

POLITIQUES DES DROGUES

Numéro Deux – février 2022



le cnam

équipe sécurité & défense
renseignement, criminologie, crises, cybermenaces

ISSN : 2802-5164

Sommaire

ÉDITORIAL	3
LA PRÉVENTION ÉDUCATIVE DES CONDUITES ADDICTIVES <i>Nicolas Prisse</i>	4
LA NORMALISATION DES POLITIQUES SUISSES DE LA DROGUE <i>Alexandre Pollien</i>	11
LE POLICIER FORMATEUR ANTI-DROGUE : UN INTERMÉDIAIRE EN SANTÉ PUBLIQUE <i>Anne Wuilleumier</i>	17
RÉDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES APPLIQUÉE À L'ALCOOL : UNE EXPERTISE INSERM ET DES QUESTIONS PRATIQUES <i>Pierre Polomeni et Guillaume Airagnes</i>	25
L'ÉVALUATION DES SALLES DE CONSOMMATION À MOINDRE RISQUE EN SANTÉ PUBLIQUE : LA COHORTE COSINUS (COHORTE POUR L'ÉVALUATION DES FACTEURS STRUCTURELS ET INDIVIDUELS DE L'USAGE DE DROGUES) <i>Marie Jauffret-Roustide et al.</i>	34
LA CRISE AMERICAINE DES OPIOÏDES ET L'AVENIR DES POLITIQUES DE DROGUES <i>Bertrand Lebeau Leibovici</i>	43
USAGE MÉDICAL DU CANNABIS : OÙ EN EST-ON ? <i>Nathalie Richard</i>	52
QUELQUES IMPENSÉS DE L'IMPACT DE LA LÉGALISATION SUR LE TRAFIC <i>Claire Andrieux</i>	54
APPEL À ARTICLES	58

ÉDITORIAL

Nous avons le plaisir de vous présenter le deuxième numéro de *Politiques des drogues*.

Cette parution reprend en partie les actes de nos précédents séminaires, consacrés à l'éducation et à la santé publique (en partenariat avec l'Institut pour la recherche en santé publique – IreSP), mais comporte aussi, pour la première fois, un article reçu suite à notre appel à contributions, qui reste bien sûr d'actualité (voir les conditions en fin de revue), si vous souhaitez rejoindre notre collectif d'auteurs.

L'année 2022 s'annonce particulièrement intéressante, en France, pour les politiques des drogues, puisqu'à l'occasion du scrutin présidentiel et des élections législatives, le sujet sera sans doute largement débattu compte tenu de l'actualité foisonnante. Espérons que cela soit sur la base d'arguments sérieux, comme ceux que nous essayons de développer dans ces pages et lors des séminaires éponymes, et non pas en partant de préjugés ou même d'éléments de désinformation, malheureusement de plus en plus nombreux, dans ce champ d'études comme dans d'autres.

Nous vous souhaitons donc une bonne lecture de la revue. N'hésitez pas à nous faire part de vos commentaires. Nous en tiendrons compte, en essayant continuellement de nous améliorer pour vous proposer le meilleur !

Alice Gagliano, Marie-Astrid Le Theule,
Sonny Perseil & Guillaume Soto-Mayor

LA PRÉVENTION ÉDUCATIVE DES CONDUITES ADDICTIVES

Nicolas Prisse, président de la MILDECA (Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives)

Par le développement des compétences psychosociales (CPS), prévention des conduites à risque, bien-être et réussite scolaire interagissent et se renforcent mutuellement au bénéfice des jeunes, de leur famille et de l'école. Avec les programmes de renforcement des CPS, les élèves apprennent à s'apprécier positivement, à interagir avec les autres, à rester eux-mêmes dans un groupe, à résister aux sollicitations de leurs pairs, à agir avec confiance et maîtrise, bref à être mieux avec eux-mêmes et avec les autres. Dans la mesure où elles contribuent au développement de la sociabilité, du contrôle et de l'estime de soi, les compétences psychosociales agissent positivement sur le climat scolaire et la réussite.

Les conduites addictives constituent un défi majeur pour notre société et pour chacun de nos territoires. Alcool, tabac et autres drogues sont à titres divers présents dans la vie des Français. Beaucoup en font usage quotidiennement, d'autres plus occasionnellement. Les risques et les dommages sont clairement établis : l'alcool et le tabac sont les principaux facteurs de risque des cancers et les deux premières causes de mortalité prématurée évitables ; l'alcool est aussi largement impliqué dans les violences, notamment intrafamiliales.

À 17 ans, beaucoup d'adolescents ont expérimenté l'un ou l'autre de ces produits et certains s'installent dans un usage régulier, puisqu'un quart fume tous les jours du tabac et près d'un sur dix consomme de l'alcool et/ou du cannabis au moins dix fois par mois. Les conduites addictives, ce sont aussi des comportements, tels que l'usage excessif des écrans ou des jeux vidéo, qui enferment et qu'on ne peut plus maîtriser.

Les niveaux d'usages des principales substances psychoactives des adolescents français sont à la baisse depuis dix ans. Les données recueillies auprès des collégiens en classe de 3^{ème}, publiées début 2022 par l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT), montrent un déclin important des

usages de tabac, d'alcool et de cannabis¹. Mais ils demeurent élevés et préoccupants compte tenu de la vulnérabilité particulière du cerveau, en pleine maturation à ces âges. L'adolescence est aussi la période où, au-delà d'une simple expérimentation, les usages sont susceptibles de s'installer et d'évoluer en pratiques à risque, favorisées par une mauvaise image de soi, l'influence des pairs, des environnements familiaux ou sociaux insuffisamment protecteurs, ainsi que par les multiples sollicitations de la publicité s'agissant de l'alcool.

Les politiques et actions de prévention doivent donc être sans cesse réinterrogées pour gagner en efficacité afin de retarder l'âge des premières consommations et limiter les risques d'usage régulier, quel que soit le produit ou le comportement. Si l'information sur les risques demeure utile, afin d'être en capacité de mieux les réduire, ces dernières années ont vu le déploiement d'une prévention éducative qui constitue le socle d'une action efficace au bénéfice des plus jeunes.

Les compétences psycho-sociales (CPS) au cœur de la prévention éducative

En milieu scolaire, la MILDECA promeut des programmes scientifiquement validés de renforcement de ce qu'il est convenu d'appeler « les compétences psychosociales » (CPS). L'objectif principal de ces programmes, qui s'implantent progressivement sur tout le territoire, est d'aider les jeunes à faire face aux conduites addictives, en leur permettant de se sentir mieux avec eux-mêmes, avec les autres et avec leur environnement.

Les compétences psychosociales sont des dispositions personnelles (10 compétences selon l'OMS²) facilitant l'acquisition ou le maintien de comportements favorables à sa santé, et permettant de répondre avec davantage d'efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. Elles facilitent les relations avec autrui, et les interactions positives avec son environnement.

Cette forme de prévention rompt avec les pratiques antérieures limitées à des interventions ponctuelles et informatives dont l'efficacité, lorsqu'elles sont isolées, n'a pas été démontrée. En revanche, les bénéfices apportés par ces programmes exigeants sont désormais prouvés. Par exemple, le programme phare à destination des collégiens, « *Unplugged* », obtient, à échéance de 8 mois, une baisse de plus de 50 % des consommations de tabac, d'alcool et de cannabis. La proportion d'épisodes d'ivresse est quant à elle en baisse de 73 %.

Les principaux programmes de prévention par les CPS

Le programme *Tina et Toni* s'adresse aux jeunes enfants de 4 à 6 ans. Le contenu du programme donne à penser, avant les résultats d'une prochaine évaluation, que

les élèves seront capables de s'intégrer dans un groupe solidaire, dans le respect de chacun. Ce sentiment d'appartenance et le renforcement de l'estime de soi pourront sans doute concourir à une meilleure réussite dans les apprentissages. Les séances du programme *Tina et Toni* sont toutes construites sur le même modèle : une histoire qui met en scène Tina et Toni est lue, puis commentée ; un jeu collectif clôt chaque séance. L'animateur est invité à orienter les commentaires de l'histoire vers l'expression d'expériences vécues par les enfants, puis les jeux leur font vivre une expérience en rapport avec l'histoire. La projection de soi dans la fiction et l'expérience ludique contribuent ainsi conjointement au développement de certaines compétences : la connaissance de soi, la gestion des émotions, la création de liens avec autrui, la prise de distance par rapport à certaines difficultés.

Bood Behaviour Game (GBG), ou Jeu du comportement adapté, est d'abord un programme fondé sur la mise en œuvre de travaux collaboratifs ritualisés qui permettent d'atteindre les objectifs des programmes officiels. La dimension compétitive qui peut conduire à l'obtention de récompenses matérielles ou symboliques est ici secondaire. Ces travaux en groupes sont régis par des consignes précises que les élèves, du C.P. au C.M.2, assimilent par une pratique régulière, hebdomadaire ou bihebdomadaire. Ces séances ne sont pas prises sur le temps des apprentissages académiques, les travaux portant sur les attendus des programmes scolaires. GBG est donc un outil pédagogique. Au cours des séances, les élèves apprennent à contrôler l'intensité de leur voix, à répartir et réguler le travail au sein de l'équipe, à évaluer régulièrement l'avancée de la tâche collective, à proposer de nouvelles orientations, à apprécier le fonctionnement du groupe et la production finale. L'enseignant suscite ces analyses et accompagne les élèves de ses encouragements. Maîtriser ses émotions, faire preuve d'esprit critique, être autonome tout en interagissant au sein du groupe, autant de compétences psychosociales que les élèves ont l'occasion de développer au cours des travaux.

Comme *Primavera*, *Unplugged* est un programme destiné aux collégiens. Il prévoit 9 séances d'activités et 3 séances consacrées à des informations sur les risques liés à la consommation d'alcool, de tabac et de cannabis. Invités à affirmer la conscience qu'ils ont d'eux-mêmes et à analyser le fonctionnement des groupes de pairs, les élèves développent notamment une plus forte résistance aux influences de leur environnement.

Ainsi, l'enchaînement de ces programmes permet de proposer à l'Éducation nationale un continuum de prévention allant des enfants de 4 ans aux adolescents de 15 ans.

Des compétences favorables à la réussite scolaire : l'interaction entre la prévention des conduites addictives et la réussite

De telles démarches préventives, qui ont montré leur efficacité en matière de santé publique, produisent également, sur le plan scolaire, des effets positifs remarquables.

Les compétences développées par ces programmes agissent sur le climat scolaire en apaisant les relations entre élèves, ainsi qu'entre les élèves et les adultes. Les expérimentations conduites à l'étranger (Europe du nord et États-Unis) et en France montrent que le développement des compétences psychosociales agit positivement à brève échéance : baisse des comportements violents et apprentissage du respect d'autrui.

Les CPS contribuent au renforcement d'une confiance en soi que les spécialistes en sciences de l'éducation jugent également indispensable à l'amélioration des résultats scolaires. Ils ne permettent pas seulement d'éviter une chute de ces résultats, ils contribuent à leur amélioration. Le renforcement positif des élèves, qui accompagne l'acquisition des compétences psychosociales, favorise les apprentissages attendus par les programmes scolaires.

Des moyens ambitieux au service de l'action

L'impulsion de cette dynamique inédite a été permise par un engagement financier sans précédent de l'État. Le Fonds Addiction met à disposition des opérateurs nationaux et locaux un budget de près de 115 millions d'euros par an. Ce montant traduit l'effort du gouvernement en faveur de la prévention, qui n'est plus le parent pauvre des politiques publiques.

Ce fonds, géré par la Caisse nationale d'assurance maladie, et dont la gouvernance associe le ministère des Solidarités et de la Santé et la MILDECA, permet de mobiliser les différentes composantes de la prévention des addictions : déploiement des programmes de renforcement des CPS, marketing social, sensibilisation des professionnels de santé, mobilisation des porteurs de projet de la société civile, déploiement territorial via les Agences régionales de santé, recherche et évaluation.

Quant à la MILDECA, elle engage plus de 60 % de ses crédits dans la prévention en milieu scolaire et prolonge depuis deux ans son engagement pour la constitution d'environnements protecteurs en faveur des jeunes accueillis dans les établissements d'enseignement agricole et de la PJJ (Protection Judiciaire de la Jeunesse) par exemple.

Pour une prise en compte des CPS dans les pratiques pédagogiques

L'enjeu désormais est de dessiner une trajectoire qui permette d'aller de l'expérimentation des programmes et de leur première phase de déploiement sur le territoire vers l'intégration de la prévention dans les pratiques pédagogiques et éducatives de la communauté scolaire. La situation depuis mars 2020 a naturellement entravé le bon déroulement des projets. Trouver des établissements volontaires pour l'implantation du programme et associer étroitement les professionnels de l'Éducation nationale reste un enjeu majeur. Un nombre croissant de projets prévoit néanmoins un transfert de compétences accéléré vers les enseignants, en particulier par l'intégration des acquis pédagogiques dans les plans académiques de formation.

Pour favoriser cette intégration dans les pratiques en classe ordinaire, la MILDECA participe en outre aux travaux du Conseil scientifique de l'Éducation nationale (CSEN). L'un de ses groupes de travail est consacré à la métacognition, capacité à prendre du recul sur ses mécanismes d'apprentissage et place donc au centre le contrôle des émotions, la capacité à interagir ou à collaborer avec autrui. Sont ainsi en construction des outils pédagogiques appelés à être diffusés très largement pour la formation, initiale et continue, des enseignants. Ils seront susceptibles d'apporter des réponses opérationnelles à plus grande échelle. La prévention des conduites addictives et la pédagogie sont ainsi en interaction et leurs évolutions se combinent pour améliorer, dans le même mouvement, la santé et les chances de réussite des élèves.

C'est pourquoi une stratégie nationale de déploiement des CPS a été annoncée, fin septembre 2021, lors des assises de la santé mentale et de la psychiatrie, clôturées par le Président de la République. Co-portée par les ministères des Solidarités et de la Santé et de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et des Sports, elle sera élaborée de manière concertée et coordonnée début 2022, avec une vision à moyen terme (2022-2027), afin d'agir dès le plus jeune âge, tout au long de la croissance et en synergie dans les différents milieux de vie. D'ores et déjà, Santé publique France a consolidé un référentiel pour favoriser le déploiement national de ces programmes de prévention en milieu scolaire.

En complément, informer sur les risques et s'appuyer sur la science

Le renforcement des CPS est une priorité mais d'autres actions sont aussi importantes.

La connaissance des risques liés aux conduites addictives est également à renforcer, auprès des jeunes mais surtout de leur entourage. Si ceux relatifs à la consommation de tabac semblent désormais en partie intégrés, des progrès sont encore à faire pour diffuser une reconnaissance des risques liés aux consommations précoces de cannabis et à celles de l'alcool pour, notamment, permettre un meilleur respect des repères de consommation à moindre risque et lutter contre les premières expérimentations dans le cercle familial.

Un autre angle de la prévention éducative mérite d'être cité : la prévention par les sciences. L'association l'Arbre des connaissances développe depuis plusieurs années des dispositifs de médiation scientifique, tels que les « Apprentis chercheurs » ou encore la plateforme MAAD digital.fr (www.maad-digital.fr), premier média d'information scientifique validée, conçue avec et pour les jeunes. Ces dispositifs permettent de relayer des informations pertinentes et d'aider à réfléchir autrement sur les risques immédiats des consommations, en particulier s'agissant de l'impact sur le fonctionnement cérébral. Depuis 2020, l'association a développé un module addictions au sein de sa plateforme « Jouer à débattre » pour initier les adolescents au débat citoyen à partir de la science des addictions (<https://jeudebat.com/jeux/addictions/>).

Les CPS au service de la prévention de la participation aux trafics

L'emprise des réseaux liés aux trafics de stupéfiants sur des territoires et des populations constitue un défi important, tout particulièrement pour les élus locaux, en première ligne face à la demande de sécurité et de tranquillité publiques. Depuis les années 90, les réseaux de trafics de stupéfiants ont compris tout l'intérêt de recourir à une main d'œuvre de plus en plus jeune, sous-payée, spéculant sur sa soi-disant « impunité » et vantant les possibilités d'une « ascension sociale » rapide et lucrative. Ces adolescents, recrutés pour des tâches de surveillance ou de manutention, ont parfois seulement 13 ou 14 ans. Cette réalité, qui touche nombre de territoires, notamment les quartiers en difficulté, expose ces « petites mains » du trafic à la violence et aux règlements de compte, laissant les familles, travailleurs sociaux, associations ou élus locaux souvent impuissants et désemparés.

En 2020, la MILDECA, avec les préfetures et les maires des communes, a ainsi lancé un dispositif expérimental ambitieux pour prévenir la participation des jeunes aux trafics à Loos (59), Lille (59), Sarcelles (95) et Saint-Laurent du Maroni (Guyane). Une évaluation externe sera conduite à l'issue des programmes d'actions prévus pour trois ans.

Ces projets innovants s'appuieront notamment sur le développement des CPS grâce au programme « *Unplugged* ». Celui-ci semble en effet répondre à certaines fragilités observées chez les adolescents susceptibles d'être recrutés par les réseaux criminels, en permettant un travail sur :

- l'affirmation de soi et la reconnaissance des autres ;
- les normes diffusées par certains groupes qui peuvent être trompeuses ;
- la mise à distance lucide du groupe, permettant ainsi de renforcer la capacité à dire « non ».

Conclusion

La prévention éducative a opéré un tournant important au cours des dernières années. Des moyens appréciables sont aujourd'hui déployés pour permettre aux plus jeunes de bénéficier de programmes procurant les meilleures chances de retarder l'âge des expérimentations et limiter les risques d'usage régulier. Améliorant le climat au sein des établissements scolaires et les résultats des élèves, ils apparaissent également prometteurs dans d'autres milieux ou circonstances de vie.

En influençant le comportement des adolescents et des jeunes, de tels programmes pourraient faire craindre que l'État et ses partenaires souhaitent imposer le modèle d'un homme dominant toutes ses passions, sachant renoncer au plaisir immédiat pour un bien-être que d'aucuns pourraient qualifier de terne. À de telles objections, il faut surtout rappeler qu'une prévention bien conduite laisse espérer des gains considérables en termes de liberté, par l'absence de dépendance à un produit, ainsi qu'en termes de santé et de qualité de vie immédiate et à long terme.

Notes

1. <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxss2bc.pdf>
2. Les 10 CPS définies par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : savoir résoudre les problèmes, savoir prendre des décisions, savoir communiquer efficacement (se faire comprendre), être habile dans les relations interpersonnelles, avoir une pensée créative, avoir une pensée critique, avoir conscience de soi (se connaître soi-même), éprouver de l'empathie pour les autres, savoir gérer son stress, savoir réguler ses émotions.

LA NORMALISATION DES POLITIQUES SUISSES DE LA DROGUE

Alexandre Pollien, sociologue, FORS / Université de Lausanne

Le cœur de la politique suisse en matière de drogues se caractérise par la stratégie des quatre piliers, soit la prévention, la réduction des risques, la répression et la thérapie (Boggio et al., 1997). Cette approche est citée en exemple (Beauchesne, 2007), son succès est remarquable : les scènes ouvertes ont été dispersées (Kübler, 2000), les atteintes à la santé ont été maîtrisées (Zobel et al., 2004, pp. 13-17), la criminalité a été réduite (Aebi et al., 1999). La méthode pragmatique développée en Suisse parvient à contrôler les manifestations les plus tragiques d'un phénomène avec lequel il faudra bien « apprendre à vivre » (Ehrenberg, 1996). Bien que le bilan soit globalement positif, il apparaît nécessaire de montrer ce que cette approche laisse dans l'ombre.

La politique actuelle trouve son origine dans l'émergence d'une panique morale (Cohen, 1972) face au mouvement de la contre-culture des années 60. La consommation de drogues illégales devenant le flambeau de l'opposition générationnelle à l'ordre de la société d'après-guerre, la réaction sociale adopte un train de mesures essentiellement répressives, bousculant la timide prévention déjà à l'œuvre et les thérapies naissantes. En 1975, la loi sur les stupéfiants datant de 1951 est révisée afin de punir non plus seulement le trafic, mais aussi la consommation (Cesoni et al., 1994, p. 14). Dans les années 80, les mouvements de jeunes revendiquent l'occupation d'espaces propres, des « centres autonomes » en marge des régulations étatiques (Roux et al., 1984, p. 204). Ces lieux se font rapidement déborder par des problèmes liés à la consommation d'héroïne (Béroud, 1982, p. 8). Lorsqu'ils sont évacués par la police ou par les occupants eux-mêmes, les consommateurs se retrouvent dans des espaces publics, formant des « scènes ouvertes », notamment à Berne, à côté du Palais fédéral, et à Zurich, dans le parc du Platzspitz.

Une étrange tolérance prévaut alors, la police essayant de circonscrire ces activités dans les espaces où elles s'étaient installées. Mais la consommation d'héroïne commence à poser de graves problèmes sanitaires : le sida d'abord, puis l'hépatite C, touchent particulièrement ces populations fragilisées. En 1986, le premier local d'injection est créé à Berne ; au même moment, la Ville de Zurich développe des programmes de distribution de seringues stériles (Geense et al., 1999, p. 35). Face à la pression croissante de l'opinion publique en prise avec ces scènes de détresse,

des initiatives voient le jour, élaborant sur le terrain un nouveau modèle appelé « aide à la survie ». Ces mesures innovantes – distribution de seringues, local d'injection, thérapie de substitution à la méthadone et traitement avec prescription d'héroïne – sont développées par des villes faisant face à des problèmes de sécurité et de santé publique (Kübler, 2000). Sur la base de ces premières expérimentations locales, la Confédération lance en 1994 un programme coordonné de mesures misant sur le concept de *réduction des risques* comme instrument prioritaire de sa politique en matière de drogues. Cette orientation met l'accent sur la santé des personnes dépendantes et l'enrayement de la propagation des maladies transmissibles. Les offres d'aide ne sont plus réservées aux personnes désireuses d'en finir avec leur dépendance. Cette philosophie du « bas seuil d'accès » s'étend rapidement du domaine de la santé à celui de l'hygiène et du logement (Samitca et al. 2001).

Une première dimension de cette transformation est axiologique : il s'agit non plus de tolérer une situation illégale circonscrite à un espace, mais de fournir au nom de motifs sanitaires une prestation dans un contexte d'actions illicites. Ce modèle de l'action sociale n'est pas introduit sans mal. Si les prémices ont été posées au milieu des années 80, il faut attendre dix ans pour que la distribution de seringues soit acceptée nationalement (Samitca et al., 2006). Après avoir mis l'accent sur la répression des trafics, puis sur la répression du consommateur-délinquant, la priorité qui fait jour porte sur le volet sanitaire. Cette politique, inscrite dans la loi en 2011 seulement, valide une vision pragmatique où l'aide n'est plus conditionnée à l'obéissance de l'aidé à la norme de l'aidant, mais à sa situation de détresse.

En inspirant tous les domaines de l'action sociale, la réduction des risques permet de surmonter la contrainte normative qui définissait les différentes dépendances, ce qui élargit l'horizon de l'intervention. Par souci d'optimisation des politiques publiques, les différents champs des dépendances sont intégrés (Wenger, 2014). À la consommation de drogues illégales est associé l'ensemble des comportements susceptibles d'être décrits dans les termes de l'addiction, impliquant les produits légaux de consommation comme le tabac et l'alcool, mais aussi les addictions sans substance, par exemple la pratique de jeux vidéo ou les jeux d'argent. Cette approche est conceptualisée dans le « modèle du cube », qui réunit les quatre axes de la prévention, de la thérapie, de la réduction des risques et de la répression, en tenant compte du fait que les mesures appropriées varient selon le produit et l'intensité de la consommation (Van der Linde, 2006). Suivant les préconisations de l'OMS (2010), le thème des addictions est associé à la lutte contre les « maladies non transmissibles », balayant l'ancienne conception morale et quasi épidémiologique d'une drogue qui « saute à la figure » du quidam au coin de la rue. Progressivement, les mesures concernant les drogues légales et illégales

sont associées au programme national de prévention *Alimentation et activité physique*, dans une stratégie globale visant à instaurer des conditions favorables à la santé comme variable déterminée par notre comportement et notre environnement. Ce rapprochement intègre parfaitement le modèle du « cube » mis au point dans le cadre de la lutte contre les addictions.

Une seconde dimension liée à cette compréhension plus nuancée de la consommation de drogue est ontologique, puisque la réduction des risques consacre une nouvelle approche que l'on peut qualifier de contextuelle. Le produit n'est plus considéré comme la finalité de l'action, mais comme l'objet autour duquel se structurent des usages (Couteron, 2015). La représentation de l'utilisateur de drogues se transforme : de victime du produit, il devient un acteur placé au centre du dispositif institutionnel. Cette perspective introduit la notion de compétence, impliquant un déplacement du sens de l'intervention : ce n'est plus un éducateur qui prescrit les bonnes pratiques, mais un préventologue qui, idéalement, met à disposition un certain nombre de ressources et de conditions-cadres. Toutefois, les milieux de la prévention ont rarement les moyens politiques de s'attaquer aux conditions structurelles des conduites addictives (Graf, 2012). Ils concentrent leur stratégie sur la responsabilité individuelle, cherchant à renforcer la culture sanitaire et à informer sur les conséquences possibles de certains schémas de comportement. L'accent porté sur les compétences confronte l'action sociale à la diversité du champ d'intervention. Face à la complexité sociologique des pratiques en contexte, c'est le thème de la santé psychique qui émerge comme axe commun de travail. Cette orientation se révèle au centre de nombreux projets, comme par exemple la campagne « Comment vas-tu ? », mise sur pied en 2014 par la fondation Pro Mente Sana et par plusieurs cantons (Berne, Lucerne, Schwyz et Zurich) – voir : <https://www.comment-vas-tu.ch/>. La dépendance apparaît comme une réponse à une situation de la vie qu'il importe de repérer suffisamment tôt. C'est l'idée phare des principales mesures dites « d'intervention précoce ». L'identification de signes d'une possible altération psychosociale devient l'affaire de tous : enseignants, travailleurs sociaux, médecins traitants, policiers. Le programme cherche à reconnaître les « signaux d'alarme ». Mais la difficulté à évaluer son efficacité (Delgrande Jordan et al., 2021) est peut-être due à l'impensé culturel de la notion de risque. Certains comportements potentiellement problématiques restent valorisés lorsqu'ils bénéficient directement à l'économie ou s'insèrent dans un imaginaire de l'optimisation de soi, comme dans le cas de la consommation de stimulants.

Le pragmatisme de la politique des dépendances tend à se resserrer sur la « gestion de la visibilité » (Savary, 2014), réintroduisant une dimension idéologique tout en renonçant à la dynamique de l'abstinence. Les actions ciblées pour renforcer les compétences de santé visent à donner aux personnes des pistes simples pour

« améliorer leurs performances tant physiques que mentales » (Salveter, 2017, p. 3). Les campagnes de sensibilisation diffusent le message que prendre les escaliers ou manger une pomme sont porteurs d'une promesse de qualité de vie. La stratégie de prévention cherche à normaliser le fait de ne pas fumer en mettant l'accent sur la liberté que procure une vie sans tabac. La prévention en matière d'alcool se concentre sur la maîtrise de la consommation (<https://www.mobile-coach.ch>). La campagne ascendante « Je parle d'alcool » incite chacun à trouver une réponse personnelle.

Le modèle du cube est abandonné en 2016, attestant de la fusion des différents domaines de la politique de santé dans une stratégie globale orientée par la réduction des risques. L'idée directrice est que la prévention devienne « un geste aussi naturel que se brosser les dents avant d'aller au lit » (Salveter, 2017, p. 2). Le concept de réduction des risques est appliqué à l'ensemble de l'activité quotidienne, l'objectif étant de donner aux gens les moyens de maîtriser les risques inhérents à la vie contemporaine. « Lire en chemin sur son smartphone, courir cinq fois par semaine, passer une soirée au casino, trinquer à l'occasion d'un événement... Plaisir, bénéfique, jeu ou rituel social, les comportements susceptibles de créer des dépendances appartiennent au quotidien. » (Jann et al., 2017). En évacuant la perspective en termes de substance, qui soutenait le principe moral de souillure (Douglas, 1971), le risque d'addiction se dilue dans la ritualité quotidienne. La stigmatisation, loin de disparaître avec la normalisation des produits réputés malfaisants, est réintroduite : la personne souffrant d'addictions comportementales est toujours désignée comme responsable de sa faiblesse.

La nature immatérielle des conditions de la dépendance dissimule le caractère bel et bien irréversible de certains dommages : les dettes du joueur compulsif suivent la personne toute sa vie. La réduction des risques, en développant l'idée du bas seuil, a permis de dépasser l'obstacle de la non-adhésion aux normes, qui posait des problèmes d'efficacité de l'action sociale. Mais elle reste soumise au contexte normatif environnant, comme lorsque l'on dénonce le non-paiement des amendes pour consommation de cannabis, que l'on refuse de distribuer des seringues stériles dans certaines prisons ou qu'il est exigé une abstinence de six mois avant de pouvoir être pris en charge. Certains prérequis pour obtenir de l'aide sont nécessaires au bon fonctionnement de l'institution mais s'opposent au principe fondamentalement dynamique de la réduction des risques.

Le « problème drogue » occupe moins l'opinion publique en Suisse aujourd'hui, peut-être parce qu'il ne questionne plus frontalement les normes dominantes. On ne se soucie pas des difficultés que peuvent éprouver certaines personnes à réguler leur utilisation du téléphone portable. En abordant l'individu dans sa globalité, cette nouvelle approche risque de perdre de vue le caractère toujours spécifique

d'une dépendance. Une perspective non liée aux substances implique pour les professionnels d'abandonner certains positionnements. Le risque étant que l'échange interdisciplinaire efface le fait que les comportements appartiennent à des registres sociaux. Confondre la stratégie avec la réalité du terrain, c'est oublier que les politiques ne transforment pas les représentations sur les drogues et risquer de perdre de vue le contexte qui fonde l'addiction. À l'heure de plaider pour une approche pragmatique qui reconnaît les droits des personnes dépendantes, il s'agit de rappeler la nécessité de l'insérer dans les domaines concrets de la politique sociale, comme la famille ou l'emploi.

Bibliographie

- Aebi, M. F., Ribeaud, D. & Killias, M. (1999), Prescription médicale de stupéfiants et délinquance : résultats des essais suisses, *Criminologie*, 32(2), pp. 127-148.
- Beauchesne L. (2007), « Une légalisation des drogues inscrite en promotion de la santé : les conditions », *Criminologie*, vol. 40, no. 1, pp. 135-154.
- Bérout G. (1982), « Valeur travail et mouvement de jeunes », *Revue internationale d'action communautaire*, no. 8, pp. 5-30.
- Boggio Y., Cattacin S., Cesoni M. Lucas B. (1997), *Apprendre à gérer : politique suisse en matière de drogue*, Genève, Georg.
- Cesoni M. L. et Robert, C-N. (1994), *Étude sur la politique législative suisse en matière de prévention des toxicomanies*, Genève, CETEL, 1994.
- Cohen S. (1972), *Folk Devils and Moral Panics: The Creation of the Mods and Rockers*, London, McGibbon and Kee.
- Couteron, J. (2015), « La réduction des risques », *Vie sociale et traitements*, 126, pp. 52-58.
- Delgrande Jordan, M., Notari, L., Schmidhauser, V., Mathieu, T. et Stucki, S. (2021). *Expertise sur l'efficacité de l'approche d'Intervention précoce et l'étendue des groupes concernés en Suisse*, Lausanne, Addiction Suisse.
- Douglas, M. (1971), *De la Souillure*, Paris, Maspero.
- Ehrenberg A. (1996), « Comment vivre avec les drogues ? Questions de recherche et enjeux politiques », *Communications*, 62, pp. 5-26.
- Geense R. et Thomas, R. (1999), *Conditions d'injection en Suisse romande : situation et pistes d'amélioration*, Yverdon/Fribourg, GREAT/OSEO.
- Graf M. (2012), « Quelles approches de prévention structurelle faut-il implanter pour protéger la jeunesse ? » in P. Jaffé et D. Lachat (dir.), *Adolescents et alcool, un cocktail détonnant*, Sion, Institut Kurt Bösch, pp. 78-83.
- Jann, M. et Weber M. (2017), « Les bases de la nouvelle Stratégie nationale Addictions sont posées », *Spectra*, n° 118.
- Kübler D. (2000), *Politique de la drogue dans les villes suisses entre ordre et santé*, Paris, L'Harmattan.
- OMS (2010), *Plan d'action 2008-2013 pour la stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles*, Genève, WHO.
- Roux P. et Pedraza A. (1984), Lausanne bouge : le tournant obscur, *Revue suisse de sociologie*, No. 10, pp. 197-211.
- Salveter R. (2017), « Un style de vie sain, c'est payant », *Spectra*, no. 116.

Samitca S, Geense R, Huissoud T, Morency P, Benninghoff F, Dubois-Arber F. (2001), *Évaluation de deux structures à bas seuil de la ville de Lausanne : Le Passage et Le Point d'eau*, Lausanne, IUMSP, 2001.

Samitca S., Jeannin A, Arnaud S., Dubois-Arber F. (2006), *Remise de seringues et de traitements à la méthadone pour les personnes toxicomanes*, Lausanne, IUMSP.

Savary, J.-F., (2014) « La politique de la drogue en Suisse, entre solidarité et ostracisme » in Voélin, S. Eser Davolio M. , Lindenau, M. (dir.) *Le travail social en résistance et innovation*, Genève, IES éditions, pp. 287-295.

Van der Linde, F. (2006) « Les perspectives ouvertes par “psychoaktiv.ch” », *Dépendances*, no. 29, pp. 2-4.

Wenger J., Surber, M., Lanzi, L., Gantenbein, F., Kübler, D., (2014), *Analyse de la politique en matière des addictions en Suisse : les coalitions de cause dans les domaines de l'alcool, du tabac et des drogues*, Zurich, Institut für Politikwissenschaft.

Zobel F., Dubois-Arber F. (2004), *Brève expertise sur le rôle et l'utilité des structures avec local de consommation (SLC) dans la réduction des problèmes liés à la drogue en Suisse*, Lausanne, IUMSP.

LE POLICIER FORMATEUR ANTI-DROGUE : UN INTERMÉDIAIRE EN SANTÉ PUBLIQUE

Anne Wulleumier, IHEMI - Chercheure associée au CESDIP

Cet article est consacré à une figure particulière de policier, le policier formateur anti-drogue (PFAD), qui émerge en France dans les années 1980 et persiste jusqu'à aujourd'hui. À partir de données recueillies dans le cadre d'une enquête menée entre 2013 et 2016, il se propose de qualifier l'activité pédagogique de ce policier comme un travail d'intermédiaire en santé publique. Pour ce faire, nous allons discuter rapidement des conditions d'émergence de ce rôle de policier éducateur, de sa construction institutionnelle et de ses modalités de mise en œuvre dans le contexte scolaire. N'étant pas spécialiste du champ des drogues, nous privilégions un angle de sociologie de la police et non de sociologie des drogues.

Présentation de la recherche IPOGEES

J'ai conduit entre 2013 et 2016 en France et à l'étranger une recherche ANR dénommée IPOGEES (interventions des POLiciers et des GEndarmes en matière de sécurisation des Établissements Scolaires), visant à récolter des données sur les relations entre la police et l'école (Wulleumier, Debarbieux, 2016). Pour les besoins de cet article, je vais ici me centrer uniquement sur l'enquête française. J'ai suivi en établissements scolaires des PFAD et des FRAD (Formateurs relai anti-drogue, qui sont l'équivalent en gendarmerie) qui organisent des ateliers débats avec les élèves sur une pluralité de sujets. Précisément, j'ai observé, sur une durée de deux ans, 120 interventions pédagogiques développées à destination de 142 classes, d'enseignement public ou privé, primaire (13) et secondaire (84 collèges et 23 lycées). 51 de ces séances sur 120, soit un peu plus de 2 sur 5, concernaient la prévention des usages de drogues. Dans le même temps, j'ai aussi mené un travail par entretiens, auprès des personnels de 22 unités spécialisées, parisiennes et provinciales, de police et de gendarmerie dont provenaient les professionnels observés et auprès des adultes des établissements scolaires qui programmaient ces interventions (chefs d'établissements et adjoints, CPE, enseignants, infirmières scolaires, etc.). J'ai enfin réalisé des observations de la formation délivrée aux intervenants policiers, au cours de stages de quatre semaines, dorénavant ouverts à la gendarmerie. J'avais prévu également une composante évaluative pour essayer d'analyser ce qui se passait réellement au cours de la séance dans une optique de sociologie de la réception : que percevaient

les élèves, que retenaient-ils de cette mobilisation adulte pour prévenir les usages de drogues dans la jeunesse ? Malheureusement, cette dimension n'a pu être traitée que sporadiquement, sans doute en raison de la conscience, chez la plupart des commanditaires scolaires de ces interventions, des limites inhérentes à la modestie du programme déployé.

Avant d'analyser le partenariat entre police et école, j'avais précédemment étudié le partenariat entre polices, au début des années 2000, puis pendant dix ans, de 2002 et 2012, le partenariat entre polices et administrations financières. L'idée, derrière ce programme de recherches, est d'analyser l'encastrement social de la police ou, en d'autres termes, de prendre l'institution policière non pas comme une administration extérieure au monde social mais comme une partie de celui-ci. D'un point de vue de politiques policières, l'intérêt du dispositif PFAD pour le sociologue de la police est double : il relève en effet à la fois de cet encastrement social de la police (il existe parce qu'il y a une demande sociale d'action publique de prévention des conduites à risques, adressée à la police, en particulier en direction des publics jeunes) mais aussi d'une volonté propre à la police de diversifier ses modes d'action, en l'occurrence pour essayer de gagner en efficacité en matière de lutte contre les drogues.

Émergence du rôle de PFAD

En matière de drogues, en effet, on attend peu la police sur le terrain de la prévention des usages, c'est à dire ici l'action pédagogique, ce que j'ai appelé l'action par le verbe (Wuilleumier, 2015) ; mais on l'attend beaucoup en revanche sur le terrain de la répression, c'est à dire le triptyque surveillance, arrestation, présentation de mis en cause à la Justice, avec parfois une répétition de ce circuit. La lutte contre la circulation des drogues illégales occupe en réalité beaucoup la police ; si on y regarde de près, on pourrait même penser qu'elle l'occupe un peu trop au regard des ressources mobilisées et immobilisées dans cette lutte. Cet investissement va avoir tendance en effet à écraser l'action publique de sécurité concernant d'autres pans de la criminalité, et ce pour un résultat peu spectaculaire puisque les indicateurs d'usage de drogues restent malgré tout au rouge de manière continue depuis le dernier tiers du 20ème siècle. Ainsi peut-on comprendre que l'idée d'explorer d'autres voies d'action que le seul triptyque surveillance, arrestation, présentation d'individus à la Justice ait germé aussi au sein des services de police et en l'occurrence tout particulièrement au sein de la brigade des stupéfiants de la préfecture de police de paris (BSPP).

Dans les années 1980/1990, la BSPP est confrontée à une explosion des gardes à vue d'usagers de drogues (à l'époque surtout de consommateurs d'héroïne) et c'est ce qui va la mettre en mouvement : selon Michel Bouchet, qui prend la tête

de la BSPP en 1989 « *Tous les matins, il y avait entre 60 et 80 personnes dans les salles de gardes à vue* », dont beaucoup de mineurs, pour un total de 12 000 gardes à vue par an. Ce qui, aux yeux de son chef, était « considérable ». Pour caractériser ce bougé de frontière avant tout pragmatique de l'activité policière, Michel Bouchet, rencontré lors de mon enquête de terrain, a fait référence en entretien à un sketch de Coluche intitulé *Misère* dans lequel le célèbre humoriste des années 1970 et début 1980 s'exclamait : « Quand on pense qu'il suffirait que les gens arrêtent de les acheter pour que ça ne se vende plus ! ». C'est une formule très générationnelle, mais ce qu'elle veut dire est assez simple : agir sur la demande est aussi et d'abord une manière de réduire l'offre. L'objectif reste le même, il s'agit pour les polices d'explorer un autre moyen d'atteindre ce but. C'est d'ailleurs une démarche que de très nombreuses polices à travers le monde ont adoptée. Ainsi, la plus ancienne incursion connue en matière de pédagogie des drogues en milieu scolaire est celle de la police de Los Angeles et date de 1984.

Construction et développements du rôle de PFAD

Le terme de PFAD et celui de FRAD émergent dans les années 1980 (vers 1984/1985). Un appel à volontaires est alors lancé au sein des organisations policières pour constituer un vivier de spécialistes des drogues pour des enjeux internes. En police, il s'agit de former les agents de première ligne (les gardiens de la paix, qui à l'époque n'ont pas accès à la qualification d'enquêteur judiciaire, mais procèdent à des arrestations en flagrance dans les rues) à des rudiments de droit pénal et surtout à la détection des produits qui circulent en France. Il s'agit initialement, en d'autres termes, d'aiguiser les regards policiers dans un but quantitatif (ouvrir plus de dossiers de poursuites judiciaires) et qualitatif (en éliminant les erreurs concernant l'identification des produits, ainsi que dans l'appréhension du cadre juridique). En Gendarmerie s'ajoutent également des enjeux de sensibilisation des personnels sur les dangers liés à leur propre consommation.

À partir des années 1990, se développe une demande sociale d'information sur les risques associés à la consommation, les réponses sanitaires disponibles et le droit des drogues et ce développement va réorienter progressivement l'activité des PFAD / FRAD de l'interne vers l'externe du monde policier. J'ai pu reconstituer dans ma recherche la séquence concernant la BSPP. Dès la fin des années 1980, le service ouvre un numéro vert (intitulé SOS drogues) pour répondre aux sollicitations du public et en particulier des parents. Les PFAD de la brigade sont chargés de la réponse aux appels. Au printemps 1990, ces PFAD sont sollicités par le rectorat de Paris pour co-animer au sein de lycées parisiens avec d'autres professionnels (magistrats, soignants, travailleurs sociaux) une exposition itinérante intitulée « la drogue, en avoir c'est se faire avoir ». À l'issue de cette

expérience, à partir de l'année scolaire 1990/1991, alors que les autres intervenants se retirent du dispositif, le partenariat entre la préfecture de police et le rectorat de Paris se routinise, la demande scolaire explose et les PFAD de la brigade (qui passent de deux à trois agents) sont invités à animer des séances en établissements scolaires à partir de leur propre ligne pédagogique.

Les PFAD abandonnent à l'occasion de cette montée en puissance la ligne purement juridique qui leur avait valu d'être sollicités initialement, mais dont ils constatent très vite qu'elle laisse les élèves indifférents. Ils souhaitent mobiliser les élèves et les faire parler pour éviter de monologuer, une situation qui les met mal à l'aise, et l'évocation du droit applicable s'y prête mal. Ils se recentrent alors sur l'analyse de ce qui fait la popularité des drogues, constituent un fonds documentaire et perfectionnent leurs argumentaires en analysant collectivement les réactions des élèves lors des séances qu'ils animent pour identifier les énoncés qui fonctionnent (et écarter les autres). Ils construisent progressivement un dispositif de « réunion discussion », qui consiste à travailler sur les discours publics sur les drogues, c'est-à-dire en l'occurrence à mettre en valeur les discours internes aux groupes juvéniles défavorables à l'expérimentation des drogues et se servir de cette parole des pairs pour disqualifier ceux qui en font la promotion. De nombreux registres socio-économiques concernant le coût social des drogues sont exploités empiriquement à cette époque.

L'expérience de ces PFAD alimente la construction de nouveaux volets (externes) dans la formation, qui conduit à la labellisation de nouveaux agents et à un essaimage de cette pratique pédagogique. À partir de 1995, la police nationale constitue ainsi (sous l'égide d'une administration de mission placée au sein du ministère de l'Intérieur), une petite unité nomade, intitulée UPCR, unité de prévention des conduites à risques, qui sera en activité jusqu'en 2014, composée de 6 PFAD au plus fort de son existence. Celle-ci développera le même type d'interventions que la BSPP, mais en format plus réduit (une heure d'intervention plutôt que deux). D'abord destinée à aller au contact des jeunes sur leur temps de loisirs, l'UPCR se déplace très vite en France, en dehors des saisons touristiques, pour proposer des interventions en établissements scolaires. Sont ciblés alors en priorité des régions et des établissements qui ne disposent pas d'offre pédagogique policière de proximité.

L'offre de proximité se développe en effet, mais de manière non homogène sur le territoire, fonction, en grande partie, de l'appétence des chefs de service locaux pour cette activité de prévention. C'est une histoire d'abord locale qui caractérise ainsi l'investissement du ministère de l'Intérieur dans la prévention par le verbe. Mais dans cette activité qui s'institutionnalise par le bas, on peut observer que la pression externe, et notamment celle qui provient des établissements scolaires

joue aussi un rôle important : certains chefs de service, bien que réticents, encouragent le développement de cette activité face à la pression de l'école devenue « partenaire prioritaire » des polices françaises.

Cadrage institutionnel du rôle : la formation des PFAD

La transformation progressive du rôle de PFAD, brossée à grands traits ci-dessus, s'accompagne d'une transformation de leur formation, laquelle se professionnalise à partir du tournant des années 2000, sous l'impulsion du rapport de Philippe Parquet intitulé *Les Pratiques addictives : usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives*, rapport remis en 1999 au secrétaire d'État à la Santé, dont le plan triennal (1999-2001) de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie (MILDT) assure le déploiement.

Jusqu'en 1999, le stage PFAD, d'une puis deux semaines, était essentiellement centré sur la connaissance des produits stupéfiants. Pour reprendre les termes d'un formateur au long cours, issu de l'Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS, aujourd'hui OFAST), rencontré en entretien, les policiers étaient alors dans « l'information » plus que dans « la prévention » ; dans ce domaine, ils mettaient en avant en réalité surtout les dangers des produits, à côté d'une approche également « géopolitique » relative aux « routes des drogues ». À partir des années 2000, le stage se réinvente selon trois lignes de fuite :

- La formation est reprise en charge par l'Institut de formation de la police nationale (INFPN), situé à Clermont Ferrand, et devient un stage de formation continue parmi d'autres. À cette occasion, des psychologues, qui constituent une partie importante de l'équipe pédagogique de l'INFPN, acquièrent une part centrale dans la formation des intervenants.
- La notion de « drogue » est redéfinie : les drogues sont dorénavant appréhendées comme des substances psychoactives agissant sur le cerveau. La question de la légalité des produits devient secondaire et le tabac et l'alcool entrent dans le périmètre des « drogues » que les PFAD doivent aborder en milieu scolaire.
- Le stage PFAD se dote d'une troisième semaine dédiée à l'appréhension des enjeux pédagogiques relatifs à la prévention en milieu scolaire (connaissance des publics juvéniles, compréhension des problématiques relationnelles, notamment entre pairs), puis à la fin des années 2000, d'une quatrième semaine pour permettre d'intégrer un temps de mise en situation en établissement scolaire des futurs intervenants.

Il découle de cette réforme un modèle pédagogique qui met l'accent sur le messenger plus que sur le message : un modèle qui insiste en d'autres termes sur

les compétences relationnelles que doivent développer les intervenants pour interagir avec un public, qu'il s'agit d'accompagner dans sa réflexion, mais en aucun cas d'édifier. C'est d'ailleurs en tenant compte de ces paramètres que j'ai adopté, pour qualifier ce rôle de PFAD, la notion de policier éducateur, en vogue au Canada, mais qui surtout, de mon point de vue, permet de mettre à distance l'idée fautive d'un policier « professeur », laquelle n'est pas dans l'esprit du dispositif¹.

Les savoirs proposés aux PFAD dans la formation qu'ils reçoivent sont majoritairement puisés au langage commun de la santé publique, entendue au sens de l'OMS, selon laquelle « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Dans le sillon du rapport Parquet, le PFAD devient ainsi un intermédiaire de la santé publique². Ses interventions ont pour objet la sensibilisation des élèves aux effets psychoactifs des produits consommés et aux risques d'addiction qui en découlent. Ces risques d'ordre physiologique sont ensuite traduits sur un plan social et comportemental et inscrits dans des registres faisant envisager des pertes de chances (notamment scolaires) et des pertes de libertés (ce qui permet aussi de réintroduire la dimension pénale liée à la prohibition de certains produits ou à certaines réglementations restrictives s'agissant des produits légaux). Enfin, ces savoirs sont bien entendu aussi hybridés au cours des interventions avec d'autres savoirs, et notamment avec des savoirs d'expérience du policier, en particulier ceux qu'il engrange au cours de ses missions de surveillance des scènes de consommation de drogues. Ces « savoirs coupables »³ du policier (Hughes, 1997) constituent une ressource de légitimation utile au policier dans sa politique *d'aller vers* les jeunes scolarisés inspirée de l'éducation populaire. Ils favorisent le questionnement direct du policier et autorisent, paradoxalement, les jeunes à dire leurs transgressions ponctuelles ou coutumières et les sentiments mêlés de honte et de plaisir qui y sont inextricablement associés. Partant de ce constat, j'ai aussi insisté dans le rapport de recherche sur la forte dimension de « désérotisation » des consommations de produits psychoactifs, qui, à mon sens, qualifie assez bien ce travail de pédagogie (indirecte) de la loi développé par le PFAD en matière d'usages de drogues.

En conclusion

Après avoir rappelé dans les lignes qui précèdent le travail institutionnel de conversion, opéré au tournant des années 2000, qui fut au principe de l'institutionnalisation du PFAD comme intermédiaire de santé publique, il paraît intéressant de s'interroger sur le caractère labile de cette prise de rôle. Je raconte dans un chapitre d'ouvrage déjà cité, le travail de forçage réalisé par les

formateurs de l'INFPN pour faire advenir le PFAD par remodelage du policier de terrain (Wuilleumier, 2015). Peut-on en déduire que ce dispositif PFAD constitue aussi une courroie pour l'adaptation du travail policier d'intermédiation à l'évolution des répertoires éducatifs légitimes en matière de prévention des usages de drogues ? Cette question est très actuelle, toutes choses égales par ailleurs, étant données les inflexions apportées par la MILDECA au cadrage de la question des drogues, qu'elle entend faire muter pour aller vite du registre de la santé publique à celui de la santé mentale.

En réalité, cette question se posait déjà à la fin de mon terrain et mes interlocuteurs m'exprimaient alors à bas bruit un désarroi grandissant face à la mutation du langage légitime en prévention des usages de drogues. Ils voyaient monter la matrice de *l'État thérapeutique*, pour parler comme Guillaume Ouellet et ses collègues (Ouellet et al. 2021), et se considéraient en déphasage par rapport à celle-ci. Les policiers observés se montraient en effet à l'aise dans un travail symbolique d'activation capacitaire, qui fait en réalité partie de la boîte à outils traditionnelle du policier, même si ce compartiment est notoirement sous-employé en France. Ils n'éprouvent pas de difficultés avec le registre de la responsabilisation individuelle, déployé aujourd'hui dans de nombreux segments d'action publique, a fortiori « *dans un cadre où la prohibition fait porter à l'usager un impératif de contrôle de soi* », pour parler comme Jean-Pierre Couteron (Couteron, 2021). En revanche, le registre du *soin* leur reste très étranger⁴. À l'aise dans un rôle d'intermédiaire de la santé publique, le policier forcerait sans doute trop sa nature en devenant opérateur en santé mentale. Il forcerait en tout cas certainement beaucoup la culture de l'institution à laquelle il appartient⁵. Ces dispositions différentielles par rapport à l'État capacitaire ou à l'État thérapeutique rendent peu probable une nouvelle mutation du dispositif pédagogique du PFAD en matière de prévention des usages de drogues et expliquent sans doute, en partie, la tendance actuelle à sa marginalisation en matière de politiques éducatives dans ce domaine.

Notes

1. Certains intervenants mobilisent cette posture de policier professeur dans leurs interventions pédagogiques. On remarque néanmoins qu'elle est généralement au principe de séances moins bien acceptées par le public juvénile ainsi que d'une certaine mise à l'écart de ces agents par le collectif de travail.

2. Ceci distingue leur dispositif pédagogique de celui des policiers nord-américains, et notamment canadiens, que j'ai observés également, qui demeurent cantonnés dans un rôle d'intermédiaire du droit.

3. Selon Hughes en effet, certaines professions « *tirent leur légitimité (...) du contact qu'elles entretiennent avec des choses sales, taboues, maudites d'une société* » (Payet, 1997).

4. Un registre du « care » qui inscrit le travail policier dans une moyenne durée, à ne pas confondre avec le registre de l'empathie qui amène parfois les enquêteurs à soulager

« spontanément » les souffrances d'un gardé à vue par des actions ponctuelles (achat de sandwichs, don de cigarettes, etc.).

5. Il existe une police dans le monde qui a décidé de faire sien ce registre du « soin », celle de la ville québécoise de Longueuil (limitrophe de Montréal). Dans le cadre d'une expérimentation financée par le gouvernement du Québec, elle développe cependant, pour faire advenir ce policier des temps (hyper)modernes, un dispositif profond de conduite du changement, qui passe notamment par un renouvellement des politiques de recrutement et de formation des agents (Pour en savoir plus, cf. https://www.securitepublique.gouv.qc.ca/fileadmin/Documents/police/pratiques_policiers/memoires_ccrp/2411_Longueuil_2.pdf).

Bibliographie

Couteron J.P. (2021), « Comment la loi de 1970 a limité les réponses de soins, plus que contenu les usages », *Politiques des drogues*, 1, consulté le 07 octobre 2021 <https://esd.cnam.fr/actualite/revue-politiques-des-drogues/>

Hughes E.C. (1997), *Le regard sociologique. Essais choisis*, Paris, éd. de l'EHESS.

Ouellet G., Bernheim E., Morin D. (2021), « « VU » pour vulnérable : la police à l'assaut des problèmes sociaux », *Champ pénal/Penal field*, 22, <http://journals.openedition.org/champpenal/12988>

Payet J.P. (1997), « Le « sale boulot » : Division morale du travail dans un collège en banlieue », *Les Annales de la Recherche Urbaine*, 75, pp. 19-31.

Wuilleumier A. (2015), « Refonder l'asymétrie par le verbe ? Approche ethnographique des conférences policières en établissements scolaires », in J.P. Payet et A. Purenne (dir.), *Tous égaux ! Les institutions à l'ère de la symétrie*, Paris, L'Harmattan, pp. 167-189.

Wuilleumier A., Debarbieux E., (2016) Les interventions des policiers et des gendarmes en matière de sécurité des établissements scolaires (IPOGEES). Rapport final, 120 p. (français, anglais), en ligne sur https://www.researchgate.net/publication/314977504_Les_interventions_des_policiers_et_des_gendarmes_en_matiere_de_securite_des_etablissements_scolaires_ANR_IPOGEES_Rapport_final

RÉDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES APPLIQUÉE À L'ALCOOL : UNE EXPERTISE INSERM ET DES QUESTIONS PRATIQUES

Pierre Polomeni et Guillaume Airagnes
médecins psychiatres-addictologues

La Réduction des Risques et des Dommages (RDRD) s'est développée depuis les années 80, comme technique ou postulat afin de limiter ou d'éviter une altération de la santé des usagers du fait de leur consommation de drogues. Plusieurs concepts ont été développés, tels que le gradualisme, qui construit un pont entre les différentes postures de prise en charge ; « L'approche gradualiste est un enrichissement mutuel entre l'abstinence et la RDRD en mettant l'accent sur les forces respectives et la complémentarité de ces deux paradigmes » (Marlatt, 1996; Kellogg, 2003).

L'approche gradualiste se conçoit comme des interventions tout au long du comportement de consommation, ce qui implique des adaptations et des méthodes différentes selon les temps de vie de l'utilisateur : elle construit des attitudes en faisant alliance avec les compétences et les besoins des usagers (*Harm Reduction Therapy*, Denning, 1998). Elle évite des attitudes stigmatisantes ou moralistes, pour se rapprocher de l'utilisateur-citoyen respecté dans sa manière de vivre.

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 dite de Modernisation du Système de Santé renforce ce principe en dépassant la question du risque infectieux chez les usagers de drogues par voie intraveineuse pour élargir le périmètre de la RDRD à l'ensemble des substances psychoactives et des modalités d'usage.

Réductions des dommages liés à l'alcool

En matière d'alcool, la RDRD s'est imposée plus tardivement, d'abord en opposition avec l'abstinence, puis en cohérence avec elle depuis qu'il est établi que les risques et les dommages liés à la consommation d'alcool sont dose-dépendants (Maremmani et coll., 2015).

Cet « usage moins nocif de l'alcool », faisant écho à « l'injection à moindre risque » a été accompagné par la reconnaissance d'un certain nombre de postures soignantes et d'outils, médicamenteux ou non, susceptibles d'améliorer la qualité de vie des personnes ayant un usage d'alcool à risque ou une dépendance

à l'alcool (Sobell, 1973). Parallèlement, dénoncer les actions marketing des alcooliers visant à recruter de nouveaux consommateurs et renforcer la Loi Évin ont également été identifiées comme des actions de réduction des risques (recommandations Inserm 2021).

Dans le cadre de la stratégie gouvernementale de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017, la MILDECA et le ministère en charge de la Santé ont sollicité l'Inserm pour la réalisation d'une expertise collective afin d'actualiser les connaissances scientifiques sur l'alcool, ses effets sur la santé, les niveaux et modalités d'usages associés à sa consommation en France ainsi que les stratégies de prévention efficaces. Ce rapport, paru en 2021, a permis aux auteurs d'émettre des recommandations d'actions et de recherches qui pourront contribuer à l'amélioration des connaissances des effets sociaux et sanitaires de la consommation d'alcool dans l'objectif de renforcer la prévention auprès de la population à différents niveaux.

Une partie de ce rapport est consacrée à l'approche « clinique » de la RDRD et à une analyse des stratégies de prise en charge des différents types de consommateurs. L'expertise distingue trois types de consommation et adopte les terminologies suivantes : consommation à faible risque, consommation à risque (sans dépendance) et dépendance (parmi les consommateurs à risque).

Sur le plan clinique, la RDRD vise plusieurs objectifs :

- Faciliter l'accès aux soins à un usager acteur de sa santé. En effet, il existe un défaut majeur d'accès aux soins des patients dépendants à l'alcool car seulement 10 % d'entre eux bénéficieraient de soins addictologiques. Contrairement aux idées reçues, le déficit motivationnel à changer ses comportements vis-à-vis de l'alcool n'est pas la seule explication pour rendre compte de cette situation. En effet, environ la moitié des patients se rendent à une consultation d'addictologie qui leur a été préconisée à l'occasion de leur passage dans un service d'accueil des urgences.

- Réduire les dommages liés à l'usage d'alcool. Une réduction des consommations montre en effet, dans de multiples travaux scientifiques, son rôle déterminant dans la réduction des dommages.

- Proposer une alternative à une approche « zéro tolérance » et promouvoir l'accès à des soins addictologiques adaptés aux attentes et aux besoins des patients. Environ la moitié des patients dépendants ne souhaitent pas arrêter totalement l'usage de l'alcool. Il apparaît alors comme prioritaire de faciliter leur entrée dans les soins, avec des objectifs thérapeutiques pragmatiques en fonction de ce que le

sujet est prêt à accepter. Pour ces patients, un objectif initial de réduction plutôt que d'arrêt de l'usage est donc à proposer. La réduction de la consommation a effectivement montré de nombreux avantages parmi lesquels la possibilité d'effectuer des entretiens motivationnels destinés à favoriser la motivation à des objectifs plus ambitieux, la prise en charge des comorbidités sociales, somatiques, psychiatriques et addictologiques et la réduction des risques et des dommages.

Partir des besoins et des compétences des personnes

Ce « principe de santé » exige d'aller vers des usagers, de tenir compte de leurs compétences et de leurs choix. Différentes stratégies thérapeutiques complémentaires sont utilisées en fonction du stade de la prise en charge. « *Start where the client is* » impose d'accepter l'autre tel qu'il est et de construire avec lui une réponse à ses besoins (Vakharia et Little, 2017).

Ainsi, avoir une vision « chronologique du parcours de vie » d'un usager doit amener à faire le meilleur choix (intervention, outil, etc.) à chaque moment de sa vie, en incluant l'abstinence parmi les stratégies thérapeutiques potentielles (Coppel, 2016).

Il faut en déduire une position centrée sur un « ici et maintenant », en aidant à aménager la rencontre entre un individu et un produit et en s'adaptant aux conditions de la consommation (Jauffret-Roustide, 2011). Il s'agit donc d'adopter une approche pragmatique de santé publique qui rompt avec la condamnation des consommations et des consommateurs (Tatarsky, 2003).

Chez certaines personnes marginalisées, sans hébergement, consommant par exemple des alcools frelatés ou dans des conditions dangereuses, et étant dans l'incapacité de limiter leurs usages, le fait de créer ou de maintenir du lien et de prioriser la « mise à l'abri » amène à proposer de façon organisée des boissons dont la quantité, le type et les heures sont convenus, à l'instar des MAP canadiens « *managed alcohol program* ». Cette RDRD n'évolue pas dans le champ de la réduction, mais dans l'aide à l'aménagement des consommations, dans une prévention des accidents liés à des alcoolisations dangereuses (Muckle, 2012).

De plus, il existe des liens bilatéraux entre l'absence de domicile fixe et la dépendance à l'alcool. Ainsi, la reprise d'un logement est à considérer comme une urgence thérapeutique chez tous les patients sans domicile fixe présentant une dépendance à l'alcool. Autrement dit, l'accès au logement ne devrait pas être assujéti à l'observance préalable aux soins addictologiques.

Sur le plan du soin, associée parfois à certains médicaments, la réduction des consommations est obtenue grâce à des entretiens ciblant la quantification précise des boissons absorbées ainsi que les « manières de boire ». Des objectifs, réalistes et hiérarchisés, sont alors fixés, adaptés aux possibilités des personnes (qui sont parties prenantes de cette réduction et de ces objectifs).

Les techniques d'interventions brèves (RPIB) et d'entretien motivationnel permettent d'augmenter le nombre de personnes prenant conscience de leur consommation, de les aider à identifier des changements possibles et de favoriser leur accès aux soins (Nice, 2011; Connor et coll., 2016 ; Mann et coll., 2017). La mobilisation d'associations, telles que les mouvements d'entraide, de patients experts et l'éducation thérapeutique, s'avère nécessaire.

Les médecins, tout en reconnaissant leur légitimité à intervenir et l'adéquation entre la pathologie et leur place, expriment une faible confiance en eux et une faible satisfaction professionnelle quant à la prise en charge des consommations à risque (Blanquet et coll., 2015). Des formations réalisées chez les professionnels ou auprès d'étudiants participant à des réunions d'alcooliques anonymes, ont considérablement modifié leur savoir-faire et leurs perceptions (Kastenholz et Agarwal, 2016). Lappin fait le même constat aux urgences. Il évalue le devenir des patients consultant pour un problème lié à l'alcool : leur devenir s'améliore lorsque les soignants sont formés spécifiquement, se traduisant par une utilisation « en routine », c'est-à-dire « naturelle », des outils de repérage (Lappin et coll., 2018).

Des techniques non médicamenteuses

En termes de prise en charge, concernant les consommateurs d'alcool à risque, les psychothérapies et les thérapies médicamenteuses constituent les axes majeurs, mais de nombreuses autres possibilités sont décrites. Ces autres interventions doivent être sérieusement évaluées afin d'éviter les échecs potentiellement associés à des interruptions dans la prise en charge.

La plupart des techniques non médicamenteuses sont indiquées pour les patients ayant un usage d'alcool à risque. Ainsi, l'activité physique au regard de la RDRD a un rôle positif sur les facteurs de risque de consommation (motivation, état de santé, éléments anxio-dépressifs...).

Différentes techniques, malgré un intérêt théorique et des résultats partiels, n'ont pas encore fait leurs preuves (notamment l'efficacité sur la réduction des consommations et la durée de l'effet). Nous pouvons citer les techniques d'électrostimulation (tDCS) et de stimulation magnétique répétitive (rTMS)

transcrâniennes du cerveau, le neurofeedback et l'acupuncture. Ces techniques sont l'objet d'un nombre important d'études, soulignant leur intérêt pour les équipes de recherche internationales. Des recherches complémentaires semblent indispensables, et ceci est recommandé par l'Inserm.

Parallèlement à ces techniques, deux modalités d'interventions ou de soutien se distinguent et présentent un intérêt majeur :

- Les groupes d'auto-support ou d'entraide (par exemple Alcooliques Anonymes) dont le rôle, bien identifié dans de multiples publications, d'aide à la motivation et d'accompagnement renforce les capacités de résilience des usagers. Le support apporté par les groupes serait à la fois « spirituel, informationnel, émotionnel, instrumental » (Brooks et coll., 2017).

- Les interventions utilisant Internet ou des applications sur un ordinateur ou un smartphone participent à un meilleur repérage, à une meilleure évaluation, à une bonne diffusion de messages informatifs, et multiplient les possibilités de consultations (Quanbeck et coll., 2014). Dans les prochaines années, une meilleure compréhension de leurs mécanismes d'actions et une validation des outils efficaces parmi une masse d'applications aux contours flous seront à réaliser.

Stratégies de prise en charge des personnes dépendantes de l'alcool

La dépendance à l'alcool correspond au stade le plus sévère du trouble de l'usage de l'alcool. Elle se caractérise par son évolution chronique, imposant une prise en charge au long cours visant à traiter les épisodes aigus et prévenir les rechutes. Les études montrent l'intérêt de promouvoir une approche médicale de la dépendance à l'alcool à l'image de celle des autres maladies chroniques. Cela devrait notamment passer par une attention toute particulière accordée à l'annonce diagnostique. Chez les patients dépendants, il s'agit d'encourager les approches visant un objectif thérapeutique initial fondé sur un objectif pragmatique en adéquation avec le stade motivationnel du patient, tout en considérant l'arrêt de l'usage comme l'objectif final à privilégier.

Il est désormais bien établi que la dépendance à l'alcool suit un modèle biopsychosocial nécessitant une prise en charge globale (Wallace, 1993). La prise en charge de la dépendance à l'alcool repose donc sur une approche multimodale (USDHHS, 2016). Les principales composantes de la prise en charge sont l'utilisation d'outils psychothérapeutiques, les traitements médicamenteux, la remédiation cognitive, la réhabilitation sociale incluant les prises en charge résidentielles et le traitement des comorbidités : co-addictions, troubles

psychiatriques co-occurents et pathologies somatiques (Connor et coll., 2016 ; SFA, 2015 ; Vabret et coll., 2016). Pour prendre en compte tous ces aspects de la prise en charge, la littérature rapporte les bénéfices d'une prise en charge intégrative, par opposition aux prises en charge séquentielles ou en parallèle non coordonnées entre elles (Savic et coll., 2017). Dans tous les cas, il s'agit de prendre en charge le patient dans sa globalité avec pour finalité une amélioration de la qualité de vie des patients et de leur accès aux soins ainsi que la facilitation de leur rétablissement (Crockford et coll., 2015). À défaut, une coordination étroite avec les soins primaires, la prise en charge des co-addictions, des troubles psychiatriques co-occurents, des troubles du sommeil et de la douleur chronique est à encourager.

Concernant les stratégies psychothérapeutiques, les stratégies motivationnelles permettent d'améliorer l'efficacité des interventions psychosociales plus intensives à proposer aux sujets dépendants. Les interventions suivantes ont montré un bénéfice :

- La thérapie cognitive et comportementale (TCC).
- De nombreuses publications récentes ont étudié l'efficacité de la thérapie des contingences (McPherson et coll., 2018). Son principe repose sur l'utilisation de renforçateurs, la plupart positifs (des cadeaux), pour conditionner le choix d'un sujet, afin de lui faire prendre une option plus attractive pour lui que l'abstinence seule (Cottencin et coll., 2018).
- La méditation de pleine conscience.

À l'inverse, la thérapie d'exposition, qui est une thérapie comportementale visant à moduler les réponses comportementales conditionnées lors de l'exposition à des stimuli associés à l'usage de substance, n'a pas montré à ce jour d'efficacité dans la prise en charge de la dépendance à l'alcool, ni sur le nombre de jours de consommation ni sur le nombre d'unités par jour (Mellentin et coll., 2017).

En amont de la mise en œuvre d'un sevrage thérapeutique de l'alcool, les professionnels doivent anticiper du mieux possible le projet de soins destiné à prévenir la rechute. La préparation du sevrage thérapeutique devrait inclure la réduction de la consommation, ou à défaut, la stabilisation à l'aide de stratégies motivationnelles. En l'absence de projet d'arrêt de l'usage au décours du sevrage, la balance bénéfice-risque n'est pas en faveur de la réalisation de sevrages itératifs.

Importance des TCLA

Les troubles cognitifs liés à l'alcool (TCLA) concernent au moins la moitié des patients présentant une dépendance à l'alcool. Les TCLA peuvent altérer la

motivation à changer de comportement, ils entraînent des difficultés d'apprentissage et peuvent diminuer l'efficacité des stratégies thérapeutiques utilisées en addictologie, notamment celle des entretiens motivationnels. Encourager le repérage systématique des TCLA ainsi que leur prise en charge chez tous les patients présentant une dépendance à l'alcool est donc indispensable.

Une attention particulière en cas de facteurs de vulnérabilité

Une littérature a récemment émergé, portant sur la recherche de facteurs prédictifs de succès de la prise en charge (Creswell et Chung, 2018), et la nécessité d'adapter la prise en charge à des profils spécifiques de patients, notamment pour éviter un défaut d'accès aux soins plus important pour ces populations. Par exemple, les femmes pourraient se voir proposer moins fréquemment une prise en charge hospitalière que les hommes (Bazargan-Hejazi et coll., 2016). Elles pourraient nécessiter une prise en charge plus intensive de leur symptomatologie dépressive au décours d'un sevrage (Petit et coll., 2017) et des groupes de TCC dédiés aux femmes pourraient s'avérer utiles (Epstein et coll., 2018).

Les sujets de plus de 65 ans pourraient également nécessiter une prise en charge spécifique. Chez les sujets âgés, l'addiction à l'alcool est la plus fréquente des dépendances (Griner-Abraham et Bodenez, 2007) et ces patients rencontrent les mêmes difficultés d'accès aux soins que les sujets plus jeunes, voire davantage, avec seulement 1/3 des patients diagnostiqués et environ 10 % qui bénéficieraient d'une prise en charge (Menecier et coll., 2003). La tolérance physique à l'alcool diminue avec l'âge et la majorité de la mortalité associée au trouble lié à l'usage de l'alcool concerne des sujets de plus de 65 ans (Paille, 2013).

En conclusion

Les données actuelles confirment que le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB) par un professionnel de santé de premier recours fait partie des stratégies les plus efficaces pour inciter les individus à diminuer leur consommation d'alcool (Babor et Grant, 1992 ; Michaud et coll., 2013). Or cette pratique est encore trop peu répandue et serait une des actions les plus « coût-efficaces » pour une RDRD alcool. La poursuite initiale d'un objectif de réduction de la consommation a constitué une avancée majeure dans l'amélioration de l'accès aux soins des patients ayant un usage d'alcool à risque ainsi que chez ceux qui sont dépendants à l'alcool, et la réalisation de cet objectif est associé à de nombreux bénéfices, y compris sur la mortalité. Un objectif d'abstinence devrait néanmoins être secondairement envisagé dès lors qu'il apparaît envisageable pour les patients dépendants de l'alcool. Enfin, la prise en charge de l'urgence sociale semble

prioritaire pour permettre la mise en place de soins efficaces de la dépendance à l'alcool.

Bibliographie

Inserm. Réduction des dommages associés à la consommation d'alcool. Collection Expertise collective. Montrouge : EDP Sciences, 2021

Puis, par ordre d'appel dans le document :

Marlatt GA. Harm reduction: come as you are. *Addict Behav* 1996 ; 21 : 779-88.

Kellogg SH. On "Gradualism" and the building of the harm reduction-abstinence continuum. *J Subst Abuse Treat* 2003 ; 25 : 241-7.

Denning P. Therapeutic interventions for people with substance abuse, HIV, and personality disorders: harm reduction as a unifying approach. *Psychother Practice* 4 1998.

Maremmani I, Cibin M, Pani PP, et al. Harm reduction as "continuum care" in alcohol abuse disorder. *Int J Environ Res Public Health* 2015 ; 12 : 14828-41.

Sobell MB, Sobell LC. Alcoholics treated by individualized behavior therapy: one year treatment outcome. *Behav Res Ther* 1973 ; 11 : 599-618.

Vakharia SP, Little J. Starting where the client is: harm reduction guidelines for clinical social work practice. *Clin Soc Work J* 2017 ; 45 : 65-76.

Coppel A. Quelles définitions des conduites addictives, des risques et de la RdRD ? Quels en sont les principes fondateurs et les objectifs aujourd'hui ? Pour la construction d'un consensus sur la définition de la RdRD. Principes fondateurs, pratiques professionnelles et objectifs. In : Audition publique à l'initiative de la FFA. Réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives, 7-8 avril 2016, Paris. *Alcoologie Addictologie* 2016 ; 38 : 207-27.

Jauffret-Roustide M. Réduction des risques : succès et limites du modèle à la française (2011). *Alcoologie Addictologie* 2011 ; 33 : 101-10.

Tatarsky A. Harm reduction psychotherapy: extending the reach of traditional substance use treatment. *J Subst Abuse Treat* 2003 ; 25 : 249-56.

Muckle W, Muckle J, Welch V, et al. Managed alcohol as a harm reduction intervention for alcohol addiction in populations at high risk for substance abuse. *Cochrane Database Syst Rev* 2012 ; 12 : CD006747.

Nice. *Alcohol-use disorders : diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence – Clinical guidelines*. Manchester, UK : National Institute for Health and Clinical Excellence, 2011.

Connor JP, Haber PS, Hall WD. Alcohol use disorders. *Lancet* 2016 ; 387 : 988-98. Mann K, Aubin HJ, Witkiewitz K. Reduced drinking in alcohol dependence treatment, what is the evidence? *Eur Addict Res* 2017 ; 23 : 219-30.

Blanquet M, Peyrol MF, Morel MF, et al. Médecine générale : prévalence du mésusage de l'alcool et attitudes des médecins libéraux. General medicine. Prevalence of alcohol abuse and attitudes of private practitioners. *Alcoologie Addictologie* 2015 ;37 : 105-13.

Kastenholz KJ, Agarwal G. A Qualitative analysis of medical students' reflection on attending an alcoholics anonymous meeting: insights for future addiction curricula. *Acad Psychiatry* 2016 ; 40 : 468-74.

- Lappin JM, Ayub MH, Rogers D, et al. Routine screening and related interventions significantly improve the effectiveness of emergency department detection and management of alcohol withdrawal syndrome. *Emerg Med Australasia* 2018 ; 30 : 648-53.
- Brooks AT, Magaña López M, Ranucci A, et al. A qualitative exploration of social support during treatment for severe alcohol use disorder and recovery. *Addict Behav Rep* 2017 ; 6 : 76-82.
- Quanbeck A, Chih MY, Isham A, et al. Mobile delivery of treatment for alcohol use disorders: a review of the literature. *Alcohol Res Curr Rev* 2014 ; 36 : 111-22.
- Wallace J. Modern disease models of alcoholism and other chemical dependencies: the new biopsychosocial models. *Drugs Society* 1993 ; 8 : 69-87.
- USDHHS (US Department of Health and Human Services). *Facing addiction in America: the Surgeon General's Report on alcohol, drugs, and health*. Washington : US Department of Health and Human Services, 2016.
- SFA, ANPAA, EUFAS. *Good practice recommendation. Alcohol misuse: screening, diagnosis and treatment*, 2015.
- Vabret F, Lannuzel C, Cabe N, et al. *Troubles cognitifs liés à l'alcool : nature, impact et dépistage*. Presse Med 2016 ; 45.
- Savic M. Strategies to facilitate integrated care for people with alcohol and other drug problems: a systematic review. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2017 ; 12 : 1-12.
- Crockford D, Fleury G, Milin R, et al. Formation sur les troubles d'utilisation de substances et troubles addictifs, 2e partie : mise à jour du programme-cadre. *Canad J Psychiatry* 2015 ; 60 : 1-12.
- McPherson SM, Burduli E, Smith CL, et al. A review of contingency management for the treatment of substance-use disorders: adaptation for underserved populations, use of experimental technologies, and personalized optimization strategies. *Subst Abuse Rehabil* 2018 ; 9 : 43-57.
- Cottencin O, Saoudi H, Karila L. Management des contingences et dépendance à l'alcool. *Alcoologie Addictologie* 2018 ; 40 : 238-44.
- Mellentin AI, Skot L, Nielsen B, et al. Cue exposure therapy for the treatment of alcohol use disorders: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2017 ; 57 : 195-207.
- Creswell KG, Chung T. Treatment for alcohol use disorder: progress in predicting treatment outcome and validating nonabstinent end points. *Alcohol Clin Exp Res* 2018 ; 42 : 1874-9.
- Bazargan-Hejazi S, Lucia V de, Pan D, et al. Gender comparison in referrals and treatment completion to residential and outpatient alcohol treatment. *Subst Abuse* 2016 ; 10 : 109-16.
- Petit G, Luminet O, Cordovil de Sousa Uva M, et al. Gender Differences in affects and craving in alcohol-dependence: a study during alcohol detoxification. *Alcohol Clin Exp Res* 2017 ; 41 : 421-31.
- Epstein EE, McCrady BS, Hallgren KA, et al. A randomized trial of female-specific cognitive behavior therapy for alcohol dependent women. *Psychol Addict Behav* 2018 ; 32 : 1-15.
- Griner-Abraham V, Bodenez P. Évitements de la séparation et addiction chez le sujet âgé. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie* 2007 ; 7 : 33-8.
- Menecier P, Prieur V, Arèzes C, et al. L'alcool et le sujet âgé en institution. *Gérontologie et Société* 2003 ; 26 : 133-49.
- Paille F. Personnes âgées et consommation d'alcool. Groupe de travail de la SFA et de la SFGG. *Alcoologie Addictologie* 2013 ; 36 : 61-72.
- Babor T, Grant M. *Report on phase II: a randomized clinical trial of brief interventions in primary health care*. Geneva : World Health Organization, 1992 : 266 p.
- Michaud P, Kunz V, Demortière G, et al. Efficiency of brief interventions on alcohol-related risks in occupational medicine. *Global Health Promot* 2013 ; 20 : 99-105.

L'ÉVALUATION DES SALLES DE CONSOMMATION À MOINDRE RISQUE EN SANTÉ PUBLIQUE : LA COHORTE COSINUS (COHORTE POUR L'ÉVALUATION DES FACTEURS STRUCTURELS ET INDIVIDUELS DE L'USAGE DE DROGUES)

Marie Jauffret-Roustide^{1,2,3*}, Marc Auriacombe^{4*}, Sébastien de Dinechin¹, Laélia Briand-Madrid⁵, Cécile Donadille⁵, Isabelle Célérrier⁵, Carole Chauvin¹, Naomi Hamelin⁶, Sébastien Kircherr⁶, Laurence Lalanne^{6*}, Perrine Roux^{5*}

Introduction

La situation épidémiologique des personnes qui injectent des substances (PQIS) vis-à-vis du virus de l'hépatite C (VHC) et du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) appelle aujourd'hui à de nouveaux moyens de prévention et de soins. La situation de précarité, voire de grande précarité, dans laquelle ces personnes se trouvent rend difficile l'accès aux soins et majore les risques de contamination par le VHC (et dans une moindre mesure le VIH) ou d'autres complications telles que les abcès ou les overdoses. Ces risques subsistent malgré l'existence de dispositifs de prévention et de soins en France, la France ayant encore actuellement une prévalence du VHC importante parmi les PQIS (Jauffret-Roustide et al., 2013). Ce constat suggère qu'il est nécessaire de renforcer les actions des dispositifs existants comme les programmes d'échange de seringues, assurer l'accès élargi aux médicaments de l'addiction aux opiacés et développer des outils innovants, comme les Salles de Consommation à Moindre Risque (SCMR). Il s'agit de structures de soins de santé encadrées par du personnel qualifié qui permettent aux usagers de substances de consommer dans des conditions plus sûres (par injection ou par inhalation), les premières ont été mises en place dans les années 1980 en Suisse, aux Pays-Bas et en Allemagne. Les données issues des travaux réalisés à l'étranger montrent qu'elles permettraient de diminuer les pratiques à risque, d'améliorer la santé des PQIS et de diminuer les troubles à l'ordre public (Kennedy et al., 2017). Elles sont aujourd'hui

1 Centre d'Etudes des Mouvements Sociaux, Inserm U1276, CNRS UMR 8044, EHESS, Paris, France.

2 British Columbia Center on Substance Use (BCCSU), Vancouver, Canada.

3 Baldy Center on Law and Social Policy, Buffalo University, New York, USA.

4 Bordeaux University, SANPSY, CNRS UMR 6033, Bordeaux, France.

5 Aix Marseille Univ, Inserm, IRD, SESSTIM, Sciences Economiques & Sociales de la Santé & Traitement de l'Information Médicale, ISSPAM, Marseille, France.

6 Inserm 1114, Department of Psychiatry and Addictology, University Hospital of Strasbourg, Fédération de Médecine Translationnelle de Strasbourg (FMTS), 67000 Strasbourg, France.

*Contributions équivalentes comme co-investigateurs de Cosinus.

largement présentes en Europe – certaines depuis plus de 30 ans – avec plus de 80 salles réparties dans 9 pays.

À l'international, de nombreuses études d'efficacité ont déjà été menées sur des SCMR, notamment en Espagne, au Canada ou en Australie. Concernant les pratiques à risque infectieux, les études ont mis en valeur un lien entre l'exposition à la SCMR et la diminution du partage de seringues ou de tout autre matériel d'injection (Milloy & Wood, 2009a ; Bravo et al., 2009 ; Folch et al., 2018a ; Thomas Kerr et al., 2005a).

De même, les études internationales suggèrent que les SCMR permettent une baisse des surdoses mortelles liées à l'injection (Potier et al., 2014 ; Marshall et al., 2011 ; Salmon et al., 2010 ; Milloy et al., 2008 ; Kennedy et al., 2019). La fréquentation d'une SCMR semble également diminuer les risques liés aux pratiques d'injection et améliorer l'accès aux soins : moins d'injections précipitées, une meilleure gestion des seringues usagées, un meilleur accès à des médicaments de l'addiction aux opiacés et une meilleure prise en charge addictologique (Petrar et al., 2007 ; Kinnard et al., 2014 ; Stoltz et al., 2007 ; DeBeck et al., 2011 ; Evan Wood, Tyndall, Zhang, et al., 2006 ; Evan Wood et al., 2007 ; Kimber et al., 2008 ; Folch et al., 2018a ; Krüsi et al., 2009 ; Kerman et al., 2020).

Concernant les critères relevant de la problématique des troubles à la tranquillité publique, les données internationales disponibles mettent en valeur un effet positif de l'implantation de SCMR dans une ville ; une diminution du nombre de personnes injectant dans l'espace public, une baisse des déchets liés à l'injection dans l'espace public et une amélioration du ressenti des habitants à ce propos (E. Wood, 2004 ; Folch et al., 2018a ; Petrar et al., 2007 ; Stoltz et al., 2007 ; Thein et al., 2005 ; Salmon et al., 2007). Les études disponibles n'ont pas mis en évidence de détérioration de la tranquillité publique suite à l'implantation d'une SCMR (Freeman et al., 2005 ; Evan Wood, Tyndall, Lai, et al., 2006 ; Myer & Belisle, 2018 ; Milloy et al., 2009).

Dans le contexte actuel, bien qu'il existe un débat public autour de leur mise en place en France, les acteurs de terrain des structures de proximité (exerçant en CAARUD - Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues) et les acteurs de l'addictologie (exerçant en CSAPA - Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) ont plébiscité l'ouverture des SCMR en France (Jauffret-Roustide et al., 2018). Ceci a permis le démarrage d'une expérimentation autour de l'ouverture en 2016 de deux SCMR, à Paris et Strasbourg. En 2012, la MILDECA a ainsi confié l'évaluation de ces SCMR à l'ITMO (Institut thématique multi-organismes) Santé publique de l'Inserm, qui a confié la partie Santé publique à quatre investigateurs :

Marc Auriacombe à Bordeaux, Marie Jauffret-Roustide à Paris, Laurence Lalanne à Strasbourg et Perrine Roux à Marseille.

Méthode

L'objectif principal de cette évaluation était de tester le lien entre fréquentation d'une SCMR et les critères d'efficacité suivants : les pratiques à risque d'infection au VIH ou au VHC (risque que nous avons défini comme le partage, soit le prêt ou l'emprunt, de matériel d'injection), les overdoses non fatales, les abcès, l'accès aux soins, les injections dans l'espace public et les délits. Afin de répondre à ces hypothèses, nous avons mené l'étude COSINUS (COhorte pour l'évaluation des facteurs Structurels et INdividuels de l'USage de drogues). Celle-ci s'appuie sur les données d'une cohorte prospective multicentrique, ayant inclus 665 PQIS dans 4 villes (Bordeaux, Marseille, Paris et Strasbourg), suivies pendant 12 mois. Des enquêteurs formés à cet effet ont administré les questionnaires en face-à-face auprès des PQIS à l'inclusion, 3 mois, 6 mois et 12 mois de suivi.

Dans un premier temps, nous avons construit la variable d'exposition à la SCMR selon le niveau de fréquentation de la SCMR par les usagers participant à l'étude Cosinus : fréquentation haute contre fréquentation faible ou nulle. Pour cela, nous avons formulé deux questions : la première renseigne la part des injections faites en SCMR dans le dernier mois, la seconde la fréquence des passages en SCMR dans le dernier mois. La fréquentation autre a été définie comme avoir fait plus de 25 % de ses injections dans la SCMR ou avoir fréquenté la SCMR au moins une fois par semaine.

Nous avons effectué une série de modèles mixtes pour tester l'effet de l'exposition à une SCMR sur les critères susmentionnés. Dans l'objectif de contrôler le biais de non randomisation des groupes de fréquentation des SCMR nous avons utilisé la méthode de Heckman en deux étapes (Shelton et al., 2003). Ces modèles ont été réalisés en prenant en compte les suivis à M0, M6 et M12, qui comprenaient l'ensemble des variables d'intérêt.

Outre l'exposition à une SCMR, trois grandes catégories de variables ont été utilisées dans ces modèles : la première regroupe les variables sociodémographiques et socioéconomiques (âge, genre, niveau d'éducation, pays de naissance, vivre en couple, qualité de l'habitat, situation vis-à-vis de l'emploi, recevoir des allocations, bénéficier d'une couverture sociale, recevoir une aide alimentaire, l'expérience de l'incarcération dans la vie, avoir fait au moins une tentative de suicide dans la vie). La deuxième grande catégorie regroupe les variables liées à l'usage de drogues : consommation quotidienne d'héroïne, de buprénorphine, de méthadone, de sulfates de morphine, de cocaïne, de crack, de cannabis, être sous médicaments de l'addiction aux opiacés, avoir une consommation d'alcool à risque, injecter quotidiennement). La dernière catégorie

englobe les variables liées à des questions de santé (statut VIH, statut VHC, fréquence de fréquentation de centres de RDR). Nous n'avons ajouté au modèle multivarié que les variables pour lesquelles la p-valeur était inférieure à 25 % en univarié et avons supprimé une à une les variables dont la p-valeur était la plus élevée jusqu'à ce que toutes les variables présentes dans le modèle final (exceptées l'Inverse Mills Ratio et la variable d'exposition à une SCMR, pour lesquelles nous avons forcé la présence dans le modèle) aient une p-valeur inférieure à 5 %.

Résultats

Les résultats de ces différents modèles mixtes ont ainsi montré que les personnes exposées à une SCMR ont un risque significativement plus faible de déclarer des pratiques à risques VIH/VHC (être exposé à une SCMR plutôt que ne pas l'être diminue de 10 points de pourcentage le risque de déclarer des pratiques à risques), des abcès (-11 points de pourcentage), des overdoses non fatales (6 derniers mois) (-2 points de pourcentage), des passages aux urgences (6 derniers mois) (-24 points de pourcentage), des délits (-20 points de pourcentage) et des injections dans l'espace public (-15 points de pourcentage). En revanche, aucun effet significatif de l'exposition à une SCMR sur la prise d'au moins un médicament de l'addiction aux opiacés ou sur le dépistage du VHC n'a été observé et l'on peut même constater que l'exposition à une SCMR diminue la probabilité d'avoir recours aux soins de ville (-38 points de pourcentage). Il convient également de souligner que dans la majorité de ces modèles la précarité socio-économique agit comme un facteur aggravant des phénomènes observés ci-dessus.

Discussion

Les données de la cohorte COSINUS sont uniques par le fait qu'elles permettent de comparer des PQIS fréquentant la SCMR à des PQIS n'en fréquentant pas, ce qui nous a permis d'avoir accès à un groupe témoin adapté à l'étude d'efficacité d'une intervention. Nous avons opté pour des modèles statistiques minimisant les biais statistiques de sélection sachant que le groupe témoin et le groupe exposé pouvaient connaître des différences à la base et avons ajusté les modèles par les facteurs connus.

Concernant le critère d'efficacité principal, nos résultats vont dans le sens des études menées sur les SCMR à l'étranger, notamment au Canada et en Espagne (Thomas Kerr et al., 2005b; Folch et al., 2018b; Milloy & Wood, 2009b) et ce malgré le fait que l'accès libre au matériel stérile était déjà possible en France via de nombreux dispositifs (CAARUD, PES postal, pharmacies de ville, automates). Ainsi, le fait d'avoir accès immédiatement avant l'injection à ce matériel est un élément essentiel à la diminution de ce type de pratiques à risque, notamment auprès de publics précaires.

Concernant les autres complications de santé liées à l'injection, l'étude COSINUS montre deux bénéfices directs sur la santé des PQIS, la réduction des abcès et des overdoses non fatales (T. Kerr et al., 2005), dont découle en partie un autre effet qui marque l'impact positif d'avoir accès régulièrement à la SCMR : la diminution des passages aux urgences.

Concernant les critères qui relèvent davantage des nuisances publiques, injections dans l'espace public et délits, les résultats vont également dans le sens de ceux des études espagnoles et canadiennes (E. Wood, 2004; Vecino et al., 2013 pour l'injection dans l'espace public, Myer & Belisle, 2018 pour les délits), ayant montré une amélioration de l'ordre public. Bien que l'analyse sur l'injection dans l'espace public soit une conséquence attendue de la SCMR, dans la mesure où les usagers ont la possibilité désormais de réaliser leurs injections en dehors de l'espace public, les résultats suggèrent toutefois que des améliorations peuvent être apportées pour favoriser au maximum l'utilisation des SCMR (horaires, situations géographiques, adaptation à certains publics).

Enfin, trois critères d'efficacité n'ont pas montré de changement visible grâce aux SCMR : le dépistage VHC, l'accès aux médicaments de l'addiction aux opiacés et l'accès à la médecine de ville. Une des hypothèses est que le système de santé français est globalement efficace dans ces différents domaines (même si des progrès restent encore à faire en particulier pour les patients les plus vulnérables, en situation de vulnérabilité sociale et/ou présentant des troubles psychiatriques), via ses dispositifs dédiés au public des PQIS, il parvient déjà à offrir la possibilité d'accéder à des dépistages pour le VHC, de pouvoir initier facilement un traitement par méthadone ou par buprénorphine et permet d'être en lien avec un réseau de professionnels de santé en médecine de ville.

Pour finir, il convient de s'attarder sur les deux principales limites de l'étude, inhérentes à la fois à notre méthodologie et à la population à laquelle nous nous sommes intéressés : le recrutement des PQIS s'est fait selon un échantillonnage de convenance, donc non représentatif des PQIS en France et la randomisation des groupes selon leur fréquentation n'était pas faisable. Nous avons toutefois fait en sorte de limiter ces biais d'abord en multipliant les structures où les PQIS ont été recrutées, puis en utilisant des méthodes statistiques telles que la méthode de Heckman qui permettent de tenir compte du biais de sélection des PQIS.

Remerciements

À tous les participants des différentes études, sans qui cette évaluation n'aurait jamais pu avoir lieu.

À toutes les structures de réduction des risques, pour leur accueil et pour avoir contribué au recrutement des participants et à la bonne conduite de cette recherche :

- À Bordeaux : La Case et le CEID.
- À Marseille et Aix en Provence : ASUD, le Bus 31/32, Casanova, l'ELF, Nouvelle Aube, Villa Floréal.
- À Paris : principalement à la SCMR Gaïa (SCMR) et pour quelques usagers au PES Gaïa, 110 Les Halles, Caarud-Proses, Caarud Proses et Pierre Nicolle.
- À Strasbourg : Ithaque (CAARUD et SCMR).

À Rémy Slama et Charles Persoz de l'Institut de santé publique de l'Inserm (ISP) et à Marion Cipriano de l'Institut de Recherche en Santé Publique (IRESP), pour leur accompagnement et leur soutien dans ces études.

À la MILDECA, pour leur soutien financier.

Aux membres du comité scientifique chargé de l'évaluation des trois volets de la recherche, composé de Marc Bardou, Christian Ben-Lakhdar, Eric Breton, Olivier Cottencin, Hélène Donnadiou-Rigole, Xavier Laqueille, Jennifer O'Loughlin, Christophe Tzourio et Frank Zobel.

Au conseil scientifique de l'étude COSINUS composé de Patrizia Carrieri, Henri-Jean Aubin, Nearkasen Chau, Maurice Dematteis, Laurent Karila, Thomas Kerr et d'un représentant de l'institut thématique de Santé Publique de l'Inserm.

Bibliographie

- Bravo, M. J., Royuela, L., De la Fuente, L., Brugal, M. T., Barrio, G., Domingo-Salvany, A., & Itínere Project Group. (2009). Use of supervised injection facilities and injection risk behaviours among young drug injectors. *Addiction (Abingdon, England)*, 104(4), 614-619. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02474.x>
- DeBeck, K., Kerr, T., Bird, L., Zhang, R., Marsh, D., Tyndall, M., Montaner, J., & Wood, E. (2011). Injection drug use cessation and use of North America's first medically supervised safer injecting facility. *Drug and Alcohol Dependence*, 113(2-3), 172-176. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.07.023>
- Folch, C., Lorente, N., Majó, X., Parés-Badell, O., Roca, X., Brugal, T., Roux, P., Carrieri, P., Colom, J., & Casabona, J. (2018a). Drug consumption rooms in Catalonia : A comprehensive evaluation of social, health and harm reduction benefits. *International Journal of Drug Policy*, 62, 24-29. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.09.008>
- Freeman, K., Jones, C. G. A., Weatherburn, D. J., Rutter, S., Spooner, C. J., & Donnelly, N. (2005). The impact of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre (MSIC) on crime. *Drug and Alcohol Review*, 24(2), 173-184. <https://doi.org/10.1080/09595230500167460>
- Jauffret-Roustide, M., Pillonel, J., Weill-Barillet, L., Léon, L., Le Strat, Y., Brunet, S., Benoit, T., Chauvin, C., Lebreton, M., Barin, F., & Semaille, C. (2013). Estimation de la séroprévalence du VIH et de l'hépatite C chez les usagers de drogues en France—Premiers résultats de l'enquête ANRS-Coquelicot 2011. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 39,40, 6.

- Jauffret-Roustide M & Caillbault I. (2018). Drug consumption rooms: comparing times, spaces and actors in issues of social acceptability in French public debate. *International Journal of Drug Policy*, June, 56: 208-217.
- Kennedy, M. C., Hayashi, K., M-J Milloy, Wood, E., & Kerr, T. (2019). Supervised injection facility use and all-cause mortality among people who inject drugs in Vancouver, Canada : A cohort study. *PLoS Medicine*, 16(11). Publicly Available Content Database. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002964>
- Kennedy, M. C., Karamouzian, M., & Kerr, T. (2017). Public Health and Public Order Outcomes Associated with Supervised Drug Consumption Facilities : A Systematic Review. *Current HIV/AIDS Reports*, 14(5), 161-183. <https://doi.org/10.1007/s11904-017-0363-y>
- Kerman, N., Manoni-Millar, S., Cormier, L., Cahill, T., & Sylvestre, J. (2020). “It’s not just injecting drugs” : Supervised consumption sites and the social determinants of health. *Drug and Alcohol Dependence*, 213, 108078. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108078>
- Kerr, T., Wood, E., Grafstein, E., Ishida, T., Shannon, K., Lai, C., Montaner, J., & Tyndall, M. W. (2005). High rates of primary care and emergency department use among injection drug users in Vancouver. *Journal of Public Health (Oxford, England)*, 27(1), 62-66. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdh189>
- Kerr, Thomas, Tyndall, M., Li, K., Montaner, J., & Wood, E. (2005a). Safer injection facility use and syringe sharing in injection drug users. *Lancet (London, England)*, 366(9482), 316-318. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)66475-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)66475-6)
- Kerr, Thomas, Tyndall, M., Li, K., Montaner, J., & Wood, E. (2005b). Safer injection facility use and syringe sharing in injection drug users. *Lancet (London, England)*, 366(9482), 316-318. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)66475-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)66475-6)
- Kimber, J., Mattick, R. P., Kaldor, J., van Beek, I., Gilmour, S., & Rance, J. A. (2008). Process and predictors of drug treatment referral and referral uptake at the Sydney Medically Supervised Injecting Centre. *Drug and Alcohol Review*, 27(6), 602-612. <https://doi.org/10.1080/09595230801995668>
- Kinnard, E. N., Howe, C. J., Kerr, T., Skjødt Hass, V., & Marshall, B. D. (2014). Self-reported changes in drug use behaviors and syringe disposal methods following the opening of a supervised injecting facility in Copenhagen, Denmark. *Harm Reduction Journal*, 11. <https://doi.org/10.1186/1477-7517-11-29>
- Krüsi, A., Small, W., Wood, E., & Kerr, T. (2009). An integrated supervised injecting program within a care facility for HIV-positive individuals : A qualitative evaluation. *AIDS Care*, 21(5), 638-644. <https://doi.org/10.1080/09540120802385645>
- Lloyd-Smith, E., Wood, E., Zhang, R., Tyndall, M. W., Montaner, J. S., & Kerr, T. (2008). Risk factors for developing a cutaneous injection-related infection among injection drug users : A cohort study. *BMC Public Health*, 8(1), 1-6. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-405>
- Marshall, B. D., Milloy, M.-J., Wood, E., Montaner, J. S., & Kerr, T. (2011). Reduction in overdose mortality after the opening of North America’s first medically supervised safer injecting facility : A retrospective population-based study. *The Lancet*, 377(9775), 1429-1437. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)62353-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)62353-7)
- Milloy, M.-J., Kerr, T., Tyndall, M., Montaner, J., & Wood, E. (2008). Estimated Drug Overdose Deaths Averted by North America’s First Medically-Supervised Safer Injection Facility. *PLOS ONE*, 3(10), e3351. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0003351>
- Milloy, M.-J., & Wood, E. (2009a). [Commentary] Emerging role of supervised injecting facilities in human immunodeficiency virus prevention. *Addiction*, 104(4), 620-621. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02541.x>

- Milloy, M.-J., & Wood, E. (2009b). [Commentary] Emerging role of supervised injecting facilities in human immunodeficiency virus prevention. *Addiction*, 104(4), 620-621. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02541.x>
- Milloy, M.-J., Wood, E., Tyndall, M., Lai, C., Montaner, J., & Kerr, T. (2009). Recent incarceration and use of a supervised injection facility in Vancouver, Canada. *Addiction Research & Theory*, 17(5), 538-545. <https://doi.org/10.1080/16066350802023065>
- Myer, A. J., & Belisle, L. (2018). Highs and Lows : An Interrupted Time-Series Evaluation of the Impact of North America's Only Supervised Injection Facility on Crime. *Journal of Drug Issues*, 48(1), 36-49. <https://doi.org/10.1177/0022042617727513>
- Petrar, S., Kerr, T., Tyndall, M. W., Zhang, R., Montaner, J. S. G., & Wood, E. (2007). Injection drug users' perceptions regarding use of a medically supervised safer injecting facility. *Addictive Behaviors*, 32(5), 1088-1093. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.07.013>
- Potier, C., Laprévotte, V., Dubois-Arber, F., Cottencin, O., & Rolland, B. (2014). Supervised injection services : What has been demonstrated? A systematic literature review. *Drug and Alcohol Dependence*, 145, 48-68. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.10.012>
- Salmon, A. M., Beek, I. V., Amin, J., Kaldor, J., & Maher, L. (2010). The impact of a supervised injecting facility on ambulance call-outs in Sydney, Australia. *Addiction*, 105(4), 676-683. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02837.x>
- Salmon, A. M., Thein, H.-H., Kimber, J., Kaldor, J. M., & Maher, L. (2007). Five years on : What are the community perceptions of drug-related public amenity following the establishment of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre? *International Journal of Drug Policy*, 18(1), 46-53. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2006.11.010>
- Scherbaum, N., Specka, M., Schifano, F., Bombeck, J., & Marrziniak, B. (2010). Longitudinal observation of a sample of German drug consumption facility clients. *Substance Use & Misuse*, 45(1-2), 176-189. <https://doi.org/10.3109/10826080902873044>
- Shelton, B. J., Gilbert, G. H., Lu, Z., Bradshaw, P., Chavers, L. S., & Howard, G. (2003). Comparing longitudinal binary outcomes in an observational oral health study. *Statistics in medicine*, 22(12), 2057–2070. <https://doi.org/10.1002/sim.1469>
- Stoltz, J.-A., Wood, E., Small, W., Li, K., Tyndall, M., Montaner, J., & Kerr, T. (2007). Changes in injecting practices associated with the use of a medically supervised safer injection facility. *Journal of Public Health (Oxford, England)*, 29(1), 35-39. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdl090>
- Thein, H.-H., Kimber, J., Maher, L., MacDonald, M., & Kaldor, J. M. (2005). Public opinion towards supervised injecting centres and the Sydney Medically Supervised Injecting Centre. *International Journal of Drug Policy*, 16(4), 275-280. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2005.03.003>
- Vecino, C., Villalbí, J. R., Guitart, A., Espelt, A., Bartroli, M., Castellano, Y., & Brugal, M. T. (2013). Apertura de espacios de consumo higiénico y actuaciones policiales en zonas con fuerte tráfico de drogas. Evaluación mediante el recuento de las jeringas abandonadas en el espacio público. *Adicciones*, 25(4), 333-338. <https://doi.org/10.20882/adicciones.35>
- Wood, E. (2004). Changes in public order after the opening of a medically supervised safer injecting facility for illicit injection drug users. *Canadian Medical Association Journal*, 171(7), 731-734. <https://doi.org/10.1503/cmaj.1040774>
- Wood, Evan, Kerr, T., Lloyd-Smith, E., Buchner, C., Marsh, D. C., Montaner, J. S., & Tyndall, M. W. (2004). Methodology for evaluating Insite : Canada's first medically supervised safer injection facility for injection drug users. *Harm Reduction Journal*, 1(1), 9. <https://doi.org/10.1186/1477-7517-1-9>
- Wood, Evan, Tyndall, M. W., Lai, C., Montaner, J. S. G., & Kerr, T. (2006). Impact of a medically supervised safer injecting facility on drug dealing and other drug-related crime.

Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 1, 13. <https://doi.org/10.1186/1747-597X-1-13>

Wood, Evan, Tyndall, M. W., Stoltz, J.-A., Small, W., Lloyd-Smith, E., Zhang, R., Montaner, J. S. G., Kerr, T., Wood, E., Tyndall, M. W., Stoltz, J.-A., Small, W., Lloyd-Smith, E., Zhang, R., Montaner, J. S. G., & Kerr, T. (2005). Factors Associated with Syringe Sharing Among Users of a Medically Supervised Safer Injecting Facility. *American Journal of Infectious Diseases*, 1(1), 50-54. <https://doi.org/10.3844/ajidsp.2005.50.54>

Wood, Evan, Tyndall, M. W., Zhang, R., Montaner, J. S. G., & Kerr, T. (2007). Rate of detoxification service use and its impact among a cohort of supervised injecting facility users. *Addiction*, 102(6), 916-919. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2007.01818.x>

Wood, Evan, Tyndall, M. W., Zhang, R., Stoltz, J.-A., Lai, C., Montaner, J. S. G., & Kerr, T. (2006). Attendance at supervised injecting facilities and use of detoxification services. *The New England Journal of Medicine*, 354(23), 2512-2514. <https://doi.org/10.1056/NEJMc052939>

LA CRISE AMERICAINE DES OPIOÏDES ET L'AVENIR DES POLITIQUES DE DROGUES

Bertrand Lebeau Leibovici

Conseiller médical du RESPADD (Réseau de Prévention des Addictions)

« 92 % de l'offre mondiale de morphine est consommée par seulement 17 % de la population, avec une consommation concentrée au Nord et 75 % de la population mondiale n'a accès à aucun médicament antalgique. Les raisons ont peu à voir avec le coût ou la rareté de l'offre et tout à voir avec la prohibition et la répression mondiales concernant les drogues¹. » (Commission mondiale pour la politique des drogues, 2015).

La préhistoire de la crise des opioïdes

Aux États-Unis, précédant de cinq ans la « loi sèche » (Volstead Act) de 1919 qui prohibera l'alcool durant quinze ans, le Harrison Act vise à interdire la production, l'importation et la distribution d'opiacés (opium, morphine, héroïne) et de cocaïne. En principe, il n'empêchait pas les médecins de prescrire. Mais à condition, précisait la loi, que ce soit « dans l'exercice de leur profession » et « à des fins médicales légitimes ». Que sont des fins médicales légitimes ?

La « maintenance », c'est-à-dire la prescription au long cours chez les morphinomanes et héroïnomanes, ne fut pas considérée comme légitime. Dans un pays où le monde médical et pharmaceutique était bien moins structuré qu'en Europe et, de manière beaucoup plus récente, l'application du Harrison Act donna lieu à un bras de fer.

Entre 1914 et 1920, 44 *narcotic clinics* ouvrent, dont certaines pratiquent la maintenance². La plupart de ces cliniques vont subir le harcèlement des agents fédéraux du Narcotic Bureau qui utilisa, selon les termes de David Musto, « *threats and intimidation*³ ». « Pour finir, entre 1914 et 1938, vingt-cinq mille médecins sont traduits en justice pour vente de narcotiques, trois mille font de la prison et des milliers d'autres sont rayés de l'Ordre⁴ ». La prescription relève désormais de la compétence exclusive de l'État fédéral. Aux États-Unis, comme dans presque tout le monde occidental, l'utilisation médicale de morphine s'effondre des années 20 aux années 70/80.

Dans ce pays jeune où, soixante-dix ans auparavant, des milliers de médecins ont été incarcérés pour prescriptions abusives d'opiacés, la plus grande épidémie

d'overdoses mortelles d'opiacés jamais vue au monde va commencer par... des prescriptions massives rédigées par des médecins !

La crise américaine des opioïdes : un événement sans précédent

À partir de la fin 2019, on apprend que, pour la première fois depuis 1990, le nombre d'overdoses mortelles a diminué aux États-Unis, en l'occurrence de 5 %. Mais l'année 2020 a vu les décès augmenter de nouveau. Depuis 1990, en effet, le nombre d'overdoses principalement liées aux opiacés a augmenté de 500 %. Il était d'environ 8 500 il y a 25 ans, 52 000 en 2015 et ce nombre continue à croître puisqu'on évalue à près de 60 000 le nombre de décès liés aux opiacés en 2017. Cela en fait la première cause de décès aux États-Unis chez les moins de 50 ans, avant les accidents de voiture, les homicides, les suicides ou les décès par sida⁵. Que s'est-il passé ? Tout commence, à partir des années 70 et 80, par une nouvelle (et heureuse) sensibilité sociétale à la question de la douleur dans le monde occidental.

Soulager la douleur

Pendant des décennies, des années 1920 aux années 1980, les médecins ont été très réticents à prescrire des opiacés dans la douleur. La morphine n'était utilisée que chez des patients cancéreux, souvent en fin de vie, au point que, dans l'opinion, morphine signifiait mort imminente ou proche.

Cette morphinophobie s'explique en bonne partie par la période qui précède et qui va des années 1870 aux années 1920, quand la morphine et l'héroïne (diacétylmorphine) furent très largement prescrites, tant pour les douleurs physiques que morales. On ignorait alors, ou on découvrait seulement, que ces substances pouvaient provoquer une « faim » qui poussait le patient à augmenter les doses tout en devenant physiquement dépendant : la morphinomanie était née. L'opiophilie des années 1870/1920 fut donc suivie d'une période d'opiophobie des années 1920/1980. Mais, à partir des années 1970 et 80, se produit une véritable mutation dans la manière dont nos sociétés conçoivent la souffrance. Désormais, il est du devoir du médecin de « soulager la douleur ».

Une explosion de l'offre d'opioïdes sur le marché légal

Si la douleur doit être prise en charge, il faut combattre la mentalité opiophobe des médecins. La presse médicale, tant en Europe qu'aux États-Unis, se couvre d'articles savants qui expliquent que lorsqu'on prescrit un opiacé à un patient qui souffre, il est exceptionnel qu'il devienne dépendant. Lentement, les médecins se remettent à prescrire tandis que la médecine de la douleur, l'algologie, prend son envol et que naissent dans de nombreux hôpitaux des consultations de la douleur. Des obstacles administratifs, comme le carnet à souches en France, sont supprimés.

Profitant de cette nouvelle sensibilité, la plupart des laboratoires fabricants d'opiacés et ayant accès au marché américain ont menti et en toute connaissance de cause. Une substance résume ces mensonges : l'oxycodone.

La nouvelle jeunesse de l'oxycodone

Tout comme l'héroïne, l'oxycodone est un opiacé semi-synthétique. Mais si l'héroïne dérive de la morphine, elle-même extraite de *papaver somniferum*, l'oxycodone dérive, elle, de la thébaïne, le principal alcaloïde extrait de *papaver bracteatum* ou pavot perse.

Synthétisée en 1916, l'oxycodone commença à être utilisée comme antalgique dès 1917, « l'année de l'enthousiasme initial⁶ ». Dès 1919, des cas de toxicomanie iatrogène à l'Eucodal, son premier nom commercial, sont décrits. Lors de la Convention de limitation de Genève en 1931, l'oxycodone fait partie des quatorze premières drogues classées dans le groupe 1. Et, en 1939, l'Organisation de la santé de la SDN considère que « le danger de contracter une assuétude en prenant de l'Eucodal ne devrait pas être considéré comme moindre que le risque de morphinomanie⁷ ». Ajoutons qu'après la guerre, les suppositoires d'Eubine bénéficient d'une grande « popularité ». Comment imaginer un instant que la Food and Drug Administration (FDA) ignorait tout de ce dossier ?

En 1995, Purdue Pharma met l'OxyContin® sur le marché américain, avec une galénique à libération prolongée permettant, en théorie, une analgésie en deux prises qui couvre les vingt-quatre heures. Le dossier de l'oxycodone, où s'accumulent des informations depuis plus de soixante-dix ans, permet d'affirmer qu'elle provoque dépendance physique et risque d'overdose, ce que Purdue va pourtant nier pendant les dix années qui suivront, tandis que ce groupe engrange de gigantesques profits.

La Food and Drug Administration (FDA) accepta rapidement d'étendre les indications de l'OxyContin, commercialisé en 1995, à toutes les douleurs intenses, qu'elles soient ou non cancéreuses, en particulier les douleurs d'origine rhumatologique. La levée de l'obstacle légal lié au cancer fut une occasion dont se saisirent immédiatement les laboratoires les plus entreprenants, à commencer par celui qui, à partir de 2015, est montré du doigt par toute l'Amérique : Purdue Pharma. La FDA accepta aussi les dosages à 40 puis 80 et enfin 160 mg.

Or, aux États-Unis, contrairement à l'Europe, il est possible de faire, dans les médias grand public, de la publicité pour de nombreux médicaments sur prescription. Purdue se lança alors dans une intense campagne de promotion télévisée qui visa d'abord les soixante-dix millions de lombalgiques étatsuniens. Les campagnes de marketing furent d'une agressivité encore jamais vue. Et les ventes explosèrent.

Quand certains laboratoires achètent les « leaders d'opinion »

On sait aujourd'hui, après les enquêtes menées par les plus importants journaux américains (*New York Times*, *Washington Post*, *New Yorker*, etc.), que certains laboratoires ont acheté de nombreux et parfois prestigieux leaders d'opinion du monde médical. À charge pour eux de convaincre leurs collègues de prescrire *larga manu* de l'oxycodone et d'autres opioïdes comme l'hydromorphone ou le fentanyl dans des indications de plus en plus larges. Les laboratoires ont aussi embauché, avec de confortables salaires, des experts venus des administrations avec une prédilection pour la FDA et même la Drug Enforcement Administration (DEA). Par ailleurs, l'oxycodone a été associée à l'aspirine dès les années 50, puis au paracétamol, ce qui en banalise complètement la prescription.

L'oxycodone ? Un opiacé délicieux...

Malgré tout, on comprend mal pourquoi l'OxyContin a rencontré un tel succès. Car le marketing n'explique pas tout. Il y a un secret : tout comme l'héroïne, l'oxycodone est un opiacé « délicieux ». Il procure une douce euphorie à laquelle la plupart des êtres humains restent rarement insensibles. Tout le monde ou presque succombe à son charme, tant les usagers de drogues que les patients, qui découvrent ce médicament parce qu'ils souffrent.

Or, ce n'est pas le cas de tous les opiacés et on confond souvent l'euphorie que provoque un opioïde avec le poids de la dépendance qu'il génère. Prenons la méthadone. Elle engendre une forte dépendance physique. Pourtant, elle joue un rôle mineur dans la crise actuelle des opioïdes aux États-Unis alors même qu'elle a, dans ce pays, une double indication : comme TSO (traitement substitutif aux

opiacés) et comme antalgique (de niveau 3). L'explication la plus probable ? La méthadone est un opiacé « lourd » qui efface avec beaucoup d'efficacité les signes de manque, mais elle est très peu euphorisante. La crise des opioïdes devrait nous encourager à disposer d'une échelle qui fasse consensus.

Du marché légal au marché clandestin

Devant l'augmentation des overdoses, plusieurs administrations américaines s'inquiètent au début des années 2000 et demandent aux laboratoires qui commercialisent ces opioïdes d'agir. La réponse résida dans la mise au point de galéniques dissuadant l'abus (« *abuse deterrent* ») par l'association oxycodone/naloxone⁸ et résistants à l'altération (« *tamper resistant* ») à cause de la dureté du comprimé que l'on ne parvient pas à écraser pour en faire une poudre ou à dissoudre dans l'eau. Dans les deux cas, il s'agit de décourager le mésusage par sniff ou injection. La FDA acceptera de valider ces nouvelles galéniques et cela aura des effets désastreux. Loin de résoudre la crise, elles poussèrent les consommateurs d'opiacés sur prescription vers le marché clandestin⁹.

Les Fentanyl Non Pharmaceutiques (FNP) sur le marché clandestin

Il a, jusque-là, beaucoup été question de l'oxycodone mais un autre opioïde, ou plutôt un groupe d'opioïdes, joue alors un rôle essentiel dans la crise : les fentanyl. Synthétisé en 1959, le premier fentanyl fut d'abord utilisé en anesthésiologie sous le nom commercial tout à fait explicite de Sublimaze. Il fut ensuite prescrit dans la douleur sous de nombreuses formes, parmi lesquelles des patchs (Durogésic), des comprimés transmuqueux (Actiq), des sprays (Instanyl). Le fentanyl a de nombreux dérivés dont trois au moins (l'alfentanyl, le remifentanyl qui a une action très courte et le puissant sufentanyl) sont utilisés en médecine humaine. Le carfentanyl, le plus puissant opiacé jamais synthétisé, n'est utilisé qu'en médecine vétérinaire. Les fentanyl non pharmaceutiques (FNP) ou fentanylloïdes, y compris le carfentanyl, sont vendus sur le marché clandestin ou sur le net et sont à l'origine de milliers de décès. Produits en Chine, ils sont introduits sur le marché noir américain par les cartels mexicains.

D'action brève, euphorisants même s'ils le sont moins que l'oxycodone ou l'héroïne, ils ouvrent, par leur puissance, une page totalement inédite dans l'histoire bicentenaire des opiacés modernes. Les fentanyl légaux, donc prescrits, ont certes tenu une place dans l'amoncellement des cadavres. Mais c'est sur le marché clandestin qu'ils font un carnage. D'autant qu'en 1974 le carfentanyl est synthétisé. Son pouvoir antalgique est dix mille fois celui de la morphine. Il devient une sorte de mythe puisqu'on dit que deux grains de sel de carfentanyl

peuvent mener de vie à trépas. Cela n'empêche pas certains usagers d'apprécier les fentanylloïdes parfois associés à la méthamphétamine et le tout injecté, ce qui ravale le « bon vieux » speed-ball (héroïne et cocaïne) au rang de remède pour personnes âgées.

Les Blancs pauvres : premières victimes

Cette crise présente enfin une spécificité : il s'agit, pour la première fois depuis des décennies, d'une épidémie qui touche principalement les Blancs. Pas n'importe quels Blancs d'ailleurs : des hommes qui vivent à la campagne ou à la périphérie de villes moyennes, dans des régions qui ont subi de plein fouet la désindustrialisation et les ravages de la mondialisation. Au nord-est des États-Unis, la *Rust Belt* (ceinture de rouille) en est le symbole. Et c'est parmi ces « petits Blancs » que se comptent majoritairement les 60 000 morts de l'année 2016. Or, la grande épidémie de consommation d'héroïne des années 60 et 70 puis l'épidémie de cocaïne/crack des années 80 et 90 touchaient prioritairement les « minorités visibles », à commencer par les Afro-Américains. Désormais ce sont les « morts par désespoir » des Blancs (alcool, overdoses, suicides) qui dominent le tableau¹⁰.

« Depuis le début des années 90, parmi les Blancs morts d'overdoses accidentelles, la proportion de titulaires d'un master se maintient à 9 %. Les deux tiers des victimes n'ont pas dépassé le baccalauréat. Les Noirs et les Hispaniques étaient quasiment épargnés jusqu'à l'arrivée du fentanyl illégal en 2013, après quoi ils ont eux aussi connu une forte hausse des morts par overdoses »¹¹.

Que se passe-t-il dans le même temps sur le marché clandestin ? La consommation d'héroïne repart à la hausse. Les cartels mexicains ont vite compris que la demande augmentait. Mais, à partir de 2010, cette héroïne est fréquemment coupée aux FNP. Ils proviennent le plus souvent de Chine. Les précurseurs qui permettent de fabriquer des FNP sont assez faciles à trouver, tandis que la synthèse est relativement simple. La sur-prescription médicale d'opioïdes (dont le fentanyl pharmaceutique) et le dynamisme du marché clandestin agissent alors en synergie.

La longue inertie de la Food and Drug Administration

Aujourd'hui, la « crise des opioïdes » a fait et continue à faire l'objet d'une impressionnante couverture médiatique¹². Cette situation a fortement évolué et il y a quelque chose de mystérieux dans le retard avec lequel les spécialistes puis la société américaine toute entière ont pris conscience du drame qui se jouait. Dès le milieu des années 90, la prescription d'opiacés dans la douleur augmente, et dès les années 2000 les chiffres de décès sont alarmants. Vingt ans après, la Food and

Drug Administration (FDA) est sur le banc des accusés : l'extension précoce des indications de l'OxyContin aux douleurs chroniques non cancéreuses (DCNC) et qui a ouvert un énorme marché, la validation des hauts dosages par unité de prise, celle des galéniques « *abuse deterrent* », dont la principale conséquence a été d'accélérer la fuite des patients vers l'héroïne du marché clandestin, sa lenteur à prendre la mesure de la catastrophe ont terni durablement son image tandis que circulent des rumeurs de corruption.

Et, par un ironique paradoxe, seule la Drug Enforcement Administration (DEA), bras armé de la « guerre à la drogue », honnie par tout ce que les États-Unis comptent comme ennemis de la « prohibition punitive », tenta, sans succès d'ailleurs, de calmer la folie « prescriptive » qui avait gagné une bonne partie du monde médical et d'obliger les laboratoires pharmaceutiques à cesser de pousser, par tous les moyens, les médecins à prescrire à tour de bras de l'Oxycontin dans les trop fameux « *pills mills* », les « moulins à pilules » et par boîtes de 100 comprimés.

Quand les réformateurs sont mis en accusation

Les « *drug warriors* » montrent du doigt ceux qui se sont battus pour que les patients qui souffrent soient soulagés. Ces partisans de la « prohibition punitive » jubilent et tiennent ce type de discours : « La crise américaine donne une faible idée de la catastrophe que serait la légalisation des drogues ! On vous avait bien dit qu'elles étaient toutes dangereuses mais vous avez préféré écouter des démagogues irresponsables qui passent leur temps à expliquer qu'elles ne le sont pas. Et voilà où nous en sommes ! »

Ce discours est habile, trop habile. Car la « loi d'airain » de la prohibition est au cœur de la crise actuelle. Elle se formule ainsi : fabriquer et vendre sur le marché clandestin la substance la plus puissante dans le plus petit volume¹³. Durant la prohibition de l'alcool, entre 1919 et 1934, le marché clandestin n'offrait ni vin ni bière mais exclusivement des alcools distillés (et souvent frelatés) au taux d'alcool très élevé. Aujourd'hui, les fentanylloïdes sont l'équivalent de ces alcools distillés de l'époque de la loi sèche qui prohibait l'alcool. Depuis le début de la seconde vague de l'épidémie, c'est-à-dire ces dix dernières années, ils ont tué des dizaines de milliers de personnes.

De plus, l'opacité du marché clandestin favorise les overdoses (OD) : comment savoir si un produit est coupé au fentanyl ? Plus généralement, personne aujourd'hui n'est capable de mesurer quelles conséquences aura la crise américaine des opioïdes sur la politique des drogues en Amérique et dans le monde. Va-t-elle donner un coup d'arrêt à la prise en charge de la douleur, au

développement des TSO et plus largement à une réforme des politiques de drogues fondée sur la santé publique, la réduction des risques et les droits humains ? Allons-nous assister à la remise en cause d'acquis essentiels ? Il ne faut pas se cacher que la crise pose ces questions.

Les États-Unis et le Canada ont désormais à prendre en charge plusieurs millions d'opio-dépendants, ce qui suppose la mobilisation de budgets considérables et la formation de professionnels. Mais ils doivent aussi trouver une solution à de nombreux problèmes pendants : est-il raisonnable de continuer à autoriser la publicité grand public pour des médicaments sur prescription ? Qui doit vérifier que le discours d'un laboratoire sur son produit respecte, a minima, les vérités factuelles ? De quelles informations crédibles doivent disposer les patients ? Qui aura accès aux traitements de substitution par méthadone ou buprénorphine ?

Pour affronter cette épidémie dans la durée, les autorités vont devoir mobiliser des sommes impressionnantes. Il faut, en effet, aider des millions d'Américains devenus dépendants à gérer au mieux leur addiction grâce à des traitements de substitution souvent par buprénorphine (qui met pratiquement à l'abri d'une OD lorsqu'elle n'est pas associée à des médicaments psychotropes et/ou de l'alcool), tandis que devront se multiplier des programmes d'échange de seringues, la création de salles de consommation à moindre risque (SCMR), un accès le plus large possible à la naloxone, et des tests simples et peu onéreux permettant de savoir s'il y a des FNP dans l'héroïne qui a été achetée dans la rue ou sur internet. Cela prendra des années, les plus pessimistes parlent de décennies.

Désormais, le temps des procès est venu. Purdue est en faillite tandis que Johnson & Johnson et trois grands distributeurs ont négocié une somme de 26 milliards de dollars en échange d'un arrêt des poursuites. En attendant, les pays européens devraient méditer ces leçons et comprendre que l'éducation sur les drogues, une éducation fondée sur des faits et non sur des mensonges, qui se tient à égale distance de l'apologie et de la diabolisation, est indispensable. Les médecins doivent apprendre à prescrire des opiacés et donner à leurs patients des informations pertinentes. Quant à « Big Pharma », ses campagnes devraient être encadrées. Les hommes doivent être un peu moins démunis pour domestiquer le dragon des opioïdes. Car il serait désastreux que cette crise donne lieu à un pur et simple retour en arrière et qu'une opiophobie triomphante nous prive des bienfaits des opiacés.

Notes

1. <http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/the-negative-impact-of-drug-control-on-public-health-the-global-crisis-of-avoidable-pain> (2015).

2. Annie Mino : « Analyse de la littérature sur la remise contrôlée d'héroïne et de morphine » Office fédéral de santé publique, Confédération Helvétique, 1990, et Annie Mino et Sylvie Arsever, *J'accuse les mensonges qui tuent le drogués*, Calmann-Lévy, 1996.
3. David Musto, *The american disease, origins of narcotic control*, Oxford University Press, 1987, p. 184.
4. Anne Coppel et Christian Bachmann, *Le Dragon domestique, deux siècles de relations étranges entre l'Occident et les drogues*, Albin Michel, 1989, p. 374.
5. Josh Katz, « You draw it: how bad is the Drug Overdose Epidemic? », *The New York Times*, 14 avril 2017.
6. Dr G. Varenne, *L'Abus des drogues*, Dessart, 1971, p. 136-141.
7. Varenne, *ibid.*, p. 137.
8. Cette association est supposée dissuader le mésusage en injection ou en sniff car, contrairement à la voie orale, la naloxone peut alors agir et provoquer un état de manque passager. La Suboxone, association de buprénorphine haut dosage et de naloxone, obéit à la même logique.
9. Voir en particulier William N. Evans, Ethan Lieber et Patrick Power, « How the reformulation of OxyContin ignited the heroin epidemic », The National Bureau of Economic Research, avril 2018, et Briony Larance, Timothy Dobbins, Amy Peacock, Robert Ali, Raimondo Bruno, Nicholas Lintzeris, Michael Farrel et Louisa Degenhardt, "The effect of a potentially tamper-resistant oxycodone formulation on opioid use and harm : main findings of the National Opioid Medications Abuse Deterrence (NOMAD) study", *The Lancet psychiatry*, 10 janvier 2018.
10. Anne Case et Angus Deaton, « Morbidity and mortality in the 21st century », *Brookings papers on Economic Activity*, spring 2017.
11. Anne Case et Angus Deaton, *Morts de désespoir, l'avenir du capitalisme*, Paris, PUF, 2021, pp. 155-156. Il faut noter que de nombreuses autres études tendent à montrer qu'aux États-Unis, de 1990 à 2013/2014, les Blancs pauvres sont surreprésentés parmi les morts par overdoses d'opioïdes. Le chapitre 5 de *Morts de désespoir* (p. 89-99) s'intitule ainsi "Morts noires et morts blanches".
12. Ainsi le *New Yorker* du 30 octobre 2017 publiait la grande enquête de Patrick Radden Keefe : « The family that built an empire on pain » sur la famille Sackler tandis que le magazine *Time* consacrait l'intégralité de son numéro du 5 mars 2018 à un reportage photographique sur cette crise mais centré presque exclusivement sur les injecteurs.
13. Leo Beletsky et Corey S. Davis, « Today's fentanyl crisis : Prohibition's Iron Law revisited », *International Journal of Drug Policy* 46 (2017), p. 156-159. La "loi d'airain de la prohibition" est une expression créée par Richard Cowan et qui soutient que "plus la répression est forte, plus puissantes sont les substances prohibées". (Richard Cowan, "How the Narcs Created Crack," *National Review*, December 5, 1986, pp. 30-31).

USAGE MÉDICAL DU CANNABIS : OÙ EN EST-ON ?*

Nathalie Richard

Directrice du projet cannabis médical

ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé)

Le directeur général de l'ANSM a initié les travaux sur le cannabis thérapeutique en septembre 2018, en créant un comité sur l'évaluation de la pertinence et de la faisabilité de la mise à disposition du cannabis à usage thérapeutique en France. La mise en œuvre de cette réflexion s'est fondée sur des données scientifiques convergentes qui montraient un intérêt du cannabis dans le traitement de certains symptômes de différentes pathologies, une demande de plus en plus forte des patients et des professionnels de santé et le fait que de nombreux pays dans le monde avaient déjà mis en place le cannabis à usage médical. Les travaux de l'ANSM ont été menés en concertation avec les professionnels de santé, médecins et pharmaciens et les patients. Des auditions des acteurs du secteur dans différents pays ayant déjà mis en place cette utilisation et des partenaires économiques ont également été réalisées.

En décembre 2018, ces travaux ont conclu qu'il était pertinent d'autoriser l'usage du cannabis médical pour les patients dans certaines situations cliniques. L'ANSM a ainsi souhaité que soit mise en place une expérimentation pour tester le cadre en situation réelle. Cette expérimentation permettra également de recueillir les premières données françaises d'efficacité et de sécurité du cannabis médical. Au niveau juridique, la loi n°2019-1446 de financement de la sécurité sociale pour 2020 a permis la mise en place de l'expérimentation ainsi que le décret en Conseil d'État n°2020-1230 du 7 octobre 2020, qui a autorisé l'utilisation du cannabis en France dans ce cadre.

Le cannabis médical peut être prescrit dans :

- les douleurs neuropathiques réfractaires aux thérapies (médicamenteuses ou non) accessibles,
- certaines formes d'épilepsie sévères et pharmaco résistantes,
- dans le cadre des soins de support en oncologie,
- dans les situations palliatives,

* Cet article est une note d'information de l'ANSM sur des recherches expérimentales en cours.

- dans la spasticité douloureuse de la sclérose en plaques ou des autres pathologies du système nerveux central.

Le traitement par cannabis est mis en place chez les patients qui ont déjà été traités par d'autres médicaments mais qui se sont révélés inefficaces ou mal tolérés.

Les travaux de l'ANSM se sont poursuivis et ont abouti à la création d'un cadre sécurisé pour l'expérimentation. L'initiation du traitement est strictement réservée aux médecins volontaires exerçant dans des structures de référence, essentiellement hospitalières, dont la liste est diffusée sur le site de l'ANSM. Le suivi des patients est sécurisé par la mise en place d'un registre national électronique pour tous les patients. La délivrance est également sécurisée par l'application de la réglementation des stupéfiants à toutes les étapes de la mise à disposition des médicaments qui sont tous importés de fabricants étrangers. Tous les professionnels de santé inclus dans l'expérimentation doivent avoir reçu et validé une formation obligatoire. Les médicaments de l'expérimentation sont contrôlés par les laboratoires de l'ANSM.

L'expérimentation a débuté le 26 mars 2021 par la prescription au premier patient à l'hôpital de Clermont-Ferrand, en présence d'Olivier Véran, ministre des Solidarités et de la Santé. Elle va durer 24 mois avec 3 000 patients inclus au maximum.

L'ANSM est informée au plus près du déroulé de l'expérimentation grâce au registre de suivi, aux échanges continus avec les professionnels de santé impliqués et par la tenue mensuelle d'un comité de suivi composé de patients, de médecins et de pharmaciens. Il apparaît maintenant, et au vu des premiers retours des médecins et des patients, que le cannabis médical peut être une option efficace pour des malades en échec thérapeutique et pour soulager leurs symptômes. Au 20 décembre 2021, 1 110 patients étaient inclus dans l'expérimentation.

Un rapport sera rendu au gouvernement six mois avant la fin de l'expérimentation et permettra de définir les conditions d'une généralisation de l'usage médical du cannabis.

QUELQUES IMPENSÉS DE L'IMPACT DE LA LÉGALISATION SUR LE TRAFIC

Claire Andrieux, journaliste indépendante

Autrice de *La Guerre de l'ombre : le livre noir du trafic de drogue* (Denoël, 2020)

C'est l'un des arguments récurrents des pourfendeurs de la légalisation du cannabis : l'assèchement du trafic permettrait aux forces de l'ordre de lutter contre les autres drogues plus dangereuses et contre d'autres fléaux criminels. Or, aucune étude ne permet d'avancer cette affirmation (I). La configuration du trafic de cannabis à destination de la France aujourd'hui permet d'en douter fortement (II).

Les raisons pour lesquelles les pays optent pour ce changement de législation peuvent être en premier lieu économiques, ou à tendances libérales comme aux États-Unis, ils mettent tous aussi en avant la baisse attendue du trafic. C'était même la première raison avancée par l'Uruguay en 2013. Un rapport parlementaire¹ défendait au printemps dernier le principe d'une légalisation « encadrée », notamment « pour reprendre le contrôle d'un trafic qui est aujourd'hui aux mains des réseaux mafieux ». Cependant, l'impact de la légalisation sur les réseaux criminels ne peut être connu à l'avance, reconnaissent aussi ses auteurs. Les enquêtes réalisées dans les États qui ont légalisé le cannabis nous enseignent que les impacts sur le marché noir sont réels, mais loin de tarir le trafic.

Au Canada, où le cannabis a été légalisé en 2018, la part de l'approvisionnement des consommateurs sur le marché noir est devenue minoritaire pour la première fois au troisième trimestre de 2020², avec 574 millions d'euros dépensés dans le marché légal contre 549 millions auprès des trafiquants. La tendance persiste, puisqu'au 2^e trimestre 2021, la part du marché noir a encore baissé pour atteindre 40 % des achats. Selon une étude de l'OFDT de janvier 2021³, qui s'est concentrée sur les 15 États américains ayant acté la légalisation de la détention et la consommation ces dernières années : « Les groupes criminels restent encore largement investis dans le marché noir du cannabis et développent d'autres trafics (héroïne et méthamphétamine) afin de compenser les pertes économiques occasionnées par l'assèchement partiel de leurs débouchés ». Le marché noir persiste pour 30 à 40 % de la demande selon les États. Aussi, les résultats de l'étude Cannalex⁴ en 2017 montraient que les activités des groupes criminels transnationaux n'avaient « pas fondamentalement été remises en cause par la

légalisation du cannabis », quelques années après son entrée en vigueur au Colorado, dans l'État de Washington et en Uruguay.

« La légalisation d'un phénomène interdit n'entrave jamais son trafic, mais en change les contours »⁵, analysait, en 2019, un commissaire de l'Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (désormais Office anti-stupéfiant). Les trafics d'armes et de tabac démontrent en effet que la contrebande ne cesse pas avec l'encadrement légal de la vente des produits dangereux. Le marché parallèle de cigarettes manufacturées a récemment été évalué par un rapport d'information parlementaire⁶ entre 9 et 12 % de la consommation totale et autour de 30 % concernant le tabac à rouler. En revanche, la comparaison trouve ses limites avec l'alcool, dont le marché noir est aujourd'hui marginal.

Un report du trafic vers d'autres drogues

Parmi les conséquences d'une légalisation du cannabis en France, les policiers spécialisés dans la lutte anti-drogue mettent en avant le report des trafiquants vers d'autres activités criminelles pour compenser le manque à gagner. Ils se tourneraient vers le commerce de drogues plus dures ou vers des actions violentes type braquage ou racket pour conserver des revenus illicites qui feraient « vivre » des quartiers entiers. L'exposé de la réflexion n'a pas de précédent. Il souffre aussi d'un manque de recul historique, étant donné que ces quartiers dits défavorisés n'ont pas toujours été irrigués par l'argent du trafic, du moins pas avant les années 1990-2000.

Le chercheur Heyu Xiong de la Northwestern University arrive à la même conclusion après avoir étudié les conséquences de la légalisation du cannabis dans les États du Colorado, de Washington et de l'Oregon⁷. Ses recherches montrent que les trafiquants réagissent à l'évolution de l'environnement juridique « en intensifiant le niveau de violence systémique ». Au moins 7 à 11 % des anciens vendeurs de marijuana sont passés à la distribution d'autres drogues à la suite de la légalisation. Plus généralement, le chercheur suggère qu'un changement de loi sur le marché du cannabis ne doit pas être considéré isolément des autres drogues disponibles sur un territoire et de la main-d'œuvre disponible sur ce secteur.

La persistance des routes françaises du cannabis marocain

La géopolitique du trafic de cannabis au Maroc et en France doivent aussi être prise en considération. Le Maroc, premier producteur mondial de cannabis, qui fournit à lui seul 90 % le marché européen⁸, est aussi le premier pourvoyeur de résine en France. La modernisation progressive de l'industrie du cannabis dans le rif⁹ a permis aux producteurs de mieux répondre aux exigences de qualité des

consommateurs français, notamment avec des taux de THC toujours plus élevés et donc d'autant plus néfastes sur le cerveau des consommateurs. Si au milieu des années 1990, le taux de THC du cannabis saisi était inférieur à 10 %, en 2016, la majorité des saisies affichaient un taux de plus de 20 %¹⁰, et ils atteignent aujourd'hui régulièrement les 30 %. Mais la question est surtout de savoir dans quelle mesure cet arrivage massif pourrait ne plus être destiné à la France.

Sur ce point, aucun pays où la légalisation a lieu n'ayant une telle proximité avec un pays producteur, la comparaison est donc impossible. Mais la géographie doit être prise en compte. En effet, le sud de l'Espagne et le nord du Maroc se rejoignent comme les deux parties d'un sablier jusqu'au détroit de Gibraltar, qui ne les sépare que de quatorze kilomètres. L'Espagne, à elle seule, ne peut pas faire office de mur de contention et constitue, sans surprise, le principal point d'entrée du trafic de résine vers l'Europe occidentale. Elle partage aussi avec la France son unique frontière terrestre en direction du nord de l'Europe. Pour alimenter l'Italie, l'Allemagne, la Belgique, les Pays-Bas et une partie de l'Europe du Nord, le cannabis marocain passe donc en partie par la France. Une note de la Direction centrale de la police judiciaire de juin 2019 estime qu'au moins 25 % de la résine saisie en 2018 en France étaient à destination d'autres marchés européens. Un commissaire qui lutte contre le trafic de drogue depuis trente ans évalue entre 5 et 10 % maximum, la part de cannabis saisie qui entre sur le territoire national. Avec ce calcul, 850 tonnes de résine au minimum passeraient par la France. Cela signifie qu'il ne faut avoir aucune illusion sur la persistance d'une route française du cannabis illégal, tant elle est ancrée.

Autre difficulté : la diaspora marocaine, particulièrement puissante en Espagne, aux Pays-Bas, mais aussi en France, influence la production du cannabis au Maroc et son importation depuis les années 1990. Les réseaux familiaux se confondent de façon récurrente avec les réseaux exportateurs, importateurs et distributeurs dans les enquêtes policières sur les vendeurs de résine. Les trafiquants français ayant des origines familiales d'Afrique du Nord, témoignent aussi d'une « facilité » dans la prise de contact auprès des jebellis (intermédiaires) et des exportateurs marocains du fait d'une culture et d'une langue partagées¹¹.

Enfin, le dernier rapport de la Banque mondiale sur les migrations et les transferts d'argent estime qu'en 2020 le Maroc a reçu près de 8.2 milliards d'euros de transferts, soit bien plus que l'aide publique au développement. D'une façon générale, la France est le 3^e pays d'où proviennent les transferts de fonds à destination du royaume¹². Et les familles sont souvent originaires du Rif, région spécifique d'émigration internationale, selon Ayad Zaroual, chercheur au LISST¹³. « Ces transferts représentent 60 à 70 % des dépôts des banques commerciales dans la région du Rif oriental », précise le chercheur marocain.

Impossible de déterminer la part de ces transferts de fonds qui serait issue des revenus du trafic de drogues en France, mais ces données peuvent interpeller et compter dans les éventuels effets de la légalisation du cannabis sur le trafic.

Notes

1. Rapport d'information parlementaire relatif à la réglementation et à l'impact des différents usages du cannabis, commission présidée par Robin Reda, 28 juin 2021 <https://www2.assemblee-nationale.fr/content/download/349566/3439035/version/1/file/Rapport+Cannabis+FINAL+v4.pdf>
2. Données : Statistiques Canada 2021-08-31 : Detailed household final consumption expenditure, Canada, quarterly, <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tb11/en/cv.action?pid=3610012401>
3. OFDT (janvier 2021) - La légalisation du cannabis aux États-Unis Modèles de régulation et premier bilan. Note n° 2021-1, Paris, Ivana Obradovic. Voir : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxiow3.pdf>
4. INHESJ-OFDT (2016). CANNALEX : une analyse comparée des expériences de régulation du cannabis (Colorado, État de Washington, Uruguay), Paris. Voir <https://www.ofdt.fr/europeet-international/projets-internationaux/cannalex/>
5. Claire Andrieux, *La Guerre de l'ombre, le livre noir du trafic de drogue*, éditions Denoël, 2020.
6. Rapport d'information de la commission des Finances de l'Assemblée nationale sur l'évolution de la consommation de tabac et du rendement de la fiscalité applicable aux produits du tabac pendant le confinement et aux enseignements pouvant en être tirés, 9 septembre 2021. https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion_fin/115b4498_rapport-information#_Toc256000030
7. Heyu Xiong, « Displacement in the criminal labor market : Evidence from drug legalizations », Northwestern University, octobre 2018.
8. Note de la division des études, de l'analyse stratégique et des relations internationales (DEASRI) de la DCPJ, « production et routes de la résine de cannabis », avril 2018.
9. Pierre-Arnaud Chouvy et Jennifer Macfarlane, « Agricultural innovations in Morocco's cannabis industry », *International Journal of Drug Policy*, 2018.
10. Note de la division des études, de l'analyse stratégique et des relations internationales (DEASRI) de la DCPJ, « Production et routes de la résine de cannabis », avril 2018.
11. Voir Claire Andrieux, *op. cit.*
12. La France est à l'origine de 10 % des transferts d'argent à destination du Maroc, derrière les États-Unis (14 %), et l'Arabie saoudite (12 %). *Migration and Development Brief 35* November 2021 Dilip Ratha, Eung Ju Kim, Sonia Plaza, Ganesh Seshan, Elliott J Riordan, and Vandana Chandra. KNOMAD-World Bank, Washington, DC. https://www.knomad.org/sites/default/files/2021-11/Migration_Brief%2035_1.pdf
13. Laboratoire interdisciplinaire solidarités, sociétés, territoires. Voir blogs.mediapart.fr/ayad-zaroual. L'Etat, le Rif et la diaspora, 12 juillet 2018, Ayad Zaroual.

APPEL À ARTICLES POUR LA REVUE POLITIQUES DES DROGUES

Dans la continuité des réflexions amorcées lors de séminaires éponymes organisés au Conservatoire national des arts et métiers (Cnam) depuis octobre 2019, la revue *Politiques des drogues* a été lancée en juillet 2021. Elle est en accès libre sur le site du Cnam : <https://esd.cnam.fr/actualite/revue-politiques-des-drogues/>.

Ce nouveau semestriel s'inscrit dans une approche résolument interdisciplinaire et de dépassement des clivages stériles. Il a pour ambition de proposer une réflexion scientifique et professionnelle rigoureuse, approfondie et originale, en faisant dialoguer des savoirs et des points de vue divers sur la question des drogues, aussi bien en termes de politiques publiques, que sur des enjeux éducatifs, sécuritaires, normatifs ou économiques.

La revue est ainsi ouverte à toute proposition d'article, pour des textes relativement courts (15.000 signes maximum, espaces compris), portant sur l'un des angles de cette vaste thématique.

N'hésitez donc pas à envoyer vos propositions d'articles (papiers finalisés), qui seront examinées par le comité scientifique de la revue, à : sonny.perseil@lecnam.net

Consignes aux contributeurs :

Le projet d'article envoyé par les candidats à une publication dans *Politiques des Drogues* doit impérativement respecter les consignes suivantes, faute de quoi il ne sera pas étudié par le comité scientifique (3 relecteurs à l'aveugle) :

- Le texte doit être relativement court, pas plus de 15 000 signes, espaces compris, ce calibrage valant pour l'ensemble du fichier incluant donc la bibliographie, les notes ou d'éventuelles annexes.
- Le texte doit être bien écrit. Les articles impliquant trop de corrections formelles seront systématiquement retournés à l'auteur avant examen par les relecteurs.
- Les notes doivent être placées en fin d'article, pas en bas de page. Les appels de note dans le texte doivent être en exposant.
- Les sources seront citées au fil du texte (Granovetter 1973, p. 1367 ; Bourdieu 1979, p. 45) et feront l'objet d'une bibliographie en fin d'article adoptant le format suivant :

Ouvrage : Bourdieu P. (1979), *La distinction*, Paris, Minuit.

Article : Granovetter M. S. (1973), « The strength of weak ties », *American Journal of Sociology*, vol. 78, no. 6, pp. 1360-1380.

Ouvrage collectif : Harvey E. B. (dir.) (1973), *Perspectives on modernization*, Toronto, University of Toronto Press.

Chapitre d'ouvrage collectif : Tilly C. (1973), « The modernization of political conflict in France », in E. B. Harvey (dir.), *Perspectives on modernization*, Toronto, University of Toronto Press.

Article de presse : auteur(s) (si l'article est signé), « titre de l'article », *titre du journal*, date de parution.

- La proposition doit être envoyée à sonny.perseil@lecnam.net .

Sur le fond, les articles attendus doivent s'appuyer sur des recherches originales représentant un apport ou une synthèse de qualité. Les travaux fondés sur une approche véritablement interdisciplinaire seront préférés aux études trop spécialisées. Les membres du comité éditorial se montreront particulièrement sensibles aux propositions mêlant aspects empiriques et analyse conceptuelle, par rapport à des textes qui ne se focaliseraient que sur l'un de ces deux points. Les recherches portant sur l'actualité et la prospective des politiques des drogues seront également appréciées.

Comité éditorial : Sonny Perseil, directeur de la publication ; Marie-Astrid Le Theule, directrice de la rédaction ; Guillaume Soto-Mayor, rédacteur-en-chef ; Alice Gagliano, secrétaire générale de la rédaction. Ont contribué à ce numéro : Emmanuelle Bertout, Romain Gallix, Laetitia Marshall-Stefani.

Comité scientifique : Alain Bauer (Cnam / SDR3C), Sandra Bertezene (Cnam / Lirsa), Yann Bisiou (Université Paul Valéry - Montpellier III), Jean-Pierre Couteron (Fédération Addiction), François-Xavier Dudouet (Université Paris Dauphine / IRISSO), Michel Gandilhon (OFDT), Didier Jayle (ex-MILDT / ex-Cnam), Séverine Lacombe (Sorbonne Université), Laurent Laniel (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction), Marie-Astrid Le Theule (Cnam / Lirsa), Giovanni Molano-Cruz (Universidad Nacional de Colombia), Sonny Perseil (Cnam / Lirsa), Alexandre Pollien (FORS – Suisse).