction des risques efficace : l'information sur les risques, la mise à disposition de matériel stérile, des recommandations de pratiques (non-partage du matériel, choix des points d'injection), l'accès à des médicaments de substitution pour les consommateurs d'opiacés, l'offre de services sanitaires et sociaux (accès à l'emploi, au logement, etc.).

La personne accompagnée dans cette démarche n'est pas infantilisée, mais au contraire responsabilisée. Son **expérience se transforme en expertise utile aux professionnels** et l'**entraide entre pairs** est encouragée, le partage d'expériences similaires s'avérant très efficace. L'accompagnement est individualisé et souple : **les parcours ne sont pas linéaires**, il faut pouvoir passer d'un accompagnement vers

l'abstinence à de la réduction des risques, accepter les interruptions, s'adapter : **il n'y a pas de porte de sortie standardisée de l'addiction.**

Les **Salles de consommation à moindre risque (SCMR)**, aussi appelées « salles de shoot » par leurs détracteurs, sont un dispositif intéressant de réduction des risques. Elles permettent une **consommation hygiénique, dans un lieu dédié et sécurisé**, qui peut parallèlement proposer un accompagnement et un suivi à ceux qui le souhaitent. À l'origine réservées à l'injection de drogue par voie intraveineuse, elles **s'ouvrent peu à peu à la consommation du crack** par inhalation. Elles demeurent cependant trop peu nombreuses et restent au stade expérimental, car difficile à faire accepter par **un voisinage effrayé de cette proximité**. Pourtant, des dispositifs équivalents dans d'autres pays (au Canada notamment) ont **démontré leur efficacité pour orienter des injecteurs à haut risque de contamination par le VIH et l'hépatite C vers des structures de soin, réduire le risque d'overdoses mortelles, pacifier l'espace public et diminuer les nuisances pour les riverains.**¹¹

NOS PROPOSITIONS

Ouvrir des salles de consommations à moindre risque dans les plus grandes villes de France, en les ouvrant à la consommation par inhalation en plus de l'injection.

2. Réduction des risques et médicaments : repenser la formation médicale

Le modèle de soin français est largement marqué par sa médicalisation, ce qui le rend unique dans le monde grâce à **un large accès aux Traitements de substitution aux opiacés (TSO)**. La France a largement mis ces traitements à disposition des usagers, passant d'une cinquantaine d'usagers en 1994 à 180 000 actuellement. Cela a eu un **impact majeur dans la réduction de la contamination par le VIH** dans la population des usagers de drogues et a permis de favoriser la **réinsertion de certains usagers stabilisés**. Cependant, la prescription de TSO reste majoritairement circonscrite aux structures et médecins engagés. Or, ces structures sont très peu connues du grand public, ce qui peut les rendre quasiment inaccessibles. **Il est donc primordial que les personnes ayant une addiction puissent trouver un point d'entrée dans le soin par les médecins généralistes libéraux, comme n'importe quel patient.** Cela relève non seulement d'une question d'efficacité (ils sont les plus accessibles pour le grand public) mais également d'égalité dans l'accès aux soins. Or, selon un sondage Ifop pour le GROUPE SOS, **si 93% des médecins généralistes libéraux ont déjà pris en charge une personne ayant une addiction** (77% dans l'année écoulée), **plus de la moitié déclare les traiter différemment des autres patients** (redirection vers d'autres services, appréhension voire refus de la prise en charge). **Plus d'un tiers déclare être insuffisamment formé en matière de savoir médical pour prendre en charge un patient souffrant d'une addiction**, et plus d'un quart déclare même ne pas être suffisamment formé en matière de relations humaines avec ces patients. **Cela signifie donc qu'une personne souffrant d'une addiction et se rendant chez son généraliste a plus d'1 chance sur 2 de se voir traiter différemment des autres patients, plus d'1 chance sur 3 de ne pas avoir accès au traitement dont elle a besoin, plus d'1 chance sur 4 que la relation humaine soit inadaptée. Ce qui pose la question de l'accès aux soins pour les personnes toxicomanes et de l'égalité de traitement d'une population assimilée à la marginalité.**

En parallèle, on observe une **augmentation continue de prescription d'antalgiques à base d'opioïdes** dans la population générale, majoritairement comme antidouleurs¹² : 12 millions de Français sont traités chaque année par opioïdes dont 1 million par opioïdes forts, **les prescriptions d'opioïdes forts ont augmenté de 50% entre 2004 et 2017**. Les hospitalisations pour **overdoses d'opioïdes ont augmenté de 128% entre 2000 et 2015**, les décès de **161% entre 2000 et 2014**¹³. C'est la première cause de mort par overdose en France. Aux Etats-Unis, il s'agit d'une **crise majeure de santé publique : depuis 2018, il y a plus de morts par overdose d'opioïdes que les accidents de la route et les armes à feu combinés**. C'est la drogue des personnes sans histoire : une prescription d'antidouleurs pour une maladie courante (sciaticque, ...) qui dérape en addiction,

NOTRE ACTION

de réduction des risques.

• **Le Sleep'in**, géré par GROUPE SOS Solidarités, hébergement d'urgence pour personnes ayant une addiction, a mené une **étude sur l'utilisation des cigarettes électroniques jetables**. L'utilisation des cigarettes électroniques par les usagers a eu pour résultat une **amélioration du souffle**, une diminution des signes de bronchite chronique (62% des usagers) et une **sensation de mieux être (80% des usagers)**. Face à ce succès, cette démarche de réduction des risques du tabac **se déploie également sur certains dispositifs de prise en charge de personnes handicapées** du GROUPE SOS.

• **La Moderne** : tout en conservant la **convivialité d'un bar traditionnel**, La Moderne permet aux consommateurs de mettre en œuvre des stratégies afin de **limiter au maximum les dommages liés à la consommation d'alcool, qu'ils aient ou non une volonté de sevrage** dans le cas des conduites addictives : messages de RDR, mise à disposition systématique avec chaque verre d'alcool d'un verre d'eau, pas d'happy hour et diminution de la quantité d'alcool par verre.

• **Le Patio** est une **expérimentation nationale d'envoi postal d'outils de réduction des risques**, et l'une des premières associations à le faire en France. Cela comprend un programme **d'échange de seringues** (usagées contre neuves) et d'envoi de **matériel de RDR stérile** par voie postale. Cela a pour but de faire diminuer les contaminations au VIH et aux hépatites.

• **Axess** est un CAARUD qui a adapté son règlement de fonctionnement pour permettre aux usagers de consommer de l'alcool (notamment de la bière, en canette et non en verre) à l'intérieur de l'établissement pour réduire les nuisances générées par les consommations pour le voisinage. Cela permet de mieux travailler sur la régulation de la consommation d'alcool tout en touchant un public plus large.

(12) Tramadol, Oxycodone, Morphine, Codéine en association, Opium associé au paracétamol, Fentanyl

(13) « L'addiction aux opioïdes en France : l'addict et son double ? » Jean-Pierre Couteron et Jean-Michel Delile, 2019

(11) Expérience collective menée par l'IRSERM en 2010

jusqu'à ce que parfois le patient devenu addict finisse par s'approvisionner sur le marché noir quand les prescriptions s'arrêtent. Ces médicaments, longtemps présentés comme anodins, ont été prescrits à des patients « lambdas » et bien insérés, dont on n'imaginait pas qu'ils pouvaient devenir des « toxicos », avec tous les préjugés que ce terme véhicule. C'est certainement l'une des causes expliquant que cette crise n'ait pas été détectée plus rapidement, et ait pris une telle ampleur¹⁴. Depuis 2015, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) préconise la mise à disposition d'un **antidote, permettant de prévenir le risque de mort par overdose aux opioïdes. À base de naloxone**, sous forme de spray nasal ou injectable, il est connu des professionnels de santé spécialisés dans l'addictologie¹⁵. Il est **facilement utilisable par la personne elle-même ou son entourage**, en-dehors de toute structure de soin ou de la présence d'un professionnel de santé, pour peu qu'ils soient formés à son utilisation. **Face à la crise sanitaire majeure des overdoses d'opiacés, cet antidote est actuellement l'une des meilleures chances de réduire le nombre de morts.** Pourtant, sa diffusion a été réservée aux structures spécialisées, peu accessibles, et peu d'efforts ont été réalisés pour sensibiliser et diffuser un antidote pourtant crucial. Or, ce sont **les médecins généralistes qui sont les premiers prescripteurs (à près de 90%) de ces antidouleurs** potentiellement addictifs et mortels¹⁶. Il serait donc logique qu'ils soient largement informés des risques, puissent réaliser un suivi du niveau de dépendance des patients nécessitant ces antidouleurs, et le cas échéant prescrire l'antidote au traitement qu'ils délivrent. Mais selon le même sondage Ifop, presque un tiers des médecins généralistes se déclare mal informé sur les risques d'overdoses à ces opiacés, **42% ne voit pas ou pas précisément ce qu'est l'antidote** à base de naloxone capable de sauver de l'overdose. De ces chiffres découle, logiquement, une réticence à s'emparer du sujet : **62% ne se sentent pas prêts à en prescrire.** Ils sont même fortement défavorables (87%) à ce qu'ils soient disponibles en pharmacie sans ordonnance, malgré les recommandations contraires de l'Agence nationale de sécurité du médicament¹⁷ et les signaux d'alerte répétés de nombre d'acteurs de terrain en addictologie.

Il est urgent d'informer, de former et de sensibiliser les médecins généralistes libéraux, premier point d'entrée dans le soin de tout un chacun, à la prise en charge de personnes vivant avec une addiction. La montée en puissance de leur formation en la matière leur donnera les armes pour **pouvoir traiter l'addiction comme n'importe quelle autre maladie, sans exclure les personnes qui en souffrent** du parcours de soin classique. Par ailleurs, en étant davantage informés sur les risques que comportent des médicaments qu'eux-mêmes sont susceptibles de prescrire, et notamment les opiacés, ils seraient à même **d'être des acteurs-clef dans la prévention de l'addiction à ces produits ; et le cas échéant de la réduction des risques d'overdoses.**

[14] « L'addiction aux opioïdes en France : l'addict et son double ? » Jean-Pierre Couteron et Jean-Michel Delle, 2019

[15] Ibid

[16] Rapport ANSM « Etat des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et de leurs usages problématiques », Février 2019

[17] Ibid

NOTRE ACTION

les Communautés thérapeutiques créées en France en 1994

Les communautés thérapeutiques furent conçues **pour renforcer le temps dit de « postcure » dans le cadre d'un séjour d'au moins un an.** La Communauté thérapeutique est un **lieu d'accueil résidentiel mixte** ouvert à des personnes souhaitant s'engager dans une **démarche de soin de leur addiction.** Une équipe pluridisciplinaire accompagne les personnes accueillies. GROUPE SOS Solidarités gère 3 communautés, avec une capacité de 35 places. L'objectif est d'éloigner les usagers de leur lieu de résidence et de consommation pour créer une rupture bénéfique à un travail de reconstruction personnelle et de projet.

NOS PROPOSITIONS

Accélérer l'information et la diffusion des antidotes aux overdoses d'opioïdes (à base de naloxone), auprès de tous les professionnels de santé, et les rendre accessibles à tous.



1. Dépénaliser l'usage et la possession pour usage personnel de toutes les drogues, et légaliser la culture, la vente et l'usage du cannabis dans le cadre d'un monopole public.

Tous les malades doivent être traités de la même façon et la répression est un obstacle au soin des personnes ayant une addiction, démontrée inutile, coûteuse pour les finances publiques, créatrice de stigmatisation et d'exclusion : en clair, contreproductive. Concernant le cas particulier du cannabis, dont les Français sont parmi les plus grands consommateurs malgré une des politiques les plus répressives d'Europe, la légalisation sous monopole d'Etat permettrait à la fois le soin de ceux ayant une addiction, d'importantes recettes fiscales, l'assèchement du trafic et la mise en place d'une politique de prévention par les prix bien plus efficace, comme pour le tabac.

2. Créer 150 Plateformes Addictions sur le territoire en fusionnant les dispositifs existants, guichet unique facilement identifiable et accessible pour les usagers, leur entourage comme pour tous les professionnels de santé.

Les dispositifs spécialisés dans la prise en charge des addictions développent des actions « hors les murs » et d'accompagnement ciblées et efficaces. Cependant, ces services restent cloisonnés. La distinction entre types de dispositifs est de moins en moins pertinente car leurs compétences se chevauchent pour répondre à la réalité des besoins. Certains milieux (scolaire, de l'entreprise) ont besoin d'accompagnement et de formation dans la prise en charge de l'addiction, et demeurent sans interlocuteur clairement défini. La création d'un guichet unique permettrait de fusionner les expertises, et de proposer un accueil du public comme des professionnels nécessitant expertise et formation. Par ailleurs, chaque Plateforme Addictions pourrait gérer une Salle de consommation à moindre risque, lesquelles peinent à dépasser le stade expérimental malgré la preuve de leur efficacité pour les usagers comme pour la pacification de l'espace public.

3. Distribuer et informer sur les antidotes aux overdoses d'opiacés à base de naloxone, en ciblant l'ensemble du corps médical et le grand public.

La crise des overdoses aux opiacés sévit en France, et le nombre de morts ne cesse d'augmenter. Un outil efficace de réduction des risques d'overdose aux opiacés existe, à base de naloxone, pouvant sauver des vies. Mais le manque de formation et d'information du corps médical en-dehors des cercles de spécialistes ainsi que la mise à disposition de cet antidote très restreinte fait obstacle à sa distribution et à son utilisation, nous privant d'un remède utile et facile d'utilisation. Les médecins libéraux, premiers prescripteurs d'opiacés et premier point d'entrée dans le soin pour l'immense majorité des Français doivent disposer de l'information et de formations suffisantes pour pouvoir prescrire la naloxone, et les pharmacies en délivrer sans ordonnance à des prix accessibles.

GROUPE SOS

102c, rue Amelot - 75011 Paris

Tél. 01 58 30 55 55 - info@groupe-sos.org

Retrouvez-nous sur

groupe-sos.org



GROUPE SOS