



MISSION du Groupe UMP

**Françoise BRANGET, Jean-Paul GARRAUD,
Pascale GRUNY**

« Politiques de sevrage en matière de
toxicomanie : évaluation et propositions »

4 février 2009

« Politiques de sevrage en matière de toxicomanie: évaluation et propositions »

La consommation de drogue en France, notamment chez les adolescents, progresse de manière inquiétante. Une famille sur 20 serait touchée par la toxicomanie.

Aujourd'hui, les Français sont les 3^{èmes} consommateurs de cannabis, après l'Espagne et la République tchèque. 1,2 million sont des consommateurs réguliers (10 joints par mois). Parmi eux, 550 000 sont des consommateurs quotidiens (un joint par jour). Un jeune mineur sur deux a déjà expérimenté le cannabis.

Depuis 2002, la consommation de cocaïne et de drogues de synthèse a doublé. 250 000 personnes consomment de la cocaïne et autant pour les drogues de synthèse. La consommation d'héroïne, quant à elle, explose.

La drogue cause de nombreux accidents de la route mortels : les études ont révélé que 40 % des jeunes morts au volant avaient consommé du cannabis dans les heures précédant l'accident.

Les chefs d'entreprises constatent une augmentation de l'absentéisme et des accidents du travail, notamment parmi les plus jeunes salariés, souvent au retour de week-end, causé par de multiples consommations (drogue et alcool).

Pendant de nombreuses années, les pouvoirs publics et le milieu associatif ont dédramatisé la consommation de drogue. Or, à trop dédramatiser, elle a été banalisée. On a laissé penser que certaines consommations de drogues n'étaient pas problématiques, comme par exemple le cannabis. Le cannabis est pourtant bien souvent la porte d'entrée à d'autres drogues. Cette banalisation, qui n'est pas étrangère à la hausse des consommations de drogue en tout genre, brouille les repères, encourage le relativisme et anéantit le message de prévention.

L'approche globale de la dépendance (alcool, tabac, psychotrope, drogue) est aussi facteur de banalisation, de même que la dénomination « drogues douces »/« drogues dures ». Les études scientifiques démontrent que cette classification est illusoire. Elles sont pourtant trop ignorées et passées sous silence.

En outre, le lien entre consommation de drogues et maladies psychiques et psychiatriques est aujourd'hui avéré comme le démontrent de nombreux scientifiques.

La toxicomanie a causé une situation dramatique tant sur le plan sanitaire que social. Il est aujourd'hui temps d'apporter des réponses claires, sans ambiguïté, et de faire preuve d'un vrai courage politique.

La lutte contre la toxicomanie s'inscrit dans une approche globale allant de la prévention à la prise en charge sanitaire et sociale, de la sanction éducative et graduée à la lutte renforcée contre le trafic. L'objectif de cette mission étant plus limité, les parlementaires ont souhaité développer quatre approches de la lutte contre la toxicomanie : la prévention, la substitution, le sevrage et la resocialisation.

La politique de prévention

La MILDT et les associations tant nationales que locales mènent depuis des années une politique de prévention et des campagnes de communication importantes, notamment concernant le cannabis. Ces actions de prévention ont surtout visé les jeunes, dans les collèges et lycées : développement de réseau d'écoute, d'information, jeunes, parents, relais d'accueil...

Force est de constater que ces politiques ne sont pas parvenues à faire baisser la consommation de cannabis et autres substances qui ne cessent de croître.

A l'initiative de Bernard ACCOYER et de Jean-Michel DUBERNARD, l'article L 312-18 du Code de l'Education, inséré par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (article 51) prévoit qu'« une information est délivrée sur les conséquences de la consommation de drogues sur la santé, notamment concernant les effets neuropsychiques et comportementaux du cannabis, dans les collèges et les lycées, à raison d'au moins une séance annuelle, par groupes d'âge homogène. Ces séances pourront associer les personnels contribuant à la mission de santé scolaire ainsi que d'autres intervenants extérieurs ».

Malheureusement, les auditions ont révélé que la première consommation de drogues apparaît de plus en plus jeune, dès l'entrée au collège. Les campagnes de prévention dans les collèges sont donc trop tardives. Une information sur les drogues et ses conséquences médicales, psychiques et sociales mériterait d'être donnée le plus tôt possible, avant l'entrée en 6^{ème}, dès le CM₂, s'adressant au demeurant à un public plus réceptif. La Suède a par exemple institué quarante heures d'enseignement obligatoire sur les toxicomanies tout au long du cursus scolaire, de la maternelle à l'Université.

Proposition: Mener des campagnes de prévention avant l'entrée en 6^{ème}

Alors que les campagnes à destination des jeunes sont nombreuses, il est nécessaire de ne pas oublier les adultes : parents, enseignants, équipes éducatives, animateurs sportifs, chefs d'entreprises, professionnels de santé qu'il importe de sensibiliser.

Ces campagnes ne doivent pas se résumer à une information théorique mais doivent répondre à des interrogations concrètes :

- que doit faire le parent/l'enseignant/le chef d'établissement/le chef d'entreprise lorsqu'il se trouve confronté à un usager de drogue?
- vers qui peut-il se tourner?
- qui peut l'accompagner dans sa volonté de sortir cet usager de la drogue?

Proposition : Identifier au sein de chaque Rectorat un interlocuteur sur la question de la consommation de drogues. Cet interlocuteur pourra accompagner et orienter les équipes pédagogiques qui ont connaissance d'un usager de drogue au sein de leur établissement.

L'augmentation de la consommation de drogue dans le milieu professionnel (20 % des accidents du travail seraient dus à l'alcool ou à la consommation de drogues) doit faire l'objet de réponses spécifiques.

Proposition : Inclure la question de la lutte contre la toxicomanie dans les échanges avec les partenaires sociaux

Proposition : Identifier au sein des Directions départementales du travail un interlocuteur sur la question de la consommation de drogues. Le médecin du travail pourra ainsi mieux orienter le salarié qui consomme de la drogue.

Les professionnels de santé, qu'ils soient médecins généralistes, médecins du travail, infirmiers scolaires, doivent être mieux alertés, mieux formés et encadrés pour savoir où orienter concrètement les patients qui en ont besoin. Seul un médecin prescripteur de Subutex sur cinq est en relation avec un réseau et un tiers seulement a suivi une formation en toxicomanie.

Proposition: Inclure dans la formation des professionnels de santé une formation spécifique et la rendre éventuellement obligatoire sur la lutte contre la toxicomanie et les moyens mis à disposition.

Lorsque le service militaire obligatoire existait, un bilan de santé était réalisé à l'arrivée du jeune conscrit. Aujourd'hui, alors que les jeunes sont les plus sujets à la consommation de drogues, il apparaît opportun d'imposer une consultation pour chaque jeune de 16 ans, au moment du choix du médecin traitant, afin de procéder à un bilan de santé général. Ce bilan de santé permettrait également de repérer l'usage de produits psycho actifs et de prévenir de leurs conséquences.

Proposition : Mettre en place une consultation obligatoire pour chaque jeune de 16 ans afin de repérer l'usage de drogues et de proposer, le cas échéant, une solution appropriée

La politique de substitution

Au début des années 1990, la France a développé une politique de substitution pour réduire les risques liés à la consommation de drogues et notamment faire face à la contamination du VIH.

La prescription de produits de substitution s'est développée. Alors qu'à l'origine la méthadone était délivrée exclusivement dans les centres spécialisés de soins aux toxicomanes, depuis 1995 elle peut être prescrite par des médecins de ville. Depuis 2002, tout médecin hospitalier et tout médecin travaillant dans une unité de consultations et de soins ambulatoires en milieu carcéral peut délivrer à un patient un tel traitement de substitution.

Parallèlement à la méthadone, la politique de substitution s'appuie depuis 1996 sur la Buprénorphine Haut Dosage (BHD) à l'instar du Subutex. La délivrance de la BHP est plus souple que celle de la méthadone. Le Subutex peut ainsi être prescrit par tout médecin. Cette accessibilité de la BHD constitue une spécificité française.

Bien que les derniers chiffres de la MILDT datent de 2005, 110 000 personnes ont recours à la substitution, environ 90 000 personnes à la Buprénorphine Haut Dosage et 20 000 à la méthadone.

La prescription de produits de substitution a permis de réduire les comportements délinquants liés à la consommation de drogue (vols, agressions). Malheureusement, en raison de la souplesse dont bénéficie sa prescription, **le Subutex a fait l'objet de trafic important qui coûte cher à la sécurité sociale.**

En 2002, plus de 8,1 millions de boîtes de Subutex ont été délivrées à des patients relevant du régime général de l'assurance maladie, pour un montant total de 110 millions d'euros. 91,1% de ces prescriptions ont été effectuées en médecine de ville par des médecins généralistes. Le Subutex est ainsi le 11^{ème} produit le plus remboursé par la Caisse nationale d'assurance maladie. Or, on estime que 23 % des personnes ayant une prescription de Subutex en font un usage détourné, en marge de sa finalité thérapeutique.

Sous l'impulsion d'Yves BUR, le Parlement a adopté un amendement au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 afin d'encadrer la prise en charge des médicaments susceptibles de faire l'objet d'un usage détourné, abusif ou de mésusage.

L'article L162-4 du Code de la sécurité sociale prévoit désormais que « La prise en charge par l'assurance maladie de soins ou traitements susceptibles de faire l'objet de mésusage, d'un usage détourné ou abusif, dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, est subordonnée à l'obligation faite au patient d'indiquer au prescripteur, à chaque prescription, le nom du pharmacien qui sera chargé de la délivrance et à l'obligation faite au médecin de mentionner ce nom sur la prescription qui doit alors être exécutée par ce pharmacien ». L'arrêté ministériel qui met en œuvre cette mesure a été publié au Journal Officiel du 8 avril 2008. La BHD et la méthadone sont soumises à cette condition.

En outre, depuis mars 2007, la CNAM conduit un plan de collaboration avec la police afin de lutter contre le trafic. Les demandes de remboursement ont ainsi diminué de 10%.

Bien qu'un contrôle plus rigoureux soit désormais effectué sur les prescriptions de Subutex, ce dernier n'est pas inscrit sur la liste des stupéfiants, contrairement à la méthadone. Les députés estiment qu'inscrire le Subutex comme stupéfiant serait un signe fort envers les usagers et les trafiquants.

Proposition : Classer le Subutex comme stupéfiant

Les parlementaires tiennent à souligner les retombées sanitaires des traitements de substitution. Selon la MILDT, le nombre des surdoses mortelles a été divisé par 5 et les infractions à la législation sur les stupéfiants concernant l'héroïne ont été divisées par 4. La politique de substitution, en association avec l'accès aux seringues stériles, a permis de diminuer par 4 les risques de contamination par le VIH. Aujourd'hui la drogue comme vecteur de contamination VIH ne représente que 2%, contre 21% en 1990.

Si ces résultats sont encourageants pour la lutte contre le SIDA, les risques encourus par la consommation de drogues ne sont pas diminués. Ainsi pour l'hépatite C, les usagers de drogue sont 60 fois plus touchés que la moyenne.

Si la politique de réduction des risques doit être poursuivie, la substitution ne doit pas être considérée comme une fin en soi ou comme l'unique solution au traitement de la toxicomanie. La délivrance de produits de substitution ne doit s'envisager que limitée dans le temps. Elle ne peut être qu'un maillon, précédée d'actions de prévention et suivie de nouveaux dispositifs d'aide à la sortie de la toxicomanie. La substitution remplace une dépendance par une autre et aboutit à une impasse dont il est difficile voire impossible, de s'échapper. La Suisse a d'ailleurs mis en place des « homes » qui accueillent des personnes, d'une quarantaine d'années seulement, sous substitution depuis longtemps, exclues de la société et atteintes de vieillissement précoce.

Face à ce constat, la Direction Générale de la Santé a d'ailleurs mis en place un groupe de travail dont la mission est de réfléchir aux solutions pour arrêter un traitement de substitution et au devenir des patients sous substitution.

Malgré l'absence d'étude précise et complète, la substitution a et aura de multiples coûts :

- coût pour la sécurité sociale (environ 82 millions d'euros par an)
- coût pour l'Etat car ces personnes sont souvent à la charge de la société, et pour beaucoup leur vie durant, sans espoir de réinsertion sociale et professionnelle
- coût pour la personne elle-même en raison des effets de ces produits sur l'organisme : pathologies diverses développées, prises en charges psychiques et psychiatriques....

Proposition: Conduire un audit interministériel sur les coûts induits par la substitution

L'utilisateur de drogue qui accepte de bénéficier de produits de substitution démontre déjà sa volonté de sortir de la dépendance. Or, les produits de substitution créent une nouvelle dépendance à moyen et long termes. Les personnes sous substitution éprouvent souvent des difficultés à s'insérer dans le milieu professionnel car elles sont sous l'emprise régulière de substances chimiques. Elles restent sous substitution à défaut d'être prises en charge par une structure qui les accompagnerait vers un réel sevrage définitif.

Le sevrage et la diminution du nombre de toxicomanes doivent redevenir l'objectif premier. La première cause de réduction des risques, c'est la réduction de consommation de drogues.

L'Etat doit accompagner les usagers de drogue vers une sortie définitive de la toxicomanie. Il est donc indispensable de permettre un sevrage médical et psychologique ainsi qu'un accompagnement social et professionnel.

Alors que les produits de substitution ont prévalu ces dernières années, marginalisant les dispositifs de sevrage, les auditions ont montré que la société est aujourd'hui mûre pour mettre en place une politique efficace et durable de sortie de la toxicomanie.

Les parlementaires ont souhaité étudier les expériences menées en France et à l'étranger, et notamment en Italie et en Suisse où se sont construites depuis de nombreuses années des « communautés thérapeutiques ».

Les communautés thérapeutiques longtemps discréditées en France ont pourtant fait la preuve de leur efficacité. Dans ce modèle thérapeutique dont la durée de prise en charge est longue (12 à 24 mois), la participation au groupe selon des règles de vie collective, la place des pairs, l'objectif d'abstinence clairement énoncé, constituent les dimensions principales du projet thérapeutique et d'insertion sociale.

Les expériences étrangères

San Patrignano en Italie

Les députés ont effectué un déplacement près de Rimini en Italie dans la Communauté thérapeutique de San Patrignano qui, depuis 1978, a accueilli près de 20 000 personnes. Actuellement 1 800 personnes résident dans cet établissement, dont 400 placées par la justice dont les peines ont été substituées à une obligation de traitement.

San Patrignano est une communauté, reconnue comme une ONG par l'ONU, unique au monde par son ampleur, qui n'a pas été conçue comme un établissement hospitalier classique. Son objectif est d'accompagner les toxicomanes qui souhaitent s'affranchir de la drogue en les aidant à redonner un sens à leur vie et leur permettant ainsi une réinsertion sociale et professionnelle durable. Les personnes accueillies gratuitement peuvent séjourner avec leurs enfants.

Les équipements mis à la disposition des résidents sont exceptionnels. Outre les bâtiments administratifs et ceux pour l'hébergement et la restauration (la salle à manger collective contient 2000 places), des infrastructures permettent aux résidents d'acquérir des compétences professionnelles : une ferme avec élevage de bétails et production d'huile d'olive, une laiterie, une ferme viticole, un centre hippique de renommée internationale, un atelier de menuiserie, une boulangerie, un salon de coiffure.

La formation professionnelle est une étape fondamentale du parcours. Chaque résident a l'obligation de reprendre des études ou d'apprendre un métier. 57 activités de formation professionnelle sont ainsi proposées, de l'artisanat au secteur agro-alimentaire, en passant par l'édition, le graphisme, les services web, l'organisation événementielle.

Un partenariat important existe avec les entreprises. A sa sortie, la personne est ainsi généralement employée dans une entreprise en relation avec San Patrignano. Aucune personne ne sort du centre sans travail ni accompagnement personnalisé. Pour les plus fragiles l'acquisition de l'autonomie pourra être adaptée et progressive.

Le budget du centre est d'environ 25 millions d'euros par an. San Patrignano n'accepte pas de subvention publique. La moitié du budget est couverte par des dons (personnes privées, entreprises ou fondations). L'autre moitié résulte des biens et services produits à l'intérieur de la communauté: produits agricoles et viticoles, meubles....

Les résultats démontrent le succès formidable de cette méthode. Le suivi atteste, trois ans après la fin du séjour, que **72% des personnes se sont totalement et durablement réinsérées dans la société et ne consomment plus aucune drogue.**

Les Foyers des Rives du Rhône en Suisse

La Suisse compte une soixantaine de communautés thérapeutiques. Malgré quelques différences d'approche, elles ont toutes vocation à sortir le toxicomane de sa dépendance et à le réinsérer dans la vie sans aucune addiction.

Les Foyers des Rives du Rhône ont ouvert en 1982. Deux maisons sont financées par l'Etat et une bénéficie uniquement de financements privés. Des associations ont été créées afin, d'une part, de garantir la réinsertion socioprofessionnelle (avec un suivi régulier) et, d'autre part, d'assurer la formation des éducateurs.

Ces communautés thérapeutiques ont une approche philosophique et ethnologique de la lutte contre la toxicomanie. Les fondateurs ont réfléchi sur les causes de la consommation de drogue et sur l'état dans lequel se trouve le toxicomane. Le séjour dans la communauté a pour objectif de révéler la connaissance de soi afin d'affranchir la personne de l'ivresse artificielle véhiculée par les drogues.

Depuis leur création, 2500 personnes ont été accueillies par les Foyers des Rives du Rhône. La moyenne d'âge des résidents est de 19 ans. De plus en plus de mineurs sont accueillis. Ces derniers présentent souvent d'autres troubles tels que l'anorexie.

Les maisons sont situées dans un bel environnement dans lequel les résidents se sentent bien, mais non loin des villes afin de faciliter la sortie du foyer et la resocialisation. Plusieurs disciplines sont dispensées : artistiques, culturelles et sportives (notamment des randonnées, du ski). Des marches dans le désert en Afrique ou en montagne sont par exemple organisées.

La durée de la cure est de 2 ans. Ces deux années sont rythmées par des « rites de passage » qui sont autant d'étapes nécessaires pour une meilleure réinsertion. Si une personne quitte l'établissement après la première étape, elle a 80% de risques de reprendre une consommation de drogue. En revanche, 90% des résidents qui quittent l'établissement après la troisième étape sont affranchis de toute addiction.

Une cure coûte 4 500 euros par mois. « Sortir un toxicomane de la drogue en Suisse coûte 100 000 euros ». Le Département Justice et Police assure le coût de la cure lorsqu'il s'agit d'un placement judiciaire alternatif à la prison.

Les députés ont rencontré des familles françaises qui, face à l'absence cruelle de structures pour les mineurs en France, ont pu faire accueillir leur enfant mineur dans un de ces établissements suisses. Actuellement un quart des résidents sont des ressortissants français. Certains sont même pris en charge par l'Assurance maladie.

Les parlementaires ont notamment été sensibles au témoignage d'une famille dont le fils mineur est actuellement accueilli en Suisse sans être pris en charge par l'Assurance maladie. La famille ne regrette pas l'effort financier dont elle s'acquitte au regard des progrès réalisés par le jeune : il a déjà repris confiance en lui et a acquis une appétence nouvelle pour les études qu'il avait abandonnées.

Les familles dont un enfant mineur se drogue sont totalement désemparées car aucune solution adéquate n'est proposée en France. Elles se heurtent souvent aux convictions des éducateurs qui discréditent souvent le sevrage et les méthodes suivies par les communautés thérapeutiques, craignant des dérives sectaires. Pourtant à la différence essentielle des sectes, ces communautés n'imposent jamais de rompre les liens avec la famille et les amis. Au contraire, elles les renforcent. De même à l'issue des deux années, la personne n'a plus de lien avec l'établissement qui l'a reçue.

Les systèmes judiciaires suisse et italien permettent à des délinquants d'exécuter leur peine au sein des communautés thérapeutiques. Ainsi, d'une part des toxicomanes s'affranchissent de la drogue, d'autre part la délinquance liée à la toxicomanie diminue et les établissements pénitentiaires sont moins encombrés.

Les centres en France

Les **Centres de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST)** accueillent toute personne souffrant d'une dépendance.

Aujourd'hui, environ 70 000 personnes fréquentent un des 250 CSST en France. Ces organismes proposent un accompagnement médical, psychologique, social et éducatif.

Une cinquantaine d'établissements offre un hébergement, appelé généralement postcure. Les hébergements sont organisés selon le projet personnel de la personne dépendante et sa situation, en vue d'une stabilisation : dans un cadre collectif, dans des réseaux de familles d'accueil, ou encore en appartements thérapeutiques relais. Des hébergements de transition et d'urgence, des nuitées d'hôtel peuvent également être proposées selon la structure d'accueil, la demande et la situation de la personne.

Les centres spécialisés pour l'alcool et les drogues (CSST et CCAA) doivent être réunis dans des structures communes, appelées **Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)**.

Le décret n° 2007-877 du 14 mai 2007 fixe les missions des CSAPA. Ils doivent notamment assurer « la réduction des risques associés à la consommation de substances psycho actives », « la prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative », « le sevrage et son accompagnement, la prescription et le suivi des traitements médicamenteux, dont les traitements de substitution aux opiacés ». Les centres peuvent assurer des prestations ambulatoires et des prestations en hébergement individuel ou collectif.

Les députés estiment que ces centres sont utiles pour maintenir un lien avec les toxicomanes et éviter des crises à l'issue dramatique. Les professionnels apportent une écoute attentive et un soutien médical et social important.

Cependant, le temps et les crédits utilisés ne permettent pas à l'usager de sortir véritablement de la drogue. Au surplus aucun suivi ni aucune évaluation n'est faite permettant d'apprécier les résultats des traitements entrepris et surtout de la réinsertion sociale et professionnelle du toxicomane. On gère l'urgence mais sans vision d'avenir. Les députés regrettent ce « gaspillage » humain et financier. Seul un séjour dans une communauté thérapeutique permettrait à l'usager de s'affranchir de la toxicomanie.

Quatre **communautés thérapeutiques dites « historiques »** existent en France. Deux établissements, gérés par SOS Drogue International, sont situés dans le Sud de la France. Le troisième, géré par SATO, est implanté dans l'Oise. En 2006, une communauté thérapeutique a ouvert en Guyane, géré par SOS Drogue International.

Bien que présentant un projet d'établissement de type communauté thérapeutique, ces établissements ne peuvent pas être considérés comme de véritables communautés thérapeutiques. La dénomination « communauté thérapeutique » signifie en effet qu'aucun produit de substitution n'est prescrit. Le seul objectif est la sortie de la drogue par un sevrage et un accompagnement social.

Or, ces établissements s'apparentent aux CSST et CSAPA, et sont donc tenus d'assurer la prescription de traitements de substitution. Ils n'entrent pas dans le cadre des communautés thérapeutiques expérimentales de la MILDT.

Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool (2004-2008) prévoyait la création de **communautés thérapeutiques expérimentales**.

La circulaire n° DGS/MILDT/SD6B/2006/462 du 24 octobre 2006 relative à la mise en place des communautés thérapeutiques définit la communauté thérapeutique comme « une structure d'hébergement qui s'adresse à un public de consommateurs dépendants à une ou plusieurs substances psycho actives, dans un objectif d'abstinence, avec la spécificité de placer le groupe au cœur du projet thérapeutique et d'insertion sociale. Elle doit s'inscrire dans un réseau de prise en charge sanitaire et sociale ».

Ces communautés sont des établissements expérimentaux au sens de l'article L. 313-7 du Code de l'action sociale et des familles. Ils sont donc autorisés soit, après avis du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale par le Ministre chargé de l'action sociale, soit par le représentant de l'Etat dans le département, soit par le Président du conseil général ou conjointement par ces deux dernières autorités, après avis du comité régional de l'organisation sanitaire et sociale. « Ces autorisations sont accordées pour une durée déterminée, qui ne peut être supérieure à cinq ans. Elles sont renouvelables une fois au vu des résultats positifs d'une évaluation ».

Un appel à projets national a été lancé par la MILDT en 2006. Quatre projets (sur une vingtaine reçue) ont été retenus, avec une capacité d'accueil de 30 à 35 places. Ces structures sont financées par l'Ondam médico-social - mesures nouvelles 2007 pour un budget de 2,4 millions d'euros au total (3,8 millions d'euros avaient été votés). Le coût annuel de fonctionnement par projet s'élève à 1,2 millions d'euros.

Les quatre projets sélectionnés dans le cadre expérimental sont :

➤ **Projet Aurore à Brantôme (Dordogne)**. Bien qu'en Aquitaine, cet établissement est destiné à une population en provenance de l'Ile-de-France. Un accueil est prévu pour les femmes avec des enfants. Il a ouvert le 12 juillet 2007. Fin septembre 2008, l'établissement comptait 18 résidents. La capacité maximale de 35 résidents aurait du être atteinte à la fin de l'année 2008.

➤ **Projet CEID à Barsac (Gironde)**. Cet établissement a ouvert le 20 décembre 2007. Fin septembre 2008, l'établissement comptait 12 résidents. La structure ne peut pas accueillir plus de résidents pour l'instant, des travaux en cours menés dans le cadre de chantiers d'insertion auxquels participent les résidents de la communauté thérapeutique, devraient permettre d'accueillir 35 résidents.

➤ **Le projet ADNSEA-L'Espace du possible à Cateau Cambrésis (Nord)** n'est pas encore ouvert.

➤ **Le projet APTE à Montmagny (Val d'Oise)** n'est pas encore ouvert.

Le cahier des charges des communautés est annexé à la circulaire de 2006. Il définit leurs modalités de fonctionnement et leurs missions et s'attache à prévenir les dérives sectaires. Il rappelle l'obligation pour les communautés thérapeutiques de s'inscrire dans le réseau de prise en charge sanitaire et social.

Le séjour dans une communauté thérapeutique est d'un an renouvelable par tranches de 3 mois, sans pouvoir dépasser deux ans. La durée du séjour dépend du diagnostic, du projet individuel, des objectifs et de l'évolution de chacun. Les résidents passent par des étapes successives définies à l'avance et dont le franchissement marque un progrès. A chaque étape, l'autonomie et les responsabilités du résident s'accroissent dans la structure. L'objectif est de conduire le résident vers une insertion sociale et professionnelle réussie, avec une amélioration de son état de santé physique et psychologique.

Le cahier des charges précise notamment que « l'objectif du séjour est de développer l'autonomie personnelle et sociale de la personne accueillie sans recours aux traitements de substitution. Mais la poursuite des traitements de substitution aux opiacés ne saurait constituer un critère d'exclusion des patients à l'entrée. C'est pourquoi, les communautés thérapeutiques doivent proposer, pour ces patients, un projet thérapeutique spécifique complémentaire d'aide à l'arrêt des traitements de substitution ».

Les communautés thérapeutiques sont différentes des « postcures » classiques des CSST ou CSAPA car elles proposent une véritable approche thérapeutique communautaire et mettent en avant la notion d'abstinence.

Pour atteindre cet objectif, les professionnels doivent bénéficier d'une formation spécifique. Cette formation est financée par la MILDT. La première session s'est déroulée en 2008. Une seconde session est prévue courant 2009. Cette formation se décline en deux volets :

- Une formation théorique centrée sur l'approche groupale communautaire que les professionnels français du champ des addictions ne connaissent pas
- L'organisation de stages d'immersion dans des communautés thérapeutiques européennes (essentiellement belges)

Le cahier des charges prévoit que d'anciens résidents, ayant fait l'objet d'une formation qualifiante, peuvent être recrutés comme animateurs.

Le plan 2008-2011 de la MILDT prévoit l'ouverture de 3 nouvelles communautés thérapeutiques au rythme de une par an entre 2009 et 2011, pour un coût d'un million d'euros par communauté. **Les parlementaires regrettent que ce plan ne consacre que 3 millions d'euros pour ces établissements sur les 87 millions.**

Les expériences étrangères prouvent que la philosophie des communautés thérapeutiques fonctionne. La France a trop de retard en la matière. La question du sevrage doit désormais être au cœur des actions de lutte contre la toxicomanie.

Des communautés thérapeutiques existent « sur le papier » mais elles n'ont pas d'efficacité suffisante : elles sont trop peu nombreuses, n'ont qu'une faible capacité d'accueil et sont peu connues.

Les parlementaires souhaiteraient qu'un projet concret et ambitieux, sur le modèle italien ou suisse, démontre la volonté politique de lutter efficacement contre la toxicomanie. Certes les moyens financiers à accorder seraient importants mais ils représenteraient un réel investissement pour l'avenir et les générations futures. Actuellement le budget de la sécurité sociale et de l'Etat alimentent des dépenses sans fin, qui n'apportent pas de solution durable pour sortir les usagers de la toxicomanie.

*Propositions : Augmenter la capacité d'accueil des communautés thérapeutiques expérimentales
Augmenter le nombre de communautés thérapeutiques afin d'assurer un maillage territorial qui facilitera la resocialisation de la personne
Permettre le placement judiciaire dans des communautés thérapeutiques
Garantir à chaque résident une formation professionnelle en liaison avec les nouveaux « Pôles Emploi » ou en partenariat avec les entreprises et les organismes de formation.*

Dans le cadre de cette mission, notre propos s'est borné à aborder les modalités qui entourent le sevrage. Mais au regard de l'importance que revêt la lutte contre la toxicomanie et de l'urgence de la renforcer, les parlementaires souhaitent la constitution d'une commission d'enquête parlementaire qui évaluerait toutes les politiques publiques de lutte contre la toxicomanie, et notamment leur financement. Il est urgent, pour notre jeunesse, de mettre fin au gaspillage humain et financier.

Propositions

- Mener des campagnes de prévention avant l'entrée en 6^{ème}
- Identifier au sein de chaque Rectorat un interlocuteur sur la question de la consommation de drogues. Cet interlocuteur pourra accompagner et orienter les équipes pédagogiques qui ont connaissance d'un usager de drogue au sein de leur établissement.
- Inclure la question de la lutte contre la toxicomanie dans les échanges avec les partenaires sociaux
- Identifier au sein des Directions départementales du travail un interlocuteur sur la question de la consommation de drogues. Le médecin du travail pourra ainsi mieux orienter le salarié qui consomme de la drogue.
- Inclure dans la formation des professionnels de santé une formation spécifique et obligatoire sur la lutte contre la toxicomanie et les moyens mis à disposition.
- Mettre en place une consultation obligatoire pour chaque jeune de 16 ans afin de repérer l'usage de drogues et de proposer, le cas échéant, une solution appropriée
- Classer le Subutex comme stupéfiant
- Conduire un audit interministériel sur les coûts induits par la substitution
- Augmenter la capacité d'accueil des communautés thérapeutiques expérimentales
- Augmenter le nombre de communautés thérapeutiques afin d'assurer un maillage territorial qui facilitera la resocialisation de la personne
- Permettre le placement judiciaire dans des communautés thérapeutiques
- Garantir à chaque résident une formation professionnelle en liaison avec les nouveaux « Pôles Emploi » ou en partenariat avec les entreprises et les organismes de formation.
- Créer une commission d'enquête parlementaire sur les politiques publiques de lutte contre la toxicomanie.

Françoise BRANGET, Jean-Paul GARRAUD et Pascale GRUNY tiennent particulièrement à remercier:

- Monsieur Etienne APAIRE, Président de la MILDT
- Monsieur Pascal MELIHAN-CHEININ, Chef du Bureau des Pratiques addictives, Direction générale de la santé
- Docteur Nicolas PRISSE, Bureau des pratiques addictives, Sous-direction Promotion de la santé et Prévention des maladies chroniques, Direction Générale de la Santé
- Monsieur Laurent BUCCHINI, Conseiller technique Pôle Politiques de santé et de prévention, Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative
- Monsieur Serge LEBIGOT, Président de l'association « Parents contre la Drogue »
- Madame Diana des MOUTIS de PORTES et Monsieur Hervé de PORTES, Présidente et Vice-Président de l'association « Revivre libre »
- Monsieur Jean-Marc BORELLO, Délégué général du Groupe SOS Drogue International
- Docteur Guy SEBBAH, Délégué régional du Groupe SOS Drogue International pour la Région Ile-de-France
- Monsieur Andrea MUCCIOLI, Directeur, et le personnel de la communauté thérapeutique San Patrignano (Italie)
- Monsieur Pierre-Yves ALBRECHT, Fondateur et Directeur du Foyer des Rives du Rhône (Suisse)
- Madame la Directrice et le personnel du Centre 110 Les Halles, centre d'accueil et de soins spécialisés en addictologie
- Monsieur Philippe VOILLEQUIN, Directeur de l'association Solea (Réseau 25 Besançon)

Les parlementaires tiennent également à exprimer leur reconnaissance au Président du groupe UMP à l'Assemblée nationale, Monsieur Jean-François COPE, pour son soutien dans la réalisation de cette mission.