

A S S E M B L É E   N A T I O N A L E

X I I I <sup>e</sup>   L É G I S L A T U R E

# Compte rendu

## Mission d'information sur les toxicomanies

- Audition de M. Pierre Arwidson, directeur des affaires scientifiques de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), et de Mme Anne Guichard, chargée de mission au département « Évaluation et expérimentation » de la direction des affaires scientifiques ..... 2
- Table ronde, ouverte à la presse, réunissant des représentants d'associations : M. Bruno Spire, président de Aides, Mme Élisabeth Avril, directrice de Gaïa Paris, M. Alain Rigaud, président de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie, M. Jean-Marc Borello, délégué général et président du directoire de SOS Drogue international-Groupe SOS, M. Julien Chartier, président, et M. Frédéric Voize, trésorier de l'Association française des dépendants en rétablissement, M. Pascal Melin, président de SOS Hépatites, Mme Martine Lacoste, secrétaire générale du Centre d'information régional sur les drogues et les dépendances de Midi-Pyrénées, « Jean », président, et « Paul », responsable du comité d'information publique de Narcotiques anonymes de France et M. Jean Costentin, président du Centre national de prévention, d'études et de recherches en toxicomanie..... 10
- Présences en réunion ..... 30

Mercredi

16 février 2011

Séance de 16 heures 15

Compte rendu n°06

SESSION ORDINAIRE DE 2010-2011

**Présidence de  
M. Serge Blisko,  
député, coprésident  
et de  
M. François Pillet,  
sénateur, coprésident**



## MISSION D'INFORMATION SUR LES TOXICOMANIES

**Mercredi 16 février 2011**

*La séance est ouverte à seize heures quinze.*

*(Présidence de M. Serge Blisko, député, coprésident  
et de M. François Pillet, sénateur, coprésident)*

*La Mission d'information sur les toxicomanies entend M. Pierre Arwidson, directeur des affaires scientifiques de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), et Mme Anne Guichard, chargée de mission au département « Évaluation et expérimentation » de la direction des affaires scientifiques.*

**M. Pierre Arwidson, directeur des affaires scientifiques de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.** Mme Thanh Le Luong, directrice générale de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), vous prie de bien vouloir excuser son absence et se tient à la disposition de votre mission pour toute information complémentaire.

Succédant au Comité français d'éducation pour la santé, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé est un établissement public créé en 2002, dont la mission est de conduire les programmes de prévention et d'éducation pour la santé dans le cadre des plans nationaux de santé publique. Les cent quarante personnes qu'il emploie s'efforcent, avec un budget d'environ 120 millions d'euros, de couvrir l'ensemble des sujets de prévention, en se situant en amont des soins.

La recherche sur la prévention de l'usage des substances psychoactives auprès des jeunes a maintenant plusieurs dizaines d'années et a été majoritairement conduite aux États-Unis. Des approches successives ont été testées ; elles ont évolué et se sont sophistiquées.

La première approche visait à souligner le danger des produits et à utiliser le ressort de la peur. Elle a laissé place à une approche tendant à augmenter les capacités de résistance à la pression des pairs, comme apprendre à dire « non ». Celle-ci a permis d'instaurer des méthodes éducatives intégrant des mises en situation beaucoup plus concrètes que des séances d'information où les jeunes demeuraient passifs.

Des programmes fondés sur l'idée que les moteurs principaux de la consommation résident dans l'influence sociale et la conformité à des normes, réelles ou imaginaires, se sont ensuite développés. D'autres, plus récemment, – tel celui du Pr Gilbert Botvin, de l'Université Cornell –, ont complété le travail sur l'influence sociale par une démarche fondée sur des éléments de psychologie individuelle : gestion de l'anxiété et de la timidité, aide à la résolution de problèmes d'ordre scolaire ou familial. Certains de ces programmes ont démontré leur efficacité dans la réduction de la consommation en comparaison à des groupes témoins.

Les interventions, principalement en milieu scolaire, se sont alors déplacées vers la sphère familiale, suite aux travaux de M. Resnick qui ont mis en évidence son importance. L'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) a ainsi publié, en 2009, une revue internationale des cent trente programmes dits « de parentalité » existants.

Un programme de soutien aux familles et à la parentalité, repéré par une méta-analyse *Cochrane* de David Foxcroft, nous a particulièrement intéressés : son objectif consistait, en sept ou quatorze séances, à améliorer la communication et la gestion des conflits au sein de la famille et à établir des règles et des rituels familiaux. Une évaluation réalisée par Richard Spoth a montré que ce programme avait permis, en quatre ans, de réduire l'initiation à la consommation d'alcool de 26 %, à l'ivresse de 40 %, à la consommation de tabac de 34 % et à la consommation de cannabis de 55 %.

La recherche sur l'usage des campagnes médiatiques et du « *marketing social* », beaucoup plus récente, a donné lieu à beaucoup moins d'articles. Les conclusions de l'équipe de David Hawks, publiées par l'Organisation mondiale de la santé, en 2002, ont montré que les campagnes médiatiques étaient capables d'alerter sur les dangers de l'usage, mais qu'elles ne permettaient pas de réduire la consommation lorsqu'elles étaient utilisées seules. En 2008, Robert Hornik a évalué une grande campagne médiatique américaine – à laquelle l'État avait consacré 1 milliard de dollars entre 1998 et 2004 –, sans trouver de corrélation entre le niveau d'exposition à cette campagne et la consommation de cannabis chez les jeunes.

Il apparaît de manière récurrente qu'une campagne médiatique, quel que soit son objet, doit être intégrée dans un dispositif global plus vaste.

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé travaille sur deux axes complémentaires : d'une part, prévenir ou réduire la consommation de substances psychoactives ; d'autre part, prévenir ou réduire les conséquences liées aux addictions chez les consommateurs. Nous collaborons étroitement avec la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie et notre activité s'inscrit dans le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies pour la période 2008-2011.

Nous avons conduit deux des trois campagnes médiatiques de ce plan : une campagne d'alerte lancée en 2009 – « *Drogues : ne fermons pas les yeux* » –, qui confrontait l'image positive de la drogue à ses conséquences négatives, et une campagne sur la responsabilité des parents et des proches, menée en 2010 – « *Contre les drogues, chacun peut agir* ».

Nous éditons des documents d'information pour le grand public, comme *Drogues et dépendance*. Nous projetons d'éditer une série d'ouvrages consacrés à l'aide à la parentalité et aux compétences psycho-sociales. Nous éditons également des documents destinés aux usagers de drogues ainsi qu'aux professionnels qui les entourent.

Nous assurons la coordination des services d'aide à distance *Drogues info service* et *Écoute cannabis*, qui, avec *Écoute alcool*, reçoivent 80 000 appels par an. Durant les trois dernières semaines de 2010 – pendant notre campagne sur la parentalité – *Drogues info service* a reçu plus de 12 000 sollicitations, soit trois fois plus qu'un mois avant. Parmi les appelants, 65 % étaient des proches d'usagers de drogues – des parents dans 63 % des cas –, 34 % des consommateurs et 1 % appartenaient au grand public ou étaient des professionnels.

Nous fournissons gratuitement du matériel d'injection stérile aux associations demandeuses – environ 100 000 kits par an – et nous subventionnons le remplacement de deux à trois automates distributeurs de tel matériel par an – sur un parc de deux cent soixante-dix distributeurs de trousse et de deux cent cinquante-sept échangeurs-récupérateurs. Cette activité, marginale par rapport au dispositif général, permet d'éviter les ruptures de service. Nous distribuons aussi des préservatifs gratuits.

Nous publierons prochainement, conjointement avec l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies, les résultats du Baromètre santé 2010 concernant les drogues illicites. Nous sommes associés à des enquêtes comme la *European school survey project on alcohol and other drugs* (ESPAD), menée auprès des élèves de seize ans et l'enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense (ESCAPAD), une enquête qui concerne plus spécifiquement les adolescents français de dix-sept ans, en liaison avec la journée de préparation à la défense. Nous collaborons aussi à des enquêtes auprès des sans-domicile fixe, comme l'enquête SAMENTA, menée avec le SAMU social, et auprès des centres de réadaptation. Nous lancerons prochainement une enquête sur le rôle des médecins du travail dans la prise en charge des addictions.

**Mme Anne Guichard, chargée de mission au département « Évaluation et expérimentation » de la direction des affaires scientifiques de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.** L'institut a choisi depuis peu de s'intéresser à l'entrée dans l'injection, une étape particulière de la trajectoire des usagers de drogues par voie intraveineuse.

Il nous a semblé urgent de développer de nouvelles approches compte tenu de la prévalence très élevée de l'hépatite C parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse – 60 % d'entre eux sont contaminés – et du constat que les outils de réduction des risques, efficaces contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), ne permettent pas de lutter contre celui de l'hépatite C (VHC) qui est beaucoup plus contagieux et implique d'autres temps de la préparation du produit injecté.

Les données de la littérature épidémiologique indiquent que les contaminations surviennent tôt dans les trajectoires des usagers de drogues par voie intraveineuse, probablement dès les premières injections. De nombreuses études attestent de taux de séroconversion VIH et VHC plus élevés parmi les jeunes et les nouveaux consommateurs que parmi les usagers de drogues anciens et expérimentés. L'enquête Coquelicot, menée par l'Institut de veille sanitaire, confirme cette tendance en montrant que 30 % des usagers de moins de trente ans sont infectés.

Pourquoi, en termes d'âge, cette période est-elle qualifiée de période à haut risque ? La première injection est souvent un acte non programmé, opportuniste, avec le prêt par un tiers, potentiellement contaminé, de son matériel d'injection. L'initié n'est alors pas conscient des risques : il vit une « lune de miel » avec le produit, qui n'apporte à ses yeux que des bénéfices ; âgé en moyenne de dix-sept ans, il éprouve un sentiment d'invulnérabilité. Les jeunes consommateurs constituent un public difficile à atteindre, dans la mesure où ils ne se trouvent pas encore en contact avec les structures existantes et que les stratégies de prévention et de réduction des risques n'en ont pas toujours fait une priorité.

Les données relatives à l'évolution des pratiques de consommation semblent indiquer un renouvellement de la problématique de l'injection. Selon l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies, l'âge moyen lors de la première injection tourne autour de dix-sept à dix-huit ans. Le recours à l'injection de psychostimulants, comme la cocaïne et les amphétamines, est en augmentation. Par ailleurs, un nouveau profil d'usagers injecteurs d'héroïne apparaît : il s'agit de jeunes, bien intégrés, qui consomment dans un cadre festif. D'un point de vue épidémiologique, ces injections occasionnelles sont tout aussi catastrophiques que les autres, mais il nous est difficile de cerner ces usagers, noyés dans la masse de la population.

Dans ce contexte et en raison de notre mission de prévention, la stratégie d'action visant à réduire la fréquence d'injection et à prévenir ou à différer son initiation nous est vite apparue comme un levier d'action important pour tenter d'infléchir l'épidémie d'hépatite C.

Impliqués dans l'expertise collective menée par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), nous avons conduit une revue de la littérature sur les facteurs de risque de passage à l'injection et les interventions permettant de prévenir efficacement l'entrée dans ce mode d'administration.

Ce travail nous a permis de repérer un programme britannique prometteur pour prévenir l'initiation à l'injection : *Break the cycle* (« Rompre le cycle »), initié au Royaume-Uni, a été adapté en tout ou partie au Canada, en Australie, en Europe de l'Est et en Asie centrale. Il s'adresse aux usagers potentiellement initiateurs pour les encourager à dissuader les non-injecteurs de franchir le pas.

Les évaluations conduites sur trois mois montrent que ce type de programme permet de réduire le nombre d'initiations, de réduire la fréquence d'injection et de diminuer les pratiques à risque, notamment liées à la préparation du matériel.

L'intérêt de ce programme est aujourd'hui largement établi parmi le milieu associatif, les intervenants en toxicomanie et la communauté scientifique. Nous débutons une étude de faisabilité qui s'appuiera sur des expériences internationales et sur l'expérience des acteurs français pour mieux définir le contexte et les conditions de la mise en place d'un tel type de programme en France.

De façon plus générale, il nous faut développer une stratégie de prévention de l'injection. En l'absence de données sur le sujet en France, l'institut a mis en place une première enquête nationale sur les contextes et les conditions de la première injection de drogues : Priminject. Il s'agit d'une enquête innovante, conduite sur internet – même si la promotion de l'enquête est essentiellement relayée par les réseaux spécialisés –, qui devrait nous permettre de mieux appréhender les différents modes d'entrée dans l'injection, notamment chez des publics méconnus. Le recrutement s'achève et les premiers résultats seront disponibles cet été.

Notre approche est complémentaire d'autres approches de promotion des pratiques d'injection à risque réduit telles que les salles d'injection supervisées ou les programmes de type ERLI (éducation aux risques liés à l'injection) développés par le milieu associatif.

Plutôt que de considérer séparément consommateurs et non-consommateurs, nous concevons nos interventions comme un *continuum* : prévention de la consommation auprès des non-usagers, prévention du passage à des produits ou à des voies d'administration plus risqués auprès des usagers et réduction des risques auprès des usagers pratiquant un mode de consommation à risque.

L'articulation de ces différents niveaux d'intervention a fait l'objet en mars dernier d'un séminaire, rassemblant associations, intervenants et chercheurs en addictions.

**M. Serge Blisko, coprésident pour l'Assemblée nationale.** Comment les thèmes et les publics cibles des campagnes, ainsi que les médias sur lesquels elles s'appuieront, sont-ils choisis ? Quel mode de diffusion a-t-il le plus d'impact auprès des jeunes : l'écrit, internet ou la télévision ?

**M. François Pillet, coprésident pour le Sénat.** Sur quels critères sélectionnez-vous les associations qui relaieront vos campagnes ? Il est intéressant que vous ayez retenu le moment de la première injection ; mais sur le terrain, comment entrez-vous en contact avec les consommateurs ? Certains d'entre eux ne lisent pas, n'utilisent pas internet, ne regardent pas la télévision ou ne côtoient pas d'association.

**Mme Françoise Branget, corapporteuse pour l'Assemblée nationale.** Quels sont les programmes américains qui, ayant fait la preuve de leur efficacité, pourraient être transposés en France ?

Vous appuyez-vous sur les associations pour conduire l'étude ciblée sur les conditions d'entrée dans l'injection ? Comptez-vous développer votre propre programme en direction des publics non injecteurs ?

Sachant que l'injection et la consommation de drogues illicites sont interdites par la loi, disposez-vous d'un budget spécifique pour cette action ?

**Mme Catherine Lemorton, députée.** Comment évaluez-vous la portée des campagnes de prévention ? Pour en avoir parlé avec des proches adolescents, je sais que le message du spot « *Drogues : ne fermons pas les yeux* », qui montrait des jeunes – assez aisés – dans une fête, n'a pas du tout été compris.

Je suis étonnée que vous puissiez parler d'injection occasionnelle d'héroïne, car il me semble que c'est l'une des substances psychoactives les plus addictives sous ce mode de consommation : le premier « *flash* », décrit comme inoubliable, inciterait à se repiquer très rapidement.

Compte tenu de la prévalence de l'hépatite C chez les injecteurs compulsifs, que pensez-vous de la distribution de seringues stériles à l'intérieur des prisons, même si elle est aujourd'hui interdite ?

**Mme Fabienne Labrette-Ménager, députée.** Concernant la dernière campagne de prévention, j'ai recueilli auprès de jeunes de dix-sept et dix-huit ans les mêmes avis que Mme Catherine Lemorton.

Par ailleurs, les jeunes travailleurs, notamment les apprentis, ne sont pas spécifiquement visés par les campagnes de prévention alors qu'ils sont concernés par le passage à la première injection. Comptez-vous mener des actions de prévention dans les centres de formation ou dans les agences de travail temporaire ?

**M. Pierre Arwidson.** Comme pour toutes les campagnes réalisées sur financement public, nous utilisons des « post-tests » qui consistent à mener une enquête auprès d'un échantillon représentatif de la population ; ces mille personnes nous disent si elles ont vu la campagne et si elles peuvent la décrire, puis, après visionnage, nous font part de leurs réactions et de leur appréciation. Le service d'information du Gouvernement compile les résultats.

Les « post-tests », qui ne constituent pas un outil scientifique, ne permettent pas d'évaluer l'impact des campagnes menées sur les comportements. Nous aimerions disposer d'outils semblables à ceux des Américains qui recrutent et suivent des cohortes avant la campagne et des années après, ce qui permet de faire la relation entre l'exposition au message et le changement des comportements. Mais cela représente un coût important.

Le « post-test » réalisé sur « *Drogues : ne fermons pas les yeux* » a montré que les jeunes, en effet, n'avaient pas bien compris le message. Ce sont les parents qui, en fin de compte, ont apprécié le plus la campagne.

**M. Jean-Marie Le Guen, député.** L'objectif n'était-il pas de rassurer l'électeur ?

**M. Pierre Arwidson.** Une autre campagne, diffusée cette fois sur internet, montrait des petits trafiquants révélant à un acheteur potentiel leurs méthodes de manipulation. Elle a beaucoup plu, mais a été sans doute moins vue.

Le choix du support de diffusion dépend du public cible et du message de la campagne. La télévision est le média le plus puissant, mais il est certain que les jeunes la désertant, internet prend de plus en plus d'importance dans nos stratégies de communication.

Les programmes américains de prévention, bien que séduisants, sont difficilement transposables. Un programme d'aide à la parentalité a ainsi été traduit et adapté ; mais son expérimentation dans une commune francilienne, avec une série de sessions obligatoires, s'est révélée peu convaincante : la culture française rejette les cadres rigides et fermés. En outre, ces programmes s'inscrivent dans un cadre cognitivo-comportemental, une démarche rejetée par une bonne partie des addictologues français. Nous nous efforçons, à partir de ces programmes, d'élaborer des manuels où le public français pourra choisir librement son activité, sans se sentir contraint par la succession d'étapes à respecter.

Les publics défavorisés font partie de nos priorités lorsque nous achetons des espaces auprès des agences de publicité. Mais nous ne disposons pas de moyens spécifiques pour intervenir auprès des jeunes en apprentissage. La direction de l'animation du territoire et des réseaux et une équipe spécialisée dans les plans de diffusion tentent d'atteindre tous les publics, mais ce n'est pas à cent quarante que nous pouvons actionner l'ensemble des réseaux et entrer en contact avec toutes les personnes en bout de chaîne.

**Mme Anne Guichard.** Il faut bien faire la distinction entre l'étude que nous menons sur internet afin de comprendre le mécanisme d'entrée dans l'injection et le programme *Break the cycle*.

Ce dernier est fondé sur des données d'épidémiologie sociale qui ont montré que, dans la grande majorité des cas, l'expérimentation de l'injection n'est pas solitaire, mais accompagnée de pairs. Éthiquement, il est hors de question d'intervenir auprès de publics jeunes, dont on ne sait pas s'ils passeront à l'injection ; ce programme est à destination des injecteurs, potentiellement initiateurs.

Les données confirment qu'un usager de drogues, sollicité par un jeune pour qu'il l'initie, ne sait pas quoi faire. Malgré sa réticence, il tend à parler positivement de l'injection et à s'injecter devant le non-initié. Le travail de terrain, en face-à-face ou par petits groupes de pairs, consiste à faire réfléchir les injecteurs sur leurs propres pratiques, à modifier leur comportement potentiellement incitatif et à leur apprendre à répondre à un jeune qui demande expressément à être initié.

Au sein de l'institut, nous nous efforçons de repérer les programmes qui fonctionnent ailleurs, de fédérer les acteurs et de mettre en place les conditions d'expérimentation de ces programmes. S'agissant du programme *Break the cycle*, nous n'en sommes qu'à l'étude de faisabilité. Pour examiner les conditions de réception de ce programme, nous travaillons avec

l'Association nationale des intervenants en toxicomanie et addictologie, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies et l'Institut de veille sanitaire.

Notre action, qui vise à réduire les risques, s'inscrit dans un cadre juridique précis. Nous ne sommes pas en porte-à-faux vis-à-vis de la loi.

Les données dont nous disposons, souvent en retard sur l'évolution réelle des pratiques, montrent que les modes de consommation évoluent. Les injections très occasionnelles, en augmentation, sont le fait de jeunes, bien intégrés, étudiants, qui consomment en milieu festif du Subutex, des amphétamines, de la cocaïne et même de l'héroïne, sans pour autant tomber immédiatement dans la compulsion. Ce sont précisément ces nouveaux modes de consommation qui nous inquiètent : la population est plus difficile à atteindre, elle est moins demandeuse de soins. Pourtant, ses comportements sont tout aussi dangereux.

Je n'ai pas d'avis sur les échanges de seringues en prison. L'institut, dans sa mission de prévention, agit en amont de l'injection.

**M. Pierre Arwidson.** Nous venons de recruter un spécialiste de la santé en prison et nous lancerons prochainement une enquête auprès des deux cents unités de consultation et de soins ambulatoires, afin de dresser un état des lieux. S'agissant de la prévention de la toxicomanie en prison, nous n'en sommes qu'au commencement.

**M. Jean-Marie Le Guen, député.** Vous avez donné l'impression que vous ne faisiez que de la prévention primaire, en amont de toute consommation. Mais l'objectif d'une politique de prévention n'est-il pas d'englober tous les comportements, notamment les conduites à risques ? Quelles actions menez-vous auprès des toxicomanes avérés ?

**Mme Samia Ghali, sénatrice.** Il est vrai que la dernière campagne de prévention semblait s'adresser à une population relativement aisée. Avez-vous étudié l'appartenance sociale des usagers de drogues ? Ma connaissance du terrain me fait dire que les nouveaux usagers se recrutent davantage parmi les catégories sociales élevées ; dans les « quartiers », la prévention s'est faite naturellement : les jeunes ont été en quelque sorte instruits par l'expérience et sont désormais plus petits trafiquants que consommateurs.

Comment procédez-vous pour lancer vos campagnes sur internet ? Ciblez-vous les sites fréquentés par les jeunes, comme « Torrent 411 » ? Envoyez-vous des « spams » sur le modèle de ceux à connotation sexuelle ? Si oui, comment se fait-il que nous ne les recevions pas ?

Si les premières injections, souvent fatales en termes de contamination, se font la plupart du temps dans un cadre festif et sous influence, n'y a-t-il pas peu de chance qu'elles se produisent dans l'enceinte d'une salle d'injection ?

Des jeunes bien insérés socialement, vivant dans une famille stable, sans problèmes apparents se laissent pourtant tenter par la consommation de drogues. La pression des études, le stress au travail, la timidité ou l'anxiété sont des facteurs de passage à l'acte que notre société doit désormais considérer. Comment envisagez-vous la prise en charge de ces personnes ?

**M. Pierre Arwidson.** Comme je l'ai expliqué au début de l'audition, nous travaillons aussi bien à prévenir qu'à réduire l'usage de drogues ; nous œuvrons aussi à la prévention des risques liés à la consommation. L'ensemble du spectre est couvert.

L'institut fournit chaque année 100 000 kits de type « Stéribox ». Nous subventionnons également les associations lorsqu'il s'agit de remplacer les automates distributeurs de seringues.

Nous diffusons des documents visant la réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues par voie intraveineuse. Nous publions aussi à l'attention des consommateurs des documents de type « questions-réponses » sur l'héroïne et la cocaïne, très explicites sur les différents risques, ainsi qu'un guide d'aide à l'arrêt de la consommation de cannabis.

**M. Jean-Marie Le Guen, député.** Le guide sur la réduction des risques infectieux est-il à l'usage des professionnels ou s'adresse-t-il directement aux consommateurs ?

**M. Pierre Arwidson.** Ce sont des guides destinés aux usagers, mais nous passons par les professionnels pour leur distribution puisque nous n'avons pas accès directement aux consommateurs.

**M. Jean-Marie Le Guen, député.** Quelles limites éthiques vous fixez-vous ?

**M. Pierre Arwidson.** Nous agissons dans le cadre de la politique de réduction des risques.

**M. Jean-Marie Le Guen, député.** Cela vous permet-il d'indiquer aux toxicomanes les conduites à tenir pour ne pas aggraver les risques – ne pas échanger les seringues, par exemple ?

**M. Pierre Arwidson.** Tout à fait.

**M. Serge Blisko, coprésident pour l'Assemblée nationale.** De quelle façon envisageriez-vous la collaboration avec des centres d'injection supervisés, si ceux-ci venaient à être créés ?

**Mme Anne Guichard.** Ayant participé à l'expertise collective de l'INSERM, je sais que de tels centres peuvent poursuivre des objectifs différents.

S'agissant de la contamination, je pense que l'enjeu se situe bien en amont. Tout laisse à penser que les usagers contractent le VIH et le VHC tôt dans leur trajectoire et sont déjà contaminés lorsqu'ils en viennent à fréquenter les salles d'injection. Pour autant, cela ne signifie pas que ces salles ne répondent pas aux besoins socio-sanitaires des populations en difficulté et à la problématique sociale de la consommation de drogues dans la rue.

Nous sommes partisans de mettre en place des dispositifs complémentaires et de développer des programmes intégrés. Nous travaillons avec des associations bien mieux placées que nous pour défendre ce type de projets, en proximité avec les usagers.

Face à l'urgence épidémiologique, nous devons diversifier la palette des outils de réduction des risques. Ces dernières années, nous avons développé les programmes d'échange de seringues et les traitements de substitution aux opiacées en oubliant le reste et en mettant les jeunes de côté. Il nous faut désormais élargir l'éventail des approches préventives.

Une expérience australienne, consistant à installer un programme de type *Break the cycle* dans des locaux situés un étage au-dessus d'une salle de consommation, a récemment fait l'objet d'une publication qui montre que ces deux univers se côtoient difficilement. Mais il n'est pas inintéressant de travailler auprès des usagers expérimentés pour les amener à réfléchir à leurs pratiques de consommation et, potentiellement, d'initiation.

**M. Philippe Goujon, député.** Cette approche me semble très théorique et bien peu crédible. Les études menées montrent que les usagers des salles d'injection sont déjà très engagés dans la toxicomanie. Ce sont des personnes qui ne sont plus insérées, souvent très contaminées et qui n'en sont plus à leur première injection ! Laissons aux centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues et aux centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie le soin de prendre en charge cette prévention.

**M. Jean-Marie Le Guen, député.** C'est bien en fonction de l'insertion sociale que les parcours des usagers de drogues varient. Les usagers en grande déshérence sociale et sanitaire, pour des raisons de santé mentale ou d'incarcération par exemple, vont se retrouver plus vite dans des structures en bout de chaîne, tels les centres d'injection supervisés, alors qu'ils ne sont pas encore passés à l'injection. Pour se rendre dans un centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues, il faut avoir un début de conscience sanitaire et sociale.

**M. Pierre Arwidson.** Madame Samia Ghali, nous plaçons des « bannières », par l'intermédiaire d'une centrale d'achat, sur des sites internet fréquentés par les jeunes. Le coût peut atteindre un million d'euros.

Comment exercer notre mission de prévention auprès de jeunes que rien, *a priori*, ne pousse à consommer ? Il faut savoir que les programmes les plus sophistiqués ne parlent pas de drogue. En visant le bien-être des populations – amélioration du fonctionnement de l'école, réduction de l'échec scolaire – ils visent la réduction de la consommation.

Je transmettrai à la mission d'information les chiffres concernant la répartition, par catégorie sociale, des usagers de drogues.

**M. Serge Blisko, coprésident pour l'Assemblée nationale.** Je vous remercie.

*L'audition s'achève à dix-sept heures vingt.*

\*

\* \*

*La table ronde débute à dix-sept heures trente.*

*La Mission d'information sur les toxicomanies organise une table ronde, en audition ouverte à la presse, réunissant des représentants d'associations : M. Bruno Spire, président de Aides, Mme Élisabeth Avril, directrice de Gaïa Paris, M. Alain Rigaud, président de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie, M. Jean-Marc Borello, délégué général et président du directoire de SOS Drogue international-Groupe SOS, M. Julien Chartier, président, et M. Frédéric Voize, trésorier de l'Association française des dépendants en rétablissement, M. Pascal Melin, président de SOS Hépatites, Mme Martine Lacoste, secrétaire générale du Centre d'information régional sur les drogues et les*

*dépendances de Midi-Pyrénées, « Jean », président, et « Paul », responsable du comité d'information publique de Narcotiques anonymes de France et M. Jean Costentin, président du Centre national de prévention, d'études et de recherches en toxicomanie.*

**M. Serge Blisko, coprésident pour l'Assemblée nationale.** Nous avons le plaisir d'accueillir pour cette table ronde des représentants d'associations œuvrant dans le champ des toxicomanies.

Mesdames et messieurs, je vous propose de nous dire si, selon vous, la politique française de lutte contre les toxicomanies est adaptée et de nous exposer quelles sont les possibilités d'amélioration de cette politique. Après vos exposés, nous vous poserons quelques questions.

**M. Bruno Spire, président de Aides.** L'association Aides, consacrée à la lutte contre le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) et les hépatites, regroupe des personnes « séroconcernées » au sens large – affectées, infectées ou exposées. Bon nombre de nos adhérents sont ainsi liés à la consommation de produits psychoactifs et à l'usage de drogues.

La politique de réduction des risques, officiellement appliquée dans les années 1990, à une époque où l'épidémie du SIDA sévissait fortement parmi les usagers de drogues, a été instaurée avant qu'on ne dispose de la littérature scientifique qui prouve aujourd'hui l'efficacité de cette approche. Il a donc fallu un réel courage politique pour mettre en place, sur la base de pressentiments et malgré les arguments avancés par les opposants à cette démarche, les échanges de seringues et la prescription de produits de substitution aux opiacés – la méthadone et le Subutex ou buprénorphine haut dosage.

Depuis lors, d'autres pays « sérieux », tels que la Suisse ou le Canada, ont largement dépassé la France en se dotant de salles de consommation supervisées, en autorisant la prescription d'héroïne médicalisée et des programmes d'échange de seringues en prison et d'éducation à l'injection – autant de pratiques qui ne sont pas autorisées dans notre pays. Toute une littérature scientifique, publiée dans des revues internationales à comité de lecture, montre pourtant l'efficacité de tous ces programmes. Sur le plan sanitaire, ils réduisent l'incidence du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), des hépatites et des risques infectieux. Sur le plan économique, ils sont moins coûteux que les traitements pour les finances publiques. Ils donnent en outre aux citoyens un sentiment de sécurité accru, car l'usage des produits psychoactifs apparaît mieux géré.

Il faut sortir d'une approche idéologique. Le débat doit porter sur des constats scientifiques. Tout fait scientifiquement établi peut être discuté et faire l'objet de nouvelles expérimentations mais, pour des raisons idéologiques, l'expérimentation en France de mesures appliquées ailleurs, proposée prudemment par le rapport issu de l'expertise collective menée par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), a été refusée.

Pour améliorer la situation, la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie doit être réellement interministérielle, ce qui n'est plus le cas : elle n'est plus qu'une émanation du ministère de l'intérieur et adopte une démarche purement idéologique en expliquant que des preuves scientifiques ne sont pas recevables. Nous nous trouvons dans la position de Galilée face à ceux qui ne voulaient pas entendre que la Terre était ronde. En refusant les conclusions d'une centaine de publications parues dans des revues à comité de lecture, on sort du rationnel.

Il faut enfin, pour aborder ces questions, le même courage politique que dans les années 1990. Ce courage n'est la propriété ni de la droite, ni de la gauche. Ainsi, à Marseille, l'une des premières villes à avoir mis en place, contre l'avis général, des programmes d'échange de seringues et où des élus municipaux ont conduit un important travail de terrain pour convaincre les comités d'intérêt de quartier, c'est aujourd'hui la population qui téléphone à la mairie pour lui signaler qu'un distributeur de seringues est en panne. Il ne faut pas prendre les gens pour plus bêtes qu'ils ne sont. On peut, quels que soient ses *a priori*, éduquer la population.

**Mme Élisabeth Avril, directrice de Gaïa Paris.** Je suis médecin généraliste et directrice de l'association Gaïa Paris, membre du Collectif du 19 mai pour l'expérimentation d'une salle de consommation à moindres risques à Paris. Mon association gère un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et un centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues. Depuis quinze ans, j'ai travaillé dans différents services, notamment à l'hôpital, sur le VIH et les hépatites. En 1998, nous avons créé le « Bus méthadone bas seuil » de Paris – centre de soins spécialisés aux toxicomanes, à bas seuil d'exigences –, qui reçoit une population d'usagers dont une partie est très marginalisée.

Notre action relève de la prévention dite « secondaire » : elle s'adresse à des usagers de drogues dépendants qui cumulent les facteurs de vulnérabilité et de précarité. Nous privilégions le travail de proximité et dispensons des soins tant somatiques que psychiatriques, socio-éducatifs et d'addictologie, et intervenons aussi dans la prévention du SIDA, des hépatites et d'autres infections. Il importe d'éviter d'opposer les soins et la réduction des risques : bien au contraire, il conviendrait d'assurer des passerelles entre ces deux approches.

Le débat doit reposer sur des publications scientifiques et non sur le discours moral qui se fait jour depuis un an. La réduction des risques est une politique de santé publique qui a eu dans les années 1990 des résultats très importants pour lutter contre le VIH. En effet, alors que la prévalence du SIDA était de 40 % chez les usagers de drogues, elle est aujourd'hui de 10 % à 12 %. Sans doute n'avons-nous pas su assez valoriser ce résultat, car la démarche qui l'a rendu possible est aujourd'hui remise en question. Sur le terrain, nous sommes confrontés à des populations vulnérables qui cumulent précarité sociale, affective et économique. Ces usagers peuvent être aussi bien jeunes que vieillissants, étrangers ou usagers de *crack* – et sans doute cette diversité observée à Paris se rencontre-t-elle également partout ailleurs. Ils sont, pour 60 % d'entre eux, atteints par l'hépatite C qui provoque chaque année quatre mille nouvelles contaminations. C'est là un désastre économique autant que sanitaire : dans sa version la plus simple, le traitement de l'hépatite C coûte au moins 10 000 euros et un tiers des patients en attente de greffe de foie sont des usagers de drogues. La morbidité, les décès, les cirrhoses et les hémorragies qui touchent ces populations sont le quotidien de nos associations.

Nous souhaitons stabiliser l'état de santé de ces personnes et réduire les risques sanitaires et les conséquences sociales de cette situation pour les usagers de drogues et pour la société, tout en réglant sur un plan égal les différents problèmes qui se posent – situation médicale, addictions, hébergement et insertion professionnelle. C'est la raison pour laquelle nous nous sommes engagés dans le combat pour la réduction des risques par l'ouverture de salles de consommation à moindres risques pour les usagers les plus vulnérables, de centres de traitement par l'héroïne médicalisée et de centres d'hébergement pour les usagers de *crack*.

**M. Alain Rigaud, président de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie.** Psychiatre addictologue à l'hôpital à Reims et en milieu associatif, je suis ici en ma qualité de président de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie, vieille association fondée par Claude Bernard et Louis Pasteur, qui gère, sur l'ensemble du territoire national, quatre-vingt-cinq établissements médico-sociaux, centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues, autorisés par les agences régionales de santé et financés par l'assurance maladie. Notre activité de prévention, de soin, médico-sociale et d'accompagnement emploie 1 400 professionnels et accueille annuellement 70 000 usagers.

La loi du 31 décembre 1970, qui structure la politique publique en matière de toxicomanie, devrait être modernisée, car les connaissances, les usages, le contexte socio-historique et les pratiques de consommation ont beaucoup changé. Lorsque j'étais étudiant – et donc consommateur potentiel –, on parlait de « la » toxicomanie et j'étais incapable de faire la différence entre le « *shit* » et l'héroïne, de sorte que j'aurais pu consommer l'un ou l'autre, avec des risques très différents.

Aujourd'hui, il faut parler « des » toxicomanies car les effets, les risques et les dommages et, surtout, le statut des produits sont pluriels. En matière d'addictologie, du reste, toute la politique publique est marquée par la dichotomie opposant les substances licites et illicites. La loi qui a rendu licites les jeux de hasard et d'argent en ligne, précédemment prohibés, montre qu'il est possible de réviser périodiquement les lois et d'évaluer les politiques publiques afin de voir comment les améliorer.

En outre, depuis 1998, la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie et ses présidents successifs ont fait évoluer les approches, l'approche par produit ayant cédé la place à une approche par comportement. Or les comportements sont eux aussi pluriels, avec des risques divers induisant des états plus ou moins pathologiques, selon un *continuum* clinique de gravité. Les politiques publiques, tant au niveau de la prévention qu'à celui de la réponse, doivent donc couvrir un spectre très large et répondre à des besoins de plus en plus différenciés que les usagers eux-mêmes, « engloutis » dans les toxicomanies, sont souvent de moins en moins en mesure d'exprimer et qu'il incombe de plus en plus aux professionnels d'identifier.

Pour formuler à grands traits quelques propositions, il nous faut construire une politique publique visant, au-delà des toxicomanies, l'ensemble des comportements addictifs, quel que soit le caractère, licite ou non, des produits sur lesquels ils portent. Ainsi, l'aide que l'on peut apporter aux personnes susceptibles de devenir toxicomanes du jeu – les « joueurs pathologiques » – exige elle aussi la mise en place de dispositifs d'accès aux soins, de repérage et d'aide. Il y aurait aussi beaucoup à faire pour ce qui concerne l'alcool. La démarche doit être globale, addictologique, privilégiant une approche par les comportements et des réponses diversifiées en fonction de leur sévérité, de la gravité des conséquences et des besoins des patients dans leur parcours de vie.

Nous disposons à cette fin des instruments nécessaires, avec notamment une prévention – au sens de l'éducation à la santé – qui doit s'appliquer en amont des premières consommations. Le dispositif français en la matière est toutefois, par rapport à celui des pays étrangers, très peu financé et c'est sans doute là un des enjeux de la prochaine loi de santé publique.

Il faut aussi renforcer le maillage territorial des structures de proximité qui mettent en œuvre les actions de réduction des risques évoquées par les orateurs précédents, en augmentant notamment le nombre de centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues. À titre d'exemple, celui de la Marne, ouvert depuis un an, est doté d'un financement de 125 000 euros, soit environ deux équivalents temps plein, pour un département de 550 kilomètres carrés et 550 000 habitants : l'offre d'accompagnement est donc limitée à la ville de Reims, voire à un simple quartier de celle-ci. Il est certes inévitable que la construction d'un tel dispositif soit progressive, mais le maillage n'en doit pas moins être densifié, afin que nous puissions aller au plus près des personnes vulnérables qui ne viennent pas spontanément vers nous.

Pour ce qui est des salles de consommation à moindres risques, qui sont dans une large mesure à l'origine de cette mission d'information, des associations d'élus se sont documentées et ont établi que des expériences plutôt positives avaient été menées à l'étranger. L'expertise collective de l'INSERM consacrée à la réduction des risques chez les usagers de drogues, publiée le 2 juillet dernier, a proposé bien d'autres mesures que nous soutenons.

**M. Jean-Marc Borello, délégué général et président du directoire de SOS Drogue international-Groupe SOS.** Le Groupe SOS, avec l'une de ses trois associations fondatrices, SOS Drogue international, gère une trentaine d'établissements de nature très diverse – des « *sleep-in* » célèbres dans certains arrondissements parisiens et marseillais à des communautés thérapeutiques en province, du Sud de la France à la Guyane. Proposant aussi bien des dispositifs de réduction des risques que des appartements thérapeutiques ou des dispositifs d'accueil de jour, nous observons un renforcement des demandes d'admission pour tous les types de structures. Sur le plan quantitatif, le dispositif a vraisemblablement diminué au cours des dernières années, avec la disparition d'un certain nombre d'associations et de lieux de soins de petite taille. Les structures encore existantes continuent de recevoir des demandes d'admission, à raison de cinq ou dix pour une place disponible. En même temps que nous recevons des personnes de plus en plus âgées, exclus vieillissants ne trouvant plus de place ailleurs, nous constatons un rajeunissement de la moyenne d'âge.

Les politiques de réduction des risques nous semblent essentielles à la résolution du problème de santé publique lié aux toxicomanies, mais elles ne sont pas les seules solutions. C'est en outre une erreur majeure que d'opposer santé publique et sécurité publique. Lorsque nous proposons des offres de santé publique efficaces, les usagers de drogues sont certes mis à l'abri, mais nous constatons aussi – notamment, depuis 1994, dans le cadre du « *sleep-in* » du 18<sup>e</sup> arrondissement de Paris – que plus de 80 % des personnes accueillies pour la nuit font des demandes de soins et de départ en établissement de post-cure ou en communauté thérapeutique. L'idée que cette population ne voudrait pas de soins est donc erronée : elle n'avait simplement pas accès aux soins en raison de seuils d'exigences institutionnelles trop élevés. Chaque fois qu'on abaisse le niveau de l'accès à l'offre de soins, on permet à des populations plus exclues de s'en saisir. Ces populations ont autant envie que les autres d'être soignées.

On constate une augmentation de près de 50 % de la fréquentation de l'établissement parisien du « 110 Les Halles », soit une suroccupation de 50 % en accueil de jour et en salle de repos. Cette situation risque de remettre en cause le travail difficile accompli, avec l'aide des élus locaux, pour faire admettre de tels établissements par la population du voisinage. En effet, le doublement du flux pourrait devenir insupportable aux riverains. La santé publique, c'est aussi de la sécurité publique : les injections étant impossibles à l'intérieur des établissements, les personnes prises en charge pratiquent leurs injections dans la rue, sous le

porche des immeubles voisins, ce qui n'améliore ni la sécurité publique, ni la santé publique. Permettre l'injection sous contrôle médical améliorerait les conditions de cette pratique et limiterait les risques d'accident, tout en diminuant les nuisances pour les riverains. Face à l'ensemble des études scientifiques menées sur le sujet, la position de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie est parfaitement idéologique, voire obscurantiste.

En termes de politique publique, on observe d'importants progrès du côté des élus locaux qui voient bien les conséquences de la politique de réduction des risques pour les quartiers qu'ils administrent. La mairie de Marseille a ainsi fait savoir qu'elle serait prête à accompagner la création d'une salle d'injection et le cabinet de Mme Roselyne Bachelot-Narquin, alors ministre chargée de la santé, avait lui aussi indiqué officieusement qu'il serait prêt à accepter une telle expérimentation. Sur le plan national cependant, on pourrait résumer la situation d'une phrase : il n'y a plus de politique. Les velléités d'expérimentation du ministère de la santé sont pratiquement annulées par les positions idéologiques de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, qui n'ont de rapport avec la réalité ni en matière de santé publique, ni en matière de sécurité publique. De vraies améliorations avaient pourtant été réalisées dans le passé, notamment grâce aux positions courageuses de certains ministres chargés de la santé, comme Mme Michèle Barzach, qui a autorisé la mise en vente libre des seringues, ou Mme Simone Veil, et la mission interministérielle elle-même avait fini par adopter, ces dernières années, une politique à peu près équilibrée.

**M. Julien Chartier, président de l'Association française des dépendants en rétablissement.** En 2008 a été créée, de fait, une association d'anciens patients dépendants d'un centre de traitement situé dans l'Aisne. Les anciens patients de plusieurs autres centres de traitement nous ont rejoints très rapidement. En 2010, les dépendants se sont mobilisés pour créer une association pour et par les usagers : l'Association française des dépendants en rétablissement, qui compte plus de cent membres affiliés. Nous sommes des usagers des services de santé – cures, hôpitaux, centres de soins, consultations, urgences, services médico-sociaux ou associations. Nous sommes des consommateurs et ex-consommateurs des traitements de la dépendance et des maladies associées dues à la dépendance. Nous sommes et représentons des usagers des services de santé ayant un problème de dépendance ou des personnes en ayant eu.

Notre association est pluraliste, indépendante de toute idéologie et de tout mouvement politique, syndical et religieux. Son seul intérêt est de représenter les usagers quelle que soit leur dépendance – qu'il s'agisse du sexe, du jeu, du jeu vidéo, de l'anorexie, de la boulimie ou de l'alcool. Elle s'autofinance.

**M. Frédéric Voize, trésorier de l'Association française des dépendants en rétablissement.** La place des usagers en rétablissement est primordiale pour élaborer la politique de santé publique visant à la lutte contre les toxicomanies. À côté des usagers actifs, les usagers en rétablissement ont en effet leur mot à dire, mais ne sont pas assez entendus. Notre association s'efforce de combler cette lacune.

Les contraintes budgétaires sont pressantes et les moyens doivent aller là où la dépense sera efficiente. Notre association exige qu'en matière de lutte contre la toxicomanie, les objectifs soient revus à la lumière de ce nouveau paradigme et que les thérapies qui fonctionnent et sont moins coûteuses pour la société soient mises en avant – nous prôtons notamment celles qui s'inspirent du modèle Minnesota.

**M. Serge Blisko, coprésident pour l'Assemblée nationale.** Pouvez-vous préciser de quoi il s'agit ?

**M. Julien Chartier.** Le modèle Minnesota est une thérapie qui s'inspire des douze étapes des Alcooliques anonymes.

**M. Frédéric Voize.** La politique de lutte contre la toxicomanie doit intégrer la structuration de l'offre sanitaire en la subordonnant réellement aux besoins et en tenant compte de l'évolution de ces mêmes besoins exprimée par la population et les usagers.

Notre association soutient le processus de démocratie sanitaire, à condition que ce processus fasse l'objet d'observations et d'analyses et qu'il y ait une information des administrés.

Pour ce qui concerne la réduction des risques, nous posons comme principe que la prévention est préférable aux soins car certains usagers n'iront pas jusqu'aux soins. L'approche intégrée doit néanmoins privilégier la prévention et la réduction des risques. Le parcours des usagers requiert en effet une approche intégrée associant la prévention, la réduction des risques, les soins et le secteur médico-social et sanitaire, afin d'envisager une réponse adaptée à la situation de chaque usager et d'éviter un mode de prise en charge et de décision centralisé, fondé sur l'unique parole du pouvoir médical.

On peut suggérer quelques points d'amélioration.

Notre association demande que le dispositif d'accompagnement des usagers de drogues s'adapte aux exigences actuelles à l'échelle des territoires de santé, au niveau national. Il est plus qu'urgent de donner aux usagers une partie de la parole afin que, dans des instances nouvelles – comme les conférences de territoire –, émergent avec créativité et enthousiasme des dispositifs nouveaux, adaptés aux enjeux. Nous savons que l'éventail des solutions proposées aux dépendants est large et varié et peut répondre à toutes les demandes des usagers. Nous voulons que l'ensemble des solutions soit mis à la disposition de ceux-ci.

**M. Julien Chartier.** Nos engagements sont les suivants : aider les structures intervenant dans le champ de l'addictologie à améliorer leur contact avec les dépendants, le contact par les pairs étant une source de confiance et de motivation pour les dépendants en recherche de solution ; faciliter l'accès aux groupes d'entraide ; mettre en œuvre des recherches sur l'efficacité du modèle thérapeutique Minnesota et sur son coût réduit pour la société ; constituer une force de proposition auprès des instances décisionnaires locales, régionales, nationales, européennes et internationales ; participer à l'élaboration des politiques de santé publique ; nourrir les évolutions et les transformations du dispositif, par un débat public citoyen et pluraliste ; fédérer toutes les associations et les bonnes volontés qui aident les dépendants pour optimiser et réaliser une action d'envergure auprès des usagers.

**M. Frédéric Voize.** Pour ce qui est des obstacles, l'expérience fait apparaître un manque, voire une absence d'interrogations sur le savoir-être professionnel, et un excès de certitudes sur le savoir-faire dans le dispositif. Les firmes pharmaceutiques exercent par ailleurs un puissant groupe de pression. Enfin, on assiste à un interminable débat politique et idéologique sur la tolérance surveillée de la consommation, la légalisation de l'usage de drogues illicites et la répression du consommateur. Pendant ce temps, le compteur tourne, les décès continuent et les contaminations progressent.

**M. Julien Chartier.** Notre action en faveur des toxicomanes consiste à participer aux instances représentatives des usagers dans le secteur sanitaire comme dans le secteur médico-social, à établir des conventions avec l'unité fonctionnelle de traitement des maladies addictives (UTAMA) de l'Hôpital Beaujon, à être un pôle de compétence fonctionnant comme un réservoir d'idées et de réflexions à la disposition des décideurs, des chercheurs et des universitaires, à fédérer toutes les dépendances au sein de l'association, à développer des modèles patient-prescripteur et patient-formateur dans une approche du « *care* » de l'utilisateur, à former des professionnels des métiers de la dépendance pour et par les dépendants en rétablissement, à jouer un rôle d'intermédiaire et de point d'information entre les structures labellisées et l'utilisateur, les familles et l'entourage, à assurer une veille sur internet et un repérage des sectes et profiteurs de la détresse des usagers, à proposer un site internet d'information et un forum de discussion à disposition des usagers et des familles, à entretenir un réseau social spécialisé pour les dépendants à destination des usagers, afin de créer du lien là où il n'y a rien, comme dans le monde rural, ou, quand l'utilisateur se sent exclu de tout, à assurer la sauvegarde et la protection de sites internet ou de l'information vitale à la survie des dépendants – nous avons ainsi récupéré l'hébergement de certains sites, afin de leur permettre d'être toujours en ligne – et à constituer un réseau européen des dépendants en rétablissement qui a pour socle notre association et la Fondation Pharos en Espagne.

**M. Frédéric Voize.** Dans notre association, nous sommes tous des professionnels de la dépendance dès lors que nous avons survécu et sommes là pour en parler. Nous savons que, maintenant que nous avons pris conscience de notre condition, nous sommes là pour toujours. Nous sommes des dépendants en rétablissement, des usagers qui, dans la souffrance, ont entendu une parole de vie qui a brisé la chaîne de la consommation.

**M. Pascal Melin, président de SOS Hépatites.** En ma qualité de président de SOS Hépatites et travaillant à l'hôpital de Saint-Dizier, en Haute-Marne et dans un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, où j'assure des consultations d'addictologie et d'hépatologie, j'axerai particulièrement mon propos sur l'hépatite virale.

La réduction des risques a été opérante pour le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), et les deux premières cohortes de personnes pour lesquelles l'infection a pu être endiguée étaient vraisemblablement les homosexuels et les usagers de drogues. Il semble cependant que ce mouvement se soit interrompu et la réduction des risques est un peu « en panne » pour ce qui concerne l'hépatite C. Sans entrer dans la polémique, la vaccination contre l'hépatite B est elle aussi en panne. Dans les centres de soins, les personnes qui sont en première ligne face à cette maladie ne sont pas toujours protégées correctement.

Malgré l'importante promotion du dépistage, celui-ci est trop souvent réalisé pour stigmatiser plutôt que pour favoriser l'accès aux soins. Alors que les vingt dernières années nous ont appris que la prise en charge des toxicomanes devait être médico-psycho-sociale, on constate en France une dérive qui consiste à la centrer trop sur les aspects médicaux et à abandonner la prise en charge sociale et psychologique.

Enfin, les toxicomanes des années 1970 – les « *junkies* » – n'ont pas grand rapport avec les toxicomanes de la pauvreté que nous rencontrons aujourd'hui. Les patients ayant changé, la loi du 31 décembre 1970 ne devrait-elle pas être revue ?

Les plans qui ont été élaborés ont été fortement centrés sur l'accès aux soins, comme le « Plan Hépatites », de même que les différents axes de prise en charge de la toxicomanie. Alors que les contaminations par l'hépatite C sont majoritairement liées à l'usage de drogues,

on ne peut que regretter que le « Plan Hépatites » prévoie aussi peu d'actions en direction des usagers de drogues.

Pour l'hépatite C, comme pour l'hépatite B et le VIH, on compte environ quatre mille nouvelles contaminations chaque année en France. Or, alors que les moyens importants consacrés au VIH ont réduit le nombre de morts à quelques centaines, les hépatites virales continuent à tuer autant que la route, avec cinq mille morts par an, ce qui est d'autant plus inacceptable que nous avons les moyens de réduire ce nombre en adaptant nos politiques sanitaires.

Alors que les nouvelles contaminations par l'hépatite C sont essentiellement liées à l'usage de drogues, la population des usagers de drogues n'est pas la première à avoir accès aux soins qui bénéficient encore principalement au reliquat des patients contaminés par transfusion. Les études récentes – comme en France les études CHEOPS – montrent que ceux qui bénéficient le plus des traitements contre l'hépatite C en termes de réinsertion et d'amélioration de la qualité de vie sont les usagers de drogues. Une de nos études a montré en revanche que le transfusé était celui qui en tirait le moins de bénéfices.

On peut guérir de l'hépatite C, on ne le rappellera jamais assez. Il est fondamental que les usagers de drogues puissent bénéficier d'une dynamique de réinsertion sociale par le soin. C'est là que se manifeste l'importance de la prise en charge médico-psycho-sociale et de la réinsertion.

On se prend à rêver que le vaccin contre l'hépatite B puisse être un jour légalement obligatoire, et qu'une instance parlementaire permanente soit consacrée aux hépatites virales, comme cela a été le cas pour le VIH.

Des tests rapides d'orientation diagnostique, tels que ceux qui sont expérimentés avec succès pour le VIH, pourraient être employés pour l'hépatite C, mais j'ai appris voici quelques heures que l'Assemblée nationale avait adopté un amendement au projet de loi relatif à la bioéthique remettant en cause ces tests, y compris pour le VIH. J'espère que le Sénat, qui doit prochainement examiner ce projet de loi, pourra revenir sur cette mesure et permettre la poursuite de cette expérimentation.

Je rêve aussi que puissent être créées des salles de consommation à moindres risques dont l'utilité est aujourd'hui scientifiquement prouvée et qui ont leur place dans la lutte contre les hépatites virales.

Enfin, reconnaître l'addictologie comme une spécialité médicale à part entière serait une pierre majeure de l'édifice que nous voulons bâtir aujourd'hui.

**M. Serge Blisko, coprésident pour l'Assemblée nationale.** L'échec de la vaccination contre l'hépatite B tient à de nombreuses raisons, notamment à des erreurs de communication.

**Mme Martine Lacoste, secrétaire générale du Centre d'information régional sur les drogues et les dépendances de Midi-Pyrénées.** Je représente l'association Graphiti, fondée à Toulouse, avec un hôpital, en 1989 – soit à l'époque où le SIDA sévissait. Elle gère un centre d'information régional sur les drogues et les dépendances et une cellule d'appui. Je dirige par ailleurs depuis vingt-trois ans une association, après avoir travaillé sept ans auprès du professeur Claude Olivenstein à l'hôpital de Marmottan.

Nous nous occupons de personnes en situation d'usage ou d'usage nocif de produits psychoactifs, ou de grands dépendants. Pour développer la formule du professeur Claude Olivenstein, on pourrait définir la toxicomanie comme la rencontre entre un produit, ou des produits, et une personnalité, ou des personnalités, à un moment social et culturel donné – ou, mieux, au cours d'une évolution sociale et culturelle. Or, pour les jeunes en situation d'usage nocif et de dépendance que nous rencontrons, l'usage de drogues, avant d'être un problème, est une solution : c'est le fait de leur demander d'arrêter qui devient un problème.

Le tissu d'offre de soins mis en place en France a permis de construire des réponses graduées et diversifiées qui vont de la prévention aux soins et à la réinsertion sociale, en passant par l'accompagnement dans des groupes d'autosupport et la réduction des risques. Il nous faut maintenant consolider ce tissu.

En matière de prévention, il nous faudrait comprendre comment les personnes dont nous nous occupons en sont arrivées là et ce qui, dans la prévention, a échoué. Peut-être nous apercevrons-nous que notre prévention ne s'adresse pas forcément à ceux qui sont les plus concernés, comme les jeunes déscolarisés ou très marginalisés qui n'ont plus de points de repère. La prévention à destination du grand public est certainement une bonne chose, mais la prévention ciblée est quasiment inexistante.

Par ailleurs, la prévention est aujourd'hui organisée par produit, ce qui la rend inadaptée, car les jeunes peuvent précisément changer de produits au gré de nos campagnes de prévention. Il conviendrait donc plutôt de s'intéresser aux comportements, notamment à risque. On voit en effet l'usage dangereux que font aujourd'hui les jeunes de l'alcool, modifiant pratiquement la place de celui-ci en France.

Manquent également un repérage précoce des signaux d'alerte émis par de nombreux jeunes en situation difficile et les moyens nécessaires à ce repérage. S'il existe bien des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, la prévention qui en relève n'est pas financée.

Enfin, trente années de travail sur ce sujet m'invitent à plaider pour un repérage précoce des enfants et des adolescents en situation de maltraitance. En effet, 90 % à 95 % des jeunes femmes reçues dans le centre que je dirige ont vécu des situations « incestuelles » ou incestueuses – et ce cas n'est pas rare non plus pour les jeunes gens.

En matière de soins, il faut déplorer le manque cruel de services consacrés aux jeunes mineurs en situation d'addiction – on n'en compte que deux en France.

J'en viens aux stratégies de réduction des risques que j'ai soutenues car, dans les années 1990, nous laissions dans la plus grande solitude un grand nombre de personnes que nous recevions et qui ne voulaient ou ne pouvaient pas arrêter la drogue. La réduction des risques, c'est le pari d'aller vers ces personnes en leur proposant le plus tôt possible un contact, un lien ou un accompagnement – c'est-à-dire un respect et une dignité retrouvés, l'envie de s'occuper d'eux et de sortir de la dépression qui les enfonce dans la rue, dans la marginalité et dans la dépendance. Aujourd'hui, cette politique magnifique piétine par manque d'équipes mobiles capables d'aller trouver ces gens là où ils sont. Nous manquons aussi d'hébergements pour les personnes en situation de grande dépendance qui souffrent aussi d'une comorbidité psychiatrique. Nous manquons également de points d'échange de seringues en prison, malgré les évaluations internationales qui en prouvent l'intérêt. Nous nous trouvons donc en quelque sorte hors la loi face à l'exigence d'égalité de prévention et de soins. Nous manquons de programmes d'administration de méthadone à seuil bas d'exigence

pour les plus exclus, et de prescription d'héroïne, qui ont fait leurs preuves dans bon nombre de pays, comme le montrent notamment les évaluations suisses.

Plus tôt nous allons vers les personnes dépendantes, plus précoce est leur demande de soins. Dans une politique du « *step by step* », il nous manque l'étape qui consiste à expérimenter des salles de consommation. Le premier dispositif de soins que j'ai ouvert était un réseau de familles d'accueil – des gens comme vous, accueillant des personnes qui ont envie d'arrêter la drogue. Ces familles nous invitaient à intervenir le plus tôt possible.

Notre politique repose déjà sur un socle très pertinent et nous devons la consolider dans le sens d'une adaptation. Je reprends à mon compte l'idée, déjà exposée à plusieurs reprises, qu'il n'y a pas « un » toxicomane, au singulier, mais des publics divers et que nos réponses doivent être de la haute couture et non pas du prêt-à-porter.

**« Jean », président de Narcotiques anonymes de France.** Je préside l'association Narcotiques anonymes de France. Nous n'avançons pas masqués et n'avons pas honte de notre parcours, mais nous tenons à conserver notre anonymat devant les médias. Cette règle est par ailleurs garante de l'unité de notre mouvement.

Narcotiques anonymes est régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 relative au contrat d'association. Elle s'inspire très fortement d'Alcooliques anonymes, mieux connue. Elle réunit des dépendants qui s'entraident : c'est un groupe d'autosupport fondé sur l'échange entre pairs. Nous sommes bénévoles et avons été confrontés à la dépendance et au rétablissement. Ainsi, en vous parlant aujourd'hui, je travaille à mon propre rétablissement.

Narcotiques anonymes est née en 1953 aux États-Unis. À la différence d'Alcooliques anonymes, elle se concentre sur la dépendance au sens large. Nous ne nous intéressons pas à la distinction entre les produits licites et illicites, mais intervenons dès lors qu'une personne est engagée dans une relation de dépendance à un produit, quel qu'il soit, qui modifie le comportement. À cet égard, nous rejoignons les conclusions actuelles de l'addictologie qui constate que le cœur du problème est moins le produit que la relation de dépendance et les comportements obsessionnels ou compulsifs qu'elle entraîne.

Notre association existe en France depuis 1984, et on compte aujourd'hui dans notre pays une centaine de « réunions » hebdomadaires qui réunissent pendant une ou deux heures un groupe de dix à cinquante personnes, toutes dépendantes, qui accueillent les nouveaux venus et échangent dans un dispositif bien organisé, parlant d'elles-mêmes, de leur dépendance et de leur vécu. Il existe à Paris une cinquantaine de tels groupes et les élus parisiens savent que nous utilisons beaucoup les maisons des associations pour nous réunir. Il en existe également dans de grandes villes de province et nous entendons nous développer davantage partout en France. Un millier de personnes profitent des bénéfices de ce programme. Certaines comptent vingt-quatre heures d'abstinence, d'autres dix ou quinze ans.

Nous nous adressons d'abord aux personnes qui veulent arrêter de consommer – des gens qui sont dans la souffrance, qui ont « touché le fond » et sont arrivés au point où ils demandent de l'aide pour changer leur comportement. Il ne s'agit pas d'être sobre ou abstenir, mais d'en avoir le désir. Ces personnes sont accueillies dans nos groupes sans acquitter de droits d'inscription et dans le plus strict anonymat.

La méthode utilisée repose essentiellement sur des groupes de parole. Il ne s'agit donc pas d'une relation thérapeutique dans laquelle des professionnels soigneraient d'autres personnes, mais de groupes d'entraide et de relation entre pairs. Le cœur de notre modèle est

l'identification : le fait, pour la personne qui arrive dans une réunion, de rencontrer des gens qui ont la même expérience qu'elle a un effet déclencheur très fort. Il repose également sur l'appartenance à un groupe – non pas sur le plan matériel, car nous n'en avons pas les moyens et il existe pour cela d'autres associations, mais sur un plan psychologique et humain.

Sans être scientifiques ou médecins, nous désignons la dépendance comme une maladie et nous insistons sur l'abstinence. Celle-ci n'est pas un objectif en soi – nous ne sommes pas une ligue de vertu –, mais un moyen que nous engageons ceux qui viennent à nos réunions à pratiquer dès que possible, en relation avec leur médecin traitant s'ils en ont un. L'alcool a sa place parmi les produits concernés et nous sommes bien conscients des phénomènes de substitution – pour nous, changer de produit revient à changer de place sur le *Titanic*. La vraie question est celle de la propension à la dépendance, dont nous ignorons l'origine, mais à laquelle nous nous efforçons d'apporter une solution, qui passe par le lien aux autres et par un lien renouvelé à soi-même. L'aide qu'un dépendant peut apporter à un autre a une très grande valeur thérapeutique – et le fait même d'aider d'autres gens à se rétablir fait partie du rétablissement.

À la différence des centres de soins qui peuvent utiliser, par exemple dans le cadre du modèle Minnesota, certains des concepts que nous utilisons nous-mêmes, comme l'abstinence ou les douze étapes, nous ne sommes pas des professionnels. Nous sommes en revanche les seuls à proposer une offre accessible vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Cette aide s'inscrit en outre dans la durée, car c'est là aussi une caractéristique de la dépendance. Le sevrage n'est que le point de départ et la rechute peut intervenir des semaines ou des mois plus tard, quand la personne pense pourtant avoir retrouvé la maîtrise de sa vie.

Concernant la réduction des risques, la prise en charge sociale des usagers, le rôle de la substitution ou les salles de consommation, nous n'avons pas d'avis et ne souhaitons pas être partie prenante à ce débat. Notre propos est simplement d'apporter une solution aux personnes qui veulent sortir de la dépendance. Cette solution est efficace pour nous et pour beaucoup d'autres dans le monde entier – on compte dans le monde environ 50 000 réunions hebdomadaires de Narcotiques anonymes. En relation avec les médecins, les associations et tous ceux qui sont en contact avec les toxicomanes, nous voulons donner toute sa place à cette solution dans le système de soins afin qu'elle puisse jouer un rôle plus important. Nous invitons les élus à prendre un jour le temps d'assister à l'une de nos réunions afin de se rendre compte de la manière dont cette méthode fonctionne.

**M. Jean Costentin, président du Centre national de prévention, d'études et de recherches en toxicomanie.** Le Centre national de prévention, d'études et de recherches en toxicomanie n'est pas une association « quantitative », mais plutôt « qualitative », dont les membres sont issus des académies nationales de médecine et de pharmacie, des instituts et du monde de la recherche. Il s'assigne trois missions principales.

La première est la prévention des drogues et des toxicomanies, pour laquelle certains d'entre nous font régulièrement l'effort d'aller au contact des équipes éducatives et des lycéens.

La deuxième est une réflexion visant à démonter toutes les manipulations qui, dans notre pays et ailleurs, s'attachent à « enrober » le problème des toxicomanies. La drogue est en effet volontiers travestie en médicament, comme on l'a vu récemment avec le cannabis. Quant à l'argument scientifique, étant moi-même titulaire de trois doctorats et ayant dirigé pendant trente ans et jusqu'à une date récente une unité du Centre national de la recherche scientifique, je me crois aussi habilité que d'autres à déterminer ce qui est « scientifiquement

prouvé ». Dans ce vieux combat contre les toxicomanies, on prétendait, voilà une dizaine d'années, que bien des choses avaient été prouvées à propos du cannabis. Nous disposions cependant d'éléments scientifiques nous permettant d'affirmer qu'il ne s'agissait pas de la drogue douce, la « fumette » que certains présentaient avec beaucoup de complaisance, mais d'une « cochonnerie », comme l'a confirmé tout ce qui a été établi depuis lors – son rôle dans la dépendance physique et psychique, l'anxiété, la dépression et la relation maintenant clairement démontrée avec la schizophrénie.

Quant à l'« expérimentation », le terme – employé de façon récurrente pour les « salles de shoot » – devrait renvoyer à une nouveauté. S'agit-il donc de refaire ce qui a déjà été expérimenté au Canada ou ailleurs ? Par ailleurs, à la différence de l'Europe du Nord, la France n'a pas la culture de l'expérimentation. Tout ce que nous faisons est gravé dans le marbre : pour l'effacer, il faut casser la tablette. Ce n'est pas à des spécialistes de la politique que j'apprendrai combien une loi engage l'avenir. Quand on met les pieds sur une terre nouvelle, il faut le faire avec d'innombrables précautions.

En matière de toxicomanie, les données françaises sont calamiteuses. Sur les vingt-sept pays de l'Union européenne, les Français sont les plus gros consommateurs de cannabis, car la notion de drogue a été biaisée. Les salles de consommation seraient d'ailleurs un argument supplémentaire en faveur de l'idée qu'il pourrait y avoir une « drogue médicament ».

L'escalade dans la consommation de drogues – qui, selon ce que disaient certains voilà dix ans, n'existait pas et n'était qu'un fantasme de neurobiologistes – est aujourd'hui un phénomène prouvé. On sait qu'il existe des polytoxicomanies et que la gradation qui fait passer de la caféine au tabac, puis au cannabis, à l'alcool et à la cocaïne, se termine avec l'héroïne. Engagés depuis douze ans dans des actions contre la légalisation du cannabis, nous sommes surpris de constater que les mêmes personnes qui prônaient « l'ouverture du robinet » se retrouvent aujourd'hui prêts à attendre à l'arrivée ceux qui sont issus de ce lamentable cheminement.

L'idée même de salles de consommation comporte de nombreuses perversions logiques. D'abord, elle change l'image de la drogue, qui pourrait être perçue d'une manière compassionnelle par la société, laquelle organiserait des systèmes permettant de venir se l'injecter tranquillement. Les tenants de la manipulation objectent qu'on ne se procurera pas de drogue sur place et qu'il faudra l'apporter de la rue. Or, chacun sait que la drogue de la rue est terriblement coupée : on tolérerait donc, sous contrôle médical, des injections qui ajouteraient aux dégâts de la drogue ceux résultant des nombreux ingrédients dont elle est coupée. Quel médecin fidèle à son serment d'Hippocrate pourrait superviser une telle démarche ? Il est en outre aberrant de prendre en charge une toxicomanie en facilitant l'accès au produit qui la provoque. C'est ce qu'a rappelé récemment l'Académie nationale de médecine, n'en déplaise à certains détracteurs qui n'ont vu là qu'une démarche idéologique et ont voulu gommer les préoccupations sanitaires qui l'animaient.

La substitution peut être un outil, mais pas une fin en soi. Il convient en particulier de veiller à éviter son détournement. Un tiers du marché de la buprénorphine servirait actuellement, dans notre pays, à contaminer de jeunes individus qui n'étaient pas encore passés aux agents morphiniques et entreraient par ce sas dans l'héroïnomanie, dont on voit d'ailleurs le nombre de victimes croître à la mesure de l'augmentation de ce détournement. Il est insupportable qu'un produit qui coûte si cher à la collectivité nationale puisse être à ce

point détourné. Il s'agit d'un outil intéressant s'il est employé dans une démarche de diminution des doses, en se fixant pour but l'abstinence.

La substitution n'est d'ailleurs pas la seule solution. Si rudes soient-ils, certains sevrages secs sont très efficaces – j'en ai vu –, ce qui ne signifie pas que cela doive être la règle, car le toxicomane est un sujet malade qui mérite toute notre compassion. Il faut penser aux communautés thérapeutiques et veiller à un bon usage des médicaments de substitution. Je le dis et le répète : commencer par la buprénorphine est une erreur. On devrait toujours commencer par la méthadone et en diminuer très progressivement les doses avant de passer à la buprénorphine.

De nombreuses associations ont déploré le manque de moyens mis en œuvre dans le domaine des toxicomanies, mais le coût des salles de consommation serait précisément autant de moyens détournés de la prévention et de la prise en charge ou du sevrage.

Le plus grand des risques est celui de la diffusion des drogues. Oui à la réduction des risques, mais en aucune façon en facilitant la diffusion des drogues.

**Mme Françoise Branget, corapporteuse pour l'Assemblée nationale.** Je tiens d'abord à tous vous remercier de nourrir ainsi notre réflexion de vos expériences.

Pour autant, il me semble utile de rappeler que cette mission ne porte pas seulement sur les salles d'injection, mais sur les toxicomanies. Nous souhaitons trouver des solutions permettant de progresser dans la prévention et la prise en charge des toxicomanes, en trouvant le cas échéant des solutions pour les personnes les plus atteintes par l'addiction.

Vous avez évoqué le nombre de quatre mille contaminations par l'hépatite C, en dépit de la politique de réduction des risques que notre pays mène depuis des années et à laquelle beaucoup reconnaissent quelques mérites, notamment celui d'avoir réduit de façon significative le nombre de morts. Ces quatre mille contaminations sont-elles toutes imputables à une injection de drogues ? Quoi qu'il en soit, ce chiffre est à comparer aux 150 000 personnes sous traitement substitutif aux opiacés. Au-delà de l'amélioration de leur confort de vie que permet ce traitement, ces personnes peuvent-elles espérer sortir un jour de la dépendance au produit de substitution lui-même ?

Ma dernière question s'adresse à l'Association française des dépendants en rétablissement et à Narcotiques anonymes : combien de personnes avez-vous accompagnées jusqu'à présent en votre qualité de « professionnels de la dépendance » et quels résultats avez-vous obtenus ? Les anciens dépendants me semblent en effet tout autant qualifiés que les professionnels de santé pour parler de la dépendance.

**Mme Catherine Lemorton, députée.** Quelle ironie de voir la même Assemblée nationale, qui a autorisé récemment la publicité pour l'alcool et les jeux de hasard sur internet, prétendre aujourd'hui lutter contre les addictions !

J'ai apprécié que vous ayez souligné la singularité de la toxicomanie et la nécessité d'une réponse singulière aux problèmes posés, ainsi que votre absence de certitudes en ce domaine, à la différence de M. Étienne Apaire, le président de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, que nous avons entendu dans une précédente audition. Vous avez raison de dire que la toxicomanie, c'est la rencontre entre un individu et un produit. Je vous ferai enfin remarquer, monsieur Pascal Melin, que les réticences

auxquelles se heurte la vaccination contre l'hépatite C auraient pu être levées si ce vaccin avait fait l'objet d'une politique de pharmaco-épidémiologie dans notre pays.

Je voudrais savoir, monsieur Alain Rigaud, quels aménagements pourraient être apportés à la loi du 31 décembre 1970 dont les résultats en matière de lutte contre la toxicomanie me semblent pour le moins médiocres ?

J'observe, madame Élisabeth Avril, que les professionnels de santé n'ont pas forcément le choix entre une prescription de méthadone ou de Subutex, la méthadone n'étant pas disponible dans tous les départements.

On peut craindre que les sectes ne tirent parti de la perte de repères des toxicomanes. Étant donné le caractère peu institutionnel de votre organisation, vous est-il arrivé, messieurs les représentants des Narcotiques anonymes, de voir votre action parasitée par des associations de caractère sectaire ?

Dois-je vous rappeler, monsieur Jean Costentin, qu'une vie humaine n'a pas de prix, et que le Subutex a permis à beaucoup de reprendre le cours d'une existence normale et de diminuer de façon considérable le nombre de contaminations et de surdoses ?

**M. Jean Costentin.** Ai-je dit le contraire ? On ne doit pas pour autant favoriser la diffusion des drogues, qui reste le premier risque à réduire.

**Mme Fabienne Labrette-Ménager, députée.** J'ai deux questions à poser aux représentants de Narcotiques anonymes et de l'Association française des dépendants en rétablissement. Comment travaillez-vous avec les associations médico-sociales et les professionnels de santé ? Avez-vous accès aux centres de soins ? L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé vous a-t-il consultés sur ses campagnes de prévention ?

**M. Alain Rigaud.** Si la substitution est un bon outil, elle n'est pas la panacée. Elle est une réponse thérapeutique à deux formes de toxicomanie seulement : la dépendance tabagique, traitée par les substituts nicotiques, et la dépendance aux opiacés, à l'héroïne principalement. Elle ne peut donc être qu'une réponse partielle à une certaine étape de l'existence de personnes devenues dépendantes aux drogues. D'une façon générale, les toxicomanies – car il s'agit d'un phénomène pluriel – n'appellent pas une réponse univoque : s'il existait un traitement efficace à tous les coups, on le saurait depuis longtemps. Il y a des réponses de plusieurs ordres et ce qui est important, c'est de pouvoir conjuguer une large palette de méthodes selon les usages, les formes cliniques, les parcours des usagers, les produits, etc.

En ce qui concerne la loi du 31 décembre 1970, je rappelle que la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie, présidée par M. Roger Henrion, avait déjà posé la question de sa révision et qu'elle ne s'était prononcée qu'à une très courte majorité, si mes souvenirs sont bons, en faveur du maintien du régime de prohibition. Le problème, c'est que ce régime ne fait pas de distinction entre les différentes drogues. Alors qu'on sait depuis le rapport sur les problèmes posés par la dangerosité des drogues, du professeur Bernard Roques, que tous les produits ne présentent pas la même dangerosité sur le plan sanitaire et social, il n'y a pas de corrélation entre le régime de prohibition et cette dangerosité. Ainsi, l'alcool est responsable de 35 000 morts par an, voire de 100 000 quand sa consommation est associée avec le tabagisme, et le coût qui en résulte pour la collectivité est de 300 euros par an par habitant. L'Institut national du cancer parle même de dangerosité dès la consommation

quotidienne d'un seul verre. Ce produit est donc aussi, voire plus dangereux que le cannabis. Il est pourtant licite.

Soyons clairs, nous sommes tous convaincus ici que les substances psycho-actives présentent trois caractéristiques : des effets modificateurs du comportement qui peuvent être dangereux, la possibilité d'induire des addictions et des effets toxiques. La question est de savoir si la prohibition est le bon régime. La prohibition de l'usage privé des produits illicites, voilà la grande nouveauté introduite par la loi du 31 décembre 1970 : jusqu'alors, seul leur usage public était interdit. S'il est difficile d'avoir des certitudes sur un sujet aussi compliqué, j'observe qu'on commence, un peu partout dans le monde, à s'interroger sur le caractère peut-être contre-productif de la prohibition, d'autant que la licéité de l'usage d'un produit n'interdit pas la possibilité d'injonction thérapeutique et de réponses sociales en cas de mise en danger d'autrui, comme c'est le cas pour l'alcool. En réalité, la loi du 31 décembre 1970 n'apporte pas de réponse conforme à une conception addictologique : elle traite des produits, non des comportements. Or, selon beaucoup d'addictologues, il peut y avoir des « usages doux » de « drogues dures » et des « usages durs » de « drogues douces ». Certains usages privés et occasionnels de drogues ne sont pas plus dangereux que certaines consommations privées et occasionnelles d'alcool. Quant à l'escalade, je m'inscris en faux contre ce qu'a dit M. Jean Costentin : elle n'a rien de certain. Je préfère la « théorie de la porte ouverte », selon laquelle le franchissement d'une première étape peut conduire à une deuxième étape, etc. Quoi qu'il en soit, nous plaçons pour une révision de la loi de façon à ce qu'elle prenne en compte l'ensemble des problèmes d'addiction, au-delà de la dichotomie entre substances licites ou illicites. Elle pourrait ainsi, tout en maintenant l'illicéité de certains produits, ne plus en prohiber l'usage. Un tel choix faciliterait le traitement des toxicomanes, la prohibition dissuadant certains d'entre eux de demander des soins.

**Mme Martine Lacoste.** Depuis que Mme Simone Veil a autorisé la prescription de buprénorphine comme traitement de substitution, le modèle français est un modèle médico-psycho-social, où le produit est intégré dans une logique de prise en charge globale du toxicomane, non seulement par le médecin prescripteur, mais également par un psychologue et un travailleur social. Certes, l'arrêt de la drogue n'est pas un arrêt de la dépendance, mais il va sécuriser le toxicomane dont la vie ne se réduira plus à la recherche d'un produit : il permet de dégager un espace psychique pour une rencontre avec le personnel soignant, des psychologues, des travailleurs sociaux, voire des psychiatres au sein d'équipes pluridisciplinaires. Il ne faut pas se dissimuler le fait que certains devront rester très longtemps sous traitement de substitution, seul moyen de réduire leur souffrance. Nos réponses doivent pouvoir s'adapter à la diversité des cas. L'arrêt du traitement reste bien évidemment notre objectif, mais cet objectif doit être adapté si on veut être efficace.

**M. Jean-Marc Borello.** L'accès aux soins permet une réduction des risques, et pas seulement des risques infectieux, et c'est pourquoi ont été mis en place, il y a une quinzaine d'années, des établissements à très bas seuil d'exigence visant à offrir aux usagers les plus exclus un tel accès aux soins, tels les « *sleep-in* », ou communautés thérapeutiques. À la différence des établissements de postcure traditionnels, ces structures spécifiques, aujourd'hui au nombre de trois, permettent aux usagers de faire l'expérience de l'abstinence, en dehors de toute idéologie, mais en bénéficiant d'un entourage de thérapeutes et de travailleurs sociaux. Croit-on que si nous n'étions pas tous persuadés qu'il vaut mieux vivre sans drogue, nous aurions consacré vingt-cinq ans de notre vie à aider les gens à sortir de la toxicomanie ?

La durée moyenne de prise en charge des toxicomanes par ces communautés thérapeutiques est de dix-huit mois. Ce type d'institution accueillant des usagers en très

grande difficulté, certains présentant même une comorbidité psychiatrique, cela ne fonctionne pas à tous les coups et certains ont besoin de continuer à consommer de la méthadone : pourquoi pas, si cela leur permet de vivre dignement ? Nous ne nous permettrions pas non plus de demander aux personnes soumises à un traitement psychiatrique d'y renoncer. Demander la possibilité d'adapter nos traitements à chaque individu, ce n'est pas de l'idéologie. En vérité, il n'y a pas de solution idéale : chacun doit trouver celle qui lui correspond le mieux.

De toute façon, le dispositif de soins français ne permettrait pas objectivement de prendre en charge les 150 000 personnes actuellement traitées par méthadone.

**Mme Élisabeth Avril.** Chaque personne étant un sujet singulier, il n'y a pas de réponse univoque à la question de la sortie de la méthadone. Le traitement de substitution permet de stabiliser la situation thérapeutique, sociale et affective des personnes traitées. Concrètement, sur une file active de huit cents personnes par an, une quinzaine arrête progressivement le traitement de substitution. D'autres font le choix de partir en cure hospitalière et en postcure ou en communauté thérapeutique. Certains suivent des stratégies personnelles – ils rencontrent l'amour, font un enfant, etc. – et parviennent à arrêter le traitement sans qu'on s'explique trop comment. Mais d'autres ont besoin de continuer ce traitement pour vivre dans la société telle qu'elle est.

Il faut souligner que ces traitements de substitution doivent être associés à d'autres programmes de réduction des risques, notamment d'infection aux VIH et VHC, comme les programmes d'échange de seringues. C'est ce que prouve une étude néerlandaise, fondée sur l'observation de 1 700 personnes sur vingt ans, qui fait état d'une diminution des contaminations par le VIH ou le VHC. Je considère, de façon très terre à terre, qu'avant de débattre du bien-fondé de tel ou tel traitement, il faut commencer par s'assurer que les personnes restent en vie. Quand nous recevons des malades de quarante à cinquante ans qui cumulent des problématiques telles que la grande précarité ou la maladie, leur dépendance n'est pas notre premier souci. Notre souci, c'est de les maintenir en vie et de leur procurer un semblant d'hébergement, afin qu'ils puissent jouir à nouveau de leurs droits de citoyens. Ce n'est qu'au bout de ce long chemin, qui prend parfois dix ans, qu'ils pourront travailler sur leur dépendance.

J'invite ceux qui nous demandent combien de personnes nous « guérissons » à venir voir les gens que nous recevons au sein des « Bus méthadone », afin de mesurer les difficultés qu'ils affrontent. Ce sont des difficultés majeures, des souffrances anciennes, des manques, des failles, des problèmes qui s'accumulent depuis l'enfance et que la simple administration d'un produit ne suffira jamais à régler.

C'est un ensemble de mesures thérapeutiques et sociales qui est susceptible d'amener ces personnes au point où elles pourront commencer à travailler sur leur dépendance. Nous ne les empêchons pas d'aller vers un sevrage sec, mais il faut qu'elles le souhaitent et non qu'elles se voient imposer une méthode qui ne leur conviendrait pas. J'ai vu des usagers faire une dizaine de sevrages par an, leur état se dégradant au fil de ces tentatives. Sortir de la dépendance est un long cheminement qui peut prendre une dizaine d'années, quand on ne reste pas dépendant à vie.

**M. Bruno Spire.** Tant que les seuls outils thérapeutiques à notre disposition seront l'échange de seringues et la substitution, il sera difficile de réduire les risques d'infection par le virus de l'hépatite C. En effet, à l'inverse de l'infection au VIH dont le risque est considérablement réduit par l'usage de seringues propres, dans le cas de l'hépatite C existe

toujours un risque de transmission si l'injection n'est pas réalisé dans des conditions d'asepsie optimales. Voilà pourquoi il faut aller plus loin : les expériences étrangères ont fait apparaître que seules des salles de consommation supervisées permettaient de faire baisser le taux de contamination. Elles permettent en outre de distribuer des kits à usage unique, destiné aux usagers de drogues par inhalation – « *sniff* » –, qui sont aussi un outil de réduction des risques de transmission de l'hépatite C. L'association Aides assure de telles distributions, hélas mal vues des autorités sanitaires qui les considèrent comme une incitation à la consommation, alors que nous ne faisons que partir des pratiques de ceux que nous voulons protéger des infections.

Si on veut améliorer les résultats en matière de lutte contre les hépatites, il faut oser expérimenter. Nous ne demandons pas aux parlementaires d'autoriser les salles de consommation sur tout le territoire : ce que nous voulons, c'est la possibilité d'évaluer l'efficacité de telles salles de consommation dans le contexte français, avant éventuellement de modifier le cadre législatif. Tant qu'on ne les aura pas expérimentées, le débat n'aura pas de fin.

**« Paul », responsable du comité d'information publique de Narcotiques anonymes de France.** Comment sortir de la dépendance ? Cette question est au centre de l'activité de Narcotiques anonymes. Pour y parvenir, il faut avoir le désir d'arrêter de consommer. Cette réponse, qui peut sembler excessivement floue, a au moins le mérite de poser le débat à l'endroit où il doit l'être. En effet, nul ne peut décider de ce qui fait que quelqu'un a, à un instant donné, le désir d'arrêter de consommer. Nous ne pouvons en définitive parler qu'à partir de notre expérience. J'ai moi-même suivi des traitements de substitution et j'aurais pu continuer à les suivre. Mais substituer signifiant « mettre à la place de », il y a un moment où la question se pose de ne rien mettre à la place. La question de l'abstinence aujourd'hui, c'est de passer d'une abstinence imposée à une abstinence qui pourrait être choisie. Notre rôle, au sein de Narcotiques anonymes, est de témoigner qu'il est possible de vivre sans drogue et de « se rétablir », c'est-à-dire se reconstruire après des décennies de toxicomanie.

En ce qui concerne notre place dans le système de soins, il faut bien reconnaître que nous sommes peu implantés en France, où nous comptons cent groupes, contre cinq cents au Royaume-Uni. Nous travaillons avec l'Association nationale des intervenants en toxicomanie et addictologie, et nous sommes présents dans un petit nombre d'établissements, tels que l'hôpital Paul-Brousse. Nous avons également travaillé avec le « Bus méthadone » ou Médecins du monde. Les endroits où nous avons travaillé ne sont, somme toute, pas nombreux, et nous souhaiterions occuper toute notre place dans le système de soins.

Nous ne sommes pas des professionnels de la dépendance : notre seule formation est notre expérience. Nous prônons une éthique de la responsabilité. Selon les mots du psychiatre Marc Valleur, le système français fait du toxicomane soit un délinquant, soit un patient ; pour nous, s'il n'est pas responsable de sa maladie, il l'est de son rétablissement.

Nous accueillons environ cinq cents personnes par an.

Enfin, nous n'avons jamais eu de contact avec l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

**« Jean ».** Il est vrai que les fragilités sociales, psychiques et physiques du toxicomane peuvent laisser penser aux sectes qu'il y a là pour elles une partie à jouer – on l'a vu dans le passé, avec Le Patriarce, et aujourd'hui avec Narconon, association liée à l'église de

scientologie et qui emprunte certains traits aux Narcotiques anonymes. Nous sommes extrêmement attentifs à ce problème et notre mode d'organisation vise précisément à parer à toute dérive sectaire. Le choix de l'anonymat, par exemple, ou le refus de la désignation d'un porte-parole, fût-ce au prix d'une moindre notoriété, vise à éviter toute personnalisation du pouvoir à travers la personne d'un gourou. L'autonomie financière que nous recherchons dans une perspective d'autosuffisance, en refusant l'aide de l'État ou de donateurs privés, constitue elle aussi un rempart contre toute dérive sectaire. Autre grande différence avec les sectes, il est assez difficile d'entrer dans notre association, et assez facile d'en sortir, l'appartenance aux Narcotiques anonymes devant reposer sur le désir et le libre choix.

**M. Alain Rigaud.** Je dois préciser, en tant qu'administrateur de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, que les stratégies de prévention de l'institut, en matière de consommation d'alcool ou de nutrition, par exemple, ciblent les comportements excessifs plutôt que les dépendants eux-mêmes. Nous devons cependant pouvoir nous appuyer sur l'expérience de chacun, et l'institut réunit périodiquement des groupes d'experts pour élaborer ses politiques. Il s'agit simplement de s'y faire connaître. Par ailleurs, la Commission nationale « Addiction », mise en place en 2006 par le plan 2007-2011 de prise en charge et de prévention des addictions, constituait un espace de rencontre et d'échanges entre les professionnels et les représentants des usagers qui pouvaient ainsi contribuer à l'élaboration des politiques publiques, et nous ne comprenons pas pourquoi le ministère chargé de la santé ne la réunit plus depuis un an.

À ce propos, on peut d'ores et déjà dresser le bilan du plan de prise en charge et de prévention des addictions. S'il a permis un accroissement des moyens dévolus aux addictions, notamment au cours de la première année, ceux-ci ont été consacrés essentiellement au secteur sanitaire, au détriment de la prévention et du dispositif médico-social. La Fédération française d'addictologie qui réunit la plupart des associations professionnelles intervenant dans les champs des addictions, dont la mienne, est en train d'élaborer un livre blanc de l'addictologie française qui pourrait servir de base à un futur plan « Addictions II ».

Je voudrais enfin vous faire observer que la question de savoir comment arrêter le traitement de substitution suppose que la dépendance serait un problème contracté volontairement. Tout notre travail avec les personnes dépendantes nous prouve au contraire que l'origine du problème est à rechercher dans un déséquilibre personnel que le dépendant soigne au moyen de la drogue. À l'origine, la drogue est donc une solution, avant de devenir un problème. Une fois le produit supprimé, on retrouve le déséquilibre, tout l'enjeu étant alors de parvenir à se reconstruire sans le produit. Or, l'expérience clinique montre que tout le monde n'a pas les mêmes capacités de se reconstruire et c'est pourquoi il peut être indispensable de prendre très longtemps ce traitement, comme c'est le cas de traitements médicaux.

**M. Julien Chartier.** L'Association française des dépendants en rétablissement est l'association la plus jeune parmi celles présentes ici et nous vous remercions de nous donner ainsi l'occasion de nous faire connaître. Avant vous en effet, personne n'avait pris contact avec nous. Pourtant, avec M. Frédéric Voize ici présent, nous avons déjà accompagné 1 500 personnes, soit directement, soit en participant à des commissions des relations avec les usagers.

Pour nous, l'utilisateur est au cœur de la solution. Or, celui-ci n'a pas accès à une information institutionnelle qui lui soit compréhensible. Vous avez raison de dire que c'est à l'utilisateur de décider, mais comment le pourrait-il s'il ne connaît pas les solutions qu'on lui

propose ? C'est d'autant plus difficile lorsqu'il est dans une situation de détresse profonde, où il a deux fois plus besoin d'explication. C'est là que nous intervenons : non pour donner des solutions, mais pour assurer ce lien.

**M. Frédéric Voize.** Notre rôle est en effet, par l'intermédiaire des correspondants en région qui sont des bénévoles, d'accompagner vers les réseaux de soins. Nous ne travaillons pas seuls, mais avec les professionnels. La toxicomanie étant une maladie du lien, l'accompagnement est essentiel en matière d'addictologie. Nous considérons les personnes dont nous nous occupons comme nos égales dans la difficulté avant d'être des patients.

**Mme Françoise Branget, corapporteuse pour l'Assemblée nationale.** Vous parlez de débats sans fin empreints d'idéologie, monsieur Bruno Spire, mais certaines publications étrangères font état de conclusions qui diffèrent quelque peu des vôtres. Je pense notamment à un rapport de l'Office fédéral de la santé publique suisse. Je vous appelle donc à un plus grand souci de l'objectivité scientifique.

**M. Bruno Spire.** La vérité scientifique est établie par les études publiées dans la littérature scientifique après évaluation par les pairs. Or, la simple analyse de la littérature biomédicale révèle qu'une soixantaine de publications, notamment *The Lancet*, font état de conclusions favorables aux salles de consommation. Les chercheurs ont notamment évalué l'expérimentation de Vancouver avec un soin particulier. Ceux qui nous opposent la spécificité du contexte européen devraient d'autant plus se prononcer en faveur d'une expérimentation. C'est tout ce que nous demandons : qu'on autorise l'expérimentation dans notre pays, afin de décider à partir de données scientifiques, et non à partir d'intuitions.

**M. Alain Rigaud.** La méthodologie qui préside aux expertises collectives de l'INSERM consiste précisément à compiler tous les travaux, nationaux et internationaux. C'est là la plus grande objectivité à laquelle on peut prétendre, même s'il y aura toujours une étude pour en contredire dix autres.

« **Jean** ». Je voudrais dire un mot à propos de la toxicomanie en prison, nombre de personnes se retrouvant en prison du fait de leur consommation ou devant vivre leur toxicomanie en détention. C'est un enjeu pour nous de pouvoir transmettre notre message de rétablissement au sein des prisons, ce qui suppose une forme de reconnaissance de la part de l'État et de l'administration pénitentiaire, comme c'est déjà le cas dans des pays tels qu'Israël ou les États-Unis.

**M. Serge Blisko, coprésident pour l'Assemblée nationale.** Nous avons prévu d'aborder cette question dans le cadre de nos auditions futures.

Je vous remercie.

*La séance est levée à dix-neuf heures quarante.*

**Membres présents ou excusés**

**Mission d'information commune à l'Assemblée nationale et au Sénat  
sur les toxicomanies**

Réunion du mercredi 16 février 2011 à 16 h 15

Députés

*Présents.* - M. Serge Blisko, Mme Françoise Branget, M. Philippe Goujon, Mme Fabienne Labrette-Ménager, M. Jean-Marie Le Guen, Mme Catherine Lemorton, M. Daniel Vaillant

*Excusés.* - Mme Michèle Delaunay, M. Jean-Christophe Lagarde

Sénateurs

*Présents.* - M. Gilbert Barbier, Mme Brigitte Bout, Mme Samia Ghali, Mme Virginie Klès, Mme Isabelle Pasquet, M. François Pillet

*Excusés.* - Mme Nicole Bonnefoy, Mme Christiane Demontès