

LUTTE CONTRE LES ADDICTIONS

« Allier prévention et application de la loi »

Danièle Jourdain-Menninger préside, depuis septembre, la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt). Elle présente les modalités de mise en place de la première salle de consommation de drogues à Paris, et dévoile le prochain plan gouvernemental.

Le Premier ministre a chargé la Mildt de mettre en place une salle de consommation de drogues à moindre risque à Paris. Qu'attendez-vous de cette expérimentation ?

Ce lieu visera quelques centaines d'usagers de drogues par voie intraveineuse, pour la plupart sans domicile fixe, qui n'ont jamais pu être menés vers des soins. Ils s'exposent aux surdoses, ainsi qu'aux infections par le VIH et l'hépatite C. L'objectif est de leur délivrer des conseils d'hygiène et de santé, notamment pour l'injection, et de les accompagner vers les traitements de substitution, et si possible, le sevrage. Il s'agit également de « soulager » les riverains de la présence permanente de ces usagers de drogues sans abri.

Quelle sera votre méthode ?

La ministre de la Santé avait chargé la Mildt d'une étude de faisabilité, en septembre. Nous avons notamment analysé les expériences menées à l'étranger, où 90 salles ont été créées dans huit pays. Nous avons ainsi pu définir les conditions nécessaires à un tel projet. Elles sont réunies à Paris, avec à la fois un maire volontaire et volontariste, un porteur associatif, Gaïa, ainsi que des besoins très affirmés, puisque, de fait, les « salles » existent déjà sur les trottoirs et dans les halls d'immeuble autour de la gare du Nord. Le Premier ministre a donné son accord au projet; nous

travaillons à présent à sa réalisation. Un comité de pilotage sera bientôt formé avec toutes les parties prenantes: élus, agence régionale de santé (ARS), police, justice, porteur associatif, etc. L'idée est d'y associer également les représentants des riverains. Nous définirons conjointement un cahier des charges. Au niveau national, nous préparons un décret qui permettra cette expérimentation, en étendant les missions possibles des Caarud (1). Enfin, une évaluation scientifique indépendante sera menée pendant ces trois ans d'expérimentation. Il faudra prouver l'apport en matière de santé pour les usagers, et de sécurité pour les riverains.

Qu'est-ce qui pourrait faire échouer l'expérimentation ?

Il nous faut déjà trouver des locaux. Ensuite, il faudra convaincre les

riverains. C'est pourquoi ils seront associés, en amont. Mais notre approche est pragmatique: ces salles ne constituent qu'un élément de la palette de la réduction des risques consacrée par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Et elles ont pour base scientifique l'expertise collective sur la réduction des risques menée par l'Inserm en 2010 (2).

La Fédération addiction craint que ce lancement dans une seule ville n'entraîne une « pression forte » sur le dispositif...

Pour mener une expérimentation dans une deuxième ville, encore faudrait-il que les conditions soient réunies, et qu'un maire manifeste son intérêt. Ils sont peu, à l'approche des élections municipales... De plus, les « scènes ouvertes » (espaces publics où se concentrent des usagers de drogues dures, ndlr) ne sont pas nombreuses en France.

Lors de votre nomination, vous aviez annoncé un rééquilibrage de l'action gouvernementale en faveur de la prévention. Qu'avez-vous déjà réalisé ?

J'ai renoué avec le monde associatif. Et j'entends donner une nouvelle impulsion aux actions de prévention menées conjointement par les représentants de la loi, la communauté éducative et les travailleurs sociaux. La prévention et l'application de la loi doivent être étroitement imbriquées ! Je l'ai observé en

« Il faudra prouver l'apport [de la salle de consommation] en matière de santé pour les usagers, et de sécurité pour les riverains. »

Côte-d'Or, où tous ces acteurs interviennent sur la base d'un même programme, élaboré ensemble, pour les classes de 4^e. La prévention doit reposer sur un socle de connaissances commun. Je souhaite également travailler avec les mouvements d'éducation populaire pour investir d'autres lieux: foyers de jeunes travailleurs, missions locales, clubs sportifs, etc. Tout cela figurera dans le prochain plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies, qui doit être présenté à la fin du premier semestre.

Sera-t-il question de distinguer les comportements d'usage plutôt que les produits, comme l'avait fait Nicole Mastracci lorsqu'elle présidait la Mildt, de 1998 à 2002 ?

Cette approche sera privilégiée. Le Premier ministre me l'a demandé dans la lettre de mission qu'il m'a adressée. Il faut, notamment, faire face au développement de la polyconsommation. Toutefois, je compte insister sur les risques particuliers du tabac, de l'alcool et des nouvelles drogues de synthèse.

BIOGRAPHIE

Ancienne professeure d'histoire, Danièle Jourdain-Menninger, énarque (promotion « Louise-Michel », 1984), a intégré plusieurs cabinets ministériels, dont celui de Lionel Jospin, de 1997 à 2002. Devenue inspectrice générale des affaires sociales, elle a signé de nombreux rapports, notamment sur la prévention sanitaire (2003), ou sur le fonctionnement des centres de dépistage anonymes et gratuits (2010).



V. VINCENZO

Mais aujourd'hui, que peut la Mildt en matière de prévention, avec des budgets contraints et des ARS au rôle prépondérant ?

On estime toujours que les budgets sont insuffisants, mais la méthode et le savoir-faire comptent également. En tant qu'inspectrice générale des affaires sociales, je connais bien les ARS. A chaque déplacement, je rencontre leurs représentants, avec les chefs de projet départementaux et régionaux de la Mildt, afin que nous travaillions mieux, et d'avantage, ensemble.

Concernant les prises en charge, que prévoira le plan ?

Nous ambitionnons de faire entrer dans une nouvelle époque les quelque 400 consultations jeunes consommateurs (CJC). Imaginées par la Mildt, elles sont anonymes et gratuites, et informent sans faire la morale. Nous voulons mieux les faire connaître, par une campagne de communication, en 2014, réalisée avec l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). Nous souhaitons également les faire « aller vers » les jeunes. Il faut que leurs animateurs sortent de leurs locaux, comme le font ceux du Zinc, à Montpellier, en se rendant une fois par semaine dans les établissements scolaires,

pour instaurer le dialogue. Les CJC peuvent ainsi permettre un repérage précoce des addictions, et une intervention brève pour y répondre. Plus largement, nous comptons développer cette méthode, inspirée de nos amis canadiens, avec tous les professionnels qui sont au contact des jeunes.

Votre plan visera-t-il aussi les usagers les plus précaires ?

Il devra s'articuler avec le plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale. Et nous mènerons des actions pour les familles ayant des difficultés particulières avec l'alcool.

« Il est délicat de faire le lien entre législation et niveau de consommation. Il existe tellement d'autres facteurs entrant en ligne de compte. »

En février était organisée une conférence de consensus sur la prévention de la récidive. Comment peut-on l'éviter, en matière de stupéfiants ?

J'ai assisté à cette conférence, où il a été démontré que l'incarcération ne prévient pas la récidive. Nous nous appuyons sur ses résultats pour travailler sur les alternatives à l'incarcération. Et il faut mieux préparer la sortie des détenus, en faisant face à leurs problèmes d'addiction.

La détention pour usage simple n'est-elle donc plus appropriée ?

On y recourt de moins en moins (3). En revanche, il faut protéger les jeunes des trafics; cela fait partie de la prévention!

La France a l'une des politiques les plus répressives d'Europe, et l'une des plus fortes consommations de cannabis. Peut-on ouvrir le débat sur la dépénalisation ?

Certains pays ont des politiques plus libérales et des usages encore plus importants. Il est délicat de faire le lien entre législation et niveau de consommation. Il existe tellement d'autres facteurs entrant en ligne de compte... Je ne pense pas qu'il faille aborder la question sous cette forme. Le débat doit d'abord porter sur notre société en crise, où les personnes en situation de chômage ou d'inactivité ont des comportements addictifs plus importants. ■

(1) Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
 (2) Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. Expertise collective, Inserm, 2010. Disponible sur www.inserm.fr
 (3) Cela est contesté par Anne Coppel, auteure, avec Olivier Doubre, de *Drogues: sortir de l'impasse* (La Découverte, 2012). Elle relève que les peines d'incarcération pour usage simple continuent de progresser en volume, même si le nombre de peines alternatives progresse encore plus rapidement.

ans la douleur



n tenir au niveau licence.

la recherche en orthophonie, sans être obligés d'emprunter des voies de traverse comme la phonétique ou la linguistique», se réjouit la présidente de la Fédération nationale des orthophonistes (FNO), Nicole Denni-Krichel. En outre, la reconnaissance d'un grade universitaire peut avoir des répercussions financières. Les orthophonistes salariés, par exemple, se préparent d'ores et déjà à négocier un changement de grille salariale à l'hôpital public. Mais, bien souvent, le processus LMD conduit à réorganiser des formations qui datent. «Nos études reposent sur un texte de 1966! rappelle le président du Syndicat national autonome des orthoptistes [SNAO], Laurent Milstayn. Toutes les techniques d'exploration et d'approche du patient ont changé. Certes, la plupart des universités ont fait évoluer leurs enseignements, mais sans que les textes officiels suivent.» De

même, les diététiciens nutritionnistes, aujourd'hui formés en deux ans, souhaiteraient obtenir trois ans d'études au minimum, quatre idéalement, tant les besoins sont grandissants, et le métier différent.

Il s'agit donc de repenser les professions, et même d'imaginer des transferts de compétences. Il est ainsi envisagé que les orthoptistes puissent s'occuper de tout ce qui touche à la physiologie de l'œil (changer des lunettes, par exemple), de manière à libérer du temps pour les ophtalmologistes, qui se concentreraient sur la pathologie. D'où la surprise du SNAO, quand le ministère de l'Enseignement supérieur et de la recherche a expliqué que les orthoptistes devraient s'en tenir au niveau licence. «On nous avait demandé de mettre à plat, sans a priori, les compétences actuelles et à venir de notre profession, pour voir comment cela se traduirait dans le système LMD. Nous étions alors très proches du master 1», relate Laurent Milstayn. Ce dernier ne comprend pas pourquoi les orthoptistes devraient être traités différemment des masseurs-kinésithérapeutes et des orthophonistes, «qui ont pu examiner jusqu'au bout l'ensemble des nécessités de leur profession, pour les trois référentiels [activités, compétences et formation, nldr]».

Manifestations

Toutefois, cela ne s'est pas fait sans heurt. Les orthophonistes, par exemple, avaient obtenu du précédent gouvernement une reconnaissance de leur diplôme au niveau master 1, qu'ils ont refusée et contre laquelle ils ont organisé de multiples manifestations. «Notre programme explosait déjà dans nos quatre années d'études: en transposant les enseignements en ECTS, nous arrivions à 288, sur les 300 requis pour le master. Si nous n'avions été reconnus qu'au grade de licence, il aurait fallu tailler dans notre formation», souligne Nicole Denni-Krichel. Cette reconnaissance des orthophonistes va sans doute faire des

« Nous avons construit une maquette de formation, mais nous n'avons pu avancer, faute de cadrage ministériel sur notre niveau de sortie. »

Sébastien Colson, président de l'Association nationale des puéricultrices diplômées et des étudiantes

jaloux. Mais, selon Alain Berger, président de la Fédération française des masseurs-kinésithérapeutes et éducateurs (FFMKR), il ne faut pas se tromper de combat: «Certains syndicats de masseurs-kinésithérapeutes demandent maintenant master 2. Il faut être cohérent. Nous étions tous d'accord pour un cursus en quatre ans. L'important est que nos études correspondent à des besoins, pas de demander un nombre d'heures artificiel.» Reste à savoir si les politiques suivront cette demande a priori raisonnable, mais non sans conséquences organisationnelles, et financières. ■

Laetitia Darmon

TÉMOIGNAGE



F. CALCAVECHIA

Thierry Amouroux, secrétaire général du Syndicat national des professionnels infirmiers (SNPI)-CFE-CGC

« Un grade indispensable pour se faire respecter »

«Il est indispensable que les cadres de santé paramédicaux obtiennent une reconnaissance de leur formation au grade de master. D'une part, parce qu'ils sont managers ou formateurs. Or la réforme LMD exige un niveau master 2 pour enseigner; et si le formateur a un master, on voit mal comment on pourrait le refuser au manager. D'autre part, les infirmiers ayant un niveau licence et les infirmiers anesthésistes un niveau master 2, comment les cadres pourraient-ils se faire respecter si leur grade était inférieur? Nous espérons que leur formation passera de neuf mois à deux ans au moins; avec, si possible, une première année en institut de formation des cadres de santé (IFCS) et une deuxième année à l'université, en master 2 de sciences de l'éducation ou de management par exemple.»