



## La passion de la santé publique

Un entretien avec le Pr François Paille\*

Propos recueillis par Didier Touzeau et Florence Arnold-Richez



Le Pr François Paille, 64 ans, est une figure bien connue de la médecine lorraine, côté Nancy, où il a fait toutes ses études et sa carrière depuis les années 1970. Piloté dans son parcours par les Prs Dominique Barrucand, pionnier de l'alcoologie, René-Jean Royer, professeur de pharmacologie clinique, et Jean Schmitt, chef du service de médecine interne, il est aujourd'hui, et depuis 1990, chef du service de médecine L-addictologie aux hôpitaux de Brabois (CHRU de Nancy) à Vandœuvre-lès-Nancy.

Très investi dans la construction de l'addictologie en France, la réforme du troisième cycle des études médicales, la formation initiale et continue des médecins et des professionnels de santé en addictologie, ainsi que dans tous les débats qui animent et agitent ce "champ" (par exemple, sur les nouveaux médicaments et modalités de prise en charge, l'évolution de la législation sur les drogues, etc.), il a assumé de nombreuses responsabilités : président régional de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA), secrétaire général de l'Association pédagogique nationale pour l'enseignement de la thérapeutique (APNET), président du Collège universitaire national des enseignants d'addictologie (CUNEA), ancien président de la Société française d'alcoologie (SFA), président puis actuellement vice-président de la Fédération française d'addictologie (FFA)...

Il participe aussi à de nombreuses recherches, comme l'étude clinique d'efficacité du baclofène dans le maintien de l'abstinence des patients alcoolodépendants, ALPADIR, dont les principales conclusions ont été rendues publiques au début de ce mois, lors du congrès de la "European Society for Biomedical Research on Alcoholism" (ESBRA).

Un homme qui a la passion de la santé publique et a toujours milité pour une médecine globale, humaniste, "comprehensive", comme l'appellent les Américains...

### LA VOIE DE LA MÉDECINE INTERNE

**Le Courier des addictions.** Vous êtes médecin addictologue et alcoologue, mais aussi diabétologue, nutritionniste, médecin spécialiste de l'appareil digestif, médecin interniste. Quel est votre parcours, des spécialités auxquelles vous vous êtes formé et destiné, à l'alcoologie, puis, plus largement, à l'addictologie ?

**François Paille.** Beaucoup d'heureux hasards, ce qui n'exclut pas les convictions profondes qui

ont toujours été les miennes, et une certaine "résonnance" avec ce que j'avais sans doute en moi... Au départ, bon élève en maths, physique, chimie, j'étais plutôt "formaté" pour faire une prépa aux écoles d'ingénieurs, devenir gestionnaire d'entreprise... Mais j'ai tout de suite senti que ce ne serait pas ma voie. Ce qui m'intéressait, c'était l'humain, le relationnel. J'ai donc choisi d'abord la médecine, et rapidement la médecine globale, la médecine interne donc, en passant par l'hépatogastroentérologie, la nutrition humaine, la pharmacologie clinique. J'ai également fait pendant près de 10 ans, parallèlement à mon activité addictologique, de la gériatrie

qui est finalement assez proche de l'addictologie, du moins dans le principe d'une approche moins technique que globale et humaine. J'ai d'ailleurs été responsable du pôle "Gérontologie clinique - Vieillesse - Soins palliatifs - Alcoologie clinique" du CHU de Nancy de 2004 à 2007... Et bien sûr, la médecine interne, ma discipline d'exercice, et l'addictologie qui "travaillent" dans cette même "cour" d'une médecine globale...

**Le Courier des addictions.** Heureux hasards, c'est-à-dire ? Quelles ont été vos "bonnes fées" ?

**François Paille.** Il est vrai que je suis arrivé à l'addictologie par hasard. J'ai été interne dans

le service de médecine interne du CHU du Pr Jean Schmitt, et il était prévu que j'y revienne comme chef de clinique, mais il y avait 1 an d'attente. Juste à la fin de mon internat, le Pr Dominique Barrucand, neuropsychiatre, qui avait créé le centre d'hygiène alimentaire, comme on appelait à l'époque les actuels centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), et le service d'alcoologie du CHU, avait obtenu un poste de chef de clinique en alcoologie et il cherchait à le pourvoir en 1981. Mon patron lui a dit : "J'ai justement un interne en attente d'un poste de chef de clinique disponible pendant 1 an." Il m'a demandé si j'étais d'accord... et je suis tombé "dans la marmite"! De 1982 à 1988, j'ai travaillé à temps partagé, d'abord comme chef de clinique puis comme praticien hospitalier entre les 2 services, celui de Dominique Barrucand et celui de Jean Schmitt. En 1985, Dominique Barrucand a demandé un poste de professeur - qu'il a obtenu -, et sur lequel j'ai été nommé en 1988. Lui-même est parti en 1989 en région parisienne, à Limeil-Brevannes (où son "deuxième" élève a été... Henri-Jean Aubin!). Et moi, je suis devenu chef de service en 1990. J'ai donc vraiment eu la chance de faire une carrière passionnante et rapide, grâce, effectivement, à mes 3 "bonnes fées": Jean Schmitt, interniste dans la grande tradition de la médecine interne de Nancy, qui n'existe plus guère malheureusement, Dominique Barrucand, neuropsychiatre et alcoologue, et René-Jean Royer, professeur de pharmacologie clinique. Ce dernier, membre du Haut Comité d'étude et d'information sur l'alcoolisme (HCEIA), créé en 1954, rattaché au Premier ministre, et dans lequel on peut voir la préfiguration, exclusivement dédiée à l'alcool, de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie (MILDT), créée en 1982 dans le même esprit, pour lutter contre les drogues illicites, et devenue récemment la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca), m'a fait profiter de ses conseils et de son appui, qui

\* Chef du service de médecine L-addictologie, hôpitaux de Brabois, CHRU de Nancy, Vandœuvre-lès-Nancy; vice-président de la Fédération française d'addictologie (FFA).



ont été fondamentaux. Il a aussi beaucoup apporté à l'alcoologie à ses débuts, et à moi en particulier, du fait de ses compétences médicales et humaines.

**Le Courrier des addictions.** *Vous êtes aujourd'hui responsable d'un service au CHU de Nancy - Hôpitaux de Brabois, à Vandœuvre-lès-Nancy. Quelle est sa spécificité ? Son projet ? Ses perspectives ?*

**François Paille.** Depuis le 1<sup>er</sup> mai 1990, j'ai repris le service de médecine interne orienté exclusivement vers l'alcoologie puis l'addictologie, mais il a beaucoup évolué. Historiquement, ce qu'il est convenu d'appeler aujourd'hui le dispositif de soins en addictologie était structuré en "filères-produits", si je peux dire : l'alcool (consultation, liaison, hospitalisation, etc.), les produits illicites (centre de soins spécialisés aux toxicomanes [CSST]) puis les consultations de tabacologie. Depuis 2003, le statut des CSST a changé, les faisant passer du dispositif d'exception, basé sur un système conventionnel financé par l'État (et de façon complémentaire par la MILDT et des collectivités locales), au droit commun des institutions médicosociales, financé par l'assurance maladie (enveloppe médico-sociale de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie [ONDAM]). Comme vous le savez, après regroupement avec les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA), ils sont devenus les CSAPA, structures qui ont pour mission d'assurer les actions de prévention et de soins aux personnes présentant des conduites addictives à des produits (drogues illicites, alcool, tabac) ou à des comportements (jeux, sexe, troubles alimentaires, etc.). Donc les 2 structures médicosociales gérées par le CHU (CSST pour la toxicomanie et CCAA pour l'alcool) ont été regroupées en un seul CSAPA orienté vers l'ensemble des conduites addictives. Parallèlement, le service d'hospitalisation a également élargi ses missions à l'ensemble de ces conduites.

Ainsi, depuis 2010, la "filière" addictologie du CHU de Nancy se compose donc du CSAPA, dont le **Pr Raymund Schwan** est responsable, et du service d'addictologie dont je m'occupe, qui comporte une consultation, une équipe de liaison et 18 lits d'hospitalisation. Il accueille très majoritairement des patients alcoolodépendants en hospitalisation (80 % des patients hospitalisés), mais aussi dépendants aux drogues illicites (héroïne et cocaïne surtout) qui ont besoin d'un sevrage, ou pour les héroïnomanes, de l'instauration, d'une "remise à niveau" ou de l'arrêt de leur traitement de substitution, ou encore de la prise en charge d'addictions associées (alcool très souvent, tabac, cannabis, etc.).

**Le Courrier des addictions.** *Vous êtes aussi vice-président de la Fédération française d'addictologie (FFA), dont vous êtes un "past president", président du Collège professionnel des acteurs de l'addictologie hospitalière (COPAAH), président d'honneur de la Société française d'alcoologie (SFA), membre du conseil d'administration de Actions Addictions-Vivre sans dépendances, fonds de dotation créé par Michel Reynaud. J'en oublie ?*

**François Paille.** Oui, j'attache une grande importance à mon action régionale, qu'il s'agisse du travail que j'ai pu faire, depuis 1989, au niveau régional, au sein de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA), dont je suis aussi le président régional, ou dans le cadre du **réseau lorrain d'addictologie (LORADDICT)** que j'anime depuis le début des années 2000. Parallèlement, en tant que PU-PH de thérapeutique, je me suis beaucoup investi dans l'**Association pédagogique nationale pour l'enseignement de la thérapeutique (APNET)**, dont j'ai assuré le secrétariat pendant une bonne dizaine d'années... Mais nous avons tous beaucoup de charges associatives, institutionnelles, etc.

## LE CHANTIER DE LA RÉFORME DES ÉTUDES

**Le Courrier des addictions.** *Ce sont, bien sûr, plus que des titres : des engagements. Quelles sont vos priorités actuelles dans le champ de l'addictologie, par ordre d'urgence ? La formation des addictologues, le renforcement du rôle des médecins généralistes dans ce champ, la recherche... ?*

**François Paille.** Nous avons beaucoup à faire en addictologie, discipline émergente et encore en pleine évolution. Personnellement, je suis très investi, depuis longtemps, avec **Michel Reynaud** en particulier, dans la formation en addictologie. Les choses avancent finalement assez bien depuis quelques années, et il faut reconnaître que le plan ministériel sur la "prise en charge et la prévention des addictions 2007-2011", puis les plans gouvernementaux définis par la Mildeca et relayés par les agences régionales de santé (ARS) y ont beaucoup contribué. Il y a encore seulement 4 ou 5 ans, une douzaine de facultés de médecine seulement bénéficiaient d'un universitaire en charge de cette discipline et proposaient un enseignement en addictologie digne de ce nom. Les autres n'en dispensaient que quelques heures, parfois pas du tout. Aujourd'hui, sur les 22 facultés de médecine que nous avons en France, pratiquement toutes dispensent un enseignement (d'importance variable) en addictologie, et 4 ou 5 seulement n'ont pas (pas encore) d'universitaire "fléché" en addictologie et proposent un portage universitaire qui paraît parfois, disons... "light". Alors, oui, la priorité me semble la formation en addictologie car on ne peut pas concevoir de développer une discipline comme la nôtre sans s'appuyer sur des personnes bien formées : étudiants, mais aussi médecins généralistes et autres professions de santé motivées pour la prise en charge de patients "addicts", et aussi sur une recherche de qualité comprenant bien sûr l'évaluation des nouveaux traitements et des modalités de prise en charge (baclofène, nalméfène, voire cigarette électronique, etc.).

**Le Courrier des addictions.** *Parlons de la formation initiale et continue : va-t-on vers la création d'un nouveau diplôme en addictologie... puisque toutes les spécialités en médecine sont amenées à être changées ? Quel en est le projet ? L'état d'avancement ? Le rétroplanning ?*

**François Paille.** Je suis effectivement investi, avec l'ensemble du conseil d'administration du **Collège universitaire national des enseignants d'addictologie (CUNEA)**, pour ce qui concerne l'addictologie, dans la réforme du troisième cycle des études médicales avec la mise en place de nouvelles "maquettes" pour l'ensemble des diplômes d'études spécialisées (DES). L'idée de base est : **1 métier = 1 diplôme**, alors qu'actuellement, on peut accéder à des spécialités et surspécialités par des capacités ou des diplômes d'études spécialisées complémentaires (DESC)... La réforme prévoit que tous les DES doivent se faire en 5 ans pour les spécialités médicales et en 6 ans pour les spécialités chirurgicales (mais seulement 3 ans pour la médecine générale, au moins transitoirement, ce qui suscite bien des questions et contestations) : 1 an pour la "phase socle" d'apport des connaissances, puis 2 à 3 ans pour la "phase d'approfondissement" permettant l'acquisition progressive des compétences du métier et enfin 1 à 2 ans de "consolidation", durée pendant laquelle les internes de médecine de 5<sup>e</sup> année seront "mis en responsabilité" dans la spécialité (5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> année pour les internes en chirurgie). La thèse sera passée en fin de 4<sup>e</sup> année (3<sup>e</sup> pour les médecins généralistes [MG]), permettant la mise en responsabilité effective ensuite et les remplacements. Au bout du cursus de 5 ou 6 ans, le DES sera délivré, rendant possible l'exercice de la spécialité ainsi que, le cas échéant, des surspécialités acquises par des **formations spécialisées transversales (FST)** qui remplaceront les DESC actuels. Ce n'est qu'au terme de ce cursus complet que pourra débiter la période post-DES permettant d'accéder à des postes d'assistants, de chefs de clinique, etc. qui ne serviront plus à la formation initiale.



Cette réforme n'est donc pas un simple toilettage, mais une réforme en profondeur du système de formation des étudiants en médecine.

**La surspécialité d'addictologie** rentrera, pour sa part, dans le cadre d'une FST, qui devrait durer 2 ans. Ne pourront donc être reconnus "addictologues" que ceux qui auront suivi les enseignements et les stages de cette FST, dont la maquette, élaborée avec l'aide des membres du CUNEA, et portée notamment avec le **Pr Michel Lejoyeux**, est encore en cours de construction et de validation. Il a été proposé que 7 DES particulièrement concernés y soient d'emblée éligibles : la psychiatrie, la médecine interne, l'hépatogastroentérologie, la pneumologie, la santé publique, la médecine du travail et la médecine générale (à condition que son DES passe à 4 ans, mais cette question reste en débat...).

Cette réforme doit voir **le jour à la rentrée 2017**, donc bientôt. Par conséquent, les premiers étudiants qui commenceront leur FST en addictologie le feront **en 2020**, dans la mesure où ils s'inscrivent en début de 4<sup>e</sup> année de DES.

*Le Courrier des addictions.* **Pourra-t-on accéder à cette surspécialité dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) ?**

**François Paille.** L'idée de départ est qu'il n'y ait pas de différence entre formation initiale et continue. Mais il n'est pas possible d'imaginer qu'un médecin quitte complètement son cabinet pour suivre, pendant 2 ans pleins, la formation à la FST d'addictologie ! Il semble donc que l'on s'oriente vers une "maquette" de type **validation des acquis de l'expérience (VAE)**, avec exigence de stages et de cours théoriques complémentaires, dans le cadre du DPC, mais nécessairement adaptée à des personnes ayant un exercice professionnel. Il faudra en définir les règles en termes de formation, stages, durée d'expérience, etc.

Selon moi, il est très important de penser la formation des MG, et je regrette de ne pas avoir suffisamment insisté sur ce point. Il

faut bien se souvenir que nous, spécialistes, ne voyons la plupart des patients qu'en deuxième ligne, et qu'il serait très important d'intéresser un bien plus grand nombre de MG à leur repérage et prise en charge, en particulier de les former au "*repérage précoce et à l'intervention brève (RPIB)*". Les conduites addictives sont d'abord une question de société avant d'être un problème médical et, à ce titre, concernent tout le monde, avant même les professionnels de santé. Parmi ceux-ci, les "*docteurs*", au premier rang desquels les MG, mais aussi d'autres soignants : les sages-femmes, certains infirmiers (libéraux notamment), les psychologues, voire les kinés, et d'autres encore, sont très ouverts à la tabacologie, à l'alcoolologie et sont bien placés pour aborder ces questions.

*Le Courrier des addictions.* **Vous êtes également très intéressé par l'organisation addictologique hospitalière : où en est-on ?**

**François Paille.** Depuis que l'on a introduit la tarification à l'activité (T2A), l'addictologie a bien du mal à faire reconnaître la spécificité de ses prises en charge et de ses suivis, qui ne sont pas "*solubles*" dans une quantification "*technique*", comme l'est celle pour des actes de radiologie ou de chirurgie... Que dit, à un contrôleur de la Sécurité sociale, un "*atelier de médiation artistique ou corporelle*", une "*série de groupes de parole*", un suivi et un accompagnement "*à rallonge*" et à répétition d'un patient alcoolodépendant ? La question s'est posée avec une acuité particulière pour l'**hospitalisation de jour en addictologie (HDJA)** qui a nécessité un travail de plusieurs mois de façon à commencer à définir les règles du jeu de ce type de prise en charge. La première étape a donc été d'obtenir, par **l'arrêté du 25 février 2016**, une mesure de dérogation pour l'HDJA par rapport aux activités proposées dans les autres disciplines de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) [encadré]. Il y a un accord professionnel (et dans les textes qui la définissent) fort pour

considérer qu'il s'agit de structures intéressantes pour des patients pour lesquels le "*résidentiel*" n'est pas ou plus adapté. Elle convient à des patients, par exemple en période de crise, mais il y a beaucoup d'autres indications pour ces hommes et ces femmes, qui sont souvent précaires, fragiles, mais ont tout de même un "*chez-eux*" et un environnement où il est préférable de les maintenir tout en leur permettant de garder un contact important et fréquent avec la structure.

La deuxième étape sur laquelle on s'est engagé afin de clarifier les choses avec la Sécurité sociale et lui permettre de mener des audits et des évaluations financières dans un cadre clair pour les professionnels et les établissements de santé, est d'établir des "*fiches techniques*" sur nos activités thérapeutiques et des "*programmes-types*" de prise en charge. Cela devrait être réalisé et aboutir à un cahier des charges complet début 2017.

**Encadré.** Arrêté du 25 février 2016 modifiant l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile.

**Art. 6.** Après l'article 11, il est inséré un article 11 bis ainsi rédigé :

"Article 11 bis. Par dérogation aux dispositions de l'article 11, lorsque le patient est pris en charge moins d'une journée, à l'exception des cas où il est pris en charge dans un service d'urgence, l'un des GHS [groupes homogènes de séjours, NDLR] figurant sur la liste 1 de l'annexe 9 peut être facturé dans les cas où les conditions cumulatives suivantes sont réalisées :

1. La prise en charge donne lieu à plusieurs activités parmi celles figurant sur la liste 2 de l'annexe 9 ou à au moins une de ces activités et à un acte ;
2. Les activités réalisées s'inscrivent dans un programme de soins formalisé dont la durée en nombre de venues du patient est définie et le contenu retracé, pour chaque venue du patient, dans le dossier médical ;
3. Ces activités et, le cas échéant, cet acte nécessitent :
  - une admission dans une structure d'hospitalisation individualisée mentionnée à l'article D. 6124-301 du code de la santé publique disposant de moyens en locaux, en matériel et en personnel, et notamment des équipements adaptés pour répondre aux risques potentiels des activités réalisées et, le cas échéant, de l'acte ;
  - un environnement respectant les conditions de fonctionnement relatives à la prise en charge par une équipe pluridisciplinaire dont la coordination est assurée par un médecin ;
  - l'utilisation d'un lit ou d'une place pour une durée nécessaire à la réalisation des activités réalisées et, le cas échéant, de l'acte ou justifiée par l'état de santé du patient.

Lorsque l'une de ces conditions n'est pas remplie, la prise en charge du patient donne lieu à facturation des consultations ou actes mentionnés aux articles L. 162-26 et L. 162-26-1 du code de la sécurité sociale ou réalisés en médecine de ville."



(hôpital Paul-Brousse, Villejuif). La communication des résultats en est réservée au congrès de la "European Society for Biomedical Research on Alcoholism" (ESBRA) de ce mois-ci.

**Le Courrier des addictions.** *Aujourd'hui, où en est-on avec le baclofène ? N'est-on pas allé trop vite, sous la pression de la vox populi, des patients et des médias, au mépris des règles de pharmacovigilance et des bonnes pratiques cliniques ?*

**François Paille.** Clairement, oui, on est allé trop vite en besogne, et il y a eu beaucoup d'incompréhensions. Je veux d'abord insister sur le fait que je suis très favorable aux actions de lobbying des patients, même parfois un peu outrancières. Elles peuvent faire progresser des causes plus efficacement que ne le feraient les professionnels. Cela a été le cas en particulier de la réduction des risques chez les héroïnomanes. Il existe bien d'autres exemples dans d'autres pathologies, et on peut regretter que ce lobbying soit encore très insuffisant dans le champ de l'alcoologie. Cela étant, il n'y a aucune raison – et cela serait à terme contre-productif – de s'affranchir des règles de l'évaluation scientifique des médicaments dans le champ de l'alcoologie, et de façon plus générale de l'addictologie. Compte tenu de la complexité de la pathologie, je ne crois pas du tout que l'on puisse s'attendre, avec les molécules actuellement connues, à des résultats miraculeux, pas plus avec le baclofène qu'avec d'autres, ce qui évidemment ne veut pas dire qu'elles sont sans intérêt. Les études cliniques doivent permettre d'en situer le rapport bénéfice/risque et l'intérêt en pratique. Au contraire, lorsque la machine médiatique s'emballe, ce ne sont pas, loin s'en faut, les meilleures conditions pour analyser avec calme et recul ces aspects. Les améliorations thérapeutiques en médecine font plus souvent des petits pas que des

progrès révolutionnaires. Il en va ainsi de beaucoup de médicaments au début de leur utilisation : bien des pathologies sont traitées d'abord par une molécule d'efficacité limitée, puis on en trouve d'autres, on les associe, et peu à peu les résultats progressent. Le sida en est un parfait exemple. On pourrait encore citer certains cancers, l'hépatite C, etc. Sauf que, dans notre domaine, nous n'avons guère d'alternatives, d'autres classes de médicaments : les cardiologues, eux, disposent pour traiter l'hypertension artérielle de nombreuses classes médicamenteuses et de (trop ?) nombreux médicaments par classe (voir par exemple les bêtabloquants), pas nous ! De plus, très peu de laboratoires pharmaceutiques font des recherches dans le domaine des addictions. Pensons à l'acamprosat calcique commercialisé en 1987, il y a près de 30 ans... Peut-être que, au-delà de son efficacité thérapeutique modérée, il a aussi permis de réintégrer la "maladie alcool" parmi les autres maladies et de positionner les médecins prescripteurs dans un... rôle plus habituel et confortable. Il convient donc de regarder tous ces points avec un recul suffisant pour juger de l'intérêt clinique et de la place des médicaments dont nous pouvons disposer, qu'il s'agisse du baclofène ou d'autres molécules pour l'alcool ou peut-être demain pour d'autres produits.

**Le Courrier des addictions.** *Vous avez également participé, comme investigateur, à une étude sur le nalméfène (ESENSE 2, laboratoire Lundbeck) : c'est un autre outil, efficace, pour améliorer la prise en charge des patients alcoolo-dépendants, alors que seule une minorité de patients sont actuellement pris en charge (8 %, estime-t-on)...*

**François Paille.** Là aussi, on voit bien que le nalméfène n'est pas un

médicament miracle, mais le fait qu'il ait obtenu une autorisation de mise sur le marché (AMM) est important car il ouvre le "champ des possibles" en alcoologie. Par ailleurs, ses indications dans la réduction de la consommation et son mode d'administration "si le patient en ressent le besoin", en remplaçant celui-ci au centre de son traitement, sont innovants. Dans la mesure où 10 % environ des patients, seulement, accèdent à une prise en charge adaptée pour leur problème avec l'alcool, si on ne leur propose encore que des objectifs rigides, inadaptés à ce qu'ils souhaitent à un moment donné, tels que l'abstinence totale et définitive, on risque de les faire fuir et de ne pas pouvoir les aider. Le nalméfène est un outil thérapeutique parmi d'autres qui aide les patients dans leur parcours de soins. Comme le baclofène, dont il faut souligner qu'il a incontestablement contribué à faire émerger la notion de réduction des risques et des dommages pour l'alcool et de réduction de la consommation comme objectif thérapeutique chez les dépendants, il contribue à faire bouger les lignes...

## L'ALCOOL ET LE CANNABIS : EN PARLER ET ÉVOLUER

**Le Courrier des addictions.** *Après la déclaration de Cécile Duflot en faveur de la dépénalisation du cannabis, au moment des dernières élections législatives, en juin 2012, les addictologues, dont vous-même, ont demandé un "Grenelle des addictions". Comment sortir de l'impasse aujourd'hui, puisque tous les addictologues, et vous en premier, affirmez que "l'interdiction seule est un échec" ? "Les gens doivent pouvoir fumer du cannabis chez eux comme ils boivent de l'alcool", comme*

*vous le dites ? Suppression de l'incrimination de l'usage privé de cannabis comme cela figure dans le Livre Blanc de l'addictologie française ou légalisation comme dans d'autres pays ?*

**François Paille.** Nous avons trouvé ce "consensus mou" de la **dépénalisation de l'usage personnel** lors des réflexions menées dans le cadre du Livre Blanc de l'addictologie alors que j'étais président de la FFA, pour relancer le débat. En réalité, il n'y a pas de réponse simple à cette question compliquée. Il y a et il y aura toujours des conduites addictives dans les sociétés. Il convient donc au moins de prendre des mesures pour "limiter la casse", c'est-à-dire diminuer les risques et les dommages liés à ces conduites, en commençant par... en parler ! Or, dans notre pays, 2 produits addictifs sont particulièrement "tabous" : l'alcool (en raison de sa place historique dans la société et de la puissance des lobbies, on le voit bien avec le "détricotage" de la loi Évin !) et le cannabis (très clivant, dans tous les sens). L'idée de ce "Grenelle" était d'essayer de faire changer les représentations de la population générale et de réfléchir à des réponses possibles à la question que pose l'usage massif et dangereux de ces 2 substances dans les conditions actuelles... Malheureusement, on voit bien la difficulté d'ouvrir ces débats et, une fois de plus, je crains qu'on se contente de "suivre" les États-Unis... Si leurs expériences de légalisation du cannabis sont positives, on assouplira probablement à terme notre propre réglementation. Dans le cas contraire, on la verrouillera encore un peu plus. C'est regrettable car il faudrait plutôt réfléchir tous ensemble à ce que l'on pourrait faire en France pour être plus efficaces et imaginer des réponses innovantes et adaptées à notre pays, sans avoir peur de sortir des positions dogmatiques. ■

**F. Arnold-Richez**