

# Prévention chez les usagers de drogues Les centres d'injection supervisés en débat

Les centres d'injection supervisés ont été l'un des sujets de controverse de l'été. Roselyne Bachelot, ministre de la Santé, souhaitait, à la suite de l'expertise de l'INSERM, réalisée à sa demande, engagée une concertation sur le thème, une proposition qui n'a pas été retenue par le gouvernement qui juge que ces centres ne sont « ni utiles ni souhaitables ». « Le Quotidien » donne

la parole au Pr Françoise Barré-Sinoussi qui s'est engagée en faveur d'une expérimentation de ces centres en France, en particulier à Paris, et à Étienne Afaire, président de la MILDT (Mission interministérielle de lutte contre la drogue et toxicomanie) qui affirme que l'objectif n'est pas d'encourager ni même d'accompagner l'usage de drogues.

« Je m'appuie sur des données scientifiques »

« Nous n'avons pas... »

**Le Pr Françoise Barré-Sinoussi, spécialiste du VIH et prix Nobel de médecine, milite en faveur de la mise en place à titre expérimentale des Centres de consommation supervisés. C'est un problème de santé publique, explique-t-elle.**



L'expérimentation est indispensable

**LE QUOTIDIEN DU MÉDECIN -** Vous vous êtes prononcée en faveur de l'expérimentation des centres d'injection supervisés. La MILDT et le gouvernement n'ont pas la même lecture que vous de l'expertise de l'INSERM ?

**FRANÇOISE BARRÉ-SINOUSSI**

« Un certain nombre de personnes, dont moi, avons une lecture divergente de ce rapport de l'INSERM. L'expertise est plutôt en faveur d'une approche expérimentale. Ce que nous demandons aujourd'hui n'est donc pas de mettre des salles d'injection partout mais de commencer par une phase expérimentale. Des centres pourraient être mis à disposition, - un site à Paris et un autre ailleurs - dans les zones les plus appropriées. Ces structures permettront de conduire une vraie étude en France. Celle-ci par définition n'existe pas puisqu'aucune salle d'injection n'existe en France. Toutefois, nous disposons de données sur des expériences réalisées dans d'autres pays - 8 pays en Europe, au Canada et en Australie ont eu le courage de franchir le pas et ont déjà mis en place ces salles d'injection. Les données mettent très clairement en évidence, d'une part, une réduction de la morbidité et de la mortalité par overdoses chez les patients qui fréquentent ces centres et, d'autre part, qu'un certain nombre d'entre eux demande eux-mêmes, au bout d'un certain temps, un sevrage. Je pense à l'étude de Vancouver réalisée par Julio Montaner (président de l'IAS jusqu'à juillet 2010) qui montre un augmen-

tation de 30 % des recours aux cures de désintoxication.

**Quel serait l'impact de ces centres sur l'infection par le VIH et par le VHC ?**

Les approches actuelles de réduction des risques ont permis une réduction du risque de l'infection par le VIH, mais les données sont beaucoup plus mitigées pour l'hépatite C. L'expérience de nos collègues dans d'autres pays met aussi en évidence une diminution du risque d'infection par le virus de l'hépatite C. Il est important de le prendre en considération.

Certains craignent que la mise en place de tels centres ne soit une incitation à l'usage de drogues ? Là aussi les chiffres de nos collègues à l'étranger sont clairs. Il n'y a pas d'augmentation de l'utilisation de drogues à cause de la création de ce type de centres. Ni dans les centres ni à l'extérieur. Au contraire.

**Selon vous, le débat est-il plutôt idéologique ?**

C'est pour cela que j'ai proposé à Act Up et à Jean-Pierre Couteron, président de l'association Anitea\* (Association nationale des interven-

nants en toxicomanie et en addictologie) de les accompagner lors de la réunion à Matignon. Je suis une scientifique et je m'appuie sur des données scientifiques. Or les chiffres sont là, certes pas en France, mais dans des pays voisins et ils sont en faveur d'un bénéfice. Pourquoi ne faisons-nous pas le pas d'une simple phase expérimentale ? C'est cela que je ne comprends pas.

**L'opinion publique et sans doute les médecins semblent partagés sur la question. Que leur dites-vous ?**

C'est sans doute une crainte du gouvernement. Mais là aussi cela dépend de la façon dont on présente les choses. Je pense qu'il existe une méprise ou un malentendu parce que les choses n'ont pas été présentées correctement. Premièrement, il s'agit d'une phase expérimentale et il n'est pas question de généraliser ces centres. Deuxièmement, ce ne sont pas des structures créées uniquement pour que les toxicomanes et les populations précaires concernées viennent se droguer. La notion d'accompagnement est très importante. Je crois que, dans la discussion que nous avons eue avec Matignon, cette notion visiblement n'était pas comprise de la même façon par nous et par nos interlocuteurs. Pour nous, il s'agit bien sûr d'un accompagnement sanitaire et social qui n'est pas destiné à inciter les drogués qui fréquentent ces centres à prendre des décisions eux-mêmes sur leur futur mais qui, sans vouloir les obliger parce que cela ne servirait à rien, doit les amener pas à pas à arrêter leur consommation. Les chiffres de Vancouver vont bien dans ce sens.

**La politique de réduction des risques est souvent citée comme un modèle. Est-ce toujours le cas ?**

La décision prise en 1987 par Michèle Barzach a été extrêmement importante et très courageuse à l'époque. Cela n'a pas été simple mais on en a vu les bénéfices notamment sur l'infection par le VIH. Là, nous sommes à une nouvelle étape. Beaucoup de drogués bénéficient des approches mises en place mais une certaine proportion d'entre eux, notamment la population précaire dans des quartiers chauds, n'y a pas accès. À Paris, ils représentent entre 500 et 1 500 personnes. C'est pour eux qu'il faut absolument prendre une décision. Pour eux et aussi pour les riverains qui sont dans les zones où ils se droguent parce que ce n'est pas agréable d'avoir cette population à proximité.

C'est un problème de santé publique. Nous n'avons pas le droit de ne rien faire pour cette population précaire et marginalisée. Une expérimentation est indispensable et c'est la seule chose qui est demandée à ce stade.

**Vous avez aussi proposé une relecture de l'expertise de l'INSERM. Où en est votre demande ?**

Ce que nous avons demandé, c'est une relecture du rapport INSERM en présence des auteurs car ils sont les mieux placés pour s'exprimer avec précision sur son contenu. Nous attendons une réponse et souhaitons qu'une réunion soit organisée avec eux.

En tant que prix Nobel, pensez-vous que votre voix pèsera dans ce débat ?

Je l'espère profondément parce que la France était assez en avance sur cette question. Là on va être en retard. Mais pour l'heure, je n'ai pas le sentiment d'être entendue des décideurs.

> PROPOS RECUEILLIS PAR LE DR LYDIA ARCHIMÈDE

\*membre du Collectif du 19 mai

**Étienne Afaire, président de la MILDT, explique pourquoi ces centres ne sont « ni utiles ni souhaitables ». Il affirme que le débat reste ouvert et appelle à une réflexion éthique.**

**LE QUOTIDIEN DU MÉDECIN -** La position du gouvernement à propos des centres de consommation supervisés a-t-elle évolué ?

**ÉTIENNE AFAIRE** - Le Premier ministre s'est exprimé sur la question. La position du gouvernement n'est pas de dire qu'il est contre simplement par idéologie mais parce qu'il a développé d'autres dispositifs qui lui ont paru plus utiles. Je voudrais rappeler que l'objectif premier du gouvernement est de faire baisser la consommation de drogues en France. L'usage de cannabis a ainsi baissé de manière très importante puisqu'il est revenu à des niveaux inférieurs à ceux que l'on connaissait au début des années 2000 ; l'usage d'ecstasy a aussi diminué.

En 2001, le jeune français 17 ans était le premier usager d'Europe, ce n'est plus le cas. C'est vrai que l'usage de cocaïne a augmenté mais dans des proportions qui n'ont rien à voir avec ce qui se passe chez nos voisins. La France compte 250 000 usagers de cocaïne alors que l'Espagne, l'Italie et le Royaume-Uni en comptent chacun environ 1 million (...). La prévalence de la consommation d'héroïne est, dans certains pays, supérieure à 5 pour 1 000 habitants, presque 6 en Suisse. La situation de la France est donc complètement différente de celle de ses voisins.

Nos résultats en matière de lutte contre l'usage de drogues sont bons. Ils le sont aussi en matière de politique de réduction des risques.

**L'expertise de l'INSERM souligne pourtant les limites de**

LE QUOTIDIEN  
DU MÉDECIN



LE QUOTIDIEN  
DU PHARMACIEN

12<sup>ème</sup> OPEN DU QUOTIDIEN 2010

60 tournois en France  
Finale à Agadir du 14 au 21 octobre  
Trophée royal air maroc

CHAMPAGNE  
HENRIOT

M.A.C.S.F.  
Notre vocation, c'est vous

BCM Sports  
www.bcm-sports.com

HSBC  
Votre banque, partout dans le monde

He 360 Doc  
Le logiciel du médecin

Trolem.com  
Spécialiste du chariot de golf électrique

Pour tout renseignement : 01 73 28 15 19 ou [quotidienloisirs@quotimed.com](mailto:quotidienloisirs@quotimed.com)

## Expérimentation dans 5 pays européens

**Pays-Bas** : pays pionnier, il a ouvert ses premiers « espaces de consommation » il y a une vingtaine d'années. Il en existe maintenant une quarantaine. Le rôle du personnel médical est de « surveiller » la prise de drogue et de renseigner les patients « sur une consommation sécurisée » et sur les problèmes de santé liés à leur consommation.

**Suisse** : la Suisse fait partie des premiers pays européens à avoir lancé des programmes de substitution et de consommation de drogues sous surveillance médicale à la fin des années 1980. Elle a ouvert 14 salles de consommation.

**Allemagne** : une modification de la législation sur les stupéfiants en 2000 a permis la création de « salles de consommation de drogues ». Elles sont ouvertes aux toxicomanes

se droguant par intraveineuse ou inhalation. Six des 16 États régionaux en ont ouvert (Berlin, Hambourg, Hesse, Basse-Saxe, Rhénanie du Nord, Sarre). La Bavière débat actuellement de l'ouverture de ce type d'établissement.

**Espagne** : des salles de consommation (par injection) fonctionnent à Madrid, Barcelone et Bilbao. La première a été ouverte à Madrid en 1999 dans un bidonville de banlieue.

**Belgique** : le gouvernement a approuvé en 2007 la création à Liège d'un centre expérimental de distribution de diacétylmorphine à des toxicomanes chez qui les traitements de substitution, méthadone principalement, n'ont pas fonctionné. Le projet est soutenu financièrement par le gouvernement.

## ns simplement pas besoin » de ces centres



Les centres seraient un pari sur l'avenir

faut développer pour atteindre les usagers les plus marginalisés.

**Vous dites que les centres d'injection supervisés posent question. Quel type de questions selon vous ?**

Il y a un vrai débat éthique. Est-ce qu'on peut combattre la dépendance à l'héroïne en donnant de l'héroïne ? L'usager dépendant de drogues doit-il être considéré comme un malade chronique incurable pour qui, le médicament d'entretien serait l'héroïne elle-même ? Je crois que le médecin doit effectivement soigner et qu'on doit s'interroger sur les limites de l'action du médecin. Doit-il tout faire pour sortir les usagers de leur dépendance ou est-ce qu'il doit simplement les accompagner dans leur dépendance afin qu'ils risquent le moins possible ? Je ne sais pas si l'Académie de médecine et l'Ordre national des médecins se prononceraient. Les centres sont un pari sur l'avenir parce que l'affirmation selon laquelle la leur mise en place pourrait servir de sas pour une prise en charge en vue d'un sevrage est loin d'être démontrée. Par ailleurs, il faut éviter que ce type de dispositif ou d'autres comme l'échange de seringues en prison ou la prescription médicalisée d'héroïne soit un cheval de Troie pour tous ceux qui réclament l'abrogation de la loi du 31 décembre 1970 interdisant l'usage des drogues.

**L'échange de seringues et les traitements de substitution ont aussi soulevé, lors de leur mise en place, débats et polémiques. Il n'y avait rien d'autre à l'époque. Là, les centres d'injection supervisés n'arrivent pas dans un monde où il n'y a rien. En matière de réduction des risques, la France est très bien dotée : 130 000 personnes sont en substitution, 15 millions de seringues sont distribuées et il existe 130 CAARUD. Les salles d'injection ne sont pas un choix obligatoire. Vous me rappelez le débat sur les échanges de seringues. Il se trouve que j'étais chargé de mission dans l'ancêtre de la MILDT dans les années 1993-1995 quand l'échange de seringues et la substitution ont été généralisés. Je ne suis donc pas un fervent opposant. J'ai défendu le dispositif en arrivant à la tête de la MILDT et j'ai contribué, avec d'autres, à le mettre en place, sous l'autorité de Jean-Louis Langlais. Aujourd'hui, la situation est différente. La France a choisi de mettre en place un dispositif particulièrement complet et compatible avec son objectif de prévention et d'interdiction des usages. Nous allons encore le renforcer. Des discussions ont été menées avec les pharmaciens pour que ces acteurs très importants de santé publique soient plus à même d'être à l'écoute des usagers qui souhaite-**

raient décrocher ou pouvoir bénéficier des dispositifs de réduction des risques. Nous essayons aussi de développer le dépistage précoce des hépatites C notamment en développant l'utilisation de Fibroscan partout où cela est possible.

**Revenons aux centres d'injection. Roselyne Bachelot avait annoncé une concertation sur le sujet. Ses arguments n'ont pas été entendus ?**

Je crois que Madame Bachelot était tout à fait dans son rôle en évoquant ces questions. C'est important que le ministre de la Santé puisse le faire mais la décision gouvernementale se prend à 21 ministres. Le Premier ministre a rappelé quelle était cette décision et quels étaient nos objectifs. Le débat est intéressant. Le gouvernement est tout à fait prêt à continuer à discuter.

**Vous n'entendez pas non plus les arguments du prix Nobel de médecine qui s'appuie sur les données tirées des expérimentations étrangères.**

Je ne connais pas ces données. Je me fonde sur l'expertise de l'INSERM qui dit qu'il faut faire une étude des besoins. A-t-on besoin de ce type de dispositif ? Nous réussissons très bien sans mettre à mal notre objectif qui est de prévenir les usages de drogues et sans mettre à mal notre objectif qui est non pas d'accompagner les usagers mais de sortir les usagers de leur dépendance. Nous ne ressentons pas ce besoin d'expérimentation parce que nous n'en avons simplement pas besoin.

**Qu'en est-il de sa proposition d'une relecture du rapport de l'INSERM ?**

On ne va pas changer sans arrêt les choses. Nous avons très bien lu ce rapport. Une relecture n'aurait pas de sens. Les enjeux à la fois sanitaires et politiques conduisent à préférer d'autres dispositifs, c'est aussi simple que cela. Notre objectif n'est pas d'encourager ni même d'accompagner l'usage des drogues, mais bien de tout faire pour que les usagers puissent sortir de leur dépendance et puissent retrouver leur liberté.

**Vous faites référence à l'éthique, souhaitez-vous consulter l'Ordre des médecins ou l'Académie nationale de médecine ?**

Encore une fois, le gouvernement n'est pas du tout fermé à la discussion. Nous avons nos arguments et pensons pouvoir les défendre. Le débat est sur la place publique. D'autres professions sont concernées, notamment les médecins et les professionnels de santé. L'Ordre national des médecins et l'Académie de médecine ont leur mot à dire. Ils n'ont pas besoin d'être saisis pour autant.

» PROPOS RECUEILLIS PAR LE DR L. A.

## Douze millions d'élèves font leur rentrée Réussir sa scolarité, c'est une question de rythme

**Pour affronter cette nouvelle année, le chronobiologiste Hubert Montagner donne quelques conseils d'aider les élèves à reprendre un rythme adapté.**

APRÈS CES DEUX LONGS mois de vacances, les enfants ont peu à peu décalé leur sommeil : ils se lèvent plus tard et veillent plus longtemps le soir. L'heure de la rentrée ayant sonné, il faut se réadapter aux horaires pour prévenir les premiers signes de fatigue et de stress. Pour Hubert Montagner, ancien directeur de recherche à l'INSERM et auteur de « l'Arbre enfant - Une nouvelle approche du développement de l'enfant »\*, il est important de « créer les conditions pour que le rythme veille-sommeil des enfants soit le plus régulier possible », dans un climat de confiance. « Les trois quarts des parents tombent dans ce travers : ils mettent la pression scolaire à leurs enfants avant même que les cours n'aient vraiment repris. » À tous les âges, estime le chronobiologiste, il faut respecter des « rituels d'endormissement » afin d'accompagner les enfants dans le sommeil, sans les bousculer ni les culpabiliser. « Il doit y avoir, après le dîner, un temps de convivialité et de tendresse : c'est la clé pour que l'enfant aille dormir plus tôt, sans souci ». Hubert Montagner se garde bien de donner des horaires, lesquels varient en fonction des habitudes familiales. Mais il incite les parents à surveiller les premiers indicateurs d'endormissement et à ne pas les laisser s'envoler. Il est primordial de convaincre les enfants de l'importance du sommeil pour qu'ils puissent faire face à la vie scolaire, à leurs défis sportifs mais aussi à leur vie affective, voire sexuelle.

**La journée la plus longue.** Respecter leur rythme de sommeil, c'est leur fournir une arme indispensable contre des temps scolaires qui ne sont pas adaptés « aux réalités constituées par les rythmes de l'enfant », dénonce Hubert Montagner. « Les écoliers français subissent la journée scolaire la plus longue du monde, y compris pour les enfants de l'école maternelle, âgés de 3 à 6 ans. Cela se traduit par une difficulté ou impossibilité d'être vigilants et attentifs pendant trois heures au cours de chaque matinée, et en conséquence une difficulté ou impossibilité à traiter les informations, et donc à comprendre et apprendre. » Au-delà de la bonne volonté des enseignants, la journée scolaire est particulièrement épuisante, « anxiogène et démotivante » pour les enfants vulnérables, en échec et en désamour de

l'école. Par ailleurs, la semaine de 4 jours imposée en 2008 par le ministère de l'Éducation nationale constitue, selon Hubert Montagner, « une nouvelle forme de maltraitance ». Dans un rapport de 2010 sur l'aménagement du temps scolaire et la santé de l'enfant, l'Académie de médecine dénonce elle aussi cette mesure qui ne serait pas favorable à l'enfant. Celui-ci se trouve en effet « plus désynchronisé le lundi et le mardi matin que dans la semaine habituelle de 4 jours et demi ». Cette désynchronisation se matérialise par des troubles atypiques, tels que la fatigue, la mauvaise qualité du sommeil et de l'appétit, des troubles de la concentration et des performances moindres. Une expertise collective de l'INSERM, menée en 2001, soulignait que les variations hebdomadaires de l'activité intellectuelle sont, à la différence des variations journalières, davantage le reflet de l'aménagement du temps scolaire que d'une « rythmicité endogène propre à l'élève ».

Pour tenir compte des données biologiques, estime les académiciens, il faudrait une année scolaire de 180 à 200 jours au lieu des 144 jours de classe actuels (avec la réduction des grandes vacances), de 4 à 6 heures par jour selon l'âge de l'élève et de 4 jours et demi à 5 jours de classe par semaine en fonction des saisons ou des conditions locales. En juin dernier, le ministre de l'Éducation, Luc Chatel, a installé le comité de pilotage de la Conférence nationale sur les rythmes scolaires, qui va travailler pendant près d'un an sur la question. Le comité sera chargé, dans un premier temps, de consulter les acteurs concernés par le sujet : organisations syndicales, parents d'élèves, élèves, monde associatif, monde économique et social. François Testu, professeur en psychologie, et Yvan Touitou, chronobiologiste, font partie des 18 membres du comité.

Un premier rapport d'étape est prévu en janvier 2011. Les pistes de travail retenues seront présentées à la mi-mai 2011, même si le calendrier scolaire est déjà fixé pour les trois prochaines années. Toutefois, dès cette rentrée, un nouveau rythme scolaire avec cours le matin et sports l'après-midi va être aménagé dans certaines classes de 124 collèges et lycées en France. Cette expérimentation qui concerne plus de 7 000 élèves doit permettre, entre autres, « une adaptation de la politique de santé aux besoins des élèves ».

» STÉPHANIE HASENDALH.

\* Odile Jacob, septembre 2006, 352 p., 25,50 euros.



Une nouvelle année éprouvante les attend