



SWAPS

Santé, réduction des risques et usages de drogues N° 103 / Hiver 2022-2023

Légalisation du cannabis
non médical au Colorado :
dix ans après / 5

Les communautés thérapeutiques :
le début de l'histoire / 11

La méthamphétamine
en Polynésie française / 17

« Il est urgent de soutenir l'accès
à ces traitements d'action prolongée
en proposant un financement pour tous les Csapa »
Alice Deschenu, psychiatre / 20

Nicole Maestracci :
au risque du savoir / 23

Brèves / 2

Publications / 26

Édito / 32

FRANCE

Paris sportifs

Quelques semaines avant le lancement de la coupe du monde et alors que refleurissaient les publicités surfant sur les codes des jeunes, Santé publique France lance une campagne de prévention sur les risques associés aux paris sportifs (cf. *Swaps* 101-102). C'est une première ! L'objectif affiché est de diminuer le nombre de parieurs à usage problématique et d'améliorer la connaissance des risques liés aux paris sportifs, notamment chez les jeunes. Avec le slogan « Parier, c'est pas rien », la campagne diffusée jusqu'au 22 novembre, oriente vers le dispositif d'écoute et d'aide à distance Joueurs info service.

<https://www.youtube.com/watch?v=bhMVnmpyBas>
<https://www.joueurs-info-service.fr/>

Cannabis thérapeutique

Que se passe-t-il avec l'expérimentation du cannabis à visée médicale ? Censée se terminer officiellement le 26 mars 2023, elle pourrait faire l'objet d'une prolongation, selon le souhait du nouveau ministre de la Santé, François Braun. Auditionné par la commission des affaires sociales de l'Assemblée, fin septembre, il a indiqué : « Les résultats sont insuffisants en termes de patients pour l'instant, pour avoir des résultats qui sont solides. » Avec 2 100 patients inclus, sur les 3 000 visés et un rapport d'évaluation discret, que l'association L630 a choisi de divulguer le 21 octobre, une certaine tension règne. Nicolas Authier, président du comité chargé de l'expérimentation, a ainsi cosigné un communiqué avec l'association Apaiser : « Suite à la lecture de ce rapport, nous ne voyons plus les raisons pour lesquelles un prolongement de l'expérimentation du cannabis à visée médicale serait justifiée. Si le gouvernement requiert toutefois un temps supplémentaire, celui-ci doit être strictement conditionné à la mise en place d'une généralisation à venir à l'issue de l'année de prolongement proposée. [...] Nous réclamons du gouvernement qu'il prenne des engagements clairs sur la généralisation du cannabis médical. Les patients souffrent depuis bien trop longtemps. »

Le gouvernement a quant à lui glissé un amendement au projet de loi de financement de la sécurité sociale qui prévoit la prolongation de l'expérimentation, « afin de mieux l'évaluer tout en structurant une filière française dans l'hypothèse où la mesure viendrait à être pérennisée ».

<https://l630.org/>
[sortie-du-rapport-sur-le-cannabis-medical-le-gouvernement-na-plus-de-raison-de-prolonger-sans-garantir-une-generalisation/](https://www.sante.gouv.fr/sante-publique/actualites/sortie-du-rapport-sur-le-cannabis-medical-le-gouvernement-na-plus-de-raison-de-prolonger-sans-garantir-une-generalisation/)

Les sénateurs veulent légaliser

Par une tribune parue dans *le Monde* le 10 août 2022, 31 sénateurs du groupe Socialiste, écologiste et républicain, emmené par Gilbert-Luc Devinaz, s'engagent à lancer un processus de concertation afin de déposer une proposition de loi pour légaliser le cannabis. Ils reconnaissent à la fois l'importance de la consommation du produit et l'échec de sa prohibition : « [La répression] ne permet pas de protéger nos jeunes des dégâts sur leur santé d'une consommation incontrôlée. Elle maintient certains quartiers dans une dépendance très forte aux trafics qui se traduit par une insécurité et une violence insupportables pour les habitants. Elle mobilise des moyens conséquents pour un résultat en définitive quasi nul. » Ils recommandent au contraire la légalisation pour contrôler la qualité sanitaire des produits consommés et « développer des plans de prévention de grande ampleur ». Ils s'engagent « à entamer une démarche de concertation large pour déposer dans les mois à venir une proposition de loi pour répondre à cet enjeu. L'opinion publique est prête, il faut que le législateur agisse. »

https://www.lemonde.fr/idees/article/2022/08/10/la-legalisation-du-cannabis-donnera-les-moyens-d-agir-plus-efficacement-pour-proteger-davantage-nos-concitoyens_6137643_3232.html

ALLEMAGNE

L'Allemagne en voie de légaliser le cannabis

Le gouvernement allemand s'est mis d'accord le 26 octobre autour d'un cadre de légalisation du cannabis à usage récréatif. Suite à un processus de consultation approfondi lancé en mai dernier (cf. *Swaps* 101-102), le projet de loi vise à placer la production et le commerce du produit sous « contrôle public ». Ce dispositif de contrôle devra organiser « la production, la livraison et le commerce de cannabis récréatif dans un cadre de licences contrôlées par l'État » dans l'objectif de « garantir la protection sanitaire et enrayer la criminalité organisée ainsi que le marché noir ». La possession et l'achat d'une « quantité maximum de 20 jusqu'à 30 grammes » pour la consommation personnelle seront autorisés, aux seuls adultes de plus de 18 ans. Il faut au gouvernement allemand l'aval du droit européen, selon le ministre de la Santé Karl Lauterbach.

SUISSE

Le cannabis médical autorisé

Le Conseil fédéral a décidé de lever l'interdiction inscrite dans la loi sur les stupéfiants (LStup) concernant l'usage médical du cannabis. Depuis le 1^{er} août 2022, les personnes souffrant de fortes douleurs chroniques peuvent accéder plus facilement au cannabis médical, et les médecins le prescrire plus facilement. Il n'est en effet plus nécessaire de demander une autorisation exceptionnelle à l'Office fédéral de la santé publique pour recourir au cannabis à usage médical. Le Conseil fédéral ne modifie pour l'instant pas les conditions de remboursement de ces médicaments par l'assurance obligatoire, soulignant : « les preuves disponibles sur l'efficacité et l'adéquation des médicaments à base de cannabis sont actuellement insuffisantes pour permettre une prise en charge générale ». La vente et la consommation de cannabis à des fins non médicales demeurent interdites.

<https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/documentation/communiques.msg-id-89372.html>

ÉTATS-UNIS

THAÏLANDE

Changement sociétal

La Thaïlande a annoncé mi-juin réfléchir au mariage gay ou à une forme d'union civile, et sorti le cannabis et le chanvre de la liste des stupéfiants le 9 juin 2022... Au pays des généraux, qui ont succédé à la junte militaire en 2019, une certaine forme de libéralisation sociétale est en marche. Cette dé penalisation parachève les réformes entamées en 2019 pour permettre la culture du cannabis à usage médical sous certaines conditions et son utilisation comme supplément alimentaire, sous la forme de cannabidiol. L'objectif du ministre de la Santé, Anutin Charnvirakul, est de faire de la Thaïlande un « hub médicinal et du bien-être », avec des revenus estimés d'ici à cinq ans à près de 3 milliards d'euros. Elle permet en outre la libération de près de 4 000 personnes détenues pour des délits liés au cannabis. En pratique, les cultivateurs potentiels peuvent s'inscrire sur un portail gouvernemental, Plookganja (« planter du cannabis ») pour cultiver et vendre des plantes. Les produits commercialisés en dehors du cadre médical ne doivent pas dépasser 0,2 % de THC (tétrahydrocannabinol). Pour l'instant, l'usage récréatif reste dans une zone grise, en attendant le passage d'une nouvelle loi.

https://www.lemonde.fr/international/article/2022/07/11/en-thailande-le-cannabis-depenalise_6134311_3210.html?utm_medium=Social&utm_source=Twitter#Echobox=1657543104

Opioïdes 1

Teva, l'un des principaux fabricants d'opiacés génériques, a annoncé le 26 juillet 2022 qu'il était « parvenu à un accord de principe » avec des représentants d'États, de tribus amérindiennes et d'autres plaignants « sur les clauses financières d'un accord à portée nationale sur les opiacés ». Teva « paiera jusqu'à 4,25 milliards de dollars (...) ainsi qu'environ 100 millions de dollars pour les tribus, étais sur 13 ans », afin de solder des poursuites sur son rôle dans la crise des opiacés. Ce chiffrage inclut le financement, jusqu'à 1,2 milliard de dollars, de distributions d'un médicament contre les overdoses. L'accord ne prévoit toutefois pas de reconnaissance de faute de la part du groupe pharmaceutique.

Opioïdes 2

AmerisourceBergen, Cardinal Health et McKesson, trois principaux distributeurs de médicaments aux États-Unis ont obtenu une importante victoire en justice. Début juillet, un magistrat fédéral a estimé qu'ils n'étaient pas responsables des overdoses record aux opiacés en Virginie-Occidentale. « La crise des opiacés a un coût considérable pour les citoyens du comté de Cabell et la ville de Huntington », dans cet État rural et pauvre, selon la décision du juge David Faber. Environ 10 % de la population du comté est ou a été dépendante aux opiacés, un niveau record, selon le magistrat, mais « les plaignants ont échoué à prouver que le volume des opiacés prescrits dans la région ait été dû à une conduite déraisonnable de la part » des distributeurs, pointant la responsabilité des laboratoires.



Légalisation du cannabis non médical au Colorado : dix ans après

Michel Gandilhon / Swaps

En novembre 2012, à la suite de deux référendums, les populations des États du Colorado et de Washington approuvaient la production et la commercialisation du cannabis non médical. Ces scrutins historiques, synonymes de légalisation, allaient lancer une onde de choc à l'échelle des États-Unis et du monde, ébranlant le paradigme prohibitioniste alors en vigueur.

À l'automne 2022, dix-neuf des 50 États fédérés¹, plus le district de Columbia, ont légalisé le cannabis non médical selon des modalités différentes. Près de 141 millions d'Américains vivent dans un État où le cannabis « récréatif » est légal, alors que les dernières enquêtes d'opinion montrent que près de sept Américains sur dix sont favorables à la légalisation du cannabis dans un contexte où la consommation augmente régulièrement depuis des années. En 2020, en effet, près de 18 % des Américains² âgés de 12 ans et plus avaient consommé du cannabis dans l'année, soit près de 50 millions de personnes³. En 2021, selon la dernière enquête *Monitoring the Future*, cette proportion atteint un niveau, inédit depuis 1988, de 43 % des 19-30 ans⁴. Alors que le Colorado a pu être présenté comme une « terre promise »⁵ du cannabis, ce dixième anniversaire constitue l'opportunité de dresser un premier bilan⁶ du modèle de légalisation que cet État a choisi d'adopter, tant sur le plan de l'évolution des

usages que sur celui de la santé et de la sécurité publiques, sans oublier la dimension économique, « or vert » oblige.

Le tournant de 2012

Si l'année 2012 marque un moment historique, avec le référendum remporté par près de 55 % des voix par les partisans de la légalisation, la commercialisation du cannabis non médical est amorcée le 1^{er} janvier 2014 avec l'ouverture des premiers commerces de détail (*retail stores*) dans la capitale de l'État, Denver. Il fallait en effet du temps afin de concevoir le cadre juridique accompagnant le processus. En mai 2013, le Sénat et la Chambre des représentants du Colorado adoptent à une large majorité les projets de loi signés par le gouverneur démocrate John Hickenlooper. L'usage et la possession de cannabis jusqu'à une once, soit 28,3 g – depuis cette quantité a été portée à deux onces – sont autorisés, de même que la culture de cannabis à hauteur de 6 plants maximum par personne âgée de plus de 21 ans ; la production et le commerce de détail, moyennant des licences, sont autorisés et soumis à des taxes s'élevant à 15 %. Fait au demeurant symbolique, alors qu'en Uruguay le pilotage de

¹ Alaska, Arizona, Californie, Colorado, Connecticut, Illinois, Maine, Massachusetts, Michigan, Montana, Nevada, New Jersey, New York, Nouveau Mexique, Oregon, Rhode Island, Vermont, Virginie, Washington plus le district de Columbia. L'Uruguay a été le premier État souverain à changer la loi en 2013, rejoint en 2018 par le Canada.

² À titre de comparaison, en France, en 2020, le niveau d'usage dans l'année parmi les 18-64 ans s'élevait à 11,3 %. Voir *Le Nézet O., Philippon A., Lahaie E., Andler R., « Les niveaux d'usage du cannabis en France », note de synthèse n° 2021-06, OFDT, SPF, novembre 2021.*

³ Samhsa, *Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2020 National Survey on Drug Use and Health, October 2021.*

⁴ Patrick M.E., Schulenberg J.E., Miech R.A., Johnston L.D., O'Malley P.M., & Bachman J.G. (2022). *Monitoring the Future Panel Study annual report: National data on substance use among adults ages 19 to 60, 1976-2021. Monitoring the Future Monograph Series, University of Michigan Institute for Social Research.*

⁵ Voir « *Le Colorado, terre promise du cannabis* », Corine Lesnes, *Le Monde*, 8 janvier 2015.



Tableau 1. Prévalence en % par tranches d'âge des usages dans l'année et dans le mois de marijuana aux États-Unis et au Colorado (2012-2020) (SAMHSA)

États-Unis				Colorado				
Usage année		Usage mois		Usage année		Usage mois		
	2012/13	2019/20	2012/13	2019/20	2012/13	2019/20	2012/13	2019/20
12 +	12,3	17,1	7,4	11,6	18,9	26,7	12,7	18,9
12-17	13,5	11,6	7,1	6,6	18,7	16,0	11,2	8,4
18-25	31,5	35,0	18,9	23,0	42,4	47,8	29,0	32,1
26 +	8,9	15,7	5,4	10,5	15	24,6	10,1	18,1
18 +	12,2	18,3	7,4	12,2	18,9	27,7	12,9	20,0

la réforme était confié à un organisme interministériel placé sous le contrôle du ministère de la Santé, au Colorado c'est l'administration fiscale, à l'image de ce qui a cours pour l'alcool, la *Marijuana Enforcement Division* du *Department of Revenue* qui allait encadrer la nouvelle industrie. De quoi montrer dès l'origine la dimension importante dévolue aux logiques fiscales et monétaires⁷.

Un usage de marijuana élevé et qui progresse en population générale

Selon les dernières données de la *National Survey of Drug Use and Health* de la *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (Samhsa), en 2019-2020⁸, la prévalence de l'usage dans l'année de marijuana dans la

population âgée de plus de 12 ans s'élevait à près de 27 % contre 18 % à l'échelle nationale (11,3 % en France en 2021). Ce qui place le Colorado au troisième rang en termes de niveau de consommation parmi les 50 États de la fédération. C'est dans la tranche d'âge des jeunes adultes (18-25 ans) que la proportion de consommateurs dans l'année est la plus élevée avec près de 48 % contre environ 35 % aux États-Unis (26 % en France). Les dynamiques des consommations sont globalement en hausse depuis la légalisation du cannabis non médical. Les usages dans l'année depuis 2012/2013, dans la population âgée de 12 ans et plus, ont crû de plus de 40 %, soit une progression légèrement supérieure à celle observée à l'échelle nationale. Selon les tranches d'âge, la situation est très hétérogène. Les progressions sont les plus notables dans la population adulte de plus de 26 ans. En 2020, l'usage dans le mois dépassait 18 %, soit une augmentation très importante des prévalences par rapport à 2012/2013. Chez les jeunes

adultes de 18-25 ans, l'usage dans le mois est passé de plus de 29 % en 2012/2013 à quelque 32 %.

En revanche, et c'est une tendance majeure, la tranche d'âge des 12-17 ans voit les usages dans le mois de marijuana passer de 11,2 % à 8,4 %, soit une baisse de 25 %. Cette réalité peut être considérée comme un succès pour les tenants de la légalisation puisque beaucoup d'observateurs s'interrogeaient sur la capacité du nouveau modèle de régulation à protéger les plus jeunes, compte tenu de la dangerosité des consommations juvéniles pour la santé. Cette diminution de la consommation de cannabis chez les adolescents est par ailleurs observée aussi à l'échelle nationale, ainsi que dans d'autres pays tels la France⁹. Ainsi sur la même période, les usages dans le mois ont baissé aux États-Unis pour s'établir à 6,6 % en 2020 contre 7,2 % en 2012/2013. L'écart s'est resserré en termes de niveaux de consommation chez les adolescents entre le Colorado et l'ensemble du pays, même si les usages des plus jeunes demeurent significativement plus élevés au Colorado, l'État se classant septième sur 50 en termes de niveaux de prévalence d'usage chez les 12-17 ans. Quoi qu'il en soit, une enquête récente menée par le Département de la santé publique et de l'environnement du Colorado auprès des lycéens, la *Health Kids Colorado Survey* (HKCS), confirme la tendance à la baisse de la consommation de marijuana chez les adolescents¹⁰. Entre 2015 et 2021, l'usage dans le mois serait passé de 21,2 % à 13,3 %, dont près de 40 % consommeraient plus de 10 fois dans le mois (usage régulier), une proportion qui, elle en revanche, est restée stable.

Ces chiffres éloquents ne concernent toutefois que la consommation de marijuana. Or, au fil des années s'est développée au Colorado une offre commerciale de *concentrates* (résine, huile, cire, etc.) dont le législateur n'a pas souhaité limiter les teneurs en THC, même si dès les premières années les pouvoirs publics se sont montrés

⁶ Un premier bilan d'étape, paru en 2017, avait été réalisé dans le cadre du projet Cannalex, fruit d'un partenariat entre l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (Ofdt) et l'Institut national des hautes études de la sécurité et de la justice (Inhesj) : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/CannalexRFS.pdf>

⁷ Gandilhon M., Obradovic I., Lalam N., Alimi D., Weinberger D., « Colorado vs Uruguay : deux modes opposés de légalisation du cannabis », *Drogués, santé et société*, vol. 16, numéro 1, mars 2018 : <https://www.erudit.org/fr/revues/dss/2018/v16-n1-dss03555/1044308ar/>

⁸ Samhsa, *Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2020 National Survey on Drug Use and Health*, octobre 2021.

⁹ Ainsi en France, pays particulièrement consommateur, l'expérimentation du cannabis chez les jeunes de 17 ans est en forte baisse. Entre 2000 et 2020, l'expérimentation est passée de 45,6 % à 39,1 %. Voir le rapport « Escapad, 20 ans d'observations des usages à l'adolescence », Ofdt, mars 2022 : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxmg2e3.pdf>

¹⁰ Les données de l'enquête sont consultables sur le site du ministère de la Santé du Colorado : <https://marijuanahealthinfo.colorado.gov/health-data/healthy-kids-colorado-survey-hkcs-data>

conscients des dangers présentés par ce type de produits. Leur consommation n'est pas mesurée dans l'enquête du Samhsa, mais aurait augmenté, notamment chez les jeunes, selon la HKCS. Si en 2015, plus de 5 % des lycéens qui avaient consommé de la marijuana dans les 30 jours déclaraient recourir au *dabbing*¹¹, ils étaient presque 22 % en 2021. En outre, en 2021, près de 60 % des lycéens, consommateurs mensuels, déclaraient avoir consommé des *concentrates*. Ces produits ont vu leur teneur moyenne en THC passer de 56,6 % en 2014 à 67,8 % en 2020 et représentent désormais près de 30 % du marché médical et non médical, soit un quasi triplement en trois ans. Cette popularité croissante des *concentrates* auprès des jeunes comme des adultes est d'autant plus préoccupante que la chute des prix entre 2014 et 2020 (de 41,43 dollars le gramme à 16,57 dollars, dans le secteur médical, et à 13 dollars pour le non

médical), les rend plus accessibles au risque d'augmenter le nombre de personnes dépendantes, surtout parmi les consommateurs intensifs (26-31 jours dans le mois)¹². Au Colorado, ceux-ci représentaient en 2017 plus de 22 % du total des usagers dans l'année, soit 222 000 personnes environ¹³. Ils consommeraient 71 % des quantités de marijuana en circulation en une année, à raison d'une moyenne de 1,6 g par jour en moyenne¹⁴.

Santé publique : des points d'interrogation

La question de l'impact de la réforme de 2012 sur la santé publique est très complexe. Aujourd'hui, les tendances sont passablement contradictoires et sujettes à des interprétations souvent antagonistes. Le Colorado a dû gérer des problèmes sanitaires liés à l'augmentation des usages de cannabis, notamment à partir de la commercialisation en 2009 du cannabis médical dont la légalisation, strictement encadrée jusque-là, avait été actée en 2000. Ces problèmes ont connu une accélération à partir de 2014 après l'ouverture des *retail stores*. Ainsi, entre 2014 et 2019, la fréquentation des urgences hospitalières liées aux usages de cannabis a crû très fortement donnant lieu à plus d'une hospitalisation sur trois (vomissements compulsifs, syndromes psychotiques...)¹⁵. Entre 2012 et 2019, le taux d'hospitalisation en lien avec la marijuana est passé de 1 418 à 3 515 pour 100 000. En revanche sur le long terme, il apparaît que la

fréquentation des centres de traitements pour des problèmes d'addiction liés à la consommation de cannabis est plutôt stable. Entre 2012 et 2019, le nombre de patients, entre 9 000 et 10 000 chaque année, est resté stationnaire malgré l'augmentation importante des consommations. Certains spécialistes expliquent cette stabilité par une focalisation du système de soin et de prise en charge sur la question des addictions aux opioïdes¹⁶.

Les hausses des consommations, particulièrement chez les lycéens, de produits à forte teneur en THC sont une source d'inquiétude pour le Département de la santé publique et de l'environnement du Colorado, en particulier dans un contexte où le taux de suicide des adolescents de 15 à 19 ans a fortement augmenté pour atteindre le double de la moyenne nationale en 2019. Il a publié récemment une revue de la littérature sur les effets sanitaires de ces produits dont les conclusions sont sans ambiguïté : « il est clair que l'utilisation de produits à forte concentration de THC est associée à des taux plus élevés de troubles psychiatriques, tels que la schizophrénie, la psychose et l'anxiété généralisée »¹⁷.

Il s'agit incontestablement d'une des limites du modèle libéral adopté par le Colorado. Ce « modèle » apparaît, à certains observateurs, moins fondé sur une légalisation de la marijuana que sur une industrialisation du THC, et travaillé par une contradiction fondamentale entre les logiques commerciales qui poussent à la consommation et celles relevant de la préservation de la santé publique. Comme l'a montré une étude récente sur les activités liées au lobby du cannabis au Colorado, lequel a dépensé plus de 7 millions de dollars pour influencer la rédaction des projets de loi, « l'intérêt de l'industrie du cannabis est de créer, à l'instar de celles du tabac, de l'alcool et de l'agro-alimentaire, un environnement réglementaire qui permette la maximisation des profits au détriment de la santé publique »¹⁸. L'avenir dira si toutes les leçons de la tragédie des opioïdes, notamment celles liées à l'existence d'un marché insuffisamment régulé du fait de l'influence de grandes entreprises, ont été tirées¹⁹. En 2021, pour la deuxième année consécutive, l'espérance de vie a baissé au Colorado. Elle a chuté de trois mois depuis 2019. Sont en cause notamment l'épidémie de Covid-19, l'augmentation des suicides, notamment chez les adolescents, et les surdoses liées aux drogues. En 2021, le Colorado déplorait plus de 1 881 morts, dont 912 dues au fentanyl. Entre 2018 et 2021, l'État a connu un des taux d'accroissement des overdoses mortelles parmi les plus élevés des États-Unis²⁰.

En matière de santé publique, la question de l'accidentologie routière est un élément fondamental, le fait de

¹¹ Pratique qui consiste à chauffer des concentrés de cannabis et à en inhala les vapeurs dégagées par la combustion à l'aide d'une pipe en verre.

¹² Marijuana Policy Group, *Market size and demand for Marijuana in Colorado, 2017 Market Update*, 2018.

¹³ Marijuana Policy Group, *op. cit.*, 2018.

¹⁴ D'après Mark Kleiman, un des conseillers de l'État de Washington en matière de légalisation, les proportions sont peu ou prou les mêmes : « Dans l'État de Washington, 20 % des consommateurs achètent de 85 % à 90 % de la marijuana vendue légalement. Et la moitié d'entre eux répondent aux critères diagnostiques de troubles mentaux dus à la consommation de cannabis ». *L'Actualité*, 2017.

¹⁵ Dans cette fréquentation des urgences, une surreprésentation de personnes ayant consommé des produits comestibles à base de cannabis et présentant de ce fait des problèmes d'ordre psychiatriques (*bad trip* et cardiovasculaires) est observée. Un problème qui semble s'estomper toutefois avec le temps et les campagnes de prévention et d'information sur les risques que présente la consommation de ces produits.

¹⁶ Colorado Division of Criminal Justice, *Impact of Marijuana Legalization in Colorado, juillet 2021*.

¹⁷ Colorado Department of Public Health and Environment, *THC Concentration in Colorado Marijuana, Health Effects and Public Concerns*, 2020.

¹⁸ Rotering Thomas, Apollonio Dorie E, « Cannabis industry lobbying in the Colorado State legislature in fiscal years 2010-2021 », *International Journal of Drug Policy*, 102, 2022.

¹⁹ Gandilhon M., « États-Unis : la crise des opioïdes comme révélateur social et politique », *Swaps*, 95, 2020.

²⁰ Schmelzer E., « Colorado's rate of drug overdose deaths nearly doubles in 4-year period, fueled by fentanyl and meth », *Denver Post*, 29 août 2022.



prendre le volant dans les heures suivant la consommation de cannabis multipliant les risques d'accidents de la route. Au Colorado, le nombre de morts sur la route s'est sensiblement accru depuis 2014. Ainsi, si celui-ci était tombé à son point le plus bas en 2011 avec 407 morts, il n'a cessé d'augmenter depuis pour atteindre 672 morts en 2021²¹. En 2019, plus de 21% des conducteurs impliqués dans des accidents mortels étaient positifs à la marijuana contre 15,4% en 2014, dans un contexte où près d'un usager sur cinq déclare encore prendre le volant moins de deux à trois heures après sa consommation²². Ce constat doit toutefois être nuancé par le fait que la donnée susmentionnée inclut toute personne ayant des traces de THC dans le sang, y compris en dessous du niveau autorisé, soit plus de 5 nanogrammes de THC par ml de sang. Par ailleurs, compte tenu du fait que le THC reste détectable dans le sang jusqu'à un mois, plusieurs spécialistes font observer l'absence de caractère significatif de cette donnée en termes de causalité. Ainsi, si l'on considère le nombre de morts provoqués par un conducteur dont le taux de THC dans le sang est supérieur à la limite admise, la tendance depuis 2016 ne montre aucune évolution notable.

« Ce "modèle" apparaît moins fondé sur une légalisation de la marijuana que sur une industrialisation du THC, et travaillé par une contradiction fondamentale entre les logiques commerciales et celles relevant de la préservation de la santé publique. »

personnes les plus pauvres et aux jeunes de moins de 21 ans. Les trafiquants profitent de la taxation relativement élevée mise en place par les pouvoirs publics et les municipalités pour concurrencer le marché légal. À Denver, par exemple, le montant total des taxes sur le cannabis non médical atteint 26,41%. Il paraît évident néanmoins que la légalisation a eu un impact non négligeable sur le crime organisé mexicain qui était au cœur de l'offre de cannabis illicite aux États-Unis (et au Colorado) avec 40% à 67% du marché de la marijuana alimenté par de l'herbe mexicaine, pour un gain estimé entre 1,5 et 2 milliards de dollars pour les organisations exportatrices²⁴. Le dernier rapport de la *Drug Enforcement Agency* (DEA) montre que les saisies de marijuana à la frontière avec le Mexique ont diminué de près de 80% entre 2013 et 2020²⁵. Il serait naïf d'en conclure toutefois que ce coup porté aux organisations criminelles privées d'une partie du marché de la marijuana les a significativement affaiblies. L'histoire du crime organisé est en effet celle de déplacements incessants d'activités. Depuis la légalisation, le marché des drogues illicites est resté au Colorado un des plus dynamiques des États-Unis comme l'attestent les niveaux élevés de consommation des substances autres que la marijuana, qui le placent en cinquième position en termes de prévalence dans le mois²⁶ au niveau national. Au cœur de l'activité des organisations criminelles engagées dans le commerce des drogues illicites, on trouve le fentanyl, l'héroïne et la méthamphétamine, sans oublier la cocaïne dont les États-Unis restent le premier marché au monde. En 2020, le Colorado avait ainsi les prévalences d'usage de cocaïne dans l'année les plus élevées des États-Unis.

En outre, le déplacement des activités du crime organisé ne concerne pas seulement le domaine des drogues illégales. Un certain nombre de gangs, qui étaient impliqués dans la revente de détail de marijuana, semblent s'être repliés sur d'autres activités comme le vol de voitures, au plus haut dans l'État en 2021, dont certaines peuvent servir à commettre des braquages. Le paradoxe de la régulation est que si elle résout certains problèmes – l'usage et la possession²⁷ ne sont plus un délit – elle peut en poser et créer d'autres.

Les liquidités engendrées par l'industrie du cannabis, et le fait qu'un certain nombre d'établissements bancaires, de peur d'être accusés de blanchiment par un État fédéral qui continue de considérer le cannabis comme un produit illicite, refusent d'ouvrir des comptes aux entreprises du secteur, favorisent les braquages. C'est le cas notamment à Denver où se concentre nombre de boutiques – 67% des pouvoirs locaux refusent d'accueillir des commerces liés à la revente de cannabis –, et où se

²¹ Schmelzer E., "This is a crisis": 672 people died in Colorado traffic crashes last year – the highest number in nearly two decades, *Denver Post*, 19 janvier 2022.

²² Colorado Department of Transportation: <https://www.codot.gov/safety/impaired-driving/druggeddriving/data>

²³ Marijuana Policy Group, *Market size and demand for Marijuana in Colorado, 2017 Market Update*, 2018.

²⁴ Kilmer B., Caulkins J.-P., Bond B.M., Reuter P., *Reducing Drug Trafficking Revenues and Violence in Mexico: Would Legalizing Marijuana in California Help? Rand Corporation, 2010*. https://www.rand.org/pubs/occasional_papers/OP325.html. Also available in print form.

²⁵ DEA, *National Drug Threat Assessment, mars 2021*.

²⁶ Samhsa, *NSDUH, op. cit., 2021*.

²⁷ Ainsi, entre 2012 et 2019, le nombre d'arrestations pour des crimes et des délits en lien avec la marijuana a baissé de 68% passant de 13 225 à 4 290 avec une surreprésentation des Noirs par rapport aux Blancs. Source: *Colorado Division of Criminal Justice*, 19 juillet 2021.

réalisent plus de 30 % des ventes pour un montant de 690 millions de dollars. Le Colorado, qui a décriminalisé en 2019 la possession de petites quantités de drogues, draine par ailleurs des populations de marginaux, souffrant de problèmes liés aux addictions, attirés par un contexte moins répressif qu'ailleurs. Ce qui provoque une montée de la criminalité et du sentiment d'insécurité au sein de la population. En 2021, le taux des crimes violents (homicides, viols, agressions graves, braquages, etc.) atteignait des niveaux sans précédent depuis le milieu des années 1990²⁸.

L'or vert ?

Les répercussions économiques de la création d'une industrie légale du cannabis sont, au premier abord, impressionnantes. Depuis 2014, année de la commercialisation, le chiffre d'affaires de l'industrie du THC, cannabis médical compris, a augmenté de 220 %, passant de 683 millions de dollars à près de 2,2 milliards de dollars

en 2021. Cette augmentation est largement imputable à la progression énorme du volume des ventes du secteur non médical, qui passe de 302 millions à 1,7 milliard de dollars. Mais, au regard de la puissance économique du Colorado, l'un des 16 États les plus riches des États-Unis, la part de l'industrie du cannabis dans le PIB reste modeste, de même que les recettes fiscales – avec plus de 330 millions de dollars, elles

représentaient 0,85 % du budget de l'État en 2019. Certains se focalisent sur ces chiffres pour évoquer un hypothétique eldorado de l'« or vert » sans mesurer le coût de la réforme, notamment en termes de santé

publique. Une étude parue en novembre 2018 du Centennial Institute de l'Université chrétienne du Colorado s'est penchée sur ce coût. Elle estime que pour 1 dollar rapporté en taxe, le coût pour l'État serait de 4,5 dollars²⁹.

Quoi qu'il en soit, après huit ans de développements économiques impétueux, les premiers signes d'un retournement économique du cycle de l'industrie apparaissent dont les causes tiennent principalement à la saturation du marché, engendrant une baisse des prix, et à la concurrence des États proches qui viennent de

légaliser. Pour la première fois depuis 2014, le montant des taxes collectées pour les sept premiers mois de l'année 2022 a chuté de 21 % par rapport à la même période de l'année 2021. De nombreuses entreprises, telle la chaîne Tweedleaf, ferment leurs magasins. Il est probable que le secteur soit le théâtre d'une profonde restructuration favorisant un processus de concentration que les législateurs avaient pourtant voulu éviter.

Conclusion provisoire

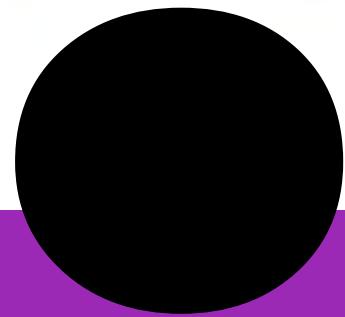
Il faudra encore des décennies pour mesurer les effets de la légalisation du cannabis aux États-Unis et singulièrement au Colorado souligne, avec raison, l'Organisation des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDC), dans son dernier rapport mondial³⁰. Précisons d'emblée que les échecs comme les succès rencontrés depuis 2012 ne sont propres qu'à un modèle déterminé, tributaire de choix politiques bien spécifiques. Ces réalités s'inscrivent aussi dans les difficultés que traverse la société américaine contemporaine et qui n'épargnent pas le Colorado, ainsi que le montrent les évolutions inquiétantes d'indicateurs ayant trait à l'espérance de vie, à la criminalité violente, aux accidents de la route, aux morts par overdoses, ou au suicide des adolescents. La légalisation en soi n'a pas de sens, parce qu'il existe non pas un seul, mais une multitude de modèles possibles. Dix ans après le référendum et l'adoption de l'amendement 64 et huit ans après la commercialisation de la marijuana et de ses produits dérivés, la seule véritable certitude est que la consommation a notablement augmenté au Colorado, hormis chez les plus jeunes, et qu'une inquiétude croissante émerge au sein des pouvoirs publics sur la question des *concentrates* et leur impact sanitaire à long terme. On touche ici à la limite du « modèle » adopté par le Colorado, avec une part centrale laissée au marché, insuffisamment régulé, dont la logique est la recherche de profits maximum au détriment de la santé publique. Mark Kleiman, qui a fait partie du comité d'experts chargé de produire des recommandations pour accompagner la légalisation dans l'État de Washington l'a bien résumé : « Ce que nous faisons aux États-Unis garantit que le résultat sera le pire possible sur le plan de la santé publique »³¹. Expérience à méditer pour l'Europe à l'heure où de plus en plus de pays se déclarent prêts à un changement de politique en matière de statut du cannabis.

²⁸ Schmelzer E., « How bad is crime in Colorado? We examined 35 years of data to put today's trends in context. » *Denver Post*, 23 janvier 2022.

²⁹ Centennial Institute, *Economic and Social Costs of Legalized Marijuana, Colorado Christian University, november 2018*: <https://centennial.ccu.edu/policy-briefs/marijuana-costs/>

³⁰ UNODC, *World Drug Report 2021*, New York, 2022 : https://www.unodc.org/res/wdr2021/field/WDR21_Booklet_3.pdf

³¹ Hétu R., « Cannabis : éviter le piège américain », *L'Actualité*, juillet 2017 : <https://lactualite.com/societe/cannabis-eviter-le-piege-americain/>



RETOUR VERS LE FUTUR

Les communautés thérapeutiques : le début de l'histoire

Alexandre Marchant / docteur en histoire de l'ENS Cachan

Les communautés thérapeutiques ont vu leur développement limité en France, en grande partie en raison de dérives constatées qui figuraient en vérité dans les « institutions de référence » américaines. En pleine vague d'héroïnomanie de masse dans les années 1970-1990, elles ont incarné un espoir de réinsertion. Objet possible d'une diversification de l'offre de soins, les communautés thérapeutiques n'ont pas connu ici le même succès qu'ailleurs. Cet article, le premier d'une série, revient sur cette histoire compliquée. Dans un prochain numéro de Swaps, nous aborderons leur renouveau contemporain.

Vers quels modèles se tourner en pleine épidémie d'héroïne ?

Dans les années 1970, à l'heure où l'héroïnomanie commence à produire des « épaves » dont la réhabilitation préoccupe le législateur, les communautés thérapeutiques semblent offrir une alternative. L'antipsychiatrie est alors à la mode, défendue par des médecins ou des intellectuels, de Michel Foucault à Thomas Szasz¹. Cette conception de soins « hors les murs », rejetant l'asile et tout lieu de confinement des corps et des esprits, refusant toute approche trop médicalisée, est jugée plus efficace et plus conforme à un individu rebelle, dont la déviance ne ferait qu'exprimer une quête de sens à laquelle il fallait répondre.

Certains expérimentent donc des méthodes de réinsertion basées sur le refus de l'institution, via des chantiers de

toxicomanie de masse), le père Michel Jaouen organise des croisières de postcure pour « jeunes drogués » à bord du voilier *Le Bel Espoir*: une invitation au voyage, entre Açores et Bermudes, doublée d'un encadrement communautaire par une équipe de prêtres, d'éducateurs et de psychologues, pour de jeunes héroïnomanes juste sevrés et orientés par les grands experts de l'époque, Claude Olievenstein de la clinique Marmottan et Claude Orsel, du dispensaire de l'Abbaye². Les médias sont enthousiastes : « drogués, l'espoir de la mer », « un père jésuite a découvert cette thérapeutique nouvelle pour aider les intoxiqués »...

Les *free clinics* américaines comme inspiration

Les deux médecins prescripteurs de méthodes nouvelles sont par ailleurs très inspirés par la démarche communautaire des *free clinics* américaines : en cette décennie charnière où médecins et autorités expérimentent toutes les solutions possibles face à la massification de la toxicomanie, les frontières sont encore floues entre communautés

¹ SZASZ Thomas, *Les rituels de la drogue : la persécution rituelle de la drogue et des drogués*, Paris, Payot, 1976.

² Dossiers « Croisières Bel Espoir » 1971-1973, Archives du Secrétariat d'Etat à la Jeunesse et aux Sports (SEJS), AN CAC 19780387/30-35 et 19780388/40-42.



thérapeutiques, centres de postcure communautaires et ce dernier type d'institution, incarné par le DayTop Village. Créé à New York en 1963 par David Deitch, il repose sur une prise en charge faiblement médicalisée et par les pairs, c'est-à-dire d'anciens toxicomanes repents qui correspondent souvent au profil du hippie adepte de la contre-culture, que l'on retrouve aussi bien dans les *free clinics* de Haight-Ashbury à San Francisco qu'au dispensaire d'Orsel, dans la « zone » des « cheveux-longs » de Saint-Germain-des-Prés au cœur de Paris. Sous l'influence du psychiatre Efren Ramirez, nommé conseiller en toxicomanie par le maire de New York, Deitch adopte le terme de *therapeutic community* pour désigner cette forme de prise en charge, qui visait moins à réduire les effets somatiques et psychiques de l'addiction qu'à obtenir une transformation globale de la personne, y compris sur le plan des valeurs éthiques, grâce à des techniques rééducatives amenant à des comportements plus responsables. Le terme de *recovery*, dès lors abondamment utilisé pour désigner le but de la thérapie, va de fait au-delà du simple traitement curatif³. L'encadrement communautaire, plus ou moins strict mais hors-institution hospitalière classique, semble faire recette, comme on peut le lire dans une note du secrétariat d'État à la Jeunesse de 1972, à propos de la création d'un village Albert Schweitzer dans les basses-Alpes, ouvert entre autres aux toxicomanes, et proposé par la Fédération des villages et foyers protégés, d'obédience protestante :

« Les jeunes drogués désintoxiqués représentant des centaines de malades que les psychiatres ne peuvent rejeter qu'à la rue, c'est-à-dire à la rechute inévitable. Ce n'est pas leur nombre en soi qui est important, c'est le scandale de l'impuissance totale des pouvoirs publics à leur proposer autre chose que la prison. Or le drogué de demain, ce peut être l'enfant de n'importe quelle famille de France, même la plus brillante. À ce titre, l'expérience des États-Unis est probante, avec dix ans d'avance sur nos problèmes. Or comment envisage-t-on la postcure en Amérique ? Les seules expériences connaissant le succès sont celles de Synanon et DayTop, animées par d'anciens drogués guéris, imposant une discipline de fer et bénéficiant

tant sans conditions tracassières de l'appui financier officiel »⁴.

Synanon, dont Deitch est d'ailleurs issu, fonctionne quant à elle sous la forme d'une structure résidentielle, basée à Santa Monica en Californie, fondée en 1958 par Chuck Dederich. Éducateurs et anciens toxicomanes encadrent une thérapie par le groupe (inspirée en partie des Alcooliques anonymes), où le moralisme religieux est de mise (insistance sur l'idée

d'expiation, idée de « renaissance » [*born again*] par l'aide de Dieu), avec partage des obligations liées à la collectivité. Seulement, dans les années 1970, l'institution se rebaptise Église de Synanon, intégrant toutes les familles des « patients » et du personnel, sous l'égide d'un Dederich devenu gourou imposant des humiliations répétées et extorquant l'argent de ses disciples. L'Église finit par fermer ses portes en 1989.

Dans l'intervalle, ouverte en 1967 à New York, Phoenix House complète la trinité originelle de référence, selon les mêmes principes et, partant, les mêmes dérives. Son fondateur, Mitch Rosenthal, est un psychiatre qui avait travaillé à l'hôpital militaire d'Oakland en Californie. Plus ouverte sur l'extérieur et sur les complémentarités recherchées avec les institutions médicales traditionnelles et les services sociaux, cette communauté n'en impose pas moins des règles de vie strictes et ascétiques, doublées d'une discipline militarisée, passant notamment par le rasage de crâne des « membres »⁵...

Les premières dérives en France : de la communauté à la secte

Munies de ces références, les autorités se mettent alors à valider certaines propositions de particuliers ou d'associations (gérées par des prêtres, des pasteurs, des laïcs, des éducateurs de rues aux philosophies alternatives...) ouvrant des centres de cure ou de postcure, bénéficiant d'un agrément et de subventions. Ce qui permettait aussi de soulager le dispositif public, auquel se mirent à échapper de nombreux toxicomanes, souvent placés par leurs familles aux abois, comme le regrettera le rapport Pelletier de 1978. Ainsi, en mars 1973, le centre Lumière et Liberté d'Alain Revon, toxicomane repenti, accueille des patients sevrés dans une ancienne ferme du hameau de Feytiat, dans le Limousin. Revon et sa femme appliquent les méthodes spirituelles du gourou américain Mahara Ji : pratique quotidienne du yoga, méditation intérieure et travaux manuels (artisanat, rénovation du bâtiment, jardinage) permettraient aux anciens drogués de changer leur vie. L'inspecteur départemental de la Jeunesse ne trouve guère à redire :

« Indépendamment des caractères idéologiques de la cure, sur lesquels il ne m'appartient pas de formuler un avis, cette équipe encadrante m'a paru pleine de foi et de dynamisme réaliste, et surtout très profondément attachée à l'altruisme de leur action »⁶.

L'équipe de Marmottan, qui oriente toujours ses patients vers ces solutions communautaires et pseudo-spirituels, est ravie :

« Il existe dans ces centres beaucoup d'imagination créatrice parce que, peut-être, ils ne sont pas érigés en

³ DELILE Jean-Michel, « Les communautés thérapeutiques arrivent en France, pourquoi seulement maintenant ? », in *Psychotropes*, 2011/3-4, n°17, pp. 29-57.

⁴ Note sur la Fédération des villages et foyers protégés, Archives SEJS, AN CAC 19780287/35.

⁵ Interview de Mitch Rosenthal sur l'origine de Phoenix House, 2015 : <https://www.ceohr.ineite.columbia.edu/mitch-rosenthal>.

⁶ Rapport de M.D. GÉRARD, Haute-Vienne, centre « Lumière et Liberté », Archives SEJS, AN CAC 19780287/35.

système. [Certains] visent une restructuration globale de la personnalité, à travers une vie intense à tous les niveaux (travail communautaire, découverte du beau, redécouverte du sens du plaisir à travers une vie intense), à l'image du domaine de la Boère [cf. infra]. Il a pu nous sembler paradoxal que certaines autres formules d'accueil à la recherche d'une spiritualité, où la discipline et l'ascétisme tiennent une grande place, aient autant d'adeptes, par exemple les « ashrams » de Gura Maharad. Il semblerait dans ce cas que ce qui motive les jeunes soit le désir profond de communiquer à travers une « planète », là encore nous n'avons pas d'a priori, pour certains la « connaissance » peut être vécue comme un bon « trip »⁷.

À usager hippie, méthode plus ou moins contre-culturelle... C'est sans doute le raisonnement appliqué par Jean-Pierre Denys, président de l'Association internationale de méditation transcendante (AIMT), qui entend populariser les méthodes du gourou indien, naturalisé Américain, Maharishi Mahesh Yogi. Il plaide auprès du secrétariat d'État à la Jeunesse dès 1971 pour qu'il subventionne des centres déjà ouverts à Paris, Strasbourg, Lille, Toulouse ou Bordeaux. Les drogués peuvent être guéris définitivement par l'intégration de la « conscience cosmique » et le développement de leur potentiel mental par le yoga, la méditation et les prières. Il réussit à capter l'attention du directeur de la jeunesse, Robert Brichet, qui veut faire flèche de tout bois, comme il l'écrit à son ministre :

« Je me méfierais un peu de tous ces produits de la spiritualité américaine. Les USA sont à la fois le pays des sectes multiples, et de la commercialisation du spirituel. Néanmoins, nous devons, me semble-t-il, ne pas rejeter trop vite un moyen de lutte contre la drogue qui est présenté comme efficace par des personnes apparemment sérieuses »⁸.

La presse ironise, comme ici *l'Express*, évoquant au passage le zèle conjoint du ministre de l'Intérieur :

« M. Raymond Marcellin a trouvé un allié. Pour venir à bout des gauchistes et des drogués, un homme, M. Jean-Pierre Denys, s'apprête à lui proposer une nouvelle méthode, naturelle et pacifiste, la méditation transcendante, dont

il est en France l'apôtre et le démarcheur. Il suffit, pour arriver à la bénédiction, de peu de chose : disposer d'une demi-heure par jour, savoir croiser les jambes, fermer "mentalement" les yeux, suivre attentivement les directives du professeur... et verser une semaine de son salaire »⁹.

Tout est dit sur l'implication financière que l'on exige des « malades ». Les autorités, de fait, reculeront sur l'AIMT. Car le loup est entré dans la bergerie : « les sectes tentent de récupérer les drogues », soutient en 1977 le député socialiste Alain Vivien, qui a interrogé au Parlement le garde des Sceaux sur ce sujet. La secte Moon, le mouvement Hare Krishna, le groupe « les enfants de Dieu »... seraient en train de profiter du constat d'impuissance des pouvoirs publics pour apporter leur solution spirituelle¹⁰. À l'image de ce tract, diffusé à Paris à la fin des années 1970, par Hare Krishna :

« On est déjà intoxiqué avant de prendre du LSD, de l'héroïne ou de s'enivrer. Cet état permanent d'intoxication dont fait preuve la société d'aujourd'hui, et non seulement ceux qu'on appelle les drogués, est la cause de tous les maux matériels. En quoi consiste-t-il ? En l'identification au corps matériel que nous occupons et en l'oubli de notre nature spirituelle. Cette fausse identification est l'effet de l'intoxication première, celle qui est due à l'ignorance »¹¹.

Toutefois, au-delà des inquiétudes et de l'étonnement suscité par l'exotisme des sources d'inspiration, le recours à la méditation a depuis fait ses preuves. Dès la fin des années 1970, le médecin biologiste Jon Kabat-Zinn allait démontrer, depuis sa chaire du MIT, les mérites de la « pleine conscience » comme pratique thérapeutique dans la réduction du stress ou d'autres pathologies nécessitant de dépasser un blocage psychique¹². La méditation, détachée de son substrat religieux et réappropriée par les sciences cognitives, a gagné ses lettres de noblesse. Mais non sans controverses persistantes : par exemple, début 2022, la LDH et la Miviludes mettaient en garde le ministre de l'Éducation nationale sur l'introduction de la « pleine conscience » dans les activités de relaxation en milieu scolaire : les risques de « dérive sectaire » et d'« ascendant » sur les enfants soulevaient le problème du bon encadrement et de la formation des enseignants à ces méthodes spirituelles¹³.

Gourous et/ou escrocs ?

Communautés thérapeutiques et sectes partagent de fait un certain nombre de traits communs : aspirations spirituelles et thérapies comportementalistes autour d'une figure patriarcale et charismatique, tel Lucien Joseph Engelmajer, destiné dans sa jeunesse au rabbinate mais engagé ensuite chez les communistes, et qui, après une carrière de représentant de commerce, a fondé une communauté avec ses proches férus d'arts et de poésie. En mai 1972, son association Le Patriarche fonde un centre de postcure à la Boère en Haute-Garonne¹⁴. Il revendique rapidement un taux de réussite de 90 % pour son offre de

⁷ Rapport d'activité, hôpital Marmottan, 1973. Archives SEJS. AN CAC 19780387/19.

⁸ Note de Robert BRICHET à l'attention du ministre Joseph COMITI, 11/1971. Archives SEJS. AN CAC 19780387/35.

⁹ L'Express, n° 1059, 25 octobre 1971.

¹⁰ France-Soir, 16 mars 1977.

¹¹ Tract *Le Bhakti-Yoga Aujourd'hui*, Archives Nationales, CARAN 78A146.

¹² KABAT-ZIN Jon, *Méditer : 108 leçons de pleine conscience*, Paris, Les Arènes, 2010.

¹³ L'Express, 14/11/2022, « Méditation de pleine conscience à l'école : pourquoi pas, si elle est "strictement encadrée" ».

¹⁴ Revue du Centre DIDRO Info-Drogues, 1972. : « Un centre de postcure pour drogués soigne les naufragés du mauvais voyage ».



80 lits. Les activités proposées s'inscrivent dans les domaines de l'artisanat ou de la création artistique. Les pouvoirs publics accordent l'agrément au centre de la Boère en 1974, en dépit des questions que soulève l'emploi de méthodes autoritaires (règlement très strict, centre fermé sans possibilité de sortie, autorité incontestée du « Patriarche »...) et surtout des opérations immobilières douteuses comme l'achat du château de La Mothe en 1975. Officiellement acquis pour créer un chantier de restauration destiné à occuper les pensionnaires du centre, il aurait en réalité été acheté pour le seul confort personnel du couple Engelmajer. Le 21 janvier 1975, la police est d'ailleurs de passage à la Boère: « On nous soupçonnait, en fait, nous l'avons appris plus tard, de profiter des dons pour acheter le château à notre nom », dira Engelmajer¹⁵. En vérité, les doutes étaient fondés. Et les autorités n'accorderont plus, à partir de 1978, d'agréments pour les nouveaux centres. Car le Patriarche s'étend vite (y compris en Espagne, Belgique et Suisse) et pratique une « politique du fait accompli », se présentant comme une institution incontournable. Il fait parler de lui dans la presse, envoie ses brochures aux comités d'entreprise pour obtenir des subsides, tout en touant toujours aux guichets des administrations publiques. En 1983, la nébuleuse du Patriarche offre 1300 places en Europe, dont 780 en France. « Dès cette époque, la stratégie adoptée est la pression et les intimidations ! », lit-on explicitement dans une note de la mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie (MILT) adressée au ministre des Affaires sociales Pierre Bérégovoy¹⁶.

Le père Ivan Girardin illustre une autre figure du gourou-escroc. Se prétendant prêtre, mais rejeté des églises aussi bien catholique qu'orthodoxe, aventurier obscur, cet individu se proclame expert en toxicomanie dans le silage de l'émotion suscitée par l'overdose de Bandol en 1969 (cf. *Swaps* n° 96-97). Il fonde une communauté thérapeutique à Saint-Pourçain-sur-Besbre, dans l'Allier, dont il est expulsé pour dettes locatives non remboursées. Dans un autre bourg du département, à Brout-Vernier, il fonde la communauté Contre-Tout, avec un peu plus de

succès, en 1970. Il bénéficie du soutien, de la

publicité et des dons du puissant Comité national anti-drogue de Marseille, association de familles et de médecins au ton très conservateur et partisan de la guerre à la drogue¹⁷.

Mais le non-respect du compromis de vente sur le terrain entraîne son départ: on le retrouve en Dordogne, à la tête d'une communauté de 18 membres vivant d'élevage et de dons divers. Girardin fait parler de lui par une grève de la faim pour protester contre l'incarcération de

jeunes toxicomanes aux Baumettes, à Marseille. Après un passage dans le Lot-et-Garonne, on le retrouve à Mulhouse en 1976 où il fonde une nouvelle communauté de postcure... C'est là que l'aventure prend fin: après la mort d'un de ses protégés par overdose, la police découvre que le père est lui-même héroïnomane. Il sera condamné à deux ans de prison pour escroquerie et usage de stupéfiants¹⁸.

Dans les années 1980, une situation ambiguë malgré « l'interdit » officiel

Le marché de la cure/postcure douteuse est cependant sur le point de se tarir. La généralisation de cette option est rejetée par le ministère de la Santé à la fin de la décennie 1970. En 1977, sur proposition de Claude Orsel, très enthousiaste sur les expériences nord-américaines, la Direction générale de la santé finance le déplacement d'une délégation d'une vingtaine d'experts (dont Francis Curtet, pour Marmottan) au colloque de l'International Council for Alcohol and Addicts (ICAA) à Montréal. Hormis Orsel, les représentants français sont choqués par le caractère coercitif des méthodes exposées par les grandes communautés thérapeutiques canadiennes et états-unies. Ils gagnent à leur cause la ministre Simone Veil qui, dans une lettre de mars 1978, se prononce contre la généralisation de ce type de traitement:

« L'absence de schéma incontesté de prise en charge des toxicomanes m'a amenée à souhaiter que le champ soit ouvert au maximum de formules, fussent-elles expérimentales [...] mais je ne saurais cependant souscrire à la formule des communautés thérapeutiques telles qu'elles ont été présentées au récent congrès de Montréal [...] L'adoption de méthodes fondées sur une hiérarchie stricte de sanctions et de promotion, le caractère humiliant de certaines de ces pratiques, l'accent essentiellement porté sur l'acquisition mécanique de comportements formels jugés conformes au modèle social, le refus d'une prise en charge globale du toxicomane sont autant d'éléments dont la convergence ne me semble pas admissible ».

Une circulaire du ministère de juillet 1979 maintient cependant le dispositif agréé existant, mais sans nouvelles extensions et oblige les structures à garder une taille limitée. C'est ainsi que le modèle français de politique sanitaire en matière de drogue se fige pour une douzaine d'années, la méthadone étant l'autre piste – radicalement différente – également repoussée¹⁹. Par comparaison, l'Italie fait un choix inverse et accueille d'ailleurs en 1978, à Rome, la III^e « Conférence mondiale des communautés thérapeutiques ». En dépit de la circulaire de la Santé, se développe toute une nébuleuse d'institutions privées, réussissant par moments à arracher un

¹⁵ ENGELMAJER Lucien J., *Le Patriarche; pour les drogués, l'espoir*, Paris, Stock, 1977, p. 288.

¹⁶ Note de la MILT à Pierre Bérégovoy, 25/05/1983. Archives des Affaires sociales, AN CAC 19870251/1.

¹⁷ Dossier « Contre-Tout », Archives SEJS, AN CAC 19780387/35.

¹⁸ Dossier « Girardin », 1980, Archives de l'OCRTIS, ministère de l'Intérieur, AN CAC 19920026/5.

¹⁹ BERGERON Henri, *L'Etat et la toxicomanie; histoire d'une singularité française*, Paris, PUF, 1999, pp. 81-90.

agrément ou des fonds publics. C'est ce que constatait Olievenstein dans le rapport annuel de Marmottan fin 1978: « Dans le "marché" de la drogue, de jeunes loups sans éthique tout en pillant certaines de nos idées, se déclaraient prêts à tout et introduisirent les méthodes comportementalistes »²⁰.

Parmi ces loups, figure évidemment le Patriarche. En 1985, le Premier ministre Laurent Fabius, qui a alors la tutelle sur la MILT, commande un rapport sur les activités suspectes de l'organisation. L'inspecteur général des finances, Pierre Consigny, met en doute l'honnêteté et le désintéressement affiché de l'équipe dirigeante, pointe les prix élevés des journées d'hébergement et soulève le problème des brimades et de la soumission psychologique des pensionnaires. Le rapport propose le rappel à l'ordre ou la fermeture pure et simple des centres. Quelques mois plus tard, le rapport est enterré: le gouvernement de cohabitation de Jacques Chirac entend lancer une véritable guerre à la drogue confiée au garde des Sceaux Albin Chalandon. Le président de la MILT Guy Fougier déclare qu'il a « décidé de travailler de préférence avec ces gens-là », soit les équipes du Patriarche, victimes de « cabales » illégitimes, et il promet la totale reconnaissance et l'aide à la création de 1 000 lits supplémentaires. En avril 1987, l'association remet à la MILT et à la Chancellerie un volumineux dossier pour plaider sa cause et vanter ses résultats mirobolants. La démarche fera long feu: la ministre de la Santé Michèle Barzach, avec le soutien de la profession médicale et des experts en toxicomanie, a engagé un bras de fer qu'elle remportera contre Chalandon²¹. Le tour de vis autoritaire via la généralisation des communautés n'aura pas lieu. Mais si les autorités ont pu se trouver réceptives aux arguments du Patriarche, c'est que ce dernier bénéficie d'un bonne couverture médiatique. On ne compte plus les articles dithyrambiques: « 150 toxicomanes traités avec succès, au Patriarche de Trouville-sur-Mer » (*La Liberté de Normandie*, 15 avril 1985); « La grosse colère du Patriarche [envers les pouvoirs publics]: « nous coûtons une misère et nous sommes efficaces. Pouvez-vous en dire autant? » (*L'Aude*, 21 juin 1985);

« Prévention de la drogue: chaleureuse bienvenue à la Maison du Patriarche » (*Midi-Libre*, 20 novembre 1985); « Sur les sentiers de la drogue: Retournac [centre du Patriarche] ou l'espoir à deux mains » (*Le Dauphiné Libéré*, 22 mai 1986); « Au secours des enfants drogués » (*Sud-Ouest*, 24 juin 1985).

²⁰ Rapport d'activité, hôpital Marmottan, 1978.

²¹ Dossiers du conseiller santé à Matignon, Antoine DURRLEMAN, Archives Matignon, 1986-1988, AN CAC 1991/554/3.

²² MARCHANT Alexandre, « La légende noire du décret Barzach », in *Swaps*, 2012/1, n°66, pp.19-23.

²³ L'Express, 01/07/1999, « La pieuvre du Patriarche ».

²⁴ BERGERET Jean, *Le toxicomane et ses environnements*, Paris, INSERM, 1979, pp. 184-187.

²⁵ Le Monde, 11/03/1985 et 14/01/1987.

Le Patriarche continue son œuvre à l'étranger, jusqu'à devenir une sorte de multinationale des communautés thérapeutiques. En 1995, un rapport parlementaire français lâche le mot de secte pour désigner l'entreprise. Et en 1998, Engelmajer est poussé vers la sortie par son conseil d'administration et se réfugie au Bélgique²³. Il y meurt en 2007, échappant aux poursuites judiciaires engagées depuis dix ans pour malversations. L'organisation existe aujourd'hui sous la forme de l'ONG Dianova, siégeant à Genève, et a pignon sur rue dans certains pays comme l'Italie...

Bondieuseries et sectes

Le maintien des centres du Patriarche pendant si longtemps illustre aussi les ambivalences liées à la forme même de cette prise en charge: la vie en communauté et l'aspiration à un changement global de vie. Les frontières peuvent être très floues avec les églises et les sectes, qui attirent les familles démunies devant la présence en leur sein d'un usager en détresse. Le renouveau charismatique, mouvement de réforme interne à de nombreuses Églises, ouvre ainsi des « communautés de vie » aux toxicomanes, proposant une solution par les « assemblées de prière », à Béthania près de Vézelay ou à La Demeure de Notre-Père en Ardèche. Dans l'amour d'un Dieu, considéré comme un père très bon, le rejet de la drogue se double d'une quête pieuse d'un sens de la vie²⁴.

Plus controversée, l'Église de la Scientologie s'investit également dans ce domaine avec les centres Narconon, prenant position contre les méthodes jugées inefficaces des psychiatres, et défendant au contraire: sevrage physique dur, cures de vitamines et de minéraux, séances de sauna, assorties de discussions sur les vertus de la dianétique du gourou américain L. Ron Hubbard. Narconon n'aura qu'un seul centre officiellement ouvert en France: celui de Grancey-sur-Ource en Côte d'Or. Il ferme ses portes en décembre 1984 sur arrêté préfectoral après le décès suspect d'une pensionnaire de 34 ans. Deux responsables du centre seront condamnés à un an de prison avec sursis et à une amende de 10 000 francs pour non-assistance à personne en danger²⁵.

Ces mouvements prospèrent en l'absence de toute structure permettant d'observer les éventuels abus (soumission psychologique, escroquerie financière), ce qui ne viendra qu'avec le rapport de la Commission d'enquête parlementaire sur les sectes de 1995 qui créera dans la foulée une mission interministérielle, en 1998, chargée de surveiller l'activité de ces églises parallèles (aujourd'hui la Miviludes). Les scientologues sont revenus ensuite par le biais de l'association de prévention « Non à la drogue, oui à la Vie », fondée en France en 1991 par l'acteur Xavier



Deluc, implantée à Paris ou plus récemment à Bordeaux. Bref ! les communautés thérapeutiques, censées être une alternative à l'institution médicale, ont finalement ouvert le chemin à une emprise sectaire et néo-asilaire sur les héroïnomanes des années 1970-1980.

Vers le retour des communautés thérapeutiques ?

Elles n'ont pu se développer qu'à la marge du dispositif officiel de soins en France, et même en marge d'un certain modèle culturel républicain où la laïcité a tendance à repousser les méthodes jugées trop spirituelles et où le traitement résidentiel – en dehors du système hospitalier – est considéré comme attentatoire aux libertés. L'institutionnalisation – certes laborieuse – de la réduction des risques à la fin des années 1990 a mis fin à l'utopie d'une société sans drogues, ce qui n'est pas forcément compatible avec la doctrine *drug free* des communautés anglo-saxonnes originelles et de leurs avatars, qui correspondent à un conservatisme reaganien ou post-reaganien de guerre à la drogue. Enfin, la souplesse et la hiérarchie modulable des communautés, où médecins, travailleurs sociaux et ex-usagers travaillent ensemble en dépassant les statuts et les frontières des métiers, sont difficiles à mettre en œuvre en France, où les corps socio-professionnels sont extrêmement cloisonnés, même au sein de la profession médicale, entre psychiatres-experts et généralistes par exemple²⁶. Il s'agit bien là d'une exception française, au vu de l'essor des communautés à l'international.

Si le temps du Patriarche et de Narconon, des institutions aux méthodes quasi-totalitaires est révolu, certains plaident, depuis les années 2000, pour reconSIDérer l'option des communautés, en complémentarité avec les approches existantes, y compris les traitements de substitution.

Il y avait alors huit communautés officiellement recensées en France (en comptant quatre Csapa initiaux ayant étendu leur périmètre d'action). Avec le plan gouvernemental 2004-2008, le président de la MILDT, Didier Jayle a proposé la création de nouvelles communautés, sur la base de recommandations formulées par les professionnels de ce secteur de santé. La circulaire du 24 octobre

autoritaire ou sectaire est possible. Il pourrait relever d'une sorte de continuité dans la logique de l'auto-support. Certains praticiens plaident en ce sens comme le psychiatre Jean-Michel Delile qui a vanté en 1994 les mérites du *Minnesota model*, soit l'esprit originel des communautés Alcooliques anonymes de cet État américain dans les années 1950, alliant entraide, semi-professionnalisation des intervenants et médicalisation très légère. Les communautés thérapeutiques pourraient n'être qu'un outil possible (et non l'unique solution) au sein d'un système général de soins, en se rappelant que leur principal objectif est la réinsertion, et non celui du maintien dans le groupe comme seul horizon de vie. Car les communautés ont le mérite d'enrichir une palette de solutions thérapeutiques qui, jusqu'à présent, ne proposaient qu'une approche individuelle. Or il est bon de rappeler que le groupe engendre de la solidarité et que la création de liens sociaux forts est un des premiers réconforts pour des usagers marginalisés et précarisés.

Il y a dix ans, une analyse dite « delphi », de consultation des experts sur la base d'enquête et de questionnaires, menée par l'OFDT, a permis de faire ressortir des consensus professionnels sur une possible généralisation de ces structures, autour des modalités d'admission (taille modeste, échelonnement des admissions), sur l'encadrement (avec un personnel diversifié), sur l'accompagnement personnalisé jusqu'au-delà de la sortie²⁸... Ces communautés doivent faire le choix de l'ouverture, de la transparence et de l'intégration dans le tissu social, autrement dit dialoguer en permanence avec leur environnement. Ces communautés seraient capables d'intégrer dans leur accompagnement médico-social des traitements de substitution (méthadone ou buprénorphine), ce qui serait une différence majeure avec la ligne générale des communautés à l'étranger. Aucune activité culturelle n'y serait organisée et les activités de travail rémunérées seraient encadrées strictement par un contrat de travail. Une fois ces précautions mises en œuvre, un modèle de communauté thérapeutique « à la française » est-il possible ?

²⁶ MARCHANT Alexandre, *L'impossible prohibition: Drogues et toxicomanie en France (1945-2017)*, Paris, Perrin, 2018.

²⁷ JAYLE Didier, BASSET Bernard, *Circulaire relative à la mise en place des communautés thérapeutiques*, 24/10/2006, DGS-MILDT, n°462.

²⁸ DENIS Cécile et al., « Un modèle français de communauté thérapeutique ? Les communautés thérapeutiques expérimentales: consensus des professionnels », in *Psychotropes*, 2011/3-4, n°17, pp.85-101.

RECHERCHE

La méthamphétamine en Polynésie française

Alice Simon / docteure en science politique

Alice Valiergue / docteure en sociologie

En Polynésie française, une forte préoccupation est apparue ces dernières années à propos de la consommation de méthamphétamine, importée des États-Unis sous forme de cristaux, et nommée «ice». À partir d'une enquête de terrain menée entre 2019 et 2021, Alice Simon et Alice Valiergue expliquent comment cette drogue s'est imposée sur le marché polynésien malgré son prix très élevé, et comment ce problème social s'est – tardivement – transformé en problème public.

Vendue à un prix très élevé sur le marché polynésien (80 euros pour une dose d'environ 0,04 gramme), l'*ice* s'est répandue à partir des années 2000 dans divers segments de la population, y compris dans certains milieux populaires. Très addictive, elle provoque la marginalisation de ceux qui en sont dépendants et elle alimente un commerce particulièrement lucratif. Associée dans l'ima-

Un marché restreint

Le succès de l'*ice* se comprend au regard du marché des drogues en Polynésie française, dont l'offre est relativement pauvre : seuls le *paka* (cannabis) et l'*ice* se trouvent facilement. L'absence d'offre alternative plus concurrentielle est un des éléments qui explique pourquoi la demande d'*ice* ne faiblit pas malgré le prix élevé de ce produit. De plus, la forte addiction qu'elle provoque chez certains usagers explique l'enracinement de l'*ice*. Sa consommation provoque un sentiment d'apathie, de l'irritabilité, ainsi qu'une importante fatigue (liée notamment aux insomnies qu'induisent les prises), dont les consommateurs ne disent parvenir à sortir qu'en fumant à nouveau. Sans minorer le potentiel addictif de l'*ice*, cette raison ne permet toutefois pas à elle seule d'expliquer le succès de cette drogue.

Il s'explique également par sa bonne image auprès des personnes qui en fument. Sa réputation d'être une « drogue de riches » contribue en particulier à lui donner l'image d'un produit de luxe. Au-delà du prestige, les

¹ Tahiti Infos, 1^{er} décembre 2019, «L'*ice*, un fléau en constante augmentation au *fenua*», https://www.tahiti-infos.com/l-ice-un-fleau-en-constante-augmentation-au-fenua_a187073.html

² La recherche est issue d'une convention entre la Maison des sciences de l'Homme du Pacifique (Université de la Polynésie française, CNRS) et le ministère de la Santé de la Polynésie française. Henri Bergeron (Sciences Po Paris-CSO) et Michel Kokoreff (Paris 8-CRESPPA) en ont assuré la direction scientifique. Un rapport est accessible en ligne (Simon A., Valiergue A. (2021) L'*ice* (méthamphétamine) en Polynésie française : une enquête de terrain sur le trafic, la consommation et les politiques publiques. Rapport final. Papeete, Maison des sciences de l'Homme du Pacifique. <https://bit.ly/3NeBV5G>



consommateurs disent apprécier les effets de l'*ice*, notamment ceux qui leur permettent de maximiser leurs performances : ne pas dormir, être dynamique lors des fêtes ; être performant au travail ou cumuler de nombreuses activités ; être performant sexuellement, etc. L'*ice* est d'ailleurs connue sous la dénomination « pas dormir », une expression assez répandue dans le langage populaire pour désigner de façon positive des pratiques sociales dynamiques, qu'elles soient festives, sportives ou professionnelles. Le prix particulièrement élevé de l'*ice*

a pour conséquence le fait que les quantités consommées sont en moyenne bien moindres que dans d'autres zones : lorsqu'elle est vendue au détail, l'*ice* est généralement préparée en doses de 0,04 gramme (voire un peu moins),

contre 0,1 gramme aux États-Unis. Son prix élevé en Polynésie française limite pour cette raison les conséquences médicales associées à sa consommation – bien que, sur le plan psychiatrique, même de faibles doses peuvent avoir des effets délétères. En revanche, la cherté de l'*ice* a pour effet d'augmenter de façon drastique les conséquences sociales de la consommation : les usagers dépendants ont tendance à dépenser l'essentiel de leurs revenus dans la consommation, à s'endetter, à commettre des agressions, des vols et des arnaques, à se prostituer, mais aussi pour beaucoup d'entre eux à entrer dans le trafic. Revendre de l'*ice* constitue en effet un des seuls moyens dont disposent les consommateurs issus de milieux populaires pour accéder à cette drogue.

De la consommation au trafic

Au vu des marges très élevées, participer au trafic peut constituer une source de revenus conséquente pour ceux qui parviennent à prospérer dans ce commerce. L'importation est particulièrement lucrative en raison des tarifs très élevés de l'*ice* à Tahiti, qui n'ont cessé d'augmenter ces vingt dernières années : le gramme – quand il est vendu à l'unité – valait environ 60 000 XPF (francs pacifique) soit 500 euros au début des années 2000, il se monnaie aujourd'hui autour de 140 000 à 160 000 XPF (1 150 à 1 350 euros), soit environ cinquante fois plus cher qu'aux États-Unis. Les données judiciaires permettent d'objectiver les caractéristiques sociales des trafiquants identifiés par les pouvoirs publics (même si elles ne constituent pas une photographie exacte du trafic).

En premier lieu, 82 % des personnes poursuivies sont des hommes. L'âge moyen des personnes poursuivies est de 39 ans, et 70 % d'entre elles ont entre 25 et 45 ans, tandis que les moins de 25 ans ne représentent que 6 % des personnes incriminées. Enfin, les trafiquants appartiennent pour la plupart aux classes populaires. Ceux qui

parviennent à faire carrière dans le trafic se lancent dans cette activité afin de subvenir à leurs besoins et ceux de leurs proches. Il peut s'agir de trafiquants de *paka* (cannabis) qui voient dans l'*ice* un moyen d'augmenter leurs revenus, mais aussi de personnes n'ayant jamais vendu voire pris de drogue auparavant, qui se lancent dans le trafic à la suite de difficultés financières. Dans les deux cas, l'argent gagné est utilisé en premier lieu pour améliorer les conditions matérielles d'existence ainsi que celles de leur entourage, mais aussi pour accéder à un certain prestige. À cet égard, le fort niveau d'inégalités sociales à Tahiti constitue sans nul doute un facteur qui explique l'attrait de la vente d'*ice*. Beaucoup accèdent en peu de temps à une richesse qu'ils n'ont jamais connue.

Un problème social

Bien que la consommation soit devenue de plus en plus répandue au fil du temps, ce phénomène n'a que peu intéressé les pouvoirs publics et les médias avant la fin des années 2010. Cela s'explique en partie au regard du contexte politique de l'époque. Pour rappel, la Polynésie française fait partie des Collectivités d'Outre-mer et dispose d'un statut dit d'autonomie depuis les années 1970. Or, à la suite de l'adoption d'un nouveau statut en 2004 qui octroie de nouvelles compétences à la collectivité, la Polynésie française a connu une importante crise politique, associée à une forte instabilité gouvernementale. Cette crise dure presque une décennie et oppose les autonomistes (favorables au statut dit d'autonomie de la Polynésie française) aux indépendantistes. Dans les années 2000, on observe alors une alliance de fait entre l'État et les autorités locales sur l'invisibilisation de la question de l'*ice*.

D'une part, les élites politiques centrent le débat public sur la question de l'autonomie du territoire et ne s'emparent pas de la problématique des drogues, de la même manière qu'elles n'investissent pas les questions sanitaires et sociales en général. D'autre part, les relations entre l'État et le gouvernement local ne sont pas non plus propices à la définition de politiques publiques communes. À partir de 2017, le sujet de l'*ice* devient en revanche très présent dans l'espace médiatique local et notamment dans les discours politiques. Cette augmentation soudaine de la médiatisation de l'*ice* est concomitante à un rapprochement entre État et gouvernement local sur le sujet et à la forte hausse des quantités saisies par les forces de l'ordre. La fin du silence politique sur la question de l'*ice* va aussi de pair avec la prise de parole de proches de consommateurs sur le sujet.

Dans les discours publics en Polynésie, le champ lexical récurrent est cependant celui de la guerre et du fléau à

Note générale : Une première version de ce texte est parue dans la revue Drogues enjeux internationaux de l'OFDT : Simon et Valiergue, 2022, « La méthamphétamine en Polynésie française : du problème social au problème public ».

<https://bit.ly/3UatN8N>

combattre. Les trafiquants et leur « appât du gain », pour reprendre les termes utilisés, sont considérés comme la source du problème. L'inscription de l'ice sur l'agenda politique se fait avant tout à travers un cadrage répressif

du problème et par conséquent, la mise en avant du rôle des forces de l'ordre. Les services du Pays chargés de la prévention et des soins ne sont que rarement évoqués dans les discours publics consacrés au problème de l'ice. L'enquête a montré que cette prégnance du cadrage répressif se traduit par l'insuffisance des politiques sanitaires et sociales. En matière de prise en charge

des addictions, les professionnels de santé soulignent le manque de moyens, et ce alors même que les consommations d'alcool et de cannabis sont identifiées de longue date comme des problèmes de santé publique majeurs en Polynésie française.

Un élément révélateur du manque d'effectifs du côté des professionnels de santé concerne l'absence d'un centre de soin et en particulier de cure alors que la demande était exprimée depuis plus de trente ans. Le fort turn-over de la profession médicale est aussi jugé problématique dans le cas du suivi de patients souffrant d'une addiction. Face au manque de moyens du côté des équipes soignantes, les services répressifs apparaissent comme les seuls en mesure de proposer des solutions face à la

crise de l'ice. Mais le travail des forces de l'ordre et des services judiciaires revient finalement à « lutter contre l'impunité », selon les termes d'un magistrat, sans que cela se révèle efficace dans la lutte contre les trafics.

Face au manque de moyens du côté des équipes soignantes, les services répressifs apparaissent comme les seuls en mesure de proposer des solutions face à la crise de l'ice.

Recevoir *Swaps*

Pour recevoir *Swaps*, merci de remplir le coupon ci-dessous et de le retourner par mail à charlene.alzon@aphp.fr ou par courrier à **Swaps / Pistes, 2 rue Conté, 75003 Paris**

nom

prénom

profession

organisme

adresse

code postal

ville

tél.

e-mail

« Il est urgent de soutenir l'accès à ces traitements d'action prolongée en proposant un financement pour tous les Csapa »

Alice Deschenaud, psychiatre

propos recueillis par Christelle Destombes

Le Csapa Liberté de Bagneux a obtenu de l'Agence régionale de santé un financement spécifique en 2021 pour mettre à disposition des usagers du Csapa la buprénorphine d'action prolongée en dépôt sous-cutané (Buvidal). L'équipe a mené une étude rétrospective « OPALÉ: Modalités d'instauration, en vie réelle, au sein du Csapa, d'un traitement agoniste opioïde par Buvidal® et facteurs associés à sa réussite », que le Dr Alice Deschenaud, psychiatre chef de service au Csapa Liberté, commente.

Quelles ont été les étapes nécessaires à la dispensation du Buvidal dans votre Csapa ?

La prescription et l'administration de la buprénorphine d'action prolongée en dépôt sous-cutané sont autorisées uniquement en Csapa ou en milieu hospitalier depuis mars 2021. Dans notre Csapa, l'équipe comme les usagers étaient sensibilisés à l'arrivée du Buvidal, à la fois parce que nous avions parlé des formes d'action prolongée comme perspective d'évolution des traitements et parce que certains avaient participé à l'étude Ambre, qui interrogeait les perceptions des usagers de la substitution, à la fois en Csapa et en prison, vis-à-vis de la forme prolongée (cf. Swaps n°92-93). Il y avait donc une attente. Car il ne suffit pas qu'un médicament soit agréé et disponible pour qu'on puisse le dispenser... De plus, il faut s'assurer qu'on a les équipements, puisqu'on passe d'une forme orale à une injection. C'est tout bête, mais il faut penser au petit matériel, avoir une table d'examen ou des fauteuils adaptés à l'injection, que les équipes soient formées.

Ensuite, en tant que Csapa hospitalier, nous sommes rattachés à un établissement, donc à une pharmacie hospitalière. Il faut discuter avec les pharmaciens, présenter le médicament au comité du médicament pour qu'il soit au livret d'établissement... Il faut aussi s'assurer que le traitement est bien disponible auprès de la centrale d'achat que sollicite l'établissement, ce qui n'était pas

notre cas. Ensuite, il a fallu mettre à jour le logiciel ProGDis pour ajouter le Buvidal dans les options thérapeutiques... Bref, entre l'autorisation du Buvidal et le début de son usage, il a fallu près de dix mois.

Vous avez bénéficié d'un budget spécifique de l'ARS, pour une expérimentation en quelque sorte ?

Nous avions indiqué à l'ARS qu'il nous faudrait des budgets pour pouvoir débuter cette offre de soins. Comme il y avait une forte attente dans notre file active, et que nous avions une estimation du nombre de personnes intéressées, cela nous a permis de faire un budget prévisionnel pour l'année 2021. L'ARS nous a soutenus, par des crédits non reconductibles, pour un début de prise en charge. Or, le Buvidal comme toute innovation thérapeutique coûte plus cher que la forme comprimé. La question, c'est comment on adapte les enveloppes budgétaires dédiées aux usagers des structures médico-sociales comme les Csapa ? Sachant que nous avons récupéré dans notre file active des usagers qui étaient auparavant en prescription en ville, et qu'il n'est pas logique de faire reposer le poids du coût du traitement sur le secteur médico-social. Il nous semble urgent de soutenir l'accès à ces traitements d'action prolongée en proposant un financement pour tous les Csapa en capacité de participer à la dispensation de ces traitements.

Que vous apprend l'étude Opale¹ ?

C'est une petite cohorte que nous avons suivie, à l'aide d'un questionnaire préalable à l'induction (traitement en cours, attentes, craintes), un questionnaire de suivi à chaque injection rempli par les soignants (posologie, efficacité, ressenti) et un questionnaire semi-dirigé à 3 mois réalisé par un binôme psychologue/infirmier. Nous avons pu recueillir des données pour 34 patients avec une analyse de l'entretien à 3 mois pour 20 d'entre eux. Pour tous sauf un, il s'agissait d'un relais de la buprénorphine haut dosage sublinguale ou lyophilisat, pour des usagers traités depuis 131 mois en moyenne (presque 11 ans) prenant 18,5 mg/jour en moyenne.

Parmi les 24 usagers ayant poursuivi le traitement, 13 recevaient une posologie satisfaisante (pas de *craving*, pas de manque) dès la première semaine. Pour 8, la posologie s'est stabilisée en plus de 7 jours. L'absence encore de disponibilité du 160 mg peut avoir empêché la stabilisation de ceux qui requéraient ce dosage.

Certains effets secondaires favorisent l'arrêt. Est-ce qu'ils sont nombreux ?

Dans l'étude, dix usagers ont arrêté durant la période du recueil, mais notons que certains ont repris depuis. Les causes évoquées pour ne pas poursuivre le traitement peuvent être liées à l'insatisfaction, aux effets secondaires trop conséquents... Parmi les 20 usagers qui ont participé aux entretiens qualitatifs, on retrouve plus d'effets indésirables que sous formes orales concernant la constipation, les sueurs, et de fait, la douleur à l'injection.

Mais depuis, on a aussi appris à mieux le gérer. La constipation, c'est un effet secondaire qu'on n'a pas vu venir. On peut imaginer, sur le plan pharmacologique que cette permanence de la buprénorphine dans l'organisme provoque un ralentissement du transit intestinal. Quoi qu'il en soit, on n'avait pas anticipé... On craignait évidemment la sédation, le sous-dosage, la question des autres usages de substance, mais pas l'inconfort de la constipation. De manière préventive, nous avons revu la question de l'hygiène alimentaire, de l'hydratation. Nous sommes plus vigilants et abordons ce point en amont. Ainsi, nous n'avons plus eu d'arrêt pour cause de constipation.

Vous notez des évolutions en termes de « changements au travail » pour la moitié des effectifs, mais sans les qualifier...

L'étude qualitative est en cours, mais nous avons quelques données. Sur 20 personnes, 16 avaient continué et 4, arrêté. 19 des 20 affirmaient que le Buvidal répondait à leurs attentes initiales, 19 ont rapporté spontanément un ressenti

positif; 19 ont confirmé associer le Buvidal à un vécu de plus grande liberté. 15 des 20 ne regrettaient en rien l'ancien traitement.

Parmi ces 20, la moitié déclarait des changements au travail, dans les rapports avec les lieux du soin, dans les relations familiales, amicales, professionnelles. Le changement, ça peut être ambivalent. Par exemple, un usager shootait sa buprénorphine. Le changement au travail, pour lui, ça voulait dire ne plus être obligé de mettre des manches longues parce qu'il n'y a plus de traces d'injections. Pour un autre, le changement au travail, c'est qu'il avait perdu l'effet coup de boost qu'il avait en sniffant un comprimé de buprénorphine avant de démarrer la journée. D'autres ont parlé de la perte de ce coup de boost (même en prise orale), ont dit être plus longs au démarrage, mais ils trouvaient aussi que leur énergie était plus égale au long de la journée... Il ne s'agit pas de dire ce qui est mieux ou ce qui est moins bien, mais cela opère un changement, une nouvelle manière de ressentir la journée.

Le gros changement se situe au niveau de ce qu'on a caractérisé comme de la charge mentale, la place que prenait cette prise de médicaments dans l'organisation du quotidien, la panique s'il n'y a pas le comprimé... Tout ce que ça change de ne pas devoir anticiper, dès qu'on veut aller quelque part, prévoir une activité hors de ses habitudes... Pour les usagers les plus précaires, le fait de ne pas avoir de boîte, c'est moins de risques de se faire racketter, ou de perdre les cachets... Toutes ces améliorations en termes de qualité de vie sont intéressantes et nous ont été relayées par les usagers. Cette prise simplifiée du traitement fait gagner du temps, du temps de cerveau disponible et offre de la continuité dans l'effet thérapeutique.

Que faudrait-il pour généraliser cet accès au Buvidal ?

Il faudra des analyses médico-économiques pour estimer les gains en termes de qualité de vie, vérifier s'il y a moins de mésusage, les bénéfices en termes de santé. Et revoir le modèle de financement qui est problématique: soit on donne des lignes budgétaires aux structures pour qu'elles puissent dispenser le Buvidal, soit on envisage l'administration en officine par des pharmaciens, à l'heure où ils réalisent des injections sous-cutanées notamment pour les vaccins, plutôt pour des patients aux posologies stabilisées au préalable. Cela favoriserait l'accès, parce que les patients qui peuvent prétendre à ce traitement-là sont loin d'être tous dans les Csapa, les hôpitaux ou les prisons... C'est aussi une question d'équité.

¹ Un poster a été présenté au congrès Albatros 2022, https://congresalbatros.org/wp-content/uploads/2022/06/DESCHENAU_Alice.pdf



L'important en politique, c'est la continuité de l'action républicaine

Nicole Maestracci était une femme intègre, généreuse, charismatique, ouverte sur son temps. Militante dès sa jeunesse dans des mouvements d'extrême gauche, elle restera une femme de gauche. Présidente de la MILD'T de 1998 à 2002, elle martèle deux idées fortes devenues des slogans: « il n'y a pas de société sans drogue » et « la politique doit s'inspirer de la science », qui trouveront leur prolongement dans le petit ouvrage « Savoir plus, risquer moins » lancé à grand renfort de communication et vendu dans les kiosques. Le tabac et l'alcool entrant désormais dans le champ de la MILD'T, elle s'inspirera du rapport du Pr Roques missionné par Bernard Kouchner pour comparer la dangerosité des drogues, dont le palmarès place les deux produits « licites » en tête de gondole. Choc frontal avec les représentations des citoyens et des élus.

L'aura de Nicole réussira à entraîner une majorité de professionnels de la toxicomanie pour lesquels elle devient une icône. Elle prône le développement de l'addictologie, sans que cela puisse encore se traduire par une réorganisation du système de soin. Elle défend ardemment la politique de réduction des risques, sans toutefois réussir à ouvrir des salles de consommation à moindre risque, ni les programmes d'héroïne, devant l'opposition des élus de droite et la frilosité de ceux de gauche. Elle soutient plusieurs publications pour la réduction des risques dont le *Journal d'Asud*, *Swaps* ou *Techno+*, soutiens qui disparaîtront à l'arrivée d'Étienne Apaire en 2007.

Quand la droite revient en 2002, la cohabitation se passe mal et Nicole est remerciée. Les deux candidats favoris pour la remplacer, William Lowenstein soutenu par Chirac et le magistrat Bernard Leroy, candidat de Nicolas Sarkozy, explosent en vol sous les tirs croisés de leur mentor, et on recherche un troisième homme qui devra être médecin, condition imposée par l'Élysée. Je ne suis donc pas surpris d'être à nouveau sollicité pour être candidat (j'avais refusé une première fois) et j'accepte de relever le défi. La première personne que j'appelle pour lui demander conseil, c'est précisément Nicole. Dans un premier temps, elle me dit au téléphone: « tu ne vas quand même pas travailler avec la droite de la droite ! » puis nous passons la soirée chez elle et pendant trois heures, nous pesons le pour et le contre. Elle finit par conclure: « eh bien oui, finalement tu as raison, vas-y mais sois prudent ! ». Je me sens soulagé, car Nicole est une personne très importante pour moi. C'est d'abord la sœur de mon ami cher Hervé, avec qui j'ai fait mes études de médecine

et c'est à Necker dans les années 1970 que je l'ai vue la première fois quand elle venait déjeuner au restau U ! Puis mon épouse a travaillé étroitement avec elle quand elle était juge à Melun. Mais c'est à la MILD'T que nos relations professionnelles se sont intensifiées, où elle m'a demandé d'intégrer la commission d'évaluation des outils et m'a confié plusieurs missions.

Quand ma candidature a été finalement retenue, Nicole m'a demandé de présider son pot de départ à la Mutualité française, moment très émouvant, au-delà de la simple passation républicaine. Lors de ma première intervention publique, au Sénat, j'ai défendu son bilan et récusé les accusations des sénateurs qui voulaient faire son procès. Régulièrement, nous déjeunions ensemble dans les jardins du conseil d'État, où elle me faisait part de ses observations et éventuellement de ses critiques. Mais elle savait que je m'étais battu pour prolonger les jalons qu'elle avait posés, et les traduire en actes, notamment en créant les Csapa et les Caarud avec le soutien de Jean-François Mattei, d'abord perplexe sur le sujet, puis convaincu, et de son directeur général de la santé, William Dab, soutien indéfectible. Puis, pour avoir fait inscrire dans la loi de 2004, la réduction des risques, première reconnaissance institutionnelle, avec son référentiel qui cadre l'action des préfets. Nicole m'a souvent répété que l'important en politique, c'est la continuité de l'action républicaine. C'est une conviction que je partage intimement, et je ne pense pas l'avoir déçue. Toutes mes pensées vont aujourd'hui à ses enfants et à sa famille et à Hervé en particulier.

Didier Jayle

HOMMAGE

Nicole Maestracci : au risque du savoir

Fabrice Olivet / Asud

Pour les militants de la politique de réduction des risques (RdR) Nicole Maestracci, membre du Conseil constitutionnel décédée le 7 avril dernier, restera à jamais l'autrice du « Savoir plus, risquer moins »¹, une campagne qui vulgarise un slogan révolutionnaire : « il n'y a pas de société sans drogues ». Pourtant, cette magistrate attachée au rôle symbolique de la loi, fut aussi à l'origine de l'émergence d'un pouvoir médical hégémonique popularisé sous le nom d'addictologie. Au-delà de la profonde humanité qui caractérise son souvenir, sa disparition nous amène à réfléchir sur la remarquable imperméabilité française à toute modification du cadre répressif en matière de drogues.

Nicole Maestracci n'est plus. Chaque décès de personnalité renvoie à la fois à sa propre histoire et à l'Histoire en général, en l'occurrence à la politique des drogues de notre pays. En matière de stupéfiants, on tresse spontanément des couronnes aux partisans de la manière forte, comme le duo Pasqua-Pandraud aux manettes du ministère de l'Intérieur en 1986 ou Albin Chalandon, le garde des Sceaux qui cible les « usagers revendeurs » en 1987. À l'inverse, les réformistes suscitent une forme de circonspection, voire d'amnésie. Ainsi, dans le concert de louanges qui a entouré la mort de Simone Veil, il est difficile de trouver une allusion même discrète à son rôle central dans l'adoption d'une politique nationale de prescription d'opioïdes légaux à destination des héroïnomanes. Nicole Maestracci fait exception. Mieux, elle est la première à retourner le stigmate. Elle restera comme l'une des très rares personnalités politiques connues pour avoir œuvré dans le sens d'une atténuation de la guerre livrée aux usagers.

Merci Nicole

En 1992, l'État français brise un tabou. De l'argent public va servir à subventionner un journal qui parle de techniques d'injection à moindre risque, de méthadone et de dépénalisation, le tout sous la plume de rédacteurs se présentant ouvertement comme consommateurs. Au départ, les budgets alloués au journal d'Asud² sont passés en semi clandestinité par l'Agence française de lutte contre le sida (AFLS), puis en 1995 par la division Sida du ministère de la Santé dans un

contexte de relative schizophrénie. Rue de Sécur, c'est la division « Toxicomanie » qui était normalement chargée de financer les programmes destinés aux usagers. La cohérence politique du tout est théoriquement confiée à la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), une structure dépendant directement de Matignon, restée jusque-là dans la posture traditionnelle qui sépare lutte contre le sida et toxicomanie. Le salut viendra de la nomination de Nicole Maestracci, propulsée à ce poste sensible par la cohabitation de 1997 : son rôle dans le changement de culture de la MILDT (aujourd'hui Mildeca) est central.

Bannir l'idéologie

C'est en effet Nicole Maestracci qui donne le signal d'un véritable changement d'orientation idéologique de l'action du gouvernement, un qualificatif qu'elle a pourtant prétendu vouloir bannir du champ des discussions. Elle est la première à prendre la mesure de l'importance d'une approche scientifique incluant la pharmacologie, sans pour autant dédaigner l'action de terrain. Une véritable culture de l'usage fait son entrée à la MILDT qui se traduit notamment par le financement d'Asud et de Techno+, des associations constituées d'usagers de drogues. Nicole Maestracci, en fine politique, s'écarte délibérément des sables mouvants de la dépénalisation par ailleurs explicitement évacuée de sa feuille de route par Lionel Jospin. Elle se concentre sur la mise en chantier d'un approche scientifique concrétisée dans le Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances³. En duo avec Bernard Kouchner, le secrétaire

¹ MILDT, *Drogues : savoir plus, risquer moins. Points, 2001*

² *Autosupport des usagers de drogues, première association de consommateurs de drogues dont les statuts sont acceptés en préfecture en septembre 1993*

³ *MILDT, Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances. Paris, La Documentation française, 2000*



d'État à la Santé, elle contribuera efficacement à insérer l'alcool et le tabac dans l'évaluation globale des risques sanitaires liés à la consommation de substances psychoactives. Tel Monsieur Jourdain faisant de la prose sans le savoir, elle va pousser la dédiabolisation des drogues illicites à un niveau qui ne se retrouvera pas dans la société française. La période de la seconde cohabitation, qui s'interrompt brutalement en 2002, coïncide également avec un instant de grâce où les articles de presse, les manifestations publiques et le discours institutionnel se conjuguent pour accoucher d'un véritable débat. Les rapports scientifiques se succèdent⁴, les actions militantes reçoivent un écho médiatique inespéré⁵, le tout accompagné pour ne pas dire orchestré par la fameuse campagne *Savoir plus, risquer moins* diffusée à 5 millions d'exemplaires. Ce fut une séquence nostalgique

pour de nombreuses consciences situées à gauche qui oublient généralement d'y inclure la question des drogues, un tremplin qui aurait pu mener à une sortie de la prohibition avec un supplément de courage politique. Encore une fois, la réforme de la loi ne figure pas officiellement à l'agenda de la MILDt. Bien au contraire,

sa présidente ne cesse de rappeler que toutes les actions de santé publique, encouragées et financées par ses services, ont pour but d'ancrer l'action du gouvernement dans le pragmatisme sanitaire à rebours d'une idéologie antiprohibitionniste considérée comme contreproductive et périlleuse sur le terrain électoral.

Les effets pervers de la RdR

La suite on la connaît. À force de ne pas faire d'idéologie, au point de déclarer ne pas « être socialiste », Lionel Jospin offre à la droite française dix années de pouvoir exclusif. Parallèlement, le bilan de Nicole Maestracci passe littéralement en jugement en 2003 lors de son audition par une commission parlementaire au titre explicite « *Drogues, l'autre cancer* ». Dans un chapitre intitulé « Les effets pervers d'une politique excessivement centrée sur la prévention secondaire », le sénateur Bernard Plasait déclare que « la politique de réduction des risques a monopolisé le terrain de la lutte contre la drogue, ce qui a eu pour effet de sensibiliser une partie de l'opinion publique à l'idée que l'existence de la drogue était incontournable et qu'il fallait en conséquence se résoudre à la gérer ». Des propos complétés par ceux du ministre de

⁴ Rapport Roques sur la dangerosité des drogues 1999, rapport Parquet, Rapport du Conseil national du sida (2001)

⁵ À titre d'exemple, l'opération 577 pétards à l'Assemblée nationale lancée par le CIRC en décembre 1997 ou la campagne « j'aime l'ecstasy » menée par Act Up en septembre 1997

« Fantasme et réalité, le mot "drogues" attire et fait peur. Il représente à la fois, pour nos sociétés modernes, l'incarnation du mal absolu et l'espoir illusoire de vivre mieux ou moins mal. Tour à tour remèdes ou/et poisons, les drogues touchent à ce que les hommes ont de plus intime, à leurs fragilités et leurs désirs secrets. C'est ce double visage, celui qui guérit et celui qui détruit, qui rend cette question tellement complexe qu'elle brûle les doigts de tous ceux qui, dans les sociétés développées, tentent d'élaborer des réponses rationnelles. C'est aussi ce qui explique la tentation des réponses manichéennes et des déclarations péremptoires qui, en mettant à distance la réalité complexe des choses, évitent de s'y confronter. Comme s'il fallait nécessairement choisir un camp entre laxisme et répression, banalisation et dramatisation... » Nicole Maestracci

Les drogues, Que sais-je ?, Presses universitaires de France, Paris, 2005

l'Intérieur, Nicolas Sarkozy, qui appelle à « veiller à ce que cette politique réaliste [la RDR] ne soit pas dévoyée à d'autres fins »⁶.

La politique du coucou

Mais l'histoire ne s'arrête pas là. Nicole Maestracci était profondément convaincue de l'importance d'une réflexion académique sérieuse, y compris pour des considérations pédagogiques à l'égard des premiers concernés, les consommateurs. À la fin des années 1990, après avoir été cannibalisées par une psychanalyse très hostile à la RdR au temps de l'hégémonie du Dr Olivenstein, les sciences humaines apparaissent comme dépassées. À l'inverse, le corps médical, historiquement exclu de la prise en charge des usagers de drogues, voit son étoile briller à nouveau grâce au succès remporté par la prescription d'opioïdes de substitution⁷. Le Rapport remis par les professeurs Parquet, Reynaud et Lagrue à Bernard Kouchner en 1999⁸, qualifié de « rapport qui change tout » par *le Monde*, jette les fondements de l'addictologie savante, une science nouvelle appelée à devenir la référence du discours officiel en matière de prise en charge. La plupart des addictologues sont des professeurs de médecine issus de l'alcoolologie ou du tabac qui connaissent parfaitement le potentiel des structures hospitalo-universitaires susceptibles de mobiliser des ressources budgétaires et du prestige social, autant de choses dont sont dépourvus les militants de la réduction de risques, agrégat d'associations communautaires, de médecins humanitaires et d'intervenants en toxicomanie en rupture de ban.

Par souci d'efficacité et de rationalisme, Nicole Maestracci va favoriser l'émergence des premiers, tout en essayant d'encourager les seconds à s'organiser. De manière discrète, la prise en charge des usagers de drogues, comme d'autres secteurs de l'intervention sociale, représente aussi un enjeu en termes financiers, faisant de la concurrence professionnelle l'explication souterraine de nom-

breuses oppositions indéchiffrables de prime abord. Peu à peu, l'addictologie universitaire va dévorer tous ses concurrents grâce à son insertion dans la technosstructure, son accès aux médias et ses liens de plus en plus étroits avec l'industrie pharmaceutique. C'est la politique du coucou. Née dans le nid de la réduction de risques, l'addictologie va peu à peu s'imposer comme la référence légitime en matière de drogues, sans se démarquer pour autant du ministère de l'Intérieur. Nicole Maestracci ne fut pas la dernière à exhorter le nuage de micro associations militantes financées par ses services à se regrouper au sein d'une seule entité. Son

message était clair: ensemble, vous avez une petite chance de peser politiquement pour faire valoir votre message vis-à-vis de la loi, mais séparées, vous rentrerez dans le rang, les uns disparaîtront, les autres seront absorbés par l'institution. Quelques années plus tard, la loi de 2004 qui institutionalise la réduction des risques en l'insérant dans la grande machine médico-sociale lui donne entièrement raison.

Technocratie et répression

Cette politique sera suivie par son successeur Didier Jayle, premier médecin choisi à dessein par Jacques Chirac pour occuper la fonction, dans un souci de continuité avec la présidence Maestracci. En accord avec Mattei, ministre de la Santé victime de la canicule de 2003, ils vont continuer à financer les programmes initiés par la gauche en privilégiant cette approche scientifique universitaire que l'on appelle dorénavant officiellement l'addictologie. Chassez l'idéologie de la politique des drogues, elle revient par la fenêtre. En la matière, la véritable alternance, c'est l'élection de Nicolas Sarkozy en 2007 qui manie un karcher appelé Étienne Apare. Placé à dessein aux manettes de la MILD, c'est un partisan de la « tolérance zéro », rendue célèbre par Rudolph Giuliani, maire de New York et futur âme damnée du président Trump. Les associations anti drogues font un retour remarqué rue de Varenne. Quant à Asud, son sort est réglé au cours d'une unique entrevue avec le nouveau Mr Drogue. « Association d'usagers de drogues ? C'est ambigu »⁹, commente-t-il avant de supprimer la subvention annuelle. L'histoire des relations entre Asud et la Mildeca, nouvel avatar de la MILD, s'arrête là ou presque¹⁰. Une éphémère reprise de contact sera réalisée juste avant le départ de Mme Jourdain Menninger, en 2016. Puis la Mildeca disparaît derrière la polémique qui a récemment opposé la Mairie de Paris et l'Intérieur sur la question du crack.

Le legs historique de Nicole Maestracci est donc double. Elle installe un débat grand public sur la consommation des drogues légales en France, hélas le paradoxe de cette rhétorique est sa récupération par la technosstructure médicale et policière finalement satisfaite de passer sous silence l'inégalité de traitement juridique entre usages licites et illicites. Ce qui manquera toujours à la présidente de la MILD, c'est un appui régional, tout en haut de l'État qui prolonge son discours sur l'universalité de l'usage des drogues. L'histoire ne repasse pas les plats. Au contraire, cette occasion manquée est sans doute l'explication de la crispation française en matière de cannabis, à rebours de la vague libérale qui caractérise de nombreuses démocraties comparables depuis vingt ans.

⁶ Rapport de la commission d'enquête sur la politique nationale de lutte contre les drogues illicites - tome I, <http://www.senat.fr/rap/ro2-321-1/ro2-321-150.html>

⁷ L'autorisation de mise sur le marché (AMM) du Subutex date de 1996 faisant rapidement de la France le pays abritant le plus grand nombre de patients traités avec de la buprénorphine.

⁸ Philippe-Jean Parquet, Michel Reynaud et Gilbert Lagrue, *Les Pratiques addictives. Usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives*, Paris, Odile Jacob, 2000.

⁹ <http://www.asud.org/2007/11/21/aperre-usager-ambigu/>

¹⁰ Fabrice Olivet, *la RDR est-elle de gauche ou de droite ? Swaps n°101-102*

Le rapport mondial sur les drogues 2022



Office des Nations unies contre les drogues et le crime,
UNODC, Vienne, 27 juin 2022

Le *World Drug Report* 2022 (WDR) présente, *as usual*, un aperçu des tendances actuelles sur les marchés mondiaux des drogues et y intègre les dernières informations sur leurs usage, production et trafic. Cette année, il analyse plus particulièrement les disparités de genre en matière de consommation de drogues, les retombées sur le marché des opiacés des récents changements de régime en Afghanistan et les relations entre drogues et conflits. Il se penche sur l'impact de la légalisation du cannabis dans un certain nombre de pays. Enfin, il introduit un chapitre qui met un accent particulier sur leur impact sur l'environnement.

Chiffres... hénaurmés

Selon le WDR, en 2020, environ 284 millions de personnes âgées de 15 à 64 ans faisaient usage de drogues par le monde, soit une augmentation de 26 % par rapport à la décennie précédente. Globalement, on évalue à 11,2 millions les injecteurs, dont la moitié est porteuse du VHC, 1,4 million du VIH, et 1,2 des deux.

Dans nombre de pays africains, d'Amérique centrale et du Sud, la grande majorité des usagers en traitement le sont pour des troubles liés à leur consommation de cannabis, alors qu'en Europe de l'Est, du Sud-Est, en Centre Asie, ils le sont plutôt pour des troubles imputables aux opiacés. Aux États-Unis et au Canada, les morts par overdose sont dues principalement à l'usage non-médical de fentanyl : plus de 107 000 en 2021, contre 92 000 en 2020.

Quant aux jeunes, par rapport à la génération précédente, ils consomment une plus grande variété de drogues, en quantités plus importantes, et cela dans de nombreux pays. Les moins de 35 ans représentent la majorité des

patients traités pour les troubles dus à leur usage en Afrique et en Amérique Latine, pointe le rapport.

Cannabis et Cie : l'expansion, toujours

C'était observé un peu partout, attendu et c'est confirmé : la légalisation du cannabis dans les années 2000, et notamment en Amérique du Nord où il est souvent très chargé en principe actif, semble avoir accéléré son usage quotidien et ses impacts sur la santé, particulièrement chez les jeunes adultes. Avec, pour conséquence négative, l'augmentation de certains effets délétères, notamment des troubles psychiatriques (troubles de la cognition, addiction, psychose), des suicides et hospitalisations. Et positive : la réduction générale des taux d'arrestations pour possession de cannabis. Sans oublier l'augmentation des recettes fiscales, bien sûr ! (lire aussi... « Légalisation du cannabis non médical au Colorado : dix ans après », p. 5)

Autre marché en pleine expansion : celui de la cocaïne dont la production et le trafic ne connaissent vraiment pas la crise ! L'année 2020 est celle de tous les records : production en augmentation de 11 % par rapport à 2019, soit 1 982 tonnes de plus ; saisies de 1 424 tonnes, en hausse malgré la pandémie de Covid-19. L'année suivante, les neuf-dixièmes des saisies transitent par bateaux dans des containers, ce qui laisse à penser que le trafic est en expansion dans d'autres régions du monde que les traditionnels marchés nord-américain et européen, et s'implante en Afrique et en Asie.

Autre « terrain de jeux » fructueux pour les trafiquants : celui de la méthamphétamine : 117 pays en ont enregistré des saisies au cours de la période 2016-2020, contre

84 entre 2006 et 2010, et les quantités saisies ont quintuplé entre 2010 et 2020, pour atteindre 7 930 tonnes. Le WDR 2022 s'inquiète de l'augmentation possible de la capacité de fabrication d'amphétamine en Ukraine, en cas de persistance du conflit. En effet, en 2020, 79 de ses laboratoires clandestins (dont 67 produisant de l'amphétamine) avaient été démantelés, contre 17 l'année précédente. Le WDR 2022 rapporte aussi des hausses records d'amphétamines en Asie du Sud-Est (plus 50 % en 2020 par rapport à l'année précédente)

La production mondiale d'opium s'est accrue de 7 % entre 2020 et 2021, principalement en raison de l'augmentation de sa production en Afghanistan, qui fournit 8 consommateurs d'opiacés sur 10 dans le monde (7 930 tonnes en 2021). Et si les superficies des cultures de pavot ont diminué de 16 % en 2021 par rapport à 2020, l'effet sur la production a été compensé par l'augmentation des rendements d'opium à l'hectare. L'ONUDC avertit également que, parallèlement à l'augmentation de la production d'opium et d'héroïne, la fabrication de méthamphétamine en Afghanistan, utilisant la plante sauvage éphédra comme précurseur, a fortement augmenté ces dernières années.

Ces faits, inquiétants, confirment une fois de plus, comme le font également des informations remontant du Moyen-Orient et d'Asie du Sud-est, la place prise par la production et le trafic des drogues illicites dans le financement des armes et des économies des pays en proie à divers conflits, qui risquent de s'aggraver encore avec leur poursuite et la crise des énergies. Mais la persistance de ces conflits peut aussi couper des routes de trafic, comme on l'a vu lors de la guerre des Balkans.

L'environnement impacté

L'évolution de ces marchés a un impact environnemental important, au niveau local, collectif et individuel. Le rapport note que l'empreinte carbone du cannabis produit à l'intérieur est entre 16 à 100 fois plus importante que celui produit en plein air, que celle d'1 kg de cocaïne est 30 fois plus grande que celle des fèves de cacao ! Sans parler de l'impact environnemental des déforestations importantes associées à la culture illicite de la coca, des déchets générés lors de la fabrication des drogues de synthèse (qui peuvent atteindre 5 à 30 fois le volume du produit final !), de leur déversement qui peuvent affecter la qualité des sols et de l'air, directement ou par les organismes animaux et la chaîne alimentaire.

Les disparités de genre

Enfin, le WDR 2022 pointe les disparités de genre dans le domaine des usages de drogues et de l'accès aux

traitements : les femmes, dont la consommation augmente plus que celle des hommes, voient également les troubles liés à l'usage évoluer plus rapidement. Elles représentent 45 à 49 % des usagers d'amphétamines, de stimulants pharmaceutiques à des fins non médicales, d'opioïdes pharmaceutiques, de sédatifs et de tranquillisants. Et pourtant, elles ne représentent qu'1 patient sur 5 en traitement pour des troubles liés à l'usage des amphétamines.

Quelles conclusions tirer de ces constats ? Pour Ghada Fathi Waly, directrice général de l'UNODC, « Nos chiffres sur la fabrication et les saisies de nombreuses drogues illicites ont atteint des records, alors même que les urgences mondiales aggravent les vulnérabilités. En même temps, de fausses idées quant à l'ampleur du problème et à ses méfaits associés privent les gens de soins et de traitements et poussent les jeunes vers des comportements néfastes. Nous devons consacrer les moyens et l'attention nécessaires pour affronter tous les aspects des problèmes mondiaux de drogues, y compris la prestation de soins fondée sur des données probantes à tous ceux qui en ont besoin, et nous devons améliorer nos connaissances en ce qui concerne l'impact de ces drogues illicites sur d'autres défis urgents comme les conflits et la dégradation de l'environnement. »

<https://www.unodec.org/unodec/en/data-and-analysis/world-drug-report-2022.html>

Le rapport européen sur les drogues 2022

EMCDDA, Lisbonne, juin 2022

Le rapport européen sur les drogues 2022 : Tendances et évolutions¹ de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (EMCDDA) propose une vue stratégique et globale de la situation européenne en matière de drogues et de leurs implications pour la santé publique et la sécurité. Avec un focus particulier sur l'explosion des nouvelles substances psychoactives (NSP), à l'occasion du 25^e anniversaire de son système d'alerte précoce sur ces produits (l'*Early Warning System*²).





Une constatation préliminaire: la forte perturbation de l'offre et de la consommation de toutes les drogues, liée à la pandémie de Covid-19, est bien derrière nous. Elles explosent sur un certain nombre de « segments » de marchés, en particulier sur ceux des nouvelles drogues de synthèse, de la cocaïne et méthamphétamine, des cathinones et cannabinoïdes de synthèse.

1 NSP dangereuse par semaine : un défi en matière de santé publique

Pour la première fois, en 2021, ce système a signalé 52 NSP – soit une par semaine ! –, et porte à 880 le nombre total de celles qui sont surveillées par l'EMCDDA. Parmi elles : 6 opioïdes, 6 cathinones et 15 nouveaux cannabinoïdes de synthèse. À la fin de l'année dernière, l'EMCDDA surveillait 162 cathinones de synthèse, la deuxième catégorie des NSP en observation, après les 224 cannabinoïdes de synthèse. Parmi ces cathinones, deux ont fait l'objet d'une évaluation des risques en 2021, la 3-MMC et la 3-CMC, avec la proposition de la Commission européenne de leur contrôle dans l'ensemble de l'Union. Et ces NSP ont fait l'objet de saisies record dans 27 pays d'Europe, en Turquie et en Norvège. Les cathinones de synthèse, suite au resserrement des contrôles de leur production par la Chine, arrivent en provenance d'Inde depuis 2020.

Le cannabis : toujours plus « chargé »

Le rapport met également en évidence les dangers des cannabinoïdes de synthèse, parfois très fortement dosés et toxiques, qui peuvent aussi être intégrés aux résines « naturelles » à l'insu des consommateurs. Lesquelles avaient, en 2020, des teneurs en THC très fortes (21 %), soit près du double de celles de l'herbe (11 %).

Les évolutions dans le domaine du trafic et

commerce du cannabis, avec la production des dérivés du CBD, à faible teneur en THC, et des produits comestibles, à forte teneur, créent de nouveaux défis pour les politiques publiques en matière de contrôle des produits illicites et de régulation des produits destinés, entre autres, à des usages médicaux.

Cocaïne, MDMA, moins de darknet, plus de réseaux sociaux

Le rapport fait aussi le compte des nombreux démantèlements de laboratoires de production à grande échelle, notamment de cocaïne, méthamphétamine et cathinones (plus de 350 en 2020), des volumes record de saisies de ces drogues, qui font craindre une augmentation conséquente de leur consommation.

En revanche, le nombre de laboratoires de production de MDMA/ecstasy démantelés en 2020 (29) est resté relativement stable.

Plus spectaculaire, à la fin de 2021, les recettes engrangées par le darknet ont chuté pour atteindre moins de 30 000 euros par jour contre 1 million en 2020. Il semble que, pour s'approvisionner, les usagers se tournent plus volontiers vers les réseaux sociaux et les applications de messagerie instantanées, plus sûres et plus « maniables ».

L'injection reste préoccupante

On estimait en 2020 à un million le nombre d'usagers problématiques d'opioïdes dans l'Union et à 514 000 celui des patients sous traitement de substitution, soit une couverture globale du traitement de 50 %. Avec de grandes disparités entre les pays et une offre de traitements toujours insuffisante dans nombre d'entre eux. Ainsi, en 2020, seuls la Tchéquie, l'Espagne, le Luxembourg et la Norvège ont déclaré avoir atteint les objectifs de l'OMS, à savoir fournir 200 seringues par an et par personne qui s'injecte des drogues et permettre à 40 % de la population des usagers problématiques d'opioïdes d'être sous traitement de substitution.

Le nombre des décès par surdose reste préoccupant (5 800 en 2020), la plupart associés à des combinaisons d'opioïdes et autres drogues illicites, ou médicaments...

La consommation de drogues par voie intraveineuse concerne un large éventail de substances : les amphétamines, la cocaïne, les cathinones de synthèse, les opioïdes et autres médicaments prescrits et parfois le crack. En Europe en 2020, environ 7 000 patients ont commencé un traitement pour usage problématique de cette drogue, soit un triplement par rapport à 2016... Il est donc indispensable de renforcer et diversifier les services de prise en charge et de réduction des risques et des dommages, souligne le rapport.

¹ Il décrit la situation en matière de drogues jusqu'à la fin de 2021, sur la base des données de 2020 et, le cas échéant, de 2021 https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/14644/2022.2419_FR_03_wm.pdf

² <https://eurotox.org/activites-deurotox/sous-point-focal-oedt/early-warning-system/>

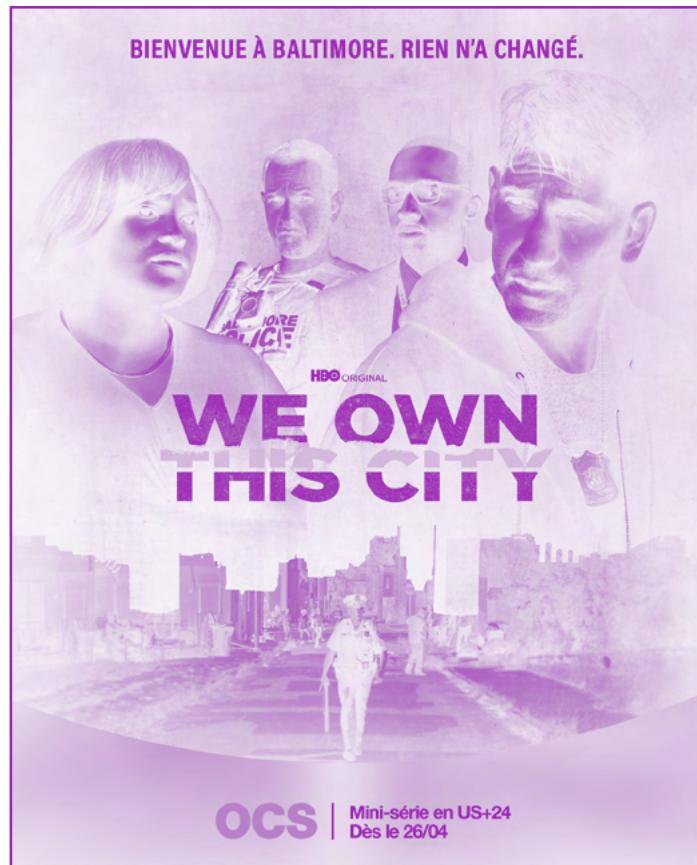
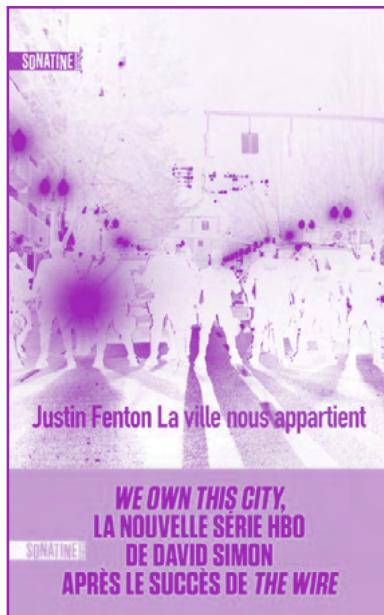
À L'AFFICHE / Thibault de Vivies

Tout ce qui brûle
Un roman de Lisa Harding,
Joelle Losfeld Éditions,
10 mars 2022



L'insouciance de l'enfance est percutée par les troubles de l'usage d'une mère de famille qui, malgré son addiction à l'alcool, s'est réfugiée dans l'amour fusionnel avec son fils qui reste sa priorité absolue... Sonya, une comédienne au chômage, élève seule son fils, Tommy, quatre ans à peine. Comme elle peut, tentant d'empêcher l'alcool de causer des dégâts qui ont un impact direct sur sa capacité à sécuriser son fils. Elle s'endort en laissant le four allumé, la porte de la maison ouverte. Malgré tout, avec leur chien Herbie, dont la présence dans le récit est loin d'être anodine, le duo semble indestructible... Le père de Sonya, avec qui la jeune femme entretient des rapports compliqués et distanciés, refait surface. La sentence paternelle tombe, directe mais maladroite : « Sonya, tu as un problème avec l'alcool. » Sûr de sa légitimité, il décide de prendre les choses en main, que sa fille soit prête ou pas. Le sevrage proposé ne pourra pas échapper, ici encore, au centre fermé, en l'occurrence un couvent de bonnes sœurs réaménagé en centre d'accueil, où le dogme de l'abstinence totale règne. Tommy est placé, quant à lui, par les services sociaux... Pour Sonya, aller mieux, c'est accepter de s'éloigner de l'alcool, mais aussi malheureusement de son enfant, pour revenir à ses côtés plus armée et plus apaisée. Mais à quel prix...





La ville nous appartient
Un récit de Justin Fenton,
Éditions Sonatine,
17 mars 2022

Adapté sous le titre original
We Own This City
Une mini-série télévisée en
6 épisodes de David Simon
et George Pelecanos,
Diffusion OCS,
à partir du 24 avril 2022

Après *Baltimore: une année au cœur du crime* de David Simon, paru en 1991, récit journalistique et journal de bord d'une année passée aux côtés de la brigade criminelle de la ville, ce document de Justin Fenton propose, plus de vingt-cinq ans plus tard, le récit des dégâts d'une politique de prohibition qui n'avance

qu'à coup de boutoir d'une répression désastreuse... L'enquête de Justin Fenton revient sur l'arrestation en 2017 de sept des principaux officiers de l'unité spéciale, la Gun Trace Task Force, chargée de faire respecter la loi dans les rues de Baltimore, une ville où la criminalité est bien supérieure à la moyenne nationale. Quand la quantité d'armes et de drogues saisies reste la priorité, elle fait le lit de la corruption et du racket en bande organisée... David Simon aime confronter la réalité à la fiction. Ex-journaliste du *Baltimore Sun*, il a adapté pour la télé sa première œuvre littéraire, *The Corner* avant l'emblématique *The Wire*, dont il est

l'inspirateur. On retrouve ici, avec cette adaptation de l'ouvrage de Justin Fenton, le même Baltimore : la police court toujours après les dealers pour tenter d'endiguer un trafic endémique. La violence et la corruption sont visiblement systémiques et, des deux côtés de la barrière, on tente de se faire une place en jouant des coudes si nécessaire...

Queens Gangsta
Un roman de Karim Madani,
Éditions Rivages/noir,
8 juin 2022

Des histoires de trafics de drogues, il n'en manque pas dans la littérature contemporaine, mais certaines ont plus de coffre

que d'autres, surtout lorsqu'elles vont chercher du côté de ce qu'il s'est réellement passé... Les années quatre-vingt ont vu monter en flèche à New York la consommation de cette cocaïne basée, appelée crack pour le son qu'elle produit quand on la chauffe. Ce polar s'inscrit dans la réalité du moment pour décortiquer tous les rouages du deal de stupéfiants, rouages qui n'ont rien à envier à ceux du capitalisme le plus sauvage et débridé. Cette fiction parcourt la décennie en compagnie de Kenneth McGriff, qui se fait appeler Prince. Les deux hommes, issus du quartier populaire de South Jamaïca



**WILLIAM S.
BURROUGHS
& LE ROCK'N ROLL
CUT-UPS, DROGUES
ET ARMES À FEU
CASEY RAE**

RivagesRouge

dans le Queens décident, folie des grandeurs en tête, de monter un business local de vente de cocaïne et de crack en prenant appui sur leur réseau communautaire. Le succès de la Supreme Team est au rendez-vous, mais difficile d'échapper aux compromissions, aux trahisons, aux armes et au sang qui coule, inévitablement... Il y a rarement de happy-end dans ces polars adaptés d'histoires vraies, ponctués de cadavres et de séjours en prison... Dans l'Amérique reaganienne qui encourage une politique de ghettoïsation sociale et raciale, la place pour une success story est malheureusement souvent verrouillée dès le départ,

pour un certain nombre de jeunes de ces quartiers populaires...

**William S. Burroughs et le Rock'n'Roll
Cut-ups, drogues et armes à feu**
Un essai de Casey Rae,
Éditions Rivages/Rouge,
5 mai 2022

Le Rock'n'roll a su surfer la vague sulfureuse d'un auteur comme William S. Burroughs, auteur des inévitables *Junky* et du *Festin nu*, puisant dans son œuvre et son style une certaine inspiration musicale. Cette biographie à plusieurs voix (ou plusieurs rencontres) nous montre à quel point Burroughs a influencé une

communauté musicale en quête des valeurs antisystème d'un vieux sage... Plusieurs grands noms intègrent ce récit de vie : entre autres, Bob Dylan, Patti Smith, Lou Reed, Blondie, Joe Strummer, David Bowie ou encore Kurt Cobain qui enregistra un disque avec Burroughs. Si la voix de l'écrivain a su envoûter la musique du leader de Nirvana, c'est surtout son état d'esprit qui a inspiré le compositeur, et ses congénères... Les influences de Burroughs ont parcouru la scène rock et punk pendant plusieurs décennies, mais difficile d'être affirmatif quant à son influence sur le parcours opiacé des uns ou des autres. Burroughs,

lui-même, ne considérait pas toujours l'héroïne comme son meilleur ami ou allié, faisant la même part aux satisfactions et aux dégâts...

Édito

Directeur de la publication
Didier Jayle

Rédacteur en chef
Gilles Pialoux

Secrétaire de rédaction
Christelle Destombes

Comité de rédaction
Florence Arnold-Richez
Élisabeth Avril
Mustapha Benslimane
Vincent Beno
Jean-Pierre Couturon
Thibault de Vivies
Michel Gandilhon
Marie Jauffret-Roustide
Nathalie Latour
France Lert
Alexandre Marchant
Fabrice Olivet
Pierre Poloméni
Brigitte Reboulot
Charles Roncier

Ont collaboré à ce numéro
Alice Simon
Alice Valiergue

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

Commission paritaire : en cours

SWAPS
Chaire d'addictologie CNAM
2, rue Conté
75003 Paris

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

Les articles
de *Swaps* peuvent
être consultés
sur vih.org

Swaps se veut une publication résolument tournée vers l'avenir tout en sacrifiant au nécessaire retour rétrospectif sur l'histoire des drogues et de la RdR, dont Alexandre Marchant est un de nos aiguillons (voir p. 11). Cette livraison de *Swaps* – un peu tardive pour cause de mobilisation éditoriale sur d'autres fronts qui, à défaut d'être excusable, sera compréhensible pour le lecteur – fait le point, mais ce n'est qu'une saison 1, sur le passé des « communautés thérapeutiques », dont le Patriarche de feu Lucien Engelmajer est une figure de proue. Le gourou décédé à Belize, son lieu d'exil et de fuite, cette minuscule monarchie du Commonwealth en Amérique centrale, dont la devise prophétique est *Sub umbra floreo* (« Je fleuris à l'ombre ») avait été, rappelons-le, condamné avec d'autres prévenus par le tribunal correctionnel de Toulouse à cinq ans de prison et 375 000 euros d'amende en 2007 pour « abus de faiblesse », « abus de confiance », « recel », « blanchiment d'argent » et « abus de biens sociaux ».

La MILDt a relancé en 2006, sous l'impulsion de Didier Jayle, notre directeur de la publication, l'ouverture de nouvelles communautés thérapeutiques, démocratiques, non sans faire face à l'opposition d'une partie des professionnels, réticents à la dimension collective du processus de mise à distance de l'addiction. Quelques années plus tard, un avis d'experts mené par l'OFDT, a permis de faire ressortir des consensus professionnels sur un possible retour de ces structures dans un cadre plus formalisé quant aux modalités d'admission, d'encadrement et d'accompagnement personnalisé jusqu'au-delà de la sortie. Avec comme objectif que ces « communautés thérapeutiques » cessent, par leurs dérives sectaires, d'alimenter le travail des services de la Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (Miviludes).

Toujours au registre de l'avenir visité avec un œil dans le rétroviseur, Michel Gandilhon (voir p. 5) s'est penché sur les suites des référendums de 2012 des États du Colorado et de Washington qui approuvaient la production et la commercialisation du cannabis non médical. Ces scrutins historiques, synonymes de légalisation, allaient lancer une onde de choc à l'échelle des États-Unis et du monde, ébranlant le paradigme prohibitioniste. Une onde de choc qui a récemment atteint l'Allemagne (voir p. 2), où le gouvernement fédéral s'est mis d'accord le 26 octobre autour d'un cadre de légalisation du cannabis à usage récréatif. Suite à un processus de consultation approfondi lancé en mai dernier, le projet de loi vise à placer la production et le commerce du produit sous « contrôle public ».

Enfin, pour celles et ceux qui ne sont pas encore convaincus que la crise sanitaire, le contexte de tension politique internationale troublé par les conflits armés et les enjeux politiques nationaux accentuent la guerre à la drogue et invisibilisent les politiques de RdR, on se rapportera aux chiffres et à la loi des grands nombres (voir p. 26) avec le *World Drug Report 2022* (WDR) qui présente un aperçu des tendances actuelles sur les marchés mondiaux des drogues. En y intégrant les dernières infos sur les usages, la production et le trafic. Selon le WDR, en 2020, environ 284 millions de personnes âgées de 15 à 64 ans faisaient usage de drogues dans le monde, soit plus 26 % par rapport à la décennie précédente. Globalement, on évalue à 11,2 millions les injecteurs, dont la moitié est porteuse du VHC, 1,4 million du VIH, et 1,2 million des deux.

L'exemple type de l'impact d'un conflit sur la RdR et le soin des usagers est l'Ukraine. Avant la guerre, l'Ukraine était le deuxième pays le plus touché par l'épidémie de VIH/sida en Europe de l'Est et Asie centrale, après la Russie. Quelque 18 000 personnes recevaient de la méthadone ou de la buprénorphine pour traiter une dépendance aux opiacés. Que sont-ils devenus ? On se souviendra que le 25 février Vladimir Poutine décrivait ainsi les autorités ukrainiennes : « une clique de toxicomanes et de néonazis ». En qualifiant les Ukrainiens de « Narkoman », Poutine était cohérent avec les positions russes en matière de drogue depuis deux décennies : drogue = mal = sida = Occident. De ce point de vue, la guerre à l'Ukraine est aussi une guerre à la drogue. Et il est fort à craindre que l'Ukraine perde, après ces mois de guerre, vingt années de progrès portés par les fonds mondiaux et les associations communautaires.

GILLES PIALOUX