

Synthèse

ADDICTIONS, CONTRADICTIONS : QUEL PROJET COMMUN POUR LA FFA ?

Associations représentées
AFR – ANITEA – ANPAA – ASPSA – ASUD – COPAAH
CUNEA – ELSA - F3A – FNESAA – GT – IREMA - SAF – SAFE – SFA

La 1^{ère} Journée interassociative de la Fédération Française d'Addictologie a réuni à Paris, le 26 septembre 2008, les administrateurs de 14 des 16 associations qui la composent ainsi qu'une des associations affiliées. Dans l'intervalle, deux autres associations, RHST-A et Alliance contre le tabac, ont été cooptées par la FFA.

Comme l'a rappelé le M. Reynaud, président de la FFA, il était impératif et urgent que chacune de ses composantes exprime ses priorités en fonction de sa spécificité, de son champ d'intervention, que les différences d'appréciation de la situation comme les vraies divergences soient approfondies, afin qu'un objectif essentiel soit atteint : définir à l'issue des échanges les points de consensus qui permettront de dessiner les fondements d'une position claire, cohérente et constructive d'une représentation majoritaire des intervenants en addictologie. Et ce, sur deux questions majeures pour l'avenir immédiat et à moyen terme de la prise en charge des usagers et des conduites addictives :

- l'offre proposée par le dispositif addictologique actuel, dans son organisation et avec les moyens mis effectivement sur le terrain à la disposition des professionnels,
- le rapport à la Loi, questionnement renforcé par les mesures législatives récentes.

Pour chacun des grands thèmes discutés sont présentés ci-après :

- les lignes de force du débat
- les points de consensus
- les pistes d'action.

LE DISPOSITIF ADDICTOLOGIQUE : ARTICULATION DES SECTEURS SANITAIRE, MEDICO-SOCIAL ET DE LA MÉDECINE DE VILLE

Les lignes de force du débat

1- La médecine addictologique de ville (GT)

La représentation de la médecine libérale dans les plans gouvernementaux et au sein des instances nationales qui oeuvrent à la prise en charge des conduites addictives est insuffisante au regard de l'importance quantitative de leur action auprès des usagers :

- manque de disponibilité
- raréfaction des financements.

Les addictologues libéraux et les médecins impliqués et compétents peuvent, dans le parcours de soins, être en situation de médecin traitant ou de médecin correspondant, et éventuellement disposer d'une microstructure permettant une prise en charge pluridisciplinaire et en réseau dans leur cabinet.

La non implication dans les soins ne doit pas empêcher d'assumer le rôle de médecin traitant qui peut se recentrer sur le repérage des conduites addictives et sur une orientation adéquate des patients.

Les addictologues de ville et les médecins impliqués doivent trouver une aide dans le cadre d'un partenariat organisé :

- rédaction des ordonnances initiales de méthadone
- prise en charge des patients avec troubles graves du comportement ou présentant une addiction dite sans drogue
- aide à la prise en charge quotidienne des personnes qui cumulent isolement social et difficultés psychiques invalidantes
- aide au sevrage dans les situations de précarité

- nécessité de créer des lieux de post-cure pour les patients qui présentent un double diagnostic addictologique et psychiatrique
- aide au suivi psychosocial
- aide à l'évaluation neuropsychiatrique
- aide à la surveillance et au traitement des hépatites virales C.

Propositions de GT pour une articulation des soins

Les CSAPA et les addictologues de ville présentent des compétences équivalentes, doivent être identifiés comme lieux ou personnes ressources par les médecins généralistes, et bénéficier des mêmes prérogatives réglementaires pour les prescriptions; l'orientation des patients vers les uns ou les autres devrait se faire en fonction

- de l'offre d'une prise en charge psychosociale
- de l'utilité d'un suivi dans un cadre institutionnel,
- des compétences disponibles, entre autres pour les thérapies familiales et les addictions sans drogues
- de la compatibilité entre la disponibilité des intervenants et les exigences de l'insertion professionnelle.

Dans les pôles d'addictologie hospitalière, des compétences et prestations plus pointues sont attendues, qui devraient être complémentaires des consultations déjà effectuées en ville :

- ouverture d'unités d'hospitalisation dédiées au sevrage ou à l'initialisation de traitement par méthadone dans des situations à risque,
- ouverture d'hôpitaux de jour spécialisés en addictologie,
- création de lieux de cure pour les patients qui présentent un double diagnostic (conduites addictives et troubles sévères de la personnalité),
- mise à disposition de personnels compétents pour des évaluations diagnostiques neuropsychologiques,
- mise à disposition de moyens de soutien pour l'évaluation et la prise en charge des hépatites virales C :
- création d'au moins une unité d'hospitalisation dédiée aux troubles du comportement alimentaire par région.

Pour conclure, les nouveaux pôles addictologiques hospitaliers devraient veiller à apporter des prestations complémentaires et non redondantes par rapport au dispositif médicosocial en place et à la médecine de ville, en vue d'une prise en charge plus complète et plus adaptée des situations les plus complexes et des patients les plus en difficultés ; les réseaux peuvent mettre en valeur cette complémentarité, et stimuler la lisibilité des dispositifs locaux de soins, libéraux, médicosociaux ou hospitaliers . Les médecins de ville, addictologues ou médecins généralistes impliqués, ont un rôle pivot dans la prise en charge des patients, souvent en tant que médecins traitant : ces compétences doivent être développées et étendues (GT).

2- L'addictologie hospitalière (Cunea – Copahh)

L'accompagnement des patients présentant des conduites addictives implique une prise en charge globale et multidisciplinaire justifiant une offre de soins diverse, mais bien structurée et coordonnée de façon à ce que chaque patient puisse bénéficier des soins nécessités par son état.

L'offre de soins addictologique actuelle, issue souvent de démarches personnelles et d'opportunités locales, reste dispersée, hétérogène et, globalement, insuffisante et peu lisible. Le premier enjeu est donc, dans le cadre du plan de prise en charge et de prévention des addictions, de développer une offre de soins cohérente et efficace permettant une bonne lisibilité des structures d'addictologie hospitalière. Cette offre de soins repose d'abord sur les métiers de l'hôpital et sur son plateau technique.

Le deuxième enjeu est d'intégrer harmonieusement l'hôpital dans le parcours de soins du patient et donc d'organiser des liens étroits et une bonne coordination avec les autres partenaires concernés, ville et structures médico-sociales. Cette nécessaire mise en réseau implique une modification du travail hospitalier, encore trop souvent auto-centré. Si la culture hospitalière n'a pas toujours été marquée par l'ouverture, il faut souligner que la prise en compte de l'addictologie au sein des établissements sanitaires est récente.

Il y a donc à l'évidence à développer la formation en addictologie dans les hôpitaux, mais aussi à modifier un état d'esprit pour aller vers une culture de partage de l'activité dans le parcours de soins où chacun aurait sa place et apporterait ses compétences propres. Le sentiment que les centres spécialisés ne travailleraient pas avec les médecins de ville ne paraît pas pleinement justifié. Et le travail en équipe est une caractéristique de l'hôpital. Mais il implique de redéfinir plus précisément les missions de l'hôpital en complémentarité avec les autres structures et les indications du recours à ces structures, pour une meilleure organisation géographique de l'offre.

3- La place du secteur médicosocial (Anitea – Anpa – AFR - Safe)

Notre vision de l'organisation générale de l'addictologie, centrée sur notre activité propre, nous amène à décrire différemment les lignes de force du dispositif, et notamment la place du médicosocial avec ses deux dimensions, médicale et sociale.

Dans l'optique d'une bonne lisibilité et d'une bonne accessibilité au dispositif :

- le secteur médicosocial se réjouit que le Plan gouvernemental ait fait émerger les 3 secteurs de ville, hôpital et médicosocial
- En revanche, les contraintes de gestion ont été moins clairement discutées, avec leur corollaire, les possibilités d'agir, ainsi que la question de l'anonymat et de la gratuité
- Concernant les modalités de soin, la discussion reste ouverte sur les moments où il convient de choisir laquelle faire intervenir. Elles fonctionnent par paire d'opposition : de l'intensif ou du non intensif, de l'ambulatoire ou du résidentiel, une approche centrée ou multidimensionnelle, une équipe pluridisciplinaire dans un lieu donné ou un réseau pluridisciplinaire sur un territoire donné.
- Les missions sont de trois ordres :
 - Prévention, ce qui signifie un repérage et une intervention précoces, le recours à l'intervention brève
 - Prise en charge, du soin jusqu'à l'accompagnement et l'insertion : et il convient de discuter les modalités du sevrage et de l'accompagnement, du recours aux différents outils que sont les TSO ou les psychothérapies, la place de l'éducation thérapeutique (VIH, VHC), les possibilités de soins résidentiels (communautés thérapeutiques, familles d'accueil, SSR), l'hébergement social.
 - Réduction des risques, qui renvoie tant à l'échange de seringues, à l'accessibilité au matériel qu'à la démarche qui consiste à aller au-devant des publics (CAARUD). Dans ce domaine, il convient d'être conscient que notre discours médical est hermétique pour les usagers. La réduction des risques liés à l'alcool n'existe pas en tant que politique publique en l'absence de financement reconnu.
- Enfin, nos origines diverses, fonction du produit que nous avons appris à connaître – alcool, tabac, drogues illicites, drogues sans produit - peuvent induire un dernier axe de structuration.

Sommes-nous capables de répreciser nos attentes respectives par rapport au dispositif et aux attentes de l'autre ? Alors que nous sommes soumis à une contrainte de temps pour le dépôt de dossiers de création de CSAPA (mi-2009) et que, sur le plan régional, les modalités de dépôt de dossiers de CSAPA ne sont pas claires. La définition des schémas régionaux est pourtant bien inscrite dans la circulaire du 8 juillet 2008.

4- Actualité

La mise en place des CSAPA (Elsa – AFR - Anpa) s'est en effet révélé un élément central du débat, en mettant en évidence de possibles contradictions entre le souhait de créer avec les CSAPA un lien avec un type d'activité jusqu'alors peu familier et une forme de frilosité, de repli, dans le difficile contexte de l'urgence et de disparités locales à plusieurs niveaux : directives réglementaires, besoins, possibilités de financement. La vraie question est de savoir comment faire pour ne pas aboutir à ce que l'on refuse en termes de qualité de fonctionnement et, sur le plan pratique, quel pas chacun est prêt à faire pour embrasser le champ de l'autre. Or il y a eu très certainement des directives du ministère de la santé pour limiter le nombre de CSAPA sur le territoire, et notamment à un seul dans les petits départements.

Le schéma régional médicosocial d'addictologie, lorsqu'il reprend celui du ministère, prévoit la création de Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action médicosociale, loi de 2007 de financement de la sécurité sociale, décrets 2007-877 et 2008-87) : les CSAPA remplacent les CSST et les CCAA en les rassemblant sous un statut juridique commun. Ils s'adressent aux personnes en difficulté avec leur consommation de substances psychoactives. Leur mission s'étend également aux personnes souffrant d'addiction sans substance.

Les CSAPA se caractérisent par leur proximité, leur pluridisciplinarité, un accompagnement dans la durée. Ils peuvent fonctionner en ambulatoire ou/et avec hébergement.

Missions obligatoires auprès de tous les publics : accueil de l'intéressé ou de son entourage, information, évaluation médicale, psychologique et sociale, orientation

Peuvent faire l'objet d'une spécialisation : prise en charge et réduction des risques.

La démarche de transformation en CSAPA prévoit le dépôt d'un dossier de demande d'autorisation. Au préalable en théorie doit être adopté un schéma régional médicosocial d'addictologie, arrêté par le Préfet de région pour 5

ans, en articulation/cohérence avec le dispositif sanitaire en addictologie, le SROS, les possibilités de prise en charge en ville, le plan addictions 2007-2011, les orientations gouvernementales, les plans départementaux de lutte (Mildt), le plan régional de santé publique, le plan national hépatites 2008-2011.

Le schéma régional :

- apprécie la nature, le niveau et l'évolution des besoins de la population
- dresse le bilan qualitatif et quantitatif de l'offre médicosociale existante et de l'offre du secteur hospitalier et de la ville
- détermine les perspectives de l'offre
- précise le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services médicosociaux et notamment les CAARUD, ainsi qu'avec les établissements de santé
- définit les critères d'évaluation des actions mises en œuvre.

La commission régionale addiction constitue le cadre de préparation du schéma régional. Elle est censée assurer l'articulation entre les secteurs sanitaire, médicosocial, associatif et la médecine de ville afin de mettre en œuvre une politique régionale en addictologie coordonnée et planifiée.

Défendre les réseaux de santé addictions (SFA – AFR – Anpaa –GT)

La complexité de la prise en charge des patients présentant une conduite addictive rend particulièrement indispensable la coordination des professionnels dans le cadre d'un réseau précis et formalisé qui permet de partager une vision et une conception communes des addictions, un langage commun, des outils communs et d'organiser des procédures de coordination permettant de faire intervenir dans les meilleures conditions, pour chaque patient, les professionnels nécessités par son état.

La FFA a créé fin 2006 un groupe de travail, issu du groupe de travail de la SFA, « le comité de liaison des réseaux addictions », dont les objectifs sont :

- d'assurer la représentation des réseaux de santé addictions auprès des différentes instances oeuvrant dans ce domaine
- de faire valoir auprès de ces instances les besoins et les problèmes auxquels ils sont confrontés tant sur le plan matériel et organisationnel que sur celui des finalités de leurs actions.

Ce groupe a pu faire des propositions notamment dans le cadre du groupe de travail mis en place par la DHOS et la CNAM sur le projet de référentiel national d'organisation des réseaux de santé en addictologie.

En effet, ils ont un rôle moteur dans la connaissance et l'identification mutuelle des différents partenaires et constituants du dispositif de soins en addictologie, ainsi que dans l'information et la formation des intervenants ; l'articulation des interventions pour le mieux être des patients pourrait cibler deux préoccupations :

- fluidifier le dispositif et améliorer l'accès aux thérapeutiques adaptées;
- veiller à ne pas laisser les patients les plus en difficulté sans prise en charge adéquate.

Les réseaux doivent associer les pharmaciens d'officine et les laboratoires d'analyses médicales.

Cependant les incertitudes et les inquiétudes ne manquent pas : quels objectifs ? Quel cadre ? Quel financement ? Le cadre des réseaux addictions reste flou et incertain : le groupe de travail ministériel ne s'est réuni qu'une fois en septembre 2007. La place et l'avenir de ces réseaux ne sont pas clairs : maintien en tant que tels ou plus probablement maintien d'une thématique addiction dans le cadre de réseaux de santé plus vastes, où elle risque de perdre sa spécificité. Ceci pose d'autant plus problème que la discipline addictologique a bien souvent du mal à s'imposer dans les régions par rapport à d'autres thématiques. Or les réseaux addictions sont plus difficiles à monter et à faire fonctionner que d'autres, précisément parce que les acteurs sont particulièrement nombreux et divers, et ont plus de mal à faire assurer leur financement et leur pérennité.

La réalité aujourd'hui est que nombre de réseaux de ville ou ville/hôpital sont désormais contraints d'envisager l'arrêt de leur activité pour des raisons financières, après avoir été reconduits d'année en année. L'exemple de la disparition annoncée de GT-PRN illustre nombre des difficultés rencontrées. Dans la foulée du rapport de l'IGAS qui conclut au fait que les réseaux sont généralement peu efficaces et coûteux, le Ministère de la Santé réfléchit depuis 2008 à l'évolution des réseaux de santé.

Sur le terrain, l'URCAM ne tient pas toujours ses engagements. Il y a des exceptions : en Champagne-Ardenne, le réseau Addica a été financé pour 3 ans par l'ARH et l'URCAM, grâce à la mobilisation des médecins de ville, moyennant une fusion avec le réseau Diabète et des outils partagés (dossier du patient, formation-coordination). Mais le plus souvent, l'indicateur de financement désormais retenu est de pouvoir démontrer où se situe la valeur

ajoutée des réseaux addictions locaux, ce qui est très difficile à démontrer. Les réseaux ne pourront sans doute pas survivre suffisamment longtemps pour cela.

Le groupe Réseaux de la FFA lance un véritable appel au secours : que devons-nous faire ? Devons-nous nous battre, dans quel cadre, et pour porter quel projet ? L'importance des réseaux de soins doit être confirmée. Il s'agit là d'une question qui dépasse celle de la seule addictologie, et qui nécessite un positionnement clair de la part du gouvernement.

L'organisation de l'addictologie (Anpaa – Aspsa – Copaa – Cunea - Anitea)

Coordonner le parcours de soins

Soulignons la singularité et diversité des patients et de leurs besoins, des produits et pratiques de consommation ainsi que des formes cliniques et évolutives des conduites addictives. Doit-on organiser la prise en charge à partir d'un centre qui est le patient, ce qui revient à réinventer le réseau, ou bien le centre est-il le CSAPA, le service hospitalier spécialisé ou le médecin de ville ? Chacune de ces institutions a tendance à garder pour elle son patient. Sur un plan éthique, le patient passe avant tout, cela devrait permettre de supprimer beaucoup de barrières.

In fine, la reconnaissance de la compétence appartient au patient, qui choisit non seulement le savoir-faire d'un praticien mais aussi l'offre de services de l'opérateur spécialisé, connaissant les moyens que peut comparativement proposer un CSAPA. Le patient veut bien suivre ce qui lui est proposé, à condition de le comprendre et d'y trouver une aide, un vrai service rendu. Ce qui est intéressant, c'est ce que le patient va trouver auprès du soignant et/ou de l'intervenant et de ce qu'il propose, ce qui favorise l'émergence de la confiance et nous amène à la question du transfert. En addictologie, le patient n'a pas seulement un problème de pharmacodépendance, mais aussi une psychodépendance qu'il va "transférer" à un soignant ou à une institution spécialisée donnée. Après une période de surinvestissement, le désenchantement est inévitable, comme avec l'alcool ou la drogue.

Il est par conséquent évident qu'on ne peut travailler seul, et que l'on doit anticiper cette évolution et cette difficulté en disposant plusieurs intervenants pour faciliter et jouer avec les transferts latéraux. Ce devrait être le fondement de l'articulation du dispositif et du parcours de soins. L'addictologie nous confronte à la question de la transversalité. Il est fondamental de s'assurer qu'il n'y a pas de rupture de thérapeutique.

Attention à ce que la prise en charge totale ne soit pas une prise en charge totalitaire : on explique au patient ce qui est bien et ce qui ne l'est pas, ce sont nos idéologies que nous mettons au centre, pas le patient.

Une association se construit autour d'un projet associatif. Ce n'est pas le cas de l'hôpital qui, lui, est un service public devant assurer une mission. A l'hôpital, les médecins responsables cherchent toujours à mettre progressivement en place ce qui leur est nécessaire pour assurer le suivi du patient, glissant du médical au médico-social, au lieu d'adresser le patient au service médicosocial déjà existant. Il conviendrait de prévoir les passerelles afin que les soignants de l'hôpital puissent intervenir dans l'institution médico-sociale – et inversement. Le cloisonnement, notamment hospitalier, bride nos compétences et le partenariat.

La prééminence du discours médical est un fait en addictologie comme à la FFA, alors qu'il y a des besoins importants à satisfaire dans le champ médicosocial.

L'exercice médical diffère clairement à l'hôpital, en médecine de ville et en centre spécialisé. La pluridisciplinarité du centre spécialisé influe fortement sur la pratique médicale, inscrite dans un cadre. Sa mission se réfère à celle de la structure dans laquelle il exerce. Un médecin peut être amené à assurer des tâches très diverses, cumuler la fonction de directeur avec la prise en charge des aspects sociaux ou psychiques de la conduite de dépendance.

Sur le plan hiérarchique, le médecin est le premier à l'hôpital. Dans le secteur médicosocial, dont la dimension psycho-sociale est la raison d'être, le "médico-médical" n'est qu'une composante. Il faut cependant éviter la confusion des compétences entre les fonctions de médecin, d'éducateur ou d'assistante sociale.

Les financements

L'addictologie ne fait partie des 7 priorités listées dans le SROS, en contradiction avec le Plan gouvernemental.

A l'hôpital, la consultation addictologie est très mal rémunérée. Jusqu'à il y a deux ans, la consultation d'addictologie dépendait du MIGAC, non lié au déficit de l'hôpital. Elle est aujourd'hui financée à la fois par le MIGAC et le T2A, et on va vers un T2A exclusif, lié à l'activité. Conseil aux adhérents à opposer à leur directeur : "où en est le MIGAC ?" Les consultations ne sont aucunement prises en considération, comparativement aux actes de chirurgie ambulatoire ou de médecine lourde.

Il ne saurait être question de "gaspiller" les budgets pour faire de l'hébergement. Et même lorsque l'on propose une prise en charge en ambulatoire, de mutualisation des ressources, l'hôpital répond que ce n'est pas rentable. Le sort d'un CCAA géré par l'hôpital est directement lié à la santé budgétaire de l'hôpital. Le médicosocial sert à réduire les déficits. Mais il arrive cependant que le budget sanitaire abonde le budget médicosocial.

Il convient de conseiller aux adhérents de nos associations de "Prendre connaissance des textes opposables aux tutelles". Les fusions en CSAPA ne sont pas obligatoires.

Les structures médicosociales sont souvent des variables d'ajustement pour l'hôpital en difficulté.

Les conseils d'administration hospitaliers votent séparément les budgets hospitalier stricto sensu et médicosocial, mais les ARS vont favoriser les transferts.

Pour l'hôpital, des filières de soins ont été chiffrées en fonction du parcours de soins et du type de population. Cela n'est pas le cas pour le médicosocial.

Ce que le Plan Addiction et la circulaire de 2007 ont ajouté par rapport à loi de 2002, c'est la notion de coordination au sanitaire. Les DRASS/ARH se trouvent dans l'obligation d'élaborer ensemble des schémas régionaux d'addictologie précisant les implantations voire la coordination des secteurs sanitaire et médicosocial, en gelant ou non la transformation concomitante en CSAPA.

D'autre part, en région, les responsables des autorités sanitaires – DRASS, ARH et URCAM – inscrivent déjà leurs arbitrages dans la perspective de la création des ARS en 2009. Les autorités de tutelle ont la notion de deux missions, sanitaire et médicosociale, mais cherchent avant tout un gestionnaire à qui faire confiance dans un territoire donné. L'hôpital a l'avantage de disposer d'un dispositif comptable structuré et fiable sous contrôle périodique de la cour régionale des comptes et d'une certaine souplesse de budget grâce à des variables d'ajustement... comme par ex. le budget du CSAPA qui est en revanche mieux protégé par une gestion associative. Ne pas oublier qu'une constante de l'administration est de diviser pour mieux régner, mais de n'avoir à traiter qu'avec un seul interlocuteur. Pour résoudre son besoin d'un seul interlocuteur gestionnaire, l'administration répond aux intervenants de terrain qui les interrogent : "Rédigez des conventions" avec la structure médicosociale ou l'hôpital pour pouvoir continuer à exercer.

Les crédits structurels finançant les réseaux, censés bénéficier d'un double financement DGS/DHOS, sont redéployés, utilisés pour financer les structures repérées, plus lisibles.

Les contours d'un consensus

La prise en charge des patients présentant des conduites addictives est particulièrement complexe, nécessitant de prendre en charge à la fois l'aspect comportemental et l'ensemble des problèmes médicaux, psychologiques et sociaux, particulièrement fréquents, posés par ces patients. Cela nécessite donc de faire intervenir des acteurs d'horizons et de formations différents : professionnels du champ de la santé, médecins ou non médecins, mais aussi acteurs du champ social.

- La question de la **légitimité de chacun des trois pôles d'activité** apparaît désormais largement tranchée.

Les missions de chaque acteur du parcours de soins sont éclaircies. Les problèmes de redondance ou concurrence devraient être marginaux et réglés relativement aisément, d'autant que les trois missions relèvent de trois sources différentes de financement. Encore que le système des cloisons pour l'instant étanches risque de changer avec l'avènement des ARS. Les autorités de tutelle mettent en avant d'autres projets en addictologie, pour passer sous silence ce qui aura été détruit.

- La **reconnaissance de la compétence d'addictologue de ville** fait partie des combats à mener. L'ouverture du DESC à un public plus large paraît souhaitable. Mis à part le réseau à proprement parler, un suivi conjoint entre médecins de ville et CSAPA est à développer.

- Il convient de faire le nécessaire pour rendre plus visibles les compétences, d'organiser la prise en charge des conduites addictives autour de **centres de référence**, de structurer la prise en charge des addictions sans drogue.

- S'agissant des **prises en charge familiales**, il convient de réfléchir à la réponse que l'on peut apporter de façon pragmatique aux familles, dans le cadre du concept d'éducation thérapeutique. C'est une offre à développer en partenariat. Les CCAA et les services MCO ont rarement les moyens de former leurs intervenants à des thérapies familiales comme peuvent en assurer certains services de psychiatrie.

- **Replacer le patient au centre du dispositif** (GT – Elsa)

Un de nos points communs est l'importance à accorder au respect de ce qui est formalisé dans la loi de droit et liberté du patient, et de favoriser l'accessibilité au soin.

L'élaboration d'une articulation des soins nécessite de se poser 2 questions :

- comment travailler ensemble au bénéfice du patient ?
- comment travailler ensemble dans une interrelation habitable par chaque partenaire ?

par habitable s'entend :

- être reconnu dans ses compétences, ses missions, ses limites
- trouver les assurances nécessaires à sa pratique.

Les composants historiques du dispositif de soins en addictologie, en particulier les CSST, les CCAA et les consultations de tabacologie ont jusqu'à tout récemment, et si l'on excepte la participation notoire des CSST aux réseaux de soins, œuvré en marge des modalités d'articulation qui sont la règle dans toutes les autres disciplines : réciprocité médecin traitant - spécialiste et parcours de soins ; de plus ils éprouvent des difficultés à sortir de leur cloisonnement sur le terrain.

L'évolution des modes de prise en charge, la formation des intervenants, l'application des mesures contenues dans les plans d'action gouvernementaux contribuent à remodeler le dispositif de prise en charge, dans lequel ont maintenant leur place :

- les centres de référence en addictologie hospitalière,
- les CSAPA, issus de la fusion des concepts de CSST et de CCAA
- les médecins addictologues libéraux
- les médecins généralistes dans leur diversité,
- les pharmaciens d'officine,
- les centres spécialisés dans la réduction des risques et les associations d'usagers.

L'addiction c'est aussi la liberté de se soigner ou pas, de frapper à la première porte qui s'ouvre, Caarud, hôpital ou liaison. C'est la trajectoire du patient qui doit être notre fil rouge. Mais nous sommes contraints de tenir compte du contexte économique défavorable. Plus nous serons cohérents, visibles et clairs, plus nous augmenterons nos chances d'une reconnaissance statutaire et financière.

Les pistes d'action

- Un groupe de travail de la FFA sera piloté par JP. Couteron, P. Fouilland, A. Morel et B. Stambul pour élaborer un **manifeste de promotion de l'action médicosociale en addictologie**.

Il n'existe pas de CSAPA ou de CAARUD standard. Il faut bien caler les missions et les spécificités du médicosocial. Il convient de réunir les différents opérateurs du secteur médicosocial, avec, d'une part, un gestionnaire comme l'Anpaa et, d'autre part des structures fédératives telles que l'Anitea et F3A. En sachant que la FFA ne réunit pas tous les opérateurs du champ médicosocial. La FFA pourrait également coordonner une véritable veille entre les opérateurs du médicosocial. Il convient de proposer une politique qui évite d'avoir à soigner, tournée vers la prévention et le discours social, alors même que nous nous trouvons dans une société pathogène.

La région Rhône-Alpes peut offrir l'exemple d'un rapprochement qui fonctionne. Depuis 3 ans, avec la Maison régionale des addictions, fondée par l'Anitea et l'Anpaa, et rejointe par l'Elsa et le Caarud, des échanges sur le terrain, des colloques sont régulièrement organisés.

Si les missions du secteur médicosocial sont définies, il faut définir des moyens et une planification pour chacune d'entre elles. Dans la préparation de la circulaire, nous nous sommes battus sur la base d'1 CSAPA pour 100 000 hab., mais sans parvenir à obtenir une norme d'effectif, qui a ses limites.

La destruction des réseaux risque de démotiver les médecins de ville, sur lesquels s'appuient les CSAPA sans médecin. Il faut imposer un seuil budgétaire critique en deçà duquel la création d'un CSAPA n'est pas acceptable. En matière de prévention précoce ou d'intervention secondaire, tant le Plan Addictions que le Plan gouvernemental récent ont complètement raté leur objectif : on n'y trouve pas de dimension médicosociale. Il est fondamental d'argumenter pour un rééquilibrage en faveur du médicosocial.

- Un autre groupe, animé par A. Rigaud, travaillera sur **définition des conditions pour un dispositif en addictologie** dans l'optique de la présentation aux ARS d'un texte complémentaire des circulaires existantes.

La FFA doit parvenir à exposer au plus tôt ce qu'elle considère comme des conditions minimales de fonctionnement et de budget pour exercer dans les trois secteurs sanitaire, ville et médicosocial. Sur le terrain, la question de l'arbitrage pose problème, dans la mesure où elle est aussi fonction de la qualité de la collaboration entre les équipes.

Il faudra s'appuyer sur cette synthèse dans nos demandes locales. Mais comment coordonner les actions locales avec la synthèse que nous aurons réalisée au plan national à la FFA ?

- Une **évaluation du Plan gouvernemental** sera demandée lors de la prochaine réunion de la CNA. il convient de demander un suivi par un IGAS sur la question du financement. L'administration ne peut prendre en compte que les conclusions de la CNA. Les conflits au sein de la CNA servent l'administration. La FFA doit demander à la CNA comment sont distribués les budgets alloués aux différents secteurs, et qu'elle rende des comptes sur les derniers arbitrages pris.

AU NOM DE LA LOI

Les lignes de force du débat

Différentes sensibilités se sont exprimées sur ce sujet très vaste, aux aspects multiples.

1 – Le renforcement de la législation répressive (Anitea)

Historique et contexte

Avec le durcissement de la répression contre l'usage de stupéfiant illustré par l'adoption de la loi du 5 mars 2007, mais probablement aussi dans d'autres champs comme le tabac et l'alcool, des dissensions sont apparues au sein de la FFA quant à la façon de se situer sur la question des législations. L'importance des mesures récentes nous incite à échanger nos réflexions, à aborder sur le fond ces questions pour essayer de définir une démarche commune.

Évolution des mesures de contrôle social vis-à-vis des substances psychoactives

Le "contrôle social formalisé" (Assailly, Biecheler, 2006) est constitué des mesures prises par les pouvoirs publics par voies réglementaire et législative, visant l'offre de substances et leur accès d'une part, l'usage lui-même d'autre part. Ces dernières décennies, ce domaine s'est considérablement renforcé et élargi.

- Mesures envers l'offre et l'accès

Les mesures qui visent l'offre et l'accès aux substances sont d'ordres pénal, administratif et réglementaire : la limitation des lieux de consommation autorisés, le contrôle de la distribution, l'interdiction totale et la loi pénale pour les stupéfiants, les augmentations de taxes, les limitations de la publicité, les règles de prescription et de délivrance pour les médicaments.

Elles ont toutes évolué dans un sens de restriction des libertés, mais de façon différenciée selon les produits.

Les restrictions ont surtout porté sur le tabac. Cette politique « anti-tabac » a permis à la France de combler son retard vis-à-vis d'autres pays européens, notamment sur le prix. L'augmentation du prix du tabac est une arme à efficacité immédiate mais qui doit être régulièrement renouvelée et qui a des limites. D'autres mesures restrictives visant le tabac ont été prises, en matière de publicité, de distribution et de lieux de consommation. L'efficacité de cet ensemble de mesures (accompagné par de grandes campagnes médiatiques et de nombreuses actions de terrain) est indéniable. Mais cette politique porte principalement sur les consommateurs qui ont le moins de problèmes psychosociaux et de dépendance. De plus, elle va devoir être sans cesse amplifiée pour conserver son impact, et sa logique d'accentuation de la réprobation sociale s'exerce de plus en plus à l'encontre des usagers eux-mêmes et augmente le risque de judiciarisation de la vie privée.

Pour ce qui concerne l'alcool, aucune mesure restrictive et même aucune politique ne peut véritablement être décrite depuis la Loi Évin. Fortement amputée sur son volet alcool depuis 1992, celle-ci se voit aujourd'hui menacée avec l'éventualité d'une non-limitation de la publicité sur internet. Ce qui traduit l'inscription de l'usage d'alcool dans la culture, la force de ses lobbies, mais aussi la validation scientifique et politique qu'un usage « modéré » est possible et non nuisible à la santé.

En matière de stupéfiants, la loi du 31 décembre 1970 continue de faire seule référence. La pénalisation de l'usage qu'elle instaure a centré le contrôle sur l'usage-détention et se traduit principalement par la répression de l'usage et les saisies. Ainsi, si les interpellations pour usage n'ont cessé d'augmenter, l'activité policière envers le « gros » trafic reste relativement stable.

- Mesures envers les consommateurs

Ces mesures concernent en premier lieu la conduite automobile. La détection massive de l'alcoolémie au volant résume à peu de choses près la politique de prévention de l'accidentalité routière liée à l'alcool. Les systèmes d'anti-démarrage reliés à un éthylomètre peuvent s'avérer intéressants, mais inopérants si des accompagnements thérapeutiques n'y sont pas associés pour les personnes dépendantes. La même démarche répressive a été adoptée en 2003 envers l'usage de stupéfiants au volant et a conduit à un certain nombre de sanctions pénales dont de la prison, mais pose des problèmes de fiabilité technique des examens biologiques.

En milieu de travail, le code du travail ainsi que les réglementations internes des entreprises ont évolué vers une interdiction totale de la consommation de tabac, la quasi disparition des « pots » alcoolisés et un accroissement du recours à des dépistages biologiques qui a nécessité différentes tentatives d'encadrement éthiques et réglementaires (Rapport MILDT, 2006).

Les tests urinaires ne sont pas encore d'utilisation courante dans les établissements scolaires français, mais, outre l'interdiction de consommation du tabac et des autres drogues, dans plusieurs d'entre eux des conventions avec des centres de soins prévoient l'instauration d'obligations de rencontre des élèves usagers avec un intervenant spécialisé. Le plus souvent, seules des séances d'information sont organisées dans les établissements, beaucoup plus rarement de vrais programmes de prévention.

En matière d'usage public, outre la loi de 2007 interdisant totalement la consommation de tabac dans les lieux recevant du public, les municipalités sont de plus en plus nombreuses à prendre des arrêtés restreignant les lieux de consommation d'alcool pour des raisons d'ordre public et de nuisances.

L'usage de stupéfiants fait spécifiquement l'objet de mesures d'interdiction et de pénalisation selon un régime de prohibition totale depuis la loi du 31 décembre 1970, avec une répression accrue de l'usage (essentiellement de cannabis) sans discontinuité depuis au moins une vingtaine d'années.

Des circulaires successives du Ministère de la justice ont préconisé une réponse pénale graduée en fonction de la consommation de la personne interpellée (classement avec rappel à la loi, classement avec orientation sanitaire ou sociale, injonction thérapeutique et poursuites pénales pour ceux qui ne veulent pas se soumettre aux alternatives). La loi du 5 mars 2007 a voulu, elle, développer la sanction systématique de tout fait d'usage notamment par des stages payants de « sensibilisation sur l'usage du cannabis et des autres drogues illicites » et en instaurant des médecins-relais entre les professionnels de santé et l'autorité judiciaire en cas d'injonction thérapeutique ou de soins sous obligation, y compris pour des problèmes d'alcool.

- Quel bilan ?

Si l'on examine l'évolution des consommations au regard des mesures adoptées, le bilan est, malgré quelques succès ponctuels notamment dans le domaine du tabac, un échec global, surtout marqué envers les stupéfiants. Il serait intéressant d'analyser plus précisément ce bilan et d'en tirer tous les enseignements. Mais cela n'a jamais été fait en France, comme n'a jamais été mise en place une instance nationale chargée d'impulser une politique dans le domaine des addictions. Deux faits très significatifs.

À nos yeux, ce mauvais bilan est le résultat d'une surestimation de l'efficacité du contrôle social et de la répression, d'un désintérêt pour l'éducation préventive maintenue dans une grande faiblesse, et d'une absence d'objectifs cohérents permettant d'articuler la prévention, les soins et les législations.

Propositions pour définir une philosophie commune du droit envers les addictions

La loi vise à réduire et encadrer les consommations de substances psychoactives dans la société, tout en garantissant à chacun la possibilité de bénéficier de mesures de prévention, de réduction des risques liés à leurs consommations, et des soins qui peuvent leur être nécessaires. La loi doit pour cela conjuguer santé publique et intérêt des personnes. Elle ne constitue pas une fin en soi ni un rempart, mais un appui à l'éducation et à la responsabilisation de chacun, et des jeunes en particulier.

Actuellement, le décalage entre l'énoncé de la loi, l'évolution des consommations et des pratiques professionnelles est trop important pour que l'on continue dans une accumulation de règles et d'interdits produit par produit. Cela n'aboutit qu'au seul renforcement de la répression. Il est nécessaire de reformuler dans la loi les fondements de la réponse de la société aux consommations de substances psychoactives, appuyés sur les réponses apportées à ces évolutions et les savoirs acquis depuis 30 ans.

Les grands axes que devrait défendre à nouveau la FFA selon l'Anitea (en référence à un premier rapport fait par une commission de la FFA en 2002-2003) :

- Distinguer les problématiques d'usage de celle de l'exposition et de l'accès au produit
- Les problématiques d'usages de substances psychoactives relèvent avant tout de la santé publique.
Il faut substituer à la logique actuelle de la loi, qui repose sur l'idée d'une sanction dissuasive à laquelle on peut échapper en acceptant des soins, une logique privilégiant à tous les niveaux la prévention, la réduction des risques et le soin.
Des sanctions pénales ne doivent s'appliquer que dans les cas où la consommation met en danger autrui.
L'ensemble des substances psychoactives doit être pris en compte dans cette évolution de la loi.
- La loi dans ses aspects répressifs doit distinguer entre la mise en danger d'autrui et la dangerosité pour l'individu.
La loi pénale est légitime lorsque la consommation :
 - met en danger la sécurité d'autrui (conduite automobile, utilisation de certaines machines dans l'industrie),
 - crée un trouble à l'ordre public (ivresse et consommation dans l'espace public, revente),
 - ou bien en cas d'incitation à l'usage.Pour ce qui est de la dangerosité pour soi-même :
 - il s'agit d'un problème de santé publique et de santé de la personne
 - la loi doit se borner à favoriser l'accès à l'information, la prévention, aux soins, et à la réduction des risques.Une attention particulière doit être portée à la consommation des mineurs :
 - par le maintien d'un interdit
 - par des réponses avant tout éducatives et reposant sur la notion de protection des mineurs, personnes en situation de vulnérabilité
 - par l'offre systématique d'une rencontre avec un professionnel de la prévention et du soin
- La prévention de l'usage et la réduction des risques doivent être inscrits dans la loi
La prévention doit être inscrite dans la loi comme premier vecteur de dissuasion/limitation des consommations :
 - elle doit s'appuyer sur le développement des facteurs de protection de la personne
 - elle doit s'appuyer sur des professionnels qualifiés
 - elle doit reposer sur des objectifs définis de façon concertée et qui permettent la mobilisation de tous les acteurs.

L'évolution générale de la législation va vers une restriction de la liberté individuelle. Certains interdits paraissent légitimes, d'autres le sont moins. Ce qui doit fonder notre démarche, c'est l'intention et les principes qui nous animent.

Le débat a fait émerger des **positions plus nuancées** (Anpa) :

La fonction des lois est d'arbitrer et de réguler les rapports des hommes entre eux, d'aider le groupe à se protéger et à se défendre. Par exemple, les lois de 1838, 1954 et 1970 sont au départ des lois de protection de la

société mais qui ont aussi permis la création des hôpitaux psychiatriques puis des centres d'alcoologie et des centres pour toxicomanes. On dit que la loi de 1970 est inefficace pour les toxicomanes mais peut-on dire pour autant que la loi n'a pas été efficace pour prévenir les premières consommations ? Comment faire la part dans la conduite sanctionnée de ce qui revient à la consommation du produit et à la personnalité de l'individu (ex : violence et alcool) ?

Certaines lois visent non les substances psychoactives mais les substances dangereuses et ce, dans le monde entier. C'est le cas par exemple du tabac vis-à-vis du cancer.

En ce qui concerne l'alcool, le pourcentage de mortalité par accident de la route sous l'effet de l'alcool n'a pas changé, mais les 30 % de décès sont à rapporter à un chiffre global de 4 000 et non plus 7 000. Il s'agit par conséquent d'une réduction conséquente.

En matière de médicaments de substitution, ni la méthadone ni le Subutex ne sont détectables lors des contrôles et aucune sanction pénale ne peut être prise si une ordonnance est produite par l'utilisateur. Il conviendrait plutôt de préciser la responsabilité du médecin du travail ou du médecin de la commission du permis de conduire qui donnent des avis pour les personnes sous TSO.

2- Santé et justice : comment faire avec la Loi ? (F3A - Anpa)

Le président de la MILDT, un magistrat, met en exergue le respect de la loi, clé de voûte du dispositif qu'il entend mettre en place. En tant que citoyens, il ne s'agit pas de nous opposer à l'application de la loi. D'autant que, comme intervenants en santé, nous connaissons bien sa dimension structurante, dans l'éducation, les parcours des usagers, le maintien du cadre de notre société.

Mais toutes les lois n'ont pas le même poids, la même force structurante. Il y a même eu dans notre histoire des "lois scélérates", et la capacité à désobéir à un ordre injuste peut aussi s'avérer une vertu. Il ne s'agit, pour nos organisations, ni de "coller à la loi", ni de partir en croisade contre elle, mais bien de mettre les conditions de son application en débat.

Quelles sont aujourd'hui les questions qui se posent à nous ? Le système légal est là, avec ses institutions, ses professionnels, ses limites aussi. Magistrats et soignants ont leurs missions propres, des publics communs, des exigences contradictoires. L'articulation santé-justice est problématique. Mais c'est à cette interface que se jouent des enjeux importants, notamment pour les personnes présentant des conduites addictives problématiques.

Notre société fabrique des addictions comme jamais semble-t-il dans son histoire. Face à ce qui ressemble à une épidémie, le modus operandi consiste à identifier les causes et à développer des stratégies de lutte : la "lutte contre la drogue et les toxicomanies" a ses missionnaires, ses plans d'action, ses croisades.

Faire en sorte que les lois soient appliquées, bien sûr, mais aussi celles de nos lois qui sont censées garantir un droit au travail, au logement, à des soins adaptés et à l'égalité des citoyens devant la loi ! Mais surtout, ce qui manque, c'est un débat citoyen sur "pourquoi notre société est-elle addictive ?"

Les addictologues sont concernés par l'application de la loi, soit que les substances utilisées tombent sous le coup de la loi, soit qu'il s'agisse de comportements délictueux ou criminels "commis sous l'empire d'un état alcoolique" ou sous l'effet de substances psychoactives.

L'intervention de la justice dans la trajectoire de la personne ayant une conduite addictive problématique peut avoir des effets éminemment salutaires, par l'irruption du réel dans son quotidien, alors que la portée du problème était sous-estimée, voire niée.

Un grand malentendu s'installe rapidement entre santé et justice pour plusieurs raisons.

- Paradigme de la causalité directe : il y a une consommation, il y a un délit, l'un est forcément lié à l'autre
- Pathologisation des conduites addictives, introduite notamment par la loi de 70 : on est délinquant ou malade. Si on est malade, les soins sont obligatoires.
- Méconnaissance réciproque des institutions de la santé et de la justice :
 - la justice attend du soin le miracle, si ce n'est en fait l'arrêt pur et simple de la consommation, le reste ne l'intéresse pas

- l'intervenant en addictologie ne connaît pas les règles, les contraintes et la culture du monde judiciaire
- deux points qui renvoient à la nécessité d'un travail en commun véritable (formation réciproque, échange d'expériences)
- Méconnaissance du secret médical. C'est une obligation légale majeure, souvent perçue par la justice comme une volonté d'opacité.

Comment pouvons-nous éclairer les professionnels de la justice, qui semblent encore plus en souffrance que nous ? Il convient d'échanger, de se former sur les pratiques, le fonctionnement de l'institution judiciaire. Des éléments existent pour introduire une forme de collaboration qui n'aille pas contre notre éthique.

A côté des malentendus existent ce que l'on peut appeler **des désaccords** :

- C'est le cas de la vertu thérapeutique supposée de la punition.
- Sur les stages de sensibilisation, les avis sont plus partagés. Mais il n'est pas envisageable que la structure de soins soit également chargée de percevoir l'amende.
- La question des médecins relais pose aussi un problème éthique fondamental. A l'unanimité, la Commission nationale addictions s'y oppose et a mis en avant, par la voix de N. Maestracci, présidente de la FNARS, l'impossibilité pratique de leur mise en place. En l'absence d'addictologue volontaire, on risque de voir arriver des médecins sans formation spécifique.
- Les modalités d'application du SPIP sont parfois complètement abusives, avec entre autres la pratique des dosages biologiques, absolument illégaux.
- L'univers carcéral est l'exemple-type de l'écart qui peut exister entre des intentions annoncées et l'offre réelle de soins.
- Peut-on considérer qu'il y a des consommations simples de produits à risque, un mode de vie incluant le principe de la consommation ? La notion de risque ne doit pas inclure uniquement les substances psychoactives, mais toute substance nocive pour la santé.

En pratique, nous devons arriver à maintenir une culture de collaboration là où elle existe.

La mise en place des stages dits de sensibilisation se fait de manière très disparate tribunal par tribunal, en fonction de la sensibilité du procureur. Certains réputés plutôt répressifs n'ont pas entamé la démarche et refusent de recruter des médecins-relais (Hauts-de-Seine), alors que d'autres infligent stage sur stage.

Les stages peuvent aussi être considérés comme l'occasion d'une rencontre. La rencontre peut se faire dans la contrainte. Il est bien indiqué que les deux jours de stage ne seront pas des groupes de parole. Une évaluation de leur déroulement serait une bonne chose. Une coopération entre santé et justice est nécessaire, mais elle peut conduire à la diabolisation d'un public très jeune, qui n'a aucune demande de soins. Et où se trouve l'articulation avec le champ social ? Le public concerné par ces rencontres n'a pas connaissance des dispositifs proposés.

Dans le département du Val d'Oise, les relations avec les médecins experts se sont aplanies, une forme de collaboration s'est instaurée : les médecins nous annoncent les demandes à venir de la justice, et nous incitent à venir informer les détenus et à les orienter vers le soin. 30 à 40% des personnes actuellement prises en charge ne l'auraient pas été si elles n'y avaient été incitées par la justice. Le procureur du Val d'Oise souhaite aller vers la condamnation sans prison, en développant le bracelet électronique.

Les médecins-relais ne sont pas des addictologues, et risquent d'intervenir sur la base de leur conception personnelle de la consommation de substances psychoactives et non sur la base de compétences spécifiques.

3- Critique de la loi de 1970 (Safe - AFR)

Les usagers ont une réaction épidermique envers l'immiscion de l'Etat dans leur vie privée, s'agissant de ce que la société a longtemps considéré comme un problème de mœurs. Leur dire ce qu'ils doivent ou non consommer constitue une obligation de ne pas se faire de mal à soi-même.

On oppose une protection collective à un risque individuel. En quoi la question de l'interdit par rapport à la situation à risque serait-elle pertinente ? Le problème est au resserrement de la norme, qui veut que tout ce qui est différent soit interdit. C'est une situation extrêmement dangereuse pour la liberté.

A son origine, la loi de 70 avait pour objectif de permettre un accès à des gens que l'on voulait soigner, idéal assez généreux. Il s'agissait de ne faire intervenir qu'en dernier lieu le tribunal correctionnel, de ne jamais sanctionner par la prison.

Dès le départ, cette loi a été critiquée comme injuste, discriminante, inefficace et possiblement attentatoire aux libertés individuelles. Après une multitude de textes d'application en 30 ans, que reste-t-il du texte initial et comment cette loi peut-elle perdurer ?

Ce qu'il en reste : la volonté de lutter contre la banalisation. C'est déjà trop tard en matière d'alcool ou de cannabis. Le magistrat fait ce qu'il peut pour régler "des contentieux de masse".

Depuis 2002, la consommation de cannabis décroît, mais comme partout en Europe.

Les pathologies à VIH VHC diminuent sans rapport avec la loi. Ce constat plaide pour un autre type d'approche, la réduction des risques. Les débauches portant atteinte à l'ordre public n'existent plus.

Personne ne croit plus au concept de l'escalade : axer la prévention sur le cannabis pour éviter le passage à l'héroïne.

En matière d'accidentologie, l'enquête SAM montre qu'il y a 240 accidents liés au seul cannabis.

La lutte contre la banalisation devient véritablement un combat d'arrière-garde.

Contrairement aux psychiatres qui ont su montrer qu'être malade mental n'était pas synonyme de délinquance, les addictologues et les militants n'ont pas été suffisamment vigilants et interventionnistes. A l'origine sanitaire, la Loi de 70 est devenue uniquement une arme sécuritaire, répressive. Les médecins devraient considérer la lutte contre la loi de 70 comme une affaire personnelle.

Il ne peut y avoir de réduction des risques sans dépénalisation de l'usage simple de toutes les drogues. Ce qui est le plus nocif pour la santé, c'est d'aller en prison. La prison n'a aucun effet bénéfique sur la santé publique et sa menace rend infiniment plus dangereuse la vie des consommateurs.

4- Libre-arbitre et responsabilisation

Les rencontres avec les patients induisent une réflexion sur ce que l'on peut dire et offrir aux personnes dépendantes que l'on rencontre. Au discours "Vous n'avez pas vraiment le choix. Seul un sevrage peut vous sauver, vous et votre entourage", il semble que la pratique conduit à substituer : "Vous avez le choix. Si ça ne l'est pas, comment cela peut-il le devenir ?" L'objectif est de rendre à la personne sa liberté, de "faire en sorte que la vie soit plus agréable pour vous et les autres". Mais il faut justement souligner que si nous le disons au patient, c'est bien parce qu'auparavant il était sous contrainte, que ce soit celle induite par sa dépendance ou celle de la loi qui l'oblige à se soigner. S'il s'agit bien de restaurer son autonomie et sa liberté, n'est ce pas parce qu'il l'a perdue ?

D'un point de vue philosophique, l'homme est libre et responsable. Mais la psychiatrie et l'aliénation mentale nous apprennent que le libre-arbitre peut être perdu : c'est la folie. Et il est des cas où les gens se mettent eux-mêmes en danger. Ce peut être facilement le cas avec l'ivresse, quelque soit le produit, où le sujet ne s'appartient plus. Et n'est-ce pas aussi le cas des sujets devenus dépendants de substances psychoactives dès lors que la dépendance est identifiée comme ce processus ou cet état qui induit une perte de contrôle de la consommation, et donc de ses conséquences éventuelles comme les mises en danger. La consommation personnelle est nocive pour les proches (alcool) ou la société (trafic de cannabis). Nous sommes tous enclins culturellement à sous-estimer notre consommation d'alcool.

Le discours sur la responsabilisation évoque celui des industriels qui, en matière de lutte contre l'alcoolisme, prônent la responsabilisation des consommateurs plutôt que le contrôle de la publicité et de l'accessibilité des produits. Le discours sur la responsabilisation devient alors un discours-alibi, qui veut nier que tous les hommes sur terre ne sont pas également responsables.

La question est de définir ce qui serait ou non un usage de substances psychoactives respectueux du libre-arbitre. Il existe nombre de conduites à risque, et la loi ne peut nous aider à fixer la limite de ce risque. Concernant l'immiscion de l'Etat dans la vie privée, qu'il s'agisse d'alcool, de tabac ou d'autres substances psychoactives, aucune loi ne s'oppose à l'exposition de l'entourage familial au tabagisme passif, à l'anorexie mentale, aux tentatives de suicide répétées. Ce constat doit nous conduire à nous demander pourquoi certains

moments de la vie privée sont mis en cause et pas d'autres, et pourquoi seulement l'usage de substances psychoactives.

S'agissant de la loi de 70, les mesures les plus bénéfiques des 20 dernières années ont été les mesures de levée de contrainte, avec l'autorisation d'accès aux seringues stériles sans prescription, la levée de l'interdit réglementaire de la prescription de TSO et l'autorisation de lieux de rencontre. On a fait progresser les usagers en leur rendant leur autonomie et leur liberté. Il y a un conflit de logiques entre la loi de 70 et la responsabilisation : c'est une position politique et éthique à défendre.

Pour les associations d'usagers (Asud), le débat sur la dépénalisation ne peut passer que par le "Je" et non par le "Eux". On en revient aujourd'hui à se reposer les questions qu'on se posait il y a 15 ans. Entretemps l'épidémie de Sida a pris fin, l'homosexualité a trouvé sa place dans la société, et la question du risque est devenu un tabou absolu. On contraint une majorité de gens dans une logique restrictive pour régler les difficultés d'une minorité.

L'addictologie est considérée comme un obstacle, sanctuarisant certains risques. Alors que la question du cannabis n'était pas loin d'être considérée comme une question du "Nous", elle est redevenue avec l'addictologie une question du "Eux". Mais les addictologues soulignent que c'est alors que le cannabis était proche d'être dépénalisé qu'ils ont vu arriver vers eux des personnes en souffrance de cannabis.

L'Anpaa considère que la loi de 70 est obsolète et doit être abrogée. Mais s'il convient de se battre pour réformer les lois, tant qu'elles sont en vigueur, il convient de les respecter.

Les contours d'un consensus

Nous nous retrouvons autour d'un vrai point de consensus : **la Loi de 1970 est inadéquate.**

Il est difficile de limiter le débat à un discours sur la loi. Une partie de ce qui est traité par la loi relève de l'éducation et de la société addictogène. On ne peut pas faire abstraction du contexte social, qui favorise, encourage certains comportements. Comment sortir de l'impasse plaisir ou interdit ? Notre société addictive facilite le plaisir de l'individu au détriment de la valeur d'autrui. L'addictologie doit développer un conseil global autour de l'addiction et s'exprimer à nouveau à ce sujet. Ne répondre que par la loi est dangereux. Il revient à l'addictologie d'exprimer ce qui doit être confié à la loi et ce qui relève d'autres structures.

La loi de 70 nie le personnage central, le destinataire. Et on ne peut pas faire d'addictologie sans les gens concernés, sans confrontation à l'autre. Il faut passer à autre chose.

Les pistes d'action

La raison d'être de cette réunion est bien que l'on veut faire sortir les soignants de leur rôle pour les impliquer dans des questions qu'ils ne devraient pas avoir à aborder.

La loi de 70 s'adresse avant tout au problème de l'alcool. Il faudrait parvenir à une loi-cadre sur les addictions, limitant leurs effets nocifs tout en protégeant la liberté individuelle. Et sans oublier que la liberté s'exerce aux dépens des plus faibles.

Dès 2001, la FFA avait constitué un groupe de travail, qui a rédigé un texte remettant en cause non seulement la loi de 70 sur les stupéfiants mais aussi la logique très éclatée voire contradictoire selon les produits. Ce texte défendait déjà l'idée d'une **loi-cadre sur les addictions** s'appuyant sur un certain nombre de principes communs à toutes les « conduites addictives » (cf. ouvrage dirigé par M. Reynaud sur les usages nocifs en 2002).

La FFA continuera à travailler et à approfondir les différents axes que nous avons discutés :

- mettre l'accent sur les contradictions des mesures prises par les pouvoirs publics et leur application
- considérer les produits dans leur ensemble
- explorer les possibilités de collaboration avec les magistrats.

Le prochain conseil d'administration examinera les possibilités de notre association en la matière.