

EN COLLABORATION
AVEC LE CENTRE D'EXPERTISE
ET DE COLLABORATION EN
TROUBLES CONCOMITANTS



PROGRAMME

30 ANNÉES D'ENGAGEMENT,



ET DEMAIN ?

28 et 29 mai 2026 Paris

Espace du Centenaire | Maison de la RATP | 189 rue de Bercy | 75012 Paris

www.respadd.org

CECTC

MNH

RÉSEAU DE
OCCUPATION
DE LA ADIC FERRI

FFA

ASSOCIATION
FERRI
HOPITAL
DE PARIS

Unité de soins
sans sécher

LSPS

International network of
Health Promoting Hospitals
& Health Services

Unité de soins
sans sécher

30 ANNÉES D'ENGAGEMENT,



E

JEUDI 28 MAI

9h00 ACCUEIL

9h30 – 10h00 OUVERTURE

Président de séance : Pr Amine Benyamina, président du RESPADD

- Anne Souyrís, sénatrice de Paris
- Pr Amine Benyamina, président du RESPADD

10h00 – 12h00

TABLE RONDE

Proposée par le Centre d'expertise
et de collaboration en troubles
concomitants

CECTC

Centre d'expertise
et de collaboration
en troubles concomitants

TRENTE ANNÉES DE SOLITUDE :

COMMENT ARRIMER LA DUALITÉ SANTÉ MENTALE-ADDICTOLOGIE ?

De l'héritage conceptuel aux impasses cliniques :
identifier ce qui favorise ou freine l'intégration des soins
Discutante : Pamela Lachance-Touchette, CECTC, Montréal

- François-Olivier Gagnon-Hébert, CECTC, Montréal
- Julien Cabé, CHU de Clermont-Ferrand
- Nicolas Cabé, CHU de Caen
- Hélène Donnadieu, CHU de Montpellier
- Clémence Provost-Gervais, CECTC, Montréal

12h00 – 13h30 Pause-déjeuner – Buffet offert

13h30 – 13h45

OUVERTURE des 30^{es} Rencontres du RESPADD

Président de séance : Pr Amine Benyamina, président du RESPADD

- Pr Amine Benyamina, président du RESPADD
- Anne Borgne, ancienne présidente du RESPADD

13h45 – 14h15

PLÉNIÈRE : UNE HISTOIRE DES DROGUES

Discutant : Bertrand Lebeau-Leibovici
➤ Erwan Pointeau-Lagadec, RESPADD

ET DEMAIN ?

14h15 – 15h45

TABLE RONDE

Organisée en partenariat avec la
Société francophone de tabacologie



D'HÔPITAL SANS TABAC À LIEU DE SANTÉ SANS TABAC

GRAND TÉMOIN : ANNE BORGNE

Discutante : Alice Descheneau, présidente de la SFT

- Nathalie Lajzerowicz, Centre hospitalier du Bouscat
- Marie Van Der Schueren, Centre hospitalier universitaire de Caen
- Sébastien Fleury, Centre hospitalier de Béziers



15h45 – 16h00

Pause – Palmarès certification argent LSST 2026

- Marianne Hochet, RESPADD

16h00 – 17h30

TABLE RONDE

Organisée en partenariat avec l'Observatoire
français des drogues et tendances addictives



La complémentarité des dispositifs d'observation des populations

« difficiles d'accès » à l'OFDT : 30 ANS DE VEILLE ET D'OBSERVATION

Discutante : Valérie Ulrich, responsable de l'unité FOCUS, OFDT

- Clément Gérôme, coordinateur national du dispositif TREND, OFDT
- Cindy Feng, dispositif SINTES, OFDT
- Stanislas Spilka, responsable de l'unité DATA, OFDT

VENDREDI 29 MAI

8h30 ACCUEIL

9h00 – 9h15

OUVERTURE

Président de séance : Julien Bouvret, 2^e vice-président, RESPADD

9h15 – 10h30

TABLE RONDE

Organisée en partenariat avec l'Association
française des centres d'addictovigilance



30 ANS D'ADDICTOVIGILANCE

Discutante : Pr Caroline Victorri-Vigneau, CHU de Nantes

Addictovigilance : la force et les défis d'un réseau unique

- Caroline Victorri-Vigneau, CHU de Nantes

30 ans de substances émergentes

- Pr Hélène Peyrière, CHU de Montpellier

Au-delà de l'addiction : les multiples facettes des complications
cliniques liées aux substances psychoactives,

- Pr Joëlle Micallef, Assistance publique - Hôpitaux de Marseille

10h30 – 11h00 Pause-café

11h00 – 11h30

PLÉNIÈRE

TRAJECTOIRES INDIVIDUELLES DE CONSOMMATION DE CANNABIS EN SITUATION HABITUELLE ET OBSERVATIONS DE LEURS MODALITÉS EN CONTEXTE ÉCOLOGIQUE (TRICCHOME)

➤ François-Olivier Gagnon-Hébert, CECTC, Montréal

11h30 – 13h00

TABLE RONDE

Organisée en partenariat avec le Collectif Galilée

LA RÉDUCTION DES RISQUES EN MOUVEMENT



Animateur discutant :

- Luc Ginot, médecin de santé publique
- Céline Debaulieu, Médecins du Monde
- Elisabeth Avril, Gaïa, Paris
- Lionel Sayag, Véronique Latour, Collectif Galilée
- François-Olivier Gagnon-Hébert, CECTC, Montréal
- Kris Meurant, Transit, Bruxelles

13h00 – 14h00

Pause-déjeuner – Buffet offert

14h00 – 14h45

PLÉNIÈRE

GÉOPOLITIQUE DES DROGUES ET NARCOTRAFFIC

Discutant : Pr Christian Ben Lakhdar, Université de Lille

➤ Laurent Laniel, EUDA, Lisbonne

14h45 – 16h00

DÉBAT

ET DEMAIN ?

Animateur discutant : Michaël Bisch, Fédération française d'addictologie

- François-Olivier Gagnon-Hébert, CECTC, Montréal
- Guillaume Airagnes, OFDT
- Sophie Balmert, SFT
- Caroline Victorri-Vigneau, Centre d'addictovigilance
- Danièle Bader, CNRMS
- Pr Amine Benyamina, RESPADD

16h00

CONCLUSION

➤ Nicolas Bonnet, RESPADD

© 2023 FHF - Bernard Anjal Grapillon
Illustration : © veronique/istockphoto



Table des matières

JEUDI 28 MAI	6
OUVERTURE DES 30^{es} RENCONTRES DU RESPADD (MATIN)	6
TABLE RONDE TRENTE ANNÉES DE SOLITUDE : COMMENT ARRIMER LA DUALITÉ SANTÉ MENTALE-ADDICTOLOGIE ?	7
OUVERTURE DES 30^{es} RENCONTRES DU RESPADD (APRÈS-MIDI)	19
PLENIÈRE : UNE HISTOIRE DES DROGUES.....	21
TABLE RONDE D'HÔPITAL SANS TABAC À LIEU DE SANTÉ SANS TABAC	25
CÉRÉMONIE DE REMISE DES PRIX : CERTIFICATION LSST NIVEAU ARGENT.....	31
TABLE RONDE LA COMPLÉMENTARITÉ DES DISPOSITIFS D'OBSERVATION DES POPULATIONS « DIFFICILES D'ACCÈS » À L'OFDT : 30 ANS DE VEILLE ET D'OBSERVATION	32
VENDREDI 29 MAI	39
OUVERTURE DE LA SECONDE JOURNÉE DES 30^{es} RENCONTRES DU RESPADD.....	39
TABLE RONDE 30 ANS D'ADDICTOVIGILANCE	39
PLENIÈRE : TRAJECTOIRES INDIVIDUELLES DE CONSOMMATION DE CANNABIS EN SITUATION HABITUELLE ET OBSERVATIONS DE LEURS MODALITÉS EN CONTEXTE ÉCOLOGIQUE (TRICCHOME)	46
TABLE RONDE LA RÉDUCTION DES RISQUES EN MOUVEMENT	48
PLENIÈRE : GÉOPOLITIQUE DES DROGUES ET NARCOTRAFIQ	54
DÉBAT : ET DEMAIN ?	58
CONCLUSION	62

JEUDI 28 MAI

OUVERTURE DES 30^{es} RENCONTRES DU RESPADD (MATIN)

- **Pr Amine Benyamina, président du RESPADD**
- **Anne Souyris, sénatrice de Paris**

Amine Benyamina, Président du RESPADD, souhaite la bienvenue aux participants et les remercie pour leur présence à l'occasion du trentième anniversaire du RESPADD. Parmi les partenaires de cet événement, il met tout particulièrement à l'honneur les représentants du Centre d'expertise et de collaboration en troubles concomitants (CECTC) de l'Université de Montréal. Il salue ensuite les représentants des partenaires historiques du RESPADD et de la Société Francophone de Tabacologie (SFT), de l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT) ainsi que du réseau français d'Addictovigilance. Enfin, il accueille le président du collectif Galilée, également directeur du RESPADD, Nicolas Bonnet.

En introduction, il observe que la mission du RESPADD est en mutation et ne se limite plus à l'unique question du tabac. Le RESPADD est devenu une structure coconstruite avec des partenaires, dont le réseau ne cesse de gagner en expertise sur l'ensemble des addictions.

- **Anne Souyris, sénatrice de Paris**

Anne Souyris a tenu à souligner l'importance des missions du RESPADD dans son propos introductif.

Elle note des efforts politiques encore insuffisants en matière de lutte contre l'addiction, la seule loi votée en 2026 sur les stupéfiants concernant les trafics et non les problématiques de santé. Cette mesure a par ailleurs été renforcée d'une loi RIPOST qui vise à doubler les sanctions à l'égard des usagers. Ces mesures témoignent d'une incompréhension des pouvoirs publics, qui ne tiennent pas compte des usagers dans la solution. Dans ce contexte, la mission du RESPADD est essentielle à la lutte contre les addictions, l'accompagnement et la réduction des risques.

Plus que jamais, les réseaux de professionnels, d'usagers et de réflexions représentés par le RESPADD répond à un besoin urgent. Il est un véritable réseau de résistance s'adressant et travaillant avec des personnes mises au ban de la société.

À la question de savoir si une société sans drogues est possible, la plupart des politiques répondent que non et invitent à trouver des solutions qui ne soient pas uniquement répressives. Le discours tenu par Nicole Maestracci dans les années 2000, alors responsable de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, est un exemple fondateur de cette pensée. Dans la continuité, **Anne Souyris** indique avoir déposé plusieurs propositions de lois pour la dépénalisation de l'usage des drogues sur un modèle similaire à celui du Portugal, pour la légalisation du cannabis, pour une réflexion autour du *chemsex* et de la prévention sur les réseaux sociaux ainsi que pour une loi du bon samaritain qui ne condamne pas les usagers et encourage les expérimentations telles que les haltes soins addictions (HSA). La sénatrice affirme avoir la volonté de poursuivre ses travaux, souhaitant s'associer au RESPADD et aux territoires afin de porter une proposition commune au Sénat.

Elle remercie chaleureusement les participants et organisateurs des Rencontres pour leur engagement au cours des 30 dernières années, comme des 30 années à venir.

TABLE RONDE

TRENTE ANNÉES DE SOLITUDE :

COMMENT ARRIMER LA DUALITÉ SANTÉ MENTALE-ADDICTOLOGIE ?

De l'héritage conceptuel aux impasses cliniques : identifier ce qui favorise ou freine l'intégration des soins

Discutante :

- **Pamela Lachance-Touchette**, CECTC, Montréal

Intervenant(e)s :

- **François-Olivier Gagnon-Hébert**, CECTC, Montréal
- **Julien Cabé**, CHU de Clermont-Ferrand
- **Nicolas Cabé**, CHU de Caen
- **Hélène Donnadieu**, CHU de Montpellier
- **Clémence Provost-Gervais**, CECTC, Montréal

Pamela Lachance-Touchette, CECTC, observe les liens étroits qu'entretiennent les champs de la santé mentale et de l'addictologie depuis de nombreuses années, dans les trajectoires des personnes. Néanmoins, la santé mentale et l'addictologie se sont historiquement construites dans des domaines distincts et sont encore trop souvent mises à distance dans les organisations, les cadres cliniques et les réflexions professionnelles. Cette séparation quelquefois protectrice reposait sur des différences phénoménologiques, théoriques, organisationnelles. Elle montre aujourd'hui ses limites ; parcours de soins fragmenté, responsabilités diluées, sentiment d'impasse clinique alors même que les comorbidités sont devenues la norme.

L'objectif de cette table ronde est alors de comprendre ce qui a freiné ou permis le rapprochement des soins, de distinguer intégration réelle et simple coordination et, surtout, d'ouvrir des pistes réalistes pour les années à venir.

Dans un premier temps, les intervenant(e)s à prononcer quelques mots introductifs.

Clémence Provost-Gervais, CECTC, Responsable du service de soutien-conseil, souligne que la notion de « *troubles concomitants* » est employée au Québec afin d'évoquer le mélange entre troubles de santé mentale et troubles d'usage de substances ou autres dépendances. Son service accompagne les différents centres de santé au Québec en faveur d'une meilleure intégration en troubles concomitants. Chaque équipe doit être capable d'intervenir, d'accueillir, de soutenir les personnes, peu importe leurs troubles ou leur lieu de résidence. Il s'agit du principe du « *no wrong door* ».

Hélène Donnadieu, médecin addictologue au CHU de Montpellier, travaille également comme responsable du parcours d'accès aux soins dans l'unité de recherche Inserm PCEI. Cet accès concerne notamment les soins anti-infectieux des personnes issues des communautés dites vulnérables par l'OMS ; les femmes en particulier, mais aussi la communauté LGBTQIA+, les personnes en situation de migration ou rencontrant des problématiques en santé mentale.

Nicolas Cabé, addictologue et psychiatre au CHU de Caen, évoquera les troubles cognitifs qui ont pour spécificité de transcender le champ sémiologique de la santé mentale, de l'addiction aux pathologies mentales et aux pathologies somatiques. Le travail de son équipe, initialement basé sur la maladie d'Alzheimer, s'intéresse aujourd'hui à l'ensemble des troubles cognitifs. Il porte une attention particulière à la pédagogie, à l'ouverture vers les autres spécialités et au partage des outils.

Julien Cabé, addictologue et psychiatre au CHU de Clermont-Ferrand, est également chef de service adjoint du service d'addictologie et de pathologie duelle. Historiquement, le CHU de Clermont-Ferrand est engagé dans une démarche duelle avec à la fois une unité pour la substitution opioïde et un hôpital de jour à visée de rétablissement ouvert en 2022. L'objectif est d'intégrer la notion de dualité psychiatrique-addictologique à l'accompagnement des patients.

François-Olivier Gagnon-Hébert, rédacteur scientifique au CECTC, docteur en biologie moléculaire, intégrative et des systèmes, assure par ailleurs la direction du laboratoire vivant sur le cannabis au Centre de recherche du CHUM. Au sein du CECT, il délivre des avis scientifiques aux personnes en situation de trouble de santé mentale ou de dépendance qui rencontrent un obstacle clinique. L'enjeu est alors d'améliorer les pratiques cliniques basées sur la littérature scientifique.

Pamela Lachance-Touchette pose une première question aux intervenant(e)s :

« Pourquoi a-t-on historiquement organisé la santé mentale et l'addictologie en silos distincts ? »

Nicolas Cabé rapporte que dans le cadre de la préparation de leurs interventions, les participant(e)s ont soulevé la question de savoir si l'addictologie a réellement été construite en silo ou s'il s'agit d'un processus lié à sa création.

En outre, l'addictologie est une spécialité relativement jeune et considérée à l'origine comme un phénomène périphérique ou une « *conclusion délétère de consommation* ». Elle relevait davantage du champ moral que de la médecine – à moins de considérer ses complications somatiques. L'addictologie n'a finalement été considérée que tardivement comme maladie psychiatrique fortement intriquée avec l'environnement. C'est alors que les services ont émergé dans les établissements, qui ont chacun leurs particularités. Cette émergence a sans doute contribué assez favorablement à la discipline qui a finalement pu bénéficier d'une certaine liberté.

Hélène Donnadieu rejoint le propos, remarquant qu'à l'origine, certains soignants s'occupaient de personnes souffrant d'une addiction à l'alcool dans des services spécifiques tandis que d'autres s'occupaient de personnes souffrant d'une addiction à des substances interdites en France. Ces dernières étaient alors appelées « *toxicomanes* », terme qui n'est aujourd'hui plus utilisé. Plusieurs années ont été nécessaires avant que l'addiction ne soit reconnue comme une maladie globale du développement. Pour preuve, elle avance que la première universitarisation de l'addictologie en médecine a été délivrée en 2006.

Nicolas Cabé observe que certaines unités résistent encore à la non-discrimination des personnes présentant des troubles de l'addiction non liés à l'alcool. Une forme de stigmatisation des soignants et des accompagnements qu'ils proposent persiste au sein des hôpitaux.

Clémence Provost-Gervais rapporte que l'histoire de l'addictologie au Québec est relativement similaire à celle décrite en France, avec une forte influence sociétale et religieuse. La situation a cependant évolué suite à la Révolution tranquille dans les années 1960, pour laisser place à davantage d'ouverture d'esprit.

Par ailleurs, la stigmatisation des soignants en dépendance n'est pas un sujet au Québec. Aux États-Unis en revanche, elle observe un retour en arrière avec la diabolisation des usagers perçus comme de mauvaises personnes. Il est important d'apprendre de son histoire, en outre les politiques ont un pouvoir d'influence sur les manières de penser, sur la société et le développement de certaines structures.

François-Olivier Gagnon-Hébert réaffirme que le traitement réservé à l'usage des substances est étroitement lié à l'environnement dans lequel il s'exerce. Y compris au Canada, les différences de traitement sont notoires entre les provinces, selon les influences sociales et culturelles. Finalement, la question n'est pas uniquement biologique ou relevant des sciences médicales, elle est également sociétale.

Pamela Lachance-Touchette pose une seconde question aux intervenant(e)s :

« Le cloisonnement a-t-il des avantages ? Peut-il apporter une forme de protection pour les personnes concernées, les professionnels qui travaillent dans ce milieu ? »

Julien Cabé estime que ce cloisonnement a aussi pu favoriser le développement d'une culture spécifique de l'addictologie, qui n'est pas uniquement ancrée dans la psychiatrie.

Ce cloisonnement a probablement permis une forte transversalité, alors que la psychiatrie rayonne déjà dans l'ensemble des services au sein d'un hôpital – l'inverse n'étant pas toujours vrai. Il existe même des liaisons territoriales, avec des équipes en psychiatrie qui se rendent dans d'autres hôpitaux pour rendre des avis.

Enfin, ce cloisonnement a également pu participer à un changement de regard porté sur le patient, en abordant une vision moins catégorielle et plus globale qui s'intéresse au parcours de vie et de soins.

Hélène Donnadieu confirme que le cloisonnement a bien permis l'émergence de l'activité addictologique propre, la naissance et la construction de son savoir-faire, de son savoir-être et de ses réseaux. Il a également permis de mener des recherches médicamenteuses spécifiques, alors que les traitements de la psychiatrie sont, la plupart du temps, relativement néfastes dans le traitement des addictions.

Cependant, elle rappelle que cette activité n'est toujours pas considérée comme une spécialité en France, ce qui freine l'accompagnement de la problématique en santé et la compréhension de ses subtilités (*ex. toute consommation n'est pas maladie*).

Clémence Provost-Gervais observe à son tour que tous les professionnels ne sont pas volontaires pour s'intéresser et travailler à la fois sur les troubles de santé mentale et addictologiques. Il est important d'offrir une pluralité des services assurant aux patients d'être toujours accueillis et soutenus par les équipes adéquates, ce qui n'empêche pas de disposer des outils et ressources nécessaires à un décroisonnement le cas échéant.

Hélène Donnadieu précise ici que la moitié des personnes accompagnées n'ont pas de pathologie duelle, ce qui justifie une activité propre d'addictologie ou de psychiatrie. Un amalgame systématique entre ces deux champs pourrait encourager une forme de discrimination supplémentaire.

Nicolas Cabé propose d'évoquer aussi les inconvénients du cloisonnement. D'après ses observations, de nombreux professionnels s'intéressent à l'addictologie sans pour autant l'appréhender comme une activité à part entière. Il regrette que la logique ait finalement enfermé les addictologues dans un microcosme, rendant leurs travaux inaudibles et leurs outils inaccessibles. Par exemple, il regrette que la réduction des risques (RdR) ne dépasse pas les frontières de l'addictologie.

L'intégration ne peut pas non plus se limiter aux équipes de liaison ; chacun doit se saisir des données qui lui sont rapportées. Le cloisonnement peut être problématique en ce sens. Pour illustration, environ 5 % des étudiants en médecine sont passés par un service d'addictologie au cours de leur formation initiale et, à titre personnel, **Nicolas Cabé** indique ne former que 4 étudiants à Caen qui entendent se surspécialiser en addictologie. Il note que l'addictologie requiert un panel de compétences, dont certaines ne peuvent pas être apprises par cœur.

Si le cloisonnement a été bénéfique durant un certain temps, il est aujourd'hui temps de s'ouvrir à davantage de transversalité.

François-Olivier Gagnon-Hébert pense également que le cloisonnement a contribué dans un premier temps au développement des connaissances en addictologie car il fait écho au raisonnement du cerveau humain – qui fonctionne lui-même en silo dans une logique de réductionnisme newtonien. Dans un deuxième temps, une fois ces premières connaissances acquises, d'autres modèles doivent être développés permettant d'intégrer ces connaissances et d'avoir un portrait plus réel de la complexité biologique.

Pamela Lachance-Touchette constate en effet que toute recherche clinique nécessite en premier lieu des protocoles stricts. Bien souvent, les personnes qui souffrent de troubles concomitants ne sont alors pas incluses dans les projets.

Julien Cabé confirme cette exclusion, qui explique que l'addictologie fasse aujourd'hui appel aux données de vies réelles.

Nicolas Cabé relève que cet appel aux données de vies réelles n'est pas toujours aisé, les comités de protection des personnes (CPP) qui évaluent la dimension éthique des projets pouvant être ambivalents dans leurs demandes.

Durant plusieurs années, le CHU de Caen n'a été en mesure de mener que des études hyper-fondamentales sur des personnes souffrant d'une addiction à l'alcool sans comorbidité. Une telle démarche n'est plus envisageable aujourd'hui et les recherches sont désormais menées avec des cohortes ou des biobanques (*ex. COBIOM*). Les populations observées sont alors beaucoup plus variées, cependant les coûts sont également plus importants.

François-Olivier Gagnon-Hébert ajoute que la science est toujours en retard par rapport au problème biologique qui la concerne ; de nouvelles problématiques sont susceptibles de survenir en permanence au cours d'un projet de recherche.

Pamela Lachance-Touchette invite ensuite les intervenant(e)s à partager des expériences d'intégration santé mentale-addictologie réussies au sein de leurs établissements respectifs.

Julien Cabé rapporte qu'au sein du CHU de Clermont-Ferrand, l'unité d'addictologie a toujours été entièrement intégrée à celle de psychiatrie dans un service qui était autrefois celui du psychiatre Michel Reynaud. Certains membres du personnel sont d'ailleurs partagés entre les unités, avec des résultats globalement positifs.

Toutefois, il semble que la « *bataille culturelle* » entre ces unités ne soit pas totalement gagnée. Certains personnels de psychiatrie ont encore du mal à adresser des patients en addictologie ; près de 80 % des patients souffrent de troubles psychiatriques et ont des addictions pour seulement 5 % de ces patients finalement adressés au service d'addictologie.

Hélène Donnadieu estime important que les unités d'addictologie soient reconnues en tant que telles. Depuis 2011, le CHU de Montpellier a progressivement développé un « *service de médecine interne et alcoologie* », devenu « *service de médecine interne et addictologie* », puis service d'addictologie assurant la gestion de l'ensemble des comorbidités et rassemblant les consultations, CSAPA, hospices de jour et complètes. Y travaillent à la fois des médecins issus de multiples spécialités, soignants, travailleurs sociaux et travailleurs pairs – dont le rôle tient dans l'accompagnement des patients. L'enjeu est d'offrir une transversalité globale au sein de la structure.

Hélène Donnadieu souligne ici le soutien institutionnel considérable dont ce service a pu bénéficier, alors même que l'hôpital avait pu exprimer de grandes inquiétudes en amont du projet d'implantation. L'établissement s'inquiétait en effet de ses capacités d'accueil mais également de la nature du public que le service accueillerait, craignant de voir arriver « *le narcotraffic* » dans ses locaux.

Au sein du CHU de Caen, **Nicolas Cabé** témoigne en revanche de difficultés d'intégration du service d'addictologie. Originellement issu d'un service d'hygiène alimentaire puis d'un service de médecine, il n'est pas parvenu à se rattacher au pôle de santé mentale. Désormais, la psychiatrie est rattachée à un pôle avec la neurologie, mais sans l'addictologie. Cette dernière est reléguée à un pôle bâtiminaire et non à un pôle thématique, ce qui témoigne d'un certain manque de considération vis-à-vis de l'addictologie, qui n'est toujours pas perçue comme une maladie du cerveau. Pour illustration, il rapporte que le service d'addictologie a même été oublié à deux reprises dans les plans de l'hôpital.

Le docteur Annaïg Le Pennec est toutefois parvenue à opérer une certaine révolution conceptuelle au sein de l'EPSM de Caen, un poste étant désormais dédié à de la liaison addictologique intra-EPSM.

Nicolas Cabé entend œuvrer en faveur d'une meilleure intégration de son service en délivrant des formations spécifiques et en déployant des outils transversaux. Par exemple, il développe depuis 2018 un programme de recherche autour de l'activité physique adaptée en addictologie et cherche à impulser une dynamique commune avec les unités de psychiatrie et de rétablissement – qui travaillent déjà à des projets similaires.

Ce travail collectif suppose que les différents services s'intéressent aussi à l'addictologie. De premiers faits positifs peuvent d'ailleurs être mentionnés ; une fédération hospitalo-universitaire a récemment réuni la psychiatrie et l'addictologie, un centre ressources réhabilitation a été mis en place. Les logiques institutionnelle et bâtiminaire doivent maintenant évoluer afin que l'addictologie sorte de son isolement et fasse l'objet d'une réelle reconnaissance.

Hélène Donnadieu s'interroge sur le lien entre la discrimination de l'addictologie au sein des établissements de santé et la discrimination dont souffrent les patients qu'elle accompagne. Elle ressent une forme de « *mépris de classe* » à l'égard des médecins addictologues, dont témoigne le propos de M. Cabé. Il est inconcevable d'oublier de mentionner l'addictologie sur les plans de l'hôpital, alors même qu'elle s'intéresse à des problématiques sociétales majeures.

Clémence Provost-Gervais suppose en effet qu'il existe un lien entre ces deux formes de discrimination. Les responsables pourraient craindre que soutenir l'addictologie ne revienne à soutenir les consommateurs du point de vue du public. L'enjeu politique doit ici être pris en compte, en France comme au Canada.

François-Olivier Gagnon-Hébert ne comprend pas que le public porte un regard différent sur la lutte contre l'addictologie ou contre le cancer, par exemple.

Clémence Provost-Gervais estime qu'en ce qui concerne les addictions, les patients sont considérés comme responsables de leur consommation. Une personne atteinte d'un cancer n'en est pas tenue responsable de sa maladie.

François-Olivier Gagnon-Hébert juge qu'une personne atteinte d'un cancer peut tout à fait être tenue pour partiellement responsable, selon les facteurs environnementaux mis en cause. L'argument peut valoir pour toutes sortes de maladies. Il s'étonne justement que l'addictologie puisse être perçue comme le seul domaine dans lequel les patients auraient un schéma de pensée différent.

Selon lui, l'addictologie ne fait pas l'objet d'une discrimination spécifique. Elle fait simplement partie d'un « *tout* », au point qu'elle s'en retrouve perdue et oubliée.

En réaction, **Nicolas Cabé** souligne que le mode d'organisation actuel de la société ne va pas provoquer l'addiction mais va l'organiser. La société est rendue addictogène, un certain nombre d'acteurs économiques, politiques et médiatiques ont besoin des « *addicts* » pour vivre, ont un poids considérable et contribuent à ostraciser l'addictologie. Il rappelle notamment que 58 % de l'alcool vendu en France est consommé par 10 % des adultes, ce qui implique qu'en l'absence des alcooliques, le secteur alcoolier français perdrait 60 % de ses revenus.

Contrairement à la santé mentale qui est difficilement attaquable car reconnue comme relevant du champ pathologique, l'addictologie souffre d'être à la croisée de la normalité et de la maladie. En outre, la frontière entre consommation et addiction est floue, certaines consommations peuvent être valorisées pour finalement ne plus l'être, elles peuvent aussi faire écho aux propres comportements des observateurs. Cette situation est aggravée par l'intervention d'acteurs qui viennent lutter contre l'addictologie avec des outils bien plus puissants, notamment du point de vue marketing.

Pour reprendre le parallèle avec la lutte contre le cancer, il souligne que de nombreux cancers – dont les traitements sont onéreux – sont justement liés à la consommation de tabac ou d'alcool. La direction générale de la santé (DGS) rapportait récemment les chiffres suivants : environ 120 000 morts alcool-tabac par an, pour plus de 200 Mds€ par an de coûts sociaux liés à l'alcool et au tabac. Si l'addictologie n'était plus perçue comme un coût pour le système de santé mais comme un investissement de santé publique, des économies considérables pourraient être faites.

Clémence Provost-Gervais indique qu'au Québec, la légalisation du cannabis a justement permis de créer un fonds de prévention et de recherche.

Hélène Donnadieu exprime son manque de confiance envers les politiques, dont la croyance morale vient se heurter aux explications pragmatiques que les scientifiques tentent de mettre en avant. D'un côté, les soignants, médecins, militants, pairs sont conscients de la notion de maladie et de ses conséquences et revendiquent un usage non problématique tandis que, de l'autre, certains acteurs ont une croyance de maladie auto-infligée et de manque de volonté.

Finalement, ces deux mondes ne parlent pas la même langue, ce qui engendre des conséquences désastreuses. La situation est d'autant plus alarmante alors que la tendance politique est à la recherche d'un électorat d'extrême-droite, favorisant les amalgames avec le narcotrafic. Il s'agit ici de maladie, éventuellement d'usages, mais pas de droit ou de justice.

Au Québec, **Clémence Provost-Gervais** rapporte que chaque région dispose d'un centre de santé composé lui-même de directions en santé mentale, dépendance et itinérance. Ainsi, les établissements sont contraints de travailler les trois thématiques conjointement. Les services de santé mentale, dépendance et itinérance se côtoient et échangent régulièrement.

Où qu'ils se trouvent au Québec, les patients savent qu'ils peuvent bénéficier de services en santé mentale et en dépendance reconnus et soutenus.

Cependant, ces services ne sont pas entièrement intégrés. Chacune des thématiques fait l'objet de financements spécifiques avec des montants légèrement moins importants alloués à la dépendance. Cette dernière a également davantage tendance à s'intéresser aux pratiques et travaux des équipes en santé mentale, à l'instar de ce qui peut être observé en France. Bien souvent, les professionnels en santé mentale sont plus réticents à s'intéresser à la dépendance, craignant de ne pas savoir la prendre en charge correctement ou d'aggraver la situation. Il s'agit de lever ces craintes, de changer les mentalités, de rassurer les professionnels sur le fait que le public accompagné ne va pas radicalement changer simplement car ils soulèvent le sujet de la dépendance. Au Québec, ce travail peut être particulièrement délicat en raison d'un contexte multiculturel et multireligieux marqué. Il s'agit alors d'œuvrer sur le long terme pour valoriser le travail en collaboration avec d'autres professionnels et services, instaurer des modes de fonctionnement pérennes et, ainsi, apporter la réponse la plus adaptée possible.

Toujours au Québec, l'approbation du service de psychiatrie est un facteur de réussite essentiel aux démarches d'intégration dans les hôpitaux. Il est par ailleurs important d'identifier des « *leaders positifs* », qui ont un intérêt particulier vis-à-vis du trouble concomitant, de l'expérience et de la crédibilité aux yeux de leurs collègues. À l'inverse, les « *leaders négatifs* » doivent être informés sur les projets de leur région qui ont des résultats positifs afin de les allier, d'améliorer leur engagement.

La bonne compréhension des sujets étant clé, **Clémence Provost-Gervais** travaille à des supports, à des réseaux de communication et d'information détaillés, de sorte que nul ne puisse ignorer l'origine ou l'avancement des projets. Cette démarche participe aussi à légitimer l'action et à changer le regard que le public porte sur l'addictologie, ce qui favorise le soutien du gouvernement.

Nicolas Cabé remarque qu'en France, les professionnels de santé éprouvent justement des difficultés à favoriser ce soutien du gouvernement. Par exemple, l'obtention du référencement ou du remboursement de nouveaux traitements efficaces et faciles à utiliser (*ex. substitution nicotinique, l'accès à la vape, BUVIDAL, GLP-1*) peut s'avérer extrêmement difficile et n'aboutit pas toujours. Certains leviers sont alors explicitement freinés par la stigmatisation générale des consommateurs, qu'ils se soignent ou non, et des soignants.

Il observe que la psychiatrie a, contrairement à l'addictologie, réussi à faire reconnaître son droit à des traitements onéreux (*ex. antipsychotiques à action prolongée*). Il serait pertinent de s'en inspirer.

Julien Cabé ajoute qu'en effet, les affections longue durée (ALD) ne sont pas reconnues en addictologie ce qui peut nuire aux protocoles. Une telle reconnaissance représenterait déjà une avancée considérable.

Hélène Donnadieu souscrit au propos. La qualification en tant que « *trouble de l'usage* » ne suffit pas à reconnaître une ALD – et donc à prétendre à un remboursement au même titre que pour d'autres maladies chroniques.

Elle ajoute que l'addictologie pourrait également s'inspirer du *long acting* PrEP et des TasP dans la lutte contre le VIH ; une personne en situation de marginalité qui a une problématique de santé mentale se verra indiquer formellement du *long acting* PrEP afin d'assurer une couverture minimale. Cela n'est malheureusement pas le cas aujourd'hui pour du *long acting* TSO (*Traitements de Substitution Opiacée*). Pourtant, ce mode de traitement serait tout indiqué pour des personnes qui n'ont pas de

stabilité au quotidien, leur apporterait une forme d'équilibre afin de travailler sur leurs autres problématiques.

Enfin, elle constate que les professionnels de santé sont généralement convaincus et que les efforts pédagogiques doivent aussi concerner le grand public.

Pamela Lachance-Touchette s'interroge sur le rôle que les laboratoires pharmaceutiques pourraient jouer dans le changement.

Julien Cabé affirme que les laboratoires sont bien souvent militants et déploient une énergie conséquente en matière de pédagogie.

Nicolas Cabé souscrit au propos de Mme Donnadieu, remarquant que la psychiatrie explore déjà les possibilités du *long acting* ce qui devrait avoir un impact positif sur les patients en addictologie.

Il souligne d'ailleurs que les traitements en addictologie sont tout aussi efficaces que les autres mais pâtissent d'une mauvaise réputation en lien avec les taux de rechutes – pourtant ces taux situés entre 40 % et 60 % sont similaires à ceux des autres maladies chroniques. Le niveau de tolérance vis-à-vis de des rechutes en addictologie est simplement plus sévère, ce qui fait le lien avec les propos précédents sur le besoin d'une pédagogie à grande échelle.

Pour rebondir sur l'image de l'addictologie en France, **Hélène Donnadieu** témoigne qu'en 25 ans de métier, certains collègues la questionnent encore sur « *ce qu'elle consomme* » et « *ce qu'ils devraient consommer* ».

Rires.

Clémence Provost-Gervais témoigne à son tour du chemin qu'il reste à parcourir au Québec malgré une situation apparemment plus favorable. En effet, l'évaluation des équipes du service de Soutien-conseil du CECTC à l'aide de l'outil ASAM Criteria a révélé un score de 1,49/5 pour la capacité d'accueil des patients atteints d'un trouble de l'usage. Le score minimum attendu était de 3/5.

Cet écart est principalement imputable au manque de formation, les équipes ne sont pas suffisamment accompagnées dans le développement de leurs compétences et connaissances pour accueillir et traiter les personnes. Aussi, la collaboration et la coordination entre les services doivent encore être améliorées. S'ils travaillent déjà ensemble dans une certaine mesure, cette collaboration a tendance à passer au second rang dès lors que les charges de travail sont trop importantes.

Le changement demande du temps, de la volonté et de la motivation. Les équipes doivent être outillées en conséquence, or l'ASAM Criteria révèle que les personnes atteignent le score de 3/5 dans un délai moyen de 18 mois.

Pamela Lachance-Touchette insiste également sur l'importance d'un langage commun aux différentes spécialités afin de s'adresser aux usagers.

Clémence Provost-Gervais rejoint le propos, le changement doit être pérenne sous peine d'un dangereux retour en arrière.

Pamela Lachance-Touchette interroge Mme Donnadieu sur le levier que peut représenter l'implication des usagers dans les projets.

Hélène Donnadieu répond que l'implication des usagers est toujours un levier, du moins sur le plan de l'activité clinique au sein des structures dont elle a la responsabilité.

Des travailleurs pairs sont à l'œuvre sans avoir à justifier d'un diplôme en lien avec leur activité, partant du principe que leur expérience est amplement suffisante. Il ne leur est pas non plus demandé de s'exprimer sur leur consommation, passée ou présente, du moment qu'ils sont volontaires. Selon elle, la règle selon laquelle un travailleur pair devrait justifier d'une abstinence depuis un certain temps n'est pas pertinente. Au sein des structures concernées, ces derniers travaillent en lien avec les personnes accompagnées. Ils forment aussi les soignants sur des sujets de terrain comme la manière de cuisiner la kétamine par exemple, car ces sujets s'avèrent essentiels pour communiquer avec certains publics tels que les jeunes reçus en CJC.

L'implication des usagers contribue à la croissance de l'équipe et de la qualité de l'accompagnement, qui se travaille au quotidien. Il devrait s'agir d'une obligation pour la structuration des CSAPA et des CAARUD.

En matière de recherche, elle ajoute se consacrer essentiellement à faciliter l'accès aux soins des personnes vulnérables en menant des recherches communautaires, participatives et coconstruites avec des personnes concernées. Par exemple, elle vient d'obtenir un budget de recherche pour l'auto dépistage par les travailleurs et travailleuses du sexe à domicile, à l'aide d'un kit et pour 6 IST. Deux personnes concernées par le travail du sexe ont activement participé à la construction du projet et mèneront elles-mêmes la recherche dans le cadre du programme Rosela de Médecins du monde. Leur rôle est indispensable à la légitimité du projet.

Pamela Lachance-Touchette invite les autres intervenant(e)s à s'exprimer sur des exemples d'intégration du savoir, dans la continuité de Mme Donnadieu.

Julien Cabé rapporte son expérience de recherche commune avec Nicolas Cabé, menée en 2025 en Belgique sur le concept de *craving*.

Les premiers résultats n'ont finalement pas été concluants, alors que la recherche se basait sur la méthode de revue systématique, outil imaginé par les cliniciens afin d'opérationnaliser un phénomène pourtant subjectif. Il se trouve que les 196 outils d'évaluation existants dans le monde suivent la même logique qui consiste à expliquer au patient le concept qu'il expérimente lui-même, qui plus est sur une échelle de 0 à 10 qui apparaît bien minimaliste.

Partant de ce constat, un travail a été réalisé autour de l'élaboration d'une enquête. L'objectif est d'interroger les patients sur ce phénomène de *craving* et, grâce à leur vision, d'essayer de proposer un modèle d'individualisation du *craving* qui permettrait de mieux les accompagner. Le questionnaire est toujours en cours et a fait l'objet de 130 réponses à ce stade, les travaux se poursuivront notamment avec la Camerup qui regroupe des associations de patients experts et concernés.

Clémence Provost-Gervais fait ici le lien avec le Québec où les usagers, les mouvements citoyens et communautaires sont finalement responsables du changement et de l'évolution des pratiques. Les personnes directement concernées sont les plus aptes à mettre en lumière les problématiques.

Nicolas Cabé ajoute que les patients rappellent bien souvent les professionnels à la réalité et que l'écoute doit être réciproque pour exister.

Pour illustration, il évoque de nouveau le programme de recherche autour de l'activité physique adaptée qu'il développe depuis 2018. Ce programme pourtant scrupuleusement élaboré et répondant à l'ensemble des critères scientifiques requis a vu son taux de participation passer de 100 % à 4 % entre la première et la dernière semaine. De plus, 16 % des participants sont revenus pour l'évaluation finale alors qu'ils n'avaient pas suivi le programme. L'erreur a été de ne pas tenir compte du facteur d'autodétermination ; un programme aussi parfait soit-il ne remportera pas de succès s'il ne répond

pas aux besoins réels des patients ou s'il est trop contraignant pour eux. Forte de cette expérience, la démarche du programme n'est plus de constituer une étude d'efficacité mais plutôt une étude des besoins, attentes, leviers et barrières motivationnelles à la pratique d'activité physique chez des patients hospitalisés pour un sevrage d'alcool.

Ce phénomène se retrouve en matière de prescription médicamenteuse (*seules 40 % des ordonnances médicales pharmacologiques sont honorées en France*) et de tendance à se présenter en rendez-vous (*30 % des rendez-vous en addictologie ne sont pas honorés*). Néanmoins, il est important de noter que si le phénomène est particulièrement visible en addictologie, il existe dans toutes les spécialités. Les patients sont simplement davantage sensibles au sentiment d'être écouté ou non.

Il évoque enfin une démarche participative menée par le CHU de Caen autour du rétablissement. La CAMERUP a mis les équipes en lien avec une série de patients se considérant comme rétablis afin d'organiser des focus groupes et de comprendre ce qu'ils pensent de cette notion. À terme, l'enjeu est de fusionner les visions des soignants et des patients pour proposer une définition commune qui emporte l'adhésion de chacun. Une nouvelle fois, **Nicolas Cabé** souligne que la psychiatrie a su s'intéresser aux bénéfices des groupes de parole et en approfondir la pratique davantage que l'addictologie – alors que le concept est issu initialement de l'addictologie et de la psychoéducation. Il est important de rester connectés à cet héritage.

Pamela Lachance-Touchette pose ensuite une autre question aux intervenant(e)s :

« Les ordres professionnels et autres organisations qui se préoccupent d'addictologie ont-ils contribué au maintien d'un cloisonnement avec la santé mentale au détriment des usagers ? Le cas échéant, ce cloisonnement peut-il être perçu comme une manière de se protéger ? »

Julien Cabé observe notamment une distinction sur les financements en recherche, avec des fléchages en faveur de la psychiatrie qui ne profitent pas toujours à l'addictologie au CHU de Clermont-Ferrand et ce malgré leur intégration au sein du même service. Par exemple, les montants alloués au titre du fond d'innovation organisationnelle en psychiatrie (*Fiop*) pourraient profiter à l'addictologie.

Une attribution explicite des financements pour l'addictologie, et donc un cloisonnement des ressources institutionnelles, pourrait être bénéfique en ce sens.

Hélène Donnadieu estime, pour sa part, que ce cloisonnement dessert l'addictologie qui reste finalement une exception. En bénéficiant de budgets fléchés pour la recherche, elle se prive d'appels à projets plus globaux et transversaux.

Au niveau institutionnel, elle constate également avec regret que les équipes en addictologie doivent redoubler de motivation et de militantisme afin de garder la place qui leur revient au sein des établissements. Malgré toute son amitié pour la directrice du CHU de Montpellier, elle regrette également qu'aucune direction d'AP-HP ou de l'AP-HM ne se pâme publiquement de compter sur une structure d'addictologie au sein de son établissement.

Concernant les financements, **Nicolas Cabé** ajoute que les fonds spécifiques dédiés à la lutte contre l'addiction sont en majorité financés par les fonds de concours. Il s'agit de l'argent que récupère l'État en taxant les bénéfices des cigarettiers et en revendant les biens confisqués aux *dealers*, soit 10 % alloués à l'addictologie et 90 % aux forces de l'ordre. Par ailleurs, au moment de postuler à l'appel à projets Messidor avec COBIOM pour un budget de 600 K€, il a été redirigé vers un appel à projets spécifique proposant un budget de 40 K€. Le cloisonnement peut certes être source de crédits spécifiques, mais il peut aussi limiter les perspectives des projets.

Hélène Donnadieu observe que les confiseurs ne sont pas mis à contribution de la lutte contre le diabète, contrairement aux trafiquants avec l'addiction.

Sur une note plus positive, elle interroge les intervenant(e)s de la manière suivante :

« *Que souhaiteriez-vous accomplir en termes d'intégration dans les années à venir ?* »

Julien Cabé répond s'intéresser spécifiquement au champ de la prévention, notamment à l'égard des jeunes. Dans ce cadre, il a pu constater que les clubs sportifs s'interrogent déjà sur les problématiques de santé mentale – probablement en partie grâce aux sportifs de haut niveau qui ont récemment pris la parole sur le sujet.

Son souhait est de parvenir à une prévention plus intégrée, plus empathique, à la fois sur le terrain et au niveau institutionnel. L'enjeu est majeur dans une optique de réduction des risques et, par conséquent, des soins à apporter aux personnes.

Nicolas Cabé invite le public à se renseigner sur le Festival Facettes, développé en 2018 par et pour des jeunes bénéficiaires de la santé mentale en France. Spontanément, ces jeunes se sont posé la question de la place à donner aux consommations dans leur festival et ont sollicité le CHU de Caen sur le sujet pour du conseil scientifique.

Des initiatives originales ont alors pu voir le jour, dont l'initiative NOLO qui cherche à recourir à une forme de convivialité sans alcool ou avec des boissons faiblement alcoolisées. Il s'agit également de s'intéresser aux leviers liés au marketing social afin de mettre en avant des produits sans alcool, attrayants et moins coûteux que leurs alternatives, ou encore de former les serveurs de la buvette du festival. Un groupe de travail a par ailleurs été créé afin de créer un kit NOLO pour implémenter la méthode dans d'autres festivals.

Ce travail était d'autant plus enrichissant que les jeunes à l'origine du projet font naturellement le pont entre addiction et santé mentale.

Concernant les troubles cognitifs, des outils communs existent (*ex. éducation thérapeutique du patient*) et ne sont pas difficiles à mettre en place à condition d'en avoir envie et de faire preuve d'innovation. Le CHU de Caen travaille en ce sens grâce à des partenariats avec des associations, notamment sur le tabac, ce qui permet par exemple de faire des dons de cigarettes électroniques aux patients ou de mettre en place des « *salles de vap* » à la place des fumeurs dans les services. Ces méthodes de travail qui participent à une acculturation commune doivent être généralisées.

Pour conclure son propos, il déclare qu'une intégration efficace ne sera possible qu'à condition de trouver le juste milieu entre les besoins spécifiques des services et la mise en place d'outils ou de canaux communs pour l'élaboration des méthodes de travail. La recherche et la pédagogie ont alors un rôle spécifique à jouer. En outre, réussir à faire venir les équipes des différents services en addictologie – ne serait-ce que pour une simple réunion – participe déjà à la rendre plus visible.

Pour sa part, **Hélène Donnadieu** formule le vœu de parvenir à faire évoluer la perception qu'ont d'elles-mêmes les personnes qui consomment des substances. Cette perception, cette toxicophobie, est intériorisée par les usagers et constitue un frein à l'accès aux soins.

D'après une étude menée par son service auprès de personnes consommatrices de plus de 4 substances, en plus de l'alcool, du tabac et du cannabis, en situation de grande précarité et de marginalité et souffrant de multiples comorbidités en santé mentale, 75 % n'ont pas fréquenté les structures d'addictologie dans l'année qui précédait leur entretien. Grâce à des évolutions à la fois dans la perception et dans la législation française en matière de pénalisation des usages, elle aspire

donc à accueillir l'ensemble de ces personnes dans les structures d'addictologie au cours des années à venir.

Clémence Provost-Gervais préconise, quant à elle, de se donner le droit de faire des essais-erreurs et de faire preuve de créativité dans la manière d'aborder les problématiques. Les équipes qui parviennent aux résultats les plus satisfaisants sont bien souvent celles qui sortent des sentiers battus.

Par exemple, un projet s'est développé près de Montréal avec pour objectif de créer une équipe de professionnels issus des champs de la santé mentale et de la dépendance pour venir en soutien à la charge clinique des autres services de leur établissement. Cette équipe organise notamment des formations ou de la co-intervention auprès des usagers, elle permet aussi aux professionnels de toujours compter sur un référent en troubles concomitants. L'enjeu initial du projet n'était pas celui-ci, néanmoins ses responsables ont su apprendre de leurs erreurs pour proposer une solution réellement efficace. Au sein même de l'établissement, la conversion des professionnels aux bonnes pratiques a été particulièrement rapide.

Elle appelle ensuite de ses vœux l'obtention d'une moyenne de 3/5 à l'évaluation ASAM Criteria pour l'ensemble des équipes en service d'addictologie. Elle invite également à miser sur la sensibilisation et la formation des professionnels, qui doivent avoir l'occasion d'exercer dans des milieux représentatifs et intégrés, afin d'améliorer leur perception des personnes dépendantes et de déployer à leur tour des bonnes pratiques à l'avenir.

Enfin, **François-Olivier Gagnon-Hébert** souligne l'importance de la créativité mais également de la recherche pour mettre fin au cloisonnement santé mentale/addictologie. Il estime que la médecine est sur le point de vivre une forme de révolution en ce sens, les projets de recherche impliquant de plus en plus une diversité d'enjeux grâce à de nouveaux outils plus complets et mieux adaptés.

Clémence Provost-Gervais s'associe au propos. Le changement est possible, à condition que les professionnels acceptent de vivre temporairement le même inconfort que celui de leurs patients. Chacun est en mesure de surmonter ce passage obligé.

Nicolas Cabé observe en effet que le vécu expérientiel des professionnels est tout aussi important que celui des patients. Des espaces dédiés aux échanges de bonnes pratiques sont indispensables, à l'instar du réseau CAPS qui compile les actions de promotion en santé. Il est notamment possible d'accéder à des fiches méthodes pour déployer certaines initiatives préexistantes dans d'autres établissements. Cet outil est précieux pour le terrain.

Julien Cabé partage avec les participant(e)s un autre projet du CHU de Clermont-Ferrand ; une plateforme pédagogique « Addicto'Urg » a été créée à destination des professionnels des urgences. L'ensemble des dimensions du soin addictologique a été intégré à cette plateforme afin que les urgentistes ne perçoivent pas les patients uniquement comme un toxidrome ou un sevrage, sous la forme de vidéos courtes.

Son service a ensuite contacté la Société française de médecine d'urgence (SFMU) pour lancer un projet de recommandations communes entre addictologues et urgentistes afin de mieux intégrer les soins addictologiques au sein des urgences, améliorer le repérage et l'orientation de ces patients.

En l'absence de nouvelles interventions, **Pamela Lachance-Touchette** remercie chaleureusement les participant(e)s. Elle retiendra de ces échanges le rôle clé du partage des savoirs pour une approche intégrée.

OUVERTURE DES 30^{es} RENCONTRES DU RESPADD (APRÈS-MIDI)

- **Pr Amine Benyamina, président du RESPADD**
- **Anne Borgne, ancienne présidente du RESPADD**

Amine Benyamina, Président du RESPADD, ouvre cette nouvelle partie des rencontres par la projection d'une photographie de la fondation du réseau *Hôpital Sans Tabac*, sur laquelle figure Anne Borgne qui prendra la parole en introduction de cette séance.

- **Anne Borgne, ancienne présidente du RESPADD**

Anne Borgne rappelle que la loi Veil a placé l'interdiction de fumer dans les lieux accueillant des malades en 1976, bien avant que la loi Évin ne s'intéresse au tabagisme. En outre, si cette image peut étonner les générations les plus jeunes, la cigarette a longtemps eu sa place au sein des hôpitaux, dans les halls, les cafétérias. La loi Évin, appliquée dès 1992, précise encore davantage les interdictions de fumer dans tous les lieux publics et a ensuite été complétée par le décret d'application de la loi Bertrand en 2007 – qui interdisait la cigarette dans les restaurants et les établissements de nuit.

Ces lois ont néanmoins rencontré des résistances, certains doutant de parvenir à interdire de fumer aux patients hospitalisés plusieurs jours consécutifs ou aux professionnels soumis au stress dans leur quotidien à l'hôpital. Un groupe de travail a ainsi été créé en 1996 au sein de l'AP-HP, qui disposait de 50 établissements en région parisienne et de 2 en province, pour la rédaction de la charte *Hôpital Sans Tabac*. La Mutuelle Nationale des Hospitaliers et Professionnels de Santé (MNH) a également mis en place, après la loi Évin, le prix *Hôpital Sans Tabac*. Au cours des premières années, ce prix était délivré à des projets qui peuvent aujourd'hui surprendre tels que l'installation d'un fumoir au sein de l'hôpital Jean-Verdier, à Bondy, pour les patients du service hépatologie en sevrage de l'alcool. Les exemples de cette nature témoignent du chemin parcouru, bien que les résistances perdurent de nos jours ; des responsables au sein des établissements doivent toujours se saisir du sujet avec force pour faire évoluer les pratiques. Ces initiatives demandent du courage, de la persévérance et du soutien des différents services de l'hôpital.

En 1996, le président de la MNH, Yvon Lemarié, et le directeur de la cellule hygiène et santé publique de l'AP-HP, le professeur Gilles Brückner, se sont ensuite associés pour fonder l'association loi 1901 du réseau *Hôpital Sans Tabac*. Salariée à mi-temps au sein de l'association, **Anne Borgne** témoigne de son travail de communication et de prospection afin de faire connaître le réseau et d'obtenir de nouveaux adhérents. Ce travail a permis d'identifier des freins et des leviers divers au sein des hôpitaux.

En 2007, le plan gouvernemental de lutte et de prévention des addictions a défini l'organisation des soins en addictologie dans les milieux du sanitaire et du médico-social (CSAPA, CAARUD). Nicolas Bonnet et l'équipe du RESPADD, en coopération avec des groupes de travail émanant des adhérents du réseau *Hôpital Sans Tabac*, ont réfléchi à la mise en place d'une mission d'appui en addictologie. L'enjeu était d'expliquer en quoi consistait ce plan et d'aller à la rencontre des professionnels afin d'échanger sur leurs moyens et la manière dont ils pouvaient s'inscrire dans ce plan addiction. Selon elle, c'est précisément à cette époque que le RESPADD a commencé à s'intéresser à d'autres addictions qu'à celle du tabac – et non seulement aujourd'hui tel que mentionné par le président Amine Benyamina en introduction ! En outre, la tabacologie est une porte d'entrée pour prendre contact avec des personnes ayant d'autres pratiques addictives.

En 2010, le plan gouvernemental de prévention et de prise en charge des addictions à l'initiative de Nicole Maestracci préconise une vision globale de la prise en charge des addictions et non plus « *produit par produit* ». Le RESPADD a ainsi mis en place la formation des professionnels dans les établissements pour la déclinaison des recommandations du plan à l'hôpital et dans le médico-social, entraînant la naissance des services d'addictologie regroupant la prise en charge de toutes les addictions.

Pour conclure, elle tient à saluer M. Nicolas Bonnet, actuel directeur du RESPADD. Elle le remercie pour leurs travaux communs, menés depuis 2008, pour la construction de nouveaux outils, de nouveaux modes de réflexions en faveur de la lutte contre les addictions. Elle remercie également Amine Benyamina, qui a pris sa suite et celle de Michel Reynaud à la présidence du réseau.

Amine Benyamina remercie à son tour Anne Borgne pour son engagement, avant d'ouvrir la séance plénière.

PLÉNIÈRE

UNE HISTOIRE DES DROGUES

Discutant :

- **Bertrand Lebeau-Leibovici**

Intervenant :

- **Erwan Pointeau-Lagadec, RESPADD**

Bertrand Lebeau-Leibovici propose d'introduire la séquence en évoquant les trois points suivants.

D'une part, il regrette le peu de traductions de livres écrits en langue anglaise, consacrés à l'histoire des drogues et considérés comme absolument incontournables tels que *The American Disease* de David Musto, *Opium and the People* de Virginia Berridge ou encore *Drug, Set and Setting* de Norman Zinberg. Il note toutefois la traduction par une librairie universitaire de *Cocaïne andine* de Paul Gootenberg. Il attribue ce phénomène au symptôme d'un certain « *provincialisme français* » qui consiste à penser qu'il n'est pas nécessaire de s'intéresser aux productions étrangères.

D'autre part, il remarque que la question de la neutralité axiologique de Max Weber a marqué l'histoire des drogues. Cette notion affirme que le travail scientifique est supposé être libre de valeur, qu'il ne dit pas le bon ou le mal, mais plutôt le vrai ou le faux. Or, certains travaux prennent position. En témoigne par exemple le titre de l'ouvrage de Jean-Jacques Yvarel, *Les poisons de l'esprit*. La question de la prohibition, des bonnes et des mauvaises politiques en matière de lutte contre la drogue, est fondamentale et traverse la chronologie. En outre, il rappelle que la prohibition de l'alcool aux États-Unis a commencé en 1855 dans l'État du Maine, bien avant qu'une loi ne soit votée au niveau fédéral. Il rappelle également que la cocaïne a notamment disparu de la médecine au profit de substances telles que la xylocaïne ou la lidocaïne qui avaient les mêmes propriétés d'anesthésie locale mais pas de propriétés psychoactives.

Erwan Pointeau-Lagadec souligne que les années 2024 et 2025 ont été l'occasion de dresser le bilan d'une quarantaine d'années de travaux sur l'histoire des drogues et des addictions. Ces 30^e rencontres du RESPADD sont alors également la parfaite occasion de formuler une synthèse de ce bilan et de faire le point sur la situation actuelle de l'addictologie.

Dès juin 2024, lors de la 8^e conférence de l'*Alcohol and Drugs History Society* à Buffalo, aux États-Unis, une grande majorité de chercheurs anglophones se sont réunis dont un contingent de français qui n'avait pas encore conscience d'appartenir à une même communauté de recherche. Face à ce constat, ces derniers ont pris la décision de dresser la carte du territoire sous forme d'un long article historiographique paru en octobre 2024 dans plusieurs revues et publications. Il note que la prochaine conférence de l'*Alcohol and Drugs History Society* sera d'ailleurs organisée par des chercheurs français à Paris, fin juin 2026. Cela témoigne de la légitimité internationale désormais acquise par leurs travaux.

Le champ de recherche consacré à l'histoire des drogues a donc aujourd'hui une quarantaine d'années en France. Les premiers travaux sont ceux de Jacqueline Lalouette et portaient sur l'alcoolisme ouvrier au XIX^e siècle. À la fin des années 1980, les premières thèses ont ensuite émergé sur les produits stupéfiants (*sur l'opium dans les arts et la littérature au XIX^e siècle* par Arnould de Liedekerke, *sur l'émergence de la toxicomanie au XIX^e siècle* par Jean-Jacques Yvarel). Dans les pays anglo-saxons, les premiers travaux datent de la seconde moitié des années 1970 notamment sur la naissance de l'opiomane dans l'Angleterre victorienne par Virginia Berridge. L'*Alcohol and Drugs History Society* est

quant à elle fondée en 1979. Ce décalage de près d'une décennie est le signe d'une moindre légitimité de l'objet d'études des drogues en France, au sein de la discipline historique et jusqu'à aujourd'hui.

Au tournant des années 1990, la France traverse une période de prise de conscience du problème sanitaire causé par la double épidémie d'héroïne et de VIH et d'émergence de la politique de réduction des risques. Un premier ensemble de travaux datant de cette époque peut être placé sous le paradigme du pathologique et de l'interdit ; *Le dragon domestique* d'Anne Coppel et Christian Bachmann, *Les Bretons et l'alcool XIX^e-XX^e siècle* de Thierry Fillaut. Ces premiers travaux permettent d'identifier le XIX^e siècle comme une période de rupture dans l'histoire longue des usages de drogue. Cette période est caractérisée par l'émergence de l'alcoolisme et de la toxicomanie comme phénomènes sociaux et catégories cliniques, par le déclassement social et la stigmatisation des consommateurs ainsi que par l'interdiction progressive d'un certain nombre de produits psychoactifs au travers de la mise en place d'une législation internationale puis de leur déclinaison dans les droits nationaux.

Puis, la légitimité disciplinaire de l'historiographie des drogues décroît rapidement en France et le rythme des thèses soutenues et publications chute drastiquement. Seuls les travaux d'Emmanuel Retailleaud-Bajac et de Xavier Paulès peuvent ici être mentionnés. À l'inverse, dans l'historiographie anglo-saxonne, l'américain Paul Gutenberg date l'émergence d'une *New Drug History* aux Etats-Unis à la fin des années 1990, caractérisée par « *un passage des drogues dans l'histoire à l'histoire des drogues* ». Outre-Manche et outre Atlantique, l'histoire des drogues a tissé des ponts vers d'autres disciplines comme la santé publique et les relations internationales et s'est abreuvée aux sources d'autres traditions historiographiques. Elle est ainsi devenue une voix qui compte dans le débat public sur la crise des opioïdes, le narcotrafic ou encore la légalisation du cannabis.

Vers le milieu des années 2010, les drogues sont redevenues un sujet de débat public de première importance. De jeunes historiens et historiennes se sont alors de nouveau intéressés au passé de ces drogues. Il est possible de citer les travaux d'Alexandre Marchand concernant l'impossible éradication des stupéfiants que la France tente de mettre en œuvre depuis 1970, ceux de Paul Boulan sur les amphétamines légaux ou encore ceux de Zoé Dubus au sujet du retour en grâce des thérapies assistées par les psychédéliques. Avec eux, la discipline passe du paradigme du pathologique et de l'interdit à un paradigme centré sur la banalité des usages de drogue, notamment depuis les années 60. Une phrase de l'historienne américaine Sarah Black illustre ce changement de paradigme : « *plutôt que de chercher à expliquer pourquoi certaines drogues et certains usages ont fait l'objet d'une stigmatisation à partir d'un moment donné, j'ai préféré me demander pourquoi les drogues ont connu un tel succès à l'époque* ». En somme, l'historiographie française des drogues se serait finalement laissée gagner par la philosophie, le langage et l'approche de la réduction des risques et des dommages en matière de drogue et d'addiction.

Par ailleurs, le bilan de l'historiographie française des drogues révèle que les historiens français se sont plus particulièrement intéressés à certains espaces-temps et à certaines substances. La surreprésentation écrasante des travaux consacrés à la France des XIX^e et XX^e siècles peut s'expliquer par plusieurs facteurs (ex. *familiarité avec l'objet d'étude, facilité d'accès aux archives*). En revanche, la *New Drug History* s'est largement intéressée à l'histoire globale, à l'histoire connectée et aux *post-colonial studies*, n'hésitant pas à relier les problématiques les plus brûlantes aux époques les plus reculées. Cette approche permet aujourd'hui de mettre en lumière les évolutions du passé du rapport aux drogues dans toute leur diversité. Elle semble davantage cohérente, alors que les questions liées aux drogues sont éminemment internationales. L'un des grands enjeux de la littérature francophone sur les drogues pour les années à venir est de se défaire de sa tendance ethno et chronocentrique, de

prendre de la hauteur pour réinsérer ses sujets d'études et ses questionnements dans une perspective plus large.

À ce titre, l'une des principales pistes de travail à explorer est celle de la matrice coloniale du rapport aux drogues en France. Pour reprendre l'expression de l'ethnologue Georges Balandier, la conception française de la drogue est née en situation coloniale, dans des territoires, à des époques, dans des sociétés caractérisées par l'asymétrie, la domination et la violence. Deux publications relativement récentes étayaient cette thèse de la matrice coloniale ; *L'herbe du diable ou la chair des dieux* d'Alessandro Stella et *Les raisins de la domination* de Nessim Znaïen. Le premier propose de situer l'origine du système prohibitionniste mondial en 1620, à la publication d'un édit de l'Inquisition de Mexico décrétant l'interdiction du peyotl. Cette thèse démontre qu'il s'agit de la première interdiction légale d'une substance psychoactive dans l'histoire, mais aussi que cette interdiction vise à contrôler les populations indigènes en assimilant leur culte et pratiques à de la sorcellerie et en les obligeant à se convertir au catholicisme. Le second démontre que la prohibition des drogues à la française tire son origine de la législation coloniale sur l'alcool, qui avait cours notamment sous le protectorat tunisien au XIX^e siècle. Il démontre également que notre rapport intime, presque identitaire à l'alcool, viendrait en réalité du Maghreb colonial. C'est en se confrontant à des populations ne buvant pas pour des raisons religieuses ou culturelles, ou buvant peu, ou considérées comme ne tenant pas bien l'alcool, que les Français se sont construit comme un peuple de « *bon buveurs* » de vin, « *sachant se tenir à bonne distance des deux écueils que sont l'excès et l'abstinence* » (Ludovic Gosso).

S'agissant des substances qui intéressent particulièrement l'historiographie française des drogues, **Erwan Pointeau-Lagadec** note une surreprésentation des travaux sur l'alcool. Pour rappel, les premiers travaux sur les drogues, l'addiction et la modification de conscience sont en fait des travaux sur l'alcool. Certains travaux remontent à la période gallo-romaine, qui traite aussi bien de l'ivrognerie au Moyen-Âge que du commerce des vins de Bordeaux sous Louis XIV ou de l'antialcoolisme au XIX^e siècle. L'alcool bénéficie d'un large spectre spatial, temporel et thématique en tant que champ de recherche contrairement aux autres substances – et notamment au tabac qui est la deuxième grande substance légalement consommée en France. Les rares travaux existants sont consacrés à l'industrie du tabac au XX^e siècle et aux représentations sociales et artistiques de la cigarette. Comparativement, il existe davantage de matière sur l'opium. Il est possible que l'opium soit considéré par les historiens français comme un objet d'étude très légitime dans la mesure où il n'est plus consommé sous forme de fumée traditionnelle en France, tandis qu'ils doivent se partager l'expertise autour de sujets plus actuels avec les sociologues, les médecins ou encore les journalistes.

Pour le reste des substances, les ouvrages se comptent sur les doigts de la main et la plupart ont été écrits par des sociologues ou des médecins, ce qui ramène à la problématique de la légitimité de l'objet d'étude « *drogues* » au sein de la discipline en France.

Il est à noter particulièrement que la cocaïne n'a fait l'objet d'aucune monographie historique en France alors même qu'elle a une histoire proprement française qui remonte à la seconde moitié du XIX^e siècle et que sa consommation est en voie de banalisation. Ce « *vide* » de l'historiographie française contraste avec le « *plein* » de l'historiographie anglo-saxonne et notamment américaine. Cette tendance s'explique par la place beaucoup plus centrale qu'occupe la substance dans l'histoire du continent américain, des usages traditionnels de la feuille de coca en Amérique du Sud à la guerre actuelle contre les cartels mexicains. Néanmoins, cette comparaison permet de souligner à nouveau le déficit de légitimité dont continue de souffrir l'objet d'étude « *drogues* » au sein de la discipline historique en France.

Finalement, plus la consommation d'une drogue illégale existe et plus cette consommation est considérée comme problématique, moins elle aura de chances de faire l'objet de travaux historiques en France. Cela a des conséquences importantes et néfastes pour les historiens et les historiennes qui sont empêchés d'apporter leur expertise propre aux débats publics réguliers qui concernent les enjeux liés aux drogues. Cela a aussi tendance à donner l'illusion qu'en matière de drogue, il n'y a que des tendances émergentes et des nouveautés inquiétantes. Par exemple, il est possible d'évoquer les controverses qui continuent d'entourer le cannabis médical, alors que la substance a fait partie de la pharmacopée française jusqu'en 1953, le retour régulier de l'expression « *drogue du zombie* » dans les médias à chaque fois qu'apparaît une nouvelle substance inquiétante ou encore les solutions martiales qui continuent d'être brandies comme principale réponse aux problèmes de la drogue, 65 ans après la déclaration de la *War on Drugs* par Richard Nixon qui n'a produit comme résultat concret que l'augmentation de la consommation, des problèmes sociaux et sanitaires et de la violence associée au commerce illégal des produits.

Par conséquent, le savoir sur le passé des substances psychoactives et des addictions reste peuplé « *de mythes, de factoides et d'approximations répétées* ». Deux exemples marquants peuvent illustrer ce propos. Premièrement, l'affirmation selon laquelle l'opium était déjà consommé par les Sumériens au troisième millénaire avant Jésus-Christ dans un cadre thérapeutique, voire récréatif, serait en réalité fausse, issue d'une traduction approximative ou extrapolée d'un assyriologue du début du XX^e siècle. Le pavot à opium serait en fait originaire d'Europe de l'Ouest. Deuxièmement, Napoléon n'est pas l'un des pionniers de la lutte contre les drogues contrairement aux croyances. En outre, il s'agit du successeur de Bonaparte qui a fait interdire le hashish à ses soldats et à la population locale lors de la campagne d'Égypte, pour des raisons politiques et non sanitaires.

Pour conclure, **Erwan Pointeau-Lagadec** propose de se demander ce que peut l'histoire des drogues pour l'addictologie, la lutte contre les addictions et les usages problématiques – pour paraphraser le titre d'un ouvrage récemment dirigé par Patrick Bouchon. D'une part, l'histoire peut déconstruire des mythes, le plus important d'entre eux étant probablement celui d'un monde sans drogues. L'histoire permet en effet de soutenir le principe anthropologique de l'universalité de la consommation des drogues. D'autre part, l'histoire permet de démontrer à la fois l'échec et les causes de cet échec du paradigme d'actions publiques qui allie prohibition et répression. Par ailleurs, l'histoire permet de soutenir des pratiques médicales innovantes en rappelant leur antériorité ou leur existence passée (ex. *thérapies assistées par psychédéliques pour traiter la dépression ou l'alcoolisme sévère*). Enfin, il semble que l'étude du passé des drogues rappelle que les addictions sont d'abord et avant tout des maladies sociales. Elles sont le produit de normes morales, de règles juridiques, de représentations collectives, de rapports socio-économiques, mais aussi de configurations géographiques.

La véritable rupture que représente le XIX^e siècle dans l'histoire longue des usages de drogue, c'est d'avoir donné naissance à des sociétés qui produisent des addictions en quantité industrielle. Le libéralisme politique, économique et culturel qui s'est développé en Europe, en Amérique du Nord, puis progressivement sur de nombreux autres territoires, a fait tomber les anciennes normes sociales qui encadraient les usages de substances psychoactives. Il a favorisé l'exposition de contingents toujours plus importants de la population mondiale à un nombre toujours plus important de produits, en facilitant leur commerce, voire en promouvant leurs usages. Le libéralisme a aussi créé les conditions de leur désirabilité, voire de leur nécessité.

L'histoire contemporaine enseigne que l'addictologie, la médecine, le travail social ne pourront pas seuls venir à bout du phénomène des addictions. Ce combat ne pourrait être gagné qu'au niveau politique, en laissant au passé l'ère de la prohibition pour inventer de nouvelles sociétés impliquant de nouveaux modes de gestion collectifs, de l'ivresse et de la modification des états de conscience.

TABLE RONDE

D'HÔPITAL SANS TABAC À LIEU DE SANTÉ SANS TABAC

GRAND TÉMOIN : ANNE BORGNE

Organisée en partenariat avec la Société francophone de tabacologie (SFT)

Discutante :

- **Alice Descheneau**, présidente de la SFT

Intervenant(e)s :

- **Nathalie Lajzerowicz**, Centre hospitalier du Bouscat
- **Marie Van Der Schueren**, CHU de Caen
- **Sébastien Fleury**, Centre hospitalier de Béziers

Alice Descheneau, psychiatre chef du service d'addictologie à Paul-Guiraud et présidente de la SFT, ouvre cette table ronde sur l'histoire de l'évolution des lieux de santé sans tabac.

Marie Van Der Schueren, responsable de l'unité de coordination de tabacologie du CHU de Caen et administratrice de la SFT et du RESPADD, centrera son intervention sur les premières années de cette évolution des Lieux de santé sans tabac.

Dans les années 1990, le tabac est partout, malgré les lois Veil et Évin en 1976 et en 1991 qui s'appliquent plus particulièrement aux milieux hospitaliers. Si la proportion de fumeurs entre 18 et 75 ans diminue dans les années 1990, 50 % de fumeurs hommes et 30 % de femmes sont encore recensés. Il est également intéressant de noter que la prévalence chez la femme a augmenté entre 1970 et 2005. La moyenne des fumeurs hommes et femmes en France en 2001 était de 34 %. Aujourd'hui, les études recensent moins de 20 %, ce qui témoigne du travail réalisé. Néanmoins, ce taux de 20 % correspondait à celui de la Suède en 2001 et invite à observer et éventuellement s'inspirer des pratiques suédoises. Le Royaume-Uni, quant à lui est passé de 26 % de fumeurs en 2001 à 5 % aujourd'hui.

Pour en revenir au CHU de Caen, construit en 1975 et pionnier en santé publique, il a créé en 1993 un comité Hôpital sans tabac. Les interdictions inscrites dans les lois ne suffisant pas, le CHU s'est intéressé à la mise en œuvre d'autres politiques et notamment du dispositif « *former, accompagner, sensibiliser, prévenir et mobiliser* » semblable au texte de la charte Hôpital sans tabac. Il est ici possible de constater un glissement de la question, du champ réglementaire aux champs culturels et du soin. En 1995, il est également possible de constater un passage du militantisme à l'expertise. Dès 1989, le CHU de Caen crée le premier DU de tabacologie, tandis que le réseau national Hôpital Sans Tabac voit le jour à la même époque. Le directeur d'hôpital de l'époque fait alors partie du Conseil d'administration. Les premiers congrès nationaux associés datent de 2000 et sont encore organisés à ce jour, le dernier remontant à 2025 pour la SFT et le prochain se tenant à Rennes en 2026.

Une telle dynamique est portée au sein de l'établissement par une équipe de professionnels convaincus, dont Anne Borgne ou encore Béatrice Lemaitre et Gilbert Lagrue. Ce dernier est le fondateur de la démarche au CHU de Caen et laisse le souvenir de phrases devenues célèbres telles qu'« *il n'y a jamais d'échecs en tabacologie, il n'y a que des succès différés* ». Ces personnes pionnières étaient engagées et ont œuvré à la création de réseaux y compris interdisciplinaires.

Parmi les actions de prévention déployées par l'hôpital à l'attention des populations, il est possible de citer la création des Foulées sans tabac ou l'opération « *une pomme contre une clope* » à l'occasion de la journée mondiale sans tabac. Par ailleurs, il est intéressant de se pencher sur le tournant de la périnatalité dans les années 2000. Alors que le tabac est un comportement individuel, la prévention s'intéresse à la santé familiale et adopte un point de vue davantage sociétal. Le CHU de Caen prend la décision de créer un Comité régional de la naissance et plusieurs sage-femmes se forment avec le DU de tabacologie. Chaque soignant devient un acteur dans une logique de développement des compétences, le CHU tâche d'induire des temps sur la tabacologie dans les formations initiales.

En 1998-2000, la prévention au sort de l'hôpital et opère un tournant régional, s'oriente vers la dynamisation et la création de réseaux régionaux. En Normandie et notamment dans l'ancienne Basse-Normandie, des médecins ont été formés au DU de tabacologie dans le cadre d'un programme FISP et des pharmaciens sont formés avec le Cespharm afin d'être un relais par rapport aux substituts nicotiniques. Cette coopération territoriale doit permettre une prise en charge globale des patients. La prévention devient progressivement accessible partout, considérant que protéger devient un droit collectif. Un premier colloque national Justice et tabac est organisé au Mémorial de Caen en 2004 en présence de différents partenaires, permettant de commencer à questionner le fait de fumer en public et le droit du non-fumeur. En 2004 également, le premier restaurant entièrement non-fumeur ouvre ses portes, le Café Mancel. Il s'agit d'une grande nouveauté, alors que la loi interdisant de fumer dans les établissements accueillant du public date de 2007.

Marie Van Der Schueren observe un véritable tournant culturel ; après ces premières années, la tabacologie est devenue une véritable politique institutionnelle. Entre 2006 et 2017, l'hôpital est en phase de « *maturation* », il devient acteur de santé publique et s'intéresse aux nouveaux enjeux de dénormalisation du tabac, de sécurité et de qualité des soins. Les notions de certification et de parcours du patient commencent aussi à émerger. Il s'agit d'une époque de naissance progressive du concept des lieux de santé sans tabac.

Pour conclure, l'histoire de la tabacologie enseigne que les politiques efficaces prennent du temps, que le changement culturel dépasse la réglementation ainsi que les lieux de santé sans tabac sont l'aboutissement logique de 30 ans d'évolution d'actions. En 30 ans, le CHU de Caen a changé les règles mais aussi la culture du tabac. Les prochaines interventions s'attacheront à identifier les défis actuels et futurs de la tabacologie.

Sébastien Fleury, notamment maïeuticien et tabacologue à l'hôpital de Béziers, évoquera dans son intervention la dynamique actuelle des lieux de santé sans tabac en partant de l'interrogation suivante ; « *Pourquoi passer d'hôpital sans tabac à la stratégie de Lieu de santé sans tabac ?* ».

La prévalence du tabac est encore assez élevée chez certains publics, en particulier ceux reçus dans l'hôpital public, avec des patients qui présentent de fortes vulnérabilités. Le tabagisme est alors une vulnérabilité surajoutée, surtout pour les femmes enceintes dans les maternités et les hôpitaux psychiatriques. Cette situation a un impact direct sur les complications, la durée d'hospitalisation et le parcours de soins. En agissant sur le tabac, il est alors possible d'agir sur tous les versants de l'hospitalisation et du pronostic du patient.

L'approche historique du modèle Hôpital sans tabac a souvent été interprétée par les directions des hôpitaux comme étant basée sur des interdictions plus fortes, de la signalétique et une logique réglementaire. La logique des lieux de santé sans tabac entend alors engager une transformation profonde et systémique du modèle, en commençant par élargir le périmètre du concept à tous les lieux de santé ; l'ensemble des professionnels de santé doivent être des acteurs de la prévention du

tabagisme, dans toute situation de soins primaires et à l'égard de tous les patients, dans tous les parcours.

Concrètement, la certification en tant que lieu de santé sans tabac repose sur un référentiel national porté par le RESPADD. L'établissement et sa direction s'engagent dans une démarche d'amélioration continue, dans une véritable dynamique institutionnelle. Les axes du référentiel se basent sur 8 normes qui sont la gouvernance, la communication, la formation, l'identification/diagnostic, l'environnement sans tabac, le lieu de travail sain, l'engagement dans la communauté, la surveillance et l'évaluation. Un Comité de pilotage doit être créé avec tous les acteurs susceptibles d'y participer, une stratégie mesurable doit être identifiée et une coordination efficace doit être mise en place par le chef de projet.

La formation des professionnels passe par des actions de sensibilisation, de formation au repérage précoce à l'intervention en tabacologie et de formation au titre de formateurs-relais auprès des autres professionnels de l'établissement. Ils doivent également être en mesure de prescrire, donner, administrer ou distribuer des traitements nicotiques de substitution aux patients – au moins le temps de son hospitalisation. Au niveau du parcours patient, l'établissement doit engager un repérage systématique du statut tabagique afin, le cas échéant, de proposer une prise en charge. Il s'agit aussi de rendre accessibles les substituts nicotiques et envisager une continuité ville-hôpital en faisant le lien avec le médecin traitant. L'établissement doit par ailleurs être en mesure de proposer un environnement sans tabac, sans exposition à la fumée du tabac. Les espaces fumeurs ne doivent alors pas être perçus comme obligatoires dès le départ, ils peuvent être plutôt envisagés dans une période de transition. La signalétique doit être importante, bienveillante, pédagogique, avec une politique cohérente dans son ensemble. La communication collective et la prévention sont essentielles et doivent faire l'objet d'un grand nombre d'initiatives.

Au niveau de l'évaluation et de l'amélioration continue, l'établissement assure un suivi régulier des indicateurs qui sont réévalués à chaque Copil, processus de certification ou demande. La démarche est progressive et il n'est pas nécessaire de proposer un modèle parfait dès le début, la notion d'amélioration encourageant une dynamique de groupe, d'interdisciplinarité, la valorisation des équipes et de leurs idées. La démarche des lieux de santé sans tabac donne un langage commun entre la direction, les soignants, la qualité, la prévention et la santé publique. Elle ne se limite pas à une politique de lutte anti-tabac, elle est une véritable politique d'amélioration de la qualité de vie au travail.

Désormais, la dépendance tabagique n'est plus un sujet secondaire. Elle devient visible et légitime, intégrée directement aux soins et aux différents processus du parcours patient. **Sébastien Fleury** rapporte ici quelques exemples ; une infirmière qui questionne un patient sur le nombre de cigarettes qu'il aurait fumé au moment de lui apporter son repas, une directrice de Copil qui interroge un soignant fumeur sur les raisons pour lesquels il ne s'adresse pas à l'équipe addictologie. Au CHU de Toulouse, les professionnels disposent également de « *nicomémos* » pour apprendre à doser correctement les substituts nicotiques. Les effets sont positifs sur l'institution, qui bénéficie d'une meilleure cohérence des politiques grâce à la mobilisation de toutes les équipes, à la valorisation des établissements qui travaillent à la démarche et au renforcement du lien entre qualité et prévention. Il évoque de nouveau le CHU de Toulouse qui a su mettre en place une réelle stratégie institutionnelle, ancrée dans l'hôpital et portée par l'ensemble des acteurs.

Parmi les freins identifiés à la dynamique, les difficultés fréquentes sont liées au manque de temps dont disposent les formateurs-relais pour partager la démarche avec leurs pairs, à la résistance culturelle de certains soignants eux-mêmes réticents à l'idée de ne pas pouvoir fumer sur leur lieu de travail ou de priver un patient de cette habitude ou encore à la banalisation du tabac. Cette dernière

constitue d'ailleurs un axe majeur des politiques de santé actuelles. Aussi, certains freins résultent des difficultés de mobilisation transversale entre les établissements. Enfin, les questions des espaces extérieurs et du *turnover* des équipes sont régulièrement remontées.

Parmi les facteurs de réussite, il est possible de souligner le soutien institutionnel indispensable ; la direction doit être impliquée et participer à véhiculer le message selon lequel la démarche permet à la fois d'améliorer la qualité de travail des équipes et de valoriser l'établissement. L'approche doit être bienveillante, il est important de reconnaître que le tabagisme est une maladie ainsi que les patients sont victimes de leur dépendance. Puis, un travail transversal doit être mené avec les différents acteurs de l'hôpital et en tenant compte des compétences préexistantes en addictologie, en médecine du travail et en communication. En cohérence avec la logique de progression, chaque petite avancée doit enfin être valorisée.

Pour conclure, la certification permet de transformer une intention de santé publique en organisation concrète. Elle aide les établissements à passer d'actions dispersées à une politique structurée, cohérente et durable. Dans un contexte où la prévention devient un enjeu majeur de santé, les lieux de santé ont probablement un rôle exemplaire à jouer.

Nathalie Lajzerowicz est médecin addictologue et tabacologue à l'hôpital du Bouscat à Bordeaux, établissement à taille humaine labellisé lieu de santé sans tabac « *argent* ». Elle est également membre administratrice de la SFT et du RESPADD. Son intervention portera sur les enjeux à venir des lieux de santé sans tabac.

Il apparaît important d'aborder systématiquement avec les soignants le sujet du tabagisme, toutes les pathologies étant concernées, créées, aggravées ou chronicisées par le tabac. Il est aussi important de mettre en exergue l'implication du tabac dans l'inefficacité des soins, sujet auquel elle s'est d'ailleurs intéressée de près avec le professeur Gérald Pfeiffer. Ces travaux ont notamment permis de souligner les interactions du tabac avec une large palette de thérapeutiques ; les antidépresseurs, antidiabétiques, anticoagulants ou encore antihypertenseurs sont alors moins efficaces. Il pourrait s'agir ici d'un levier motivationnel pertinent pour les équipes des services somatiques.

Les enjeux de l'hospitalisation sans tabac sont, d'une part, financiers. Si le tabac est source de revenus *via* des taxes, il est également responsable du non-versement de 2,8 Mds€ de retraite en raison de la mort prématurée d'un consommateur sur deux. Peuvent aussi être pris en compte le coût exorbitant du tabagisme pour les finances publiques, les dépenses de santé et le coût social. La définition de l'addiction ne peut pas être passée sous silence, elle correspond à la « *perte de la liberté de s'abstenir de consommer* ». Alors que six consommateurs sur dix essaient d'arrêter de fumer, seuls 25 % d'entre eux l'ont effectivement tenté au cours des 12 derniers mois. Ces différents éléments doivent être portés à la connaissance des acteurs publics.

D'autre part, l'enjeu est d'être à l'écoute à la fois des patients hospitalisés qui souhaitent être aidés et des résistances qui s'opposent à la mise en place de solutions. Au sein du Bouscat, 33 % des patients se déclarent aujourd'hui fumeurs occasionnels ou réguliers. 85 % d'entre eux estiment que la prise en charge du tabagisme doit être proposée à tous les fumeurs, 97 % d'entre eux estiment que la prise en charge du tabagisme doit être proposée aux patients ayant des maladies liées au tabac et 97 % d'entre eux jugent que l'interdiction de fumer dans l'enceinte est une bonne chose.

Nathalie Lajzerowicz dresse ici la liste exhaustive des résistances qui ont pu lui être opposées au cours de sa mission pour réduire le tabagisme au sein de l'hôpital, notamment suite à sa proposition d'un séjour de 15 jours sans tabac pour les patients hospitalisés. Entre autres, elle rapporte que la réduction du tabac est perçue comme facteur de stress pour les fumeurs. Il est possible de répondre à ce propos

en rappelant que, comme pour les sevrages en alcool, un arsenal thérapeutique existe pour gérer les symptômes de sevrage. Un autre contre-argument consiste par exemple à avancer que la consommation d'alcool au sein de l'établissement serait dommageable pour les autres patients et contraire au principe de non-nuisance pour autrui, ce qui ne serait pas le cas pour le tabac. Il est pourtant tout à fait possible de considérer que la logique est la même pour ces deux types de consommation, en témoignent les nombreux cas de reprise du tabac par des patients ex-fumeurs au contact de fumeurs rencontrés à l'hôpital. Il se trouve par ailleurs qu'il existe un certain engouement de la part des patients en addictologie à être hospitalisés dans la structure pour être aidés aux deux sevrages concomitants, contrairement à certaines croyances selon lesquelles l'interdiction de fumer pourrait pousser certains patients à renoncer à l'hospitalisation.

Alors, il peut être complexe pour les établissements de passer de la labellisation « *argent* » à la labellisation « *or* », qui concerne uniquement les hôpitaux entièrement sans tabac, à l'intérieur et à l'extérieur. Au sein de l'hôpital du Bouscat, l'intervenante a de nouveau proposé d'expérimenter une période de 15 jours sans tabac pour les patients afin d'atteindre cet objectif. Cette dernière a finalement pu être programmée du 09 au 23 novembre 2026, elle concernera uniquement les patients sur la base du volontariat. En effet, les patients qui ne souhaitent pas participer pourront reporter leur hospitalisation. Pour les professionnels fumeurs, leur consommation sera restreinte à certaines zones de tolérance hors de la vue des patients. Cette expérimentation entend proposer une « *opportunité* » d'abstinence, et non une « *contrainte* ». Les notions de volontariat, d'égalité d'accès aux soins et de qualité des soins sont préservées tout au long de la période. Les patients n'auront pas la possibilité d'être accompagnés hors de l'enceinte pour fumer et si aucune sanction n'est prévue, les « *entorses* » feront toutefois l'objet d'un suivi pour être analysées ultérieurement.

Elle revient ensuite sur les différentes étapes administratives, de pilotage et les actions de communication internes et externes mises en œuvre avant, pendant et après l'expérimentation. À l'issue de la période, il sera en outre observé un travail d'analyse des questionnaires d'évaluation patients et soignants, des écarts constatés et de la pertinence globale de l'action.

Au regard de l'énergie déployée par les équipes pour faire vivre cette dynamique de Lieu de santé sans tabac, **Nathalie Lajzerowicz** indique avoir engagé des démarches pour obtenir la certification générale HAS. Elle a alors relevé quelques freins à la dynamique, soulignant un enjeu de qualité des soins mais aussi un enjeu éthique. Pour commencer, lors de la visite des experts responsables de l'évaluation de l'établissement, elle rapporte s'être étonnée de l'absence totale de mention au tabac. Par ailleurs, l'un des critères indispensables à la certification est que « *Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou soulager rapidement sa douleur* ». Quid de la souffrance du patient fumeur hospitalisé ? De la souffrance du syndrome de sevrage en cas de prise en charge inadéquate est-elle prise en compte ? De celle des malades qui savent que leur tabagisme compromet malgré eux leur rémission ? De celle des patients anxiodépressifs qui prolongent indépendamment de leur volonté leur pathologie sous l'effet de leur tabagisme ? De celle des patients précaires obligés de continuer à fumer au détriment de leur alimentation ? En outre, il est essentiel de proposer une prise en charge proactive du tabagisme et une organisation adaptée.

Fortes de ce constat, l'intervenante ainsi qu'Alice Descheneau ont sollicité la branche certification de l'HAS qui les a invitées, à son tour, à proposer quelques critères de prise en charge du tabagisme. Un critère a ainsi été proposé avec des indicateurs d'évaluation ; « *La prise en charge du tabagisme est systématiquement intégrée dans le parcours de soins* ». Aucun retour n'a encore été formulé par la HAS.

Pour conclure, elle répète l'importance de proposer une opportunité plutôt qu'une contrainte en invitant les patients à expérimenter un changement à l'occasion d'un moment privilégié du séjour de soins. Cette démarche est d'autant plus importante que les patients hospitalisés s'attendent à recevoir un accompagnement adéquat pendant leur séjour. La démarche doit également être soutenue par le relevé systématique du statut tabagique, la mise à disposition des traitements et la formation obligatoire de tous les professionnels de santé.

Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous les moyens disponibles, au bénéfice de toute personne. Le tabagisme ne doit alors pas être considéré comme secondaire dans la qualité des soins.

Alice Descheneau remercie chaleureusement les intervenant(e)s. Elle témoigne de sa propre expérience au sein de l'établissement Paul Guiraud et de la disparation de la tabacologie après une première tentative de centre de tabacologie, jusqu'à l'arrivée de l'addictologie. Dès lors, les professionnels ont commencé à se former et les pharmacies à être complétées de substituts nicotiniques. L'initiative d'un Lieu de santé sans tabac a par ailleurs été mal accueillie à l'origine, avant d'être enclenchée suite à un courrier de la DGOS interrogeant l'établissement sur ses démarches en tabacologie.

Malgré tout, chaque changement doit encore être argumenté et défendu avec force, ce qui oblige les équipes à renouveler sans cesse l'énergie qu'ils déploient en faveur des lieux de santé sans tabac. Elles ont besoin d'être soutenues et accompagnées, plus que jamais dans un contexte financier et social tendu, marqué par un phénomène important de *turnover*. Cette situation explique notamment les démarches de la SFT auprès de la HAS pour la reconnaissance d'un critère de prise en charge du tabagisme dans les établissements certifiés. Une telle évolution contribuerait grandement à légitimer les missions des lieux de santé sans tabac, à sortir de l'ère du « *pourquoi* » pour entrer dans celle du « *comment* ».

Anne Borgne rappelle ici que la première mouture de l'accréditation du réseau *Hôpital sans tabac* comprenait un critère tabac. Même s'il ne s'agissait pas d'un critère obligatoire, il avait aidé à mobiliser les directions des hôpitaux sur le sujet. Elle évoque également une collaboration passée du réseau *Hôpital sans tabac* avec la SFT et le CFES, qui a conduit à l'élaboration du dossier de tabacologie.

Marie Van Der Schueren constate que les évolutions sont étroitement liées à la volonté de la direction des établissements, plus ou moins favorables aux démarches des lieux de santé sans tabac ou réceptifs aux missions des services d'addictologie. Les équipes ne doivent alors pas se décourager et faire preuve de patience.

Sébastien Fleury estime que le critère le plus marquant de la démarche de certification LSST est l'engagement dans la communauté. Ce critère révèle l'importance de l'inspirer des autres établissements, de s'inscrire dans une démarche de partage et d'échange, qui peut être extrêmement valorisante pour les équipes.

CÉRÉMONIE DE REMISE DES PRIX

CERTIFICATION LSST NIVEAU ARGENT

➤ **Marianne Hochet**, RESPADD

Marianne Hochet introduit la cérémonie de remise des prix, rappelant que la certification LSST repose sur un Audit permettant aux établissements de santé de se situer dans la démarche et d'évaluer leur progression dans le temps. Pour rappel, les 8 normes de l'Audit ont été citées par M. Fleury au cours de son intervention. Il existe 3 niveaux de certification, « *Bronze* », « *Argent* » et « *Or* » aux exigences croissantes.

Le RESPADD encourage vivement les établissements qui n'auraient pas été certifiés malgré leur candidature à tenir compte des remarques qui leur ont été formulées et à postuler de nouveau pour l'édition 2027.

Les résultats de la certification « *Argent* » 2026 sont les suivants :

1. Centre Hospitalier Universitaire Amiens-Picardie ;
2. Hôpital Nord de l'AP-HM, à Marseille ;
3. Centre Psychothérapique de Nancy ;
 - Hôpital Nord Franche-Comté ;
 - Centre hospitalier de Rouffach ;
 - Centre hospitalier d'Arcachon ;
 - Centre hospitalier de Grasse ;
 - Hôpital Saint Joseph-Montval, à Marseille ;
 - Hôpital Saint Joseph, à Marseille ;
 - Institut du Cancer de Montpellier ;
 - Centre Antoine Lacassagne, à Nice.

TABLE RONDE

LA COMPLÉMENTARITÉ DES DISPOSITIFS D'OBSERVATION DES POPULATIONS « DIFFICILES D'ACCÈS » À L'OFDT : 30 ANS DE VEILLE ET D'OBSERVATION

Organisée en partenariat avec l'Observatoire français des drogues et tendances addictives (OFDT)

Discutante :

- **Valérie Ulrich**, responsable de l'unité FOCUS, OFDT

Intervenant(e)s :

- **Clément Gérôme**, Coordinateur national du dispositif TREND, OFDT
- **Cindy Feng**, Dispositif SINTES, OFDT
- **Stanislas Spilka**, responsable de l'unité DATA, OFDT

Valérie Ulrich, responsable de l'unité FOCUS à l'OFDT, rappelle en introduction que l'OFDT est un organisme public qui produit des publications et des connaissances sur les drogues et les tendances addictives. L'organisme est composé d'une trentaine de chargées d'études, toutes disciplines confondues, qui s'appuient sur des dispositifs d'enquête produits en interne ou issus de données de partenaires. L'OFDT s'appuie sur un Conseil scientifique et sur une Assemblée générale composée de la Mission interministérielle de lutte contre les conduites addictives (MILDECA), de la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé et de 11 ministères concernés par les drogues. Enfin, l'OFDT est aussi le représentant français du réseau européen d'information des drogues coordonné par l'Agence de l'Union Européenne sur les drogues.

Les interventions porteront sur l'évolution des dispositifs d'observation de l'OFDT et sur la complémentarité de ces différents dispositifs d'enquête, qui font appel à des méthodologies diverses. Une attention particulière sera accordée aux usages de drogues des populations les plus difficiles d'accès. En outre, certains usages ou certaines pratiques concernent des effectifs très réduits d'usagers qu'il est difficile d'identifier (ex. *injection de drogues, pratiques de chemsex*). Certains usagers fréquentent par ailleurs des espaces non identifiés ou très éloignés des structures de soins et d'accompagnement. Sont aussi à prendre en compte les enjeux autour de la stigmatisation, de la confidentialité ou encore la difficulté pour les personnes à parler de leurs usages de drogue. Les conditions de passation des enquêtes peuvent être difficiles lorsque les personnes sont sans domicile, mobiles géographiquement, lorsque des barrières linguistiques ou des vulnérabilités sociales et sanitaires s'imposent.

Elle procède à un tour de table avant de céder la parole à chacun des intervenants.

Clément Gérôme sociologue, coordonne le dispositif Tendances récentes et nouvelles drogues (TREND) à l'OFDT. Sans revenir sur l'histoire de sa création, il propose d'en présenter le fonctionnement ainsi que la méthodologie.

Le dispositif a été créé à la fin des années 1990, marquées par la diversification des substances, des profils de consommateurs et des modes d'usage, et par l'émergence des premières mesures de réduction des risques. Il rappelle que Nicole Maestracci a piloté le plan triennal 1999-2002 de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances à la tête de la MILDT. Ce plan prévoit la mise en place d'un dispositif permanent d'observation, complémentaire aux enquêtes épidémiologiques représentatives en population générale. En parallèle, la MILDT pilote un autre dispositif qui comporte

deux volets : le TREND et le Système d'identification national des toxiques et des substances (*SINTES*), qui sera présenté ensuite par Cindy Feng.

Depuis sa création, le dispositif TREND a deux objectifs. Le premier est d'assurer une veille sanitaire visant à identifier et décrire des phénomènes de consommation émergents, potentiellement dangereux (*ex. l'injection de gélules de méthadone, les cannabinoïdes de synthèse ou le protoxyde d'azote*). Le second objectif est de comprendre les pratiques, les profils, les conditions de vie, les contextes d'usage de populations difficiles à enquêter, très régulièrement consommatrices de substances. Ces populations sont confrontées aux conséquences socio-sanitaires de leur consommation et peuvent être à l'origine de nouvelles tendances de consommation. Il souligne que ces populations ont pour point commun d'être exclues des enquêtes en population générale pour des raisons multiples liées à leurs conditions de précarité ; absence de téléphone, manque de temps, réticence à évoquer leurs pratiques avec une personne inconnue. Il ajoute que le dispositif TREND collecte progressivement des informations sur l'offre de produits illicites, principalement du point de vue du consommateur (*approvisionnement, prix, etc.*).

Sur le plan méthodologique, TREND s'appuie sur une démarche compréhensive classique en sciences sociales, dont l'objectif est de restituer sans jugement les logiques d'action, les rationalités et le sens que les usagers donnent à leurs pratiques – notamment à leur consommation de substances psychoactives. Il souligne ici que même les usagers les plus dépendants, en situation de grande précarité ou souffrant de troubles psychiques exercent une rationalité qui leur est propre. Pour mettre à jour ces logiques d'usage, TREND mène des entretiens individuels et collectifs auprès des usagers ainsi que d'intervenants des champs socio-sanitaires et, ponctuellement, des forces de l'ordre afin d'avoir des informations sur la structuration des trafics locaux.

En termes d'organisation, TREND repose sur un réseau de 9 coordinations locales dotées d'une équipe d'enquêteurs, d'un coordinateur et d'informateurs de terrain. Chaque coordination produit chaque année un rapport et organise des restitutions de données en région.

Clément Gérôme propose ensuite d'évoquer les enjeux méthodologiques propres aux entretiens menés auprès de populations particulièrement consommatrices et aux observations ethnographiques menés sur des lieux de consommation. Historiquement, le dispositif s'intéresse à deux types d'espaces. D'une part, les espaces festifs techno au sens large fréquentés par des populations plutôt jeunes, insérées socio-économiquement et en relative bonne santé. D'autre part, les espaces de la marginalité urbaine tels que les squats, fréquentés par des usagers en grande précarité, souvent confrontés à des problématiques d'addiction et de comorbidités en santé mentale. Au cours des vingt dernières années, l'enjeu est de déployer ces investigations dans d'autres contextes et pratiques (*chemsex, territoires ruraux, espaces numériques, quartiers populaires, contextes professionnels, zones transfrontalières, etc.*) afin de mieux refléter la réalité des contextes d'usage.

Les enquêteurs de terrain ont des profils divers, il peut s'agir d'étudiants ou de chercheurs en sciences sociales, de travailleurs sociaux ou sanitaires issus des CAARUD, mais aussi, nécessairement, des usagers eux-mêmes. Il est essentiel d'avoir un accès au terrain, d'obtenir la confiance des usagers pour leur proposer des entretiens dans d'autres cadres. Ces enquêteurs disposent d'une formation de base à l'enquête en sciences sociales et bénéficient du soutien de TREND. Ils peuvent également s'appuyer sur des structures médico-sociales, des structures communautaires ou sur des réseaux interpersonnels dans les espaces festifs. Les enquêteurs rencontrent certaines contraintes sur le terrain, généralement propres aux populations difficiles à enquêter ; la barrière de la langue pour les personnes en situation de migration, la volatilité des personnes notamment en milieu festif et la volatilité des situations sur

les scènes de consommation, avec une alternance entre des moments de tension et de calme. Les enquêteurs doivent aussi composer avec la consommation pendant les entretiens, qui ne sont pas toujours réalisés avec des personnes sobres.

Il s'attarde ensuite sur les effets de l'entretien, chez l'enquêté comme chez l'enquêteur. Chez l'enquêté, évoquer sa consommation peut raviver un *craving*, raviver des souvenirs douloureux ou provoquer une baisse de l'estime de soi. L'enquêté peut aussi être tenté de formuler des demandes diverses à l'enquêteur, d'où l'importance de clarifier son statut et de se différencier des travailleurs sociaux. Chez l'enquêteur, ce travail est éprouvant. La posture de témoin répété du malheur, de la maladie ou de la stigmatisation pèse sur les personnes qui récoltent les données. Certaines coordinations mettent cependant en place des groupes d'analyse de la pratique. L'enquêteur se doit par ailleurs de rester souple face à des situations de terrain en constante évolution, ce qui lui permet le dispositif TREND.

Pour conclure, il illustre son propos par deux extraits d'entretien projetés en séance. Ces extraits témoignent de la capacité du dispositif TREND à restituer la complexité et la nuance du terrain par comparaison avec des enquêtes par questionnaires. Il remercie enfin l'ensemble des personnes mobilisées, sans lesquelles cette expertise n'existerait pas, et invite à consulter les publications disponibles sur le site de l'OFDT.

Cindy Feng, chargée d'études à l'OFDT, présente à son tour le dispositif Système d'identification national des toxiques et des substances (*SINTES*), qu'elle anime avec Sabrina Cherki. Son intervention portera sur l'historique du SINTES et sur sa complémentarité avec les autres dispositifs d'observation de l'OFDT, notamment TREND.

SINTES a été créé à la même période que TREND, dans un contexte de transformation des usages de substances psychoactives, avec pour objectif de surveiller uniquement les produits de synthèse. Son champ a ensuite été élargi en 2006 à l'ensemble des substances psychoactives, hors tabac et alcool. Il s'agit toujours aujourd'hui d'un dispositif permanent de collecte continue, contribuant à la veille sanitaire et à l'information précoce des pouvoirs publics et des acteurs du champ des tendances addictives. En 2025, environ 1 000 collectes ont été analysées. L'objectif est donc de décrire la composition de l'ensemble des substances psychoactives à partir d'analyses toxicologiques de produits collectés par des acteurs socio-sanitaires directement auprès des usagers.

Le volet « Veille » de SINTES contribue au système d'alerte précoce sur les nouveaux produits de synthèse (NPS) et permet l'échange rapide d'informations en lien avec le réseau Signal drogues dont l'OFDT fait partie. Un point SINTES annuel est ensuite produit à l'aide des données collectées. La collecte de données concerne les substances répondant aux motifs suivants ; effet indésirable, effet inattendu, produit nouveau ou rare, produit non identifié par l'analyse de réduction des risques et des dommages ou produit spécifiquement identifié par l'OFDT.

En termes de fonctionnement, SINTES s'appuie sur un réseau de 19 coordinations locales – dont 9 sont communes aux deux dispositifs TREND et SINTES. Récemment ces coordinations locales ont été étendues et renforcées dans plusieurs territoires d'Outre-mer. L'objectif est d'entretenir le lien avec les réseaux d'addictovigilance et les structures socio-sanitaires et de réduction des risques (RdR). SINTES repose aussi sur un réseau des laboratoires partenaires (*ex. douanes, police scientifique, gendarmerie, et désormais plusieurs laboratoires hospitalo-universitaires*). Lors d'une collecte, gratuite et anonyme, l'utilisateur remet son produit et décrit son expérience. Un échantillon du produit est alors envoyé au laboratoire partenaire à l'aide d'un kit prédéfini par l'OFDT, puis le résultat est interprété par la coordination nationale au regard de la situation décrite par l'utilisateur. Enfin, l'analyse est restituée

à l'usager avec des messages de prévention et de réduction des risques. Pour précision, les données issues d'une collecte SINTES sont les informations de description du produit – utiles au dispositif TREND –, sur le contexte de consommation et les effets ainsi que des données analytiques transmises par le laboratoire.

Cindy Feng souligne également le partenariat entre les dispositifs SINTES et RdR, distincts mais complémentaires ; une double collecte est en effet possible dès lors qu'une substance identifiée par l'analyse RdR répond à un critère SINTES. Cela permet de mettre en évidence certains signaux qui n'auraient pas été identifiés auparavant.

Pour illustrer son propos, l'intervenante présente 3 cas où l'analyse a révélé un écart entre la composition perçue et la composition réelle d'un produit consommé ; une cocaïne chlorhydrate dont la teneur s'élevait à 90 %, un produit présenté comme un produit « *Pète ton crâne* », pour lequel l'analyse a révélé la présence de MDMA-FUMINACA et de 5F-ADB, ainsi qu'un produit que l'usager tenait pour de la 3-MMC et qui s'est avéré être de la N-Ethylpentadron. Chaque fois, le SINTES émet des conclusions en croisant ses données avec celles d'autres agences et dispositifs.

Pour conclure, SINTES permet une détection précoce des nouvelles substances directement auprès des usagers et contribue, en complément de TREND, à une information fiable des pouvoirs publics aux échelles nationale et européenne.

En introduction de son propos, **Stanislas Spilka**, responsable de l'unité DATA de l'OFDT, aborde la complémentarité entre approches qualitative et quantitative qui repose sur le nombre d'individus interrogés. Dans les études qualitatives, l'individu, en nombre limité, est lui-même objet d'étude, tandis que dans les études quantitatives il ne compte que comme représentant d'une population. Paradoxalement, dans les approches quantitatives, il est question de tout savoir sur l'individu, sans jamais réellement savoir qui il est. Pour autant, les deux approches partagent la même difficulté d'accès au terrain, quel que soit le nombre d'individus à enquêter.

Il évoquera au cours de sa présentation l'enquête ACCES, menée par l'OFDT auprès des personnes usagères de drogues qui fréquentent les CAARUD annuellement et visant à décrire leurs pratiques de consommation, de réduction de risque et leur état de santé. Cette enquête est encore en cours mais s'appuie sur un dispositif préexistant, depuis profondément remanié. En 2019, elle avait confirmé le vieillissement des usagers des CAARUD dont l'âge moyen était passé de 33 à 41 ans en une quinzaine d'années, de même que leur précarisation et la détérioration de leurs conditions de vie. Si ces constats étaient déjà connus des acteurs de terrain, l'enquête permet d'objectiver les informations et d'en mesurer précisément l'évolution dans le temps. Par exemple, pour la cocaïne, déjà identifiée comme produit le plus consommé par TREND et les professionnels, l'enquête a permis de souligner que la part d'usagers concernés dans le mois est passée de 57 % à 69 % entre 2015 et 2019. Études qualitatives et quantitatives perçoivent ainsi la même réalité, que seule l'enquête statistique permet toutefois de la quantifier.

Le service DATA s'est également intéressé aux consommations et aux mesures de RdR en milieu carcéral, à l'aide d'une enquête menée en 2023 dont les résultats ne sont pas encore disponibles. L'intervenant note toutefois que les difficultés d'accès au terrain ont été les mêmes qu'en entretien qualitatif, alors que l'objectif reste de représenter l'ensemble des 86 140 personnes détenues au 1^{er} janvier 2025, dispersées dans 250 établissements. L'exercice impose alors de couvrir l'ensemble du territoire. À ce stade, l'enquête ne relève rien de nouveau quant à l'existence de la consommation de cannabis ou de cocaïne en prison, déjà connue de TREND et des professionnels. Cependant, elle précise qu'un quart des détenus fument quotidiennement du cannabis, contre 2,3 % dans la population

générale de 18 ans et plus. Elle démontre aussi que contrairement aux attendues, les prisons ne sont pas des lieux où les consommations s’amorcent et s’intensifient. Au contraire, la plupart des usagers qui consomment en prison consommaient déjà de manière importante. L’injection est aussi une pratique plus rare qu’on ne l’imagine.

Pour conclure, si ces deux exemples d’enquêtes montrent la complémentarité des approches quantitatives et qualitatives, **Stanislas Spilka** observe qu’elle n’est pas systématiquement acquise.

Valérie Ulrich propose aux intervenant(e)s de s’exprimer davantage sur cette notion de complémentarité des approches quantitatives et qualitatives, invitant Messieurs Spilka et Gêrôme à rapporter des exemples de résultats issus de TREND et de SINTES qui auraient influencé la manière de poser les questions dans les enquêtes quantitatives et inversement.

Pour TREND, **Clément Gêrôme** répond que la mobilisation des chiffres permet de recontextualiser le discours des professionnels – qui peuvent manquer de recul par rapport aux phénomènes qu’ils observent sur le terrain. Par exemple, le dispositif RECAP qui quantifie et caractérise les files actives des CSAPA permet d’objectiver le discours des professionnels selon lequel ils feraient face à une « *explosion* » de la consommation de certaines substances telles que la kétamine. En outre, si le nombre de personnes qui consultent pour des problèmes de kétamine a été multiplié par 10 au cours des 10 dernières années, elles ne représentent que 2 % du nombre total de personnes qui consultent en CSAPA. Les études statistiques sont également essentielles afin d’éviter les instrumentalisation médiatiques et politiques.

Stanislas Spilka souligne le caractère exploratoire des dispositifs TREND et SINTES, auquel les enquêtes quantitatives ne peuvent pas prétendre. Les démarches quantitatives ont besoin qu’une approche qualitative soit menée sur le terrain afin d’avoir connaissance de l’objet mesuré et de la manière dont les usagers dénomment les substances qui intéressent l’étude, d’autant que ces éléments varient selon les époques.

Valérie Ulrich interroge ensuite les intervenant(e)s sur d’éventuelles populations qui seraient encore aujourd’hui mal documentées, à l’instar des jeunes adultes de 18 à 25 ans, désocialisés ou étudiants.

Clément Gêrôme souligne en effet des difficultés d’accès aux enfants et adolescents issus de l’immigration, qu’ils aient ou non le statut de mineurs non accompagnés, de même qu’aux populations originaires du Caucase ou d’Europe de l’est. Ces derniers entretiennent un rapport distant avec les institutions, ce qui complexifie la prise de contact. La barrière de la langue peut aussi constituer un frein important.

Pour rebondir sur les propos de M. Spilka, les enquêtes menées auprès des populations de CAARUD montrent en effet un vieillissement significatif des usagers qui fréquentent ces lieux. Les maraudes organisées par TREND permettent de capter une population plus jeune, âgée d’une vingtaine d’années. Il évoque également les travaux de la sociologue Caroline Loth, parvenue à établir une relation de confiance avec des groupes de jeunes de 16 à 25 ans, usagers de drogues, présents davantage dans les espaces publics que dans les CAARUD. Ce travail a permis un recueil de données précieux sur les conditions de vie de ces populations.

Stanislas Spilka témoigne à son tour de grandes difficultés à interroger les jeunes adultes, et notamment les étudiants qui composent la majorité de ces jeunes adultes de 18-25 ans. La définition et le référencement de l’ensemble des espaces festifs rendent également particulièrement complexe

leur accès pour les enquêtes quantitatives, tandis que les dispositifs qualitatifs tels que TREND éprouvent moins de difficultés en la matière.

➤ **Questions du public**

Nicolas Cabé, CHU de Caen, prend la parole afin de remercier et de souligner l'importance du travail mené par l'OFDT.

Nicolas Bonnet, RESPADD, s'associe aux remerciements. Il demande aux intervenant(e)s de quelle manière leurs dispositifs incitent les populations dites « *cachées* », de consommateurs en situation de grande précarité ou d'usagers plus ou moins réguliers tout au long de leur vie, à répondre aux questionnaires. Il s'interroge également sur la manière dont l'OFDT se nourrit de la complémentarité d'autres dispositifs qui existent au niveau national ou européen pour éclairer ses travaux.

Clément Gérôme fait ici le rapprochement entre les populations « *cachées* » et les populations « *difficiles d'accès* », qui ont en commun d'être éloignées des institutions. Le dispositif TREND parvient généralement à entrer en contact avec ces usagers dans le cadre des espaces festifs, néanmoins ce lien se brise dès lors qu'ils cessent de fréquenter ces lieux. Alors, les enquêteurs s'en remettent aux réseaux d'interconnaissances pour rétablir le contact.

Valérie Ulrich ajoute qu'ils peuvent également être contactés au travers des produits qu'ils consomment *via* SINTES, qui a un partenariat avec Analyse Ton Prod, lui-même en lien avec les dispositifs d'analyse de produits en ligne. Des enquêtes plus ponctuelles sont par ailleurs mises en œuvre, en complémentarité de TREND et SINTES, telles que NOVURC qui visait à toucher les usagers de cannabis qui en consomment depuis un grand nombre d'années et ne sont pas nécessairement connues des structures de soin ou qui ne fréquentent pas les espaces festifs. Un appel à enquêter avait notamment été lancé sur les réseaux sociaux.

Un autre axe d'amélioration dans la collecte des données concerne les usages en contexte professionnel, pour lesquels les dispositifs existants ne sont pas encore suffisamment performants.

Stanislas Spilka souligne que la difficulté d'accès aux populations « *cachées* » est d'autant plus importante pour les démarches quantitatives – qui ont besoin de s'appuyer sur des données qualitatives clairement définies en amont. Afin de pallier cette difficulté, les enquêteurs quantitatifs s'en remettent aux outils numériques et invitent les personnes s'identifiant comme consommatrices de substances à se manifester *via* les réseaux sociaux. Cette approche permet d'avoir une connaissance statistique des usagers, cependant elle ne permet pas de recueillir des données qualitatives.

Les autres dispositifs qui existent au niveau national ou européen orientent par ailleurs les enquêteurs quantitatifs sur les sujets à analyser, au même titre que TREND ou SINTES. Par exemple, les données issues des services d'urgence et des réseaux de pharmacie ont permis d'identifier le sujet du protoxyde d'azote. Ces autres sources de données doivent en effet être classées et hiérarchisées.

Valérie Ulrich indique que le service statistique du ministère de l'Intérieur recueille les infractions à la législation aux stupéfiants, qui peuvent aussi être utiles aux dispositifs OFDT. Désormais, il est par exemple possible de cartographier les infractions par stupéfiants ce qui permet de mettre en évidence certaines zones géographiques. Si ces données peuvent renforcer certains constats de TREND et SINTES, elles doivent toutefois être analysées avec prudence car elles reflètent l'activité des forces de l'ordre qui peut être plus ou moins intense selon les régions.

Clément Gérôme observe que les données issues du ministère de l'Intérieur ont particulièrement permis de conforter les constats de TREND sur la cocaïne – constats également partagés par les travaux de SINTES qui s'est intéressé aux hospitalisations pour des intoxications liées à la cocaïne. En revanche, pour l'héroïne, les données semblent montrer que l'offre et les niveaux de pureté restent constants malgré l'effondrement de la production mondiale.

En l'absence de nouvelles remarques, **Valérie Ulrich** remercie les intervenants et le public avant de clôturer cette première journée des 30^e rencontres du RESPADD.

VENDREDI 29 MAI

OUVERTURE DE LA SECONDE JOURNÉE DES 30^{es} RENCONTRES DU RESPADD

➤ **Julien Bouvret, 2^{ème} vice-président du RESPADD**

Julien Bouvret ouvre cette deuxième journée des 30^{es} rencontres du RESPADD en soulignant la richesse des échanges tenus la veille, marqués par une pluralité d'expériences, d'initiatives de terrains et de prismes de lecture. Des termes forts ont également été employés : « *résistance* », « *militantisme* », « *batailles culturelles* ». Ces trente années d'existence et de rencontres témoignent de la constante de la volonté collective de faire de l'addictologie un enjeu transversal, partagé et profondément humain. Depuis sa création, le RESPADD fédère des professionnels d'horizons multiples dont l'intelligence collective et la diversité constituent une force face aux défis de santé publique actuels que sont l'émergence des vulnérabilités, les transformations des comportements et le renforcement des inégalités.

Le vice-président du RESPADD a ensuite tenu à remercier chaleureusement les intervenants de la journée ainsi que l'équipe du RESPADD pour son implication quotidienne. Il a ensuite salué la présence des participant(e)s, rappelant que prévenir, accompagner et soigner sont une nécessité absolue dans un contexte de tensions profondes au sein des systèmes de santé. Pour conclure, il a exprimé le souhait que cette journée soit riche d'échanges et d'inspiration, confortant les engagements collectifs en faveur d'une santé inclusive, équitable et accessible à toutes et tous.

TABLE RONDE

30 ANS D'ADDICTOVIGILANCE

Organisée en partenariat avec l'Association française des centres d'addictovigilance

Discutante :

➤ **Pr Caroline Victorri-Vigneau, CHU de Nantes**

Intervenantes :

Addictovigilance : la force et les défis d'un réseau unique

➤ **Pr Caroline Victorri-Vigneau, CHU de Nantes**

Caroline Victorri-Vigneau, professeure de pharmacologie, intervient au titre de présidente de l'association du réseau d'Addictovigilance, afin d'en présenter les forces et défis. Ce réseau célèbre aujourd'hui 35 années d'expertise, faisant de lui un dispositif unique en Europe. Créé en 1990 pour répondre à la montée de l'héroïne, au détournement des médicaments et aux exigences de surveillance issues d'une convention internationale de l'ONU, ce réseau repose sur un modèle innovant, distinct de la pharmacovigilance classique, piloté par des pharmacologues médicaux, fondé sur une forte territorialisation et alliant plusieurs modes de recueil.

L'addictovigilance correspond à la surveillance, l'évaluation et la prévention du risque d'abus, d'usages détournés et de pharmacodépendance pour toute substance psychoactive – à l'exception de l'alcool éthylique et du tabac. Le réseau s'organise autour de 13 centres couvrant l'ensemble du territoire, il

s'appuie tout d'abord sur l'analyse des notifications émises par les professionnels de santé basée sur les items de la définition du DSM (*ex. tolérance, sevrage, tentatives d'arrêt, etc.*). Les professionnels du réseau s'intéressent particulièrement aux notifications de « *comportements de transgression* » concernant le mode d'obtention ou d'usage. Puis, le réseau s'appuie également sur plusieurs outils épidémiologiques complémentaires (*ex. OSIAP pour les ordonnances suspectes, OPPIDUM pour les patients consommateurs, ASOS pour la prescription d'antalgiques stupéfiants, ainsi que l'enquête DRAMES-DTA sur les décès et l'enquête soumission chimique*).

Concrètement, le réseau d'Addictovigilance propose une réponse individuelle et personnalisée à la situation des patients grâce au travail des professionnels de santé présents dans les centres. Les données individuelles recueillies sont ensuite centralisées dans une base portée par l'Agence du médicament et le réseau opère une veille sanitaire. Lorsqu'une question se pose sur les effets d'un médicament ou d'une substance, l'ensemble des cas est analysé dans le cadre d'une enquête portée par l'un des centres, permettant d'évaluer le risque et d'envisager des moyens de le prévenir en santé publique. À l'issue de ce processus, des actions concrètes peuvent alors être mises en œuvre.

L'intervenante a ensuite présenté les cinq enjeux du réseau. Le premier est le recueil des données, qui exige un maillage régional important. Pour exemple, l'enquête OPPIDUM mobilise chaque année plus de 300 structures et le dispositif OSIAP repose sur un réseau de surveillance composé de 10 % des pharmaciens du territoire français.

Le deuxième enjeu est l'identification des signaux et le lancement d'alertes le cas échéant. Ce point est illustré à l'aide de l'exemple du zolpidem, détourné à finalité amphotaminique. Une enquête avait alors distingué deux profils de dépendance ne nécessitant pas les mêmes modalités de prise en charge. Les données OSIAP révélaient par ailleurs que ce médicament apparaissait dans 40 % des ordonnances falsifiées, puis l'instauration d'une prescription sur ordonnance sécurisée avait permis d'entraîner une chute brutale de ces falsifications. Afin de prouver les effets de ces mesures, le réseau a mené une étude d'impact global auprès des médecins, des patients et usagers, et *via* les données de remboursement de l'Assurance maladie.

Le troisième enjeu est la diffusion de l'information. Les alertes régionales remontent vers les agences régionales de santé (ARS) qui en assurent ensuite la communication, tandis qu'au niveau national, l'ANSM communique les données du réseau sur son site et l'association produit des bulletins ou des alertes thématiques. Le réseau d'Addictovigilance tâche également de s'impliquer dans la rédaction d'autres ressources (*ex. Guide NPS, MILDECA, Rapport chemsex*) et bénéficie d'une visibilité à l'Assemblée nationale et au Sénat à l'occasion d'auditions sur des sujets de santé publique. Enfin, certaines alertes du réseau ont eu un retentissement international, notamment sur le protoxyde d'azote dont les données ont été citées dans un rapport européen et sur les complications cardiovasculaires du cannabis, dont le premier signal a été établi par le centre de Toulouse en 2007 et a depuis été reconnu par l'OMS.

Le quatrième enjeu concerne la coordination des travaux de recherche du réseau, qui publie environ 50 articles indexés par an et mène des projets d'envergure. Il est possible de mentionner une étude sur la dépendance aux benzodiazépines chez les personnes âgées ayant inclus plus de 1 000 sujets grâce à la mobilisation de l'ensemble des centres. Certains centres ont, par ailleurs, créé des unités de pharmacoépidémiologiques.

Le cinquième enjeu est la formation. Le projet national POP, porté par le centre de Marseille, vise par exemple à former l'ensemble des professionnels en région pour une meilleure connaissance de la naloxone afin de réduire les décès par overdose aux opioïdes.

Pour conclure, **Caroline Victorri-Vigneau** estime que le réseau d'Addictovigilance doit poursuivre ses efforts, continue de s'adapter aux évolutions pharmacologiques, aux moyens de communication et à l'évolution de la disponibilité des produits, afin d'atteindre l'objectif commun d'améliorer la prise en charge des patients.

30 ans de substances émergentes

➤ **Pr Hélène Peyrière, CHU de Montpellier**

Hélène Peyrière, vice-présidente de l'association des centres d'addictovigilance, centre son intervention sur l'émergence des nouvelles substances psychoactives et sur la manière dont les centres d'addictovigilance analysent les risques de troubles de l'usage et des complications associées. Comme cela a été évoqué au cours de l'intervention précédente, la force du réseau repose sur ses liens étroits avec les structures de terrain, les professionnels de l'addiction, les toxicologues analystes. Il s'appuie également sur des dispositifs d'analyses tels que SINTES. Ce travail permet une détection rapide de l'usage de produits émergents, dont les noms peuvent être méconnus des usagers et/ou des professionnels eux-mêmes.

L'intervenante propose ensuite un panorama des médicaments ayant fait l'objet au moins une fois d'une surveillance depuis la création du dispositif, pour un risque potentiel de détournement de l'usage. Elle souligne que leur nombre ne cesse de croître. Parmi les cas historiques figurent la Tianeptine, les antalgiques opioïdes, certains antihistaminiques, la prégabaline ou encore le Méthylphénidate. Deux nouveaux médicaments font également l'objet d'un suivi préventif en raison de leur pharmacologie, et ce même s'ils n'ont pas fait l'objet d'une alerte. Ce type de mesure illustre la capacité d'anticipation du réseau.

Un premier focus est proposé sur le sulfate de morphine et essentiellement sur le Skenan, dont le mésusage est documenté depuis sa mise sur le marché à la fin des années 1990. Un suivi d'addictovigilance est mis en place depuis le début des années 2000. Les enquêtes ASOS, OPPIDUM et DRAMES montrent qu'il reste le premier antalgique opioïde prescrit en France, le plus cité par les usagers en traitement et le premier médicament opioïde impliqué dans les décès. Les dernières données révèlent notamment l'apparition d'une population plus jeune, de moins de 25 ans, qui mésuse le sulfate de morphine par injection, même si les signalements globaux tendent à diminuer.

Un second focus est proposé sur la prégabaline, qui fait l'objet d'un signal émergent persistant. Pour rappel, ce médicament est indiqué dans l'épilepsie, les troubles anxieux et les douleurs neuropathiques. Son excellente biodisponibilité en fait un médicament particulièrement sujet aux risques de dépendance. La première alerte au réseau d'Addictovigilance en date de 2011 a conduit à l'ouverture d'une enquête officielle en 2012, confiée au centre de Toulouse. À partir de 2015, les falsifications d'ordonnances se sont multipliées, jusqu'à atteindre une fréquence d'une fois sur deux à trois jours en 2019, avec l'apparition de nouveaux usagers, notamment des mineurs non accompagnés et des personnes en centres de rétention administrative. La prescription sur ordonnance sécurisée a été rendue obligatoire en 2020 suite à un nouveau rapport du réseau d'Addictovigilance. Cette mesure a permis de réduire les falsifications d'ordonnances mais n'a pas diminué les signalements, tandis qu'augmentaient les hospitalisations aux urgences pour surdose ou en addictologie pour des sevrages. **Hélène Peyrière** termine ce focus par un bilan des dernières analyses sur la prégabaline, soulignant notamment une diminution encourageante de l'association avec les opioïdes. En revanche, l'apparition d'associations avec des stimulants, des benzodiazépines et l'émergence du protoxyde d'azote sont à noter plus récemment. De nombreux addictologues

rapportent enfin une aggravation des effets indésirables psychiatriques et des difficultés de prise en charge, compliquées par les polyconsommations en évolution.

Plusieurs autres médicaments ont fait l'objet de modifications réglementaires suite à des signalements en addictovigilance. Peuvent être évoqués le Tramadol, dont les signalements portaient principalement sur l'augmentation des décès (*DRAMES*) et ont conduit à la prescription sur ordonnance sécurisée, ainsi que des exemples plus inattendus comme le Tropicamide ou la Méphénésine détournés pour leurs effets psychoactifs. Ce dernier a d'ailleurs été retiré du marché après réévaluation défavorable du rapport bénéfice-risque. Pour le Tropicamide, l'intervenante souligne la vigilance des pharmaciennes d'officine qui a permis de détecter le détournement d'usage et de prendre les mesures adéquates (*obligation de détention par des professionnels de santé uniquement, délivrance en monodose*).

Sur le protoxyde d'azote en particulier, est observée une augmentation exponentielle des notifications depuis 2019, représentant désormais près de 10 % des 6 000 cas annuels du réseau, avec des complications de plus en plus graves.

L'intervenante a ensuite abordé l'émergence des nouveaux produits de synthèse depuis la fin des années 2000 et dont la diversité n'a cessé de s'élargir : cathinones, tryptamines, benzodiazépines de synthèse, cannabinoïdes de synthèse — y compris des produits de CBD adultérés qui engendrent des complications. Ces produits représentent un véritable enjeu de santé publique et pharmacologique, en lieu avec leur détection quelquefois difficile. Parmi eux, les nitazènes, opioïdes de synthèse dont la puissance est comparable ou supérieure à celle du fentanyl. La première identification de ce produit date de 2022, avant un premier cluster signalé sur Montpellier en mars 2023. Ce cluster a généré une forte inquiétude des professionnels, avec 9 surdoses et 1 décès, et le dispositif SINTES a finalement permis d'identifier de l'Isotonitazène vendue aux usagers comme de l'« *héroïne chinoise* ». Une enquête d'addictovigilance a été ouverte en 2023, entraînant le classement en tant que stupéfiant de la majorité des nitazènes de synthèse en 2024. En France, 34 notifications ont été enregistrées pour les nitazènes, dont 10 décès, 10 hospitalisations et 9 enjeux de pronostic vital concernant essentiellement des hommes. Ces produits sont toujours sous surveillance, néanmoins il n'existe pas de signal majeur comme en Irlande, en Écosse ou dans les pays baltes.

Enfin, l'émergence de nouveaux produits peut être associée à celle de nouvelles pratiques qui peuvent engendrer des complications. C'est ainsi que le réseau d'Addictovigilance s'est intéressé à la pratique du *chemsex*, dont la surveillance et l'évaluation des complications sont co-pilotées par les centres de Paris et Montpellier. Sur la période 2021-2024, 484 cas de complications en lien avec la pratique du *chemsex* ont été rapportés, principalement suite à une association de cathinones de synthèse et de dérivés du GHB. La prévalence du 3-MMC est significative dans cette pratique. Les complications associées sont essentiellement psychiatriques, neurologiques, infectieuses et cardiovasculaires. Une augmentation des décès est également constatée, notamment liée à la N-éthylpentédrone (*NEP*).

Pour conclure, le périmètre de l'addictovigilance ne cesse de s'élargir du fait de l'arrivée de nouveaux médicaments, l'émergence de nouveaux usages et profils d'usagers et l'éventuelle future mise sur le marché de substances comme le cannabis médical ou les psychédéliques. Ainsi, **Hélène Peyrière** réaffirme que la surveillance continue et les signalements des professionnels de terrain demeurent indispensables pour l'identification des enjeux et la prise de décision en matière de santé publique.

➤ **Pr Joëlle Micallef**, Assistance publique – Hôpitaux de Marseille

Joëlle Micallef indique qu'elle centrera son propos non pas sur les troubles de l'usage en général, mais sur les complications cliniques liées aux substances psychoactives au-delà de l'addiction. En effet, si les complications psychiatriques, addictives et cognitives sont bien connues, d'autres complications infectieuses – liées aux pratiques d'administration et au terrain du patient – ou qui ne relèvent pas du cerveau sont souvent peu prises en compte.

Un premier exemple peut porter sur le protoxyde d'azote, qui n'est pas un produit nouveau mais dont les modalités d'usage ont changé. Ici, les complications graves sont liées à des usages répétés et réguliers et ne surviennent pas nécessairement après plusieurs années. Il est alors important d'éviter d'employer le terme de « *chronique* » avec les patients les plus jeunes pour insister sur le fait que les risques peuvent se matérialiser dans les six semaines en cas d'utilisation quotidienne. Des tableaux neurologiques particulièrement sévères ont été observés, avec notamment des cas de polyneuropathies des membres inférieurs initialement confondus avec le syndrome de Guillain-Barré, ainsi que des myélites cervicales avec pour conséquence des jeunes contraints de se déplacer en fauteuil roulant. Si ces cas graves ne sont pas systématiques, ils sont suffisamment importants pour être soulignés. L'intervenante remarque d'ailleurs qu'il arrive que les services de rééducation fonctionnelle prennent désormais en charge ces cas jusqu'alors inconnus, sans toujours parvenir à des résultats.

Le mécanisme du protoxyde d'azote repose sur le blocage fonctionnel de la vitamine B12, qui entraîne une augmentation de l'homocystéine, facteur de risque cardiovasculaire. Ce mécanisme explique également des cas de thromboses veineuses, avec des risques de phlébites et d'embolies pulmonaires si l'usage est régulier. Un cas de thrombose du sinus veineux cérébral a même été signalé chez une adolescente de 16 ans. Il est important de souligner que dans le cas du protoxyde d'azote, les complications ne sont alors pas liées à ses effets psychoactifs. **Joëlle Micallef** a souligné l'importance de doser l'homocystéine qui est un marqueur indirect de l'exposition, d'autant qu'il n'y a pas de détection toxicologique du protoxyde d'azote en routine. Face au constat de ces complications, une alerte conjointe a été lancée en 2022 entre le réseau d'Addictovigilance et la Société française de médecine vasculaire pour sensibiliser les cliniciens au lien entre thromboses veineuses et usage du produit et encourager une prise en charge de l'addiction afin d'éviter les récives.

Un second exemple peut porter sur la kétamine, connu pour sa dualité kétamine médicament/non-médicament. En charge du suivi d'addictovigilance de ce produit depuis plus de 20 ans, l'intervenante partage ses inquiétudes face à l'augmentation rapide des complications en France liées à une prise répétée et régulière. Les usagers concernés sont des consommateurs quotidiens (1 à 3 g/jour), sachant que l'effet antalgique du produit pousse à maintenir la consommation malgré la douleur – ce qui favorise l'installation d'un cercle vicieux. Les premières complications sont observées au niveau de l'urothélium (*vessie, reins*), avec le plus fréquemment des cystites interstitielles, urgenturies, douleurs supra-pubiennes et hématuries. D'après plusieurs études, il est possible que les complications soient davantage liées à la toxicité des produits de la même classe que la kétamine (ex. *Méthoxétamine*), qu'à la manière dont ils sont fabriqués et/ou administrés. Les atteintes peuvent s'étendre à l'ensemble de l'appareil urinaire, jusqu'à nécessiter des interventions chirurgicales lourdes comme la cystectomie ou la dérivation urinaire. Ces pratiques sont déjà bien documentées en Asie, où le problème existe depuis

plus d'une décennie. Afin de prévenir au mieux ces interventions, des recommandations internationales ont été émises sur la prise en charge des atteintes uropathiques et plus largement sur la nécessité d'une offre de soins globale qui s'intéresse également à l'addiction.

L'intervenante a également évoqué de possibles atteintes des voies biliaires en lien avec l'usage répété et régulier de la kétamine (*cholangites avec une augmentation des phosphatases alcalines et des gamma-GT*). Ces complications sont observées aussi bien chez des usagers récréatifs que chez des patients sous kétamine médicale en réanimation ou en traitement de douleurs chroniques, et dont les premiers cas publiés remontent à 2009 – de nouveau en Asie. À noter néanmoins que quelques cas publiés antérieurement pourraient être attribués à l'usage de la kétamine, sans que cela ait été avéré à l'époque. Il est possible de noter que la communauté médicale est en train de s'intéresser au sujet, dans différents domaines, ce qui est particulièrement positif pour la prise en charge des patients. Enfin, **Joëlle Micallef** signale des complications ORL, avec des destructions naso-sinusiennes progressives longtemps attribuées à la seule cocaïne, mais que la kétamine utilisée majoritairement par voie nasale peut également provoquer. Une prise en charge adéquate du patient sur ces sujets et une bonne communication avec les services d'addictovigilance permet ainsi de les orienter le plus en amont possible vers les services compétents afin d'éviter une aggravation de ces complications.

Pour conclure, l'intervenante propose de retenir cinq messages clés ; reconnaître la sévérité additionnelle de ces complications cliniques en plus du trouble de l'usage, être capable d'établir le diagnostic étiologique, c'est-à-dire relier les complications à l'usage d'un produit pour éviter récurrences et aggravations, interroger systématiquement sur l'ensemble des consommations, sans stigmatisation, au même titre que pour le tabac et l'alcool, adopter une approche transversale, décloisonnée et multidisciplinaire afin de prendre en compte les atteintes combinées et, enfin, partager les informations *via* le réseau d'addictovigilance qui doit être perçu à la fois comme levier pour ouvrir des filières spécialisées et, surtout, comme une opportunité thérapeutique pour des patients qui n'avaient pas encore accès aux soins – ceci dans une optique de « *santé des addictions* ».

➤ **Questions du public**

Christine Drozd, infirmière en CSAPA aux Abymes, en Guadeloupe, s'interroge sur l'apparition d'un usage détourné de la Venlafaxine – largement prescrite en ville et en CSAPA –, sur les mécanismes d'action et les points de vigilance afin de dépister cet usage.

Joëlle Micallef répond qu'indépendamment du produit ou de son mécanisme d'action, tout dépend de la dose et de la voie d'administration qui peut provoquer un effet psychostimulant dans le cas de la Venlafaxine. Cet antidépresseur est notamment prescrit dans le cadre de protocoles de sevrage du méthylphénidate et a fait l'objet d'un premier rapport d'addictovigilance récemment, suite à un signalement du centre de Bastia.

Finalement, le réseau d'Addictovigilance ne raisonne jamais en termes d'usage thérapeutique initial du produit mais s'intéresse plutôt à la manière dont agit le produit, à son administration et à l'effet ressenti. Ce mode de réflexion est particulièrement saisissant dans le cas de la prégabaline, pour laquelle l'euphorie avait été rapportée comme deuxième effet indésirable dès l'étape des essais cliniques. De telles conclusions doivent interpellier les professionnels.

Laurent Laniel, chercheur à l'EUDA de Lisbonne, interroge le Pr Peyrière sur les raisons d'une surveillance de la lidocaïne en addictovigilance – suggérant une utilisation en laboratoire pour couper la cocaïne. Par ailleurs, il remarque que la prégabaline est le principal produit consommé en Tunisie, ce qui pourrait être mis en perspective avec la proportion de mineurs non accompagnés usagers en France.

Hélène Peyrière confirme que la lidocaïne a été historiquement mise sous surveillance en lien avec le processus de fabrication de cocaïne et avec ses risques cardiaques. Concernant la prégabaline, elle confirme également que plusieurs mineurs non accompagnés arrivent en France avec un antécédent de consommation supposant une prise en charge particulière, ces derniers pouvant avoir des difficultés à se procurer le produit et étant reçus aux urgences.

Emmanuelle Peyret, psychiatre addictologue en milieu pédiatrique, interpelle les intervenantes sur les cannabinoïdes de synthèse qui représentent une problématique de plus en plus forte, avec des conséquences somatiques importantes.

Hélène Peyrière indique que les cannabinoïdes de synthèse font en effet l'objet d'une surveillance accrue, avec de nombreux cas d'hospitalisations signalés en addictovigilance en lien avec les Puff. Ces dernières sont utilisées dans les collèges, par des mineurs, alors qu'elles sont normalement interdites à la vente.

Joëlle Micallef ajoute que les cannabinoïdes de synthèse couvrent une large famille chimique, avec des niveaux de produits différenciés. Il est alors essentiel de procéder à des prélèvements sanguins et, lorsque cela est possible, de récupérer le produit originel afin de l'analyser. Dans les faits, ces usages concernent des personnes de tous les âges et dont certaines n'ont aucun antécédent, présentant après la consommation des tableaux psychiatriques, neurologiques ou même cardiaques extrêmement graves. Le réseau d'addictovigilance a particulièrement été interpellé par la rapidité avec laquelle les cannabinoïdes de synthèse ont touché des publics très diversifiés – notamment grâce à une véritable stratégie marketing.

Avant de clôturer cette table ronde, **Caroline Victorri-Vigneau** observe les difficultés à récupérer les substances consommées par les mineurs en raison des sanctions qui pèsent sur eux en cas de déclaration. Les professionnels qui parviendraient à récupérer ces produits en consultation sont ainsi vivement encouragés à les transmettre aux centres d'addictovigilance pour analyse.

Julien Bouvret remercie les participantes pour la qualité de leurs interventions avant de clôturer la table ronde.

PLÉNIÈRE

TRAJECTOIRES INDIVIDUELLES DE CONSOMMATION DE CANNABIS EN SITUATION HABITUELLE ET OBSERVATIONS DE LEURS MODALITÉS EN CONTEXTE ÉCOLOGIQUE (TRICCHOME)

Discutant :

➤ **François-Olivier Gagnon-Hébert**, CECTC, Montréal

François-Olivier Gagnon-Hébert débute son intervention en remerciant l'équipe du RESPADD pour son invitation. Il remercie également les membres de l'équipe multidisciplinaire à l'origine des travaux qu'il s'apprête à présenter, intitulés « *Étudier les habitudes de consommation de cannabis chez les jeunes* ».

La représentation populaire du cannabis est relativement simpliste ; celle d'une plante que l'on fume, riche en THC, associée à la détente. Or, le cannabis est un véritable « *quartier industriel* » produisant des composés additifs, antagonistes et synergiques, avec des niveaux de THC qui varient selon les inflorescences. En somme, le cannabis est un terreau fertile à la biodiversité qui ne peut être réduit à une simple définition. Il s'agit d'un produit polypharmacologique vivant et dynamique. Par ailleurs, il existe autant de variétés de cannabis que de manière de le transformer (*extraits, fumée, capsules*) et de l'administrer (*manger, fumer, etc.*). Les contextes de sa consommation sont également multiples, en milieu urbain ou rural, dans la légalité ou l'illégalité. Les environnements de consommation ont une influence importante sur les effets subjectifs et les résultats sur la santé globale de l'utilisateur. L'enjeu est alors de comprendre ce système fait de couches superposées, d'en déconstruire la complexité sans pour autant le réduire. S'il est notamment possible de suivre les habitudes de consommation à l'instar des grandes enquêtes nationales (*l'Enquête québécoise sur le cannabis*), cette approche ne rend pas justice à la complexité du système. Elle permet en effet de distinguer des catégories d'utilisateurs en lien avec leur fréquence de consommation, ce qui est utile mais manque de nuance car elle associe les plus hauts niveaux de risques aux catégories de consommation quotidienne et régulière sans tenir compte des quantités ni des modes d'administration réels.

Le projet TRICCHOME (*Trajectoires individuelles de consommation de cannabis en situation habituelle et observations de leurs modalités en contexte écologique*) cherche justement à pallier ce manque de précision quant aux populations d'utilisateurs et aux risques auxquelles elles s'exposent. Ce projet adopte une démarche comparable à celle d'un biologiste de terrain, l'objectif étant d'observer les jeunes sans jugement pour comprendre leurs habitudes réelles. En outre, la tranche d'âge des 18-24 ans semble être la plus consommatrice d'après les données des enquêtes nationales. Ainsi, les équipes ont créé l'application mobile TRICCHOME permettant de suivre quotidiennement, sur 24 mois, les patrons d'évolution du cannabis chez 350 jeunes de 18 à 24 ans consommant entre une fois par semaine et plusieurs fois par jour. L'objectif principal de cette étude est de caractériser les habitudes de consommation à l'aide de six variables prédominantes ; le mode d'administration, le type de produit, le contenu en molécules actives, le nombre d'événements de consommation, les quantités exactes et la source des produits (*marché légal ou illicite*). En parallèle de la saisie quotidienne de leurs données, les participants remplissent tous les quatre mois des questionnaires sur les corrélats de santé et sociaux (*ex. indices de sommeil, d'alimentation, temps d'écran, activité sportive, événements stressants*).

L'application propose plusieurs fonctionnalités, telles que la saisie des données de consommation jusqu'à 7 jours en arrière, le croisement avec des données personnelles, l'inventaire des produits

favoris ou encore la documentation de l'expérience subjective psychoactive. Les participants peuvent aussi consigner leur consommation d'autres substances (*médicaments prescrits, substances illicites*) afin de dresser un portrait global de la consommation. **François-Olivier Gagnon-Hébert** souligne particulièrement la difficulté de quantifier la consommation d'un produit qui peut prendre des formes diverses. Afin d'aider les usagers à avoir une idée plus précise, l'application propose une infographie permettant d'estimer la masse de cannabis contenue dans un joint, puis de calculer rétroactivement les milligrammes de cannabinoïdes consommés à partir du pourcentage de THC inscrit sur l'étiquette du produit.

Le plus gros défi pour TRICCHOME a été le recrutement des 350 jeunes à l'échelle de la province québécoise, vaste et peu densément peuplée. L'équipe a néanmoins réussi, entre septembre et avril, à recruter plus de 350 participants grâce à une stratégie ciblée sur les réseaux sociaux, complétée par de l'affichage dans les succursales de la Société québécoise du cannabis (SQDC). L'efficacité des réseaux sociaux comme outil de recrutement pour les études observationnelles et les essais randomisés est ici particulièrement soulignée. L'assiduité des participants est satisfaisante, bien qu'elle diminue au fil du temps pour tomber à environ 25 % au sixième mois. L'équipe a mis en place une véritable stratégie de relance par mail, sms et téléphone, transformant une relation initialement dématérialisée en un lien de confiance personnalisé, ce qui semble encourager les participants à s'ouvrir davantage. 72 des 111 personnes concernées ont également complété le questionnaire du quatrième mois.

D'après les données disponibles, 30 % des participants au projet TRICCHOME ont entre 18 et 20 ans et achètent et consomment du cannabis illégalement, tandis que 70 % ont entre 21 et 24 ans. En toute logique, ces jeunes sont majoritairement en étude et ne travaillent pas à temps plein. Il est possible de constater une parité relative entre les sexes (52 % d'hommes, 48 % de femmes) et 75 % de participants s'identifient comme blancs. L'intervenant exprime ici des réserves quant à la possibilité de mener des analyses par sous-groupes ethnoculturels. La répartition géographique est fortement concentrée autour de Montréal, malgré les efforts des équipes pour contacter des régions éloignées telles que la Gaspésie ou la Côte-Nord, où vivent notamment des communautés des Premières Nations souvent identifiées comme étant plus vulnérables et ayant un accès plus fragile aux soins de santé.

Pour conclure, **François-Olivier Gagnon-Hébert** réaffirme que le projet TRICCHOME se veut ambitieux. L'enjeu est de mieux caractériser une population de jeunes consommateurs qui fait souvent l'objet de débats mais reste mal comprise, en déconstruisant la complexité du système sans le réduire, en tenant compte de l'ensemble des informations jugées utiles. Ce travail vise ainsi à comprendre les mécanismes de bénéfices-risques pour ces jeunes de sorte à développer des messages de santé publique mieux adaptés à leur réalité. Enfin, il s'agit de mieux comprendre le développement d'un marché légal réglementé et son impact sur une population jugée à risque – à condition de parvenir à déterminer si elle est réellement à risque et pour quelles raisons.

➤ **Questions du public**

Laurent Laniel, chercheur à l'EUDA de Lisbonne, témoigne à son tour de la difficulté de quantifier la masse de substance contenue dans un produit consommé. Il demande si le projet TRICCHOME est d'ores et déjà en mesure d'analyser la qualité des résultats obtenus grâce aux données récoltées.

François-Olivier Gagnon-Hébert répond que non, aucune donnée supplémentaire n'est encore disponible à ce jour. Cependant, il observe que les jeunes participants au dispositif ont tendance à acheter des produits pré-roulés dont l'étiquetage renseigne les quantités de cannabis présentes – ce qui devrait faciliter le suivi quantitatif. La problématique se pose davantage pour les vapes, bien que certains articles proposent des méthodes de calcul en tenant compte du niveau d'électricité de l'appareil utilisé, du taux de THC affiché et du nombre d'inhalations.

Julien Bouvret interroge l'intervenant au sujet de la confiance accordée aux étiquetages, alors que les taux peuvent varier considérablement.

François-Olivier Gagnon-Hébert indique que les tests menés en laboratoire sont rigoureux et suivent un guide d'analyse et de contrôle qualité édité par Santé Canada. Cependant, ces tests sont effectués par les producteurs sur des échantillons alors que chaque nouveau plant développe des mutations qui ont à leur tour une influence sur les caractéristiques biologiques de la plante. Il est donc possible de douter de l'exactitude des étiquetages, qui sont des indicateurs généraux.

Julien Bouvret partage avec les participants un article d'épidémiologistes américains concernant l'usage des vapes par des adolescents aux États-Unis, alors qu'il est quasi-impossible de mener des études sur le sujet dans la mesure où la pratique est illégale. Ces scientifiques alertaient sur l'émergence d'une « *crise sanitaire majeure* ».

François-Olivier Gagnon-Hébert partage la problématique dans une certaine mesure. En effet, les vapes sont généralement fortement concentrées et éloignées dans leur composition de l'assemblage biochimique naturel de la plante. Chez certains jeunes, les effets de ces produits peuvent alors être délétères. Si le sujet ne doit pas être pris à la légère, la notion de « *crise sanitaire majeure* » peut toutefois sembler excessive.

TABLE RONDE

Organisée en partenariat avec le collectif Galilée

LA RÉDUCTION DES RISQUES EN MOUVEMENT

Discutant :

- **Luc Ginot**, médecin de santé publique

Intervenant(e)s :

- **Céline Debaulieu**, Médecins du Monde
- **Élisabeth Avril**, Gaïa, Paris
- **Lionel Sayag et Véronique Latour**, Collectif Galilée
- **François-Olivier Gagnon-Hébert**, CECTC, Montréal
- **Kris Meurant**, Transit, Bruxelles

Luc Ginot, médecin de santé publique, ouvre cette table ronde organisée avec le collectif Galilée, consacrée à la réduction des risques et dommages. Il s'agira d'adopter une approche transversale en partant des pratiques et questions nouvelles qui se posent aujourd'hui. Puis, les intervenant(e)s seront invités à s'exprimer sur la manière dont se présentent les enjeux de réduction des risques et des dommages dès lors que l'on s'intéresse à des milieux différents. Pour conclure, il interrogera chacun sur la manière de travailler avec les usagers – et non contre eux.

Pour commencer, il pose alors la question suivante :

« Aujourd’hui, quelles questions émergentes en termes de produits, de condition sociale, d’accompagnement des usagers vous semblent-elles les plus significatives ? »

Céline Debaulieu est référente réduction des risques et usages de drogues à Médecins du Monde, opérateur historique de la RdR en France aujourd’hui relayé par d’autres structures telles que les CAARUD ou les CSAPA.

En France, elle constate sur le terrain l’émergence de composantes RdR dans des programmes généralistes s’adressant à d’autres types de populations. Par exemple, sur Bordeaux, les équipes qui travaillent auprès de travailleurs précarisés ou de publics en situation de migration dans le Médoc ou à Briançon et renforcent leurs compétences en matière de RdR à l’aide du soutien d’acteurs locaux. Plus largement, le contexte politique est difficile pour la démarche RdR qui n’est ni soutenue, ni reconnue, ce qui oblige les acteurs à défendre des acquis fragiles. Dans le même temps, la réponse publique reste défailante face aux consommations dans l’espace public et la mobilisation des associations reste indispensable.

Le public est invité à s’intéresser au projet Tempo à Marseille, inspiré du plan Crack à Paris et né du constat des consommations dans l’espace public. Ce projet propose une approche à 360 degrés intégrant d’autres associations qui font de l’hébergement et de l’« *aller vers* », afin d’organiser des maraudes communes pour répondre de manière globale aux besoins des personnes rencontrées dans l’espace public. Le projet suppose également une importante communication avec les pouvoirs publics, ARS et tutelles, afin d’encourager la mise en place d’un véritable soutien politique.

Élisabeth Avril, Gaïa, observe pour sa part qu’un certain nombre des questions émergentes reste sans réponse à ce jour. Elle constate en effet un changement de discours sur la RdR dont les résultats sont sévèrement critiqués, notamment s’agissant du nombre de sevrages obtenus dans les salles de consommation – qui n’est pourtant pas l’objectif principal. Elle remarque également que la situation des personnes en grande précarité, notamment de jeunes issus de l’aide sociale à l’enfance, se dégrade. Ces derniers sont invisibilisés aux portes de Paris, dans des lieux qui semblent aujourd’hui attirer de nouveaux consommateurs livrés à eux-mêmes. Depuis quelques années, des lieux tels que l’espace de repos de la Porte de la Chapelle sont aussi les témoins d’une aggravation de la situation des femmes et des violences qui leur sont infligées.

L’intervenante regrette un durcissement des attentes liées aux démarches de RdR, auxquelles l’on demande de porter leurs fruits immédiatement. Il ne suffit plus d’améliorer autant que possible la situation des personnes. Elle regrette également que le gouvernement mise de plus en plus sur des mesures répressives, qui ne font pourtant l’objet d’aucune analyse de résultats et entretiennent une image néfaste des usagers de drogues. Une hausse marquée des consommations de cocaïne injectable chez les publics les plus précaires peut être soulignée, avec des conséquences sanitaires graves. Elle déplore un manque de lien entre les acteurs de terrain et les universitaires qui pourraient pourtant mener des projets d’études communs. En outre, les quelques tentatives ont échoué ou peinent à avancer. À ceci s’ajoutent un manque de réactivité face à l’évolution des populations et des consommations, la difficulté à embarquer des partenaires encore attachés à un modèle traditionnel des traitements de substitution et d’accompagnement des usagers. Pour conclure son propos, **Élisabeth Avril** insiste sur l’ampleur du travail qu’il reste à réaliser, à commencer par œuvrer avec les personnes directement concernées.

Véronique Latour, directrice de la Case à Bordeaux, partage pleinement les propos de Mme Avril.

Un enjeu émergeant est celui du déséquilibre actuel entre les politiques de santé publique et les politiques sécuritaires. Afin de retrouver l'équilibre datant de la loi de modernisation de la santé en 2016, il est pertinent de s'intéresser aux pratiques d'autres pays, dont certains tiennent toujours pour acquis le rôle de la prévention et de la RdR aux côtés de la répression dans la prise en charge des usagers de drogue. En France, il n'est malheureusement plus question que de politique sécuritaire avec une remise en cause de la santé publique en général. Il est également possible de constater la hausse de la précarité et des troubles psychiatriques en lien avec la consommation de psychostimulants, de même que la montée en force du crack et de la cocaïne qui supposent d'autres formes de risques, moins tangibles. Les compétences sont alors plus difficiles à transmettre à de jeunes intervenants car elles sont étroitement liées aux relations interpersonnelles. Une importante marge d'amélioration existe donc en termes de recherche et de posture à adopter vis-à-vis des usagers.

Au sujet de la consommation de psychostimulants en particulier, **Lionel Sayag** a le sentiment d'une transmission manquée entre les prises en charge de ces usagers et de ceux d'amphétamines autrefois bien connus des professionnels de la réduction des risques. La porosité entre précarité et santé mentale impose pourtant de travailler au développement d'un réseau multidisciplinaire.

Kris Meurant dirige un centre d'accueil d'urgence pour usagers de drogue, couplé à un CAARUD, dans une logique de « *RdR à 360 degrés* ».

En Belgique, les constats sont les mêmes qu'en France, exacerbés par un contexte d'instabilité politique lui-même marqué par un discours sécuritaire décomplexé ainsi que des coupes budgétaires massives au niveau des dispositifs. Les professionnels ne peuvent alors s'en remettre qu'à la solidarité entre partenaires et à la trans-sectorialité pour la prise en charge des sans-abri et des personnes en situation de migration.

François-Olivier Gagnon-Hébert observe pour sa part une volonté politique relativement timide au Québec. Malgré tout, il est positif de constater que la prise en charge des questions de santé mentale, des troubles d'usage de substances et de la protection des populations vulnérables est inscrite à l'agenda des pouvoirs publics. Une partie des budgets mis à disposition est d'ailleurs fléchée vers le CECTC pour mener des actions de RdR. Progressivement, il constate une évolution du discours public et une sensibilisation grandissante s'agissant de la protection des personnes vulnérables.

Des mesures doivent désormais être engagées collectivement, notamment afin de diffuser le message sur l'ensemble du territoire qui reste hétérogène ; d'où l'importance d'une réduction des risques « *en mouvement* ».

Luc Ginot propose une transition vers le second temps de cette table ronde, invitant les intervenant(e)s à s'exprimer sur l'émergence de la RdR en dehors des équipements qui lui sont prédestinés – ce qui est une évolution positive –, en particulier dans le domaine de l'hébergement et en milieu pénitentiaire.

Véronique Latour observe tout d'abord que la crise sanitaire a permis d'introduire la notion de réduction des risques d'alcool dans les structures d'hébergement social qui accueillent désormais toujours les personnes avec alcool. Cette situation est spécifique à l'alcool, la consommation d'autres produits étant limitée à des endroits spécialisés.

Pour illustration, elle partage avec le public une expérimentation positive d'hébergement alternatif mis en place en période hivernale pour des usagers de drogues préalablement identifiés et que la ville de Bordeaux ne parvenait pas à loger au même titre que les autres personnes en situation de précarité issues du même campement. La mairie a mis à disposition des locaux dans lesquels les usagers étaient permis d'agir comme ils l'entendaient, avec une pièce dédiée à la RdR animée par la Case. Malgré des conditions de vie quotidiennes difficiles et chaotiques, douze des quatorze personnes logées ont intégré des dispositifs d'hébergement classique à la fin de l'expérimentation tandis qu'une autre personne est entrée en CSAPA. À condition que les pouvoirs publics locaux s'engagent, il est alors possible de constater que des mesures efficaces peuvent être mises en œuvre.

Élisabeth Avril constate à son tour que la RdR a mis quelques années avant de parvenir à entrer dans les centres d'hébergement. Désormais, les CHU et CHRS formulent régulièrement des demandes afin de dresser un diagnostic avec leurs équipes, d'échanger sur leurs besoins voire de les accompagner dans leur travail afin de les aider à répondre à leurs interrogations concernant la consommation des personnes qu'elles prennent en charge. Ce travail a permis d'apporter davantage de fluidité dans l'accueil des usagers.

Elle attire l'attention du public sur le travail, depuis la crise sanitaire, du dispositif ASSORE porté par l'association Aurore. Les équipes Gaïa vont à la rencontre des usagers dans les hébergements mis à disposition pour faire de la médiation avec les hôteliers du réseau et offrir un accompagnement au savoir-vivre. Il s'agit d'un travail de patience, qui s'étend sur la durée, les usagers nécessitant parfois de réapprendre à vivre dans des espaces partagés. Ce dispositif pourrait encore être amélioré en proposant davantage de collectif, sous la forme de résidences ou de pensions de famille par exemple, les personnes étant relativement isolées dans leurs propres chambres d'hôtel.

De manière générale, **Élisabeth Avril** souligne la volonté grandissante des usagers d'être perçus comme des parties prenantes, de s'engager dans les programmes qui sont imaginés pour eux. Ils ont un rôle important à jouer dans le soutien aux dispositifs et dans leur adaptation aux besoins des personnes.

Lionel Sayag partage le sentiment d'un changement de discours vis-à-vis de l'hébergement des usagers de drogues, dont l'image n'est plus aussi excluante qu'elle a pu l'être par le passé. Cependant, pour un nombre important d'usagers, le droit commun reste les CHU et CHRS avec des exigences quelquefois élevées pour eux (*ex. sur le cadre légal, la consommation d'alcool*), ce qui nécessite de sensibiliser les personnels de ces centres.

Il note que des structures telles que *Un chez-soi d'abord* permettent également d'héberger des personnes souffrant de problèmes de santé mentale majeurs et qui peuvent consommer des drogues, en proposant une démarche de RdR. En accord avec le collectif, une partie du travail des professionnels est ainsi de médiatiser et de proposer un cadre sécurisant pour les usages qui sont les leurs, qu'il s'agisse d'alcool, de tabac ou de toxiques.

Luc Ginot souligne que l'enjeu majeur autour de la précarité et de l'accès à l'hébergement est pris en charge sur le terrain par la formation d'acteurs propres du milieu, de même que par le jeu du soutien institutionnel qui permet de mener des mesures avec des résultats. Dès lors que l'on passe par l'hébergement, il semble alors possible de favoriser les évolutions.

Kris Meurant ajoute que la Belgique a travaillé sur des dispositifs d'hébergement similaires depuis la crise sanitaire. En outre, la question de la consommation est permanente et oblige les centres à définir des règles ; les usagers ont la possibilité de consommer devant l'entrée afin de ne pas perdre leur place, des canettes de bière ont été mises à disposition durant le confinement pour les personnes en manque, etc.

En milieu pénitentiaire, malgré le manque de budget, les perspectives de travail en termes de RdR sont positives. À Bruxelles, Transit déploie le projet d'information en réduction des risques PIRATE depuis 2014 et tâche de rencontrer les publics cibles par tous les moyens possibles. Au fil des visites, les équipes parviennent à se faire accepter des personnels et certains détenus demandent à les rencontrer – bien qu'il ne soit pas envisageable d'entrer dans la prison avec du matériel. L'enjeu premier est de parvenir à insérer le *care* dans un milieu hostile, dans l'espoir de parvenir à fournir du matériel à terme afin de mettre fin au « *jeu de l'hypocrisie* » auquel s'adonnent ces milieux. Cet enjeu est d'autant plus important que la Belgique ne bénéficie toujours pas du transfert de compétences des soins de santé des détenus vers la santé publique.

François-Olivier Gagnon-Hébert rappelle que le CECTC œuvre au développement d'outils de RdR, de transfert des connaissances et de mobilisation de l'information afin d'augmenter les capacités d'intervention clinique et le sentiment d'auto-efficacité des professionnels qui interviennent auprès des usagers. Ce travail fonctionne particulièrement dans le domaine de l'hébergement au Québec, malgré le fait que certains établissements soient fermement opposés à toute forme de consommation ce qui pousse les usagers à quitter les lieux après de courtes périodes. Pour les établissements où cette consommation est tolérée, cela permet de l'encadrer afin d'éviter les dommages qui en résultent.

Néanmoins, ce travail ne s'intègre pas aujourd'hui dans le milieu carcéral car ces espaces restent focalisés sur l'idéologie de l'abstinence. Une telle approche serait pourtant bénéfique à la fois du point de vue sanitaire et social.

Luc Ginot propose de passer à la troisième et dernière partie de cette table ronde, observant que le rapport de force entre les professionnels de la RdR et les pouvoirs publics doit évoluer. D'une part, il est important de continuer de diffuser un discours pédagogique sur la réduction des risques au niveau national, de démontrer qu'il s'agit d'une pratique réelle qui peut avoir des résultats. D'autre part, le défi est de parvenir à transformer progressivement l'opinion publique et le contexte social afin que les populations se sentent concernées et décident de s'engager dans leur quotidien.

Il invite alors les intervenant(e)s à partager leurs exemples d'initiatives positives en matière d'appropriation des démarches RdR.

Avant tout, **Élisabeth Avril** estime que les porteurs de projets de structures médico-sociales doivent avoir conscience du temps et de l'énergie qu'ils devront y consacrer tant sur le plan humain qu'administratif. Il s'agit de développer des relations de confiance avec les acteurs de proximité que sont les forces de l'ordre, les mairies, les gares mais aussi les commerçants et les riverains en général. Pour illustration, le dispositif Gaïa a œuvré auprès de l'ensemble de ces personnes et institutions en allant à leur rencontre et en organisant des portes ouvertes. Ce travail a porté ses fruits et, aujourd'hui, les représentants des usagers Gaïa sont notamment parties prenantes pour la fête des voisins du quartier et organisent une déambulation jusqu'à la salle de consommation.

Entre les personnes fermement opposées et militantes, l'objectif est finalement de gagner l'indifférence de toutes les autres.

Céline Debaulieu invite ici le public à lire la bande dessinée *À moindres risques* qui est un véritable outil pédagogique sur les salles de consommation ; il est essentiel de compter sur des ressources factuelles et non idéologiques afin de résister véritablement. D'autres leviers peuvent être actionnés, tels que des recours en contentieux. Médecins du Monde, Gaïa et Ithaque ont par exemple récemment attaqué l'État en justice sur la pérennisation des salles de consommation et sur la réouverture des discussions autour d'une halte soins addictions à Marseille.

Elle constate que la réduction des risques est menacée dans le monde entier par des coupes budgétaires, avec un mouvement de retour en arrière. Plutôt que d'être fataliste, il est nécessaire de lutter pour progresser à nouveau.

Kris Meurant explique que les professionnels Belges de la RdR se sont intéressés aux initiatives préexistantes à l'étranger afin d'en reproduire les bonnes pratiques mais également d'identifier les erreurs à éviter.

Outre les actions de communication et de prise de contact évoquées par Mme Avril, l'adhésion des politiques locales permet de légitimer des espaces tels que les salles de consommation aux yeux des riverains. Les élus ont le pouvoir d'apaiser les situations et de rassurer les opposants, ce qui constitue une aide importante. La diversité des publics accueillis, avec l'ouverture de salles pour des publics minorisés (*ex. espace d'inhalation pour les minorités de genre*), participe également à une plus grande acceptabilité des projets.

Lionel Sayag insiste à son tour sur le besoin d'un soutien local prégnant, qui mène à des débats plus ouverts et des échanges enrichissants avec les riverains – eux-mêmes essentiels aux équipes. La question du foncier peut également être soulevée, les espaces dont les associations sont propriétaires cristallisent généralement davantage de tensions que ceux dont elles sont locataires. Or, être locataire dans le cadre d'un projet de développement de CAARUD est également précaire.

Ce sujet pourrait faire débat dans les années à venir.

➤ **Questions du public**

Alix Moireau, médecin généraliste et addictologue à la maison d'arrêt d'Angers, témoigne de la délivrance de matériel de réduction des risques au sein de son établissement depuis plusieurs années. Les professionnels présents sur place tâchent d'instaurer un dialogue fréquent avec les détenus mais aussi de former les surveillants, directeurs d'établissement et chefs de détention. Afin d'asseoir la démarche, un premier questionnaire avait été adressé à toute la détention en 2012 et permis de démontrer l'existence de consommations de produits divers, de consommations à risque, de partage de matériel et d'utilisation de matériel d'injection.

La démarche peut toutefois s'avérer laborieuse. Par exemple, suite à une décision de l'administration pénitentiaire de mettre fin à toute démarche RdR au sein des établissements il y a 2 ans, la maison d'arrêt d'Angers a dû défendre son cas pour parvenir à poursuivre son action selon de nouvelles conditions. Le dialogue est constant, néanmoins des évolutions sont possibles.

Luc Ginot observe un contraste important entre les établissements pénitentiaires qui s'engagent dans la démarche et ceux qui y restent opposés.

Danièle Bader, ancienne directrice d'Ithaque, tient à saluer positivement l'investissement, la constance et le sens du combat dont font preuve les acteurs de la RdR. Les personnes à la tête des dispositifs doivent être à la fois des professionnels de santé, des négociateurs permanents avec la rue et les institutions et des innovateurs dans leurs domaines. Ce champ de la réduction des risques reste particulièrement dynamique, il est néanmoins important de veiller à ne pas en décourager les acteurs.

Elle témoigne également d'initiatives positives, qui peuvent être longues à réaliser mais qui parviennent à voir le jour grâce à la ténacité des équipes. Pour illustration, les associations ont porté le projet d'une structure d'hébergement au-dessus de la salle de consommation de Strasbourg avec le soutien du maire adjoint à la Santé de la ville. Cette expérimentation est inspirée de la ville de Vancouver, qui propose de nombreux dispositifs d'hébergement pour les usagers de drogues avec des espaces de réduction des risques.

Il est essentiel pour l'avenir de recentrer le débat sur les enjeux de santé publique, plutôt que le doter d'une portée politique.

Luc Ginot remercie chaleureusement les participant(e)s.

Pour conclure cette table ronde, il souligne l'enjeu de garder une trajectoire combative et de partage des valeurs professionnelles sans pour autant tomber dans une forme d'isolement. Dans le même temps, les dispositifs doivent exprimer clairement leur besoin de développement de la connaissance, de recherche et d'innovation. Enfin, une pédagogie sociale de proximité doit être instaurée afin de mieux valoriser les bonnes pratiques.

PLÉNIÈRE

GÉOPOLITIQUE DES DROGUES ET NARCOTRAFFIC

Discutant :

- **Pr Christian Ben Lakhdar**, Université de Lille

Intervenant :

- **Laurent Laniel**, EUDA, Lisbonne

Laurent Laniel remercie les organisateurs du RESPADD pour leur invitation. Aujourd'hui analyste principal de l'offre de stupéfiants à l'Agence européenne sur les drogues basée à Lisbonne, son intervention portera sur la géopolitique des drogues, sa définition et ses enjeux.

Il rappelle que le terme de géopolitique des drogues a été créé en France par le journaliste Alain Labrousse, également fondateur en 1992 de l'Observatoire géopolitique des drogues à Paris. Il s'agit de l'un des rares termes traduits en anglais, il définit l'étude des conflits liés au territoire, aux populations et aux ressources que génèrent les drogues illicites. Les drogues doivent être entendues comme des objets culturels susceptibles de faire l'objet d'usages multiples selon les niveaux d'organisation sociale ou individuelle, tandis que la géopolitique des drogues consiste précisément dans l'affrontement de ces différents usages. Pour citer Pierre Bourdieu, « *pour comprendre un champ, il faut en faire l'Histoire* », d'où l'intérêt de cette présentation qui reviendra en particulier sur deux substances fondatrices du système de contrôle international du marché des drogues.

Le premier travail d'ampleur sur le sujet a été rendu public par l'historien américain Alfred McCoy, spécialiste de l'impérialisme américain et dont l'ouvrage publié en 1972, traduit en français sous le titre *La politique de l'héroïne*, montre de quelle manière la CIA a utilisé la production d'opiacées durant la guerre du Vietnam pour favoriser leurs stratégies et financer certaines opérations que le Congrès américain refusait de financer. Ce modèle a été reproduit dans les années 1980 avec la cocaïne en Amérique centrale et en Colombie, alors que le Congrès avait interdit l'utilisation de fonds officiels américains pour lutter contre la guérilla sandiniste au Nicaragua. La CIA et l'exécutif américain, sous Reagan puis Bush, ont alors favorisé le trafic de cocaïne pour armer les *Contras* nicaraguayens. Ce scandale a donné lieu à une commission d'enquête sénatoriale présidée par John Kerry. Reprenant les propos tenus lors de ces rencontres du RESPADD, les drogues ne sont jamais neutres et restent toujours chargées de sens.

Aujourd'hui, le marché des drogues représenterait 316 millions d'utilisateurs dans le monde, majoritairement des consommateurs de cannabis, suivi des opioïdes, des amphétamines puis de la cocaïne et aurait cru de 28 % en dix ans – avec davantage de substances, plus pures, de dérivés et des modes d'administration qui évoluent. Selon une estimation probablement sous-évaluée réalisée par son Agence à la demande de la Commission européenne, la valeur du marché des drogues dans les 27 pays de l'Union serait de 31 Mds€, le cannabis arriverait en tête avec 12,1 Mds€, suivi de très près par la cocaïne (11,6 Mds€) malgré un nombre d'utilisateurs six fois inférieur, ce qui illustre la capacité d'accumulation de richesse propre à la cocaïne.

Laurent Laniel propose ensuite de retracer l'histoire de l'opium en Asie, expliquant que sa « *commodification* », c'est-à-dire sa transformation en marchandise échangée à grande échelle, est le fait des puissances coloniales européennes, britanniques, portugaises et hollandaises, qui ont organisé la culture du pavot dans le nord de l'Inde puis son exportation vers la Chine. Les guerres de l'opium, menées par les Britanniques pour forcer l'ouverture du marché chinois aux importations d'opium alors que le pouvoir tentait de les freiner, constituent le premier commerce de masse d'une drogue aux effets délétères et ont inspiré, plus tard, la construction du système international de contrôle des drogues toujours en vigueur aujourd'hui.

Il est également intéressant de revenir sur l'origine des expressions « *Triangle d'or* » et « *Croissant d'or* », inventées par des fonctionnaires antidrogue américains désireux de médiatiser leur action, alors que se mettait en place la première police spécialisée dans la lutte antidrogue à vocation internationale. Le développement de cette police spécifique contribue par ailleurs au renforcement du pouvoir des États fédérés et des droits de prohibition.

Jusqu'à récemment, l'Afghanistan était le premier producteur mondial illicite identifié d'opium et d'opiacés (*morphine, héroïne*), tandis que l'Inde est le seul pays autorisé à produire de l'opium licite pour la morphine pharmaceutique. L'essor de la production afghane date de l'invasion soviétique des années 1980, période durant laquelle les services pakistanais et la CIA développent l'infrastructure de production des opiacés pour financer et armer la résistance afghane. Elle prend donc racine dans un contexte de guerre et perdure après le départ des Soviétiques et la guerre civile qui s'ensuit. En 2022, les talibans interdisent la production et le commerce des drogues, provoquant une baisse de 80 % à 90 % de la production nationale d'opium – qui représente pourtant l'un des principaux secteurs économiques du pays. L'Afghanistan continue toutefois d'exporter de l'héroïne dans le monde grâce à d'importants stocks, estimés à plus de 14 000 tonnes dans le seul sud-ouest du pays. À noter par ailleurs un retour du Croissant d'or avec le déplacement de la production de pavot et d'héroïne vers le Balouchistan pakistanais et le Seistan-o-Balouchistan iranien, l'Iran devenant à son tour producteur d'opium et de méthamphétamine.

La production de cocaïne se concentre sur les versants orientaux des zones amazoniennes des pays andins, entre 1 500 et 2 000 mètres d'altitude – qui permet d'obtenir des cocas riches en alcaloïdes. Ces zones sont le berceau historique de l'industrie de la cocaïne, en particulier au nord du Pérou dans la vallée du Huallaga. Il rappelle l'invention, au XIX^e siècle, de la « *cocaïne base* » par Alfredo Bignon, fils d'immigrés français, visant l'exportation du produit à grande échelle vers l'Allemagne et les États-Unis plutôt que des feuilles de cocas susceptibles de se dégrader au cours du voyage. Le marché de la cocaïne a progressé de 47 % en 10 ans selon l'ONU, avec une production estimée à 3 700 tonnes en 2023 soit + 34 % en 1 an – des données probablement sous-évaluées. **Laurent Laniel** observe que l'Europe est devenue à la fois un marché dynamique et une plaque tournante du trafic de cocaïne vers l'Australie, la Nouvelle-Zélande, l'Inde et l'Afrique.

Selon l'ONU, la Colombie est le premier pays producteur de cocaïne, en dépit des contestations du président colombien. L'industrie de la cocaïne reste en effet liée au financement du conflit interne entre paramilitaires et guérillas. Des gains de productivité spectaculaires peuvent ici être soulignés ; la surface cultivée n'a augmenté que de 10 % entre 2022 et 2023 quand la production potentielle de chlorhydrate de cocaïne à 100 % de pureté augmentait de 53 %, du fait d'une mécanisation des sites de production.

Les routes de trafic parasitent les infrastructures logistiques du commerce international, notamment *via* les conteneurs. Il est également possible de constater le développement d'une véritable route maritime autonome par la Macaronésie, aujourd'hui empruntée par des semi-submersibles et navettes ravitaillées en carburant et en nourriture. Certains employés de trafiquants peuvent désormais passer plusieurs mois en mer. Ces nouveaux procédés expliquent notamment la baisse des saisies observée dans des ports tels que celui d'Anvers.

Laurent Laniel conclut son intervention par un point sur la relocalisation d'une partie de la production de cocaïne en Europe, avec 125 laboratoires démantelés depuis 2018 dont certains étaient en capacité de produire plusieurs tonnes par mois. Ces laboratoires étaient alimentés en pâte ou base de cocaïne importée sous forme de briques de lidocaïne. Un procédé de camouflage chimique a également été découvert, technique qui permet de déjouer les tests de terrain effectués par les douaniers. Ces laboratoires, principalement situés aux Pays-Bas, en Espagne et en Belgique mais aussi désormais en France, en Pologne, en Irlande, en Italie et au Portugal, s'organisent avec un niveau de sophistication comparable à ceux des laboratoires colombiens, produisant une « *supercoke* » que l'on a notamment vu apparaître chez les consommateurs de crack à Paris.

Au-delà de la géopolitique et de l'utilisation stratégique politique, **Christian Ben Lakhdar** observe une véritable dynamique de commerce mondial avec une superposition des sphères légales et illégales. Ainsi, il interroge l'intervenant sur la place de la corruption dans cette criminalité organisée et sur l'éventuel contraste entre les flux commerciaux et financiers ; « *ce commerce sud-nord profite-t-il également au sud en termes de bénéfices ?* ».

Laurent Laniel affirme que la corruption est essentielle au bon fonctionnement du trafic par conteneurs, cette corruption pouvant toucher des dockers et autres travailleurs des ports payés ou menacés, comme des douaniers et policiers. Le cumul de l'argent issu du trafic permet notamment de payer cette corruption, en particulier dans les pays producteurs de cocaïne. En Amérique du Sud par exemple, il se réjouit des récentes prises de parole sur ce problème qui gangrène les pays depuis plusieurs années. Le sujet reste pourtant tabou, sensible, et il est difficile de recueillir des données.

Concernant les flux financiers, il estime que la nature transnationale du commerce des drogues remet finalement en cause la séparation entre les pays du Nord et du Sud. Il est notamment possible de citer le système Hawala ou échanges informels de capitaux souvent organisés depuis le Pakistan avec le monde entier et qui génèrent des revenus exceptionnels. Néanmoins, il est vrai que les marchés de consommation principaux – dans les pays du Nord – restent les plus rentables tandis que les vrais producteurs qui sont des paysans ne s’enrichissent pas. Les consommateurs finaux ont par ailleurs très peu de pouvoir.

➤ **Questions du public**

Un participant observe que les stocks d’héroïne en Afghanistan ont probablement été sous-évalués au regard du temps nécessaire à leur épuisement. Il interroge M. Laniel au sujet du temps qu’il resterait avant que ces stocks ne disparaissent et qu’un autre pays producteur prenne éventuellement le relais, alors que l’émergence des opioïdes de synthèse commence à inquiéter en Europe. Il s’agit d’anticiper les nouvelles menaces en lien avec ces marchés.

Laurent Laniel répond que le spécialiste David Mansfield a été mandaté par l’Agence européenne sur les drogues afin de dresser un rapport sur la situation en Afghanistan. D’après son analyse, plusieurs années sont encore nécessaires avant l’épuisement des stocks d’héroïne dans le pays d’autant que la production se développe au Pakistan et en Iran et que des mesures ont été prises sur la sélection des marchés vers lesquels la substance est envoyée, privilégiant notamment l’Europe.

En Afghanistan, la question se pose également de la pérennité de l’interdiction imposée par les talibans en raison des luttes de classes qui se jouent en interne et des personnes qui prospéraient autrefois grâce à la production d’héroïne. Dans l’éventualité d’une reprise de la production à grande échelle, la question des stocks deviendrait subsidiaire.

François-Olivier Gagnon-Hébert interroge les raisons pour lesquelles les trafiquants déploient leur énergie pour faire transiter la cocaïne, alors que la coca pourrait être produite directement dans les pays de consommation.

Laurent Laniel explique que plusieurs hectares de cocas sont nécessaires à la production de cocaïne, en altitude et dans un climat chaud et humide. Ces conditions, de surface en particulier, ne peuvent pas être reproduites pour une culture en serre sur le même modèle que le cannabis.

Élisabeth Avril demande si l’Agence européenne sur les drogues réfléchit à la distribution contrôlée de cocaïne, à l’instar de la Suisse, des Pays-Bas ou du Danemark.

Laurent Laniel répond que non, à sa connaissance il n’existe qu’un programme d’évaluation des changements politiques en termes de cannabis. Le secteur de l’Agence en charge des politiques publiques pourrait encadrer et accompagner les démarches de cette nature pour la cocaïne, cependant il doute qu’elles voient effectivement le jour dans les pays cités.

Michaël Bisch s’interroge sur l’influence des États-Unis sur la subsistance économique de l’Afghanistan et de la culture du pavot, alors que la trésorerie du pays se situe à la Banque fédérale de New-York et que les vannes financières ont été fermées depuis la prise de pouvoir des talibans.

Laurent Laniel ne croit pas que les États-Unis aient eu une influence sur l’interdiction de la culture du pavot ou la situation économique en Afghanistan, qui n’est le fait que des talibans.

Un participant, psychiatre, s'inquiète de l'émergence des drogues de synthèse qui s'avèrerait être un véritable enjeu de santé publique à l'avenir – alors qu'elles permettent aux trafiquants de se prémunir des effets du changement climatique sur les cultures et éventuellement aux consommateurs de fabriquer leur propre produit.

Laurent Laniel n'est pas en mesure de s'exprimer avec certitude sur ce sujet, cependant il est possible de citer les travaux de Michel Hautefeuille et son ouvrage *Drogues à la carte* qui traite justement des opportunités de production permises par les drogues de synthèse. En parallèle, il est important de ne pas sous-estimer le phénomène de *path dependence* dont bénéficient les industries de la cocaïne et de l'héroïne qui sont finalement résilientes et parviennent malgré tout à s'auto-alimenter.

Un participant ajoute qu'à ce phénomène de *path dependence* s'ajoutent les préférences des consommateurs, qui ont également un effet sur la diversification des marchés.

Laurent Laniel affirme en effet que l'avènement ou la montée en puissance des drogues de synthèse ne signifie pas forcément que les autres drogues vont disparaître. L'objectif recherché ne semble pas être la substitution mais plutôt la diversité, avec le développement de véritables stratégies marketing au service des produits.

En l'absence de nouvelles questions, **Christian Ben Lakhdar** remercie M. Laniel pour son intervention.

DÉBAT

ET DEMAIN ?

Discutant :

- **Michaël Bisch**, Fédération française d'addictologie

Intervenant(e)s :

- **François-Olivier Gagnon-Hébert**, CECTC, Montréal
- **Guillaume Airagnes**, OFDT
- **Sophie Balmert**, SFT
- **Caroline Victorri-Vigneau**, Centre d'addictovigilance
- **Danièle Bader**, CNMRS
- **Pr Amine Benyamina**, RESPADD

Michaël Bisch, psychiatre, introduit le débat par un rappel des grands thèmes abordés au fil de ces dernières journées des rencontres du RESPADD.

D'une part, les questions de l'évolution en silo de la psychiatrie et de l'addictologie, ainsi que de la ville et de la place à donner aux microstructures, ont été abordées. Il souligne que la psychiatrie souffre d'une forme d'ultracrépidarianisme en matière addictologique – une tendance à formuler des affirmations sans savoir. D'autre part, il relève que le sujet de l'autostigmatisation a été mentionné à plusieurs reprises, avec la question de savoir si améliorer la connaissance des personnes permet réellement de changer leurs perceptions. Selon lui, il est en effet essentiel de proposer des formations spécifiquement dédiées en termes d'objectifs pédagogiques pour lutter contre ces tendances à la stigmatisation et à l'autostigmatisation. Il serait par exemple nécessaire d'abolir certains mots de vocabulaire qui collent des étiquettes aux patients sans rien décrire de leur réalité clinique. Par ailleurs, il est possible de constater que la réduction des risques et des dommages a contaminé positivement

plusieurs domaines, bien qu'un important travail reste à mener. Sur le plan de la recherche notamment, il note que la question de la puissance statistique des recherches doit être mise au défi de son applicabilité en milieu réel.

La France a également la chance de bénéficier d'outils de monitoring pertinents, reconnus de tous. Toutefois, une piste d'amélioration doit être explorée alors que 80 % des questionnaires proviennent de 20 % des structures ou de personnes déclarantes. Enfin, ont été abordées les questions des mineurs non accompagnés, des personnes incarcérées, des jeunes, des personnes socialement insérées qui sont paradoxalement invisibles et pour lesquelles les méthodes uniformes de diffusion de l'information ne sont pas suffisamment performantes.

Il invite les intervenant(e)s à réagir sur ces différents sujets.

Danièle Bader propose de prendre la parole au sujet des microstructures médicales, ces équipes de soins pluridisciplinaires qui prennent en charge des personnes présentant des troubles de l'addiction, de santé mentale et de précarité et qui ont été créées au moment particulièrement marquant de l'épidémie du Sida. Une expérimentation article 51 a ensuite tâché de pérenniser et de généraliser ce dispositif entre 2020 et 2023, cependant les professionnels de la RdR sont toujours dans l'attente de l'apparition du texte réglementaire Parcours Coordonné Renforcé Addiction (PCR).

Afin de mettre en avant la plus-value de ce dispositif pour l'avenir, il est possible de souligner que 47 % des personnes suivies sont des femmes alors que ces dernières ont généralement davantage de difficultés à pousser les portes des structures médicales. De manière plus globale, le champ de l'addictologie est en capacité d'innover et de réagir rapidement aux changements de pratiques et d'usages identifiés chez les patients grâce à la proximité permise par la médecine de ville. L'intervenante cite pour exemple le projet Calliope qui cherche à améliorer les connaissances sur les parcours et relations qu'entretiennent les femmes avec les dispositifs qu'elles fréquentent.

Malheureusement, les lenteurs administratives continuent de freiner les prises de décisions et les évolutions attendues, de même que les contenus encore inadaptés des modules de formation destinés aux médecins de ville. Des initiatives sont à l'œuvre afin de pallier ce manque à l'avenir et le CNMRS développe notamment avec le RESPADD une formation RPIB tabac destinée aux généralistes, psychologues et travailleurs sociaux des équipes des microstructures médicales. Un réel engagement institutionnel est néanmoins essentiel pour aller de l'avant.

S'agissant de la formation des médecins généralistes, **Michaël Bisch** observe que ceux qui sont déjà engagés et ont des compétences doivent disposer d'une certaine liberté d'agir – ce qui constitue l'un des objectifs du PCR –, tandis que ceux qui souhaitent s'engager doivent être accompagnés dans l'acquisition des connaissances. Finalement, le réel défi est de parvenir à attirer l'attention des médecins généralistes déjà compétents mais qui ne peuvent ou ne veulent pas s'engager dans la démarche.

François-Olivier Gagnon-Hébert juge difficile d'agir sur l'autodétermination humaine, sur les raisons propres d'une personne qui se refuse à agir alors qu'elle le pourrait.

Michaël Bisch estime que l'implication des patients dans chacune des phases de l'enseignement peut être une piste intéressante afin d'encourager l'engagement des professionnels et de faire évoluer leurs représentations.

Danièle Bader ajoute que l'engagement de professionnels reconnus, voire médiatiques, de même que le choix de thématiques concrètement utiles dans les pratiques des médecins, participent à mobiliser leur attention. Quoi qu'il en soit, face à la perte d'intérêt pour l'addictologie, il apparaît aujourd'hui essentiel d'investiguer leurs besoins pour adapter les formations dans leur format et leur contenu.

Sophie Balmert prend ensuite la parole au titre de kinésithérapeute tabacologue au sein de la SFT, rapportant les réflexions qu'elle a pu mener en termes de formation aux professionnels à La Réunion et qui s'articulent autour des concepts d'interprofessionnalité, des patients experts et d'outils pratiques. L'absence de cadre préétabli a finalement permis d'expérimenter plusieurs modes de travail (*ex. coanimation avec des patients experts*), ce qui a porté ses fruits et fait aujourd'hui l'objet de l'article 51 de la CNAM.

Caroline Victorri-Vigneau observe pour sa part un objectif clair, commun, autour d'une prise en charge adaptée aux réalités de terrain et d'une prévention ciblée en fonction des substances. Or, le défi est de parvenir à anticiper les problématiques, chaque évolution s'accompagne de risques nouveaux, souvent plus intenses, mal connus et qui touchent les jeunes consommateurs en particulier. S'ajoute par ailleurs le facteur de rupture majeur que représentent les réseaux sociaux, permettant une diffusion massive et banalisée de n'importe quelle information et facilitant l'accès aux produits.

Ces nouvelles dynamiques rapides, imprévisibles et mondialisées imposent aux professionnels de l'addictologie de faire preuve d'hyper-réactivité. Le dispositif d'Addictovigilance permet de répondre partiellement à cette exigence sur le plan de la connaissance et de l'information, ce dernier bénéficiant d'une grande adaptabilité territoriale et de liens avec les intervenants sur le terrain. Il doit en revanche être renforcé par une réponse institutionnelle, la seule connaissance ne suffisant pas à répondre aux problématiques.

Pour faire écho aux propos de M. Bisch sur la formation, **Caroline Victorri-Vigneau** souligne l'importance de faire preuve de modestie et de s'inscrire dans une démarche d'apprentissage continu. Pour les médecins généralistes en particulier, il est à noter que l'addictologie et l'addictovigilance font désormais partie du socle commun de leur formation initiale. Ainsi, les médecins de demain ne devraient pas être en mesure d'affirmer qu'ils n'ont pas entendu parler d'addictologie.

Danièle Bader remarque que formation ne veut pas dire remise en question des représentations ; les jeunes internes sont toujours convaincus que l'objet de leur travail est de « *sevrer* » les personnes avec des troubles de l'usage – plutôt que de les « *guérir* ». Cette distinction doit être davantage mise en avant dans la formation initiale.

Michaël Bisch interroge le panel sur les actions qui permettraient d'améliorer la représentativité territoriale et de faire en sorte que les données d'addictovigilance reposent davantage sur des dispositifs institutionnels que sur du déclaratif. Contrairement à d'autres services de vigilance et d'infectiologie en effet, les professionnels Nadis n'ont pas accès direct aux dossiers d'addictologie.

Caroline Victorri-Vigneau répond que le sujet réside tout d'abord dans le manque de moyens. Le Centre d'addictovigilance doit continuer d'aller à la rencontre des professionnels ou intervenants en addictologie afin qu'ils procèdent aux déclarations auprès du réseau, ce qui représente un travail quotidien. Cependant, il n'est pas nécessaire d'être exhaustif dans les déclarations mais plutôt d'être en mesure d'identifier les signaux qui sortent de l'ordinaire. Le rôle du Centre d'addictovigilance est un rôle d'alerte et de signal, plutôt que de comptage.

Guillaume Airagnes ajoute que la qualité statistique des enquêtes est utile à la capacité des soignants à se faire le relais, auprès des patients, des problématiques qu'ils peuvent rencontrer, voire à déconstruire certains discours contradictoires avec les données. Par exemple, le coût social des drogues est essentiellement porté par les drogues licites avec 155 Mds€ en moyenne sur une année pour le tabac, 100 Mds€ pour l'alcool et 7,7 Mds€ pour l'ensemble des drogues illicites, avec une taxation du tabac et de l'alcool autour de 12 Mds€ pour le tabac et 6 Mds€ pour l'alcool. Ces données permettent de déconstruire les idées reçues sur les pouvoirs publics qui s'enrichiraient grâce à la taxation et n'auraient pas intérêt à ce que les gens sortent des consommations.

Comme cela a été sous-entendu par Mme Victorri-Vigneau, le même niveau de représentativité n'est pas requis selon les enquêtes statistiques. Il ne s'agit pas même d'un prérequis dès lors que les enquêtes s'intéressent aux signaux faibles et émergents ou aux personnes difficiles à atteindre dans la population générale. L'enjeu est alors d'avoir un maillage territorial, ce qui est le cas des dispositifs TREND et SINTES évoqués par l'OFDT au cours de ces rencontres.

La France peut par ailleurs se réjouir de compter parmi les pays européens les mieux équipés pour comprendre les évolutions épidémiologiques. Pour illustration, l'enquête ESCAPAD menée à l'occasion des JAPD est plébiscitée à l'internationale car elle obtient un taux de réponse à 100 % et touche l'ensemble des jeunes y compris ceux qui ne sont pas insérés socialement ou déscolarisés. Cette enquête a notamment permis de démontrer que la force des associations entre usage de cannabis et suicidalité chez les jeunes de 17 ans s'est renforcée.

Michaël Bisch demande à M. Airagnes si la généralisation d'outils tels que MonitorStup, déployé en Suisse pour l'analyse des traces de stupéfiants dans les eaux usées, lui semble pertinente en France.

Guillaume Airagnes répond que l'OFDT participe aux comités de pilotage des programmes financés par la MILDECA pour des analyses similaires. Il s'agit d'outils supplémentaires utiles au suivi des évolutions des usages, la clé étant de parvenir à combiner et mettre en perspective divers dispositifs d'enquête de sorte à approcher les phénomènes avec le plus de précision possible. Concentrer son attention sur une seule et unique source de données serait au contraire une erreur.

Amine Benyamina observe que le RESPADD aurait pu convier Santé Publique France à participer à ce débat sur les enjeux à venir, la communication autour des enjeux de santé publique devant impérativement être cohérente avec la réalité. Il appelle de ses vœux le maintien de cette structure essentielle à la mise en place d'un système efficace de prise en charge et d'analyse des signaux faibles. Une plus forte représentation politique pourrait également être pertinente à l'occasion des prochaines rencontres.

En effet, l'engagement de toutes les parties prenantes y compris publiques et politiques est nécessaire pour faire évoluer les pratiques, assurer une réelle opérationnalité. Il s'agit alors d'intégrer à la réflexion un volet consacré à la prise de conscience politique, interroger les pouvoirs publics et alerter sur le démantèlement annoncé de Santé Publique France, au risque de voir les efforts des professionnels réunis ce jour réduits à néant.

Caroline Victorri-Vigneau invite pour sa part à nuancer le propos, soulignant que les efforts du terrain ne sont pas vains.

Amine Benyamina assure avoir une confiance aveugle dans les compétences et l'engagement des professionnels présents. Son propos est de souligner que le champ de l'addictologie doit faire preuve

de davantage de militantisme et de combativité que les autres pour être reconnu à sa juste valeur, en raison de sa forte dépendance aux orientations qui lui sont dictées par l'agenda politique.

Danièle Bader souligne à son tour le rôle de Santé Publique France, qui a notamment mené d'importantes campagnes d'information ce qui a encouragé les patients à pousser les portes des structures médicales et d'addictologie. À n'en pas douter, le travail d'information porte ses fruits.

Néanmoins, la question des moyens donnés à ces structures pour répondre aux besoins des patients nouvellement accueillis doit être posée. Ce sujet est d'autant plus important qu'un récent sondage a révélé que la première préoccupation des Français était l'accès aux soins – ce qui en renforce encore la portée politique.

François-Olivier Gagnon-Hébert souligne également l'enjeu d'une information juste adressée aux bonnes personnes, mis en difficulté par le flux continu d'actualités symptomatique de la société actuelle. D'autres outils et technologies devront impérativement être imaginés pour un déploiement efficace de cette information à l'avenir.

Michaël Bisch observe un réel débat autour de la question d'une production de l'information scientifique de masse qui doit convaincre ou contraindre les décideurs politiques afin qu'ils prennent les bonnes décisions. En outre, il est souvent plus simple de *convaincre* les politiques de l'importance d'un sujet que de les *contraindre* à agir, à moins de mettre en exergue leur responsabilité à titre personnel.

Amine Benyamina souligne ici, de nouveau, l'importance d'une information adaptée à la population, qui influence l'opinion publique pour favoriser l'engagement politique.

Guillaume Airagnes rapporte un autre exemple de la plus-value de Santé Publique France qui, grâce au mois sans tabac, encourage chaque année davantage de personnes à tenter d'arrêter de fumer. Le nombre de suivis encadrés par les tabacologues de Tabac Info Service progresse également d'année en année.

Amine Benyamina remarque toutefois avec regret que pour la première fois en 15 ans d'existence, Santé Publique France n'a prévu aucune communication autour de la journée internationale de lutte contre le tabac, le 30 mai.

En l'absence de nouvelles prises de parole, **Michaël Bisch** remercie les intervenant(e)s avant de clôturer le débat.

CONCLUSION

➤ **Nicolas Bonnet**, RESPADD

Nicolas Bonnet propose de revenir sur les deux journées écoulées pour en tirer les éléments essentiels, insistant tout d'abord sur le fait que le secteur de l'addictologie n'est pas isolé ; de nombreuses innovations ont abouti, en médico-social comme en sanitaire.

La première matinée s'est ouverte avec l'intervention d'Anne Souyris sur la prévention du tabagisme, thématique fondatrice du réseau autour de laquelle se sont construits sa méthodologie et ses outils. La capacité du réseau à faire bouger les lignes fait également partie de son histoire, et il repose avant tout sur des rencontres. Anne Souyris a donc dressé le bilan de trente années de lutte et alerté sur le

manque d'attention portée à l'addictologie dans les politiques de santé actuelles, alors que la question du trafic est souvent le seul élément présent dans les débats. Elle a également rappelé le projet de loi sur la prévention des risques liés au *chemsex*, qui sera présenté début juin à l'occasion du congrès de l'Albatros. Elle a rendu hommage à Nicole Maestracci qui a marqué l'évolution des pratiques de prise en charge des patients grâce à *Savoir plus, risquer moins*, ouvrage fondateur pour la diffusion des connaissances scientifiques au plus grand nombre. Nicolas Maestracci a défendu une approche qui interroge moins le « *pourquoi* » que le « *comment* » l'on devient usager, c'est-à-dire les conditions concrètes qui favorisent l'installation et la persistance des usages. Anne Souyris est enfin revenue sur le projet de loi RIPOST qui peut être qualifié de liberticide car il menace l'organisation d'événements et l'installation de stands de RdR et de prévention en milieu festif.

Puis, une table ronde était animée par les collègues québécois du CECTC de Montréal qu'il remercie chaleureusement. Ce temps a été l'occasion de rappeler que le plan addiction date de 2006, première utilisation officielle du terme en France, et de saluer les contributions de Michel Reynaud dans l'histoire du dispositif. Parmi les constats érigés, il a été rappelé que l'addiction et la santé mentale constituent deux problématiques doublement discriminantes, qu'il faut se méfier du surdiagnostic et protéger les personnes exclues des recherches cliniques. Ce cloisonnement de l'addictologie a par ailleurs favorisé le développement d'une culture commune, néanmoins Nicolas Cabé s'est interrogé sur la légitimité de l'addictologie comme discipline, aujourd'hui marginalisée. Il a insisté sur la nécessité de développer différents types de formation, d'élargir l'accès aux soins et au remboursement des traitements, d'éviter de stigmatiser davantage les personnes exclues du système de santé, et de s'inspirer des modèles économiques de la psychiatrie. Les échanges ont aussi porté sur le partage de l'expérience de l'usage, qui peut rappeler le principe du partenariat au cœur de l'entretien motivationnel ; la personne accompagnée est experte d'elle-même et responsable de son processus changement, tandis que le professionnel est un partenaire dans la prise de décision conjointe. Les intervenant(e)s ont ensuite déploré que psychiatrie et addictologie demeurent parmi les spécialités les moins choisies à l'internat, appelant à démocratiser les savoirs et savoir-faire. Enfin, il a été question des moyens financiers et fonds de lutte contre les addictions qui restent limités face à des coûts sociaux atteignant plusieurs dizaines de milliards d'euros, ainsi que de la séparation regrettable entre addictologie et psychiatrie – alors même que certaines pratiques utilisées en psychiatrie sont issues de l'addictologie (ex. *entretien motivationnel*, *autodétermination*). **Nicolas Bonnet** propose ici une citation des professeurs Miller et Rollnick qui illustre la mission des professionnels de l'addictologie ; « *la reconnaissance des droits à la liberté de l'autre de ne pas changer qui rend le changement possible* ».

La première journée des rencontres s'est poursuivie avec une session sur l'hôpital sans tabac ouverte par Anne Borgne, qui a rappelé l'engagement historique de nombreux acteurs. Puis, Erwan Pointeau-Lagadec est revenu sur l'histoire des drogues des années 1990 à 2020, insistant sur l'échec avéré de la prohibition. L'histoire permet en effet de déconstruire des mythes tels que celui d'un monde sans drogue, de démontrer l'échec de la répression, de soutenir des pratiques innovantes ou encore de rappeler que les addictions sont des maladies sociales. Erwan Pointeau-Lagadec a également rendu hommage à Anne Coppel, sociologue et cofondatrice de l'Association française pour la réduction des risques, coautrice de *La Catastrophe invisible*, qui retrace l'épidémie d'héroïne des années 1980-1990 et l'incapacité du système de santé publique d'y répondre.

La table ronde consacrée aux lieux de santé sans tabac a permis d'illustrer un changement de culture depuis l'époque où l'on distribuait des cigarettes aux patients hospitalisés. Les échanges ont invité à interroger les démarches de réduction des risques appliquées au produit tabac et à la manière de les

inclure dans différents dispositifs. **Nicolas Bonnet** note l'adhésion de tous à l'interdiction de fumer, qui devient un critère de choix pour les usagers, en plus de la bienveillance d'un accompagnement sans jugement moral qui s'impose comme une obligation professionnelle. Les intervenant(e)s ont enfin regretté le manque de soutien institutionnel, notamment de la certification HAS, malgré la réussite des démarches engagées.

Puis, Marianne Hochet a annoncé les différents lauréats de la certification argent LSST 2026, à l'occasion d'une cérémonie de remise des prix.

Pour clôturer cette première journée, l'OFDT est revenu sur la création des dispositifs TREND et SINTES en collaboration avec le RESPADD et Médecins du Monde. L'enjeu de la triangulation des informations entre TREND, SINTES et les enquêtes en population générale est essentiel pour atteindre les populations difficiles à enquêter. Le laboratoire d'analyse de drogues de l'association BPM à Marseille a aussi été mentionné comme un outil essentiel de réduction des risques par l'information, dans un contexte actuel globalement répressif qui a des conséquences sur le recueil des données.

La seconde journée des rencontres s'est ouverte sur une table ronde consacrée à la veille des consommations, décrite comme une observation « *panoptique* » des signaux et des modalités d'usage. **Nicolas Bonnet** salue particulièrement la pédagogie des intervenant(e)s au cours de leurs prises de parole, retenant l'expression de « *santé des addictions* ». Il annonce à ce sujet un prochain rendez-vous à Biarritz, au mois de novembre 2026. Puis, une plénière assurée par François-Olivier Gagnon-Hébert portait sur la complexité du système de surveillance, entre catégorisation des usagers et incertitude sur la composition des produits, avant de souligner l'enjeu territorial d'aller chercher les consommateurs partout où ils se trouvent. Une table ronde était ensuite organisée concernant la réduction des risques « *à 360 degrés* », abordant les situations des populations migrantes, mineurs non accompagnés et des femmes, dans un contexte de répression croissante depuis trente ans, mais aussi de développement d'une RdR pragmatique, factuelle, avec des lieux d'implantation différents incluant désormais l'hébergement. Le RESPADD encourage à ne jamais renoncer, notamment sur la question des salles de consommation, malgré la désinformation ambiante, et à soutenir la recherche sans épuiser les équipes.

La dernière plénière de ces rencontres du RESPADD était consacrée à la géopolitique des drogues, animée par Laurent Laniel et Christian Ben Lakhdar. Le narcotrafic y a été décrit comme un *business* structuré par la corruption et la mondialisation, tandis que la question encore taboue d'un dialogue possible avec les narcotrafiquants aurait également pu être évoquée. **Nicolas Bonnet** invite notamment le public à consulter l'ouvrage *The Opium War* et s'interroge sur une possible fin de l'ère de l'héroïne, soulignant l'expansion du marché de la cocaïne.

Pour conclure, un panel d'intervenant a débattu des pistes à approfondir (*addiction et changement climatique, parcours liés à l'exil, réinvestir les enjeux de la RdR, etc.*) et a appelé à renforcer les dispositifs de premier recours et à démocratiser les savoirs et savoir-faire en addictologie. Il termine par des remerciements aux partenaires fondateurs du RESPADD, aux structures adhérentes, au Conseil d'administration et à son président, à ses salariés et à l'ensemble des intervenants, avant de souhaiter aux participants un bon anniversaire pour les trente ans du réseau.