FFA
Fédération Française d'Addictologie

www.addictologie.org

1ère AUDITION PUBLIQUE 2.0

avec retransmission en direct par Oze Tv
en se connectant sur le site de la FFA :
www.addictologie.org

7 & 8 AVRIL 2016
À PARIS

PROGRAMME

La réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Premier ministre
Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives

Avec le soutien institutionnel de la Direction Générale de la Santé et de la MILDECA

Avec l'accompagnement méthodologique de la Haute Autorité de Santé

EDITO

Les pratiques professionnelles en matière de prévention et de soins dans le champ des conduites addictives connaissent de profonds changements depuis une dizaine d'année. Un « changement de paradigme » lié essentiellement au développement et à l'intégration de la Réduction des Risques et des Dommages (RdRD) qui vise en priorité à prévenir et à diminuer les conséquences négatives, sanitaires et sociales, des conduites addictives. Au-delà des méthodes, ce sont les fondements et les objectifs de l'intervention socio-sanitaire, jusque là centrés sur l'abstinence, qui sont interrogés.
L'importance des questions que soulève cette évolution, ses retentissements sur les pratiques, les politiques de santé et les articulations avec les autres champs (formation, éducation, justice, etc.), ses enjeux de cohérence et d'appropriation par l'opinion publique, ont conduit la Fédération Française d'Addictologie à juger particulièrement nécessaire la tenue d'une Audition Publique sur ce thème.

Selon la méthodologie proposée par la Haute Autorité de Santé qui accompagne son organisation, cette Audition Publique se déroulera les 7 et 8 avril 2016 au Ministère de la Santé à Paris, au cours de laquelle interviendra une trentaine d'experts chargés de présenter publiquement leurs réponses à des questions définies par le Comité d'Organisation. Une Commission d'Audition présidée par le Pr Didier SICARD, de composition large et diversifiée sera chargée d'en tirer des conclusions et des recommandations.

L'Audition Publique sera structurée en 4 parties :

- la philosophie d'action (définition et enjeux de la RdRD)
- les données sur l'impact et les résultats (efficacité et efficience de la RdRD)
- les nouvelles pratiques (lesquelles développer et en quoi peuvent-elles améliorer la prévention et les soins)
- et les conditions nécessaires au développement de la RdRD (cadre légal, dispositif, évolutions des représentations...).

Pour la 1ère fois, les débats pourront être suivis en direct (en *streaming*) pendant ces 2 jours, en se connectant sur le site de la FFA. Ainsi dans chaque région ou dans toute institution qui le souhaite, des rencontres des différents responsables des associations et des acteurs locaux pourront être organisées sous l'égide de la FFA. Chacun pourra librement suivre l'ensemble des débats à distance.

Pr Amine BENYAMINA
Président de la FFA
amine.benyamina@aphp.fr

Dr Alain MOREL
Président du Comité d'Organisation
amorel@oppelia.fr

LA FEDERATION FRANÇAISE D'ADDICTOLOGIE

Associations fondatrices

ANPAA - Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

FA - Fédération Addiction

SFA - Société Française d'Alcoologie

SFT - Société Française de Tabacologie

Associations Membres

ADDICTOLIB - Regroupement national des addictologues libéraux

AFR - Association Française pour la Réduction des risques

Alliance contre le tabac

ASPSA - Association des Structures Publiques de Soins en Addictologie

COPAAH - Collège Professionnel des Acteurs de l'Addictologie Hospitalière

CUNEA - Collège Universitaire National des Enseignants d'Addictologie

ELSA - Association Française des Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie

FNESAA - Fédération Nationale des Etablissements de Soins et d'Accompagnement en Addictologie

IREMA - Institut de Recherche et d'Enseignement des Maladies Addictives

RESPADD - Réseau des Etablissements de Santé pour la Prévention des Addictions

SAF - Société d'Addictologie Francophone

Association SAFE

SOS Addictions

Associations affiliées

Alcool Assistance

ASUD - Auto-Support des Usagers de Drogues

Fondation Gilbert Lagrue

LA COMMISSION D'AUDITION

Président de la Commission d'Audition

- **Didier SICARD** - *Paris*

Membres de la Commission d'Audition

- **Philippe BATAILLE** - *Paris*
- **Dominique BERGER** - *Saint Etienne*
- **Catherine BERNARD** - *Paris*
- **Pascal CHARBONNEL** - *Paris*
- **Katherine CORMIER** - *Bordeaux*
- **Michèle COTTA** - *Paris*
- **Chantal DESCHAMPs** - *Paris*
- **François DIOT** - *Paris*
- **Eric DOUDET** - *Tours*
- **Jean-Pierre HAVRIN** - *Toulouse*
- **Elizabeth JOHNSTON** - *Paris*
- **Emmanuel LANGLOIS** - *Bordeaux*
- **Marie-Laure LEBLANC** - *Lille*
- **Jean-Philippe RAYNAUD** - *Toulouse*
- **Aymeric REYRE** - *Paris*
- **Philippe VAUR** - *Louveciennes*

LE GROUPE BIBLIOGRAPHIQUE

Responsable du groupe bibliographique

- **Perrine ROUX** - *Marseille*

Membres du groupe bibliographique

- **Hortense HURMIC** - *Paris*
- **Nicolas KHATMI** - *Marseille*
- **Cécilia MAITRE** - *Bayonne*

Page 505

Tous les rapports des experts et du groupe bibliographique sont en ligne et téléchargeables sur le site de la FFA www.addictologie.org

LE COMITE D'ORGANISATION

- **Xavier AKNINE** - *MG Addiction - Gagny*
- **Jean-Louis BARA** - *Vice-président FFA - Président Association SAFE, Paris*
- **Amine BENYAMINA** - *Président FFA - Hôpital Paul-Brousse, Villejuif*
- **Patrick DAIMÉ** - *Membre du Conseil de l'Ordre des Médecins - ANPAA - CHU, Rouen*
- **Ruth GOZLAN** - *MILDECA, Paris*
- **Jean-Maxence GRANIER** - *Membre d'un groupe d'entraide*
- **Nathalie JOANNARD** – *DGS, Paris*
- **Martine LACOSTE** - *Vice-présidente Fédération Addiction - Clémence Isaure, Toulouse*
- **Estelle LAVIE** - *HAS, Paris*
- **Alain MOREL** - *Vice-président FFA - Administrateur Fédération Addiction – Oppelia, Paris*
- **Fabrice OLIVET** - *Directeur ASUD, Paris*
- **François PAILLE** - *Vice-président FFA - Président COPAAH - Président CUNEA - CHU Nancy*
- **Cédric PAINDAVOINE** - *HAS, Paris*
- **Karine PANSIOT** - *Membre du Conseil de l'Ordre des Pharmaciens - Pharmacien, Dijon*
- **Alain RIGAUD** - *Vice-président FFA - Président ANPAA - EPSM Marne, Reims*
- **Dorte TOMMERUP** - *Représentante de groupes d'entraide, Luxembourg*
- **Gabriel ZIMMERMANN** - *FNESAA, Maizeroy*

LES EXPERTS

- **Henri-Jean AUBIN** - *SFA - Hôpital Paul-Brousse, Villejuif*
- **Elisabeth AVRIL** - *GAÏA, Paris*
- **François BECK** - *Directeur de l'OFDT, Paris*
- **Christian BEN LAKHDAR** - *Université Lille 2, Lille*
- **Ivan BERLIN** - *Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris*
- **Yann BISIOU** - *Université de Montpellier, Montpellier*
- **Samuel BLAISE** - *Association Olivier Ameisen*
- **Anne BORGNE** - *Présidente du RESPADD, Paris*
- **Patrizia CARRIERI** – *Inserm, Marseille*
- **Pierre CHAPPARD** - *Président du forum PsychoACTIF, Paris*
- **Anne COPPEL** - *Présidente d'honneur de l'Association Française pour la Réduction des risques, Paris*
- **Jean-Pierre COUTERON** - *Président de la Fédération Addiction, Boulogne-Billancourt*
- **Jean-Michel DELILE** - *Directeur du CEID, Bordeaux*
- **Maurice DEMATTEIS** - *CHU, Grenoble*
- **Matthieu FIEULAINE** - *Anthropologue, Marseille*
- **Véronique GARGUIL** - *Hôpital Charles Perrens, Bordeaux*
- **Tim GREACEN** - *Directeur du laboratoire de recherche du Groupe Hospitalier de Maison-Blanche, Paris*
- **Marie JAUFFRET-ROUSTIDE** - *Chargée de recherches, Inserm, Paris*
- **Aude LALANDE** - *Sociologue, Paris*
- **Jacques LE HOUEZEC** - *Inserm, Paris*
- **Brice LEPOUTRE** - *Président d'AIDUCE (Association indépendante des utilisateurs de la cigarette électronique), Paris*
- **Amandine LUQUIENS** - *Hôpital Paul-Brousse, Villejuif*
- **Vincent MEILLE** - *CHU Dijon*
- **Laurent MICHEL** - *CSAPA Pierre Nicole, Paris*
- **Véronique NAHOUM-GRAPPE** - *Anthropologue, EHESS, Paris*
- **Marie NOUGIER** - *Chercheuse et Porte-parole de l'IDPC (International Drug Policy Consortium), Londres*
- **Fabrice PEREZ** - *Chargé de communication, AFR / ASUD / Techno+ , Paris*
- **Michel REYNAUD -** *Hôpital Paul-Brousse, Villejuif*
- **Valère ROGISSART** - *Directeur à Aurore, Seine Saint Denis*
- **Rolin WAVRE** - *Élu les Républicains, Genève, Suisse*

L'ORGANISATION LOGISTIQUE

- **Annie EGGERMANN** - *KATANA santé - Tél. : 01 84 20 11 92 - a.eggermann@katanasante.com*
- **Duyn TRUONG** - *KATANA santé - Tél. : 01 84 20 11 90 - info@katanasante.com*

JEUDI 7 AVRIL

PROGRAMME

www.addictologie.org

9h00 - 9h30 » **ACCUEIL**

9h30 - 10h00 » **OUVERTURE par Alain Morel (Paris), Amine Benyamina (Villejuif) et Mme Danièle Jourdain-Menninger, Présidente de la MILDECA**

En quoi et jusqu'où la RdRD est-elle un nouveau paradigme dans le champ des conduites addictives

Modérateur : Alain Rigaud (Reims)

QUESTIONS

10h00 - 10h50
- **Quelles définitions des conduites addictives, des risques et de la RdRD ?**
- **Quels en sont les principes fondateurs et les objectifs aujourd'hui ?**

Experts : Anne Coppel (Paris) ***Page 7*** *et Michel Reynaud (Villejuif)* ***Page 32***

10h50 - 11h30
- **En quoi la RdRD est-elle un nouveau paradigme ?**
- **La place originelle déterminante des usagers est-elle antinomique de son institutionnalisation ?**

Expert : Aude Lalande (Paris) ***Page 63***

11h30 - 11h50 » **Pause**

11h50 - 12h30
- **Quel périmètre et quelles limites doit avoir la RdRD (vision internationale) ?**
- **Doit-elle porter sur la demande (les usages) ou intervenir aussi sur l'offre (l'accès aux produits et leur qualité) ?**

Expert : Marie Nougier (Londres) ***Page 86***

12h30 - 13h10
- **Quels sont les différents modèles de RdRD ?**
- **Quelle place la RdRD doit-elle avoir dans l'ensemble des interventions et dans la politique des drogues et des addictions en France ?**

Expert : Marie Jauffret-Roustide (Paris) ***Page 102***

13h10 - 14h00 » **Déjeuner**

Quelles sont les données probantes sur l'efficacité de la RdRD ?

Modérateur : Karine Pansiot (Dijon)

QUESTIONS

14h00 - 14h30 » **Quelles connaissances avons-nous sur l'efficience/l'efficacité des politiques de RdRD qui se sont développées à l'étranger et en France depuis une trentaine d'années ?**

Expert : François Beck (Paris) ***Page 119***

14h30 - 15h00 » **La RdRD est-elle efficace et quelles sont ses limites en matière de drogues illicites ?**

Expert : Laurent Michel (Paris) ***Page 160***

15h00 - 15h30 » **La RdRD est-elle efficace et quelles sont ses limites en matière d'alcool ?**

Expert : Henri-Jean Aubin (Villejuif) ***Page 180***

15h30 - 16h10 » **La RdRD est-elle efficace et quelles sont ses limites en matière de tabac ?**

Experts : Jacques Le Houezec (Paris) ***Page 200*** *et Ivan Berlin (Paris)* ***Page 217***

16h10 - 16h30 » **Pause**

16h30 - 17h00 » **La RdRD est-elle efficace et quelles sont ses limites en matière d'addiction sans produit ?**

Expert : Amandine Luquiens (Villejuif) ***Page 239***

17h00 - 17h30 » **La RdRD est-elle efficace et quelles en sont les limites en matière d'addiction aux médicaments psychotropes et de polyconsommations ?**

Expert : Maurice Dematteis (Grenoble) ***En attente***

17h30 - 18h00 » **Comment organiser/soutenir des recherches et des évaluations multidisciplinaires dans le domaine de la RdRD qui aident le développement des pratiques et qui tiennent compte de ce qui est déjà étudié à l'étranger ?**

Expert : Patrizia Carrieri (Marseille) ***Page 253***

VENDREDI 8 AVRIL

PROGRAMME

www.addictologie.org

9h00 - 9h30 » **ACCUEIL**

La RdRD nécessite-t-elle de nouvelles pratiques et de nouveaux outils ?

Modérateur : Jean-Maxence Granier (Paris)

QUESTIONS

9h30 - 10h00
- » **En quoi les pratiques de RdRD peuvent-elles s'intégrer dans les stratégies de prévention et de soin et les améliorer, dans tous les secteurs des addictions ?**
- » **Quelle place des usagers dans ces modalités d'action ?**

Expert : Jean-Michel Delile (Bordeaux) ***Page 269***

10h00 - 10h40
- » **Faut-il distinguer des lieux et des acteurs en fonction des modalités d'action (qui fait quoi en matière de RdRD) ?**
- » **Comment faire de la réduction des risques dans les lieux de traitement ?**
- » **En centres résidentiels de soins ? En hébergement social ? En prison ?**

Experts : Vincent Meille (Dijon) ***Page 296*** *et Valère Rogissart (Paris)* ***Page 308***

10h40 - 11h20
- » **Comment prendre en compte les phénomènes émergents (nouveaux produits de synthèse, nouveaux publics...) et trouver des réponses adaptées ?**
- » **Comment permettre au dispositif de RdRD de s'actualiser/s'adapter en permanence en fonction de l'évolution des usages et des problèmes liés aux usages ?**

Experts : Pierre Chappard (Paris) ***Page 326*** *et Fabrice Perez (Paris)* ***Page 341***

11h20 - 11h50 » **Pause**

11h50 - 12h30 » **Comment intégrer, dans les pratiques, l'accompagnement et les outils de la consommation à moindre risque ?**

Experts : Matthieu Fieulaine (Marseille) ***Page 357****, Anne Borgne (Paris)* ***Page 370****, Elisabeth Avril (Paris)* ***Page 381***

12h30 - 13h00 » **Quels outils de RdRD sont adaptés pour intervenir précocement, dès les premiers usages, auprès des jeunes usagers, en particulier les mineurs ?**

Expert : Véronique Garguil (Bordeaux) ***Page 393***

13h00 - 14h00 » **Déjeuner**

Quelles sont les conditions nécessaires au développement de la RdRD ?

Modérateur : Martine Lacoste (Toulouse)

QUESTIONS

14h00 - 14h30 » **En quoi l'évolution de la société moderne influe-t-elle sur les phénomènes d'addictions et leurs traitements ?**

Expert : Véronique Nahoum Grappe (Paris) ***Page 411***

14h30 - 15h20 » **Comment permettre aux usagers et à leurs associations de jouer un rôle moteur dans la définition et l'application des stratégies de RdRD ?**

Experts : Tim Greacen (Paris) ***Page 416****, Brice Lepoutre (Paris)* ***Page 429*** *et Samuel Blaise (Paris)* ***Page 441***

15h20 - 15h50 » **Comment organiser le dispositif de prévention, de RdR et de soins, pour qu'il intègre la RdRD et propose des espaces différenciés mais sans les cloisonner ?**

Expert : Jean-Pierre Couteron (Boulogne-Billancourt) ***Page 455***

15h50 - 16h20 » **En quoi le cadre légal et réglementaire actuel est ou n'est pas un obstacle à la RdRD ? Quelles en seraient les évolutions souhaitables pour favoriser la RdRD ?**

Experts : Yann Bisiou (Montpellier) ***Page 471*** *et Christian Ben Lakhdar (Lille)* ***Page 477***

16h20 - 16h50 » **Comment modifier les représentations de l'opinion publique et valoriser l'intérêt général de développer la RdRD ?**

Expert : Rolin Wavre (Genève) ***Page 493***

16h50 - 17h00 » **CONCLUSION par Alain Morel (Paris) et Amine Benyamina (Villejuif)**

Pour la construction d'un consensus sur la définition de la RDRD : principes fondateurs, pratiques professionnelles et objectifs.

Anne COPPEL
Présidente d'honneur de l'Association Française
pour la Réduction des risques, Paris
coppel.anne@gmail.com

Introduction

Construire un consensus sur la définition de la RDRD, tel est l'objectif assigné à l'Audition publique organisée par la Fédération Française d'Addictologie, objectif associé d'une part aux pratiques professionnelles qui en découlent et d'autre part à la reconnaissance de la place des usagers dans la communauté sociale française. La RDRD est aujourd'hui un concept commun à toutes les addictions, mais la politique de RDR a été mise en place pour surmonter le caractère d'exception des drogues illicites. Les controverses sur les concepts et la politique de RDR sont directement liées au débat sur la politique en matière de drogues. Aussi est-ce essentiellement sous cet angle que nous avons choisi de traiter les principes et les pratiques. Il n'a pas été évident de définir la RDRD ou RDR, pour reprendre la formulation initiale, parce qu'avant de devenir une politique, la RDRD a d'abord été un ensemble de pratiques développées de façon empirique sur le terrain. Acteurs de terrain, responsables administratifs et politiques, chercheurs se sont successivement attelés à cette tâche dont la première difficulté a été de passer des pratiques à leur conceptualisation. La difficulté théorique était redoublée par la diversité des premiers acteurs de terrain. Militants de la lutte contre le sida, humanitaires, médecins généralistes et psychiatres, professionnels du soin aux usagers de drogues, chercheurs et journalistes, usagers de drogue réunis dans des associations, chacun de ces acteurs avait ses objectifs propres. Il faut rendre hommage aux experts britanniques qui dès 1986 ont regroupé ces pratiques très diverses et les ont inscrit dans le champ de la santé publique avec le concept de réduction des conséquences nocives liées à l'usage de drogues illicites (*harm reduction of drug use*), ce qui comprend à la fois les risques et les dommages. RDR était une traduction inexacte du concept anglais, elle a pourtant été reprise par les acteurs français malgré ses ambiguïtés sur la nature du risque en question (1). Les premiers acteurs ne se sont pas réunis sur un concept, ils se sont réunis parce qu'ils ont fait le choix de rechercher les réponses aux problèmes avec « les personnes directement concernées », c'est à dire ici, les usagers qui n'avaient pas renoncé à consommer des drogues. Le partenariat s'est construit avec ASUD, l'association qui les regroupait en dépit du statut pénal de l'usage. L'association refusait de s'enfermer dans l'alternative « malade ou délinquant », si bien que la place des usagers dans la société a été directement ou indirectement au cœur des controverses suscitées par les premières expérimentations et la politique de santé publique. En France comme au niveau international, il aura fallu la menace du sida, maladie mortelle et contagieuse pour que les pratiques de RDRD acquièrent un statut légal dans le cadre de politiques de santé publique. Au niveau international, ces politiques sont désormais recommandées par les organismes officiels dans le champ de la santé avec l'OMS et l'ONU-Sida, ainsi qu'à l'ONUDC, organisme chargé de la lutte contre le crime et les drogues (2) Aujourd'hui, les politiques de RDRD ont profondément modifié l'ensemble des stratégies de santé concernant l'usage de drogues licites et illicites en Europe comme le constate un guide line de l'OEDT une publication à laquelle ce travail se réfère (3). La France a également mis en cohérence l'ensemble des politiques menées dans le champ des addictions, ce dont rendent compte plusieurs publications. Je me réfèrerai en particulier à deux publications récentes sur la RDRD (4). La mise en cohérence de la politiques de santé avec la politique de lutte contre les drogues fait toujours l'objet de controverses qui ont rendu nécessaire la recherche d'un consensus d'abord entre les acteurs de santé puis avec les instances officielles chargées de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques publiques. Il a fallu construire un consensus à l'Assemblée Nationale pour aboutir à la loi de santé publique de 2004 qui a donné un

statut légal à la politique dite de RDR. La controverse publique n'a pas cessé pour autant si bien qu'en 2010, le ministère de la Santé et des Sports a chargé l'INSERM d'une expertise sur le risque infectieux chez les usagers de drogues. L'expertise collective a abouti à un consensus des chercheurs si bien que, à la différence du rocher de Sisyphe, il y a bien des acquis d'un débat à l'autre (5). Nous partirons de ces travaux pour dégager les principes au fondement des stratégies et politiques de RDRD. Nous aborderons ensuite la question des pratiques professionnelles dans le champ des addictions pour aboutir aux objectifs généraux en retenant particulièrement ceux qui, selon nous, répondent aux tâches de l'heure dans le champ des addictions.

1. Les principes au fondement de la RDRD

1.1. Les usagers de drogues acteurs de leur santé

Que les usagers de drogues puissent être les acteurs de leur santé n'avait rien d'une évidence. Lorsque la contamination par le sang a été connue, et que les injecteurs sont devenus une population exposée au risque sida, chercheurs et praticiens se sont retrouvés dans une impasse. A l'époque, faute d'un traitement médical, il n'y avait pas d'alternative à la prévention de cette maladie mortelle et contagieuse. Pour la première fois dans l'histoire des épidémies, la lutte contre le sida a fait appel à la responsabilité individuelle et collective, un choix qui repose sur la capacité des personnes exposées au risque de contamination de changer leurs comportements (6). Mobilisés dans des associations, les homosexuels ont fait rapidement la preuve de leur capacité à modifier leurs comportements sexuels, en particulier en adoptant le préservatif. Mais comment imaginer que les usagers de drogues, les injecteurs fassent quoi que ce soit pour protéger leur santé ? La cure de désintoxication apparaissait comme le préalable à la responsabilisation des usagers injecteurs de drogues. Or au début des années 80, malgré de nombreuses tentatives de traitements systématiques et obligatoires, il s'était révélé impossible d'imposer une cure de désintoxication à tous les consommateurs de drogues. De plus, les études de follow-up anglo-saxonnes démontraient que ces cures aboutissaient à environ 80% de rechutes (7). Ces rechutes exposaient au risque, outre les injecteurs eux-mêmes, leurs partenaires sexuels. Quelques pays totalitaires ont bien tenté d'isoler les toxicomanes et de les tenir enfermés, mais les sociétés démocratiques ont dû se rendre à l'évidence : l'enfermement de tous n'était ni possible ni souhaitable, il fallait rechercher d'autres voies.

Il n'y aurait pas eu de RDRD possible si les usagers injecteurs n'avaient fait la démonstration de leur capacité à modifier leur comportement face à l'épidémie de sida. Or dès 1985, Samuel Friedman et Don Des Jarlais, épidémiologistes, ont observé que plus de la moitié des injecteurs de rue à New York avaient renoncé à partager leur seringue. Ainsi les usagers injecteurs pouvaient protéger leur santé, ne serait-ce qu'à minima pour poursuivre leurs consommations**.** Ces résultats communiqués dans la conférence internationale de lutte contre le sida à Paris en 1986 sont passés inaperçus en France, à l'exception de quelques praticiens hospitaliers ou de Daniel Defert (8). Les experts britanniques, américains et hollandais qui s'en sont saisis savaient déjà que l'usager dépendant d'un opiacé fait des choix dans sa façon de consommer (fréquences, quantités, recours ou non à l'injection) et dans son mode de vie (9). De nombreuses recherches sociologiques ont aussi montré que l'usage de drogue exige un apprentissage et que les usagers exercent une forme de contrôle sur leurs consommations (10). Comme pour tous les êtres humains, cette capacité s'exerce dans un système de contraintes, en partie liées à la société, à leur situation personnelle et sociale. Le cadre légal d'une part, la dépendance d'autre part font partie des contraintes que les usagers injecteurs prennent en compte avec des stratégies différentes selon les groupes d'appartenance et les choix personnels.

L'épidémie de sida était une nouvelle contrainte que l'usager injecteur se devait d'intégrer s'il ne voulait pas être victime de cette maladie mortelle. En France dès 1988, deux recherches portant sur les effets de la mise en vente libre des seringues de 1987 montraient que plus de 50 % des injecteurs avaient renoncé à partager leurs seringues (11). Les résultats de ces recherches

prouvaient que les usagers injecteurs étaient bien, comme tout un chacun, les acteurs de leur santé. Les principes de la nouvelle santé publique qui place l'individu au cœur des dispositifs devaient s'appliquer pour eux comme pour n'importe qui d'autre.

1.2. La RDRD et la reconnaissance des droits de l'homme

Les premiers de ces droits sont le droit de vivre et le droit à la santé et ce droit comprend le droit au contrôle de sa santé. Même s'il poursuit sa consommation de drogues, l'usager doit pouvoir protéger sa santé, il doit avoir accès à l'information, aux outils de prévention et aux services de santé. La lutte contre le sida a promu une nouvelle conception de la santé publique qui associe le droit à la santé et la reconnaissance de tous les droits de l'homme et c'est désormais un principe général des politiques de santé publique reconnu par l'OMS : « La réalisation du droit à la santé est étroitement liée à la réalisation des autres droits de l'homme, notamment le droit à l'alimentation, au logement, au travail, à l'éducation, à la non-discrimination, à l'accès à l'information et à la participation » (12). La reconnaissance des droits implique de lutter contre les inégalités de santé et pour l'accès aux droits sociaux. Au-delà du droit, elle exige de lutter contre les discriminations et la stigmatisation qui justifient l'exclusion sociale et l'exclusion des services. Les usagers de drogue étaient exclus des services de droit commun dès qu'ils étaient identifiés. L'exclusion est redoublée pour les usagers appartenant à des groupes vulnérable, usagers souffrant de troubles mentaux, prostituées, minorités ethniques, plus souvent exclus de l'hébergement social. La cure de désintoxication était devenue un préalable au traitement des pathologies somatiques, la très grande majorité des médecins et des services hospitaliers se contentant d'orienter les toxicomanes dans les services de soins spécialisés. Même les services d'urgence hospitalière les refusaient au prétexte que « 'il n'y a pas d'urgence en toxicomanie ». La terrible mortalité des usagers d'héroïne jusqu'à la RDR est en partie due à cette exclusion. La violation des droits de l'homme dans les politiques de drogues (13) a fait l'objet d'un rapport de la commission des droits humains de l'ONU (14). S'il n'y a pas en France de traitements obligatoires ni de condamnations à mort, il est aujourd'hui avéré que la criminalisation de l'usage a des conséquences néfastes et qu'elle entre en contradiction avec les droits humains. Aussi, les experts réunis lors de la 18ème Conférence internationale VIH/sida ont appelé les gouvernements et organisations internationales « à décriminaliser les utilisateurs de drogues et à prendre en compte les acquis scientifiques dans les politiques de drogues » (15). L'OMS, l'ONU-sida et l'ONUDC ont d'abord recommandé ensemble la mise en œuvre des politiques de RDRD (16), puis, outre l'OMS, l'ONUDC a rappelé à son tour la nécessité de respecter les droits humains dans la lutte contre la drogue et le crime, des droits qui selon la chartre de l'ONU sur les Droits universels l'emporte sur toute autre considération (17).

1.3. Des principes communs à toute politiques de santé, appliqués au champ des addictions

Avec la distribution de seringues, la prescription médicale d'opiacés de substitution, le soutien aux associations d'auto-support des usagers, premiers outils de la RDR auxquels il faut ajouter depuis 2015, l'expérimentation de salles de consommation, cette politique de santé publique est apparue comme une politique d'exception. C'est ignorer que la RDR obéit aux mêmes principes que toutes les politiques de santé publique et qu'à ce titre, elle s'applique aux psychotropes légaux. Le concept de RDRD n'était pas explicite pour les psychotropes licites, il n'en est pas moins le principe auquel se soumettent les politiques de prévention en prenant acte des consommations avec des réglementations qui doivent en limiter les risques et dommages. La santé publique n'est pas toute puissante et les réglementations sont le produit d'une négociation en fonction de l'histoire et des intérêts en jeu, comme le montre l'histoire du tabac (18). Si les experts de la santé publique voudraient obtenir que la société renonce au tabac, pour l'alcool, il est entendu que les Français n'y renonceront pas, aussi la prévention répond à un objectif de modération. Quoi qu'il en soit, les politiques de santé protègent autant que possible le consommateur avec leurs outils, la

réglementation, l'information du consommateur, l'éducation sanitaire et la promotion de la santé. Appliquer ces outils aux drogues illicites impliquait de construire des stratégies spécifiques pour surmonter le caractère d'exception dû au statut législatif des drogues illégales (19). Encore a-t-il fallu se fixer comme objectif la protection de la santé des usagers de drogues. En France, le dispositif législatif mis en place par la loi de 1970 relève du code de la santé publique, mais son objectif exclusif est de protéger la population générale en excluant toute possibilité d'accès à ces substances stupéfiantes. La sanction pénale de l'usage, la prévention primaire et le traitement limité à la cure de désintoxication concourent à cet objectif général. La protection de la santé des usagers injecteurs s'est imposée comme objectif sous la menace du sida, maladie contagieuse Mais la santé publique n'a pas été invoquée en vain. La démarche de santé publique s'est développée en suivant sa logique propre : il a fallu tout revoir, développer les recherches épidémiologiques pour un diagnostic de la situation et pour évaluer les résultats des actions, développer les recherches scientifiques, pharmacologie, neurosciences et sciences cognitives pour évaluer les RDRD selon les produits psychoactifs licites et illicites (20). Les recherches sociologiques et anthropologiques ont été sollicitées pour étudier les usages et les prises de risques dans leur contexte. Il a fallu aussi redéfinir les concepts qui fondent la prévention et le soin, et repenser les objectifs et les pratiques professionnelles pour mettre en cohérence les différentes stratégies d'intervention. Il a fallu, enfin, mobiliser les acquis scientifiques des recherches fondamentales pour aboutir à l'addictologie. Cette Audition publique prend acte de ce changement de paradigme. Nombre des acquis de la RDRD font désormais consensus dans le champ de la santé.

1.4. Priorités de santé et hiérarchie des risques et dommages

Une priorité de santé a joué un rôle-clé dans la prise de conscience du nécessaire changement de paradigme : « Le sida est un danger plus grand pour la santé publique et individuelle que l'usage de drogues » (21). Une fois énoncée, cette priorité est devenue incontestable, mais elle bouleversait à la fois les croyances et les pratiques dans le soin et elle n'a pas manqué de susciter nombre de controverses en France. Allait-t-on renoncer à « guérir les toxicomanes » sous la menace du sida ? La puissance de la priorité de santé tient au rappel d'une évidence que les approches essentiellement psychothérapeutiques avait négligée : tout dépendant qu'il soit, l'usager de drogue est un être humain, un patient comme les autres pour les médecins. Il a un corps et ce corps est menacé d'une maladie mortelle. Les priorités de santé publique reposent en principe sur les indicateurs quantitatifs de mortalité et morbidité. A condition que les études soient menées. Le suivi épidémiologique de la mortalité sida a été immédiatement mis en place, mais pour les drogues illicites, on ne disposait que d'un seul indicateur, les overdoses sur la voie publique comptabilisées par les services de police. Malgré la sous-évaluation de cet indicateur, en 1993, la toxicomanie était devenue la 1ère cause de mortalité des 18-34 ans en Ile de France avec deux indicateurs, les OD et la mortalité liée au sida (22). Ces indicateurs ont contribué à la prise de conscience de la gravité de la situation. Face au sida, l'OMS recommandait déjà un accès large aux seringues stériles. ce qui, en bonne logique, aurait exigé la dépénalisation de l'usage. Aussi Simone Veil, ministre de la santé, a-t-elle chargé une commission d'évaluer la loi de 1970 et de recommander les changements nécessaires. La commission Henrion n'est pas parvenue à un consensus sur la dépénalisation de l'usage, mais son diagnostic est sans appel : *« La politique de lutte contre la toxicomanie, fondée sur l'idée selon laquelle il ne faut rien faire pour faciliter la vie des toxicomanes, a provoqué des catastrophes sanitaires et sociales. Il est urgent de rompre avec cette logique de l'exclusion »* (23).
Sous la menace du sida, Simone Veil a obtenu de son gouvernement la possibilité de mettre en place le dispositif RDR à la condition *sine qua non* que ce dispositif s'ajoute à l'existant sans le modifier. Accepter l'usage de drogues en distribuant des seringues devait conserver son caractère d'exception en limitant le dispositif aux risques infectieux. Dans cette logique, l'offre de service devait se limiter aux injecteurs, mais d'entrée de jeu, la logique de santé publique exigeait d'élargir

l'offre à d'autres populations, ne serait-ce que pour prévenir l'injection. Les priorités retenues par le dispositif expérimental RDR sont :

1°) L'ensemble des risques infectieux : au-delà du sida, la logique médicale imposait la prise en compte de l'ensemble des risques infectieux. Longtemps invisible, le VHC a rapidement révélé une pathologie dont la prévalence était nettement supérieure au VIH puisqu'on savait que 60 à 70% des injecteurs étaient contaminés. A l'époque**,** l'indifférence était générale et au-delà de l'affichage, il a fallu attendre que la menace du sida soit surmontée pour que le corps médical se mobilise dans la lutte contre les hépatites. Ni la RDRD liée aux pratiques précises d'injection, ni la prévention de l'injection n'ont été considérées comme des priorités exigeant le développement d'une offre de services adaptés.

2°) Les risques et dommages sanitaires : la diminution des OD fait partie des objectifs du dispositif, mais, en l'absence de données précises, la baisse de la mortalité et de la morbidité, toutes cause confondues, n'est toujours pas un objectif explicite. Pour l'essentiel, deux types de services sont offerts dans les services de première ligne, réponses d'urgence et soins infirmiers et accès facilité aux services hospitaliers. L'amélioration de la santé des usagers dépendant de l'héroïne est essentiellement due au recours aux TSO. Les études internationales avaient démontré l'amélioration de la santé, la baisse des contaminations et la baisse de la mortalité avec les traitements méthadone. En 1995, la méthadone a acquis une AMM en France, mais ce traitement relève du soin spécialisé, ce qui en limite l'accès. Aussi, pour favoriser l'accès le plus large possible au traitement, la France a fait le choix d'expérimenter un médicament nouveau, le Subutex, qui ne devait pas provoquer d'overdoses. La prescription en médecine de ville a été favorisée par un cadre très libéral dans un objectif de RDRD. Les pathologies très diverses liées à l'injection (septicémies, endocardites, lésions vasculaires, œdèmes etc.) ont été mieux explorées et mieux prises en compte. C'est aussi dans le cadre de ces prises en charge que les praticiens ont été amenés à prendre en compte les RDRD liés à l'usage d'autres drogues psychoactives licites ou illicites, cocaïne, crack, alcool, tabac, benzodiazépines.

3°) Les risques et dommages sociaux : dans les services de première ligne, accueils ou PES les usagers accueillis sont en grande exclusion et l'usage de l'héroïne s'est révélé minoritaire. Le poly-usage est de règle, même si la vie de l'usager peut s'organiser autour d'une addiction principale comme le crack ou l'alcool. A minima, ces usages sont associés au tabac et aux médicaments psychotropes, prescrits ou détournés de leur usage. Ces usagers ont fait émerger des besoins sociaux graves et urgents, tels que l'hébergement, l'accès aux droits sociaux, l'isolement et la marginalité, besoins que les services de première ligne ne peuvent prendre en charge. L'orientation vers les services sociaux généralistes est la réponse prévue, mais les carences des réponses existantes sont redoublées pour les usagers qui n'ont pas renoncé à consommer des drogues. Les différents troubles du comportement sont une difficulté majeure dans la gestion de ces services et dans les relations avec l'environnement, et il s'est révélé difficile de mettre en place des prises en charge conjointes avec les services psychiatriques. La RDRD liée à la pénalisation de l'usage et à la détention n'est pas un objectif explicite des services de première ligne, et leur action se limite à éviter autant que possible les interpellations à proximité des centres. Les risques et dommages sociaux liés au trafic, étudiés récemment, n'ont pas non plus été pris en compte.

4°) L'élargissement aux risques liés à l'usage de drogues : cet élargissement n'était pas prévu, mais dès 1995, l'association Techno-plus et la mission Rave de Médecins du Monde sont intervenus en milieu festif dans une logique de RDRD. C'est aussi que, dans le mouvement techno, les usagers de drogues ont spontanément adopté la démarche de RDRD. Ils ont recherché l'information sur les produits consommés, sur les types d'usage (gober, sniffer, fumer) sur les poly-usages et les abus. La qualité des produits consommés est une des préoccupations des usagers qui ont apprécié le testing lorsqu'ils ont pu y avoir accès. Ce contexte a également conduit à prendre en compte d'autres risques liés au contexte de la fête et au mode de vie : risques sexuels, risques d'accident, le percing et le tatouage (24). La RDRD en milieu festif a suscité bien des controverses. L'autorité sanitaire a justifié l'apprentissage de l'injection à moindre risque, marqué du sceau du sida mais si l'éducation sur le sniff propre relève de la même logique,

en milieu festif, les risques infectieux liés au sida sont plus marginaux. Apprendre à consommer des drogues à moindre risque dans le contexte festif a été perçu comme une incitation à l'usage. Les flyers ou brochures d'information sur les risques liés aux mélanges ont été accusés d'incitation à l'usage. Le président de l'association Techno-Plus qui avait édité ces brochures a été poursuivi mais les magistrats ont reconnu que cette information relevait de la politique de RDR (25). Les interventions en milieu festif sont reconnues dans la loi de santé publique de 2004 avec ses différents outils, à l'exception du testing ou analyse des produits toujours interdits dans les évènements (26). La connaissance des prises de risque dans leur contexte a conduit à l'élaboration de messages spécifiques avec les outils de communication propres à ce public jeune. Internet est aujourd'hui l'outil privilégié des consommateurs pour acheter et échanger des informations entre usagers sur les effets de ces produits psychoactifs, mais faire analyser les produits est le seul moyen d'en connaître la composition alors que les études scientifiques sur les nouveaux produits font le plus souvent défaut (27).
Ainsi, le dispositif RDR ne s'est pas limité aux risques infectieux, il s'est élargi à l'ensemble des risques liés à l'usage de drogues et avec la reconnaissance officielle du dispositif en 1999, la logique de RDRD s'est progressivement intégrée au champ des addictions dans la prévention comme dans le soin. Mais au regard du cadre législatif de la lutte contre les drogues, le dispositif garde son caractère d'exception, justifié par l'urgence sanitaire. Cette conception archaïque de la santé publique fondée exclusivement sur l'autorité médicale a de nombreuses conséquences : le rôle des usagers de drogues et de leurs associations est passé sous silence, les accueils reçoivent les usagers les plus marginaux sans prise en compte des besoins sociaux, ce qui compromet la crédibilité de ces services. Enfin l'INSERM a été contrainte officiellement à limiter l'expertise collective aux risques infectieux dans une logique exclusivement sanitaire. Ainsi, l'expertise a du exclure de son champ d'investigation les risques et les dommages liées au cadre légal dont les conséquences sur la santé sont attestées par des nombreuses recherches (28). Les contradictions entre l'objectif d'éradication des drogues et la reconnaissance de l'usage dans la RDR ont limité la communication publique, si bien que les habitants découvrent souvent cette politique lorsqu'un service s'ouvre à proximité, alors que la plupart des responsables politiques n'ont pas changé de discours ou bien préfèrent garder le silence.
La hiérarchie des risques selon la RDR est un outil de communication qui illustre la démarche de RDRD. C'est aussi le cadre d'une négociation entre les acteurs de RDR et leurs partenaires, usagers de drogues, professionnels non spécialisés, entourage ou décideurs. Le principe en est simple : Il vaut mieux ne pas consommer de drogues. Mais si on en consomme, mieux vaut consommer les drogues les moins dangereuses, et de la façon la moins dangereuse. Mieux vaut sniffer que s'injecter. Mais si l'usager ne veut pas ou ne peut pas renoncer à l'injection, alors il ne faut pas partager sa seringue et utiliser une seringue stérile. Ce schéma repose sur une conception progressive des changements de comportement, dont l'expérience montre qu'elle se fait le plus souvent par étapes. Elle permet de surmonter l'opposition entre la RDRD et la conception traditionnelle du traitement des addictions. Ainsi l'abstinence n'est pas exclue, d'autant que dans la pratique, elle peut être recherchée par l'usager pour certaines drogues licites ou illicites, cocaïne ou crack, alcool ou tabac. Toutefois, l'abstinence n'est pas le but ultime, même si la formulation le laisse penser. En RDRD, l'usage contrôlé suffit à la protection de la santé.

1.5. La promotion de la santé et la participation communautaire

Dans la RDRD, comme dans la lutte contre le sida, la promotion de la santé est une référence majeure. Définie par l'OMS dans la chartre d'Ottawa, la promotion de la santé est un processus qui vise à donner aux populations les moyens de maîtriser leur propre santé. Les stratégies de RDR sont un cas d'école dans la mesure où c'est une des rares politiques de santé en France à avoir mis en œuvre le principe de promotion de la santé et de participation communautaire : Il appartient à l'usager de protéger sa propre santé, mais la responsabilité n'est pas seulement individuelle, elle est aussi collective, ce qui associe tous les acteurs concernés. La participation est dite communautaire dans la terminologie anglo-saxonne, un terme suspect de « communautarisme »

en France, mais le développement des associations réunissant les personnes concernées fait que le terme « communautaire » devient plus habituel. Cette approche repose sur le constat que nous sommes des êtres sociaux, nous appartenons à des groupes sociaux (âge, sexe, profession, famille etc.), qui définissent notre identité sociale, tandis que l'identité personnelle se construit sur des appartenances que nous choisissons ou que nous acceptons. Les aptitudes et les compétences sont des ressources individuelles, mais plus un individu appartient à des groupes minoritaires en butte aux discriminations, plus il lui est difficile de mobiliser ses ressources propres. Aussi la participation communautaire s'est-elle d'abord développée dans les pays du Tiers-monde et dans les populations les plus vulnérables. En France, elle se heurte à un système de santé où le traitement prévaut sur la prévention (29). L'évolution du système de santé passe par le développement de la participation de toutes les personnes concernées. Dans la définition de l'OMS, la responsabilité centrale de la promotion de la santé repose sur les décideurs politiques, chargés de l'élaboration des politiques et de leur mise en œuvre. Dans la politique de RDR, le ministère de la santé a joué son rôle, il a agi sur les déterminants de la santé par des réglementations adaptées, a apporté un soutien au développement des réseaux Ville-hôpital, a développé les expérimentations, la recherche et l'évaluation. Cette politique nationale a été relayée par les services administratifs, les DDASS. Le ministère de la santé a ainsi contribué à créer un environnement favorable dans son champ d'intervention. Toutefois, la mise en place du dispositif au nom de l'autorité médicale n'a pas associé les collectivités locales qui ont souvent découvert ces dispositifs en cours de route. Leur soutien a été inégal selon les sites. Quelques élus locaux n'en ont pas moins contribué à cette mobilisation communautaire et leur soutien s'est révélé décisif dans la réussite des actions locales (30).
La politique publique a pris acte de la mobilisation antérieure d'acteurs qui, bien que très minoritaires, n'en ont pas moins réussi à mobiliser l'ensemble des personnes avec lesquelles ils étaient en relation :

- des acteurs de la société civile ont été mobilisés avec les associations, lutte contre le sida, humanitaire et lutte contre les exclusions (31)
- des médecins généralistes ont sollicité leurs collègues, et travaillé en réseaux avec des pharmaciens, des médecins hospitaliers (32)
- les usagers de drogue réunis dans les associations ont diffusé l'information et favorisé l'appropriation des comportements de RDRD (33)

Chacun a apporté sa contribution propre, les travailleurs sociaux en sollicitant les services, les spécialistes en ouvrant le débat dans le champ des addictions, les chercheurs en sollicitant des champs de recherche comme la santé publique ou les neurosciences que l'approche traditionnelle de la toxicomanie ignorait, sans oublier les journalistes qui ont relayé l'information.
La mobilisation communautaire tient en partie à l'urgence de la situation, en partie aux résistances au changement. Elle tient aussi à l'influence internationale et plus précisément anglo-saxonne, mais il n'a pas été évident de solliciter leur expertise. Il nous aura fallu surmonter nos préjugés, dont, par exemple, nos réticences à l'approche communautaire. Le changement de nos croyances est passé par un changement des pratiques (34). Il nous reste en France à nous approprier la démarche participative dans les pratiques quotidiennes, au-delà des situations d'urgence. Aujourd'hui, la participation des usagers des services est requise, elle doit contribuer à un processus de démocratisation des services de santé, avec un soutien aux associations de malades et d'usagers des services dont l'ambition est de redonner au citoyen un pouvoir dans les décisions qui le concernent (35).

1.6. Une offre de services adaptés aux prises de risque

Face à l'épidémie de sida chez les injecteurs, les experts britanniques ont, dés 1985, développé les premières recherches épidémiologiques avec une question : quelle était l'ampleur de l'épidémie du sida dans la population des usagers injecteurs ? La prévalence nationale des usagers injecteurs était de 10%, mais la comparaison des résultats par région montrait des différences importantes selon les sites. A Édimbourg, entre 45 et 55% des injecteurs étaient

contaminés. Curieusement, la ville voisine de Glasgow obtenait un taux de 10% comparable au taux national. La différence déterminante tenait à l'accès aux seringues que les pharmaciens de la ville d'Édimbourg avaient refusé de vendre aux usagers d'héroïne depuis le début des années 80. Autre résultat particulier, la ville de Liverpool obtenait un taux de prévalence particulièrement bas de 1% des usagers injecteurs de drogues. Cette fois, la spécificité de la ville était d'avoir maintenu un accès large au traitement de maintenance par la méthadone dans la tradition britannique, au contraire des recommandations officielles, qui, en 1982, avaient privilégie les objectifs de désintoxication (36).

Dans l'urgence, dès 1986, les experts britanniques ont recommandé d'offrir l'accès le plus large possible aux seringues stériles et au traitement par la méthadone, mais faute de recherches, nombre de question restaient en suspens. Pour la méthadone, par exemple, comment expliquer la poursuite de l'injection démontrée dans des études fiables ? Pour l'accès aux seringues stériles, devait-on se contenter de la vente libre en pharmacie ? Dans la RDRD, le choix a été fait de développer parallèlement les expérimentations et les recherches, avec une offre aussi diversifiée que possible. L'efficacité des dispositifs tient à la mise en cohérence de l'ensemble des stratégies, qui, de la prévention au traitement, exigent une approche transversale multidisciplinaire. En 2009, l'OMS retient neuf types d'interventions prioritaires pour la prévention du sida chez les usagers de drogues, soit les PES, les traitements de la dépendance, la communication sur les changements de comportement, le dépistage et le counselling, le traitement du sida et l'accompagnement (*care*), le préservatif, la prévention et le traitement des IST, la prévention et le traitement du VHC, la prévention de la tuberculose (37). Sans recenser ici l'ensemble des outils, rappelons les principales stratégies propres à la RDDR :

- Les actions de proximité ou *out-reach* : leur objectif est d'entrer en relation avec les usagers hors institution pour diffuser l'information de RDRD et en favoriser l'appropriation. Ces actions, menées sur le terrain dans l'urgence du risque sida, ont été négligées dans le dispositif institutionnel des CAARUD, alors qu'elles restent indispensables pour aller à la rencontre des usagers les plus nombreux, en particulier dans les évènements festifs et lieux de rencontres des jeunes, dans les quartiers périphériques, dans les milieux sociaux stigmatisés.
- Les associations d'auto-support : leur rôle d'éducation par les pairs avait été mis en évidence dans la recherche de Des Jarlais et Friedman qui avait démontré que le changement de comportement se faisait en réseau, d'usager à usager (36). Elles ont contribué à la construction d'une nouvelle expertise et sont devenues partenaires des actions et des politiques de RDRD.
- **-** La diversification de l'accès aux seringues stériles : outre la vente en pharmacie, avec le soutien de réseaux de professionnels de santé, les PES font partie des premiers programmes expérimentés. Les seringues sont également accessibles dans les services de première ligne, dans les services de santé, dans de nombreuses associations, dans les évènements festifs. Les automates complètent le dispositif. La diversification des kits de prévention répond à la diversité des produits injectés.
- **-** Le développement des TSO : les TSO jouent un rôle majeur dans l'amélioration de la santé et l'accès aux soins, si bien que les experts internationaux en recommandent le développement et la diversification. Avec la prescription en médecine de ville, la grande majorité des usagers dépendants d'un opiacé ont pu avoir accès à ces traitements, ce qui fait des TSO la principale des réponses de RDRD.
- Les accueils ou services à bas niveau d'exigence : destinés aux usagers en grande exclusion, ces accueils sont dits à bas niveau d'exigence avec accueil inconditionnel ou du moins avec pour seules conditions le respect des équipes et des autre usagers et l'interdit de consommer sur place et de dealer. Avec la création des CAARUD, ces accueils sont désormais intégrés dans le champ médico-social, ce qui doit favoriser l'accès aux soins, traitement de la dépendance et plus généralement services de santé ainsi que l'accès aux services sociaux. La couverture est désormais nationale, avec toutefois des inégalités territoriales.

La diversification des outils et des services s'est accompagnée d'un développement remarquable des recherches tant au niveau international qu'au niveau national. L'OFDT a été chargé de la mise

en place d'un dispositif épidémiologique avec un recueil régulier des données. Les approches quantitatives sont privilégiées parce qu'elles sont nécessaires à l'élaboration des politiques publiques, elles permettent une comparaison nationale, européenne et internationale des résultats et enfin, elles ont été en mesure d'apporter les preuves de l'efficacité des stratégies et politiques de RDRD avec des méthodologies validées par l'OMS. La domination des chiffres dans le débat public laisse peu de place aux approches qualitatives qui étaient de tradition dans les premières recherches de terrain, avec la sociologie de la déviance et les méthodologies ethnographiques de l'école de Chicago. Or ces approches restent indispensables pour atteindre des usagers hors institution, pour connaître précisément la diversité des pratiques d'usage et en comprendre la signification (39). Ces approches qualitatives exigent de nouer des alliances avec les groupes sociaux qu'elles étudient. Elles font souvent appel à des médiateurs dont l'expertise n'est pas seulement issue de leur expérience personnelle mais de la confrontation des différentes expériences individuelles de l'usage de drogues dans leur contexte De plus, au sein de leurs associations, les usagers ont confronté leur expérience avec les connaissances scientifiques (40) Les recherche-action, souvent à l'origine des expérimentations, ont sollicité leur expertise. Le dispositif TREND de l'ODFT fait appel à ces médiateurs pour le recueil de l'information sur les nouvelles tendances dans la consommation de produits psychoactifs.
Dans la recherche comme dans l'action, deux principes peuvent être dégagés :
1°) La nécessité d'approches diversifiées avec une confrontation des expertises issues de différents champs scientifiques : ces différentes expertises concourent à l'expérience professionnelle dans le champ des addictions
2°) La reconnaissance de l'expertise collective des usagers de drogue : l'expertise collective acquise dans les associations et dans les actions de santé communautaire s'est révélée aussi indispensable à la connaissance qu'à l'action, en favorisant l'appropriation des comportement de RDRD.

1.7. L'exigence de résultats et l'évaluation

L'exigence de résultats est en partie due à la menace du sida, à la recherche des réponses les plus efficaces possibles, elle est aussi due à la contradiction entre la protection de la santé des usagers de drogues et l'objectif d'éradication des drogues des politiques de lutte contre les drogues. Les actions de RDRD ne pouvaient être acceptables et devenir une politique publique si elles n'avaient pas fait la preuve de leur efficacité. Toutes les actions, et surtout les plus expérimentales comme les PES, ont été soumises à des évaluations systématiques en fonction de leurs objectifs propres de RDRD. Elles ont également du démontrer qu'elles n'étaient pas incitatives et n'augmentaient pas le nombre d'injecteurs. Les évaluations ont été également très nombreuses sur le traitement par la méthadone. Ce traitement a suscité de nombreuses controverses et il n'y avait pas de consensus sur leurs résultats. Les méthodologies de l'évaluation ont été standardisées par l'OMS, si bien qu'à la fin des années 80, la baisse de la consommation de l'héroïne et de l'injection, et plus globalement l'amélioration de la santé des patients et de leur insertion sociale ne faisaient plus de doute. Aussi dès 1989, l'OMS en recommandait le développement.
Le déficit de culture de santé publique dans le champ des addictions a été un obstacle majeur au développement des stratégies de RDRD (41). Les spécialistes en toxicomanie ignoraient les études internationales et ce n'est pas un hasard si les premières expérimentations ont été menées par AIDES et MDM, deux associations en lien étroit avec les experts internationaux. Les recommandations de l'OMS ont pesé dans la décision de Simone Veil de mettre en place le dispositif expérimental, dispositif qui a été associé à une évaluation nationale. L'Institut de Veille Sanitaire a été chargé de l'évaluation, et les résultats ont été rendus public en 2000 : entre 1994 et 1999, trois indicateurs rendent compte de l'amélioration de la santé des usagers injecteurs : la baisse de 70% des OD mortelles, la baisse de l'incidence du sida due à l'injection, associée aux études attestant des changements de comportement des injecteurs et la baisse des interpellations pour usage et usage-revente d'héroïne, considérée dans l'évaluation comme une baisse de la

consommation d'héroïne (42). A minima, la baisse des interpellations témoigne d'une la baisse de délinquance, mais ce résultat n'a pas été étudié.
Quelles que soient les limites de ces indicateurs, l'évaluation démontrait l'efficacité du dispositif de RDR. Sur le terrain, le changement a été rapide et il a bouleversé la vie des usagers dépendants d'un opiacé et les croyances des praticiens. Brusquement des milliers d'usagers d'héroïne ont surgi de terre, toujours plus nombreux en médecine générale comme à l'hôpital. Avec la prescription large en médecine de ville**,** les usagers d'héroïne sont devenus « des patients comme les autres ». La mortalité liée à l'usage de l'héroïne n'est toujours pas connue, à l'exception des OD mortelles, mais une étude évalue de 2392 à 4750 le nombre de vie épargné par les TSO de 1996 à 2003 (43). A vrai dire, personne en France, pas même les acteurs de RDR, ne s'attendait à des résultats aussi indiscutables. La mortalité faisait l'objet d'un tabou qui enfermait les usagers dans le silence. Les morts étaient invisibles. Quelques spécialistes s'étaient interrogés : conduite suicidaire et pathologique ou conduite ordalique et prise de risques ? Quoi qu'il en soit, nous pensions tous que la mort était la conséquence inéluctable de la toxicomanie. Avec les résultats obtenus dans l'évaluation nationale nous avons découvert que la mortalité des usagers d'héroïne était due en très grande part aux politiques publiques, qu'une bonne politique de santé obtenait une baisse rapide de la mortalité et de la morbidité.
Plusieurs facteurs ont contribué à ces bons résultats : l'arrivée des trithérapies dans le traitement du sida, le vieillissement de la génération des héroïnomanes des années 80 devenus demandeurs de soin et la désaffection progressive de l'héroïne au cours des années 90, mais la recherche démontre que le facteur déterminant de l'amélioration de la santé n'est pas du à un recul spontané de la consommation de l'héroïne, les bons résultats sont corrélés à l'accessibilité aux seringues et l'accès large aux médicaments de substitution. La baisse de l'incidence des cas de sida dus à l'injection est confirmée les années suivantes : en 2008, 1% des nouvelles contaminations était due à l'injection alors qu'en 1993, la proportion s'élevait à 28,7% (44). Autre constat : contrairement aux sombres prédictions de spécialistes, qui à ce titre s'étaient opposés à la vente libre en pharmacie, le nombre d'injecteurs n'a pas augmenté, il a même diminué au cours des années 2000. De même, le statut légal donné aux TSO n'a pas légitimé la consommation d'opiacés dont au contraire l'évaluation nationale constate le recul. Il faut s'en souvenir, car la question de l'incitation revient régulièrement dans le débat public, avec la même argumentation justifiant l'interdit légal de l'usage de drogue considéré comme un rempart.
Les évaluations régulières observent la persistance de comportements à risques, les détournements des TSO, des outils inadéquats pour les consommations de crack et de cocaïne et surtout pour les polyusages qui mêlent drogues licites et illicites, alcool et médicaments psychotropes (45). La RDR a bien démontré son efficacité pour les consommateurs d'opiacés, mais elle aurait atteint ses limites : faute d'un traitement immédiatement efficace, elle se révèlerait incapable de répondre aux évolutions des consommations et des prises de risques, en échec dans la lutte contre le VHC, avec de plus une augmentation des overdoses. Faudrait-il revenir aux bonnes vieilles méthodes et renforcer la lutte contre la drogue ? C'était l'ambition d'un rapport du Sénat en 2003, qui a du prendre acte des TSO, sous la pression de praticiens et de la MILDT, mais qui a conduit à une remise en cause de toutes les actions qui ne relevaient pas directement de l'autorité médicale (46). Cette année-là, le dispositif répressif a été renforcé en invoquant la tolérance zéro sur le modèle américain. La loi de santé publique de 2004 a sauvé in extremis la RDR en créant un cadre institutionnel mais le contexte répressif a pesé sur la conception de la RDR. L'accueil est la principale mission des centres, l'accompagnement hors des centres et la gestion des conflits de voisinage font aussi partie des missions des professionnels mais le plus souvent sans moyens spécifiques supplémentaires. Les usagers reçus dans les services sont souvent déjà en relation avec les services en addictologie ou les services sociaux, ce qui suffit à remplir les accueils, mais ce qui exclut la grande majorité des nouveaux usagers, en particulier les plus jeunes sans demande de soins. La professionnalisation a exclu ou marginalisé les intervenants non diplômés qui avaient joué un rôle déterminant dans les premières équipes, usagers de drogues ou volontaires. L'expertise des usagers n'est pas sollicitée, elle est même devenue suspecte. Les subventions des associations d'usagers de drogues ont été remises en

cause faute de recherches portant sur l'impact de leur action et la création de nouvelles associations n'a pas été encouragée (47). L'institutionnalisation a consolidé le dispositif RDR avec des budgets réguliers mais la logique de services va à l'encontre de la démarche de santé communautaire, pour la RDRD comme pour tous les services socio-sanitaires français. Les objectifs de la RDRD ont été limités aux risques infectieux ou plus précisément au risque sida. Aucun développement du dispositif n'a été prévu pour répondre au large réservoir du VHC, évalué à 367 000 personnes par l'INSERM. En 2010, 232 000 personnes souffraient d'une hépatite chronique, soit trois fois plus que le nombre des personnes séropositives au virus du sida (48). Or il est possible de lutter avec efficacité contre le VHC à condition de s'en donner les moyens. La Suisse le démontre avec une stabilisation du nombre de VHC aigu depuis 2006, avec une offre de services diversifiés et une bonne intégration dans le système de santé. Encore faut-il continument adapter l'offre de services aux évolutions des prises de risques et développer le dispositif à la mesure de l'ampleur de l'épidémie de VHC (49). Les acteurs RDR les plus mobilisés ont bien développé quelques expérimentations (adaptation des outils pour l'injection, le sniff, la voie fumée, éducation à l'injection, Bus méthadone etc) mais l'impact de ces initiatives est resté limité faute d'un développement national. Il a fallu attendre la loi de santé publique de 2015 pour que l'ouverture des SCMR obtienne un statut légal. L'obstacle majeur au développement de la RDR en France est bien la pénalisation de l'usage mais cette question reste tabou. Faute d'une évaluation nationale sur les effets et impacts sanitaires, sociaux et sociétaux du cadre législatif et de son application, le débat français est cantonné aux positions de principe. Le changement de paradigme qui exige de passer d'un objectif d'éradication des drogues à un objectif de RDRD n'est toujours pas à l'ordre du jour (50).

1.8. Des politiques de drogues fondées sur des faits

Fonder la réforme des politiques de drogues sur des faits, cette exigence fait désormais le consensus des experts internationaux que ce soit dans le champ de la santé avec l'OMS et l'ONU-Sida ou dans la lutte contre les drogues et la criminalité avec l'ONUDC. L'ONUDC pour sa part rappelle que le contrôle international des drogues a pour première mission la protection de la santé (51). Ce rappel n'a rien d'anodin. Il implique de réorienter les politiques de lutte contre les drogues, dont l'échec est aujourd'hui constaté par le secrétariat de l'OMS : « les politiques internationales de lutte contre les drogues ont jusqu'à présent accordé la priorité au renforcement des politiques répressives et à la lutte contre le trafic, ce qui a pu aboutir dans certains pays à des violations des droits de l'homme, à des discriminations, en contribuant à la violence des organisations criminelles, et qui a fait obstacle à l'accès aux outils de prévention et aux traitements dont les gens peuvent avoir besoin. Aussi faut-il réorienter les politiques nationales pour donner toute leur place aux stratégies de prévention, qui doivent être fondées sur des preuves (*evidence-based*), en donnant la priorité à la santé publique (*public health oriented*), en fonction des populations, avec des mesures équitables, dans le respect des droits humains (*people centred and équitable perspective, focused on human rights*) » (52).
Un premier constat est à l'origine de ce retournement : les usagers de drogues existent, et les politiques de santé doivent en prendre acte. Non seulement, il n'y a pas de société sans drogues, mais jamais dans l'histoire de l'humanité, les psychotropes licites et illicites n'ont été aussi nombreux et accessibles. « Le nombre et la puissance des drogues disponibles augmentent de façon exponentielle » constate l'historien David Courtwright qui fait de « la révolution psychoactive » une des caractéristiques du monde moderne (53). La diffusion internationale des produits psychoactifs licites et illicites est aujourd'hui un problème de santé publique majeur. La RDRD est désormais un paradigme commun aux drogues psycho-actives licites et illicites et le principe de politiques de santé publique fondées sur des preuves doit s'appliquer aux politiques de drogues. Sans développer ici la question de la réforme de la politique nationale des drogues, nous retiendrons quatre recommandations urgentes propres aux drogues illicites :

1°) Répondre à l'urgence du VHC avec tous les outils de RDRD qui ont fait la preuve de leur efficacité **:** améliorer l'accessibilité aux seringues en pharmacie, dans les PES et les automates, améliorer l'accès aux TSO, naxolone dans la prévention des overdoses d'héroïne,
- avec un effort particulier pour les populations les plus vulnérables, précaires, femmes, migrants, prostitué(e)s, transgenres etc
- dans tous les contextes institutionnels, dans les services de santé généralistes, en milieu carcéral.

2°) Développer au niveau national les expérimentations dont les résultats ont été validés par des études nationales ou internationales et développer les recherches évaluatives : éducation à l'injection, adaptation du matériel d'injection à la prévention du VHC en tenant compte de l'espace-mort, prévention de l'injection, salles de consommation à risque réduit**,** éducation à la santé, particulièrement en direction des jeunes, éducation par les pairs, soutien et développement des association d'auto-support

3°) Donner un large accès aux prescriptions médicales (*controlled medecine*) : le soulagement de la douleur, le traitement de la dépendance, les soins palliatifs justifient le recours à des prescriptions médicales des différents opiacés.
- Diversifier la gamme des TSO et en particulier expérimentation de médicaments injectables, programmes d'héroïne médicalisée et buprénorphine injectable
- Prescription de cannabis thérapeutique alors même que les recherches actuelles sur les cannabinoïdes ouvrent de nouvelles perspectives (54)
- Accès large au traitement du VHC sans attendre l'aggravation des pathologies somatiques

4°) Décriminalisation de l'usage et de la détention pour usage : un fait est désormais démontré : la pénalisation de l'usage ne limite pas le nombre des usagers de drogues. Elle a, en revanche, de lourdes conséquences sociales pour l'usager qu'elle enferme dans le statut de délinquant. C'est en outre une mesure discriminatoire, avec des interpellations policières et des sanctions pénales que subissent surtout des usagers appartenant à des groupes minoritaires par leurs origines, la couleur de leur peau et par la précarité de leurs ressources (55). La criminalisation des usagers de drogue est un obstacle à la santé, mais c'est aussi un obstacle à la sécurité, en détournant les services de police de leur tâche principale, garantir la sécurité de leurs concitoyens. Le Portugal en a fait la démonstration. En 2001, ce pays était confronté à une situation inquiétante, avec une diffusion rapide de l'injection et le développement à Lisbonne d'une scène ouverte où la consommation et le trafic de drogue étaient publics. Comme en France, la politique de RDR a été en mesure de contrôler l'épidémie de sida, mais la loi qui a décriminalisé l'usage et la détention pour consommation personnelle a également permis de mieux contrôler le trafic de rue. Ces résultats ont été obtenus avec une stabilisation voir un recul des consommations de drogues, comme le démontre l'évaluation menée dix après (56). Une politique de drogues fondée sur des faits impliquerait d'évaluer le dispositif législatif et son application, avec la même rigueur méthodologique que dans la santé.

2. Les pratiques professionnelles dans le champ des addictions

Les pratiques professionnelles se sont révélées déterminantes dans la RDRD : elles sont à l'origine des expérimentations et du développement des actions, elles en déterminent la réussite. L'évaluation nationale de la politique a mis en relation l'accès aux outils, seringues stériles et médicaments de substitution avec les bons résultats, mais cette approche quantitative ignore les acteurs : l'efficacité des outils tient à la façon dont les acteurs s'en saisissent. Dans les métiers qui mettent en jeu les relations humaines, les pratiques professionnelles sont difficiles à évaluer, elles sollicitent des compétences multiples dont la

complexité échappe aux recherches quantitatives, et que l'on préfère attribuer aux seules qualités personnelles. La dimension relationnelle est généralement « passée sous silence dans les professions prestigieuses », et trop souvent réservée aux « métiers de services féminins peu qualifiés » dans la sociologie du travail (57). Nous savons tous par expérience l'importance de la qualité de services et nous recherchons pour nous-mêmes ou nos proches, les bons praticiens, les bons psychothérapeutes, les bons conseillers. Au-delà de l'expérience, quelques recherches en ont fait la démonstration. Il aura fallu que les chercheurs s'attachent à « la boite noire » du traitement méthadone, c'est à dire aux façons de faire des praticiens qui n'avaient jamais été étudiés, pour comprendre pourquoi certains programmes obtenaient de meilleurs résultats que d'autres : la recherche démontrer que le profil des patients est moins déterminant que les bonnes pratiques professionnelles (58). De même, alors que la majorité des PES obtient une baisse des comportements à risques, les mauvais résultats obtenus dans deux programmes canadiens ont été expliqués par la méconnaissance des prises de risques dans leur contexte (59). Des recherches validées sur les actions RDR démontrent qu'elles ne sont pas incitatives en elles-mêmes, mais des pratiques inadéquates peuvent l'être. Les anglo-saxons multiplient les guides de bonnes pratiques et nous nous efforcerons de suivre leur exemple mais nous avons tendance à valoriser les savoirs au détriment des savoir-faire (60). Il faut reconnaître que les pratiques professionnelles sont peu évaluées et que la qualité des interventions n'est pas prise en compte dans les résultats. Les meilleurs programmes de RDRD adoptent une démarche de santé communautaire en associant sous différentes modalités tous les acteurs, usagers de drogue, professionnels socio-sanitaires et communautés locales, mais les évaluations quantitatives ne portent que sur les résultats, sans que soient identifiés les facteurs associés aux bons résultats.
Sans recenser ici les guidelines existants en France, de plus en plus nombreux, il manque encore des outils majeurs, comme un guide spécifique sur le counselling pour les usages de drogues licites et illicites. Tous les professionnels socio-sanitaires font de l'accompagnement, de l'aide et du conseil, mais faute de formations systématiques en France, ces pratiques professionnelles relèvent pour l'essentiel des qualités personnelles du professionnel. Dans les premières expérimentations, l'implication des acteurs a suppléé en partie au déficit de formation d'autant qu'avec la lutte contre le sida, nous avons bénéficié de l'introduction de nouvelles techniques d'intervention comme le counsellng. Mais il a manqué en particulier des outils de formation des travailleurs-pairs ainsi que des formations communes à la démarche de santé communautaire. La généralisation des pratiques de RDRD dans le champ des addictions implique de tirer les enseignements de l'expérience, acquis et déficits, et développer les compétences complexes nécessaires à l'action.

2.1. L'accueil et l'accompagnement : la construction de l'alliance

Respect de la dignité, non jugement, confidentialité, non discrimination sont les principes communs à toute relation d'aide, quel que soit le cadre de l'accueil. Reconnaître que l'usager est l'acteur de sa santé, c'est reconnaître qu'il lui appartient de choisir comment maîtriser au mieux sa santé, s'il veut ou non consommer quelles drogues psychoactives, et comment les consommer. C'est reconnaître qu'il lui appartient de choisir son mode de vie et de solliciter ou non les services socio-sanitaires. Le rôle du professionnel dans le champ des addictions est de favoriser les changements qui prennent mieux en compte les exigences de la santé et de l'insertion et que l'usager a reconnues utiles ou nécessaires. La RDRD est une stratégie de changement qui procède par petits pas. Le professionnel peut être persuadé que tant que l'usager consommera à la fois cocaïne et alcool, il ne parviendra pas à contrôler ses consommations, mais le professionnel doit se contenter de favoriser une prise de conscience de l'usager. Il faut donc avoir une connaissance aussi précise que possible des pratiques de consommation et des prises de risques pour proposer une information et des outils adaptés à la réalité de ces pratiques. Les outils de RDRD doivent être immédiatement utiles pour en

favoriser l'appropriation par l'usager. Encore faut-il parvenir à un dialogue sur la réalité des prises de risques. La consommation de drogues, l'injection, le détournement des prescriptions médicales sont des pratiques interdites et stigmatisées que l'usager tient habituellement secrètes. Hors institution, le travail de proximité est confronté à cette première difficulté. Les usagers de drogue se connaissent entre eux, ils échangent des informations sur les produits et la façon de les consommer, mais ils ne voient pas à priori la nécessité d'en parler avec un professionnel. L'usager qui va dans un CAARUD ou un PES reconnaît ses pratiques d'injection, mais en parler précisément avec un professionnel reste tout aussi difficile. Or la connaissance précise des pratiques d'injection est indispensable à la prévention**,** en particulier du VHC. Le professionnel doit faire la preuve qu'il comprend suffisamment ce que vit l'usager pour que l'échange devienne possible. Il doit commencer par reconnaître que l'usager a ses raisons pour agir comme il le fait et adopter le point de vue de l'usager. La démarche est celle du counselling : elle est fondée sur une relation entre deux personnes qui nouent une alliance pour que celui qui est aidé parvienne à résoudre son problème ici et maintenant (61). L'accompagnateur est aux côtés de la personne, sa contribution porte sur la prise en compte des contraintes auxquelles l'usager doit faire face. L'alliance est dite thérapeutique dans le soin où soigné et soignant partagent le même objectif. Dans les services de première ligne, l'usager n'a pas de demande explicite, mais comme tout être humain, il s'efforce de vivre au mieux. L'amélioration de la qualité de vie et de la santé est l'objectif commun sur lequel l'alliance peut se construire entre l'usager des services de première ligne et le professionnel (62). L'accueil offre des services et des outils d'aide à la survie immédiatement utiles : un café, un moment de convivialité ou de repos, une seringue stérile, un préservatif, des soins infirmiers, une information sur les droits. L'accompagnement offert a pour ambition première de prendre soin de la personne ici et maintenant et si l'alliance est nouée, de proposer ensuite l'accompagnement vers les services socio-sanitaires pour une approche globale de la personne. Les usagers en grande exclusion se méfient des professionnels qui veulent leur bien en exigeant d'eux ce qu'ils ne veulent pas ou ne peuvent pas faire. Avant de nouer une alliance avec un professionnel, les personnes en grande exclusion nouent une alliance personnelle avec un être humain sensible et solidaire avec lequel un partage est possible. En prenant soin des usagers des services, les professionnels apportent la preuve qu'ils sont à leurs côtés. Prendre soin d'une personne se traduit en Anglais par « care ». La relation relève de la solidarité, elle reconnaît que nous sommes tous vulnérables, et que nous partageons, si ce n'est l'expérience de l'usage de drogues illicites, du moins une expérience de la souffrance, de la maladie, de la maltraitance dans les services (63).

L'accueil, l'accompagnement, le travail de proximité, tous ces services sont fondés sur l'alliance. L'usager perçoit immédiatement s'il est accueilli comme un semblable, ou comme un exclu, s'il peut ou non parler librement de ce qu'il vit et plus précisément de ses pratiques de consommation. En Grande-Bretagne, les experts ont recommandé que les services soient « *user-friendly* » (64). Dans la RDR, nous n'avons pas osé traduire cette recommandations tant elle allait à l'encontre des représentations et des pratiques habituelles dans les services. L'alliance avec les usagers de drogues avait été à l'origine de la création du système de soins spécialisé, mais dans les années 80, les intervenants ont été sommés de prendre leur distance, et nombre de services spécialisés ont fait du rappel du cadre institutionnel leur principale activité. Dans les premières actions de RDR, l'alliance s'est nouée sur le terrain, sans être revendiquée, avec la participation active d'usagers injecteurs de drogues. C'est ce qui a fait la remarquable efficacité des premières actions. Mais comme nous l'apprend l'histoire du dispositif de soin aux usagers de drogues, l'alliance n'est pas acquise pour toujours. Dans les services, les savoir-faire professionnels héritent des alliances qui se sont nouées antérieurement, mais ces savoir-faire doivent évoluer avec le changement des pratiques de consommation et des prises de risques. L'alliance se noue d'abord entre l'usager, le professionnel et le service, mais si les prises de risques sont individuelles, elles s'inscrivent toujours dans un collectif en fonction des groupes sociaux,

des appartenances culturelles et des générations. L'alliance est le premier des outils d'enrichissement des savoir-faire professionnels.

2.2. La mobilisation individuelle et collective des ressources, l'*empowerment*

La mobilisation individuelle et collective des ressources des usagers commence par la lutte contre les préjugés et la stigmatisation. Donner à l'usager les moyens de maîtriser sa santé implique de faire appel à ses aptitudes et ses capacités ou *empowerment* (64). L'estime de soi, la reconnaissance des compétences, la participation, la conscience de ses droits contribuent à ce processus. Dans les services, l'usager de drogue est considéré comme un être désaffilié, en rupture de tout lien social ou affectif, mais il a une famille, des proches, des compagnons, des amis. L'entraide est la première des ressources en particulier dans les situations de précarité et d'exclusion, elle est vitale pour survivre sans domicile fixe, dans les squats comme dans la rue. L'usager des services qui se présente comme isolé a conscience que ses appartenances sont stigmatisées, il craint de faire état de ses relations familiales, que ce soit pour protéger sa famille de l'intrusion de professionnels ou pour éviter de faire état de situations douloureuses ou conflictuelles.
Dans le champ des addictions, les professionnels savent que par définition l'usage n'est pas pathologique, au contraire de l'abus et de la dépendance, mais les médecins, les professeurs, les postiers, les camionneurs, les parents qui parviennent à contrôler leur usage sont invisibles, ils sont contraints à la clandestinité s'ils veulent maintenir leur insertion sociale et professionnelle. Les usagers de drogues accueillis dans les services sont le plus souvent très dépendants et désocialisés, les abus sont de règle si bien que l'usager semble incarner la figure du toxicomane, menteur, manipulateur, violent ou délinquant. La mobilisation des ressources d'un usager exige d'identifier ses aptitudes et compétences personnelles acquises au cours de sa vie, ses savoir-faire techniques et relationnels, sa capacité à surmonter les épreuves plutôt que de mettre l'accent sur les déficits et les besoins.
La mobilisation des ressources individuelles est nécessaire à l'accompagnement comme au soin, mais la relation duelle a ses limites. Le patient ne peut parler que de ce qu'il croit que le praticien peut entendre. Au-delà du mensonge, il ne veut pas décevoir celui qui l'aide. Il aura tendance à tenir secrètes les rechutes ou les détournements que le professionnel n'aura pas su voir ou deviner. Les intervenants en toxicomanie se sont fiés à leurs patients qui déclaraient haut et fort qu'ils ne voulaient pas de traitement de substitution, qu'ils n'avaient rien à gagner à « remplacer une drogue par une autre ». Tous n'étaient pas des menteurs, même si certains avaient déjà recours à des prescriptions médicales, mais ils partageaient le refus de la médicalisation qui faisait consensus en France jusque dans les milieux médicaux. Le changement des pratiques médicales s'est expérimenté en médecine générale dans un dialogue avec les patients. Il a d'abord fallu que les pionniers acceptent de prescrire les médicaments que leur demandaient leurs patients, alors que ces prescriptions médicales n'avaient pas de statut légal en France (66). Les militants d'ASUD ont été en mesure de recommander ces traitements après qu'ils en ont reconnu l'utilité pour eux-mêmes (67). Leurs lecteurs ont pris conscience qu'il n'y avait pas à avoir honte, que les TSO amélioraient leur vie quotidienne et leur insertion dans la société. Ils pouvaient enfin devenir des citoyens comme les autres, si ce n'est au regard de la loi, du moins à leurs propres yeux.
La lutte contre les discriminations passe par des regroupements et des actions propres aux différents groupes d'appartenance (68) Les usagers de drogues illicites forment un groupe unique au regard de la loi, mais ils se sont spontanément regroupés dans des associations différentes en fonction du rapport qu'ils entretiennent avec les produits**.** Au-delà des consommations de drogues, les usagers appartiennent aussi à différents groupes sociaux et, dans les services, ce sont le plus souvent des groupes stigmatisés. La reconnaissance des droits, l'information, l'entraide font partie des objectifs que peuvent se donner les associations communautaires. La démarche de santé communautaire est commune aux

associations issues de la lutte contre le sida, usage de drogues, prostitution, transsexualité, migrants, démarche à laquelle les pouvoirs publics ont apporté leur soutien. D'autres initiatives relèvent aussi du champ de la santé, la lutte contre les hépatites, les groupes d'entraide dans les problèmes liés à l'alcool, l'entraide mutuelle des patients souffrant de troubles mentaux, ou enfin l'entraide dans l'usage thérapeutique de cannabis, initiatives qui peuvent être ou non soutenues par les pouvoirs publics, mais qui relèvent toutes d'une logique d'*empowerment* et qui, à ce titre, doivent devenir des partenaires des services et des professionnels (69). Tous ces regroupements reposent sur un partage de l'expérience de vie, qui est aussi une expérience des services socio-sanitaires. Les professionnels partie prenante des actions de santé communautaire sont amenés à reconsidérer leur compréhension de ce que vivent leurs patients. Le symptôme pour le praticien peut être une solution pour l'usager. Les professionnels prennent conscience des conséquences de pratiques habituelles des services qui enferment les patients dans leur souffrance et dans l'exclusion. La participation des usagers dans les services est souhaitable, mais elle est nécessairement limitée par le cadre institutionnel. Les usagers qui refusent de se soumettre à des exigences qu'ils vivent comme humiliantes évitent les services socio-sanitaires, ceux qui n'ont pas le choix en sont dépendants. Plus les professionnels connaissent ce que vivent les usagers hors institution, et plus il sera possible de construire des relations de partenariat, nécessaires à l'évolution des services comme aux pratiques professionnelles.

2.3. La négociation des priorités de l'action, une approche pragmatique et progressive

Les priorités de l'action sont le produit d'une négociation entre le professionnel et l'usager. Chacun d'eux a sa définition de l'urgence. L'alliance avec l'usager implique de donner la priorité à ses propres urgences, personnelles, familiales, judiciaires, à l'exception des urgences vitales. En médecine générale, le pragmatisme est de règle : il faut commencer par traiter un abcès qui risque de s'infecter avant d'en rechercher les causes, ou de s'engager dans le traitement d'un cancer. Cette approche pragmatique doit également être de règle dans l'addiction. La méthodologie d'intervention fait appel à :

1°) Une connaissance précise des risques et dommages liés à l'usage et des outils existant pour y remédier : à la connaissance théorique des RDRD selon les types d'usages et les produits, il faut prendre en compte la réalité des pratiques selon les contextes de vie et de consommation. Les RDRD sont bien identifiés aujourd'hui selon les contextes (urbains, festifs, prison, monde du travail) et plus ou moins explorés selon les populations (précaires, jeunes, migrants, parents, femmes enceintes, homosexualité). Les usagers des services entrent dans l'une ou l'autre de ces catégories, avec des particularités qui leur sont propres et qui doivent être explorées collectivement entre l'équipe et les usagers des services.

2°) La prise en compte de l'expertise issue de l'expérience personnelle de l'usager : chaque usager des services a son expérience propre de l'usage, des conséquences de ses prises de risques dans sa vie personnelle. Il a aussi une expérience des prises en charge institutionnelles. L'action professionnelle se négocie sur la base de l'expérience de l'usager confrontée à l'expertise professionnelle, elle-même issue des savoir-faire propres à son champ d'intervention et à son expérience professionnelle personnelles. Le professionnel commence par répondre à la demande de l'usager autant que possible, c'est à dire en prenant en compte les ressources et les contraintes en fonction de la réalité sociale et des ressources sanitaires et sociales que le professionnel peut mobiliser. Les ressources du patient, ses potentialités sont explorées au fur et à mesure de l'action qui doit être réajustée en fonction de ses résultats.

3°) La compréhension du processus de changement : les changements de comportement individuel s'inscrivent dans un système de relations inter-personnelles et sociales. Le professionnel et l'usager doivent unir les forces pour que ce système relationnel évolue et apporte un soutien à l'usager au lieu d'y faire obstacle. Le changement se fait par étape.

L'adoption de la seringue individuelle est considérée comme un changement mineur, mais ce petit pas a profondément modifié la façon dont les injecteurs eux-mêmes se perçoivent si bien que le junky à l'héroïne des années 80 a disparu de l'espace public. L'usage est désormais associé à la prise de risques et la protection de leur santé est devenu un objectif explicite des usagers de drogues Ce retournement de la représentation de soi montre que c'est justement en acceptant l'usager tel qu'il est qu'on lui donne la possibilité de changer. Cette conception progressive du changement aide le professionnel à ne pas se décourager devant les risques répétitifs.
4°) Une évaluation de l'urgence de l'action : l'urgence peut être sanitaire, mais pour l'usager, elle est plus souvent sociale. La personne ne se définit pas par l'usage de la seringue ou du préservatif, l'approche des usagers des services doit être globale. L'accès aux droits sociaux est le plus souvent un préalable indispensable au suivi. L'accès à un chez soi est une priorité de tous les SDF (70). Le risque d'une sanction judicaire est vécu par l'usager comme prioritaire à la protection de sa santé, il renoncera à se procurer une seringue stérile s'il craint une interpellation. L'isolement est également un facteur de risque, le maintien des liens familiaux et affectifs ou la restauration de ces liens fait partie des priorités de l'action professionnelle.
5°) Le développement des réseaux **: l**'approche globale implique un développement du partenariat et des réseaux**.** La complexité de l'addiction, la diversité des profils, des demandes et des besoins implique de solliciter des compétences multidisciplinaires et de coopérer avec une grande diversité de services sanitaires et sociaux, Dans la lutte contre le sida, les pratiques en réseaux ont été privilégiées, parce qu'elles étaient plus souples et plus efficaces que le partenariat : il est plus facile de solliciter des collègues que de faire évoluer les services. Les réseaux de santé se sont développés à l'initiative des professionnels de santé, ils ont obtenu un statut légal depuis la loi de santé publique de 2004. Ils favorisent l'accès aux soins, la coordination, la continuité des soins en prenant en compte l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires. Malheureusement, le social reste le parent pauvre. Il y a bien quelques tentatives pour décloisonner services sanitaires et services sociaux, mais pour le moment il s'agit d'initiatives locales qui ne sont pas soutenues par une politique nationale.

2.4. Pratiques de médiation et réduction des risques pour l'environnement

La médiation est au cœur de la RDRD dans la pratique comme dans les principes de cette politique qui, au-delà de la protection santé des usagers, répond à un objectif de vivre ensemble. La médiation sociale est bien mentionnée parmi les missions des CAARUD pour « servir de relais avec les autorités locales et les riverains », mais ni les objectifs, ni les moyens ne sont précisés (circulaire du 2 janvier 2006). Le dispositif RDR s'est imposé au nom de l'urgence médicale sans négociation préalable, la prise en compte de la demande sociale s'est imposée a posteriori, face à la levée de bouclier suscitée par les premières boutiques. L'expérience des villes européenne est très différente : à Amsterdam, à Zurich, à Francfort, les expérimentations de RDRD sont le produit d'une négociation entre des habitants, exaspérés par les nuisances suscitées par la consommation et le trafic de rue et les exigences de la protection de la santé. Les dispositifs sont évalués en fonction des deux objectifs généraux : réduire les nuisances dues aussi bien au trafic qu'aux comportements des usagers de drogues, réduire les risques liés à l'usage de drogues. Dans nombre de villes européennes, les débats publics ont souvent été vifs, mais ils ont abouti à des choix négociés dans un débat citoyen (71). En Suisse, le développement des expérimentations est accepté par l'opinion parce qu'elle répond aux limites des premières actions. Les salles de consommation sont des réponses à la poursuite des injections dans les espaces publics après la création des PES et premiers accueils. Les prescriptions médicalisées d'héroïne ont élargi l'accès aux soins, aussi souhaitable pour la sécurité que pour la santé des usagers. Il

s'agit donc d'une politique globale des drogues dont les collectivités locales européennes ont la charge dans la santé comme dans la sécurité.
En France, les chefs de projet départementaux ont pour mission de coordonner l'action des services relevant des différents ministères, mais faute de s'affronter aux contradictions du cadre légal et du dispositif de santé, les services poursuivent leur logique propre. Il reste aux acteurs de terrain la charge de négocier une évolution des pratiques sur le terrain, entre les services de police et les dispositifs relevant du champ des addictions. Les actions de médiation menées par les professionnels ont ainsi la charge de négocier avec l'environnement l'implantation des dispositifs, et de gérer les conflits de voisinage. Une des limites à leur action tient au déficit de communication publique sur cette politique de santé publique qui va à l'encontre des discours politiques sur la lutte contre les drogues. Dans le discours, tout fonctionne comme s'il fallait choisir entre sécurité et santé. Sur le terrain, ces oppositions de principe sont moins prégnantes que ce que l'on pouvait craindre, les équipes de médiation parviennent à gérer les conflits, et il y a en outre quelques expériences de consultation citoyenne (72). Les habitants savent par expérience que les toxicomanes, chassés d'un lieu, ressurgissent dans un autre, ils savent que l'éradication du trafic est un mythe. Ils cherchent avant tout leur propre protection, et s'opposent à l'implantation des dispositifs dans une logique dite NIMBY (« *not in my back yard* »). L'acceptabilité des actions et dispositifs tient à la prise en compte de leurs demandes et besoins. Autre limite des équipes RDRD, les nuisances sont plus souvent dues au trafic local qu'aux usagers de drogues, ce qui a priori relève des services de police. Des équipes ont développé des pratiques innovantes, qui sont peu étudiées, et qui ne sont pas transmises. Quelques initiatives ont par exemple tenté de réduire les risques liés au trafic local (73). De telles pratiques sont aujourd'hui recommandées par des experts internationaux dans le cadre de politique globale des drogues, avec des exemples de bonnes pratiques dans la santé comme dans la sécurité (74). Sur l'action locale, quelques guides français ont été élaborés pour les élus locaux par le Forum européen de la sécurité urbaine. Il manque un guide de l'action locale destinée aux professionnels intervenants sur le terrain. Il y a déjà une traduction d'un guide européen sur l'action de proximité, mais la France étant le pays le plus centralisé d'Europe, une adaptation française serait certainement utile (75).

2.5. Expérimentations, nouvelles pratiques et *empowerment* des équipes

Toutes les actions de RDR ont été expérimentées par des acteurs à la recherche de solutions aux problèmes qui se posent sur le terrain. Associations d'usagers de drogues, militants associatifs, professionnels addictologues ou non spécialistes, tous ont contribué aux initiatives en sollicitant les ressources dont ils avaient besoin, dans l'interdisciplinarité, avec le soutien de chercheurs, de cadres administratifs et de responsables politiques. En s'élargissant à l'ensemble des drogues psychoactives, les professionnels en addictologie ont été amenés à développer des pratiques de RDRD pour l'alcool, le tabac, le cannabis, avec des outils spécifiques selon les produits consommés. Il reste ensuite aux équipes à s'approprier ces premières expérimentations mais il n'y a pas de simple application des expérimentations validées. Avant de proposer un lieu d'injection sécurisé, il faut, bien sûr, commencer par s'approprier les acquis, dans l'éduction à l'injection pour la France, dans les salles de consommation étrangères, et je pense particulièrement à Genève qui a mis en place un dispositif de soutien aux professionnels dont nous devrions nous inspirer. Mais au-delà des acquis, il faut adapter l'offre de service aux réalités locales, aux pratiques à risques, aux ressources sanitaires et sociales de territoire et enfin aux communautés locales. Aussi la démarche est-elle nécessairement innovante. Les ressources institutionnelles inégales selon les territoires ne peuvent être surmontées sans un recours aux ressources sociétales en impliquant des voisins, des amis, des maîtres d'école… La démarche de santé communautaire se heurte aux logiques institutionnelles françaises, mais quand ces institutions sont défaillantes, il faut faire autrement : le bricolage, la débrouillardise, la

souplesse sont de règle, on y a nécessairement recours dans les petites communautés locales où habitants professionnels et responsables politiques ont des relations personnelles. Dans un contexte de remise en cause des services sanitaires, sociaux et administratifs, la démarche de santé communautaire devient une ressource, elle est vitale dans les pays en voie développement, et c'est d'ailleurs dans ces pays que la démarche de RDR a réussi à s'introduire sur tous les continents, y compris dans les pays les plus réfractaires aux droits humains (76).
L'appropriation de la démarche de RDRD exige de développer une stratégie nationale de formation permanente. Les rencontres nationales, les séminaires et colloques sont des lieux d'échange et de diffusion des nouvelles approches. Ces actions nationale doivent être relayées par un soutien aux équipes avec différentes modalités : groupes d'analyse des pratiques, échanges entre équipes, formations multidisciplinaires, dispositifs participatifs et recherche-action. Sans recenser l'ensemble des outils nécessaires au soutien des professionnels et au management des équipes, nous retiendrons ici ce qui relève de la démarche de RDR :

- Diffusion de l'information dans le milieu professionnel et dans le grand public en utilisant tous les outils : publication de guidelines, journée d'information nationale, participation aux colloques européens et internationaux, journaux, revues, réseaux sociaux et information sur le net.
- Développement de la démarche de santé communautaire : recherche-action pour le diagnostic, le suivi et l'évaluation, avec des indicateurs de réussite élaborés avec les acteurs ; contribution de toutes les expertises, expertises scientifiques, expertises issues des expériences professionnelles, de l'expériences des usagers et de la connaissance des communautés locales ; recrutement et formation de travailleurs pairs.
- Décloisonnement des services : formations communes en addictologie, prévention, soin et RDRD de toutes les drogues psycho-actives, les professionnels de santé généralistes, développement des réseaux entre santé somatique, santé psychique et social ; implication d'associations intervenant dans différents champs ; partenariat avec les services administratifs, judiciaires, policiers, municipaux.

3. Objectifs et enjeux

Définir un cadre pour faire évoluer les actions de RDRD, coordonner les acteurs intervenant dans le champ des addictions, entre les CAARUD, les CSAPA et la prévention, entre le sanitaire et le social, promouvoir l'égalité d'accès aux outils de RDRD, adapter les actions aux évolutions des consommations et aux spécificités des populations, développer la recherche et les expérimentations, ces objectifs, rapidement résumés ici, font partie des recommandations aux quelles l'expertise collective de l'INSERM a abouti. Ces recommandations en direction des pouvoirs publics valent pour les professionnels en addictologie, mais outre les objectifs généraux pour le développement de la RDRD (voir pages 13-14) et la mobilisation des équipes (voir page 22), je voudrais ici insister sur les missions propres des professionnels dans le champ des addictions :

1°) Mobiliser de nouvelles ressources pour faire face à l'aggravation de la situation **:** La RDRD est devenue un principe commun au dispositif national en addictologie, prévention, CAARUD et CSAPA. Ce dispositif national offre des ressources incomparables avec celles que nous avons du mobiliser aux temps héroïques lorsque la RDR n'était pas un dispositif. Mais, entre temps, les missions du dispositif se sont élargies tandis que la situation s'est objectivement aggravée : l'usage problématique de l'alcool, les poly-usages systématiques et l'augmentation du nombre des usagers de drogues illicites, le large réservoir du VHC, l'importance de la mortalité et de la morbidité, la précarisation des populations, leur exclusion des soins et l'augmentation continue des sanctions pénales et de l'incarcération, et ce dans

un contexte de peurs, de demande sécuritaire et de replis sur soi, tels sont les problèmes auxquels les services doivent s'affronter alors même que leurs moyens sont sans cesse remis en cause. Faire évoluer services et administrations est volontiers considéré comme une mission impossible en France mais c'est justement lorsqu'on ne peut se fier aux fonctionnements habituels des services et administration que la démarche d'innovation devient vitale. Il reste au dispositif national à mobiliser ses importantes ressources humaines. Avec l'intégration des psychotropes licites et addictions dans drogues, la toxicomanie est enfin sortie de son ghetto. L'addiction est un problème de société et les addictologues ont une légitimité à laquelle ni les intervenants en toxicomanie, ni les acteurs de la RDR ne pouvaient prétendre.

2°) Associer les usagers de drogues licites et illicites et développer la démarche de santé communautaire : l'institution des CAARUD a exclu de fait les usagers de drogues illicites non diplômés. Quant aux drogues licites, l'expertise des consommateurs n'avait jamais été sollicitée par les professionnels, si ce n'est dans la relation duelle soignant/soigné. L'association des personnes directement concernées aux actions est la condition pour élaborer des réponses adaptées aux prises de risque et au contexte. Cette association peut prendre différentes formes, intervenants de proximité, travailleurs pairs et partenariat avec les associations communautaires. Les ressources ici tiennent aux nouvelles exigences des citoyens : les usagers de drogue, et plus généralement les patients ne sont plus passifs, ils s'informent et se regroupent pour échanger entre eux, ce qui doit favoriser la construction des relations de partenariats avec les professionnels. Au-delà du médical, le développement spontané des groupes d'entraide et des groupes d'intérêt dans tous les domaines (associations de consommateurs, usagers des services, habitants etc) favorise la construction de ces nouveaux partenariats.

3°) Contribuer au débat public dans les politiques de drogues : la priorité accordée à la protection de la santé sur la répression par l'OMS et l'ONUDC donne une mission nouvelle aux professionnels en addictologie : ils doivent se faire entendre ; Ils ont toute l'autorité pour le faire. En 1969, l'OMS savait déjà qu'il n'y avait pas de toxicomanie qui soit propre aux drogues illicites et que la prohibition n'était pas justifiée par des critères scientifiques, mais ils n'ont pas remis en cause ce choix de société qu'ils partageaient. Avec le sida, ils ont été amenés à développer leur expertise propre. La question de la prohibition des drogues n'est pas tranchée par l'expertise, mais la nécessité d'une réforme de la politique des drogues ne fait plus de doute pour les experts internationaux. Ce retournement est récent. Il est en grande part due à la prise de conscience des pays du continent américain de l'échec de la guerre à la drogue (77). La commission mondiale sur la politique des drogues a recommandé une démarche fondée sur des preuves et cette démarche fait désormais le consensus des experts internationaux (78).

Les exigences de la santé publique ont beau être fondées en sciences, elles ne s'imposent pas d'elles-mêmes. De même, l'ONU a beau affirmer que le respect des droits humains doit l'emporter sur toute autre considération, il y a loin des pétitions de principe aux réalités. Les politiques publiques sont toujours le résultat de négociations entre les forces en présence, comme on peut le constater pour l'alcool, le tabac ou les médicaments psychotropes (partis politiques, lobbies, campagnes médiatiques…). De plus, les politiques publiques relèvent de choix citoyens mais ces choix doivent être informés par l'expertise. La responsabilité des professionnels du champ des addictions, comme plus généralement dans le champ de la santé est d'informer les pouvoirs publics et les citoyens des acquis de l'expertise scientifique et professionnelle. La priorité accordée à la protection de la santé et aux droits humains dans les politiques de drogues implique que les professionnels dans le champ des addictions et la santé doivent faire leur voix dans le débat public. L'audition publique organisée par la FFA répond à ce nouvel enjeu.

Références et notes

(1) J'utilise ici la formulation initiale de RDR quand je ferai référence à l'histoire et RDRD pour la conceptualisation actuelle

(2) WHO, UNODC, UNAIDS *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatmentand care for injecting drug users* 2012 revision

(3) Tim RHODES Tim and Dagmar HERDRICH Dagmar (ed.), 2010, *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, EMCDDA MONOGRAPHS

(4) Ce tournant est pris avec le *Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2000-2001*), La Documentation française, 2000.
Voir Alain Morel, P. Chappard, JP. Couteron (Dir.), 2012, *L'Aide-mémoire de la réduction des risques,* Dunod et MDM, 2013, *Histoire et principes de la réduction des risques. Entre santé publique et changement social*, Publications MDM.

(5) *Expertise collective, Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues,* Les éditions Inserm, 2010.

(6) Frédéric Edelmann , Vincent Quivy, (Dir.), 1996, *Dix clefs pour comprendre l'épidémie. Dix années de lutte avec ARCAT-Sida*, Paris, Le Monde édition.
Janine PIERRET, 1991, *Les malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, Payot.

(7) France LERT, 1989, *La toxicomanie: Vers une évaluation de ses traitements*, La Documentation française.

(8) Don C. Des Jarlais and Samuel Friedmann, « AIDS and legal acess to stérile drug injection équipement », second international conférence on AIDS, Paris 1986.

(9) Alfred.R. Lindesmith, (1965), *The Addict and the Law.* Bloomington: Indiana University Press.

(10) Norman Zinberg,(1986). *Drug, Set, And Setting: The Basis For Controlled Intoxicant Use*. Yale University Press. Pour une présentation en France de l'ensemble des recherches sociologiques, voir Henri Bergeron, *Sociologie de la drogue*, La Découverte, 2009.

(11) Rodolphe Ingold et Sylvie Ingold (1988), Les effets de la libéralisation de la vente des seringues, IREP ; Françoise FACY F. William Lowenstein, Rodolphe Ingold et Sylvie Ingold., « L'héroïnomanie, la seringue et le sida », *Retrovirus*, septembre 1988.Rodolphe Ingold, IREP.

(12) OMS, Santé et droits de l'homme, Aide-mémoire N°323 Décembre 2015 (http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/fr/)

(13) J'ai choisi de traduire le concept de « *Drug Policy* » par « politique des drogues ». Une traduction plus précise serait « Politique en matière de drogues », mais de toute façon, le concept anglais de *policy* est difficile à traduire.

(14) ONU Commission des droits humains, Anand Grover, Special Rapporteur On the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, in accordance with Human Rights Council resolution 6/29.Report of the Special Distr.: General assemblées 6 August 2010.

(15) Déclaration officielle de la XVIIIe Conférence internationale sur le sida (SIDA 2010)

(16) WHO, UNODC, UNAIDS, (2012), Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatmentand care for injecting drug users 2012 revision. Geneva: World Health Organization. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77969/1/9789241504379_eng.pdf

(17) UNODC AND THE PROMOTION AND PROTECTION OF HUMAN RIGHTS Position paper, (2012) https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/UNODC_Human_rights_position_paper_2012.pdf

(18) Virginia Berridge, Histories of Harm Reduction: Illicit Drugs, Tobacco, and Nicotine, *Substance Use & Misuse* (Impact Factor: 1.23). 02/1999; 34(1):35-47.

(19) Gerry Stimson, HIV, Drugs, and public health, New words, old tunes, *The International Journal of the addictions* 26(12), 1263-1277, 1991.
(20) Bernard Roques (1998), *La Dangerosité des drogues*, Odile Jacob,Paris.
(21) *Advisory Council on the misuse of drugs*, 1988. Recommendations to UK government on the control of dangerous or otherwise harmful drugs.
(22) **BEH**, 35, 159-161, 1994**,** Décès par usage de stupéfiant en Ile-de-France.
(23) *Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie*, présidée par le Pr Henrion, La Documentation française, 1995.
(24) Voir http://www.technoplus.org/t,5/1040/actualites Référentiel national des interventions de RdR en milieux festifs, http://www.doc.hubsante.org/opac/doc_num.php?explnum_id=636
(25) Lydie Desplanques, La réduction des risques relaxée, http://pistes.fr/swaps/38_372.htm
(26) Le testing en milieu festif avait été expérimenté par la mission Rave de MDM. Il reste une revendication des associations communautaires ; Voir Anthony Beauchet : Testing le péché originel - Histoire et état des lieux en France ... [AFR] Drogues : Histoire de la Réduction des Risques, Inter@ktion.
(27) Voir les sites interactifs sur les nouvelles drogues de synthèse, https://www.psychoactif.org/forum/p120016-p1-Hier-19-46.html
(28) Anne Coppel, Drogues et médicalisation, Entre expertise et demande sociale, *Multitude*, n°44, printemps 2011.
(29) Henri Bergeron et Patrick Castel, (2015), *Sociologie de la politique de santé*, PUF, Paris.
(30) Voir la recherche du CESDIP, Nathalie. Gourmelon, Les boutiques ou dispositifs bas seuil, une nouvelle approche des toxicomanes en temps de sida (6 dispositifs) 1997. Au niveau national, voir Élus locaux contre le sida http://www.eltics.fr/ Élus, Santé Publique & Territoires, http://www.espt.asso.fr/ le Forum européen pour la sécurité urbaine *www.ffsu.org*
(31) Pour l'humanitaire, voir Bertrand Lebeau et Anne Coppel, Drogues, toxicomanie et action humanitaire, in *Médecine humanitaire*, Lebas J.- Veber F. – Brücker G. (Dir.),(1994) Médecine-Sciences (Coll.), éd. Flammarion, pp. 55-58 . Pour le sida, voir Olivier Maguet et Calderon, *Aides, une réponse communautaire à l'épidémie de sida*, AIDES, 2007.
(32) Jean Carpentier(Dir.), (1998), *Des toxicomanes et des médecins, un drame e toirs actes et quarante-sept tableaux, Rencontres cliniques*, REPCUD-ECIMUD, l'Harmattan, Paris.
(33) Dossier Toxibase (1997) *Les groupes d'auto-support des usagers de drogues*,. Mat Southwell, People who use drugs and their rôle in harm réduction, pp101-104, in *Harm réduction, évidence, impact and challenge*, *op. cit*.
(34) Anne Coppel (2002), « L'invention des traitements de substitution, quand le changement des pratiques précède le changement des croyances, Chapitre 14, pp 199-211, *in Peut-on civiliser les drogues ? de la guerre à la drogue à la réduction des risques*, La Découverte, Paris.
(35) Pour la démocratie sanitaire, voir http://ars.iledefrance.sante.fr/Democratie-sanitaire.81526.0./ Madeleine Aldrich, « l'expertise profane dans les associations de patients, un outil de démocratie sanitaire », *Santé publique*, 2012/1 (Vol.24) html http://www.oppelia.fr/sites/default/files/la_reconnaissance_des_savoirs_des_malades_-_e.jouet_.pdf
(36) Roy Robertson, « The arrival of HIV », Ch. 7 in John Strang and Michael Gossop (Eds) (1994) *Heroin Addiction and Drug Policy, The british System*, Oxford University Press,. Oxford, New York, Tokyo.
(37) www.who.*int/entity/mediacentre/factsheets/fs360/fr***,** OMS 2009, actualisé en 2015.

(38) Des Jarlais, Don C.; Friedman, Samuel R. HIV and intravenous drug use *AIDS*: 1988 - Volume 2 - Issue - ppg S65-70
(39) EMCDDA, (2000), *Understanding and responding : to drug use the role of qualitative research*, Scientific Monograph, Summary.
(40) Aude Lalande, Savoir des usagers, de quoi parle-t-on ? *Vacarme,* n°46 hiver 2009. 84-88.
(41) Annie. Mino, Sylvie Arsever, (1996), *J'accuse les mensonges qui tuent les drogués*, Calmann-Levy, Paris. Pour le déficit de santé publique en France, révélé par le scandale du sang contaminé, voir Aquilino Morelle, (1998), *La Défaite de la santé publique*, Flammarion Paris.
(42) Julien Emmanuelli, (2000) Contribution à l'évaluation de la politique de réduction des risques sanitaires, SIAMOIS, INVS. Voir aussi http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/tend12.pdf
(43) Pierre Kopp et coll. Du point de vue efficacité, quel est le rapport coûts efficacité des traitements de substitution aux opiacés ? *Alcool,Alcoologie*, 2004. Rappelons que le nombre de décès épargnés est évalué sur la base des OD, les autres causes étant inconnues.
(44) http://www.cns.sante.fr/spip.php?article79&artpage=2-3
(45) Voir en particulier, l'enquête Coquelicot INVS. 2004-2007. Voir aussi Gilles Pialoux, Réduction des risques - Enquête Coquelicot 2011 : Les nouveaux chiffres de la RDR drogue, *VIH.org*, 29 nov. 2013.
(46) Olin Nelly et Bernard Plaisait (2003), *La drogue, l'autre cancer*, Rapport de la commission d'enquête sur la politique nationale de lutte contre les drogues illicites, créée en vertu d'une résolution adoptée par le Sénat le 12 décembre 2002 : Tome I - Rapport, Tome II - Comptes rendus des déplacements et procès-verbaux des auditions de la commission d'enquête, 1183 p. Rapport du Sénat.
(47) Aude Lalande et Pierre Chappard, (2012), Réduction des risques, savoir profane et professionnalisation, chap.. 8 in *l'Aide mémoire de la réduction des risques en addictologie*, *op. cit*.
(48) INSERM, Hepatite C, dossier d'information, nov.2014.
(49) Office fédéral de la santé http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/00684/01078/?lang=fr
(50) En 2001, le conseil national du sida avait mené une évaluation de la pénalisation de l'usage, http://www.cns.sante.fr/spip.php?article79&artpage=2-3)., Pour le débat actuel Alain Morel et Jean-Pierre Couteron, (2011), *Drogues : faut-il interdire ?* Dunod,
(51) UNODC Placing health and welfare at the heart of drug Policy, 23 janvier 2013. https://www.unodc.org/unodc/en/frontpage/2013/January/placing-health-and-welfare-at-the-heart-of-drug-policy.html
(52) WHO, exécutive border, 2016, Public health dimension of the world drug problem including in the context of the Special Session of the United Nations General Assembly on the World Drug Problem, to be held in 2016, /EB138/1115 January http://www.who.int/hiv/pub/idu/ungass-drugs-2016/en/
(53) David T. Courtwrigt, (2008), *De passion à poison, Les drogues et la construction du monde moderne,* PUL, Laval.
(54) François-Rodolphe Ingold, Christian Sueur, Charles Kaplan, Contribution à une exploration des propriétés thérapeutique du cannabis, *Annales Médico-Psychologique*, communication, Paris 2015. https://asppf.files.wordpress.com/2015/07/cannabis-smp-2015.pdf
(55) Fabien Jobard, René Lévy, John Lamberth, Sophie Névanen, Mesurer les discriminations selon l'apparence : une analyse des contrôle d'identité, Paris, *Population -Paris-*, Institut National D'Etudes Démographiques, 2012, 67 (3), pp.423-452

(56) La décriminalisation n'implique pas nécessairement que l'usage soit dépénalisé, la mesure a pour seul objectif qu'il n'y ait pas d'usagers incarcérés pour usage. Le Portugal a fait le choix de décriminaliser l'usage et la détention pour dix jours de consommation de toutes les drogues, tout en maintenant l'interdit pénal, ce qu'exigeait le gouvernement Le Portugal est cité en exemple par la commission mondiale sur les politiques de drogues par la démarche fondée sur les faits observés par l'OEDT, et dont les bons résultats ont été évalués dix après. Voir http://www.federationaddiction.fr/decriminalisation-drogues-au-portugal-resultats-edifiants/ En France, il n'y a pas d'étude précise sur le nombre d'usager incarcéré, parce que la détention est assimilée au trafic, mais selon un travail effectué par le CESDIP en 2005, le nombre d'usagers incarcérés pour usage s'élèverait selon les années entre 2000 et 3000 pour usage simple sans détention et entre 5000 et 8000 si on y ajoute la détention. .

(57) Nicky Le Feuvre, Natalie Benelli, Séverine Rey (éds) (2012), Nouvelles Questions Féministes, "*Métiers de service*" Vol. 31, No2, Editions Antipodes

(58) Ball C. et Ross Ross, (1991), *The effectiveness of Methadone, Maintenance Treatmen*t, Spinger New York.

(59) Anne Lovell, Les facteurs limitant l'efficacité des programmes d'échanges de seringues, *Transcriptase*, n°70 - décembre 1998.

(60) Les guidelines publiés par l'OEDT portent sur toutes les interventions de RDRD, toutes les populations d'usagers de drogues et tous les professionnels généralistes ou spécialisés dans le champ de l'addiction : http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/guidelines. La plupart de ces guides sont traduits de l'anglais dans différentes langues européennes, mais très peu sont traduits en français, sans doute faute d'une demande.

(61) Catherine Touret Turgis (1997), *Le Counselling*, Que sais-je ? 1997. Il n'y a pas en Français de publication sur le conselling aux usagers de drogues licites et illicites, contrairement à la Grande-Bretagne. A titre d'exemple, citons *Drug use disorders in adults NICE quality standard* [QS23] Published November 2012.

(62) Guide,(2015) *Addictions & lutte contre les exclusions : travailler ensemble*, FFA.

(63) Joan Tronto (2009), *Un monde vulnérable, pour **une** politique du care*, La Découverte, Paris.

(64) In *Advisory Council on the misuse of drugs*, 1988, *op.cit.*

(65) Le concept d'empowerment ou développement de la capacité d'agir est utilisé dans le développement, dans le mangement, dans l'action sociale et enfin dans la santé ou il est associé à l'éducation thérapeutique, à la promotion de la santé et plus généralement à la démarche de santé communautaire. Voir santé participative http://www.sante-participative.org/#!empowerment-et-verticalisation/crxc. Voir aussi pour la santé mentale http://www.ccomssantementalelillefrance.org/?q=content/sant%C3%A9-mentale-intra-communautaire

(66) Jean Carpentier (1994), *La toxicomanie à l'héroïne en médecine générale : Manuel*, éd. Ellipses,

(67) Le premier dossier sur la méthadone du journal ASUD a été publié en juin 1994.

(68) Ervin Goffman (1975), *Stigmate*, les usages sociaux des handicaps, Edition de minuit. Paris.

(69) Pascal Coulon (2010), *les groupes d'entraide*, *Une thérapie contemporaine*, L'Harmattan, Sur l'alcool, voir http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/AA2012-4-SFAoctobre.pdf . Pour les troubles psychiques, voir Vincent Girard, Kenneth Driffin, Sandrine musso, Michaël Row, Larry Davidson, Anne Novell, La relation thérapeutique sans le savoir, Approche anthropologique de la rencontre entre travailleurs pairs et personnes sans chez-soi ayant une cooccurrence psychiatrique, *L' Evolution psychiatrique*. Volume 71, Issue 1, 2010, pp 75-85.

(70) Vincent Girard, Pascale Estecahandy, Pierre Chauvin, Dr Pascale Estecahandy, (2010), *La santé des personnes sans chez soi*, plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen. La Documentation française. Programme expérimental http://www.fnars.org/1345-f-le-magazine-de-la-fnars/f-mag-janvier-2013/fmag2-dossier/4188-un-chez-soi-d-abord-dans-quatre-villes-francaise, 24 décembre 2012.

(71) Daniel Kubler (2000), *Politique de la drogue dans les villes suisses entre ordre et santé,* Paris, L'Harmattan.

(72) Sur la méthodologie du traitement de controverses, voir le cours du Bruno Latour, Cartographie de controverses http://www.bruno-latour.fr/fr/node/31 Pour un exemple de controverses, la consultation citoyenne, organisée par la mairie du 19ème à Paris en 2003, Anne Coppel, Le panel citoyen dans le quartier de Stalingrad à Paris, Une expérience de démocratie locale, *Cosmopolitiques* n°7, 2004. http://www.annecoppel.fr/panel-citoyen-quartier-stalingrad-paris-experience-democratie-locale/

(73) Malika Amaouche, Processus d'inscription dans l'économie de la rue : Quelles stratégie de prévention, Enquête ethnographique dans le nord de Paris, A Stains, Saint Ouen et en Seine Saint Denis, Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale (GRVS), 2009 ; Claire Duport (dir.) 2013, *L'Intervention sociale à l'épreuve des trafics,* Adapt, Marseille.

(74) IDPC *Guide des politiques de drogues*, 2012. http://idpc.net/fr/publications/2010/09/idpc-guide-fr
Pour la France, Hélène Martineau (OFDT) et William Lowenstein, addictologue (Dir.), (2011) La future politique française des drogues, FFSU pour la plateforme française *Democracracy, Cities and Drugs*,.

(75) Voir Le Forum européen de la sécurité urbaine http://www.ffsu.org/ Dirk J. Korf Riper et Marielle Freeman (Pays bas), Roger Lewis et Ian Grant (Écosse, Grande-Bretagne)Elisabeth Jacob et Chantal Mougin (France)Margareta Nilson (EMCDDA, Portugal), 1999, *Le Travail de Proximité auprès des Usagers de Drogues en Europe*, OFDT.

(76) http://idpc.net/profile/international-harm-reduction-development-program-ihrd

(77) Sommet des Amériques, Cartagène, 14 et 15 avril 2012. http://www.courrierinternational.com/article/2012/04/13/un-sommet-de-chefs-d-etat-decisif-a-carthagene. Voir aussi, Anne Coppel et Olivier Doubre (2012), L'échec de la guerre à la drogue sur le continent américain, Ch.2. in *Sortir de l'impasse, Expérimenter des alternatives à la prohibition*, La Découverte, Paris.

(78) *Global commission on drug Policy*, (2914) The Negative Impact of Drug Control on Public Health: The Global Crisis of Avoidable Pain.

Quelles définitions des conduites addictives, des risques et de la RdRD ? Quels en sont les principes fondateurs et les objectifs aujourd'hui ?

Michel REYNAUD
Hôpital Paul Brousse
VILLEJUIF
michel.reynaud@aphp.fr

Aujourd'hui, en 2016, les termes d'addiction et de conduites addictives sont assimilés par la société, et l'addictologie est devenue une spécialité médicale et universitaire.

De très grands progrès ont été faits dans la connaissance des mécanismes neurobiologiques, permettant une bien meilleure compréhension du fonctionnement psychologique. Les facteurs de vulnérabilité individuels et sociaux sont de mieux en mieux connus. Et cet ensemble permet de proposer des stratégies de prise en charge, et une organisation du dispositif de soins de plus en plus performante. La meilleure connaissance de la complexité des interactions entre l'individu et sa vulnérabilité personnelle, les produits (et leurs conséquences) et les éléments sociaux liés à la consommation d'un produit permet d'éclairer la complexité des actions amenées, et l'inefficacité des solutions simplistes.

Toutefois la perception sociale et politique n'est pas à la hauteur de la gravité des problèmes. Et, si tous les acteurs sont en phase pour une réduction pragmatique des dommages, les politiques publiques sont insuffisantes et parfois contradictoires inspirées souvent par des représentations idéologiques. Ce travail d'appropriation des connaissances scientifiques par la société, s'appuyant sur les associations de patients, nous parait être l'enjeu des prochaines années. Il sera nécessaire pour que les politiques puissent être plus efficaces, et permettent d'exprimer toutes les possibilités qui sont présentées dans ce traité.

I. RAPPEL : LES DOMMAGES

On pourrait, hélas, les résumer en disant que les addictions sont responsables en France, d'un mort sur 5 et d'un acte de délinquance sur 2.

1 – CONSOMMATIONS ET EVOLUTIONS DES CONSOMMATIONS [35,16]

- **La consommation de tabac augmente depuis 2005**.

La proportion de consommateurs de tabac a augmenté entre 2005 et 2010 parmi la population française âgée de 18 à 75 ans, ce qui constitue la première hausse marquée depuis la loi Évin en 1991. Cette évolution semble surtout liée à l'accroissement de l'usage chez les femmes, notamment celles âgées de 45 à 64 ans.

- **Moins d'alcool quotidien, plus d'alcoolisation ponctuelle importante**

Mais si la consommation quotidienne est en baisse, les comportements d'alcoolisation ponctuelle importante (cinq à six verres en une seule occasion) se sont développés depuis 2005 chez les adolescents de 17 ans et les jeunes adultes. L'augmentation a été particulièrement forte chez les jeunes femmes de 18 à 25 ans,
Buveurs à risques chroniques : 9% soit environ 4 millions de personnes sont en hausse
Buveurs à risques de dépendance : environ 500.000 pers

- **Stabilisation des usages de cannabis a des niveaux élevés**

La proportion de consommateurs de cannabis dans l'année parmi la population âgée de 18 à 64 ans est restée stable au cours des années 2000. La France n'en demeure pas moins en 2011 l'un des pays ayant la plus forte proportion de consommateurs de cannabis en population adulte au sein des pays de l'Union Européenne, comme en population adolescente parmi les 36 pays ayant participé à la même enquête sur les consommations des jeunes lycéens en 2011.

- **Forte progression de la consommation de cocaïne**

- **Développement d'un marché sur Internet où de nouvelles drogues de synthèse sont régulièrement rendues disponibles.**

2 – LES DOMMAGES LIES AUX CONSOMMATIONS [35,16,37]

Les dommages sanitaires

- *Les dommages liés au tabac*

Environ 70 000 décès par an, soit plus d'un décès sur neuf, peuvent être attribués au tabagisme, essentiellement du fait de cancers des bronches et des poumons, des cancers des voies aérodigestives supérieures, des maladies cardio-vasculaires et des maladies respiratoires. Cette mortalité touche encore principalement des hommes, mais la mortalité des femmes progresse, avec un décalage temporel également constaté pour les consommations.

- *Les dommages liés à l'alcool*

Les consommations aigues d'alcool, souvent massives, particulièrement importantes chez les jeunes, « le binge-drinking », constituent l'élément récent, encore mal évalué du point de vue sanitaire. Ce sera vraisemblablement un nouveau problème majeur, à venir, de santé publique dont nous n'avons pas encore pris toute la dimension.
Pour résumer, il faut faire comprendre que l'alcool, produit qui procure le plus de plaisir et de bien-être est simultanément le produit le plus dangereux.
L'alcool est à la fois :
- la cause directe de maladies (dépendance…) et de délinquance (routière, ivresses publiques, manifestations…)
- mais aussi le facteur déclenchant de nombreuses autres maladies (cirrhoses, cancers, troubles neuropsychopathologiques, suicides…) et d'une très importante délinquance (violences, violences familiales, sexuelles…)
La mortalité attribuable à l'alcool était de 49 000 morts en 2009 chez les adultes en France, ce qui correspond à 13% de la mortalité annuelle
La mortalité pouvait se décliner de cette façon en 2009 en France chez les plus de 15 ans : 15 000 morts par cancers, 12 000 par maladie cardiovasculaire, 8 000 par pathologie digestive, 8 000 par cause externes (accidents, suicides, chutes, homicides), et 3 000 par pathologie mentale et comportementale.

- *Les dommages liés au cannabis*

Entre 175 et 190 décès annuels seraient imputables à une conduite sous l'emprise du cannabis (7 à 8 fois moins que pour l'alcool, par exemple). Une consommation chronique peut conduire à un désintérêt pour les activités quotidiennes, des difficultés de concentration et de mémorisation (« syndrome amotivationnel ») et un déclin des capacités d'apprentissage, particulièrement dommageables à l'adolescence. Dans certains cas, l'usage régulier de cette substance peut favoriser l'apparition de troubles psychiatriques, notamment la survenue de schizophrénies chez les personnes présentant une vulnérabilité psychotique. L'implication du cannabis dans les cancers pulmonaires et des voies aérodigestives supérieures, et certaines pathologies vasculaires, est également avérée

Les dommages à autrui et les dommages à la société

La consommation de ces produits psychoactifs est une des principales causes de souffrances sociales, de violence et de délinquance en France. Au-delà des dommages à l'usager lui-même (c'est à dire les dommages de santé immédiats, les dommages de santé chroniques et la dépendance), Ces produits sont également la cause de la majorité des dommages causés à autrui, des violences, de la délinquance et de la criminalité, mais ces dommages à la société, en particulier ceux liés à la consommation d'alcool sont peu documentés. .

- *Les dommages sociaux liés à l'alcool*

En ce qui concerne les infractions et la délinquance directement liées à l'alcool
25% de toutes les condamnations prononcées en France
75000 Ivresses Publiques et Manifestes (IPM)
372 000 contrôles à alcoolémies positives en 2009
290 300 infractions de sécurité routière liées à l'alcool ont été constatées en 2011.
En ce qui concerne les violences aux personnes et les délits indirectement liés à l'alcool :
40% des violences familiales et/ou conjugales soit environ 400.000 personnes chaque année ; chez les femmes la moitié des violences familiales ou conjugales sont en lien avec l'alcool
25% des faits de maltraitance à enfants
30% des viols et agressions sexuelles soit environ 50.000 personnes chaque année
30% des faits de violences générales soit environ 200.000 personnes chaque année

- *Les dommages sociaux liés aux drogues*

Ce marché représenterait entre 746 et 832 millions d'euros (pour un marché national estimé à deux milliards d'euros), soit entre 186 et 208 tonnes vendues
Le trafic de cannabis, qui représente les trois quart du revenu du trafic de drogues, s'est « gangstérisé », en lien avec la grande délinquance, de plus en plus violent et de plus en plus lourdement armé. Il organise la vie d'un certain nombre de cités et altère gravement et durablement le modèle républicain.
Si le cannabis est source de dommages sanitaires de gravité moyenne mais de dommages sociaux absolument majeurs.

Nous devons être conscients que nous avons à faire face à de véritables « épidémies » industrielles (qu'il s'agisse d'industries légales ou illégales). Les épidémies industrielles ont largement dépassé dans les pays riches, en termes de mortalité et de dommages, les épidémies infectieuses.
La régulation de leur consommation et la réduction des dommages que ces consommations entrainent doivent donc constituer une des priorités nationales et internationales : à la fois priorité de Santé Publique et priorité de Sécurité Publique.

3 – LES COUTS DE L'ALCOOL, DU TABAC ET DES DROGUES ILLICITES [22]

Le « coût social » de l'alcool et celui du tabac sont presque identiques*, 120 milliards d'euros,* suivi par *les drogues illicites (8,8 milliards d'euros).* Le coût social engendré par le tabac peut être rapproché des 13,4 millions de fumeurs, tandis que le coût social de l'alcool est concentré sur 3,8 millions « d'usagers à risques d'alcool ».

Le « coût externe » de l'alcool est 11% plus élevé que celui du tabac bien que le nombre des décès par le tabac soit plus important que ceux engendrés par l'alcool. La raison tient au fait que l'âge du décès moyen est plus précoce pour l'alcool que pour le tabac (63 ans vs 71 ans) et le fait que de nombreux décès accidentels engendrés par l'alcool interviennent précocement.

Le « coût des drogues pour les finances publiques » est élevé. Chaque année, l'Etat doit payer respectivement pour l'alcool, le tabac et les drogues illicites, 4,9 milliards, 14 milliards et 2,4 milliards d'euros. Ainsi, *33% du déficit budgétaire français serait constitué par le poids négatif des drogues sur les finances publiques.*

Les recettes de taxation (3,5 milliards d'euros pour l'alcool et 10,3 millions d'euros pour le tabac) sont inférieures au «coût des soins » (respectivement 8,5 et 25,9 milliards d'euros). La taxation sur les alcools ne représente que 37% du coût des soins des maladies engendrées par l'alcool tandis que les taxes sur le tabac sont également insuffisantes à couvrir le coût des soins engendrés par ce dernier et représentent 40% des recettes de taxation.

II. CONNAITRE LES LIENS ENTRE LES CONSOMMATIONS, LES DOMMAGES ET LES ADDICTIONS

1. L'ADDICTION

Il faut tout d'abord insister sur l'intérêt de la notion d'addiction qui remplace celles d'alcoolisme, de drogue et de toxicomanie
L'addiction se caractérise par :

- l'impossibilité répétée de contrôler un comportement visant à produire du plaisir ou à écarter une sensation de malaise interne
- la poursuite de ce comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives.

Le passage, au début des années 2000, de la notion de toxicomanie et d'alcoolisme à celle d'addiction a profondément changé la façon de penser, le traitement et l'organisation des soins de ces troubles : on est passé d'une conception qui mettait en avant le produit, à une conception qui met en avant le comportement de consommation et le contexte dans lequel il se déroule.

2. TOUT CONSOMMATEUR N'EST EVIDEMMENT PAS ADDICT

Mais il faut également bien avoir en tête que tout consommateur n'est pas addict.

- **La consommation de ces produits commence d'abord par du plaisir**

La consommation de chacun des produits (ou comportements) susceptibles d'entrainer une addiction donne d'abord du plaisir : leurs consommations entrainent plaisirs et sensations, intégrant l'intensité du plaisir obtenu par la consommation du produit et l'importance des sensations, intenses ou inhabituelles.
Mais la consommation du produit permet aussi le soulagement de tensions et de souffrances personnelles, notamment émotionnelles ou relationnelles. Enfin, la consommation du produit renforce le sentiment d'appartenance à un groupe, et contribue à se reconnaître dans l'identité d'un groupe : on consomme comme son groupe social, et le produit est souvent le symbole du groupe social.
Il est donc nécessaire de tenir compte de ces dimensions de plaisir pour comprendre, écouter, soigner, accompagner et même réglementer

- **Et il peut y avoir, pour certains, une évolution progressive vers la dépendance**

Pour le public mal informé, tout consommateur de drogues illicites est un « toxicomane », sous entendant ainsi qu'il est dépendant. Or de nombreux usagers de drogues licites ou illicites ne sont pas dépendants : si la plupart des consommateurs d'héroïne (comme d'ailleurs les fumeurs de tabac), sont dépendants, ce n'est pas le cas des usagers de cannabis (le pourcentage d'usagers dépendant du cannabis est, à peu près, le même que celui des consommateurs dépendants d'alcool (moins de 5% des consommateurs actuels d'alcool).

Aussi, un grand nombre de consommateurs ne se considèrent pas comme malades (à juste titre pour nombre d'entre eux) : la consommation du produit (licite ou illicite) fait partie de leur vie, voire est un élément identitaire difficile à abandonner.
Il est important de modifier ces représentations en « tout ou rien ». La notion d'addiction, son installation progressive et sa gravité très variable permettent de les nuancer et de mieux en saisir la complexité.

3. ET TOUS LES DOMMAGES DES CONSOMMATIONS NE SONT PAS LIES A L'ADDICTION

Il y a longtemps eu une confusion entre la dépendance et ses dommages. Et médicalement et socialement, il y avait, par exemple, une assimilation des dommages liés à l'alcool à l'alcoolisme. Or, les dommages liés à la consommation d'un produit peuvent se produire avant la dépendance à ce produit, notamment les dommages aigus.

Toutefois les dommages sont majoritairement liés aux pratiques à risque. Et ce d'autant plus que les prises de risque sont répétées. Et parallèlement, l'addiction, - la dépendance – s'installe du fait de la répétition des usages à risque.
Pour des raisons pédagogiques – pour faire prendre conscience de la continuité dans la gravité des conduites et des dommages – nous nous permettons donc d'intégrer les pratiques à risque et leurs dommages dans le champ de l'addiction ; la prévention de ces conduites à risque diminuera à la fois les addictions et les dommages qui y sont liés.
Ainsi, par exemple, la mortalité routière liée à l'alcool n'est le fait de sujets dépendants que dans le tiers des cas. Mais la mortalité restante est liée aux consommations à risque et à l'abus.

III. CONNAITRE LES REPRESENTATIONS DE LA DANGEROSITE DES PRODUITS ET DE LA GRAVITE DES DOMMAGES

La discordance est majeure entre la dangerosité de produits, telles qu'évaluée par les experts scientifiques, et les représentations de dangerosité de ceux-ci par la population générale.

Alors que les experts nationaux et internationaux s'accordent sur les éléments suivants
- l'alcool est le produit le plus dangereux entrainant des dommages sanitaires et sociaux majeurs.
- puis viennent l'héroïne et la cocaïne
- puis le tabac, causant surtout des dommages sur la santé
- puis le cannabis, causant prioritairement des dommages sociétaux

Les évaluations par la population française des dommages liés aux trois principales drogues illégales (cannabis, cocaïne, héroïne) sont plus élevées que celles des experts, alors que l'alcool est classé au même niveau que le cannabis pour les dommages individuels et même après la cocaïne et le cannabis dans l'évaluation des dommages sociaux, ce qui traduit une particulière méconnaissance par la population des dommages sociaux liés à l'alcool.

Pour être efficace, la politique de lutte contre les dommages des addictions ne doit plus se faire à partir des représentations de la réalité, mais être construite à partir de la réalité.

1. EVALUATION CONCORDANTE DES DOMMAGES SANITAIRES ET SOCIAUX PAR LES EXPERTS

• Les experts ont une évaluation concordante de la gravité des dommages liés à la consommation des différents produits psychoactifs. Afin d'aider à définir une politique des addictions dans les domaines sanitaires, sociaux et répressifs, plusieurs études ont été conduites par des experts en addictologie pour évaluer comparativement les dommages liés aux différents produits, en s'appuyant sur des données validées.
Les travaux de référence ont été conduits en 2007 et 2010 par l'équipe Britannique de D. Nutt puis complétés par l'équipe française de M. Reynaud et par l'équipe Néerlandaise de W. Van Den Brink [3, 32, 33, 43] Dans ces études, les experts devaient attribuer un score quantitatif évaluant le niveau de dommages à l'usager et à la société de chaque substance addictive. Les résultats concordants de ces études en ont renforcé l'intérêt, malgré quelques différences de design. L'alcool y est apparu

comme la substance responsable du plus haut niveau de dommages parmi celles étudiées, y compris l'héroïne.
La première publication ayant montré un décalage entre le statut légal des substances et leur niveau de dangerosité a provoqué une importante controverse dans le milieu scientifique et le grand public [32, 34]. Le point de vue de scientifiques soulignant la dangerosité de substances légales supérieures à d'autres substances illégales semblait heurter l'opinion générale des politiques et de la population [8, 41].
Cette polémique a amené D. Nutt à affiner encore sa méthodologie, en utilisant l'Analyse de décision multicritères (MCDA) (méthode utilisée par les décideurs qui ont à faire face à des décisions complexes, liées à des objectifs multiples et conflictuels ; par exemple, pour l'élimination des déchets nucléaires). Elle a permis une mesure globale des dommages associés à la consommation de 20 produits addictifs en demandant à un panel d'experts en addictologie de quantifier pour chaque produit 16 types de dommages différents couvrant l'ensemble des dommages à l'utilisateur et des dommages à la société.
Les résultats du travail des experts en « conférence de décisions » ont donné lieu à une nouvelle publication dans le Lancet en 2010, concluant, que l'alcool est le produit le plus à risque, suivi de l'héroïne, de la cocaïne, du tabac et du cannabis (Figures 1 et 2).
Toutes ces études menées avec des méthodologies proches, plus ou moins sophistiquées, aboutissent aux mêmes résultats : le coefficient de corrélation entre les deux évaluations est de 0,95 (entre étude anglaise et française) et 0,97 (entre étude anglaise et néerlandaise).
Pour résumer, les experts européens s'accordent sur les éléments suivants :
– l'alcool est le produit le plus dangereux entrainant des dommages sanitaires et sociaux majeurs ;
– puis viennent l'héroïne et la cocaïne ;
– ensuite le tabac, causant surtout des dommages sur la santé ;
– et enfin le cannabis, causant prioritairement des dommages sociétaux ;
L'alcool, produit qui procure le plus de plaisir et de bien-être, est simultanément le produit le plus dangereux, associant des dommages sanitaires et des dommages sociaux majeurs.

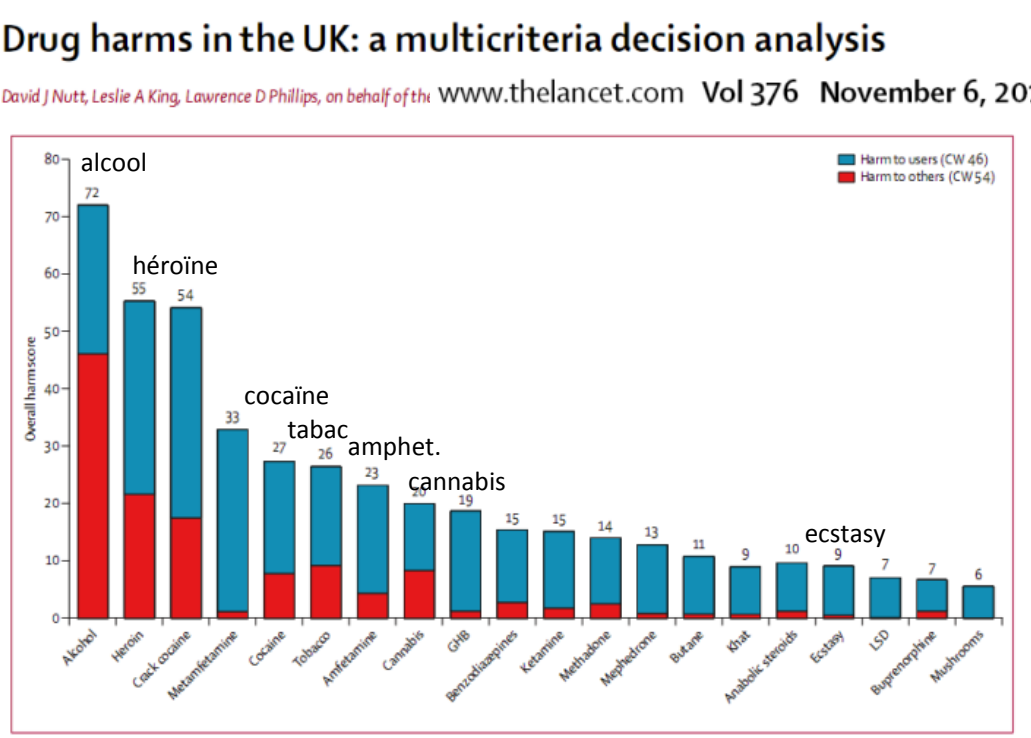
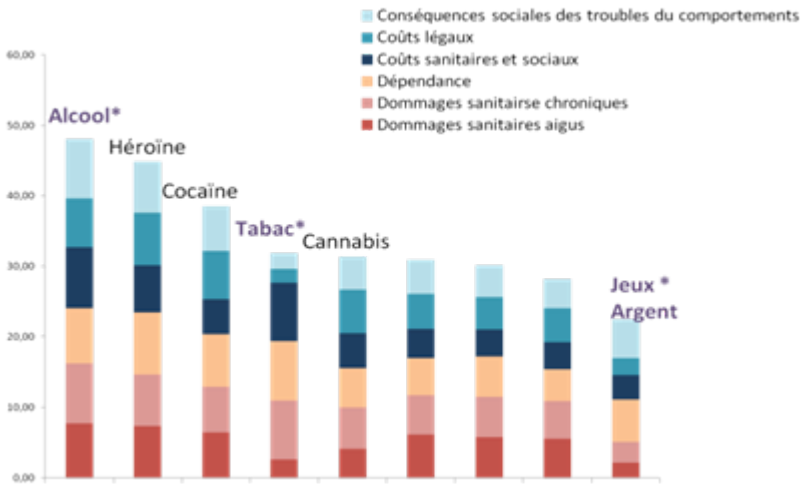


Figure 2: Drugs ordered by their overall harm scores, showing the separate contributions to the overall scores of harms to users and harm to others
The weights after normalisation (0–100) are shown in the key (cumulative in the sense of the sum of all the normalised weights for all the criteria to users, 46; and for all the criteria to others, 54). CW=cumulative weight. GHB=γ hydroxybutyric acid. LSD=lysergic acid diethylamide.

Figure 1



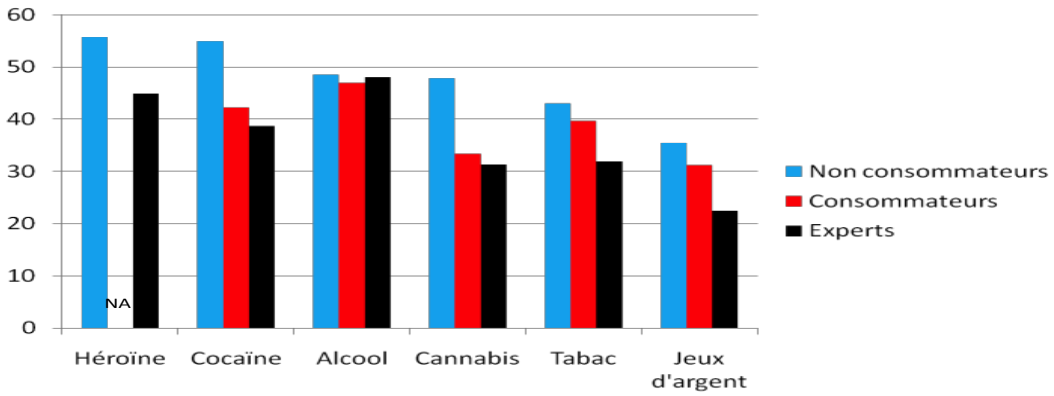
A damage/benefit evolution of product use – Bourgain 2012 – Addiction

Figure 2

Ces différentes études mettent ainsi en évidence une discordance frappante entre le statut légal des produits et la gravité des dommages induits par leur consommation.

2. REPRESENTATIONS DIFFERENTES DE LA DANGEROSITE DES PRODUITS DANS LA POPULATION GENERALE

Mais les représentations de la dangerosité des produits dans la population générale sont très différentes de l'évaluation par les experts. Nous avons prolongé notre première étude en reprenant la méthodologie développée pour interroger les experts en l'adaptant pour le grand public : en collaboration avec le département IPSOS Santé, nous avons réalisé une enquête auprès d'un échantillon représentatif de 1 016 personnes âgées de 16 à 24 ans en utilisant un autoquestionnaire en ligne portant sur 6 produits : l'alcool, le cannabis, le tabac, l'héroïne, la cocaïne et les jeux d'argent.
Les résultats sont particulièrement instructifs, illustrant la peur sociale des dommages liés aux substances psychoactives : les évaluations par la population française des dommages liés aux trois principales drogues illégales (cannabis, cocaïne, héroïne) sont plus élevées que celles des experts, alors que l'alcool est classé au même niveau que le cannabis pour les dommages individuels et même après la cocaïne et le cannabis dans l'évaluation des dommages sociaux, ce qui traduit une particulière méconnaissance par la population des dommages sociaux liés à l'alcool [2].
La discordance est majeure entre la dangerosité de produits, telle qu'évaluée par les experts scientifiques, et les perceptions de la dangerosité de ceux-ci, évaluées par la population générale (Figure 3).
Pour être efficace, la politique de lutte contre les dommages des addictions ne doit plus se faire à partir des représentations de la réalité, mais être construite à partir de la réalité.



Major discrepancies between the general population, users and experts – Reynaud 2013- J. of Psychopharmaco

Figure 3

3. BONNE CONNAISSANCE DE LA DANGEROSITE DES PRODUITS PAR LES CONSOMMATEURS

En revanche, les représentations de la dangerosité des produits chez les consommateurs sont quasi identiques à l'évaluation des experts. Nous avons aussi étudié l'impact sur ces perceptions des habitudes de consommation (consommateurs ou non consommateurs dans l'année écoulée) pour les 6 substances inclues dans l'enquête [2].
Les consommateurs et les experts s'accordent sur les dommages liés aux substances addictives. De façon très intéressante, les évaluations par les consommateurs des substances sont globalement beaucoup plus proches des évaluations par les experts. Les scores composites globaux, individuels (en particulier pour la dépendance) et sociaux pour le cannabis et la cocaïne ne sont pas significativement différents entre les consommateurs et les experts. (Le coefficient de corrélation entre les consommateurs et les experts est de 0,97)

4. QUELS ENSEIGNEMENTS TIRER DE CES REPRESENTATIONS ?

Pour être efficace, pour construire une politique pragmatique de réduction des dommages, une politique de santé doit tenir compte de la gravité des dommages et prioriser les consommations les plus dangereuses. Cependant, pour être pragmatique, l'acceptabilité de cette politique doit tenir compte des représentations des dommages.
Ces résultats mettent donc en évidence des divergences majeures sur la perception de la dangerosité des produits entre les experts et la population générale (alors que les consommateurs sont bien informés des dangers encourus)

Conséquences à tirer de la surestimation par le public des dommages des produits illicites et de la sous-estimation de ceux de l'alcool
Ceci doit amener à s'interroger sur les conséquences des campagnes d'information et du statut, légal ou illégal, des produits :

– d'une part, cette surestimation des dommages pour toutes les substances par la population générale, à l'exception de l'alcool laisse penser que les campagnes centrées sur les dommages uniquement ont atteint leurs limites ;
– d'autre part, la communication sur les dangers des drogues illicites focalise les inquiétudes de la population, amenant, de fait, à une minimisation relative des dommages du produit le plus dangereux, l'alcool, mais aussi du tabac, perçu comme moins dangereux que le cannabis.
Cette surestimation des dommages explique probablement le poids des substances illicites dans les politiques de santé et de sécurité publique, au regard des politiques menées par rapport à l'alcool [24].

Conséquences à tirer de la bonne connaissance, par les consommateurs, des dommages liés aux produits
Et pourtant, la connaissance des dangers n'empêche pas les consommations, puisque les consommateurs de drogues illicites semblent aussi informés que les experts.
Ceci devrait amener les pouvoirs publics à promouvoir une information comparative sur les dommages des différents produits, et tout particulièrement de l'alcool.

Nécessité de prendre en compte les bénéfices des consommations
Enfin, nos résultats mettent également en lumière une perception plus importante des bénéfices liés aux substances par les consommateurs :
– ceci doit amener à aborder autrement l'éducation des nouveaux utilisateurs. Les interventions qui ne se concentrent que sur les dommages en ne tenant pas compte des bénéfices perçus des substances ont peu de chance de convaincre un nouveau consommateur d'arrêter la consommation de substances addictives ;
– les nouvelles stratégies d'intervention précoce auprès des consommateurs problématiques des drogues anciennes doivent tenir compte de leur connaissance globalement bonne des dommages liés à la consommation de ces produits, et à la survalorisation, de la part de ces consommateurs, des bénéfices liés à ces consommations.

IV. CONNAITRE L'EVOLUTION DES CONCEPTS ET DES DÉFINITIONS

On sait qu'en médecine, comme en science ou même dans la vie quotidienne, le fait de définir et de nommer quelque chose lui permet d'exister. Aussi, sur le plan médical, la définition, la description et la nomination d'une pathologie permettent de la reconnaître, puis d'établir les moyens de la traiter.

C'est ce travail de dénomination qui permet de découper la clinique, puis de mieux la comprendre, d'où l'importance du travail effectué ces dernières années pour définir l'addiction, ainsi que les différents niveaux de gravité selon le DSM-V, (à l'époque du DSM-IV, il s'agissait de l'usage nocif et de la dépendance), les liens que ces entités entretiennent entre elles.

Le concept d'addiction a permis non seulement de mieux affiner la clinique des dépendances aux produits, mais également de s'intéresser aux états précoces de l'addiction (les usages à risque et l'usage nocif pour les substances). Il a permis aussi de mieux comprendre les addictions comportementales et donc d'éclairer des mécanismes fondamentaux de gestion du plaisir et des émotions et du contrôle des comportements

1. POURQUOI PARLER D'ADDICTIONS ?

Le concept de pratiques addictives

Les pratiques addictives [38] – pour être plus précis, il faudrait dire « les pratiques de consommation susceptibles d'induire une addiction » – incluent la totalité des conduites addictives, la totalité des comportements de consommation : cela signifie que la notion d'usage doit être incluse dans la réflexion ; c'est ce qui permet de se dégager du point de vue essentiellement médical qui centrait l'approche antérieure. L'utilisation d'un concept fédérateur était absolument indispensable pour dé-

passer la fragmentation qui était la règle jusqu'à la fin des années 90 – alcoolisme, tabagisme, toxicomanie – et la réduction à l'approche exclusive par les produits qui a eu des conséquences organisationnelles dommageables :

– construction des dispositifs spécialisés séparant alcoolisme et toxicomanie ;
– exclusion des dispositifs spécialisés alcool/toxicomanie du régime général ;
– centrage exclusif sur le comportement de dépendance.

Précisons les raisons qui mènent au concept de pratiques addictives. Celles-ci sont épistémologiques (s'appuyant sur la sociologie des consommations et sur l'histoire des réponses sanitaires aux maladies qui en sont la conséquence) et cliniques, prenant en compte les apports de l'épidémiologie, de la neurobiologie et de la psychopathologie.

Les acteurs du monde scientifique ou médical, n'utilisent plus les termes de « toxicomanie » et mot « drogue » (ou alors ils précisent « drogues licites » ou « drogues illicites »). Ces termes correspondent en effet à des représentations sociales, regroupant sous un même vocable l'usage de tous les produits illicites. Si ces notions avaient un sens dans les années 70 durant lesquelles « drogues », « toxicomanie » et « héroïne » se confondaient, elles sont actuellement contre-productives, ne permettant pas de prendre en compte les très importantes différences entre les produits illicites, tant en termes de dangerosité que de potentiel addictif, et en amenant à occulter ou à sous -évaluer la dangerosité des produits licites (en particulier celle de l'alcool qui est de loin le produit qui entraine le plus de dommages et de souffrances individuelles et sociales et celle du tabac qui entraine le plus de mortalité et de morbidité).

Le rassemblement sous le terme de pratiques addictives a permis un abord commun, plus objectif et comparatif, des troubles liés à l'abus et à la dépendance aux différentes substances psychoactives. L'intégration dans les pratiques addictives de celles liées au tabac, à l'alcool ou aux médicaments psychotropes permet de comparer, le plus objectivement possible, leurs effets, les pathologies induites, leurs conséquences et leurs coûts, à ceux des différentes toxicomanies « illicites ». Cela permet aussi de sortir du carcan rigide de la loi de 1970 qui globalise les différents produits illicites et assimile les différents types de consommateurs à des délinquants, ou à des malades.

Le concept de pratiques addictives permet également de sortir du piège des vocables commodes, mais stigmatisant : « alcoolisme », « toxicomanie ». Tout utilisateur d'alcool ou de stupéfiant, même chronique, ne présente pas un comportement addictif si l'on ne retrouve pas cette avidité, cette répétition et cette impossibilité à lutter contre la dépendance. Ce qui signe l'addiction, ce n'est pas le produit en lui-même mais l'utilisation qu'en fait le sujet. La sage distinction entre usage simple, usage à risques et addiction plus ou moins grave, (incluant les notions plus anciennes d'abus et dépendance) doit être maintenue. Le repérage de ces catégories nécessitant des actions très différentes est rendu impossible par l'emploi des termes globalisants d'alcoolisme ou de toxicomanie.

De l'usage à l'addiction

L'usage ne saurait être considéré comme pathologique, puisqu'il n'entraîne pas de dommage. Néanmoins, il faut savoir que certaines formes d'usages comportent des risques.

Usages à risque

Dans certaines circonstances ou situations, une consommation apparemment socialement réglée est susceptible d'entraîner des dommages. Il est important de préciser les caractéristiques de ces usages à risque qui font le lit de l'abus et de la dépendance.

On peut regrouper ces usages à risque en deux catégories :

– le risque situationnel (conduite d'automobiles, de motos, de scooters, de machines, et également la grossesse) ;
– le risque quantitatif ou consommation au-delà de certaines quantités (telles que définies, par exemple, par l'OMS pour l'alcool), c'est-à-dire la consommation régulièrement excessive de substances psychoactives.

Rapports entre les risques de l'usage et l'addiction

L'addiction se caractérise par la concrétisation des dommages liés à la prise de risques et la poursuite du comportement malgré l'existence des dommages. Sur le plan pratique, cela nous amènera à préciser, outre les nécessaires attitudes de prise en charge de l'addiction, les attitudes d'information à avoir vis-à-vis des consommateurs en ce qui concerne leur prise de risques. En effet, c'est sans aucun doute aux professionnels de santé qu'il appartiendra de plus en plus de faire le lien entre risque statistique pour la santé publique et risque individuel.

Cette notion d'addiction est désormais intégrée par les différentes nosographies internationales, en particulier dans le DSMV (référence pour la classification des maladies mentales – cf. annexe). Après avoir été catégorielle (usage, usage nocif et dépendance dans la classification précédente DSMIV) elle est désormais dimensionnelle : l'addiction est plus ou moins sévère et l'évolution est progressive entre les usages sociaux et l'entrée dans l'addiction proprement dite.

2. LES DEFINITIONS DU DSM-IV : « SUBSTANCE USE DISORDERS »

Le concept d'addiction s'est également précisé cliniquement : le DSM IV séparait deux catégories : l'abus (en 4 items) et la dépendance (en 7 items). L'intérêt de la notion d'abus fut de reconnaitre un état pathologique antérieur à la dépendance et la nécessité et la légitimité d'actions précoces.

Définition de l'abus/usage nocif

L'abus, défini par le DSM-IV (ou l'usage nocif de la CIM-10), de substances psychoactives posent un réel problème conceptuel et de positionnement : il est difficile de parler de maladies, alors que cet état est réversible, en grande partie sous l'effet de la volonté du consommateur, et qu'il ne se différencie que progressivement de la consommation d'usage. Toutefois, l'existence des complications somatiques ou psychiatriques et des dommages sociaux, familiaux ou juridiques induits justifie de parler de « troubles liés à la consommation de… » (en anglais : *substances use dis-orders*) et de proposer une véritable réponse sanitaire d'aide à la gestion de ces comportements nocifs.

L'intérêt majeur de cette définition a justement été de faire reconnaître qu'il y avait un problème, un « trouble », et de faire admettre que cette modalité de comportement de consommation (qui entraînait des dommages physiques, psychiques et sociaux, alors même que le sujet n'était pas encore dépendant) devait être considérée et traitée comme une entité pathologique. Il s'agit là d'un changement conceptuel majeur qui permet de faire basculer ces conduites de consommation nocives du champ de la prévention à celui de la pathologie et d'instaurer une légitimité médicale à traiter : l'acte médical s'appuie alors sur une nécessité de soins, et non plus sur de vagues considérations préventives, toujours plus ou moins suspectes d'a priori moraux. La reconnaissance par le corps médical de l'existence d'une consommation nocive a rendu plus difficile le déni, individuel et collectif, dans la mesure où il existe des données objectives et un consensus scientifique. L'enjeu était donc de taille.

Définition de la dépendance

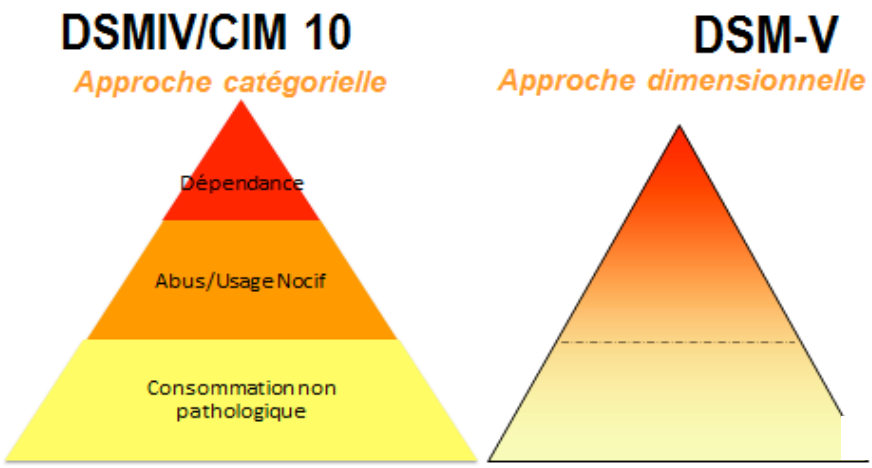
L'impossibilité de s'abstenir de consommer ». Il est habituel de distinguer :

– la dépendance psychique définie par le besoin de maintenir ou de retrouver les sensations de plaisir, de bien-être, la satisfaction, la stimulation que la substance apporte au consommateur, mais aussi d'éviter la sensation de malaise psychique qui survient lorsque le sujet n'a plus son produit (le sevrage « psychique »). Cette dépendance psychique a pour traduction principale le *craving* ou recherche compulsive de la substance, contre la raison et la volonté, expression d'un besoin majeur et incontrôlable que l'on pourrait traduire familièrement par « je crève d'envie »;

– la dépendance physique définie par un besoin irrépressible, obligeant le sujet à la consommation de la substance pour éviter le syndrome de manque lié à la privation du produit. Elle se caractérise par l'existence d'un syndrome de sevrage (apparition de symptômes physiques en cas de manque) et l'apparition d'une tolérance (consommation quotidienne nettement augmentée). Cette dépendance physique n'est pas obligatoire pour porter le diagnostic.

3. LES DEFINITIONS DU DSM-V

Le DSM V a apporté une approche dimensionnelle (le sujet présente une addiction plus ou moins grave, selon le nombre de symptômes présentés dans une liste de 11 items regroupant l'abus et la dépendance).
Cette évolution du concept d'addiction a des conséquences sur les prises en charge addictologiques
Cette nouvelle approche, dimensionnelle, permet de justifier l'utilité d'interventions et de programmes de soins gradués, allant de la simple intervention brève à la prise en charge globale médicopsychosociale. Elle justifie également les stratégies thérapeutiques allant de la simple réduction de consommation à l'abstinence. Mais il y a une constante qui persiste dans la compréhension des addictions : la nécessité d'une approche biopsychosociale.



Les schémas ci-dessus illustrent le passage d'une classification en catégories d'usage (abus DSM IV/usage nocif CIMX et dépendance/DSM IV et CIMX) à une classification par gravité progressive correspondant à une addiction allant de modérée à sévère.

Trouble de l'usage de substance - Addiction

Critères diagnostiques			DSM-IV		DSM V
			Abus (présence d'au moins 1 critère)	**Dépendance** (présence d'au moins 3 critère)	**Troubles de l'usage** (présence : - 2/3 critères : trouble léger; - 4/5 crtières : trouble modéré; -6 critères ou plus : trouble sévère)
1	Consommation prolongée plus importante que prévu			X	X
2	Désir persistant et efforts infructeux pour réduire ou arrêter la consommation			X	X
3	Temps considérable consacré à chercher la substance, à la consommer, à en boire ou à se remettre de ses effets			X	X
4	Craving ou un fort désir de consommation	NOUVEAU			X
5	Problèmes sociaux/interpersonnels liés à la consommation		X		X
6	Consommation malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de l'alcool		X		X
7	Nombreuses activités, familiales, sociales, professionnelles ou de loisir, abandonnées ou réduites à cause de la consommation			X	X
8	Consommation dans des situations à risques (conduite de voitire ou manipulation de machines)		X		X
9	Consommation de l'alcool poursuivie malgré la connaissance des problèmes physiques ou physiologiques persistants et récurrents, dus à			X	X
10	Tolérance, définie par l'un des symtômes suivants : a. besoin d'une quantité notablement plus forte pour atteindre l'intoxication (ivresse) ou l'effet désiré b. un effet notablement diminué pour une quantité inchangée			X	X
11	Syndrome de sevrage			X	X
-	*Problèmes légaux liés à la consommation*		X		-

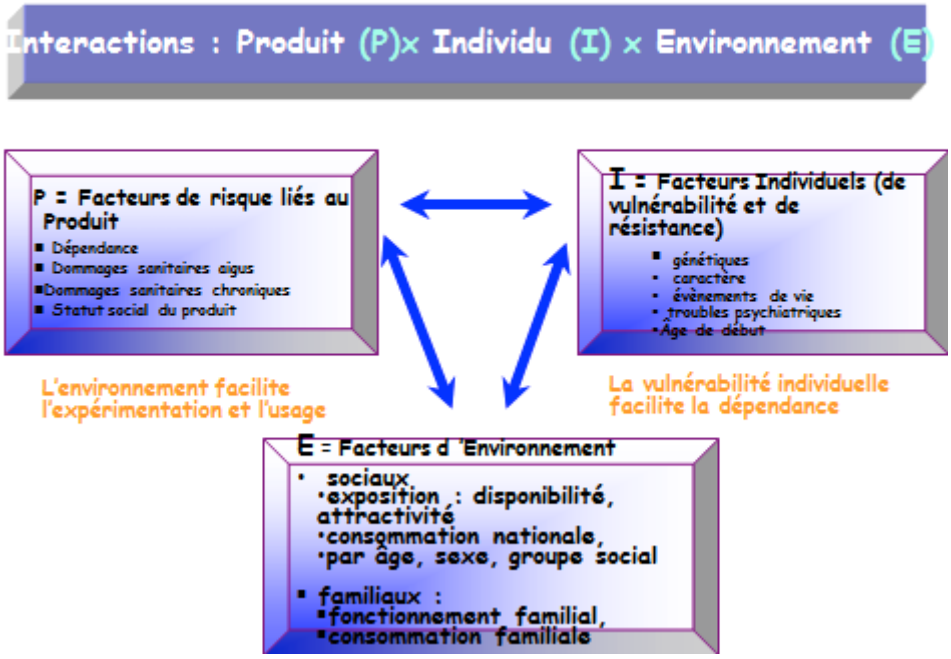
Léger : 2/3 **Modéré : 4/5** **Sévère : 6 et plus**

Troubles de l'usage de substances/addictions

V. SAVOIR QUE L'ADDICTION EST LA RÉSULTANTE DE L'INTERACTION ENTRE PLUSIEURS FACTEURS ET QU'IL FAUT AGIR SUR TOUS LES FACTEURS [69-84]

Il s'agit :
– **des facteurs de risque liés aux produits (P) ;**
– **des facteurs individuels de vulnérabilité (I) ;**
– **des facteurs de risque environnementaux (E).**
que l'on peut résumer avec la **formule Addiction = P.I.E.**

La multiplicité des facteurs en jeu dans l'installation et la gravité d'une addiction expliquent donc la multiplicité des actions à mener et la complexité des stratégies pour réduire les différents dommages.

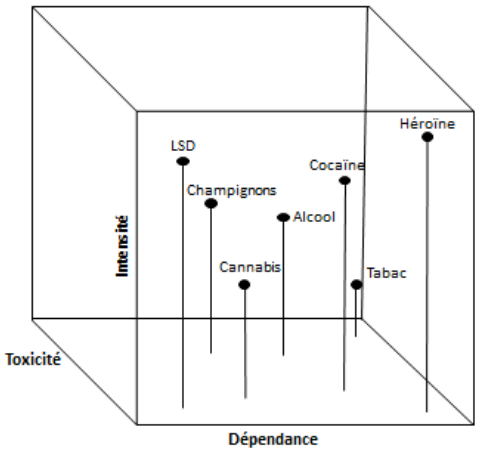


L'installation d'une addiction dépend, outre les facteurs propres liés au produit, des facteurs de risques individuels et environnementaux. La bonne connaissance de ces facteurs de risque individuels ou d'environnement est absolument capitale. Elle permet des actions de prévention ciblées sur ces individus ou ces contextes de vulnérabilité, grâce à la mise en place d'un soutien psychosocial adapté et précoce.

Le repérage de ces éléments individuels ou environnementaux constitue également *un élément diagnostique et pronostique de toute première importance*. L'existence de ces facteurs, lorsqu'elle est conjointe à la consommation de produits psychotropes, laisse fortement présager l'installation d'un usage nocif, puis d'une dépendance. En effet, ces facteurs sont à la fois *facteurs de risque d'usage nocif*, mais également *indicateurs de gravité lorsque la consommation nocive est installée* : les travaux cliniques et épidémiologiques les retrouvent, aussi bien comme facteurs de risque des addictions, que comme indicateurs de gravité de ces conduites.

1. LES FACTEURS DE RISQUES LIES AU PRODUIT

En ce qui concerne les risques liés au produit nous proposons le schéma simple et didactique proposé par Alain Morel [69bis] , qui classe dans un cube les différentes substances, selon leur potentiel toxique, leur potentiel de modification psychique et leur potentiel addictif.



Le cube de la dangerosité pharmacologique des drogues

« Le profil pharmacologique de dangerosité, commun à toutes les substances psychoactives, permet d'en caractériser les effets potentiellement défavorables à la santé selon trois axes :

- **le potentiel toxique**, c'est-à-dire la capacité à provoquer des atteintes physiologiques ;
- **le potentiel de modification psychique**, c'est-à-dire la faculté de perturber les perceptions, les cognitions, l'humeur, la motivation, etc. ;
- **le potentiel addictif**, c'est-à-dire la capacité à créer une dépendance qui dépend de l'impact de la substance sur le système intracérébral de récompense.

Cette représentation dans un cube en trois axes permet d'y placer chaque substance en fonction de ses niveaux de dangerosité propre. Par exemple, le tabac et l'héroïne sont à des niveaux très élevés sur l'axe du potentiel addictif, mais l'héroïne est très haut sur l'échelle de l'action psychomodificatrice et très bas sur le potentiel de toxicité somatique alors que le tabac est en position inverse, car peu psychomodificateur, mais fortement somatotoxique.

De ces trois axes de dangerosité pharmacologique découlent trois types de complications :

- les complications somatiques ;
- les complications psychopathologiques ;
- la dépendance. »

2. FACTEURS INDIVIDUELS DE VULNERABILITE

Génétique

L'héritabilité génétique concernant chacune des dépendances aux substances témoigne d'un poids modéré des facteurs génétiques. Les gènes expliqueraient de 40 à 80% de la variance interindividuelle des addictions aux différentes substances. La part génétique est plus importante dans les formes d'addiction plus intenses, à dépendance plus marquée ou plus persistantes.

Ces résultats sont à l'origine d'une modélisation du processus de l'addiction comme relevant d'une étiologie commune, mais d'expressions phénotypiques multiples. Les facteurs génétiques hérités interviendraient alors aux côtés de l'environnement précoce dans un terrain de vulnérabilité aux addictions en général. L'exposition à l'objet, sa rencontre, les conséquences de son usage (interaction entre cet effet et le terrain) seraient alors en cause dans un syndrome prémorbide. Ce dernier pourrait mener, à la faveur de la répétition de cet usage, à un syndrome morbide. La dépendance peut alors recouvrir une expression variable. Cette variabilité concerne la nature de l'objet addictogène (drogues, alcool, tabac, jeu), les caractéristiques cliniques de dépendance (physiologique, psychologique), les conduites associées (impulsivité, conduites délictueuses) et les conséquences somatiques

et psychosociales.

Il reste toutefois impossible de désigner un gène qui confèrerait une susceptibilité aux addictions en général. Les facteurs génétiques interviennent en modifiant des niveaux de vulnérabilité et de protection, dans le cadre d'un spectre phénotypique large. La place importante du patrimoine hérité biologiquement s'exprime en interaction avec l'environnement dans des conduites hétérogènes (G x E) et explique une part de l'héritage familial du risque.

L'âge de début

La *précocité* traduit à la fois la vulnérabilité génétique et familiale, une fréquente incitation environnementale et entraîne des conséquences délétères décrites sur un cerveau en développement, en particulier dans son système dopaminergique, traduction de la maturation des capacités de gestion du plaisir et de la souffrance, de l'impulsivité et des stratégies de contrôle supérieur [33, 24].

Plus une consommation de substances psychoactives démarre tôt dans la vie, plus le risque d'apparition d'abus et/ou d'installation d'une dépendance est élevé. Cette règle est applicable à toutes les substances (tabac, alcool, médicaments psychotropes, substances illicites), surtout, bien entendu, si l'usage se répète. En effet, d'une part, plus le nombre de consommations est élevé, plus le temps d'exposition aux effets du produit est grand au cours de la vie, et plus le risque de survenue de complications augmente. D'autre part, les comportements qui s'inscrivent durant la préadolescence ou l'adolescence se constituent plus facilement en modes de vie et en habitudes difficiles à modifier par la suite, d'autant qu'un organisme jeune est sur certains plans beaucoup plus sensible à certains effets (et plus résistant à d'autres, ce qui n'est pas forcément une protection).

L'effet psychotrope est d'une façon générale plus nocif chez des sujets en développement, dans la mesure où il intervient sur un système neurobiologique plus fragile et provoque des distorsions dans le rapport du sujet avec son environnement et son entourage. Il serait donc recommandé de réduire autant que possible l'usage des substances à fort effet psychodysleptique avant l'âge adulte (la majorité) et d'être particulièrement attentifs lorsque l'usage intervient avant 16 ans.

Caractère

Il semble qu'en relation avec les facteurs de personnalité, le tempérament puisse intervenir comme un ensemble d'attitudes, de conduites et de comportements stables dans le temps, dont certains se sont révélés particulièrement prédictifs de la survenue d'un trouble lié à l'utilisation d'alcool et de drogues à l'adolescence. [25, 26, 42]. La clinique et l'épidémiologie [17] ont permis de mettre en évidence des caractéristiques de personnalité qui prédisposent aux addictions comportementales ou aux produits. On peut les regrouper en deux grands groupes :

– les traits qui traduisent une particulière sensibilité aux effets « plaisirs », renforçants des produits ou des comportements : la recherche de sensations, le faible évitement du danger, la recherche de nouveauté ;
  – un niveau élevé de recherche de sensations ;
  – un niveau élevé de recherche de nouveautés ;
  – un faible évitement du danger ;
  – un niveau élevé d'activités comportementales associées à de faibles capacités attentionnelles ;

– les traits qui traduisent une particulière sensibilité aux effets « apaisants » des produits ou des comportements permettant d'éviter ou de limiter la souffrance : la faible estime de soi, les réactions émotionnelles excessives, les difficultés dans la gestion des relations.

  – un niveau élevé de réactivité émotionnelle ;
  – un retour lent à l'équilibre après un stress ;
  – la faible estime de soi ;
  – l'autodépréciation ;
  – la timidité ;
  – les réactions émotionnelles excessives ;
  – la difficulté à faire face aux événements et à établir des relations stables et satisfaisantes ;

– les difficultés à résoudre les problèmes interpersonnels.

Cette sensibilité particulière est liée à des caractéristiques génétiques spécifiques, à un environnement précoce déstabilisant et angoissant ou/et à l'interaction entre des gènes de vulnérabilité et un environnement facilitant l'expression de ces gènes. On voit se dessiner les deux modes d'entrée préférentiels dans les addictions : celui de la recherche de sensations et celui de l'évitement de la souffrance et de la mise à distance d'émotions trop pénibles ou angoissantes.

Troubles de la personnalité

On en rapprochera les éléments psychopathologiques sous-jacents liés à un trouble de la personnalité (antisociale, limite, abandonnique) faciliteront l'accès aux conduites déviantes et à l'abus nocif de substances psychoactives.

À ce titre, Johnston [19] a montré que 40 p. 100 d'une population d'adolescents consommateurs abusifs d'alcool ou de drogues avaient comme motivation principale de leur consommation une diminution de l'inquiétude et de la tension psychique. Cela se rapproche du mode de consommation autothérapeutique.

Les modalités d'attachement insécures

On retrouve chez les sujets addicts des troubles de l'attachement : les 2/3 d'entre eux ont un attachement insécure (anxieux-évitant, anxieux-ambivalent ou désorganisé). Ces perturbations de l'attachement, traduisant la difficulté à vivre leurs relations de façon apaisée, sont deux fois plus fréquentes que chez les sujets non addicts (qui ont majoritairement un attachement sécure : seuls 1/3 ont un attachement insécure). Il y a évidemment des liens très forts entre les troubles du caractère (ou de la personnalité) et les troubles de l'attachement, en rapport avec des relations précoces perturbées et angoissantes, voire traumatisantes [17]

Comorbidité psychiatrique

L'association de troubles psychopathologiques aux conduites addictives, notamment chez les enfants et les adolescents qui présentent un abus à l'alcool et aux drogues, est soulignée par de nombreuses études. Néanmoins, les liens qui les unissent restent complexes (facteurs favorisants, conséquences, simples co-occurrences) [5, 21, 46]. Cette association sera largement détaillée à plusieurs reprises dans la suite de ce traité. Nous nous limiterons donc ici à en tracer les grandes lignes.

L'apparition de ces troubles est d'autant plus importante qu'elle peut renforcer le passage d'une consommation festive à un mode de consommation autothérapeutique ou toxicomaniaque.

La survenue précoce de ces troubles psychiques peut, selon les études, multiplier par deux le risque de développer une addiction. Dans les deux tiers des cas environ, ces troubles précèdent l'apparition de l'abus de substances.

Consommation autothérapeutique

La consommation autothérapeutique condense les facteurs de vulnérabilité psychologique (personnalité et tempérament) et psychiatrique (anxiété et difficulté de gestion des émotions post-traumatiques) et l'entrée dans l'addiction par la voie de l'évitement de la souffrance.

L'effet anxiolytique ou antidépresseur recherché est en lien avec des facteurs individuels psychopathologiques. La consommation vise à apaiser un état d'angoisse sous-jacent, à réfréner des phobies sociales, à calmer un vécu dépressif, à réduire la sensation de malaise : pour se sentir « cool », pour se « déstresser ». Ce que l'on retrouve, est-il besoin de le rappeler, dans d'autres couches de population que les jeunes marginaux. La consommation devient régulière et souvent solitaire.

Cette modalité de consommation amène à insister sur l'indicateur de risques que représente l'*usage solitaire* en dehors des situations ou l'usage est ritualisé, et plus ou moins sous le contrôle d'autrui. Cet usage solitaire inquiétant peut là encore se retrouver avec l'alcool, le cannabis, les tranquillisants…

Recherche d'ivresse, conduites d'excès

La recherche d'ivresse, les conduites d'excès condensent la vulnérabilité génétique, les traits de caractère sociopathiques et l'entrée dans l'addiction par la voie de la recherche de sensation (traduisant la dysrégulation du circuit de plaisir et de récompense).

L'excès se définit à la fois sur le plan quantitatif et qualitatif, il recouvre donc à la fois l'usage à risques, l'usage nocif et la dépendance : la consommation fréquente et/ou en quantités élevées, et l'usage en dehors des conditions « normales » (régulées) de consommation. L'effet recherché est celui d'une anesthésie, d'une « défonce », d'un anéantissement. Les ivresses sont massives et fréquentes [10, 30].

Cette modalité de consommation repose, encore et toujours, la *question du statut de l'ivresse*. Cela nous amène à différencier la recherche d'euphorie, festive et conviviale de la conduite d'excès, de la recherche d'ivresse massive, d'abrutissement, d'anéantissement que nous sommes amenés à considérer médicalement comme une modalité de consommation à risques ou inquiétante. Cette analyse concerne évidemment aussi bien l'ivresse alcoolique, que l'ivresse cannabique ou la « défonce » à la cocaïne ou aux médicaments psychotropes, par exemple.

Polyconsommation

La polyconsommation traduit, en général, la vulnérabilité génétique et la recherche de sensation. Les polyconsommations et les associations de produits sont un facteur d'aggravation du risque d'intoxication pour toutes les substances psychoactives, mais pour certaines plus que d'autres. Cela s'observe à double titre : d'une part, sur le plan pharmacobiologique, il existe des interactions particulièrement dangereuses ; d'autre part, sur le plan psychosocial, il existe des synergies qui renforcent le risque d'ancrer certaines conduites sociales et de surdéterminer un centrage de l'existence sur l'usage de substances.

Retentissement des événements de vie sur le fonctionnement psychique

Les événements de vie font le lien entre des facteurs liés à l'environnement et une vulnérabilité du fonctionnement psychique. Il est intéressant de relier les notions cliniques et épidémiologiques qui affirment le rôle des événements traumatisants dans la vulnérabilité addictive (ce qui est également clairement montré chez l'animal) et les notions neurobiologiques qui insistent sur la dysrégulation de l'axe corticotrope dans les pathologies addictives. Enfin, il convient de rappeler que les événements traumatisants familiaux, psychiques, sexuels, physiques, notamment répétés, participent à l'organisation des personnalités limites [12, 1] et que les perturbations des relations précoces induisent les différents types d'attachement insécures.

3. FACTEURS LIES A L'ENVIRONNEMENT

Les facteurs socioculturels interviennent dans les régulations des consommations et l'exposition au produit (facteur E). Ces facteurs influent sur les attentes des individus envers les produits, les modes de consommation, l'expression des conduites addictives, leur pérennisation et les réactions sociales vis-à-vis de ces conduites. On sait, par ailleurs, que plus les facteurs d'exposition sont élevés (ce qui est, par exemple, le cas de l'alcool en France), moins il est nécessaire d'avoir une forte vulnérabilité (ce qui explique, par exemple, les « alcoolismes d'entraînement »). À l'inverse, lorsque l'exposition est faible (pour l'héroïne, par exemple), on retrouvera d'importants facteurs de vulnérabilité. Toutefois, certaines microcultures présentent une exposition plus importante à l'héroïne. De même, lorsque les risques liés aux produits sont importants, les paramètres sociaux et personnels passent au second plan.

La dimension culturelle des usages de substances psychoactives est donc capitale à prendre en compte à la fois pour en saisir le sens et pour en comprendre une bonne part des mécanismes.

Il existe plusieurs types de facteurs environnementaux.

Facteurs culturels et sociaux

Entendons l'exposition à un produit dans une société ou une microsociété donnée. Ce facteur d'exposition peut s'évaluer à partir des quantités consommées d'un produit donné dans une société donnée, par exemple en France. Ces données peuvent être affinées par âge, sexe, groupe social, etc. [10, 42].

Société addictogène

Nous vivons dans une société addictogène, qui pousse à la consommation, du « tout tout de suite » et à la recherche du plaisir immédiat. A l'inverse, elle ne favorise pas l'établissement de liens de longue durée, l'investissement dans les actions de groupe puisqu'elle privilégie l'individuel sur le collectif.

Facteurs familiaux

Ils concernent la consommation du produit (habitudes de consommation ou non-consommation, acceptation ou rejet, interdits religieux…) et le fonctionnement familial : conflits, événements vitaux, etc. [4].

Rôle des pairs

Dans ces éléments liés à l'environnement, nous inclurons également le rôle des pairs (des copains). Il est incontestable que le groupe des pairs, soit par l'usage au sein du groupe, soit par la grande tolérance du groupe aux substances, joue un rôle majeur dans l'initiation à la consommation d'alcool et de drogue à l'adolescence, complétée, par la suite, par un rôle renforçateur dans le choix du groupe de pairs dans lequel circulent des substances.

Certains auteurs soulignent l'absence de supervision parentale comme directement responsable de la consommation de substances à travers son impact sur la composition du groupe de pairs, groupe dont l'influence s'exercerait selon un double processus, d'une part, de modelage et, d'autre part, de coercition, où le refus de consommer provoque la désapprobation et le rejet.

Si la pression des pairs est un facteur d'abus de substances, il est aussi un possible facteur d'abstinence. Il y aurait une relation directe entre une pression croisée des pairs et un usage de drogue, ce qui ferait que plus l'acceptation de drogue est basse, moins fréquent serait son usage ; plus le risque perçu est important, plus l'usage de drogue est bas.

En revanche, les adolescents qui prennent des substances sous l'influence de la pression du groupe de pairs, en l'absence de dysfonctionnement psychopathologique, se révèlent plus capables de stopper l'usage de drogue.

On peut donc penser que l'image ou la représentation qu'ont les jeunes sur l'usage de drogue, plus que l'usage actuel des pairs, a une influence importante sur la consommation de produits, comme on peut le voir pour le tabac ou le cannabis. Cette réflexion permet d'éviter de faire du concept de « pression du groupe de pairs » le seul responsable ou l'événement étiologique dans l'usage nocif de substances psycho-actives à l'adolescence, et de moduler l'impact sur les consommations des représentations des individus (et de leur entourage) qui ont beaucoup changé depuis vingt ans, notamment pour le cannabis [15].

4. LE POIDS DE CES DIFFERENTS FACTEURS

Selon les auteurs, selon leur point de vue et leurs méthodologies expérimentales, l'accent est mis plutôt sur l'un ou l'autre de ces facteurs. Selon les auteurs un rôle majeur est ainsi accordé facteurs génétiques [17], aux facteurs environnementaux [1] aux facteurs développementaux [11] ou aux interactions gènes × environnement [6].

VI. CONNAITRE LES MECANISMES NEUROBIOLOGIQUES DE L'ADDICTION AIDE A COMPRENDRE LES STRATEGIES DE REDUCTION DES DOMMAGES

Rappelons que la revue *Science*, la plus prestigieuse des revues scientifiques, titrait déjà en 1997 « *Addiction is brain disease* » : en d'autres termes, l'addiction est une maladie du cerveau. Position un peu extrême, voire provocatrice pour qui connaît la complexité des interactions entre le produit, le sujet et l'environnement. Nous y reviendrons. Mais elle a l'avantage considérable de mettre à distance les représentations morales qui viennent en permanence interférer lorsqu'on réfléchit sur ces questions. Cette notion, qui a été maintes fois reprise depuis dans de nombreux éditoriaux de revues médicales, offre l'énorme avantage d'insister sur le fait que lorsqu'on est « addict », le cerveau ne fonctionne pas selon la norme.

Les caractéristiques du fonctionnement du sujet addict sont désormais bien décrites. La neuropsychologie, la neurobiologie et l'imagerie permettent d'objectiver le fait que le cerveau addict ne fonctionne pas selon la norme. Il ne s'agit pas là simplement d'une question de volonté, mais bien d'une altération des mécanismes cérébraux qui explique la difficulté que les personnes concernées ont à contrôler leurs comportements de consommation, ainsi que les difficultés que nous avons à les traiter : leurs mécanismes de régulations intimes, neurobiologiques sont clairement réorganisés de façon pathologique, et les mécanismes altérés sont des mécanismes vitaux primordiaux : ceux de la gestion du plaisir et de la souffrance, et ceux de la gestion des émotions.
En effet, les altérations neurobiologiques, qui sous-tendent les comportements addictifs, *empruntent le circuit du plaisir et de gestion des émotions*. Elles se situent principalement sur le *système dopaminergique mésocorticolimbique et sur le circuit des apprentissages, des habitudes.*

1. DE L'USAGE A L'ADDICTION

L'addiction a les caractéristiques d'une pathologie chronique, d'installation progressive, avec une évolution émaillée de rechutes, et dont la survenue est déterminée par des facteurs de vulnérabilité.
Dans le processus addictif, les modifications progressives du comportement de consommation s'inscrivent dans une temporalité : une initialisation à travers l'impact hédonique positif (récompense, "liking"), puis la poursuite des comportements via les automatismes (apprentissage, conditionnement, "learning") et les conséquences émotionnelles négatives plus que par la recherche vaine de l'effet initial (saillance incitative, "wanting") puis enfin la perte de contrôle de la consommation.
La consommation vise à compenser, d'emblée ou dans un second temps, un défaut d'adaptation à l'environnement, souvent dans la relation à l'autre, pouvant constituer une réponse à un trouble de l'attachement. En effet, en se répétant, le trouble comportemental s'automatise, devenant envahissant au détriment des autres activités, avec une perte de flexibilité cognitive qui limite les capacités à changer de répertoire comportemental, d'autant plus qu'il s'y associe une appréciation altérée de la gravité du trouble en raison des difficultés d'introspection, constituant ainsi une pathologie de l'apprentissage, de l'adaptation et de la motivation.

On peut donc considérer schématiquement, avec P-V. Piazza [36], que ce processus se déroule en trois étapes :

La première étape est une phase non pathologique de prise de drogue où l'individu fait un *usage récréatif et sporadique* de la drogue. Cette phase correspond au moment où la prise de produit est, pour l'individu, une activité récréative parmi d'autres. La consommation n'occupe qu'une faible part de son répertoire comportemental. Ceci peut être considéré comme un comportement « normal » qui existe dans une large proportion de la population humaine, et ce qu'ils s'agissent des drogues légales ou illégales.

La seconde étape, *l'usage intensif, soutenu et en augmentation* commence par une augmentation de la fréquence, de la quantité de drogue consommée, ainsi que de la motivation pour cette dernière. La prise de drogue s'intensifie et devient soutenue. De plus, des problèmes liés à l'usage apparaissent

mais ne sont pas suffisamment importants pour toujours susciter des tentatives d'abstinence. Cette seconde étape est la première phase pathologique modérée, au cours de laquelle l'individu consomme trop de drogue, mais son comportement reste organisé et il est généralement bien intégré dans la société. On peut considérer que cette étape correspond à ce qu'était l'abus/usage nocif dans la CIM 10 et le DSM IV devenu une *addiction légère ou modérée* dans le DSM V (cf. page 10).

Tous les patients ayant un usage intensif n'évolueront pas vers la dépendance comme viennent le confirmer diverses études de suivi. Pour les patients qui deviendront dépendants, il convient de s'interroger sur les conditions de l'installation de cette dépendance : il existe, pour les sujets qui deviendront dépendants une installation progressive et de plus en plus impérieuse de la dépendance psychique, du craving. Il y a donc bien une zone de transition (ou de passage progressif) et donc d'imprécision entre usage nocif et dépendance.

Il paraît alors plus heuristique d'essayer de mettre en évidence, parmi les sujets ayant un usage nocif, ceux qui sont à fort risque d'une évolution vers un usage avec dépendance [27, 31].

Ce risque, pour les sujets présentant cet usage excessif et répété, d'avoir cette évolution défavorable n'est pas identique. Plusieurs facteurs de risque d'installation d'une dépendance ont pu être identifiés et déjà décrits précédemment.

De façon schématique, on pourrait ainsi considérer qu'il existe, à cette phase, deux grands sous-groupes de patients :

– un premier sous-groupe dans lequel on retrouve tout ou partie des facteurs de risque d'évolution vers la dépendance; dans ce sous-groupe, la consommation intensive et répétée correspond à une phase préliminaire, souvent courte, de la dépendance qui en constitue l'évolution logique ;

– un second sous-groupe dans lequel les facteurs de vulnérabilité à la dépendance sont peu nombreux ; mais, à l'inverse, les facteurs d'environnement, d'entraînement sont présents. Dans ce sous-groupe, le retour à une consommation contrôlée est beaucoup plus fréquent, notamment lorsque la pression à la consommation décroît (avancée en âge, installation en couple…) ou qu'une démarche de soin est entreprise (une plus grande efficience des interventions brèves dans ce sous-groupe est vraisemblable).

La troisième et dernière étape de ce processus amène au début de l'état pathologique le plus grave. Dans ce cas, l'individu perd largement le contrôle de sa consommation de drogue et devient *dépendant* (ou présentant pleinement *une addiction sévère* pour le DSM V). Lors de cette phase, la prise de produit devient l'activité principale de l'individu, envahissant la quasi-totalité de l'espace normalement occupé par d'autres composantes de son répertoire comportemental. La dégradation de sa vie sociale devient alors inévitable et les rechutes, même après une période d'abstinence prolongée, deviennent malheureusement la règle.

La consommation répétée entraine des modifications cérébrales fonctionnelles et structurelles de plusieurs neurocircuits, dont ceux de la récompense mais surtout ceux impliqués dans la gestion des émotions, de l'humeur, de la motivation et des apprentissages pouvant affecter les habitudes comportementales et les capacités d'adaptation. Petit à petit, ces modifications changent les propriétés motivationnelles des produits : s'ils ont été pris initialement par plaisir, ils le sont ensuite essentiellement par besoin, avec d'importantes routines comportementales liées à des conditionnements, des automatisations et une perte de flexibilité cognitive.

Le nouveau répertoire comportemental est alors dominé par une perte progressive du contrôle, les consommations devenant fréquentes avec une incapacité à les limiter. Il s'y associe des pensées obsédantes vis à vis du produit, une recherche et une consommation compulsive avec un besoin impérieux (craving) de reproduire la sensation plaisante initiale mais surtout d'apaiser un mal être, la nécessité d'augmenter les doses pour retrouver l'effet initial, et la poursuite de cette consommation quelles que soient les conséquences sous peine d'une souffrance psychique voire physique. Ces modifications persistent même après un arrêt de longue durée, elles sont à l'origine des rechutes fréquentes et impliquent des processus relevant de perturbations de la mémoire.

L'addiction apparait lorsque la sensation remplace l'émotion, la relation et la symbolisation.

L'addiction apparait lorsque le besoin l'emporte sur le désir et la demande.
L'addiction apparait lorsqu'un objet envahit très majoritairement le champ des plaisirs possibles et devient la stratégie prioritaire et impérieuse pour obtenir du plaisir ou apaiser une tension.
L'addiction apparait lorsque la passion l'emporte sur la raison.

2. FONCTIONNEMENT NEUROPSYCHOLOGIQUE DU CERVEAU D'UN SUJET ADDICT

« L'odeur du café le matin, la vue d'un homard bien rouge dans un plat, le contact des lèvres des amants avant un baiser, tous ces éléments sensoriels informent notre système nerveux central qu'une récompense est proche. En apprenant à faire des associations entre des événements sensoriels et des récompenses, notre système nerveux acquiert la capacité d'anticiper et de préparer les expériences de récompense. Ces apprentissages concernent des objets neutres qui acquièrent une signification affective parce qu'ils sont associés à des récompenses…

« Malheureusement, chez l'homme, l'apprentissage basé sur la récompense peut conduire à des comportements inadaptés, par exemple celui du joueur qui est comme aimanté par les bruits et les lumières du casino, ou celui du toxicomane qui ressent une attirance irrésistible pour la drogue à la simple vue d'une seringue. »

Les différents mécanismes neurobiologiques qui mènent à l'addiction [45]

Pour expliquer cette installation progressive de l'addiction, quatre grands mécanismes complémentaires, qui se déroulent et se renforcent parallèlement, sont nécessaires :

1. *la sensibilisation motivationnelle : la saillance de la récompense (augmentation progressive de la motivation à consommer)*
2. *l'apprentissage des habitudes (comportement automatique non lié à un effet recherché mais qui passe en mode stimulus-réponse)*
3. *l'allostasie hédonique (état émotionnel négatif lié à un déficit d'activation du circuit de la récompense : augmentation du seuil)*
4. *le déficit de contrôle inhibiteur (atteinte des fonctions exécutives) : perte du contrôle intellectuel « raisonnable », effectué par le Cortex Pré-Frontal*

Auxquels, il faut rajouter :

5. *le dérèglement interoceptif (l'insula) : mise en route « automatique » du besoin de consommer : le « craving »*
6. *l'hyperéactivité de l'évitement et de l'angoisse (l'habenula)*

Ces quatre grands mécanismes complémentaires s'appuient sur quatre circuits qui interagissent et sont interconnectés :

- le circuit de la récompense (*reward*) ;
- le circuit de la motivation : la saillance ;
- les voies de la mémoire et des habitudes conditionnelles ;
- le contrôle cortical, intellectuel et exécutif ;

Auxquels viennent surajouter, au fur et à mesure que la dépendance s'installe :

- la perception des états internes analysant le besoin et qui va jusqu'au craving (insula) ;
- le circuit de l'évitement et de l'angoisse (l'habenula et l'amygdala)

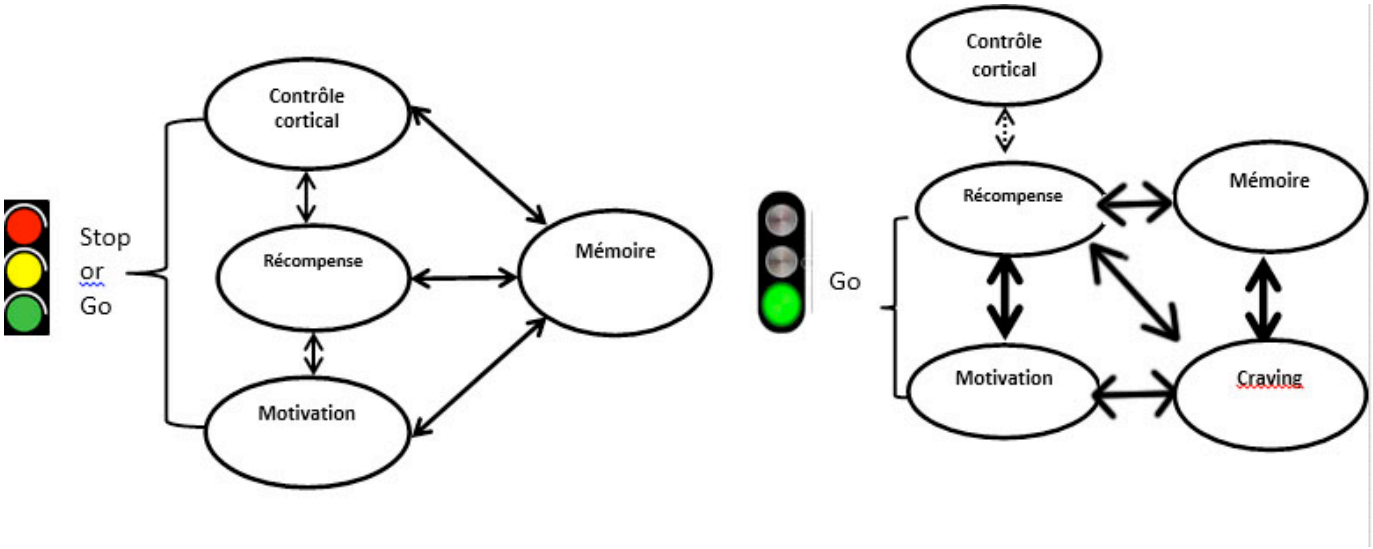
En situation normale, l'équilibre entre ces quatre circuits aboutit aux actions adaptées à notre situation émotionnelle ou de besoin. Le circuit de la récompense oriente vers un plaisir, celui de la motivation donne la valeur de ce plaisir et répond aux états internes, celui de la mémoire met en jeu les associations apprises et celui du contrôle permet de résoudre les conflits. Chez le sujet normal, la décision d'entreprendre une action vers un but désiré tient compte de l'importance de la motivation pour cet objet, fonction de sa valeur de récompense, elle-même liée au souvenir du plaisir qu'il a entraîné pré-

cédemment. Mais, en fin de compte, c'est le contrôle cortical, préfrontal qui évaluera, en fonction du contexte et du désir anticipé et mémorisé, s'il convient d'agir ou de différer l'action.

En cas d'addiction, on assiste à un renforcement de la valeur du produit, aussi bien par la survalorisation du besoin (la saillance) que dans la motivation à s'en procurer, et à l'envahissement des circuits de mémoire avec déconnexion au moins partielle du circuit de contrôle inhibiteur exercé au niveau du cortex préfrontal par les associations corticales. Cela permet de mieux comprendre les attitudes psychocomportementales des sujets dépendants : le cerveau devient hypersensibilisé à la drogue et aux stimuli environnementaux qui lui sont associés, accorde beaucoup moins d'importance aux autres intérêts, objectifs et motivations devenus secondaires par rapport au besoin obsédant du produit.

Chez le sujet addict, il y a une survalorisation de l'objet du désir ; sa valeur « récompensante », le souvenir de celle-ci entraînent une motivation majeure : le simple désir est devenu besoin. Le contrôle cortical est devenu insuffisant, trop limité pour tenir compte du contexte et des conséquences. Les informations qu'envoie tout le cerveau, valeur majeure de la récompense (nucleus accumbens), saillance majeure et donc motivation majeure (cortex cingulaire et cortex orbito frontal), mémoire exacerbée du plaisir (hippocampe) auquel se surajoute le craving (insula), sont devenues impérieuses, correspondant à un besoin perçu comme nécessaire, absolu et vital.

Tout le cerveau est désormais programmé pour reconnaitre ce besoin comme primordial. Le contrôle « raisonnable » n'arrive plus à s'exercer, à contrebalancer ces informations de besoin majeur exigeant une action immédiate du cortex pré-frontal pour le satisfaire.



Cerveau non addict **Cerveau addict**

Fonctionnement d'un cerveau non addict et addict

Figure 4

Au lieu du « circuit long » de l'analyse rationnelle, le cerveau fonctionne désormais en « circuit court » rapide et peu flexible, de décision automatique.

▪ Système de prise de décision planifiée :

Voies dopaminergiques
- cortex enthorinal
- cortex prélimbique
- striatum ventral
- aire tegmentale ventrale (ATV)
- Hippocampe
- cortex orbito-frontal

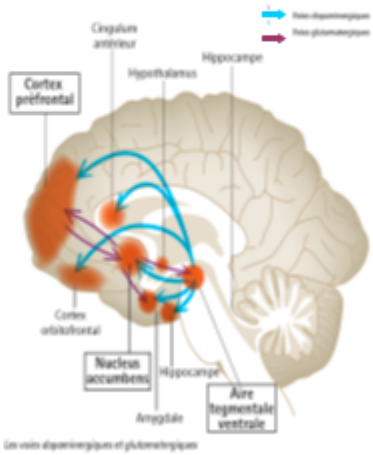
Analyse « bénéfice-risque », assez longue, décision flexible

▪ Système de décision automatique :

Voies glutamatergiques
- cortex pariétal
- cortex infralimbique,
- striatum dorsal
- substance noire (SN)

Associations stimulus-actions.

choix rapide, décision peu flexible :



Les deux circuits de la prise de décisions

Figure 5

VII. PRELIMINAIRES A UNE POLITIQUE DE REDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES

Il faut parvenir à faire comprendre la complexité des problèmes et donc de la **nécessité d'actions multifocales, à la fois sociétales** prenant en compte les représentations et les intérêts des consommations, **et individualisées** s'adaptant aux particularités des individus consommateurs.
Il est peu pragmatique de chercher à forcer un corps social dans lequel il existe des représentations aussi divergentes et fortement ancrées. Il faut d'abord essayer de les modifier et de les rapprocher. Cela fait partie du rôle des professionnels et des associations de patients et de consommateurs. D'où l'utilité d'un large débat sociétal, et d'une conférence citoyenne sur les mesures à prendre pour réduire les dommages.

1. LA REDUCTION DES DOMMAGES IMPLIQUE UNE AUTRE PHILOSOPHIE DU SOIN

La réalisation de ces objectifs devra s'appuyer sur une philosophie de la prise en charge différente de l'approche médicale traditionnelle.

Il faut en effet toujours partir de la demande de l'usager qui reste le meilleur levier, s'y adapter et l'accompagner dans une démarche progressive dans laquelle tous les changements positifs sont considérés comme des succès : réduire les consommations, consommer en prenant moins de risques, gérer ses prises de produits, devenir abstinent sont autant d'objectifs d'amélioration et de réduction des dommages. La force d'une approche graduée est d'offrir un éventail de possibilités, parmi lesquelles les usagers peuvent choisir en fonction de leurs attentes et de leur évolution, dans une optique d'ouverture qui permet d'optimiser la prise charge et qui favorise la collaboration entre les professionnels et les patients.

2. LA REDUCTION DES DOMMAGES IMPLIQUE UNE MOBILISATION DES PARTIES PRENANTES

L'importance des dommages crées par les addictions n'étant pas clairement perçue par la société et les stratégies à mener étant complexes et nécessitant une modification des représentations, l'action des pouvoirs publics n'est pas à la hauteur des besoins. Une mobilisation de toutes les parties prenantes, et surtout des patients et de leurs familles, apparait nécessaires. On peut considérer que l'ensemble des professionnels est globalement d'accord sur cette stratégie de réduction des dommages. Il reste à en convaincre la société et pour cela les patients et leurs familles seront de biens meilleurs ambassadeurs que les professionnels (on a clairement vu les limites de notre action lors de la modification/destruction de la loi Evin). La mobilisation des associations de patients a permis d'attirer l'attention et d'obtenir des politiques publiques cohérentes dans le domaine du cancer, des maladies rares, du sida et des hépatites.
Les associations de patients (associations d'entraide) et de consommateurs existent déjà ; leur action doit être développée, encouragée et surtout médiatisée. Nous avons également vu l'utilité des prises de position des associations Aubes et Baclofène, ainsi que celle des associations de soutien à l'e-cigarette.
Leur implication dans le CISS devrait également aider dans les négociations avec les pouvoirs publics.
Il faut espérer que cette audition publique lancera le débat afin d'aboutir à une Conférence Sociale ou à des Etats Généraux des addictions.
Les initiatives comme le portail « Addict'Aide : le village des addictions », (visant à rassembler, mobiliser, informer et orienter) ou le soutien à la reconnaissance de « patients experts », portées par le fonds Actions Addictions, participent à cette mobilisation des parties prenantes.



Addict'Aide : le village des addictions

Figure 6

3. LA REDUCTION DES DOMMAGES IMPLIQUE DE DONNER LA PRIORITE A UNE POLITIQUE PRAGMATIQUE

Absence de résultats probants des politiques idéologiques

Une partie de la société et des responsables politiques ne parviennent pas à imaginer d'autre voie que « la lutte frontale contre la drogue » et visent la réduction maximale de l'usage des produits addictifs par des moyens répressifs et des dispositifs de soins réduits, se limitant à la prévention primaire et à l'abstinence.
Les politiques simplistes de « lutte contre les fléaux sociaux, alcoolisme et toxicomanie », les objectifs prohibitionnistes, la « guerre à la drogue » sont coûteux et surtout peu efficaces, voire contre-productifs (la focalisation sur la « guerre à la drogue » a entrainé une perception exacerbée de la dangerosité des produits illicites qui a pour conséquences une sous-évaluation relative de celle des produits licites.
La littérature internationale a par ailleurs montré que la prohibition des drogues renforçait la survenue de maladies infectieuses ou de troubles psychiatriques associés à l'usage de drogues en favorisant la prise de risque vis-à-vis des drogues et en renforçant la stigmatisation des usagers de drogues. Par ailleurs, elle entraine le développement des circuits criminels dont les conséquences sur la société sont majeures.

C'est la réglementation des consommations qui est la plus efficace pour réduire les risques et les dommages.

Il nous parait utile de reprendre ici un schéma particulièrement pédagogique proposé par la Commission Mondiale sur les Drogues, dans le cadre de l'Organisation des Nation-Unies.

les régimes légaux encadrant l'usage et la production de stupéfiants et leur impact pour le bien-être (source : Commission mondiale sur les drogues, 2014)

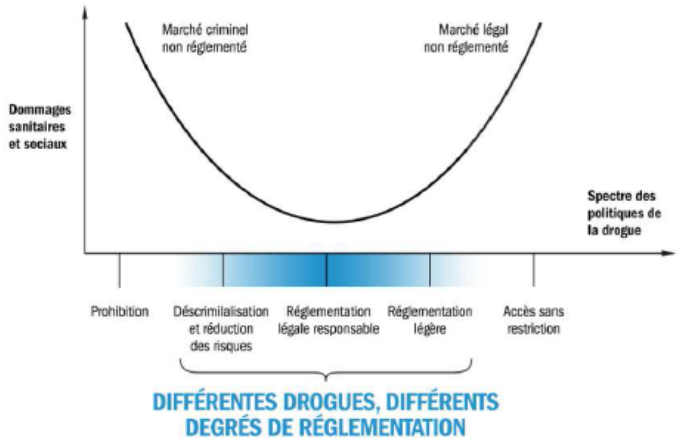
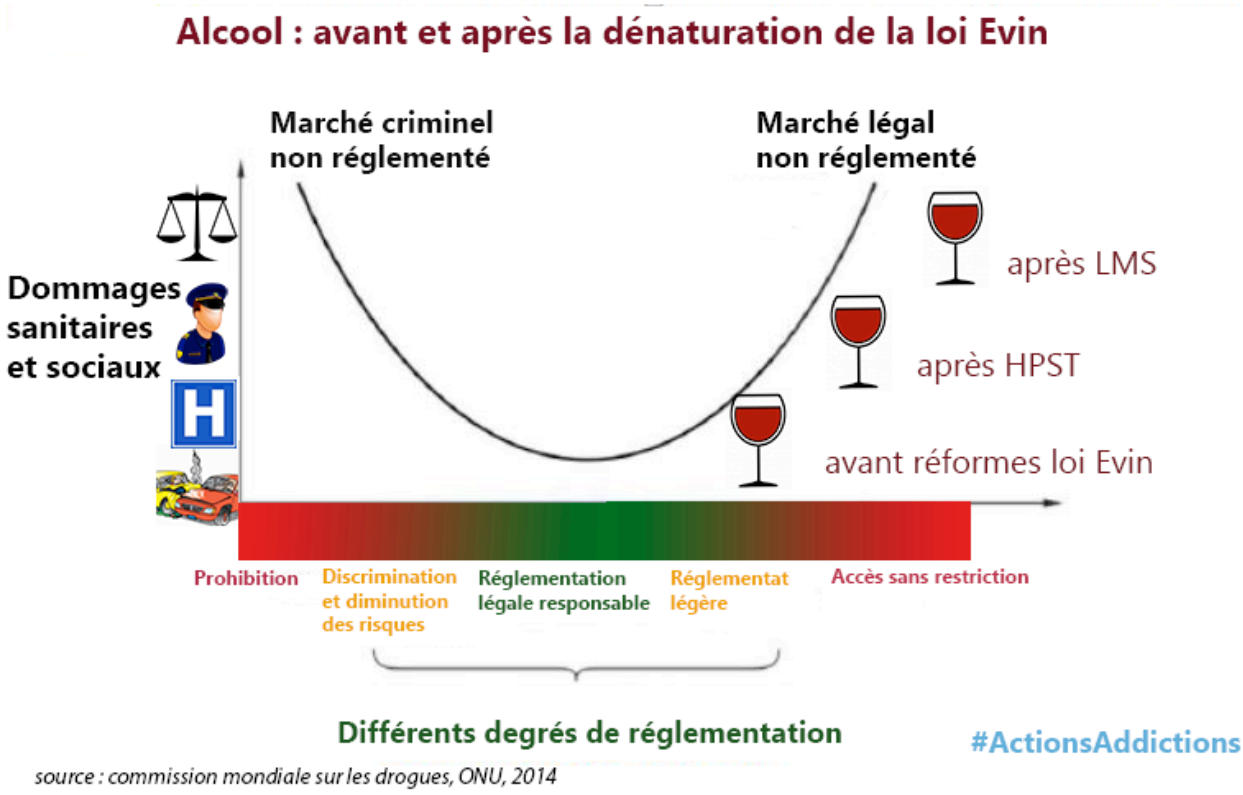


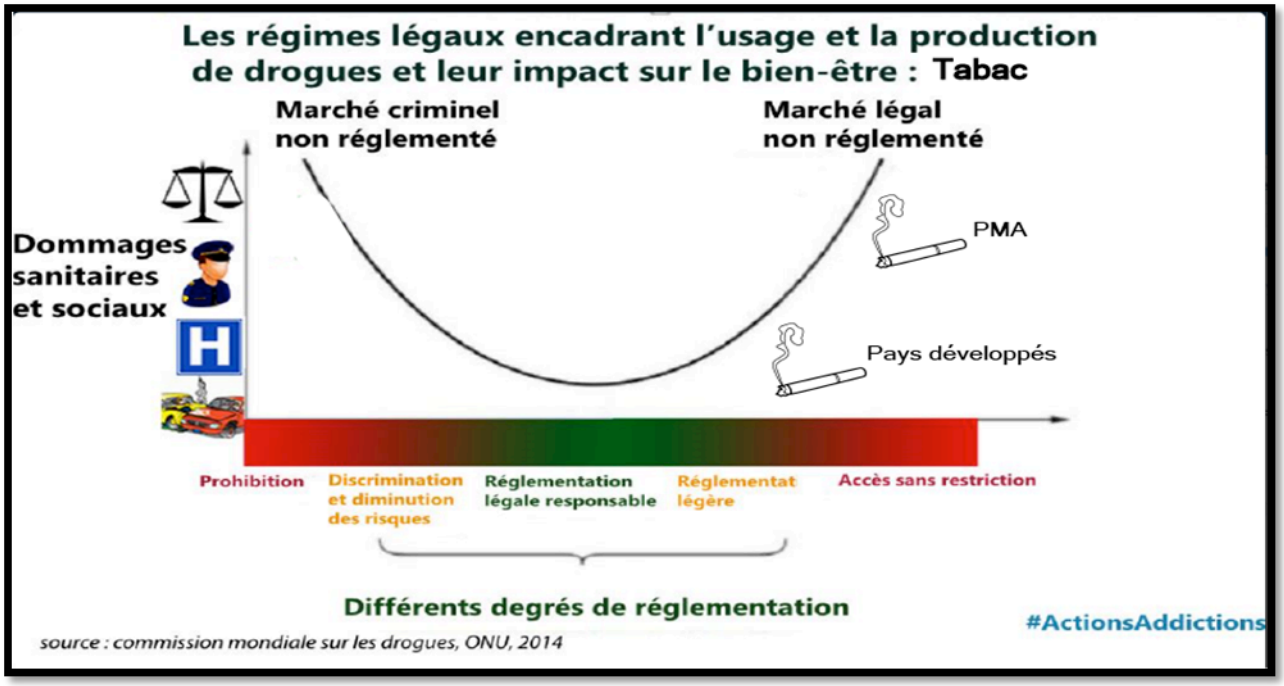
Figure 7

Il permet en effet de comprendre aisément les conséquences et les effets pervers de l'interdiction et de la prohibition (à gauche sur cette courbe en U) et ceux de la libéralisation incontrôlée (à droite de cette courbe en U). Nous les illustrerons par les 4 schémas ci-dessous.



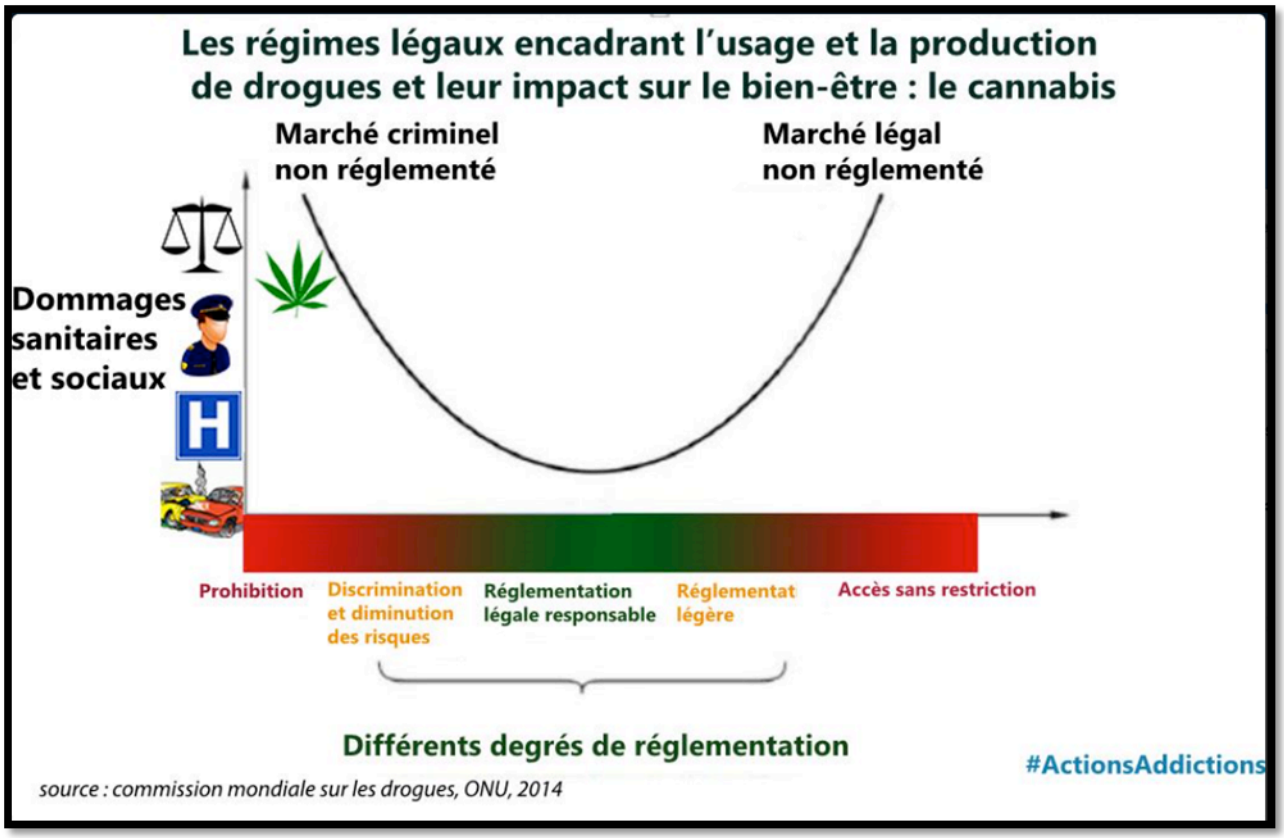
Courbe alcool

Figure 8



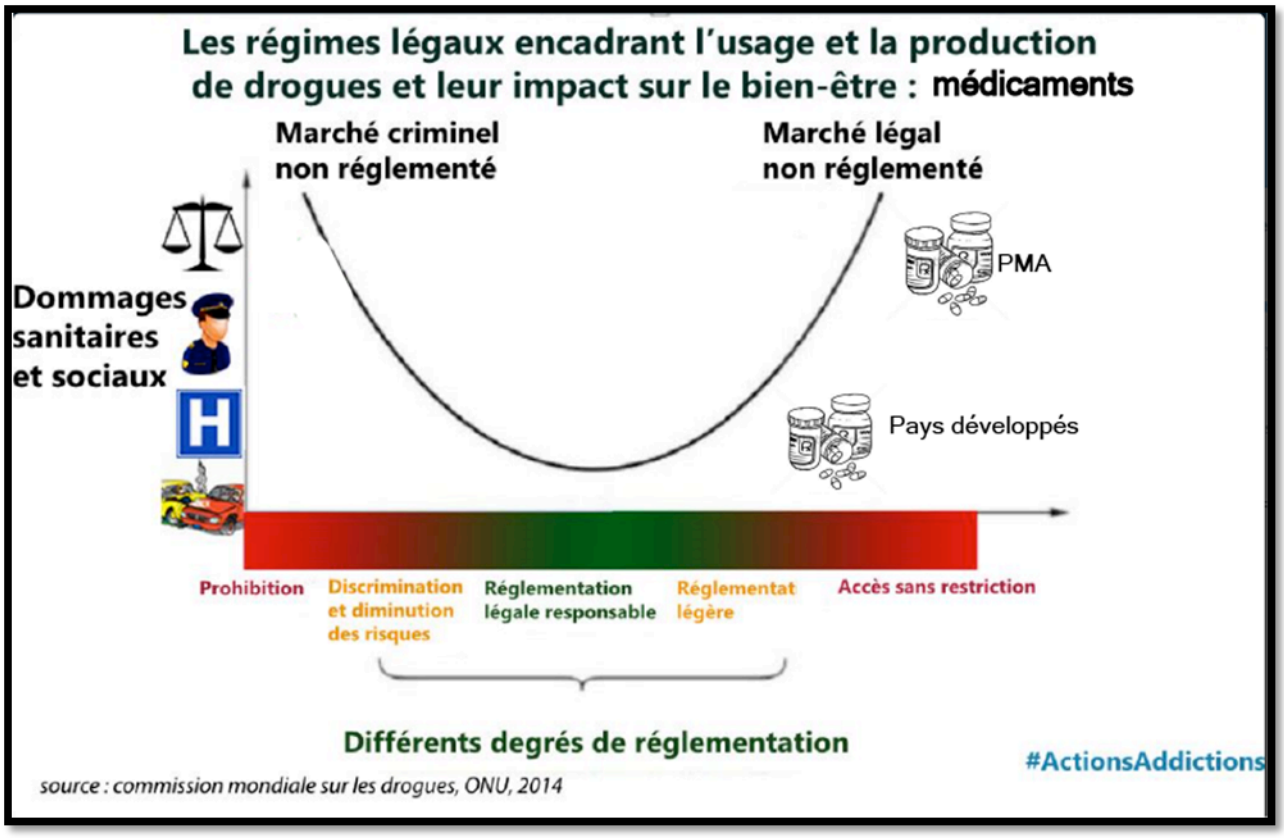
Courbe tabac

Figure 9



Courbe cannabis

Figure 10



Courbe médicaments

Figure 11

Il apparait donc que, aussi bien sur le plan sanitaire que sur les plans sociaux et économiques, la régulation contrôlée semble être la politique qui minimise le mieux les dommages.

On peut remarquer que la France se situe, de façon paradoxale, aux deux extrémités de cette courbe en U. D'un côté, en gardant une législation très répressive vis-à-vis du cannabis, inefficace sur le plan des consommations et du trafic, de l'autre côté, en libéralisant de plus en plus de commerce de l'alcool avec le démantèlement progressif de la loi Evin (loi HPST 2009 et loi de modernisation du système de santé 2015) qui entraine un accroissement de la publicité, des consommations et des complications.

Une politique pragmatique doit se construire sur des mesures pragmatiques

Les conflits d'intérêts générés par les consommations, la complexité des déterminants des addictions, les représentations erronées de la dangerosité des produits, l'échec des politiques idéologiques doivent amener à mettre en place des stratégies pragmatiques et coordonnées de réduction des dommages.

Mais il faut être conscient que promouvoir une politique pragmatique de réduction des dommages amènera à faire face à ces préjugés et positions politiques, qui perçoivent toutes les initiatives de réduction des risques et des dommages comme autant d'incitation et de banalisation de la consommation de ces produits, sans par ailleurs s'interroger sur la tolérance et même l'incitation à la consommation dont jouissent paradoxalement la consommation des produits légaux, globalement plus nocifs.

Les consommations de produits psychoactifs et les pratiques liées à des recherches de satisfactions immédiates sont inhérentes à la condition humaine. Il est donc illusoire voire dangereux de vouloir les faire disparaître. En revanche, ce sont les abus et les dommages entraînés par ces pratiques ainsi que les conditions de leur développement qu'il faut viser. C'est le réalisme et le pragmatisme qui sont dans ce domaine la clé d'une politique efficace pour les personnes et pour la société.
Pour cela, il convient d'analyser et d'agir sur les comportements de consommation problématiques et leurs déterminants, notamment auprès des populations les plus vulnérables. Les mesures sont à prendre en fonction d'une analyse prévisible de la réduction des dommages, tout en tenant compte le plus objectivement possible des avantages liés à la consommation pour les personnes qui y recourent.

Une évaluation des bénéfices et des dommages peut permettre trois objectifs

La vision idéologique ancienne, clivée entre le « bien » et le « mal », doit laisser la place à une évaluation objective des bénéfices et des dommages, individuels et sociaux, des consommations et des comportements.
Cette évaluation rendra ensuite possible l'application de politiques publiques, à l'efficacité scientifiquement prouvée, poursuivant trois objectifs pragmatiques et évalués :

1. La diminution des consommations ou comportements addictifs potentiellement nocifs, en agissant à la fois sur l'offre et la demande.
2. La réduction des dommages qui leur sont liés
3. Le renforcement d'une aide et d'un accompagnement les plus précoces possibles.

Si l'objectif de réduction des consommations, l'affirmation des interdits portant sur les comportements de consommations nuisibles à autrui et la poursuite de lutte contre le trafic des produits illicites doivent rester des priorités, il faut parallèlement apprendre à « vivre avec les produits addictifs », en domestiquant et en régulant leur usage. Le contexte de consommation devient la cible d'une palette d'interventions possibles qui propose, selon la demande, de consommer à moindre risque, de diminuer sa consommation ou de se sevrer.

Références

1. BARDO MT, NEISEWANDER JL, KELLY TH. Individual differences and social influences on the neurobehavioral pharmacology of abused drugs. Pharmacol Rev, 2013, *65* : 255-290.
2. BERAUD J, MARCELLI D, VENISSE JL, REYNAUD M. Les facteurs psychosociaux de risque de gravité et de protection. *In* : M Reynaud. Usage nocif de substance psychoactive. Paris, La Documentation française, 2000 : 59-77.
3. BOURGAIN C, FALISSARD B, BLECHA L et al. A damage/benefit evaluation of addictive product use. Addiction, 2012, *107* : 441-450.
4. BLUM RW. Adolescent substance abuse : diagnostic and treatment issues. Pediatric Clinics of North America, 1987, *34* : 523-531.
5. BROOK JS, COHEN P, BROOK DW. Longitudinal study of co-occuring psychiatric disorders and substance use. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1998, *37* : 322-330.
6. CASPI A, MOFFITT TE. Gene-environment interactions in psychiatry : joining forces with neuroscience. Nat Rev Neurosci, 2006, *7* : 583-590.
7. CHAMBERS AR, TAYLOR R, POTENZA N. Developmental neuro-circuitry of motivation in adolescence : a critical period of addiction vulneravility. Am J Psychiatry, 2003, *160* : 1041-1052.
8. COSTES JM, LE NEZET O et al. Dix ans d'évolution des perceptions et des opinions des Français sur les drogues (1999-2008). Tendances, 2010, *71* : 1-6.
9. CRABBE JC, PHILLIPS TJ, BELKNAP JK. The complexity of alcohol drinking : studies in rodent genetic models. Behav Genet, 2010, *40* : 737-750.
10. CRUM RM, LILLIE-BLANTON M, ANTHONY JC. Neighbourhood environnement and opportunity to use cocaïne and other drugs in late chilhood and early adolescence. Drug Alcohol Depend, 1996, *43* : 155-161.
11. DOREMUS-FITZWATER TL, VARLINSKAYA EI, SPEAR LP. Motivational systems in adolescence : possible implications for age differences in substance abuse and other risk-taking behaviors. Brain Cogn, 2010, *72* : 114-123.
12. GLENNDINNING A, SHUCKSMITH J, HENDRY L. Family life and smoking in adolescence. Soc Sci Med, 1997, *44* : 93-101.
13. GOGTAY N, GIEDD JN, LUSK L et al. Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood. Proc Natl Acad Sci USA, 2004, *101* : 8174-8179.
14. GOLDSTEIN RZ, VOLKOW ND, WANG GJ et al. Addiction changes orbitofrontal gyrus function : involvement in response inhibition. Neuroreport, 2001, *12* : 2595-2599.
15. IANNOTTI RJ, BUSH PJ, WEINFURT KP. Perception of friends' use of alcohol, cigarettes, and marijuana among urban schoolchildren : a longitudinal analysis. Addict Behav, 1996, *21* : 615-632.
16. INPES. Baromètre santé, Paris, 2010.
17. INSEL TR. Is social attachment an addictive disorder ? Physiol Behav, 2003, *79* : 351-357.
18. JANES AC, PIZZAGALLI DA, RICHARDT S et al. Brain reactivity to smoking cues prior to smoking cessation predicts ability to maintain tobacco abstinence. Biol Psychiatry, 2010, *67* : 722-729.
19. JOHNSTON LD, O'MALLEY PM. Why do the nation students use drugs and alcohol ? Self reported reasons from nine national surveys. J Drugs Issues, 1986, *16* : 29-66.
20. KALIVAS PW, NAKAMURA M. Neural systems for behavioral activation and reward. Curr Opin Neurobiol, 1999, *9* : 223-227.
21. KANDEL DB, JOHNSON JG, BIRD HR et al. Psychiatric comorbidity among adolescents with substance use disorders : finding from the MECA study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1999, *38* : 693-699.
22. KOOP P. Le coût social des drogues en France, OFDT, Paris, 2015.
23. KRAL A, MOLNAR B, BOOTH R et al. Prevalence of sexual risk behavior and substance use among runaway and homeless adolescents in San Francisco. Denver and New York City, Int J STD AIDS, 1997, *8* : 109-117.
24. MANN KF. Why should we nedd a European Federation of Addiction Societies ? Addiction, 2012, *107* : 692-693.
25. MARCELLI D. Conduites d'essai et conduites à risques : les consommations de produits. *In* : J Alvin et D Marcelli. Médecine de l'adolescent. Paris, Masson, 1999 : 237-247.

26. MASSE LC, TREMBLAY RE. Behavior of boys in kingarden and the onset of substance use during adolescence. Arch Gen Psychiatr, 1997, *54* : 62-68.
27. MATHON DS, KAMAL A, SMIDT MP, RAMAKERS GM. Modulation of cellular activity and synaptic transmission in the ventral tegmental area. Eur J Pharmacol, 2003, *480* : 97-115.
28. MOREL A, REYNAUD M. Les modalités de consommation à risques. *In* : M Reynaud. Usage nocif de substance psychoactive. Paris, La Documentation française, 2000.
29. MOREL A. L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie. Paris, Dunod, 2012.
30. MOUREN-SIMEONI MC, VANTLON V. Les conduites addictives aux substances licites et illicites chez l'enfant. *In* : D Bailly, JL Venisse. Addictions et psychiatrie. Paris, Masson, 1999 : 91-106.
31. NESTLER EJ. Is there a common molecular pathway for addiction ? Nat Neurosci, 2005, *8* : 1445-1449.
32. NUTT D, KING LA, SAULSBURY W et al. Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. Lancet, 2007, *369* : 1047-1053.
33. NUTT DJ, KING LA, PHILIPS LD. Drug harms in the UK : a multicriteria decision analysis, Lancet, 2010, *376* : 1558-1565.
34. OBOT IS. Improved ranking of drugs on harmfulness can bring sense and order to a failed system. Addiction, 2011, *106* : 1894-1895 ; discussion 1896-1898.
35.OFDT. Substances psychoactives en France : tendances récentes, Tendances 105, Déc. 2015.
36.PIAZZA PV, DEROCHE-GAMONET V. A multistep general theory of transition to addiction, Psychopharmaco, 2013-3 : 387-413.
37. REYNAUD M. Les dommages lies aux addictions et les stratégies validées pour réduire ces dommages. Rapport remis à la présidente de la MILDECA, 2013.
38. REYNAUD M, PARQUET PJ, LAGRUE G. Les pratiques addictives. Paris, Odile Jacob, 2000.
39. REYNAUD M. Les dangers liés aux addictions et les stratégies validées pour réduire ces dommages. Rapport à la MILDT 2013 (http://www.federationaddiction.fr/le-pr-michel-reynaud-rend-son-rapport-a-la-mildt/).
40. REYNAUD M, LUQUIENS A, AUBIN HJ et al. Major discrepancies between the general population, users and experts. Journal of Psychopharmacology, 2013, *27* : 590-599.
41. ROSSOW I. Can harm ratings be useful ? Addiction, 2011, *106* : 1893-1894 ; discussion 1896-1898.
42. SWADI H. Individual risk factors adolescent substance use. Drug and alcohol dependence, 1999, *55* : 209-224.
43. AMSTERDAM J, OPPERHUIZEN A, KOETER M et al. Ranking the harm of alcohol, tobacco and illicit drugs for the individual and the population. Eur Addict Res, 2010, *16* : 202-207.
44. VOLKOW ND, BALER RD. Addiction science : uncovering neurobiological complexity, Neuropharmacology, 2013, *76*.
45.VOLKOW ND, KOOB GF, MC LELLAN AT. L Neurobiologic advances from the brain disease of addiction, N. Engl. Med, 2016 : 374(4) : 363-371
46. WHITEMORE EA, MIKULICH SK, THOMPSON LL et al. Influences on adolescent substance dependence : conduct disorder, depression, attention deficit hyperactivity disorder, and gender. Drug Alcohol Depend, 1997, *47* : 87-97.

En quoi la réduction des risques est-elle un nouveau paradigme ?

La place originelle déterminante des usagers est-elle antinomique de son institutionnalisation ?

Aude LALANDE
Ethnologue
Paris
lalande.aude@laposte.net

Beaucoup a été dit et écrit sur la première question, moins sur la seconde. Cette note se veut synthétique dans sa première partie : sans faire de retour systématique sur une littérature abondante, elle s'efforce de dessiner les tendances actuelles sur la base d'une sélection de sources et d'observations. Pour la seconde, l'usage de la littérature disponible et des publications du secteur (Asud Journal, Swaps) a été complété par celui de notes de terrain (observation de débats consacrés à ces questions) et d'échanges avec des acteurs de terrain.

QUESTION 1. En quoi la réduction des risques est-elle un nouveau paradigme ?

Tout champ d'activité, surtout lorsqu'il émerge, cherche à s'auto-définir : à énoncer ses objectifs, clarifier les moyens dont il se dote, ses principes théoriques et éthiques, sa philosophie de l'action. Or il ne peut échapper, à qui parcourt la littérature consacrée à la réduction des risques, que tous les commentateurs, qu'ils soient en position d'analyse ou acteurs de terrain, y voient d'abord un « changement de paradigme ». Qu'entendent qualifier par là observateurs et acteurs ? On commencera ici par rappeler les lignes de force du tournant opéré dans les années 80-90 par cette nouvelle approche des consommations de drogues. Puis on s'interrogera sur le choix du terme « paradigme », avant de souligner les différenciations qui se sont opérées dans ce champ d'activité en France à mesure des trente années qui nous séparent de l'apparition du sida et des premières mesures relevant alors d'une « préhistoire » de la réduction des risques.

Ces trois décennies recouvrent en effet en France trois périodes très différentes. Une première d'émergence de ces nouvelles logiques sanitaires et sociales, qui s'expérimente et se formule surtout à l'étranger : l'autorisation en 1987 de la vente libre de seringues ouvre bien le système de santé français à une nouvelle approche de ces questions, mais dans une forme de « réduction des risques sans le savoir » qui attend sa formalisation, et il faudra le début des années 90 pour que se développent des expériences se revendiquant de cette approche. Une seconde que l'on peut

qualifier d'« expérimentale », courant globalement de 1992-94 à 2002-04, où la réduction des risques s'invente dans des programmes sanitaires et sociaux à statut plus ou moins expérimental et dérogatoire aux lois, en lien souvent étroit avec leurs usagers, et connaît des succès spectaculaires (en termes de baisse des overdoses et des contaminations VIH notamment) qui n'empêchent pas les mises en cause répétées, et une grande fragilité structurelle. Et une troisième que l'on peut qualifier d'« institutionnalisation », couvrant la période récente, ouverte par la reconnaissance officielle de cette approche socio-sanitaire des drogues illicites dans la loi de santé publique du 9 août 2004 et qui consolide le dispositif certes, mais en en forçant la médicalisation.
Par ailleurs doivent également être prises en compte en toile de fond de cette histoire française des évolutions scientifiques et politiques majeures : l'apparition et la structuration progressives de la discipline addictologique, au tournant des XXème et XXIème siècles ; l'inclusion, à mesure des années, de la réduction des risques dans le champ des recommandations officielles des plus hautes instances internationales (OMS, ONU-sida, mais aussi l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime, ou ONDUC), au vu des progressions épidémiques et des conséquences sanitaires d'une manière générale des consommations ; mais aussi une crise multiforme, à l'international, des politiques de prohibition des drogues (incapacité à enrayer la progression des consommations, retombées négatives sur la santé des populations et l'équilibre politique de sociétés entières), conduisant à la multiplication des prises de position publiques pour un changement d'orientation des politiques des drogues, appuyées bien souvent sur la nécessité de « réduire les risques » sanitaires et sociaux associés aux consommations plutôt qu'en augmenter l'amplitude au travers de guerres (Déclaration de Vienne à l'été 2010, prises de position de prix Nobel d'économie en mai 2014, etc.) En un quart, voire un tiers de siècle, la réduction des risques a donc connu des changements de contextes locaux et internationaux d'importance et les paradigmes d'intervention s'y sont à la fois spécifiés et différenciés. Il importe aujourd'hui de prendre en compte ces évolutions, si l'on veut comprendre le paysage actuel et les différents systèmes de pensée ou philosophies de l'action qui l'animent.

1.1. De la répression des consommations aux logiques de santé publique

En quoi et jusqu'où la réduction des risques est-elle un nouveau paradigme dans le champ des conduites addictives ? Chacun a en mémoire le paradigme de régulation sociétale des drogues et des phénomènes de dépendance du siècle dernier, basé sur deux grands principes : la prohibition, au plan légal, d'une grande part des substances psychotropes, strictement interdites à la consommation, la production et la vente ; et l'abstinence, au plan du soin, comme réponse aux problèmes d'excès et de dépendance. Pour les consommateurs de substances illicites, dont le

nombre va croissant en Europe à partir de la fin des années 60, il n'est pas rare que ce couple prohibition/abstinence ait des effets dramatiques : spirales de paupérisation et/ou parcours déviants (en raison notamment des coûts des produits sur le marché noir), séjours en prison, hôpital psychiatrique, cures d'électrochocs, sevrages et échecs de sevrage à répétition, « décrochages à la dure » et parfois maltraitance dans les centres du Patriarche... Entre la pénalisation de leurs pratiques, la violence des jugements moraux qu'ils subissent (sur leurs choix de consommation comme sur leur « manque de volonté » d'en sortir) et l'intense stigmatisation sociale dont ils font l'objet, un grand nombre se trouve en situation d'impasse et de rupture sociale.
Si l'on peut caractériser en une phrase la « révolution » opérée au début des années 90 par la réduction des risques, son geste sera de déplacer la question des drogues des champs pénal et moral dans le champ de la santé publique. Dans le contexte en France d'un tournant répressif et d'une criminalisation croissante des consommations de « stupéfiants » (sans entrer dans le détail, on rappellera que la première vague de diffusion du sida y est contemporaine d'un durcissement législatif sans précédent à l'égard des « usagers-revendeurs », et que la libéralisation de la vente des seringues réclamée par la ministre de la Santé Michèle Barzach vient contredire en 1986 l'appel de son collègue de l'Intérieur Albin Chalandon à construire de nouvelles prisons permettant d'enfermer le plus grand nombre de « toxicomanes »), ce geste est lié à la prise de conscience de l'impact du sida sur les milieux de consommateurs et « de l'exclusion de toute prévention, et de tout accès aux soins, de pans entiers de la population des toxicomanes » (Lebeau, 1999). Outre la prise de conscience de ce qui sera qualifié ensuite de « catastrophe sanitaire et sociale » (Henrion, 1995), on a pu souligner après coup que l'époque se prêtait aux changements de paradigmes : dans le dernier quart du XXème siècle, la médecine connaît des renversements de perspective dépassant le seul champ de la toxicomanie, où se font jour des logiques de santé publique qui gagnent peu à peu en influence. « Premier déplacement, disait en résumé Robert Castel, de l'éradication de la maladie à la préservation de la santé. Deuxième déplacement, corrélatif : remplacer un modèle curatif par un modèle préventif ». « Prévenir » devient dès lors « une ambition tout aussi légitime et valorisée que guérir » (Bergeron, 1999). Par ailleurs se développe dans la même période une pensée de la prévention et des transformations sociales en termes de *risques* qui servira elle aussi d'arrière-fond aux grands changements paradigmatiques de la pensée des drogues de la période récente (Jauffret, 2011). Mais reste que dans le contexte de durcissement répressif de la fin des années 90, une « politique privilégiant, *avant toute autre considération*, des stratégies de soin et de prévention visant à limiter au maximum les risques sanitaires (infections etc.) et sociaux (exclusion, précarité, etc.) liés à l'usage de psychotropes et particulièrement de drogues illicites » (Lebeau, *ibid,* c'est moi qui souligne) ne pouvait que perturber très fortement les lignes. Le changement de perspective déclinera une série de ruptures

en cascade dont on retiendra cinq ici, qui peuvent être considérées comme principales :

- D'un point de vue *politique*, les programmes de réduction des risques rompent avec l'objectif d'éradication des drogues interdites : dès lors qu'ils s'efforcent d'en border les effets sanitaires et sociaux, ils prennent acte, de fait, des consommations existantes. L'irruption d'une logique de santé publique fait par ailleurs basculer les centres de gravité de la morale publique de l'impératif de dissuasion des individus déviants (« ne rien faire pour faciliter la vie des toxicomanes » ; Caballero & Bisiou, 2000) vers celui de « ne pas se résigner à l'impuissance » face aux dangers auxquels ces derniers s'exposent (Stengers & Ralet, 1991).
- D'un point de vue *moral,* ils rompent, sinon avec la criminalisation, au moins avec la condamnation morale des consommations, même si le statut illégal de certains produits continue de créer des interférences avec les logiques de soin ou d'accompagnement social. Le principe de « suspension du jugement », familier de l'éthique médicale, servira de posture éthique pour l'ensemble du secteur.
- D'un point de vue *thérapeutique*, ils s'émancipent de l'impératif du sevrage, entendu comme objectif et modalité uniques du soin, pour proposer une palette de possibilités, de la prise en charge de problèmes somatiques (soin du sida par exemple) à l'offre d'outils de prévention (échange de seringues), l'aide à gérer des problèmes de dépendance (substitution) ou au simple accompagnement social.
- Du point de vue de la *prévention* ils rompent avec l'univocité du « just say no » de campagnes de « prévention primaire » destinées à dissuader de franchir le pas de la consommation pour leur préférer le « security first » ou le « safety first » de la « prévention secondaire », attachée à prévenir les problèmes de santé.
- Du point de vue de la *méthode* enfin, l'optique générale est celle du pragmatisme, la question n'étant plus celle du « pourquoi » mais celle du « comment faire ici et maintenant » pour parer à l'urgence et améliorer la situation des individus. La prise en compte des sujets est par ailleurs posée comme centrale : les consommateurs sont placés au centre de la décision et considérés comme les premiers « acteurs de leur santé », rien ne pouvant se faire sans eux.

Plus largement c'est donc la façon entière d'aborder les contrôles sociétaux de la consommation de substances psychoactives qui change avec l'adoption du point de vue de la réduction des risques. Un petit livre contemporain de ces bouleversements, basé sur l'étude de rapports officiels et intitulé *Drogues, le défi hollandais*, d'Isabelle Stengers & Olivier Ralet, décrivait en 1991 l'écart entre ce qui était incarné alors, d'un côté par la politique française, de l'autre par la politique néerlandaise des drogues : d'un côté une politique construite sur « le choix éthique d'un refus de l'inacceptable », dont l'objectif était de donner force de loi à un consensus moral : "Il ne faut pas se

droguer" ; de l'autre une *position technique* du problème permettant, après avoir pris acte, non seulement de la dangerosité des infections virales mais de « la position socialement défavorisée des toxicomanes », d'atteindre et de porter assistance au plus possible d'entre eux, quels que soient leurs choix de vie et leur éloignement de la norme commune. C'est ce changement radical de posture éthique et politico-pratique face à des comportements prohibés qui explique qu'acteurs et observateurs parlent de changement de « *paradigme* » : résoudre un problème technique requiert de tout autres dispositions que défendre une posture morale. Changer de « paradigme » doit être entendu ici comme changer de « représentation du monde » autant que changer d'« épistémè » (Foucault). C'est adopter une autre « façon de faire, de dire et de penser les drogues » (Coppel, 2002), et c'est pourquoi aussi la réduction des risques se donne tout à la fois pour ses acteurs, et selon les moments ou les plumes qui la caractérisent, comme une « politique », une « stratégie de changement » (Lebeau, *ibid*), une « pensée » en elle-même (Menneret, 2013), voire « un système de pensée (…) qui, progressivement, transforme les idées, les conceptions, les pratiques de prévention et de soins et – plus difficilement – les politiques des Etats » (Morel, Chappard, Couteron, 2012). Son caractère de pragmatique d'action est inscrit dans sa définition. Savoir-faire en mutation permanente, constamment bousculée par les exigences du terrain, par nature expérimentale et évolutive, la réduction des risques est appelée à se redéfinir sans cesse et son périmètre lui-même peut varier en fonction des contextes et des problèmes pris en considération : de la limitation originelle des risques de dissémination du VIH, il peut s'étendre à la limitation des risques sociaux, économiques, relationnels liés aux drogues, comme à celle des « risques liés aux politiques des drogues » (Lebeau, *ibid* ; Jauffret-Roustide, 2004)

1.2. Un changement de paradigme ou plusieurs ?

Pour autant il faut sans doute relativiser l'impact de ce changement de paradigme et le resituer dans un contexte plus large. D'un côté on rappellera que des formes de « réduction des risques » existent de longue date : contrôler la qualité des boissons alcoolisées, « apprendre à boire » aux jeunes gens, standardiser les dosages en jouant sur le format des verres, sanctionner des comportements inappropriés comme la conduite en état d'ivresse, relève de logiques ou de procédés de « réduction des risques » et rappelle que depuis toujours l'usage de substances psychoactives fait et a fait l'objet de régulations sociétales, dès lors qu'elles sont assimilées au plan culturel. D'un autre côté l'apparition d'un nouveau paradigme de pensée n'empêche pas la survivance des anciens. Des représentations divergentes des drogues, légales ou illégales, des phénomènes de dépendance ou des réponses à y apporter coexistent aujourd'hui dans nos sociétés, et on sait le fort impact aujourd'hui des postures de condamnation morale à l'égard des « toxicomanes », les refus réitérés d'une partie de la classe politique et de la société d'accepter

« l'inacceptable » que représenterait la délivrance de matériel stérile, ou la très forte prégnance de l'idéal d'abstinence dans les modèles de « sorties » de dépendance, alors même que s'éprouvent aujourd'hui d'autres types d'expériences et de réalités.

Par ailleurs en vingt à trente ans d'existence, le champ de la réduction des risques a vu se diversifier les stratégies et les options, et il se peut qu'un changement de paradigme en cache aujourd'hui un autre, et que différents modèles de réduction des risques s'emboîtent ou se juxtaposent, sinon se fassent mutuellement de l'ombre.

Sans anticiper ni mordre sur l'exposé de Marie Jauffret-Roustide, qui reviendra sur les différents modèles de réduction des risques dans une perspective, je le suppose[1], plus institutionnelle et faisant place à la comparaison internationale, on peut voir le signe et l'expression de ces évolutions sur le terrain français dans la parution récente de deux livres, qui développent chacun à leur façon une conception de la réduction des risques : celle en 2012 d'un *Aide-mémoire de la réduction des risques* dirigé par Alain Morel, Pierre Chappard et Jean-Pierre Couteron chez Dunod (qui fait suite à la parution deux ans auparavant, chez le même éditeur, d'un *Aide-mémoire de l'addictologie* dirigé par une équipe approchante) puis celle en 2013 d'une publication de Médecins du Monde intitulée *Histoire et principes de la réduction des risques. Entre santé publique et changement social*. Ces deux ouvrages, qui l'un et l'autre font le point sur les pratiques et les principes d'action de leur secteur, élargissent l'un comme l'autre le champ de la réduction des risques, mais de façon différente, et significative : le premier aux autres « conduites addictives » que sont le jeu, une sexualité intensive, internet etc. ; le second aux autres domaines susceptibles d'exposer à des risques sanitaires et sociaux que sont certaines pratiques sexuelles, la prostitution ou la condition de migrant.

Le premier ouvrage expose les fondamentaux d'une **conception « addictologique » de la réduction des risques**, orientée par et vers le soin des addictions, et appuyée sur une série de bouleversements des modèles de pensée de la consommation de substances psychoactives et de la dépendance qui sont ceux de cette discipline, parmi lesquels on retiendra : l'extension tout d'abord du champ des « drogues » et de la « toxicomanie » aux drogues légales ; le recentrage étiologique sur le comportement plutôt que sur les produits, et l'élargissement du champ à d'autres pathologies du comportement ; et pour ce qui concerne notre domaine, l'ouverture de divers chantiers théoriques et cliniques, en lien avec les acquis de la réduction des risques et le renoncement au dogme de l'abstinence, sur les pratiques d'auto-changement et la régulation des consommations, accompagnée ou non de prescription de produits de substitution. Le contexte de cette approche de la réduction des risques est celui d'une *médicalisation* de la consommation de

1 Je ne me suis pas coordonnée avec Marie Jauffret-Roustide pour l'écriture de ce rapport.

substances psychoactives et de comportements divers susceptibles de se voir qualifier de « conduites addictives » (jeu, sexualité intensive, usages intensifs d'internet). Son horizon celui de la construction de la discipline addictologique, la réduction des risques y prenant sa place dans un continuum intégrant les différentes propositions d'accompagnement des « conduites addictives », de la prévention jusqu'au soin.

Le second ouvrage quant à lui rend compte d'une démarche fidèle à la **conception « historique » de la réduction des risques,** et orientée par et vers la nécessité de traiter des situations de risque socio-sanitaire et de maintenir le contact avec des pratiques et des populations tenues en marge pour des raisons symboliques (pratiques sexuelles) ou juridico-sociales (usage de psychotropes illégaux, prostitution, personnes migrantes). Son approche s'appuie sur les principes de l'action « communautaire » : non jugement, écoute, prise en compte des conditions de vie concrètes et des besoins exprimés et/ou élaborés par des collectifs d'usagers forment la condition d'efficacité des programmes et en constituent l'armature et le fil conducteur. Les actions co-élaborées avec les usagers le sont parfois sur fond de rejet explicite des discours de médicalisation, la définition de la « bonne santé » leur étant laissée[2]. Le contexte de cette approche de la réduction des risques est donc très différent de celui de l'approche « addictologique » : porté plus souvent par le secteur associatif que par le secteur institutionnel ou para-institutionnel[3], il est celui d'une préoccupation de santé publique plus que strictement « médicale », et son horizon est celui d'une transformation sociale, qui peut engager jusqu'à la revendication d'une transformation du cadre légal.

Sans entrer dans le détail d'une histoire dont la dynamique précise resterait à retracer avec plus de précision, on peut dire que cette différence exprime vingt ans d'activités menées sur des terrains différents, dans des contextes institutionnels différents et avec des options théoriques différentes. Et il semble que l'on n'ait pas aujourd'hui en France *un* modèle de réduction des risques mais *deux* : d'un côté un modèle « addictologique » qui participe d'un **changement de paradigme médical**, de l'autre un modèle de type socio-sanitaire, dérivé d'un **changement de paradigme de l'approche des communautés dites « déviantes » et marginalisées par leurs pratiques**. Démarches différentes, même si bien sûr se jouent des passages et des circulations entre ces deux approches, dont les devenirs sont différents et ne rencontrant pas les mêmes

2 Voir Erin O'Mara, 2013 : « Fort heureusement, il existe aujourd'hui quelques régions dans le monde où la prise en charge et l'information concernant la consommation de drogues semblent s'être libérées du carcan de la santé publique et de la législation pour rejoindre leur milieu d'origine : la société elle-même » ; ou Fabrice Olivet : « Nous ne militons pas pour le droit des malades, nous militons pour le droit à rester bien portants » (*Asud Journal* n°54, p.5)

3 Bon nombre de Caarud et de Csapa ont un statut d'association, même si leurs normes de fonctionnement obéissent aux cadres réglementaires des établissements médico-sociaux. Pour simplifier le propos, la qualification d' « institutionnel » sera utilisée dans la suite de ce texte dans un sens élargi, incluant ces structures para-institutionnelles.

soutiens institutionnels.

1.3. Complémentarité ou rivalité des modèles ?

On pourrait considérer ces modèles d'intervention comme complémentaires, et les laisser se développer parallèlement l'un à l'autre, l'un dans le champ médical, l'autre dans le champ social. Mais ce serait oublier qu'ils ne sont pas en situation d'égalité et que leur mise en œuvre est fortement tributaire de leur acceptabilité sociale, et de leur environnement politique.

L'une et l'autre ont des atouts comme des faiblesses. La réduction des risques « addictologique » représente un progrès dans l'approche médicale des consommations, en termes de prise en compte de la complexité, de diversification des offres d'accompagnement, ou de cohérence du dispositif de prévention et de soin. Elle a le grand avantage par ailleurs de bénéficier d'une légitimité symbolique et d'une assise institutionnelle en lien avec l'institution médicale, comme de l'écoute des pouvoirs publics. Mais elle peine à élargir sa portée du point de vue de la prévention de problèmes de santé publique : son discours et son cadre théoriques suscitent en effet les réticences de ceux – et ils sont nombreux – qui, consommant, ne se considèrent pas pour autant comme ayant des « conduites addictives », désavouent d'une manière générale la médicalisation des consommations de substances psychoactives, ou craignant l'« ingérence » de soignants dans leurs pratiques de consommation, se tiennent à l'écart du système médical[4].

Les programmes perpétuant les principes de la réduction des risques « historique » bénéficient à l'inverse aux yeux des consommateurs de la neutralité d'un discours technique et ajusté aux besoins qu'ils expriment, et ont l'avantage d'un savoir-faire méthodologique susceptible de leur permettre d'atteindre des publics éloignés. Ils paraissent plus à même de rester en prise avec des pratiques de consommation qui se définissent comme échappant à l'emprise médicale, à condition de garder les moyens d'une constante évolution ou remise en question. Mais ce mouvement souffre d'un manque de légitimité institutionnelle lié au statut symbolique de ses objets, et reste structurellement fragile. Des preuves lui étant demandées sans cesse de conformation tantôt aux priorités définies par les institutions médicales (cf. l'intégration du dispositif dans l'institution socio-sanitaire en 2004, et son recentrement des programmes sur la réduction des risques infectieux), tantôt aux normes juridiques (cf. l'interdiction de certaines extensions de ses activités, comme le testing, ou les jeux de négociation parfois infinis d'autorisations légales dérogatoires pour pouvoir en proposer d'autres, comme l'ouverture de salles de consommation), il peine à faire face aux

4 Dans un article de 2009, le sociologue Peter Cohen évoque une jeune femme consommatrice de longue date qui dit éviter « même malade (...) toute relation avec les professionnels du système de soin car ils “s’emparent de” et s’ingèrent dans son mode de consommation de drogues. » Au point qu'elle a, dit-il, « failli perdre une oreille infectée parce qu’elle a tellement peur du système médical qu’elle en est restée éloignée trop longtemps. » cf. Peter Cohen, « L’Impératrice nue. Les neurosciences modernes et le concept de dépendance » (2009), www.cedro-uva.org/lib/cohen.empress....

problèmes qui se présentent, et les soutiens financiers lui font à l'occasion défaut.

L'Association Française de Réduction des risques (AFR), créée en 1998 dans le sillage du mouvement Limiter la Casse, a incarné jusqu'à il y a peu en France l'expression et le soutien à ce pôle « historique » de la réduction des risques. À l'occasion de sa disparition toute récente (ou imminente, elle est au moment où s'écrivent ces lignes en procédure de liquidation judiciaire en raison de difficultés financières), deux de ses salariés ont diffusé une lettre à ses adhérents. Son texte dressait parmi d'autres le constat suivant :

> *« Au moment de l'inscription légale de la RdR infectieuse dans le code de la santé publique (…) le procès de Techno+, celui de la légitimité des consommateurs dans une RdR institutionnelle, laissait apparaître, derrière le consensus politique des acteurs de la RdR, des visions très différentes sur la gestion des drogues et la place de ceux qui les utilisent dans notre société. Punir ou ne pas punir ces derniers, de quelque façon que ce soit. Leur laisser ou pas le pouvoir de décider pour eux-mêmes. Voilà les lignes de démarcation. »*[5]

Un point de vue un peu distant pourrait laisser penser que les vingt dernières années ont vu s'écrire une histoire « naturelle » des politiques de réduction des risques en France débouchant sur leur médicalisation progressive, et l'absorption d'une forme de réduction des risques « historique » par une autre, la seconde englobant et dépassant la précédente. Mais il semble que l'histoire ne soit pas si linéaire, et que cohabitent plutôt des modèles d'intervention médicale et sociale différents. Si les acquis du mouvement historique de la réduction des risques ont été intégrés avec profit dans le champ médical, une autre voie doit pouvoir subsister et continuer d'oeuvrer à l'accès aux soins de tous, quelle que soit la place qui leur est faite dans nos sociétés. Peut-être nous faut-il réfléchir aujourd'hui à ce que l'on perd à sacrifier une approche au profit de l'autre.

QUESTION 2. La place originelle déterminante des usagers est-elle antinomique de son institutionnalisation ?

> *RENFORCEMENT DE L'ACTION COMMUNAUTAIRE*
> *La promotion de la santé passe par la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration et à la mise en oeuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé. Au coeur même de ce processus, il y a la dévolution de pouvoir aux communautés considérées comme capables de prendre en main leurs destinées et d'assumer la responsabilité de leurs*

5 « Peur du manque ? », lettre adressée par mail le 1er février 2016 aux adhérents de l'AFR par Jean Marc Priez (coordinateur de l'association) et Fabrice PEREZ (webmaster).

actions.
(…)
REORIENTATION DES SERVICES DE SANTE
Dans le cadre des services de santé, la tâche de promotion est partagée entre les particuliers, les groupes communautaires, les professionnels de la santé, les établissements de services, et les gouvernements. Tous doivent oeuvrer ensemble à la création d'un système de soins servant au mieux les intérêts de la santé.

OMS, Charte d'Ottawa, adoptée lors de la 1ère Conférence internationale pour la promotion de la santé (1986)

En 1986 la Charte d'Ottawa inscrivait au titre des « Actions pour promouvoir la santé » un « renforcement de l'action communautaire » et soulignait l'importance de la participation des groupes concernés par des actions de santé à leur mise en œuvre[6], du début à la fin du processus : définition des priorités, choix des stratégies adoptées, élaboration concrète des réponses, mise en oeuvre sur le terrain.

Comme l'ont décrit de nombreux auteurs ou acteurs de terrain (Coppel, 2002 ; Jauffret ; Simon et al., 2012), c'est ce **recours à l'alliance avec les usagers et à l'action communautaire** qui a fondé historiquement la réduction des risques liés aux consommations de drogues, dans un double mouvement de réaction à l'irruption de sida. D'une part « pour la première fois dans l'histoire des épidémies, la lutte contre le sida a fait appel à la responsabilité individuelle et collective, un choix qui repose sur la capacité des personnes exposées au risque de contamination de changer leurs comportements », et les premiers programmes expérimentés montrent que les consommateurs de drogues sont, malgré les nombreuses représentations négatives qu'on en a, en mesure de participer de ce mouvement dès lors qu'on leur en donne les moyens. D'autre part les premiers acteurs mobilisés contre l'épidémie font le choix, dans un parti-pris de pragmatisme, de « rechercher les réponses aux problèmes avec "les personnes directement concernées", c'est à dire, ici, les usagers qui n'avaient pas renoncé à consommer des drogues » (Coppel, 2016), et de s'appuyer sur eux pour construire les réponses les plus adéquates et trouver les moyens d'en diffuser le message et les outils. Le soutien aux associations d'auto-support a ainsi fait partie des premières mesures politiques de réduction des risques en France, avec la mise à disposition de seringues, de produits de substitution et l'amélioration de l'accès aux soins pour les usagers de

6 Sans entrer dans le difficile débat sur ce qui fait communauté ou pas et suscite l'organisation collective, on prendra comme définition ici de l'« action communautaire » la caractérisation qu'en donne la Charte d'Ottawa, reprise par de nombreux acteurs de la réduction des risques, et on considérera qu'en relève toute démarche « qui engage l'implication de la cible des actions dans la création et la définition de ces actions » (Benso, 2015). On entendra par ailleurs par « associations communautaires » les associations dont le conseil d'administration est « composé majoritairement d'utilisateurs des services de l'organisme ou de membres de la communauté qu'il dessert », comme l'entend l'article 334 de la Loi sur la santé et les services sociaux québécoise, définition utilisée elle aussi dans certains milieux de l'autosupport et du travail social français.

drogues. Il a fait aussi de la réduction des risques l'« une des rares politiques de santé en France avoir mis en œuvre le principe de promotion de la santé et de participation communautaire » (Coppel, *ibid*).

Vingt ans plus tard l'évidence de cette alliance n'est plus acquise, et la place des usagers dans le dispositif paraît en souffrance. L'expression des consommateurs de produits illicites continuant de passer pour dangereuse, le principe d'une éducation par les pairs est souvent décrédibilisé. L'institutionnalisation du dispositif, en imposant des profils de recrutement conformes aux normes du médico-social, a restreint l'intégration de consommateurs ou ex-consommateurs dans les équipes, et ceux qui y travaillent malgré tout sont non seulement pris dans des tensions contradictoires (revendiquer ou non leurs consommations, entretenir des liens avec les cultures de l'usage et/ou s'approprier la culture soignante), mais souvent trop isolés pour trouver les appuis nécessaires à la pleine réalisation de leur rôle. Les nouveaux savoirs et savoir-faire addictologiques s'étant globalement stabilisés du côté des sciences médicales, les professionnels ressentent de moins en moins la nécessité de solliciter l'expertise collective de leurs patients (Coppel, *ibid*). Enfin l'auto-support a fortement régressé depuis les années 90, les associations communautaires sont peu nombreuses, et leurs actions restent peu visibles et soutenues. Comme le constataient il y a quelques années des acteurs de terrain, « la conjonction de la fin de l'urgence sanitaire du sida et de l'institutionnalisation du dispositif de réduction des risques (...) a fragilisé cette alliance singulière », autant qu'elle a « compliqué le contact avec les nouvelles générations » (Duplessy & Chappard, 2012)

Comment repenser les modalités d'une alliance aujourd'hui encore indispensable, dans le cadre d'un dispositif en grande part institutionnalisé ? On commencera ici par rappeler pourquoi l'alliance avec les usagers reste déterminante. Puis on abordera la question de l'institutionnalisation de leur place dans le dispositif, et des formes du soutien qui pourrait lui être apporté.

2.1. Pourquoi la place des usagers est et reste déterminante dans la réduction des risques.

« Ce qui a fait l'extraordinaire efficacité des politiques de réduction des risques liés à l'usage, c'est qu'elles ont pris acte de l'expérience de la consommation en y ajoutant les acquis d'une expertise scientifique et médicale. Les outils de la réduction des risques sont le résultat d'une alliance entre usagers, praticiens et chercheurs. » (Coppel, 2013)

Les consommations de produits psychoactifs ont toujours connu des régulations. De tous temps

leurs usagers ont appris ou apprennent à en contrôler autant que possible les effets au travers de dosages et de fréquences, se transmettent les modes d'emploi minimaux qui permettent de protéger leur santé (ou au moins de bien vivre leurs consommations), s'assistent au besoin mutuellement pour sécuriser les expériences, ou évitent certaines activités sous effets de produits pour en limiter les risques (Coppel, 2013 ; Lalande, 2007). Mais l'usage de produits illégaux ou détournés de leurs fonctions médicales met en porte-à-faux avec la loi comme avec la médecine, et ces subcultures d'usage des produits se développent en marge des savoirs tolérés, invisibles et/ou dévaluées par les cultures dominantes. Illisibilité, stigmatisation, condamnations non seulement symboliques mais parfois pénales, conflits de légitimité entre cultures d'usage et culture médicale, méfiance de l'institution, crainte du jugement ou de l'ingérence médicale dans les consommations : les raisons sont nombreuses pour les consommateurs de se tenir à l'écart du système sanitaire tant qu'ils le peuvent, comme elles sont nombreuses pour les intervenants sociaux et les soignants de déjuger leurs patients et de renoncer souvent à comprendre (Lalande, 2016).

Face à une telle distance, qui tend en outre à se creuser à mesure de l'institutionnalisation du dispositif (Hoareau, 2016), « adopter une attitude de non-jugement » ne suffit pas[7]. Maintenir l'alliance avec des usagers est et reste indispensable. Eux seuls sont en mesure d'approcher le concret des pratiques et de suivre des consommations en constante évolution, très fortement réactives aux changements de contextes (aussi bien culturels que liés aux restructurations du marché des drogues, de l'offre sanitaire etc.) et mutant avec les époques et les générations. Eux seuls disposent des « compétences pharmacologiques (effets des produits), sociales (connaissance des réseaux d'usagers), techniques (pratiques de consommation), morales (codes spécifiques au monde des usagers) » (Jauffret-Roustide, 2010) qui leur permettent tout à la fois d'*identifier les problèmes* sanitaires potentiels, d'y *construire des réponses*, en lien avec médecins et chercheurs, de *relayer les informations* utiles auprès des consommateurs, et de les *accompagner* dans leurs trajectoires d'usage ou de réduction des risques. L'alliance doit donc être recherchée et construite avec eux dès l'amont, et non comme seul aboutissement des programmes de réduction des risques. Elle constitue un point de départ et une méthode de la réduction des risques.

Sans revenir sur une histoire déjà décrite par d'autres (voir notamment Coppel, 2002), on se

7 On remarquera plus généralement avec Jean-Pierre Lhomme qu'« adopter une attitude de non-jugement » ou « hiérarchiser les risques » font partie des fondamentaux de l'exercice de la médecine, plus qu'ils ne sont caractéristiques d'une philosophie de la réduction des risques (« La réduction des risques et l'évolution du modèle patient-médecin : une approche centrée sur la personne », entretien avec Jean-Pierre Lhomme & Paul Bolo, *Histoire et principes de la réduction des risques*, Médecins du Monde, 2013, 49-55)

souviendra de l'initiative du Bus des Femmes, en 1986-87, portée par et avec des femmes prostituées (parmi lesquelles des consommatrices de drogues), s'adressant au ministre de la Santé pour faire valoir leur propre mobilisation contre l'épidémie de sida et les droits qui leur permettraient de la renforcer, et débouchant en 1990 sur la première action communautaire en France : un « Bus des femmes » géré par des femmes relais et proposant un programme de « prévention par les pairs ». Bien d'autres associations ou programmes de réduction des risques se sont formés depuis sur le même type d'impulsion, et enchaînant, dans un même processus : prise en compte d'un problème, élaboration d'une réponse communautaire, puis quête si nécessaire de soutiens et/ou d'alliances avec des partenaires (médecins, chercheurs, autorités publiques) à même renforcer l'action entreprise en lui associant d'autres compétences. Ainsi l'association Techno+ est-elle née en 1995 du désir d'un petit groupe de *ravers* de compiler et de partager des informations « claires et objectives » sur les produits qu'ils consommaient ou voyaient consommer autour d'eux, avant d'établir des liens avec Aides et Drogues Info Service, puis de demander, quelques années après, un soutien à la MILDT[8]. Le groupe d'auto-support en ligne Psychoactif s'est-il formé en 2006 sur le « constat de l'absence de groupe de parole d'usagers actifs pour parler de sa gestion de consommation, de la réduction des risques, des traitements de substitution », et est-il géré aujourd'hui par une équipe de modérateurs et d'animateurs usagers et ex-usagers de drogues s'associant à l'occasion les compétences de médecins ou de pharmaciens à même de compléter leurs réponses. Ou l'association communautaire Not For Human a-t-elle été créée en 2013, là encore par des bénévoles, pour promouvoir des messages de réduction des risques fiables et aussi documentés que possible sur les nouvelles substances psychoactives – en amont même de la production de données validées, encore inexistantes[9] – et faire en sorte qu'elles soient diffusées sur les lieux mêmes où elles s'échangent et se discutent, à savoir les forums de discussion en ligne (spécialisés mais aussi généralistes, comme Doctissimo) (Benso, 2015).

8 Voir : http://www.technoplus.org/t,1/1069/historique?PHPSESSID=f0b3f9de0c7de1c542b6efd3769f7420

9 « La recherche en ligne de contenus générés par des utilisateurs soulève inévitablement des questions d'authenticité, de validité et de fiabilité. Des problèmes tels que canulars, inexactitudes et informations trompeuses doivent être considérés lorsque l'on évalue la qualité de contenus en ligne, y compris au sujet des drogues. Toutefois, sur les forums communautaires de consommateurs de drogues, des utilisateurs éduqués et informés peuvent fournir aux consommateurs des informations fiables sur des produits jusqu'alors inconnus. Les connaissance techniques et pharmacologiques qu'ont ces « e–Psychonautes » des substances peuvent être d' un niveau standard extrêmement élevé.[…] En termes de santé publique, il y a un potentiel d'utilisation des forums internet liés à la drogue pour informer la recherche, la politique, les connaissances cliniques, le traitement, l'éducation et les approches préventives, surtout quand, pour beaucoup de ces nouveaux composés, on remarque une absence d'autres sources primaires plus traditionnelles d'information. Intégrer les forums et les informations qu'ils fournissent dans une approche ciblée de prévention et de réduction des risques est un défi difficile mais qui en vaut la peine. » DAVEY Z., SCHIFANO F., CORAZZA O., DELUCA P. « E-Psychonauts : conducting research in online drug forum communities », *Journal of Mental Health*, August 2012, 21(4) : 386-394, UK, cité par Benso, 2015.

Les consommateurs et ex-consommateurs sont donc d'abord pour le dispositif une force **d'innovation et de proposition**. Mais ils y jouent aussi d'autres rôles essentiels, qui découlent de leur connaissance des mondes de la consommation et des conditions concrètes de l'usage, comme de leur capacité à accéder aux réseaux de consommateurs : un **rôle d'expertise critique,** qui va de la contribution à la mise au point de nouveaux outils de réduction des risques (pipe à crack, filtre toupie, etc.) à la co-élaboration des programmes ou de leurs orientations ; un **rôle de diffusion** des informations, des nouveaux matériels ou des normes d'usages à moindre risque dans les milieux de consommateurs, exercé tantôt sur le terrain, tantôt au travers des outils d'information dont disposent leurs associations : flyers (Techno+, Asud), journaux (Asud), sites internet (Psychoactif, Asud, etc.) ; ainsi qu'un **rôle d'accompagnement et de renforcement des capacités d'action (empowerment**) de leurs pairs, exercé tant au plan individuel, sous la forme de conseils sur les consommations (*counselling*), d'aide à l'orientation dans le monde socio-sanitaire, ou de partage d'expériences de la domination et du « savoir-y-faire » avec les institutions (du soin, de l'accompagnement social, judiciaires ou policières) (Demailly, 2014), qu'au plan collectif, les associations d'auto-support fournissant le point d'appui d'une culture commune et d'un travail identitaire renforçant les capacités des individus[10] autant que des revendications collectives.

Pour centraux qu'ils soient pour le dispositif, ces quatre rôles sont pourtant précaires. Ils s'exercent paradoxalement de façon plus ou moins visible, mal perçue souvent depuis le champ médico-social, et bénéficient de formes de soutien et de reconnaissance variables. Bon nombre des consommateurs qui s'engagent dans ces activités le font **de façon militante ou « informelle »** (non rémunérée, voire non reconnue) : c'est le cas souvent de la prise en charge de stands de prévention dans les fêtes techno, de la veille ou de l'animation de forums sur internet, ou de la participation par exemple aux dispositifs de recueil de données Trend et Sintes[11]. D'autres **de façon plus officielle et/ou formalisée** au sein d'associations d'auto-support (ces fonctions faisant alors l'objet, sinon de rémunération, au moins de reconnaissance symbolique) : lorsque leurs membres représentent les usagers dans des instances administratives ou commissions diverses, ou animent les média de leurs associations par exemple (journal Asud, sites et forums). D'autres enfin exercent ces fonctions **dans un cadre professionnel** lorsque, « usagers salariés » du secteur, il jouent ces différents rôles au sein d'une structure médico-sociale : alerte et repérage de difficultés individuelles aussi bien que de phénomènes collectifs survenant dans l'environnement de la structure ; co-élaboration critique (repérage des ressentis et de « ce qui se dit » du côté des

10 sur le travail identitaire et la capacité à élaborer et dépasser le stigmate, voir Pollack : plus les personnes sont à même d'assumer leur identité, plus elles sont à même de se protéger et de diffuser des messages de protection.

11 Ces dernières fonctions, qui mobilisent parmi d'autres ressources la capacité de consommateurs ou ex-consommateurs à faire remonter des informations de leurs réseaux, ne sont pas rémunérées mais seulement défrayées, même si les collecteurs sont souvent cités et remerciés dans les rapports.

consommateurs au sujet des programmes, facilitation des aller-retours critiques, de l'expression des usagers et de la bonne réception de leurs avis au sein des structures) ; rôles d'accompagnement déjà décrits (*counselling*, etc.) ; ou encore fonctions d'outreach, **l**eur familiarité avec les mondes de l'usage en faisant les mieux placés pour défricher de nouveaux terrains et « aller vers » les consommateurs éloignés du soin.

2.2. La place des usagers est-elle antinomique de son institutionnalisation ?

La « place originelle » des usagers est et reste donc bien « déterminante » dans le dispositif de la réduction des risques. Mais elle n'y est plus soutenue aujourd'hui que partiellement, et si l'on peut dire, « du bout des doigts ». Est-ce une fatalité qu'elle y reste si fragile, et y a-t-il à cela des raisons structurelles ?

Peut-on institutionnaliser un rôle en grande partie critique et/ou perçu comme subversif ?, pourrait-on demander tout d'abord. La réticence procède bien souvent en effet de l'image négative dont souffrent les consommateurs de drogues, et la question doit être posée en premier lieu sur le plan légal, tant il semble que la tentation reste grande de limiter sans cesse le périmètre de leur rôle, en leur rappelant les interdictions qui leur sont faites. D'autres reviendront lors de ces journées sur l'impact du cadre légal et réglementaire sur le dispositif (Yann Bisiou et Christian Ben Lakhdar). On se bornera donc ici à rappeler le frein que constituent pour l'ensemble du secteur, non seulement la condamnation pénale de la consommation de stupéfiants, mais celle de l'*expression* de leurs consommateurs (interdiction de présenter les drogues illégales sous un jour positif, article L3421-4 du Code de la santé publique). Outre les distorsions qu'inflige ce cadre d'interdiction légale au suivi thérapeutique et/ou social d'une part des usagers des programmes, et les menaces qu'il fait peser sur les pratiques privées de ses certains salariés (contribuant notamment à empêcher que celles-ci soient *parlées* dans les équipes), l'histoire de la réduction des risques est émaillée de mesures de désaveu des associations d'auto-support – procès, retrait de subventions publiques, campagnes de dénigrement – qui ne cessent de les fragiliser, au détriment de l'ensemble du secteur.

Mais la question excède celle des interdits légaux. Capacité à innover et fonction critique ne tendent-elles pas à s'épuiser pas dans leur institutionnalisation, comme le veulent les jeux de pouvoirs internes aux institutions, et le laissent penser les difficultés rencontrées par les usagers salariés à faire valoir logiques et point de vue de l'usage, dans des univers fortement médicalisés ? Aussi convaincante qu'elle soit, la question est pourtant peut-être mal posée, et on gagnerait sans doute à penser l'institutionnalisation de la place des usagers dans le dispositif en élargissant

l'usage du terme à celui d'un **soutien institutionnel à l'ensemble des lieux de leur représentation et de leurs initiatives**.

Le dispositif de la réduction des risques connaît aujourd'hui pour l'essentiel quatre modes de participation des usagers : la représentation des usagers des services dans des Conseils de la Vie Sociale, depuis 2002 ; la présence de consommateurs ou d'ex-consommateurs professionnalisés ou semi-professionnalisés dans le dispositif médico-social (Caarud et Csapa) sous des statuts variables : « pairs aidants », « médiateurs de santé pairs », « moniteurs-éducateurs » et « éducateurs spécialisés » lorsqu'ils ont passé les diplômes requis ; leur implication dans des associations communautaires ; et leur représentation au travers d'associations d'auto-support – auxquels il faudrait ajouter, pour compléter le paysage, le rôle transversal des grandes associations nationales que sont l'AFR, Aides ou Médecins du Monde, associations sinon « communautaires » au sens strict, au moins fortement marquées par leurs liens avec les mondes de l'usage, qui offrent le support d'élaboration d'une culture collective de la réduction des risques « socio-sanitaire » au travers de la mise en réseau des structures, de l'offre de formations professionnelles ou de l'organisation de rencontres nationales ou régionales permettant le croisement des expériences et la construction de perspectives théoriques, critiques et politiques.

Aujourd'hui la réflexion sur l'institutionnalisation de la place des usagers se concentre sur les deux seules premières catégories. « Institutionnaliser la place des usagers » équivaut pour l'essentiel à professionnaliser quelques individus provenant des mondes de l'usage dans le dispositif socio-médical (« offrir une VAE à l'ex-consommateur qu'on embauche dans une structure ») et à mettre en place des protocoles ou des référentiels élaborés avec leur aide, tout en tentant de faire fonctionner tant bien que mal des conseils de la vie sociale. Mais cette réponse, qui entrevoit bien ses limites, est partielle. D'autres voies pourraient être explorées. Sans prétendre apporter ici de solutions toutes faites – **la mise en œuvre d'un chantier de réflexion collectif serait utile sur ces questions débattues de plus en plus souvent sur le terrain** –, quelques axes de réflexion peuvent être proposés : d'un côté il paraîtrait utile d'apporter un soutien aux usagers professionnalisés qui leur permette d'exercer leur difficile rôle de « pair » au sein des structures ; de l'autre l'ensemble du secteur gagnerait à voir renforcer l'aide aux associations communautaires et/ou d'auto-support, aujourd'hui fragilisées par le manque de moyens. Jeter des ponts entre les deux pourrait également contribuer à consolider les deux parties.

2.2.1. Clarifier le rôle des usagers professionnalisés et les soutenir dans leurs fonctions

Comme dans les autres domaines du soin ou de l'action socio-sanitaire qui ont recours au service de « pairs » (santé mentale, personnes en situation de handicap), les médiateurs de santé et/ou usagers professionnalisés ont à assumer un rôle difficile. « Appartenant aux deux mondes, celui des malades ou des ex-malades, et le monde des soignants, ils sont les témoins privilégiés des différences de points de vue et des ponts qu'il reste à construire entre ces deux mondes » (Girard, 2010). Mais ils ne bénéficient pas pour autant de la reconnaissance institutionnelle, ni de la reconnaissance de leurs « pairs » qui leur permettraient de maintenir cet équilibre sur la durée, et sont souvent en position fragile.

Première difficulté, celle d'un entre-deux difficile à tenir, à plus forte raison quand ces usagers salariés sont isolés dans leur service. Chargés de faire valoir des savoirs malgré tout dominés et stigmatisés, ils ont d'abord à défendre leur position face à l'institution. « Qui a envie de travailler chaque jour au côté de ses failles ? » interrogeait une activiste australienne (Jude Byrne, du réseau Inpud, 2013). Les équipes d'éducateurs vivent parfois leur présence sur le mode de la rivalité (Bellot & Rivard, 2010), quand des médecins les ressentent comme une « force de désordre », y voyant des « porteurs de remise en cause de leur pratique clinique » (Demailly, 2014). Déléguer ce rôle à quelques individus isolés peut dès lors devenir synonyme de souffrance, à moins que les personnes, et on ne verrait guère comment leur reprocher, n'assimilent peu à peu la culture professionnelle des institutions qui les emploient, relâchant progressivement leurs liens dits « communautaires », et émoussant à mesure leurs capacités critiques ou de médiation.

Seconde difficulté, qui elle aussi peut être source d'inconfort et de souffrance : plutôt que des *fonctions* (d'alerte, de relais des informations, etc.), les discours sur l'emploi de salariés « pairs » dans le dispositif cherchent à professionnaliser – voire à essentialiser – chez eux une gamme de *savoirs* (« savoir-être », « savoir-faire » etc.) globalisés de façon plus ou moins approximative, qui amalgame au fond différents registres de compétences : capacités individuelles à l'empathie et à l'accompagnement ; savoirs d'usage basés sur leur expérience des produits, mais relevant en grande part de systèmes de savoirs collectifs (Lalande, 2016) ; savoirs d'expérience dérivés d'un vécu de la maladie ou de parcours institutionnels, mais qui ne deviennent souvent partageables que lorsqu'ils ont pu être élaborés avec d'autres malades ou d'autres consommateurs... Les genres se mêlent, l'indéfinition des compétences et des rôles nuisent à la légitimité des fonctions comme à celle des personnes, et on renvoie du côté de la capacité *individuelle* des compétences qui, on l'a oublié, mobilisaient aux premières heures de la lutte contre le sida un savoir *collectif* de malades et/ou de consommateurs de drogues, construit dans la confrontation des expériences et la discussion.

Non seulement les usagers sont donc aujourd'hui peu nombreux dans le secteur médico-social, mais leur isolement fait problème. Il les fragilise autant qu'il limite la portée de leur action. D'un côté tenir leur rôle est difficile ; de l'autre l'écart se creuse entre le dispositif médico-social et le « hors champ » que forment pour lui les nouvelles pratiques et les nouvelles générations, toujours moins visibles depuis l'institution. À défaut de pouvoir augmenter leurs effectifs, accompagner ces salariés-pairs, les former et les mettre en réseau permettrait de les soutenir dans l'exercice de leurs fonctions. L'institution de liens avec des associations d'auto-support ou des associations communautaires référentes, voire des systèmes de double tutelle, pourraient être envisagés, qui leur permettraient de consolider leur position et favoriserait la sensibilisation des structures à des réalités sociales de l'usage qui excèdent la perspective médicale.
Une **recherche-action** pourrait être montée sur ces questions : en prenant appui, d'une part sur la définition de leurs problèmes et de leurs besoins par les usagers salariés eux-mêmes, d'autre part sur un recensement des expériences menées à l'international, elle aurait pour tâche de formuler et de mettre en débat des propositions en ce sens.

2.2.2. Renforcer le soutien aux associations communautaires et d'auto-support

Le soutien aux associations communautaires et d'auto-support doit par ailleurs être renforcé. On l'a vu, ces associations forment la tête de pont de l'identification des problèmes émergents et de l'innovation en matière de réduction des risques. Non seulement leur diversification est nécessaire, pour répondre à la diversité des usages et des contextes, mais c'est bien souvent de leur mobilisation spontanée – en d'autres termes de la société civile, plutôt que de l'institution médico-sociale – que surgissent des actions susceptibles de répondre aux besoins identifiés dans et par les réseaux de consommateurs. Prises entre des restrictions budgétaires croissantes et la réticence des institutions à accompagner les initiatives nouvelles, ces associations s'épuisent cependant, et le risque est grand de voir disparaître cette composante indispensable du dispositif.

Trois axes de travail devraient être explorés :

1/ La consolidation du secteur de l'auto-support et de la santé communautaire : pour les raisons déjà évoquées, non seulement la pérennisation des associations d'auto-support existantes (Asud, Techno+, Psychoactif, pour ne citer que les principales), mais le soutien aux associations émergentes, dès lors qu'elles portent des projets conformes aux objectifs du secteur, la

reconnaissance des projets de santé communautaires construits et dégagés sur le terrain, et une aide à la diversification des structures et programmes communautaires sont aujourd'hui nécessaires. On s'étonnera, pour ne prendre que cet exemple, de l'absence paradoxale de financement public de Not For Human, aujourd'hui fragilisé par quatre ans de fonctionnement exclusivement bénévole, alors que le plan Mildeca 2013-2017 défendait parmi ses axes prioritaires « l'expérimentation de nouvelles modalités d'action pour aller à la rencontre des jeunes sur Internet ».

2/ La mutualisation des outils et des ressources : le soutien aux associations du secteur devrait également comprendre un appui logistique, à plus forte raison quand ces dernières émergent. Entièrement absorbées ou presque, le plus souvent, par les tâches de terrain, la plupart souffrent de manque de connaissance du paysage institutionnel, de culture administrative ou de compétences disponibles pour faire face aux exigences sans fin de la constitution de dossiers de financements. Cet appui peut (il a pu déjà) s'exprimer sous la forme de solidarités inter-associatives, mais il ne devrait pas être laissé à la seule responsabilité d'autres associations. On a déjà noté plus haut par ailleurs la disparition dommageable de l'AFR. L'importance de ce lieu de synthèse et de croisement des expériences, mais aussi de formation et de réflexion, n'a sans doute pas été suffisamment mesurée. On peut déplorer que le soutien des pouvoirs publics lui ait fait défaut dans les dernières années.

3/ Le décloisonnement des secteurs institutionnel et de l'auto-support : outre les partenariats déjà proposés entre structures médico-sociales et associations d'auto-support pour soutenir les salariés-pairs du dispositif, d'autres modes de collaboration pourraient être explorés, comme la sollicitation de missions d'intervention ou d'expertise auprès d'associations par le secteur institutionnel. Ce mode d'intervention a été expérimenté à l'étranger dans d'autres domaines (auto-support de détenus en Grande-Bretagne et dans les pays scandinaves). Il est utile pour réduire la distance entre cultures institutionnelles et cultures « déviantes », dont l'expression est entravée par des phénomènes de domination (incompréhension, défiance, refus de la discussion, etc.). Les associations, sollicitées par des institutions exposées à des difficultés internes ou externes, y proposent des méthodes d'intervention permettant aux usagers de participer aux réponses qui les concernent[12].

Ces trois pistes ne forment que quelques-unes parmi d'autres. L'objectif doit dans tous les cas être

12 C'est le cas de l'association britannique User Voice : cf. « User Voice : une association d'anciens condamnés au Royaume-Uni », entretien avec Mark Johnson, recueilli par Sarah Dindo et Barbara Liaras, [magazine de l'Observatoire International des Prisons (OIP, section française)], n°85, octobre 2014.

de réinventer une place aux usagers et à leurs représentants, dans un dispositif qui voit peu à peu se raréfier leur voix. Il y a quelques années, un constat encore plus d'actualité aujourd'hui qu'hier pouvait être dressé :

> *« Fers de lance de la prise en compte politique et pratique des savoirs d'usage, [les] associations [d'auto-support et de santé communautaire] n'ont ni reconnaissance institutionnelle, ni stabilité financière, ni légitimité. Montrées du doigt pour « incitation à l'usage », mises sur la sellette par le rapport sénatorial "Drogues, l'autre cancer" en 2003, elles ont même été accusées par 70 parlementaires de "mettre en œuvre" des "stratégies de banalisation des drogues et d'apprentissage à se droguer "proprement" ou de "présenter sous un jour favorable" les drogues. (…) Cette involution des rapports entre un secteur professionnel et ses usagers rappelle celle des premiers centres d'accueil. Ces derniers intégraient au début des années 70 des "ex-toxicomanes", avant d'être peu à peu coupés des savoirs et pratiques de consommation, notamment par une accumulation de contraintes réglementaires. Ils seront alors dépassés par le mouvement de la réduction des risques qui, à son tour, innovera et intégrera des usagers. Mais le manque de soutien institutionnel, politique, économique à la présence d'usagers au cœur même du dispositif, expose la réduction des risques à perdre de sa force, liée pour une très grande part à la diversification des acteurs et à la mutualisation des compétences entre usagers, professionnels du soin et chercheurs. (...) »* (Lalande & Chappard, 2012)

Vingt ans après l'émergence du mouvement de réduction des risques, l'histoire semble se répéter. Comment réinsuffler dans le dispositif une capacité à l'*empowerment*, c'est à dire à la « production collective de subjectivité » (Guattari), qui peu à peu s'épuise ? La fragilisation de la dimension communautaire du secteur est sans doute moins liée aujourd'hui à son institutionnalisation qu'à un défaut de soutien institutionnel à la participation des usagers à son dispositif. Mais soutenir les associations communautaires et d'auto-support suppose avant tout d'accepter d'entendre la voix toujours un peu discordante des usagers.

Conclusion

La réduction des risques liés aux drogues a aujourd'hui une histoire longue de vingt à trente ans en France. De sa structuration progressive n'ont pas émergé deux courants dont l'un aurait succédé à l'autre en l'englobant et en le dépassant, mais deux pratiques et deux conceptions distinctes de la réduction des risques, portées par des acteurs différents, en direction de publics tendanciellement différents : l'une que l'on peut qualifier d'addictologique, sous-branche de l'addictologie et modalité de prise en charge de problèmes d'addiction qui s'inscrit dans un continuum de réponses médicales allant de la prévention au soin de la dépendance ; l'autre perpétuant des préoccupations de santé publique apparues dans le sillage de l'épidémie de sida, et s'appuyant sur des principes d'action communautaire qui accordent large part aux besoins exprimés et élaborés par les populations concernées. Au regard de l'approche sociétale antérieure

des consommations illégales, basée sur l'interdit et l'impératif d'abstinence, la première incarne un changement de paradigme médical, et participe d'un mouvement de médicalisation des phénomènes de consommation de drogues ; la seconde un changement de paradigme dans l'approche des problèmes de santé des communautés dites « déviantes », articulé à des objectifs de transformation sociale et à une conception politique et sociale, plutôt que médicale, de la régulation des drogues. Il est dommageable qu'en France ces deux approches se trouvent aujourd'hui en situation de concurrence, et que la structuration progressive du petit champ de la réduction des risques se soit faite au détriment de la seconde – évolution dont la disparition très récente de l'Association Française de Réduction des risques est l'expression.

Les consommations se développent et se sont toujours développées par ailleurs en lien avec les évolutions sociales et culturelles, mutant et se diversifiant sans cesse. Le champ de la réduction des risques ne peut rester en phase avec les pratiques émergentes qu'en plaçant au centre du dispositif les consommateurs eux-mêmes. Mais les progrès de l'addictologie d'une part, l'institutionnalisation du dispositif d'autre part, contribuant à la médicalisation croissante du champ, ont progressivement marginalisé leur voix. Quelques salariés usagers ou ex-usagers ont certes été intégrés dans les structures médico-sociales mais en position marginale, et souvent peu audibles. Des collectifs de consommateurs continuent de se mobiliser spontanément pour faire face aux problèmes qu'ils voient surgir, mais au prix d'énergies bénévoles, et d'un faible soutien. Comment faire en sorte qu'ils retrouvent dans le champ un espace qui les mette en position d'initiative et d'impulsion, et permette en retour au dispositif de renforcer ses liens avec les pratiques émergentes ? Le soutien à leurs associations doit *a minima* être renforcé, et la place des salariés consommateurs ou ex-consommateurs réaffirmée et soutenue ; un chantier de réflexion collective mériterait également d'être engagé sur ces questions débattues de façon récurrente sur le terrain.

Certes les « usagers », en tant qu'usagers des services autant qu'en tant que consommateurs de drogues, ne peuvent que venir questionner et bousculer les systèmes de pensée dominants. Mais leur présence dans le dispositif offre la garantie que le paradigme de la « réduction des risques », défendu par ses acteurs comme une pragmatique d'action capable de se redéfinir sans cesse et de prendre en compte les parcours les plus divers et les plus « a-normaux », ne reste pas un vain mot et se maintienne actif et vivant.

Références

Aide-mémoire de la réduction des risques, 2012, dir. Alain Morel, Pierre Chappard et Jean-Pierre Couteron, Paris, Dunod.

BELLOT Céline, RIVARD Jacinthe & GREISSLER Elisabeth, 2010, « L'intervention par les pairs : un outil pour soutenir la sortie de rue », *Criminologie* (Presses de l'université de Montréal), volume 43, numéro 1, printemps-été 2010, 171-198.

BENSO Vincent, 2015, *ICI. Identifier, Comprendre et Intervenir dans les espaces sociaux numériques en lien avec les drogues*, rapport de recherche, AFR, 104p.

BERGERON Henri, 1999, *L'Etat et la toxicomanie*, Paris, PUF.

BYRNE Jude, 2013, « Nothing about us whitout us ? Je demande à voir ! Le militantisme chez les usagers de drogues et dans Inpud », *Histoire et principes de la réduction des risques*, Paris, Médecins du Monde, 57-63.

CABALLERO Francis & BISIOU Yann, 2000, *Droit de la drogue*, Paris, Dalloz.

DECORTE Tom, « Les effets adverses des politiques officielles en matière de drogue sur les mécanismes d'autorégulation des consommateurs de drogues illicites », *Drogues, santé et société* 2010 ; 9 ; 1 : 295-333.

DUPLESSY Catherine & CHAPPARD Pierre, 2012, « Dispositif de réduction des risques », *Aide-mémoire de la réduction des risques*, Paris, Dunod, 82-97.

COPPEL Anne, 2016, « Quels sont les principes fondateurs et les objectifs aujourd'hui de la RdRD ? », *Audition publique sur la réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives,* Paris, FFA, Avril 2016.

COPPEL Anne, 2013, « La réduction des risques liés à l'usage de drogues. Entre prohibition, santé publique et régulations sociétales », *Histoire et principes de la réduction des risques*, Paris, Médecins du Monde, 19-28.

COPPEL Anne, 2002, *Peut-on civiliser les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques*, Paris, La Découverte.

DEMAILLY Lise, 2014, « Les médiateurs pairs en santé mentale », *La nouvelle revue du travail* [En ligne], 5 | 2014, mis en ligne le 11 novembre 2014, consulté le 17 février 2016. http://nrt.revues.org/1952

GIRARD Vincent, « Petite histoire du rétablissement et des médiateurs en santé à Marseille », *Rhizome*, n°40, novembre 2010.

HOAREAU Emmanuelle, 2016, « Stigmatisation de l'usager de substances illicites et enjeux de l'entretien individuel », *Nouvelle revue de psychosociologie*, Erès, 2016, n°21.

JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, 2011, « Réduction des risques. Succès et limites du modèle à la française », *Alcoologie & Addictologie*, 2011, 33 (2), 101-110.

JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, 2010, « L'auto-support des usagers de drogues : concepts et applications », *Rhizome*, n°40, novembre 2010.

JAUFFRET Marie, 2000, « La réduction des risques : enjeux autour d'une mobilisation collective »,

Mana, n°8, décembre 2000, 161-188.

LALANDE Aude, 2016, « Savoirs "profanes" et savoirs "savants" : jeux de miroir dans le cabinet médical », *Nouvelle revue de psychosociologie*, Erès, 2016, n°21.

LALANDE Aude, 2007, “ Drogues : quels dommages ? ”, *Vacarme* n°40, été 2007, 28-32.

LALANDE Aude & CHAPPARD Pierre, 2012, « Réduction des risques, savoirs profanes et professionnalisation », *Aide-mémoire de la réduction des risques*, Paris, Dunod, 98-110.

LEBEAU Bertrand, 1999, « Politique de réduction des risques », *Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances*, Paris, Larousse, 352-356.

Histoire et principes de la réduction des risques. Entre santé publique et changement social, Médecins du Monde, 2013.

MENNERET Frédéric, 2013, « La réduction des risques : une pensée en archipel », *Histoire et principes de la réduction des risques*, Paris, Médecins du Monde, 6-10.

MOREL Alain, CHAPPARD Pierre & COUTERON Jean-Pierre, dir., 2012, « Introduction », *Aide-mémoire de la réduction des risques*, Paris, Dunod, 1-5.

O'MARA Erin, 2013, « Femmes stupéfiantes », *Histoire et principes de la réduction des risques*, Paris, Médecins du Monde, 73-80.

SIMON A., ANDREO C., MOREL A., SPIRE B., « La place des usagers dans l'action et l'innovation en réduction des risques », *Aide-mémoire de la réduction des risques*, Paris, Dunod, 47-53.

STENGERS Isabelle & RALET Olivier, 1991, *Drogues, le défi hollandais*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond.

Quel périmètre et quelles limites doit avoir la réduction des risques (vision internationale) ?
Doit-elle porter sur la demande (les usagers) ou intervenir aussi sur l'offre (l'accès aux produits et leur qualité) ?

Marie NOUGIER
Senior Research and Communications Officer
International Drug Policy Consortium
mnougier@idpc.net

Introduction

Ces cinquante dernières années, les pays du monde entier ont adopté une approche hautement répressive et punitive à l'encontre de tous les acteurs impliqués dans le marché des drogues, y compris les consommateurs de drogues – afin de répondre à leurs obligations internationales dictées par les trois traités onusiens sur les drogues : la Convention Unique sur les Stupéfiants de 1961, la Convention des Nations Unies sur les Substances Psychotropes de 1971 et la Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988.[1] En 1998, c'est-à-dire lors de la dernière Session Extraordinaire de l'Assemblée Générale de l'ONU (UNGASS) sur les drogues, les Etats membres avaient adopté comme slogan officiel : « Un monde sans drogue, nous pouvons le faire ». L'objectif était alors d'éradiquer toutes les drogues d'ici 2008.[2] En 2009, ce délai était repoussé à 2019.[3]

Selon les estimations actuelles, environ mille milliards de dollars sont dépensés chaque année pour contrer les marchés illégaux des drogues à travers le monde.[4] Malgré ces efforts, la stratégie prohibitionniste mise en place depuis 1961 n'a pas permis de réduire substantiellement l'ampleur des marchés ou la prévalence de consommation de drogues.[5] Au contraire, elle a eu des effets dévastateurs, conduisant à une forte expansion du marché noir, de la corruption et de la violence associée aux marchés des drogues, à une explosion des épidémies du sida et des hépatites parmi les usagers de drogues, ainsi que des décès par overdose, et à de nombreuses violations des droits humains.[6]

---

1 https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/Int_Drug_Control_Conventions/Ebook/The_International_Drug_Control_Conventions_F.pdf
2 http://www.un.org/ga/20special/
3 ONUDD (2009), *Déclaration politique et plan d'action sur la coopération internationale en vue d'une stratégie intégrée et équilibrée de lutte contre le problème mondial de la drogue*, https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_52/Political-Declaration2009_V0984964_F.pdf
4 Count the Costs (2013), *The war on drugs : Wasting billions and undermining economies*, http://www.countthecosts.org/sites/default/files/Economics-briefing.pdf
5 L'ONUDD a conclu en 2012, 2013 et 2015 que la prévalence de la consommation de drogues restait stable. Voir : Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2015), *Rapport Mondial sur la Drogue*, http://www.unodc.org/documents/wdr2015/WDR15_ExSum_F.pdf
6 Voir, par exemple : Costa, A.M. (7 Mai 2008), *"Making drug control 'fit for purpose' : Building on the UNGASS decade" – Report of the Executive Director of the United Nations Office on Drugs and Crime as a contribution to*

Il est certain que l'usage de drogues peut conduire à des effets nocifs sur la santé des consommateurs. Cependant, la mise en œuvre de politiques excessivement répressives envers les usagers de drogues a largement exacerbé ces risques, sans pour autant réduire les niveaux de consommation.

Aujourd'hui, alors que les gouvernements, les agences onusiennes, les ONG, chercheurs et activistes s'apprêtent à participer à une nouvelle UNGASS en Avril 2016,[7] il est grand temps d'admettre qu'il est tout simplement impossible d'éradiquer le marché mondial des drogues. Il est cependant possible d'élaborer des politiques et des programmes qui minimisent les dommages associés à la consommation de drogues et aux marchés illicites.

Le concept de « réduction des risques » permet d'intervenir avec pragmatisme sur la consommation de drogues, afin d'en minimiser les dommages. En effet, la réduction des risques se réfère aux « politiques, programmes et pratiques qui visent principalement à réduire les conséquences sanitaires, sociales et économiques de la consommation de drogues psychoactives légales et illégales, sans forcément réduire le niveau de consommation. La réduction des risques est bénéfique pour les usagers, leurs familles et la communauté ».[8]

La réduction des risques est apparue dans les années 1970-1980 en Europe occidentale afin de minimiser les risques d'infections au VIH par injection de drogues. Des mesures pragmatiques ont alors été introduites dans certains pays européens, en particulier des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues (PES) et de traitements de substitution aux opiacés (TSO). Depuis, la réduction des risques s'est répandue à travers le monde, s'adaptant aux nouvelles tendances et formes de consommation. Aujourd'hui, 88 pays reconnaissent officiellement la réduction des risques dans leurs lois, politiques et stratégies nationales, et proposent des services de réduction des risques aux consommateurs qui en ont besoin.[9]

Les preuves scientifiques portant sur l'efficacité de ces services abondent.[10] En effet, les pays ayant adopté des services et programmes de réduction des risques ont pu diminuer substantiellement le nombre de décès liés à la consommation de drogues et réduire les taux d'infections au VIH et aux hépatites parmi les usagers de drogues. Dans certains contextes, le niveau de stigma et de discriminations contre les usagers de drogues a lui aussi chuté.[11]

Malgré ces données encourageantes, un certain nombre de pays restent fermement opposés à la mise en place de tels services, ou au principe même de réduction des risques,

---

the review of the twentieth special session of the General Assembly, E/CN.7/2008/CRP.17*, https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_51/1_CRPs/E-CN7-2008-CRP17_E.pdf

[7] Voir : www.ungass2016.org

[8] International Harm Reduction International (2010), *Qu'est-ce que la réduction des risques et des méfaits ?*, http://www.ihra.net/files/2010/06/01/Briefing_What_is_HR_French.pdf

[9] Harm Reduction International (2015), *The global state of harm reduction 2014*, http://www.ihra.net/contents/1524

[10] Voir, par exemple : Wodak, A. & Maher, L. (2010), 'The effectiveness of harm reduction in preventing HIV among injecting drug users', *N S W Public Health Bull,* **21**(3-4): 69-73, doi: 10.1071/NB10007

[11] Commission Mondiale sur les Politiques des Drogues (2011), *La guerre aux drogues*, http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Commission_Report_French.pdf

préférant continuer à adhérer à une approche idéologique et morale vis-à-vis de la consommation de drogues.

Ce document vise à donner une vue d'ensemble de l'adoption et de la mise en œuvre des programmes de réduction des risques à l'échelle mondiale, en soulignant les avancées et les obstacles auxquels cette approche continue d'être confrontée au niveau national et à celui des Nations Unies. Le document offre par ailleurs une analyse des politiques ayant été élaborées, afin de mettre pleinement en œuvre le principe de réduction des risques. Pour ce faire, nous nous tournerons d'abord vers les réformes permises dans le contexte du droit international relatif au contrôle des drogues, puis nous considèrerons les possibilités de réforme allant au-delà des limites imposées par les traités, en particulier la régulation des marchés des drogues.

La réduction des risques région par région

L'Europe : leader mondial en matière de réduction des risques

C'est en Europe occidentale que les premiers services de réduction des risques ont été établis, principalement afin de répondre aux épidémies de sida parmi les usagers de drogues injectables, à la fin des années 1970-début des années 1980. Les services alors disponibles étaient généralement établis de manière ad hoc, au niveau local, parfois par les usagers de drogues eux-mêmes, afin de répondre aux risques de santé auxquels ils étaient confrontés.

Depuis, la réduction des risques s'est ancrée dans les lois et stratégies de la plupart des pays européens.[12] De solides stratégies politiques ont été élaborées – tant au niveau national que régional[13] – et des programmes de réduction des risques ont été établis afin de réduire les dommages liés à la consommation d'opiacés. Des PES et des programmes de TSO sont, à ce jour, disponibles dans la plupart des Etats européens.[14]

Dans certains pays, comme l'Allemagne, l'Espagne, les Pays-Bas, la Suisse et bientôt la France, des salles de consommation à moindre risque ont été créées afin de parer aux problèmes liés à la consommation de drogues en extérieur (*open drug scenes*) et réduire les risques liés à l'injection de drogues au sein des populations de consommateurs les plus marginalisées.[15] Bien que cette approche fasse encore polémique dans certains pays, ces salles de consommation bénéficient aujourd'hui d'une solide base scientifique démontrant

[12] En Europe de l'Ouest, tous les pays font référence à la réduction des risques dans leurs documents politiques, sauf l'Islande. Voir : Harm Reduction International (2015), *the global state of harm reduction 2014*, p. 12, http://www.ihra.net/files/2015/02/16/GSHR2014.pdf
[13] EU drug strategy
[14] Harm Reduction International (2015), *the global state of harm reduction 2014*, http://www.ihra.net/files/2015/02/16/GSHR2014.pdf
[15] Observatoire International sur les Drogues et les Toxicomanies (2015), *Drug consumption rooms : An overview of provision and evidence*, http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/drug-consumption-rooms

leur efficacité à réduire les dommages de santé pour les consommateurs, et à minimiser les nuisances publiques et les délits mineurs liés à l'usage de drogues.[16]

D'autres programmes innovants ont par ailleurs été mis en place pour diminuer les taux de mortalité par overdose pour les consommateurs d'opiacés (comme par exemple les programmes de distribution de naloxone ou de formation sur les différentes manières de l'administrer).[17] Enfin, le Royaume-Uni, la Suisse, l'Allemagne ou encore les Pays-Bas font usage de l'héroïne comme thérapie de substitution pour les personnes n'adhérant pas aux TSO classiques.[18]

Les prestataires de services sont aujourd'hui confrontés à une nouvelle réalité – l'émergence de nouvelles substances psychoactives. Ces substances sont associées à de nouveaux risques, et nécessitent généralement que les services de réduction des risques soient adaptés pour pouvoir minimiser les dommages sur la santé des consommateurs. La Suisse et l'Espagne ont été innovantes dans ce domaine en offrant des services d'analyse des drogues (*drug checking*) en milieu festif, afin de permettre aux usagers de savoir ce qu'ils consomment.[19] Enfin, les nouveaux marchés en ligne – comme par exemple Silk Road – ont forcé certains prestataires de services à adapter leurs interventions de réduction des risques en offrant leurs conseils dans des forums sur internet, plutôt que dans un centre traditionnel de réduction des risques. Les consommateurs de drogues eux-mêmes font usage de ces forums pour échanger des informations sur certaines drogues, leur permettant ainsi de mieux se prémunir contre les risques liés à certaines substances.[20] Cependant, ces services restent limités et inaccessibles dans de nombreuses régions du monde.

D'autre part, la récente crise économique a causé des dégâts importants et conduit de nombreux pays à réduire les financements de programmes de réduction des risques. En Grèce[21] et en Roumanie,[22] le manque de financements pour les PES, couplé avec l'émergence de nouvelles substances psychoactives injectables, a conduit à une explosion des taux de VIH parmi les usagers de drogues. En Europe de l'Est, le retrait du Fonds Mondial des pays maintenant identifiés comme étant « à revenus moyens » a conduit à la fermeture de plusieurs services de réduction des risques.[23] En Espagne et même au

---

[16] Ibid; Schatz, E. & Nougier, M. (2012), *Salles de consommation à moindre risque : les preuves et la pratique* (Londres : International Drug Policy Consortium), https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/IDPC-Briefing-Paper_Drug-consumption-rooms_FR.pdf

[17] Voir, par exemple : Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (2015), *Prévenir les surdoses en opiacés à l'aide de naloxone à emporter à domicile*, https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/Newsrelease_1_FR_2016_Naloxone_Final.pdf

[18] Strang, J., et al (July 2015), 'Heroin on trial: Systematic review and meta-analysis of randomised trials of diamorphine-prescribing as treatment for refractory heroin addiction', *The British Journal of Psychiatry*, **207**(1): 5-14, http://bjp.rcpsych.org/content/207/1/5

[19] NEWIP (2012), *Drug checking service: Good practice standards*, http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_231074_EN_INT15_NEWIP_Drug%20checking_standards-final_20.12-A4.pdf

[20] Soussan, C. & Kjellgren, A. (2014), 'Harm reduction and knowledge exchange – A qualitative analysis of drug-related internet discussion forums', *Harm Reduction Journal*, **11**(25), doi: 10.1186/1477-7517-11-25

[21] Kloka, M. (2014), *The HIV epidemic among injecting drug users in Greece during the economic crisis* (Diogenis), https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/Diogenis-briefing-paper-HIV-final.pdf

[22] Botescu, A. et al (2012), *HIV/AIDS among injecting drug users in Romania*, http://drugscope.us1.list-manage.com/track/click?u=4e3613c82d79446dce1623c51&id=19410a7f6f&e=26436659e8

[23] Eurasian Harm Reduction Network (2012), *Quitting while not ahead: The Global Fund's retrenchment and the looming crisis for harm reduction in Eastern Europe & Central Asia*, http://www.aidsalliance.org/includes/Document/Quitting-While-Not-Ahead.pdf

Portugal, les coupes budgétaires gouvernementales ont aussi eu un impact sévère sur la disponibilité de services de réduction des risques.[24]

L'Amérique du Nord : un nouveau souffle ?

Comme en Europe, les services de réduction des risques sont très répandus en Amérique du Nord. Aux Etats-Unis, les nombreux décès par overdose ont conduit de nombreux Etats fédérés à adopter des PES, ainsi que des programmes de TSO et de prévention des overdoses.[25] Au niveau fédéral, cependant, le gouvernement s'est montré réticent à soutenir ces mesures. En effet, ce n'est qu'en Janvier 2016 que le gouvernement a levé son embargo sur le financement fédéral des PES – qui était en place depuis 1998.[26] Cet embargo a eu un effet négatif important sur l'expansion des programmes de réduction des risques au niveau fédéral et local dans les années 1990 et 2000. Cette décision de la part du gouvernement du Président Obama est par conséquent importante.

Quant au Canada, il a été tant précurseur que conservateur sur la question de la réduction des risques. Avant l'arrivée au pouvoir du gouvernement Harper en 2006, le Canada avait adopté une position relativement pragmatique vis-à-vis de la réduction des risques, et mis en œuvre toute une série de programmes : PES, TSO, distribution de pipes à crack, et ouvert la seule salle de consommation à moindre risque du continent américain à Vancouver – Insite.[27] Sous Harper, cependant, le gouvernement canadien s'est régulièrement prononcé contre la réduction des risques, et a tenté à plusieurs reprises de fermer Insite, qui a pu résister grâce à la protection de la Cour Suprême canadienne.[28] L'élection de Justin Trudeau fin Octobre 2015 a marqué un nouveau tournant progressiste dans la politique du pays en matière de drogues.

L'Amérique latine : des approches locales innovantes

La drogue la plus consommée en Amérique latine reste le cannabis. Les consommations les plus problématique dans la région sont cependant associées à la cocaïne et ses dérivés – en particulier le crack et la « *pasta base* » (un terme générique qui définit des produits à base de cocaïne de très basse qualité qui sont fumés et dont la consommation est associée à de nombreux problèmes de santé). Les niveaux d'injection aux opiacés étant généralement assez bas, les services traditionnels de réduction des risques sont peu répandus dans la région, sauf en Colombie et dans certaines villes d'Argentine et du

---

[24] Voir, par exemple: Federacion Andaluza Enlace (2015), *Preocupación de las ONG andaluzas de adicciones por la reducción de las ayudas para la atención a colectivos desfavorecidos*, http://idpc.net/es/alerts/2015/09/preocupacion-de-las-ong-andaluzas-de-adicciones-por-la-reduccion-de-las-ayudas-para-la-atencion-a-colectivos-desfavorecidos

[25] Harm Reduction International (2015), *The global state of harm reduction 2014*, http://www.ihra.net/files/2015/02/16/GSHR2014.pdf

[26] Stanton, J. (6 Janvier 2016), 'After decades, Congress effectively lifts ban on federally funded needle exchanges', *BuzzFeedNews,* http://www.buzzfeed.com/johnstanton/after-decades-congress-effectively-lifts-ban-on-federally-fu#.cug4nXwXe

[27] See, for instance: National Post (30 December 2011), *Vancouver health body begins free crack pipe program for addicts*, http://news.nationalpost.com/news/canada/vancouver-health-body-begins-free-crack-pipe-program-for-addicts; for best practice guidelines on safer crack smoking equipment distribution, see: Strike, C, Gohil, H. & Watson T.M. (2014), *Safer crack cocaine smoking equipment distribution: Comprehensive best practice guidelines* (Canada's source for HIV and hepatitis C information), http://www.catie.ca/en/pif/fall-2014/safer-crack-cocaine-smoking-equipment-distribution-comprehensive-best-practice-guideli

[28] http://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/en/item/7960/index.do

Brésil.[29] En Colombie, des centres de soins et d'accompagnement appelés CAMAD ont notamment été mis en place par les mairies des villes principales du pays afin d'offrir des seringues stériles et des traitements de substitution.[30]

Les services de réduction des risques restent cependant limités pour les consommateurs de crack. Dans certains pays latino-américains, ce manque a conduit les usagers de drogues à élaborer leurs propres services de réduction des risques. Au Brésil[31] et en Colombie,[32] par exemple, certains usagers de drogues ont commencé à consommer du cannabis afin de réduire leur consommation problématique de crack et de *pasta base*. Cette pratique ne constitue pas forcément un traitement de substitution, mais s'est avérée un moyen efficace pour réduire les effets de manque des usagers dépendants et leur permettre de reprendre le contrôle de leur consommation.

L'Etat de Sao Paulo a par ailleurs lancé un programme innovant appelé « Braços Abertos » (Bras ouverts). Ce programme offre un logement et des services sociaux et de soins aux usagers dépendants au crack les plus vulnérables, sans les forcer à arrêter de consommer.[33] Le programme a eu un succès immédiat sur la réduction des risques sanitaires et de la marginalisation des usagers de crack. L'Etat de Sao Paulo prévoit d'établir des programmes similaires dans plusieurs autres localités brésiliennes.[34]

L'Asie : traitement ou sanctions ?

Le plus grand nombre de consommateurs de drogues injectables se trouve en Asie, où plus de 3.15 millions de personnes s'injectent des drogues, principalement des opiacés mais, de plus en plus, des stimulants de type amphétamine.[35] Les gouvernements de la région ont cependant longtemps résisté à la mise en place d'interventions de réduction des risques, considérant la consommation de drogues comme un « mal social » à éradiquer à tout prix.[36] Ce n'est qu'à partir des années 2000, lorsque l'épidémie du sida était principalement causée par l'injection de drogues, que la plupart des pays de la région ont commencé à adopter des PES et des programmes de traitement de substitution. Aujourd'hui, plus de 500 centres de traitement de substitution à la méthadone sont disponibles en Chine et des millions de

[29] Harm Reduction International (2015), *The global state of harm reduction 2014*, http://www.ihra.net/files/2015/02/16/GSHR2014.pdf
[30] Quintero, J. (2012), *Los CAMAD de Bogotá: Los centros de atención médica a drogadictos entre el discurso político y la acción técnica* (Transnational Institute), https://www.tni.org/files/download/dlr22s.pdf
[31] Labigalini, E., Rodrigues, L.R. & Da Silveira, D.X. (1999), 'Therapeutic use of cannabis by crack addicts in Brazil', *Journal of Psychoactive Drugs*, **31**(4): 451-455, http://druglawreform.info/images/stories/documents/Therapeutic_Cannabis_Crack_Brazil.pdf
[32] BBC Mundo (25 March 2013), *Bogotá quiere de aliada a la marihuana*, http://www.bbc.com/mundo/noticias/2013/03/130322_colombia_marihuana_combate_adicciones_bogota_aw.shtml#reports
[33] See: Croisier, J. (2 December 2014), 'Braços Abertos in Sao Paulo, what can we learn from the Housing First model?', *IDPC Blog,* http://idpc.net/blog/2014/12/bracos-abertos-in-sao-paulo-what-can-we-learn-from-the-housing-first-model
[34] Prefeitura da Cidade de Sao Paulo (2015), *Alcohol and drug policy within the city of Sao Paulo*, presentation delivered at the International Harm Reduction Conference in Kuala Lumpur, Malaysia, October 2015
[35] United Nations Office on Drugs and Crime (2015), *UNODC World Drug Report 2015*, https://www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015.pdf
[36] L'Association des Nations d'Asie de Sud Est (ASEAN) continue de promouvoir aujourd'hui une Asie libre de la drogue. Voir : International Drug Policy Consortium (2015), *The post-2015 drug strategy for ASEAN : Towards a new paradigm in drug policy ?* http://idpc.net/publications/2015/08/the-post-2015-drug-strategy-for-asean-towards-a-new-paradigm-in-drug-policy

seringues stériles sont distribuées chaque année dans le pays.[37] Néanmoins, la hausse de la consommation d'amphétamines à travers la région nécessite une adaptation urgente des services de réduction des risques et de traitement dans la région – situation à laquelle les autorités n'ont pas encore pu faire face.[38] Par ailleurs, bien que certaines interventions de réduction des risques aient été mises en place, l'approche des pays asiatiques vis-à-vis de la consommation reste principalement répressive. Les consommateurs continuent d'être stigmatisés, discriminés, inscrits sur des registres officiels, brutalisés par la police et incarcérés dans des centres de détention comme forme de « traitement » pendant des mois, voire des années.[39]

L'Eurasie : une crise sanitaire persistante

La plus haute prévalence d'injection de drogues dans le monde est en Eurasie, où plus d'1% de la population adulte est consommatrice de drogues injectables. En Russie, une personne sur 50 est usagère de drogues injectables.[40] Les données disponibles ont démontré qu'un tiers du total mondial d'usagers de drogues injectables séropositifs résident actuellement en Russie,[41] où 65% de nouveaux cas de sida sont liés à l'injection de drogues.[42] Malgré tout, la Russie reste fermement opposée à la réduction des risques, en particulier au traitement de substitution par méthadone, une substance qui continue à être prohibée dans le pays.[43] Les quelques programmes d'échange de seringues du pays sont gérés par des ONG locales qui sont souvent la cible des politiques répressives du pays. L'annexion de la Crimée par la Russie en 2014 a conduit à un désastre sanitaire dans cette province où des centaines de patients sous méthadone ont été forcés d'interrompre leur traitement ou de fuir le pays.[44]

La Russie ayant une influence politique très importante dans la région, sa position vis-à-vis des drogues a poussé d'autres pays à promouvoir une politique anti-drogue tout aussi sévère. Le Turkménistan et l'Ouzbékistan, par exemple, ont eux-aussi prohibé la méthadone dans leurs législations nationales. Au niveau international, la Russie a bien entendu une place privilégiée dans les débats politiques onusiens de par sa position de membre permanent du Conseil de Sécurité.[45] Cette position de pouvoir est reflétée dans les débats

---

[37] Baldwin, S. (2013), *Drug policy advocacy in Asia: Challenges, opportunities and prospects* (International Drug Policy Consortium), http://idpc.net/publications/2013/11/challenges-opportunities-and-prospects
[38] Harm Reduction International (2015), *The global state of harm reduction 2014*, http://www.ihra.net/files/2015/02/16/GSHR2014.pdf
[39] Godwin, John (2016), *A public health approach to drug use in Asia: Principles and practices for decriminalisation* (International Drug Policy Consortium), http://idpc.net/publications/2016/02/decriminalisation-of-drugs-in-asia
[40] United Nations Office on Drugs and Crime (2015), *UNODC World Drug Report 2015*, https://www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015.pdf
[41] United Nations Office on Drugs and Crime (2015), *UNODC World Drug Report 2015*, http://www.unodc.org/wdr2015/
[42] Holt, E. (2010), 'World report: Russian injected drug use soars in the face of political inertia', *The Lancet,* **376**(9734): 13-14, http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)61041-0/fulltext
[43] Sarang, A. (2014), *Shadow Report to the UN Human Rights Committee in relation to the review of the 7th Periodic Report of the Russian Federation (CCPR/C/RUS/7)*, http://en.rylkov-fond.org/blog/arf-advocacy/arf-international-advocacy/arf-submitted-ashadow-report/
[44] Hurley, R. (2015), 'At least 80 people have died in Crimea since Russian law banned opioid substitutes, says UN special envoy', *British Medical Journal,* **350**, doi: http://dx.doi.org/10.1136/bmj.h390
[45] Marshall, A. (2014), *From drug war to culture war: Russia's growing role in the global drug debate* (Global Drug Policy Observatory & Swansea University), http://www.swansea.ac.uk/gdpo/files/GDPO%20Russia%20Article-1.pdf

des Nations Unies sur les drogues.[46] Les positionnements russes ont par conséquent un impact tant au niveau national, que régional et international.

Certaines exceptions, cependant, valent la peine d'être mentionnées, en particulier le cas de l'Ukraine, un pays qui a amplement développé ses services de réduction des risques à travers son territoire, principalement grâce à un important soutien financier et technique international.[47]

L'Afrique : des services limités mais des opportunités d'action

L'Afrique est sans doute la région du monde dans laquelle la réduction des risques reste la plus limitée. Ces dernières années, la consommation d'héroïne a rapidement augmenté en Afrique de l'Est, de par sa position géographique propice aux trafics d'opium provenant d'Afghanistan et d'Asie orientale pour alimenter l'Europe. La même tendance a été observée avec la cocaïne en Afrique de l'Ouest suite à une augmentation du trafic de cocaïne d'Amérique Latine vers l'Europe, en passant par l'Afrique occidentale. L'augmentation de la consommation de ces substances en Afrique sub-saharienne a conduit à une crise sanitaire dans certains pays de la région, en particulier à l'Ile Maurice, au Kenya et en Tanzanie, poussant les ONG à offrir des services de réduction des risques aux usagers de drogues.[48] À l'Ile Maurice, 92% des nouvelles infections au VIH étaient causées par l'injection de drogues en 2004. Depuis, grâce aux efforts des ONG locales pour promouvoir et offrir des interventions de réduction des risques, ce taux est tombé à 44%.[49] Aujourd'hui, parmi les Etats africains, seuls la Tanzanie, le Kenya, l'Ile Maurice, le Sénégal, la Tunisie, le Maroc et l'Afrique du Sud offrent des services de TSO et/ou de PES aux usagers de drogues, et l'accès à ces services reste limité. En effet, les données disponibles pour 2010 ont conclu que moins d'1% des usagers de drogues en Afrique avaient accès aux PES ou à un TSO.[50] En Côte d'Ivoire, des services de distribution de pipes à crack ont aussi vu le jour.

Au Moyen-Orient, la prévalence de VIH parmi les usagers injecteurs est estimée à la hausse. En Iran ou en Libye, par exemple, 10% des usagers injecteurs sont séropositifs.[51] L'Iran a adopté un programme étendu de réduction des risques, incluant des programmes en prison et dans la communauté, afin de répondre à l'épidémie de sida parmi les consommateurs.[52] Le Liban a lui aussi mis en place de tels services dans la communauté,

[46] Voir: www.cndblog.org
[47] International HIV/AIDS Alliance in Ukraine (7 Mars 2013), *Harm reduction wins the battle against HIV/AIDS in Ukraine*, http://www.aidsalliance.org.ua/ru/tenders/pdf/01q2013/03/Harm_reduction_wins_the_battle_in_Ukraine.pdf
[48] Harm Reduction International (2015), *The global state of harm reduction 2014*, http://www.ihra.net/files/2015/02/16/GSHR2014.pdf
[49] Collectif Urgence Toxida, *La réduction des risques à l'Ile Maurice*, http://www.cut.mu/fr/content/la-r%C3%A9duction-des-risques-%C3%A0-l%C3%AEle-maurice; Harm Reduction International (2015), *The global state of harm reduction 2014*, http://www.ihra.net/files/2015/02/16/GSHR2014.pdf
[50] Mathers, B.M. et al (2010), 'HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage', *The Lancet,* **375**(9717): 1014-1028, doi: 10.1016/S0140-6736(10)60232-2, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20189638
[51] Population Reference Bureau (2014), *HIV and AIDS in the Middle East and North Africa*, http://www.prb.org/pdf14/mena-hiv-aids-report.pdf
[52] Harm Reduction International (2015), *The global state of harm reduction 2014*, http://www.ihra.net/files/2015/02/16/GSHR2014.pdf

alors que les Emirats Arabes ont adopté un programme de substitution à la méthadone à Abu Dhabi.[53]

Cependant, en Afrique comme au Moyen-Orient, l'approche politique reste purement répressive vis-à-vis des usagers de drogues, les lois nationales imposant de sévères peines de prisons pour consommation, possession de petites quantités de drogues ou encore possession de matériel d'injection, rendant la prestation de services de réduction des risques difficile.[54]

Les obstacles politiques et législatifs à la réduction des risques dans le monde

Elargir la définition de la réduction des risques

Ce bref tour du monde reflète un certain nombre de problèmes majeurs relatifs à la réduction des risques. En premier lieu, certaines régions restent réticentes à la mise en place de services de réduction des risques, le Moyen-Orient, l'Afrique et l'Eurasie étant les régions les plus problématiques. Cette réticence a, dans certaines régions, créé une crise sanitaire, comme en Asie dans les années 2000, ou aujourd'hui en Eurasie.

Cependant, même dans les pays ayant mis en place des services de réduction des risques, ou ancré cette approche dans leurs plans et stratégies politiques, un certain nombre de problèmes persistent. En premier lieu, l'accès géographique à ces services reste passablement restreint – dans de nombreux pays, l'accès aux services de réduction des risques est limité à une ou deux villes du pays (par exemple en Europe de l'Est).[55] En second lieu, la réduction des risques est souvent réduite à deux types d'interventions, même parmi les activistes et les ONG, les PES et les TSO. Bien que ces deux services soient efficaces pour réduire les risques d'infections au VIH et aux hépatites et les risques d'overdose parmi les usagers d'opiacés,[56] ils ne sont pas nécessairement adaptés à d'autres formes et tendances de consommation – comme par exemple la consommation de crack, d'amphétamines ou de nouvelles substances psychoactives. Il est par conséquent essentiel que la réduction des risques puisse évoluer et s'adapter aux nouvelles drogues et aux nouveaux modes de consommation. Certains pays européens et latino-américains ont été avant-gardistes dans ce domaine, mais ceux-ci restent une exception. En troisième lieu, les services de réduction des risques actuels sont souvent inadaptés aux besoins spécifiques des femmes, des jeunes ou des populations ethniques minoritaires. Ces groupes, pourtant très vulnérables, voient leur accès à ces services entravé.[57]

---

[53] http://idpc.net/policy-advocacy/regional-work/middle-east-north-africa

[54] Voir, par exemple, en Tunisie: Human Rights Watch (2016), *"All this for a joint": Tunisia's repressive drug law and a roadmap for its reform*, https://www.hrw.org/node/285927/

[55] Mathers, B.M. et al (2010), 'HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage', *The Lancet,* **375**(9717): 1014-1028, doi: 10.1016/S0140-6736(10)60232-2, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20189638

[56] OMS, ONUDC & ONUSIDA (2012), *WHO, UNODC, UNAIDS Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users – 2012 Revision*, http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/

[57] International Community of Women Living with HIV (2015), *Women who use drugs and HIV: Position statement 2015*, http://www.iamicw.org/resources/document-library/women-who-use-drugs-and-hiv-position-statement-2015

Sur la base de ces constats, il est nécessaire de redéfinir la réduction des risques, non plus comme une liste d'interventions, mais plutôt comme une série de principes directeurs :

- La réduction des risques vise à réduire les risques et les dommages
- Elle est basée sur des preuves scientifiques et elle est rentable
- Elle est progressive, reconnaissant que toute étape de changement positif dans la vie de la personne usagère est importante
- Elle est fondée sur la dignité et la compassion, rejetant par là même toute discrimination ou stigmatisation
- Elle est fondée sur les droits humains
- Elle remet en question les politiques et pratiques qui maximisent les dommages (comme par exemple la pénalisation de l'usage)
- Elle valorise la participation des usagers de drogues à l'élaboration et à la mise en œuvre des services et programmes qui leur sont destinés[58]

Donner un nouveau souffle aux financements destinés à la réduction des risques

La question du financement de la réduction des risques reste elle aussi un problème aigu. Ces services sont généralement financés par des donateurs internationaux, et les gouvernements sont réticents à allouer un budget à ces interventions, pourtant d'importance majeure pour la santé publique. Selon les dernières estimations de l'ONUSIDA, 2,3 milliards de dollars seraient nécessaires pour mettre en œuvre les interventions clés de réduction des risques dans le monde. Cependant, les dernières estimations ont montré que seuls 160 millions de dollars étaient actuellement investis dans de telles interventions – et principalement par des donateurs internationaux.[59] Il est sans doute important de rappeler que 1 000 milliards de dollars sont actuellement dépensés chaque année pour réprimer la consommation et le trafic de drogues – même dans un contexte de crise économique et de coupes budgétaires. Si une fraction de cette dépense était allouée à des programmes sociaux et sanitaires pour les consommateurs de drogues, les coûts associés à la réduction des risques seraient aisément couverts.[60]

Le positionnement des Nations Unies vis-à-vis de la réduction des risques

Bien que les conventions internationales relatives au contrôle des drogues aient comme objectif premier de protéger « la santé et le bien-être de l'humanité »,[61] le concept de réduction des risques reste tabou au sein des débats onusiens sur les drogues, permettant à certains pays de continuer leur approche répressive envers les consommateurs.

En 2009, l'ONUDC, l'ONUSIDA et l'OMS ont développé un guide technique de neuf interventions visant à prévenir les infections au VIH au sein des populations d'usagers de drogues injectables.[62] Le guide mentionne les PES et les TSO comme interventions clés et

[58] Harm Reduction International (2010), *Qu'est-ce que la réduction des risques et méfaits ?* http://www.ihra.net/files/2010/06/01/Briefing_What_is_HR_French.pdf
[59] International HIV/AIDS Alliance, Harm Reduction International & International Drug Policy Consortium (2014), *The funding crisis for harm reduction*, http://idpc.net/publications/2014/07/the-funding-crisis-for-harm-reduction
[60] Harm Reduction International, *10by20 campaign,* http://www.ihra.net/10by20
[61] Voir les préambules des Conventions relatives à la drogue de 1961 et de 1971
[62] OMS, ONUDC & ONUSIDA (2009), Guide Technique Destiné aux pays pour la définition des objectifs nationaux pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH/SIDA, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44068/4/9789242597769_fre.pdf?ua=1

prioritaires. Ce guide a été revu et actualisé en 2012[63] et constitue aujourd'hui une référence importante pour les activistes et prestataires de services.

Malgré tout, les discussions sur la réduction des risques au sein de la Commission des Stupéfiants (CND), l'agence décisionnaire sur les drogues au sein des Nations Unies, restent très limitées.[64] Et les mots « réduction des risques » ne paraissent dans aucune des résolutions adoptées chaque année à Vienne par l'ONU.[65] Cependant, six résolutions (parmi une centaine !) ont tout de même été adoptées par la CND sur certains points spécifiques de réduction des risques (ou du moins mentionnant des interventions de réduction des risques), suite à des débats longs et difficiles :

- Résolution 58/5 : Soutenir la collaboration entre les autorités de santé publique et de justice dans la poursuite de mesures alternatives à la condamnation ou à la sanction pour des délits appropriés et mineurs relatifs aux drogues[66]
- Résolution 56/6 : Intensifier les efforts pour atteindre les objectifs de la Déclaration politique de 2011 sur le VIH/sida parmi les personnes qui consomment des drogues, en particulier l'objectif de réduire de 50% la transmission du HIV parmi les consommateurs de drogues injectables d'ici 2015[67]
- Résolution 55/7 : Promouvoir des mesures pour prévenir l'overdose, en particulier l'overdose par opiacés[68]
- Résolution 54/5 : Promouvoir des stratégies de réhabilitation et de réintégration pour répondre à l'abus de drogues et ses conséquences, visant à promouvoir la santé et le bien-être social des individus, familles et communautés[69]
- Résolution 53/9 : Atteindre l'objectif d'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien pour les usagers de drogues et les personnes touchés par le HIV[70]
- Résolution 51/14 : Promouvoir la coordination et l'alignement des décisions entre la CND et l'ONUSIDA[71]

Au lieu de se référer directement au concept de réduction des risques, cependant, les résolutions mentionnent le Guide technique de l'ONU sur la prévention du VIH parmi les

[63] OMS, ONUDC & ONUSIDA (2012), *WHO, UNODC, UNAIDS Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users – 2012 Revision*, http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/
[64] Voir: www.cndblog.org
[65] Voir: http://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/session/cnd-documents-index.html
[66] http://bookofauthorities.info/documents/2015/resolution-585-supporting-the-collaboration-of-public-health-and-justice-authorities-in-pursuing-alternative-measures-to-conviction-or-punishment-for-appropriate-drug-related-offences-of-a-minor-na/
[67] http://bookofauthorities.info/documents/2013/intensifying-the-efforts-to-achieve-the-targets-of-the-2011-political-declaration-on-hiv-and-aids-among-people-who-use-drugs-in-particular-the-target-to-reduce-hiv-transmission-among-people-who-injec/
[68] http://bookofauthorities.info/documents/2012/promoting-measures-to-prevent-overdose-in-particular-opioid-overdose-cnd-resolution-557/
[69] http://bookofauthorities.info/documents/2011/resolution-545-promoting-rehabilitation-and-reintegration-oriented-strategies-in-response-to-drug-use-disorders-and-their-consequences-that-are-directed-at-promoting-health-and-social-well-being-am/
[70] http://bookofauthorities.info/documents/2010/resolution-539-achieving-universal-access-to-prevention-treatment-care-and-support-for-drug-users-and-people-living-with-or-affected-by-hiv-2/
[71] http://bookofauthorities.info/documents/2008/promoting-coordination-and-alignment-of-decisions-between-the-commission-on-narcotic-drugs-and-the-programme-coordinating-board-of-the-joint-united-nations-programme-on-hivaids-cnd-resolution-5114/

usagers de drogues injectables, ou utilisent des formulations souvent assez floues comme par exemple « services médicaux et sociaux adéquats ». Il est aisé d'expliquer cette décision : toute résolution de la CND est adoptée par consensus. C'est-à-dire que des pays progressistes (la plupart des pays européens et certains pays américains) sont tenus de trouver un compromis avec des pays drastiquement opposés à la réduction des risques, comme par exemple Singapour, l'Arabie Saoudite, la Russie et bien d'autres.[72] Néanmoins, l'adoption des six résolutions ci-dessus marque certaines avancées en direction de l'acceptation de certaines interventions de réduction des risques à l'ONU.

Mettre fin à la pénalisation et à l'incarcération des usagers de drogues

Dans une grande majorité des pays, la consommation de drogues constitue un délit pénal, passible d'une peine d'emprisonnement pouvant aller d'un an, comme cela est le cas en France, à plusieurs années. Selon l'ONUDC, une personne sur cinq actuellement en prison a été condamnée pour un délit de possession ou de trafic de drogues. Parmi elles, 80% sont incarcérées pour simple possession de drogues.[73] Dans certains pays, la possession de seringues stériles ou d'autre matériel de consommation de drogues est elle aussi prohibée. Au Kenya, par exemple, la possession illégale d'une seringue est passible de sept ans d'emprisonnement.[74] Dans d'autres pays, la police a pour habitude d'arrêter les usagers de drogues près des centres de réduction des risques, les dissuadant d'accéder à des services pourtant vitaux.[75]

La criminalisation des usagers de drogues constitue un obstacle critique à la réduction des risques. Plusieurs agences onusiennes telles que l'OMS,[76] l'ONUSIDA,[77] le PNUD[78] ou encore l'ONUDC[79] ont mis en avant l'importance de mettre en place un environnement favorable aux services de réduction des risques, et ont donc appelé les gouvernements à dépénaliser les usagers de drogues afin de favoriser leur accès aux services dont ils ont besoin. La dépénalisation de la consommation des drogues fait donc partie intégrante de la réduction des risques.

Considérer la mise en place de marchés réglementés pour certaines substances

---

[72] Pour une analyse des positions des pays sur la réduction des risques lors des négociations de la CND, veuillez visiter le Blog de la CND, un outil en ligne répertoriant les positions des Etats membres de l'ONU depuis 2009 : www.cndblog.org

[73] Commission on Crime Prevention and Criminal Justice (2014), *World crime trends and emerging issues and responses in the field of crime prevention and criminal justice*, E/CN.15/2014/5, https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/statistics/crime/ECN.1520145_EN.pdf

[74] Mbete, B., Nougier, M. & Bridge, J. (2013), *HIV, harm reduction and drug policy in Kenya* (International Drug Policy Consortium), http://idpc.net/publications/2013/11/idpc-briefing-paper-hiv-harm-reduction-and-drug-policy-in-kenya

[75] Monaghan, G. & Bewley-Taylor, D. (2013), *Police support for harm reduction policies and practices towards people who inject drugs* (International Drug Policy Consortium), http://idpc.net/publications/2013/02/police-support-for-harm-reduction-policies-and-practices-towards-people-who-inject-drugs

[76] World Health Organisation (2014), *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*, http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en/

[77] Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2015), *The gap report*, http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/20140716_UNAIDS_gap_report

[78] United Nations Development Program (2015), *Addressing the development dimensions of drug policy,* http://www.undp.org/content/dam/undp/library/HIV-AIDS/Discussion-Paper--Addressing-the-Development-Dimensions-of-Drug-Policy.pdf

[79] ONUDC (2015), *Briefing paper: Decriminalisation of drug use and possession for personal consumption,* http://news.bbc.co.uk/1/shared/bsp/hi/pdfs/19_10_11_unodcbriefing.pdf

Une politique de réduction des risques devrait intervenir non seulement sur l'usage, mais aussi sur l'offre de drogues en mettant en place des dispositifs permettant de contrôler leur production (donc leur qualité) et leur accès. Cela pourrait inclure la mise en place de modèles de légalisation et de réglementation des marchés pour certaines substances, telles que le cannabis, la coca et autres. Dans ce cadre, un certain nombre de modèles de légalisation pourraient être considérées, par exemple :

- Un modèle de prescription médicale avec des salles de consommation supervisée – pour les substances associées avec le plus de risques (par exemple les substances injectées comme l'héroïne et la cocaïne, ou la méthamphétamine)

- Un modèle de vente autorisée par pharmacie – faisant usage de vendeurs formés dans le domaine médical, pour les substances à risque modéré comme l'amphétamine, la cocaïne en poudre et l'ecstasy

- Un modèle de vente autorisée sous réglementations appropriées pour répondre aux risques associés à chaque produit et pour répondre aux besoins locaux – pouvant être utilisé pour les substances à faible risque telles que le cannabis, le khat ou le kratom

- Un modèle de vente et de consommation autorisées – tel que les lieux permettant la vente et consommation d'alcool et de cannabis (ex. les coffee shops hollandais), qui pourraient aussi être utilisés pour fumer de l'opium ou boire du thé de coca. Ce modèle pourrait aussi être utilisé, faisant usage de réglementations spécifiques, pour la vente et la consommation de certains stimulants dans les milieux festifs

- Un modèle de vente avec réglementation minimale pour les produits les moins risqués tels que les boissons à base de caféine ou le thé de coca[80]

Quelques-uns de modèles existent déjà aujourd'hui, comme par exemple les coffee shops, les centres de consommation supervisée, la vente par pharmacie, ou encore la vente réglementée de cannabis en Uruguay et dans certains états américains. Une analyse poussée de ces expériences pourront permettre d'obtenir davantage d'informations concernant leurs avantages, inconvénients et ce qui pourrait être amélioré dans leur mise en application. Ces expériences confirment en tout cas que la logique de réduction des risques ne s'arrête pas au simple usage, mais nécessite aussi des politiques de l'offre poursuivant le même objectif. Nous reviendrons vers ces éléments dans la section ci-dessous.

Vers une réforme des politiques des drogues ?

Les réformes compatibles avec les conventions internationales

Les expériences internationales reflètent le besoin urgent de revoir nos politiques en matière de drogues pour adopter pleinement une approche de réduction des risques. Certaines

[80] Voir Chapitre 3.2 : International Drug Policy Consortium (2016), *IDPC Drug policy guide, 3rd edition* (prochainement disponible), www.idpc.net

approches ont été adoptées au niveau national, d'autres au niveau local, mais toutes ont un objectif commun : minimiser les risques et les dommages relatifs aux drogues *mais aussi* relatifs aux politiques prohibitionnistes en matière de drogues.

La dépénalisation – Aujourd'hui, la dépénalisation de l'usage de drogues a été adoptée par plus de 40 pays et juridictions dans le monde.[81] Cette politique implique que la consommation de drogues, la culture, l'achat et la possession pour usage personnel, ainsi que la possession de matériel de consommation, ne sont plus passibles de sanctions pénales. Dans certains contextes, ces activités ne sont passibles d'aucune sanction et les personnes interpelées sont simplement orientées de manière volontaire vers des services de réduction des risques (par exemple aux Pays-Bas et en Belgique). Dans d'autres pays, une sanction administrative est prononcée, c'est-à-dire une amende, un travail d'intérêt public, la suspension du permis de conduire, etc. L'objectif principal de cette approche est de mettre fin aux sanctions pénales, à l'incarcération et à la stigmatisation des consommateurs de drogues.[82] La dépénalisation peut être *de jure*, c'est-à-dire cristallisée dans les lois et réglementations du pays, ou *de facto*, lorsque l'usage de drogues continue d'être pénalisé dans des législations nationales que la police ne met pas en application (comme c'est le cas aux Pays-Bas).[83]

Lorsque les modèles de dépénalisation ont été suffisamment bien pensés et mis en œuvre, cette approche a eu un impact très important sur l'amélioration de l'accès des usagers de drogues aux services de réduction des risques et de traitement. Dans certains contextes (comme par exemple au Portugal), la dépénalisation de la consommation a aussi permis de réduire la stigmatisation et les discriminations auxquelles étaient confrontés les usagers dans l'accès aux services de santé, à l'emploi, etc.

En 2015, l'ONUDC a effectué une analyse juridique de la dépénalisation et a conclu que cette approche était possible dans le cadre des conventions internationales de contrôle des drogues.[84]

Au-delà de la dépénalisation de la consommation – Bien qu'ayant un effet très positif sur la santé et l'intégration sociale des consommateurs, la dépénalisation de l'usage laisse cependant le consommateur dans les mains du marché noir et de la criminalité organisée, pour ce qui est de la production et de l'achat de leur drogue. Certaines mesures ont été mises en place afin de répondre à cette préoccupation.

Par exemple, au niveau local, certains usagers de cannabis se sont tournés vers la création de **clubs sociaux** leur permettant de créer des coopératives afin de cultiver du cannabis pour les membres de leur club. Cette stratégie permet aux usagers de cannabis de ne plus chercher à se procurer leurs produits auprès du marché noir, tout en évitant un modèle à but

[81] Fox, E., Eastwood, N. & Rosmarin, A. (2016), *A quiet revolution: Drug decriminalisation policies in practice across the globe, Version 2,* http://www.release.org.uk/publications/policy-papers
[82] Voir: Chapitre 3.1 de: International Drug Policy Consortium (2016), *IDPC Drug policy guide, 3rd edition* (prochainement disponible), www.idpc.net
[83] Voir: www.decrim.idpc.net
[84] United Nations Office on Drugs and Crime (2015), *Briefing paper: Decriminalisation of drug use and possession for personal consumption,* http://news.bbc.co.uk/1/shared/bsp/hi/pdfs/19_10_11_unodcbriefing.pdf

lucratif.[85] Cette approche permet aussi aux consommateurs de s'assurer de la qualité des plantes consommées, et de ne plus dépendre d'un marché illégal, où il est tout simplement impossible d'obtenir une garantie de qualité sur les produits achetés. Ces clubs sont aujourd'hui bien établis en Belgique et en Espagne, et l'Uruguay a lui aussi établi un modèle similaire. Tout comme pour la dépénalisation, certains experts internationaux soutiennent que cette approche était compatible avec les conventions internationales sur les drogues – les traités ne différentiant pas entre la possession et la culture de substances pour usage personnel.[86]

D'autres pays, tels que le Canada, l'Allemagne, les Pays-Bas, l'Espagne, la Suisse ou le Royaume-Uni, ont aussi développé des programmes de substitution faisant usage d'héroïne, comme nous l'avons signalé ci-dessus. Ces programmes ont permis aux usagers d'héroïne de longue date, qui ne répondaient pas aux programmes de substitution traditionnels à la méthadone ou à la buprénorphine, d'obtenir une héroïne de qualité et administrée dans un cadre médical, afin de réduire les risques associés à la consommation d'héroïne illégale. Une étude des programmes existants a montré l'efficacité de cette approche.[87] Ici encore, ces programmes peuvent se légitimer dans le cadre des conventions internationales car la substance est consommée dans un but purement médical.

Les réformes non-admissibles dans le cadre des conventions internationales

Certains pays sont allés au-delà des limites fixées par les conventions internationales sur les drogues afin de protéger la santé des consommateurs de drogues, dans le cadre d'une approche de réduction des risques.[88]

La réglementation du cannabis en Uruguay et dans certains états fédérés américains a fait la une des journaux depuis 2012. En Uruguay, cette réforme politique était clairement ancrée et justifiée par le gouvernement dans le cadre d'une préoccupation de santé publique.[89] Aux Etats-Unis, la réglementation du cannabis a permis de contrôler la qualité des plantes produites et vendues et d'utiliser les profits découlant de la taxation du cannabis pour les investir dans des programmes de prévention, de réduction des risques et de traitement.[90]

---

[85] Open Society Foundations (March 2015), *Innovation born out of necessity: Pioneering drug policy in Catalonia*, http://www.opensocietyfoundations.org/reports/innovation-born-necessity-pioneering-drug-policy-catalonia

[86] Bewley-Taylor D., Jelsma M. & Blickman T. (March 2014), *The rise and decline of cannabis prohibition* (Transnational Institute & Global Drug Policy Observatory), https://www.tni.org/files/download/rise_and_decline_web.pdf

[87] Strang, J., et al (July 2015), 'Heroin on trial: Systematic review and meta-analysis of randomised trials of diamorphine-prescribing as treatment for refractory heroin addiction', *The British Journal of Psychiatry*, **207**(1): 5-14, http://bjp.rcpsych.org/content/207/1/5

[88] Pour une discussion approfondie sur les modèles de réglementation des marchés, veuillez consulter : Chapitre 3.2 de: International Drug Policy Consortium (2016), *IDPC Drug policy guide, 3rd edition* (prochainement disponible), www.idpc.net

[89] Bewley-Taylor D., Jelsma M. & Blickman T. (March 2014), *The rise and decline of cannabis prohibition* (Transnational Institute & Global Drug Policy Observatory), https://www.tni.org/files/download/rise_and_decline_web.pdf; Global Commission on Drug Policy (2014), *Taking control: Pathways to drug policies that work*, www.gcdpsummary2014.com/s/AF_global_comission_Ingles.pdf

[90] Voir, par exemple: Transform Drug Policy Foundation (2015), *Cannabis regulation in Colorado: Early evidence defies the critics*, http://www.tdpf.org.uk/resources/publications/cannabis-regulation-colorado-early-evidence-

Au-delà des réformes politiques sur le cannabis, la Nouvelle Zélande a adopté une loi intéressante en matière de nouvelles substances psychoactives. Alors que certains pays ont répondu à l'émergence de ces substances en tentant de toutes les prohiber, la Nouvelle Zélande a adopté une Loi sur les Substances Psychoactives en Juillet 2013.[91] Cette loi a établi un cadre juridique pour la production, les tests et la vente des nouvelles substances psychoactives, en attribuant aux producteurs la responsabilité de prouver qu'une substance est à bas risque. La législation vise donc à protéger la santé des consommateurs en permettant la mise à leur disposition sur le marché de substances à bas risques et en prohibant celles présentant des risques élevés pour la santé – tout en répondant à la demande pour ces produits psychoactifs. L'intention était de mettre sur le marché des produits qui ne seraient disponibles que dans certains magasins, leur vente étant accompagnée d'avertissements concernant leurs risques pour la santé.[92] Cette approche innovante et pragmatique avait donc pour objectif de réduire les dommages associés à la consommation de nouvelles substances psychoactives, sans pour autant chercher à tout prix à réduire la consommation – une approche modèle de la réduction des risques. Même si, en pratique, les pressions politiques ont poussé le pays à amender la loi originale, cette approche reste intéressante.[93]

Conclusion : Vers l'UNGASS de 2016

Il semble clair aujourd'hui que la réduction des risques va bien au-delà de la prestation de services. Elle nécessite une nouvelle approche vis-à-vis des drogues, et donc une réforme de nos politiques et législations dans ce domaine. Certaines expérimentations locales et nationales ont prouvé leur efficacité dans les domaines de l'usage et de l'offre, comme par exemple la dépénalisation de la consommation, la création des « cannabis social clubs » ou la réglementation de certains produits. Il est essentiel que cette approche soit reflétée dans le cadre de l'UNGASS sur les drogues, tant dans les débats que dans le document final de la Session. Si nous souhaitons réellement répondre au « problème mondial de la drogue », il est grand temps de mettre de côté les idéologies et d'adopter une vision pragmatique, humaine et efficace.

---

defies-critics; Drug Policy Alliance (2015), *Marijuana legalization in Colorado after one year of retail sales and two years of decriminalization*, https://www.drugpolicy.org/sites/default/files/Colorado_Marijuana_Legalization_One_Year_Status_Report.pdf

[91] http://www.legislation.govt.nz/act/public/2013/0053/latest/DLM5042921.html?src=qs

[92] See: McCullough, Wood, J. & Zorn, R. (September 2013), *New Zealand's psychoactive substances legislation* (London: International Drug Policy Consortium & New Zealand Drug Foundation), http://idpc.net/publications/2013/09/idpc-briefing-paper-new-zealand-s-psychoactive-substances-legislation; New Zealand Drug Foundation (2013), *Briefing and submission guide on the Psychoactive Substances Bill*, https://www.drugfoundation.org.nz/sites/default/files/NZ%20Drug%20Foundation%20-%20Psychoactive%20Substances%20Bill%20submission%20guide_0.pdf

[93] Chapitre 2.1 de: Guide

Quels sont les différents modèles de RdRD ?
Quelle place la RdRD doit-elle avoir dans l'ensemble des interventions et dans la politique des drogues et des addictions en France ?

Marie JAUFFRET-ROUSTIDE
Chargée de recherche, sociologue Inserm, Paris
Cermes3 (Inserm U988/UMR CNRS8211/EHESS/Université Paris Descartes)
45 rue des Saints-Pères
75006 PARIS
marie.jauffretroustide@gmail.com ; marie.jauffret-roustide@inserm.fr

1. Généalogie du référentiel de RdRD au niveau international

1.1. Les fondamentaux de la RdRD : techniques, valeurs et croyances

Afin de comprendre quels sont les différents modèles de RdRD, il est essentiel de comprendre la généalogie de ce concept et la manière dont il se décline selon les contextes. Il est également important d'analyser les conditions sociales, culturelles et politiques de son émergence en France et les enjeux et tensions qui ont pu y être associés. Le modèle français sera décrit dans ce texte, en le mettant en perspective vis-à-vis de quelques modèles en Europe. Des pistes de réflexion pour l'évolution de ce modèle seront également proposées.

La RdRD est généralement présentée comme un ensemble d'outils à visée sanitaire et sociale visant à réduire les risques et les dommages liés aux conduites addictives. Les outils les plus emblématiques sont l'accès au matériel d'injection stérile, la mise à disposition de traitements de substitution (TSO), les programmes d'échange de seringues, et les salles de consommation à moindre risque. Cette liste d'outils peut englober d'autres techniques d'intervention telles que l'amélioration de l'accès aux soins, aux droits sociaux, l'accès au dépistage, au traitement, l'accompagnement et l'éducation à l'injection, la prévention du passage à l'injection, … qui peuvent parfois laisser penser que la RdRD se limite uniquement à une liste d'outils techniques de plus en plus innovants et sophistiqués. Au-delà des techniques, la RdRD peut également être appréhendée comme un modèle de pensée qui intègre la dimension des valeurs et des croyances associées aux comportements addictifs, à leurs déterminants et à leurs conséquences. La RdRD est alors envisagée comme un référentiel au sens où le définit le politologue Bruno Jobert : *« Le référentiel dénote une partie de cet ensemble (de valeurs, de croyances et de techniques) : les solutions concrètes qui réemployées comme modèle ou comme exemple, peuvent remplacer les règles explicites en tant que base de solutions pour les énigmes qui subsistent dans la science normale »* (Jobert 1996). Penser la RdRD comme un référentiel constitue une piste heuristique stimulante qui permet de caractériser les différents modèles de RdRD non pas en fonction de la présence ou de l'absence de techniques d'intervention, mais en mettant plutôt l'accent sur les aspects philosophiques, politiques et sociaux au cœur de ces modèles.

La RdRD s'inscrit dans un référentiel global qui a pu évoluer selon les contextes d'application locaux, nationaux et temporels et qui est soumis à des débats relatifs à son positionnement vis-à-vis de l'objectif d'abstinence, de la place de la morale, de la politique et de la loi, qui lui permettent de se décliner ensuite en différents modèles. A partir de l'analyse de la littérature et de recherches que nous avons menées dans le domaine de la sociologie, de la science politique et de l'épidémiologie depuis une vingtaine d'années[1], nous avons

[1] La littérature internationale sur le sujet est très vaste. Pour ce texte, nous nous appuierons sur quelques articles qui nous ont paru fondamentaux et nous ont permis de construire des modèles de RdRD et surtout de caractériser

tenté de caractériser le modèle français de RdRD, en le situant. Cette tentative a ainsi abouti à la mise en exergue de deux grands modèles archétypaux de RdRD, à savoir une première version neutre, sanitaire et pragmatique de la RdRD choisie par la France, se définissant en opposition à une deuxième version plus politique intégrant les dimensions morale, légale et de la vulnérabilité sociale associées aux conduites addictives. Ces deux grands archétypes peuvent être déclinés dans différents modèles qui seront présentés dans ce texte d'un point de vue conceptuel et à partir de leurs déclinaisons locales.

Si l'on s'intéresse à ses fondamentaux avant de la décliner en modèles, le référentiel de RdRD s'inscrit tout d'abord dans le mouvement de la « nouvelle santé publique » des années 1970-80 qui valorise la capacité des individus à se prendre en charge et implique que les politiques de santé prennent en compte les besoins des individus concernés (Rhodes 2002 ; Berridge 1999). Ce courant de la nouvelle santé publique s'inscrit dans un mouvement de reconfiguration du système social, politique et économique qui accorde une place centrale à la participation active des individus dans leur prise en charge. La RdRD s'efforce d'accorder une attention particulière au mode de vie des usagers de drogues afin de leur proposer des mesures de santé publique adaptées à leurs besoins, qui ne soient pas imposées de l'extérieur par des professionnels ou des politiques. Cette dimension pragmatique de santé publique amène la RdRD à être attentive à la trajectoire singulière des usagers (Coppel 1996) et à leurs conditions d'existence pour répondre à leurs besoins spécifiques, dans une optique de non imposition de dogmes. Elle s'efforce ainsi de favoriser la participation des usagers à la définition des politiques qui leur sont destinées.

Concernant la production de valeurs, la RdRD opère un changement paradigmatique fondamental en rompant avec l'idéal d'éradication des drogues, en proposant plutôt d'apprendre à « vivre avec les drogues » en les domestiquant et en promouvant la notion de mesure à la place de l'abstinence (Ehrenberg 1996). Ce changement permet ainsi de dépasser une vision moralisatrice des drogues et s'efforce de mettre en oeuvre une approche basée sur le non jugement vis-à-vis de la poursuite de la consommation de drogues (Stafford 2007). Cette absence de jugement moral vis-à-vis de la consommation de drogues est au cœur de l'éthique des professionnels de la RdRD. Toutefois, la RdRD opère un déplacement du jugement moral vis-à-vis de l'usage de drogues vers celui du jugement vis-à-vis de l'exposition au risque. En effet, les interventions de RdRD visent à produire un discours dominé par la logique biomédicale permettant de définir les « bons » et les « mauvaises » pratiques d'usage principalement à travers le prisme du risque infectieux. Cette domination du registre du risque peut ainsi ancrer la RdRD dans une vision normative de type sanitaire (centrée sur l'hygiène) et médicale (centrée sur le médicament de substitution) de l'usage de drogues dans certains contextes.

Concernant la production de croyances, RdRD postule la responsabilité des usagers de drogues et invoque leur capacité à modifier leurs comportements si on leur en donne les moyens (Jauffret-Roustide 2004), c'est-à-dire l'accès à des outils leur permettant de limiter les risques liés à la consommation de drogues. Ces croyances contribuent à produire une représentation spécifique de l'usager de drogues et du rapport aux drogues à partir des notions de responsabilité individuelle, d'autonomie, de rationalité des comportements et de participation citoyenne aux politiques publiques (Jauffret-Roustide 2009-b ; Fraser et al. 2008). Cette représentation spécifique des usagers vise à favoriser leur implication active dans le choix des traitements et des outils qui peuvent être proposés par la RdRD. Cette

---

la position de la France. Notre caractérisation du modèle français s'appuie également sur nos propres recherches menées depuis une vingtaine d'années sur la construction du référentiel de RdRD en France et sur une recherche sociologique en cours sur la généalogie des modèles de RdRD en Europe dans le cadre de notre programme de recherche à l'Inserm. Ces travaux de recherche qualitatifs viennent compléter, mais également mettre à l'épreuve l'analyse de la littérature.

implication peut s'effectuer à un niveau collectif par le biais de la participation des groupes d'auto-support à l'espace politique, mais également à un niveau individuel par une écoute attentive de la part des professionnels aux besoins des usagers au quotidien et par l'implication des usagers dans les différents espaces de concertation et de collaboration ouverts pour la représentation des usagers dans les structures.

Au-delà de la déclinaison de techniques d'intervention, la RdRD contribue ainsi à la promotion d'un discours spécifique autour de l'individu, du rapport au corps, et à la place accordée aux usagers dans la société qui constitue un progrès, dans la mesure où ce nouveau discours s'efforce de mettre à distance le prisme de la déviance et de la stigmatisation des conduites et des usagers. La RdRD s'inscrit également dans une nouvelle gouvernance de la santé, centrée sur la gestion individualisée du risque, qui s'accompagne d'une délégation progressive de sa gestion autrefois confiée à l'Etat au profit des individus (Rose 2001) et qui induit un déplacement de la responsabilité face au risque.

1.2. Un référentiel qui se décline en modèles à partir de controverses

Au-delà de ces fondamentaux, la RdRD est traversée par des débats internes concernant ses finalités et les valeurs qui lui sont attachées. Dans nos travaux de recherche, nous avons tenté de décrire les implications de ces débats en termes de modèles de RdRD en nous centrant sur deux grands débats récurrents qui nous semblaient fondamentaux pour comprendre le positionnement de la France : l'un sur les rapports entre la RdRD et l'abstinence ; l'autre sur la place de la morale, de la politique et de la loi (Jauffret-Roustide 2009-b ; Jauffret-Roustide 2011 ; Jauffret-Roustide 2013 ; Jauffret-Roustide 2015).

Tout d'abord, la RdRD est amenée à s'interroger sur la place de l'arrêt de la consommation dans la prise en charge des conduites addictives. Ainsi, dans le champ des addictions, deux approches peuvent être distinguées, une approche dite gradualiste qui crée un continuum entre les approches de réduction des risques et les approches thérapeutiques orientées vers l'abstinence; et une approche dite intégrationniste selon laquelle l'arrêt de la consommation est perçue uniquement comme une finalité (Kellogg 2003) parfois inatteignable pour certains usagers. Selon Kellogg, le gradualisme renvoie à l'idée de progression et d'enrichissement mutuel entre l'abstinence et la RdRD, en mettant l'accent sur les forces respectives et la complémentarité de ces deux paradigmes. Une approche intégrationniste, à l'inverse, pourrait être définie comme la volonté pour un paradigme d'en « intégrer » un autre et donc d'asseoir sa domination sur l'autre paradigme en cherchant à mettre en évidence ses faiblesses pour mieux s'y opposer, ce qui favorise les conflits entre les partisans de chacun des paradigmes. En revanche, la force d'une approche gradualiste est d'offrir une « mosaïque » de possibilités, que les usagers peuvent choisir en fonction de leurs attentes, dans une optique d'ouverture qui permet d'optimiser la prise en charge des usagers de drogues et qui favorise la collaboration entre les professionnels. Ce qui caractérise le gradualisme est l'ouverture et l'écoute attentive aux besoins des usagers. Par ailleurs, comme le note Denning, l'abstinence est présente dans certaines définitions de la réduction des risques : *« At its heart, Harm Reduction is a public health philosophy that uses a multitude of strategies to reduce drug-related harm, ranging from syringe exchange to drug substitution therapies to abstinence, to controlled use. These methods have proven effective in helping people make lasting changes in a variety of health related behaviors: nutrition, exercise, smoking cessation, weight control and preventive medical care.»* (Denning 2005). Il est toutefois important de préciser que l'approche gradualiste de la RdRD n'envisage pas l'abstinence comme un dogme, mais simplement comme une possibilité pour les usagers qui le souhaitent dans une optique de continuum de soins.

Un deuxième grand débat s'intéresse à la place que la RdRD accorde à la morale, à la politique et à la loi. Il tend à distinguer une vision neutre de la RdRD centrée uniquement sur

sa dimension pragmatique (Keane 2003) et réduite à la mise à disposition d'outils qui s'oppose en effet à une vision morale et politique de la réduction des risques qui s'attache plus globalement au contexte d'existence des usagers et prend en compte leur vulnérabilité sociale (Ezard 2001 ; Hathaway 2001). Ces deux visions renvoient également à une distinction établie par Hunt entre deux philosophies de la réduction des risques entre une version weak et strong rights de la RdRD. La « weak rights version », ou modèle faible, est ainsi très centrée sur la dimension sanitaire de la RdRD. Elle impose aux usagers le type de traitement considéré comme étant le « meilleur » pour eux et ne pose pas la question légale comme une condition nécessaire à la réduction des risques, alors que la « strong rights version », ou modèle fort, considère que l'usage de drogues fait partie intégrante des droits de l'homme et fait de la question légale un préalable à la réduction des risques (Hunt 2004). Cette dimension des droits ne renvoie pas uniquement à la question de la loi au sens juridique du terme, mais également au droit de chaque individu de disposer librement de son corps. Dans cette perspective, un modèle fort de la RdRD conçoit l'usage de drogues non pas comme un risque ou une contrainte pour l'individu ou la société, mais comme une forme de choix raisonné et de liberté possible pour ceux qui souhaitent en faire l'expérience.

Toutefois, si la distinction introduite par Hunt entre les modèles forts et faibles est une perspective théorique stimulante, les frontières entre les modèles ne sont pas totalement étanches et la complexité domine, en pratique. Ainsi, dans la plupart des pays, la RdRD s'est faite par étapes, alternant modèles faibles et forts, neutres et politiques, sanitaires et sociaux. Dans la plupart des cas, c'est la dimension sanitaire qui a été à l'origine de l'implantation de la RdRD, et en particulier l'épidémie de VIH chez les usagers de drogues injecteurs dans les années 1980 pour la mise en place des premières mesures tels que l'accès aux seringues et aux traitements de substitution, ou la lutte contre les overdoses et les hépatites virales, pour assurer ensuite son développement. L'accent mis sur cette dimension sanitaire tend à favoriser dans la pratique le choix de modèles de RdRD marqués par la neutralité et le pragmatisme, centrés sur la mise à disposition d'outils sanitaires, du moins au moment de l'initiation de la politique de RdRD. Cette vision neutre de la RdRD est d'ailleurs parfaitement illustrée par cette citation de Strang en 1993, citée par Hunt (2004) : *« The true champion of harm reduction is not necessarily anti-drugs ; nor necessarily pro-drugs. He or she expresses support, opposition or indifference to a proposed legal or social response solely on the basis of the extent to which it increases or decreases the amount of harm consequent upon the drug use in question. A pre-determined position on drug use as intrinsically "bad" or "good" has no meaning in this context, where the response is determined solely by the extent of observed or anticipated harm which results from the drug use. Thus, the champion of harm reduction is neither for or against civil rights for drug users."* (Strang 1993). Cette position caractérise en effet parfaitement les débuts de la RdRD. Afin de réussir à convaincre les acteurs politiques de l'intérêt de la RdRD qui introduisait une rupture majeure avec l'idéal d'éradication des drogues (déjà difficile à accepter politiquement comme renoncement vis-à-vis d'un modèle sociétal prohibitionniste), l'accent a été plutôt été mis sur la dimension sanitaire au détriment du débat politique et moral sur le droit à consommer des drogues, permettant ainsi de favoriser les conditions de son implantation. Cette vision a toutefois pu être remise en question et discutée ensuite, dans la mesure où la littérature internationale a mis en évidence que l'exposition au risque infectieux pouvait être renforcée par les politiques prohibitionnistes (Friedman et al. 2006).

Théoriquement, un modèle fort de RdRD insiste sur l'importance de ne pas entraver les individus dans leur droit et leur choix de consommer librement des drogues. Toutefois, une nuance est apportée par Hunt sur la capacité de tous les individus à exercer ce choix éclairé. Il met ainsi en évidence que dans des contextes de marginalisation sociale importante, les conditions du choix éclairé ne seraient pas optimales. Par ailleurs, il insiste sur la nécessité de ne pas transformer ce droit à consommer des drogues en prosélytisme, en utilisant la formule suivante *« I recognize your right to use drugs but discourage you from exercising it*

because of its potential effect on your health » (Hunt 2004). Une nouvelle fois, ce qui est au cœur de ce modèle fort de la RdRD comme du modèle gradualiste est la volonté de ne pas imposer de dogme, mais de laisser aux individus, la possibilité de faire des choix éclairés, tout en les informant sur les risques encourus et en leur donnant les moyens de s'en prémunir.

Cette distinction entre modèles intégrationnistes et gradualistes, pragmatiques et politiques, forts et faibles de RdRD a une portée heuristique permettant une analyse comparative des politiques publiques. Il convient toutefois de noter que ces modèles peuvent faire l'objet de marges d'ajustements promues par les acteurs de terrain et les acteurs politiques, selon les contextes et la durée. Ainsi, au sein d'un même pays, des différences locales dans l'application des référentiels de RdRD peuvent exister, et des évolutions peuvent également être observées au cours du temps, en fonction de l'évolution des forces politiques en place, des moyens de pression des mouvements sociaux à l'échelle locale ou de l'influence d'un courant international dominant. Par ailleurs, ces modèles sont des archétypes théoriques qui se déclinent de manière spécifique sur le terrain, quand ils sont mis en pratique au quotidien par les acteurs dans leur activité de terrain, et sont éprouvés dans le cadre des interactions avec les usagers.

1.3. Quelques modèles de RdRD en Europe permettant de contextualiser et de définir en miroir le modèle français

Comme évoqué plus haut, différentes versions du référentiel de RdRD peuvent exister, mais la distinction entre modèles faibles et forts, gradualistes et intégrationnistes ne résume pas à elle seule l'ensemble du registre. Le choix d'implanter un modèle de RdRD dépend de raisons politiques, morales, économiques, renvoyant à l'acceptation sociale et à l'organisation du système de soins (Dagmar 2008), mais également à des enjeux politiques et idéologiques sur la conception des drogues et des enjeux professionnels de position et de légitimité (Bergeron 1999 ; Jauffret 2000). Ces différentes versions peuvent aussi être en partie liées à la précocité des dates d'implantation de la RdRD, selon les pays. Les modèles de RdRD peuvent également être caractérisés à partir d'autres indicateurs tels que l'implantation rapide de programmes de RdRD (qualifiée par le terme de précurseurs) et/ou par leur capacité d'innovation (qualifiée par le terme d'expérimentation). Dans la majorité des cas, ces deux critères se cumulent pour un même pays. Nous avons choisi de présenter en quelques lignes des illustrations de modèles de RdRD en Europe, la sélection des pays et le focus sur certaines mesures et approches pour chacun de ces pays est liée au fait qu'ils dessinent en miroir le modèle français de RdRD.

Les Pays Bas sont souvent présentés comme un « modèle » idéal concernant la mise en place de la RdRD. En effet, cette politique a été appliquée dès les années 1970 avant même l'apparition du VIH, par le biais de la prévention de l'hépatite B. Les associations d'auto-support d'usagers (les junkies bonds ou syndicats de junkies) ont joué un rôle déterminant dans l'impulsion de ces programmes de prévention. Les Pays-Bas ont reconnu la RdRD comme le paradigme officiel de leur politique en matière d'addictions dès 1986 (soit près de 10 à 20 ans avant la France, suivant que l'on prenne en compte le discours de Simone Veil en 1993, ou l'inscription de la RdRD dans le Code de Santé Publique en 2005). Les Pays-Bas se caractérisent également par un processus de normalisation de l'usage de drogues qui tend à reconnaître l'usage de drogues comme une pratique acceptable pour la société (Marlatt 1998), accompagné d'une loi relativement tolérante vis-à-vis de l'usage, ce qui s'oppose à la vision morale et répressive dominante en France.

La Suisse peut être qualifiée de pays novateur dans la mesure où elle se caractérise par une volonté d'expérimentation de programmes de RdRD tels que les programmes d'héroïne médicalisée et les salles de consommation à moindre risque (Klingemann 1996). Une des caractéristiques de la Suisse est la définition des politiques à un échelon local qui

s'accompagne d'une volonté forte de consulter les citoyens lors de la mise en oeuvre des programmes de RdRD, ce qui tend à favoriser ensuite leur implantation dans le paysage local et à améliorer leur acceptabilité sociale dans la société. Cette vision se distingue de la France qui se caractérise par un centralisme important en matière de politiques de santé et par des résistances importantes de la population vis-à-vis de l'implantation de dispositifs de RdRD au niveau de leur quartier, souvent liées à un déficit d'information et à une faible utilisation des référendums populaires.

Le Royaume-Uni constitue également un pays précurseur vis-à-vis de l'application de la RdRD et se caractérise par une dimension historique de l'accès aux TSO (méthadone/héroïne) dès les années 1920. L'expérience de Liverpool de distribution contrôlée d'héroïne menée par le Dr Marks dans les années 1980 a souvent été mise en exergue, comme l'une des réussites de la RdRD. Liverpool s'est en effet distingué par un taux de contamination VIH particulièrement faible, au regard des autres villes européennes, au moment des débuts de l'épidémie de sida, dans les années 1980-90 (Coppel 1996). La France a eu un retard important dans la mise en oeuvre des traitements de substitution aux opiacés (réservés à une cinquantaine de patients à partir des années 1970), leur diffusion n'intervenant qu'à partir de 1995 pour la méthadone et 1996 pour la buprénorphine haut dosage.

Au début de la diffusion des drogues dans les années 1970-80, le Danemark a choisi de considérer l'usage de drogues comme un problème social et non comme un problème moral ou médical à l'instar de la France. La RdRD à la danoise se caractérise donc plutôt à l'origine comme un modèle social de RdRD, modèle dans lequel la réinsertion sociale des usagers et leur place dans la société est centrale. Historiquement, les danois ont privilégié ainsi l'accès aux droits sociaux des usagers de drogues et ont intégré la dimension médicale du traitement des addictions de manière plus secondaire, même si une tendance récente à la médicalisation est perceptible (Houborg 2010). Le Danemark a également pu implanter des salles de consommation médicalement supervisées dans les années 2000, alors que le pays connaissait à la même période un renforcement de la prohibition (Houborg 2014).

A travers ces exemples décrits à partir de quelques traits saillants, on voit clairement comment le modèle français peut se distinguer des autres modèles existant en Europe. Il est intéressant également de noter que si chaque pays peut être rapproché d'un modèle fort ou faible, neutre ou pragmatique, gradualiste ou intégrationniste, chaque pays a implanté de manière singulière les différentes valeurs, croyances et techniques attachées à ces référentiels. Ainsi, les différents modèles doivent être appréhendés comme des archétypes et non comme un reflet de la réalité de chacun des pays présentés. En effet, ces modèles tendent à essentialiser la RdRD qui dans les faits est bien plus mouvante et peut évoluer au fil des contextes locaux et des pratiques des professionnels. De plus, la description de ces modèles s'effectue à partir d'un regard situé. Notre regard est un regard ethnocentré, celui d'une chercheure française qui envisage ces modèles de manière théorique, en partie déconnectée d'une connaissance approfondie de chacun des contextes nationaux et en les confrontant au modèle français.

2. Généalogie du modèle de RdRD à la française

2.1. Des conflits de valeurs et des enjeux de position qui ont donné lieu à un modèle intégrationniste de la RdRD en France

Contrairement à la Suisse ou aux Pays-Bas qui s'inscrivent clairement dans des modèles forts, gradualistes et politiques de RdRD, la France s'inscrit dans un modèle faible, neutre, intégrationniste, mais également sanitaire de la RdRD. En France, la première mesure emblématique de la politique française de RdRD, la vente libre de seringues date de 1987.

Quant à l'accès aux TSO, il a commencé à se diffuser à partir de 1995. Comparé à d'autres pays européens, le retard français est important. Ainsi aux Pays-Bas, les usagers de drogues ont été impliqués comme partenaires des associations et des pouvoirs publics dès les années 1970, grâce à l'implication des « junkie bonds »[2]. Ce décalage temporel s'explique notamment par des considérations socio-politiques et culturelles. En France, l'usage de drogues est un délit pénal et la classe politique n'hésite pas à recourir à un discours d'interdit moral lorsqu'elle aborde ce sujet, ce qui rend plus complexe la production d'un discours de santé publique sur les drogues et ne favorise pas l'implication des usagers dans l'action publique. Aux Pays-Bas, au contraire, une volonté pragmatique d'efficacité en matière de santé publique et un souci de normaliser l'usage de drogues ont très tôt été affichés dans la société néerlandaise. Mais la spécificité française tient également aux luttes de position et enjeux idéologiques dans le champ professionnel des intervenants en toxicomanie (Bergeron 1999).

Un retour socio-historique est indispensable pour comprendre comment le choix du modèle de RdRD à la française est fortement lié à des enjeux de position et de valeurs autour de la définition légitime du « bon traitement » de la « toxicomanie ». Nous avons réalisé un travail ethnographique sur la genèse du collectif Limiter La Casse qui nous a permis d'observer les interactions entre acteurs au sein des arènes de construction de la décision publique, de réaliser des entretiens avec quelques figures symboliques du champ et d'accéder aux archives de ce collectif (Jauffret 2000). Ce travail démarré au début des années 1990, nous a permis de comprendre comment les conflits de valeurs et de positions avaient pu jouer un rôle déterminant dans le choix d'un modèle intégrationniste de RdRD en France. En effet, au milieu des années 1980, la RdRD commence par banaliser un geste souvent perçu comme agressif et autodestructeur, la pratique d'injection qui est le principal vecteur de contamination du VIH et des hépatites virales chez les « toxicomanes ». La mise à disposition de matériel stérile chez les « toxicomanes » heurte les intervenants en toxicomanie. Il leur est, en effet, difficile d'admettre qu'on puisse faciliter l'accès aux seringues alors que leurs efforts sont centrés sur le sevrage et la démythification de l'usage de la seringue[3]. Les partisans de la RdRD se regroupent au sein du collectif Limiter La Casse créé en 1993. Ils mettent en avant l'urgence de la situation et posent l'alternative suivante aux intervenants en toxicomanie : *« Vaut-il mieux un héroïnomane en voie d'abstinence mais séropositif ou un ex-héroïnomane traité à la méthadone encore séronégatif »* (Lowenstein 1993). Un texte d'appel du collectif publié dans le journal Le Monde daté du 19 octobre 1993 donne le ton du collectif, celui d'une double dénonciation, celle des pouvoirs publics concernant la politique répressive menée à l'encontre des toxicomanes et celle du dispositif spécialisé prônant le sevrage et la psychothérapie. Constitué dès l'origine comme un groupe de pression, Limiter La Casse utilise une rhétorique de l'urgence, du tragique et de la dénonciation. Dans son premier appel en 1993 sont mis en avant le taux élevé de contamination des UD par le VIH et l'alternative de la RdRD adoptée dans d'autres pays européens. Les chiffres français présentés dans l'appel de Limiter La Casse sont impressionnants, en 1993 : *« 29,1% des malades du sida sont des usagers de drogues, 25% des hétérosexuels sont contaminés par un partenaire usager de drogues, 44% des bébés malades du sida naissent de mères usagères de drogue »*. Mais au-delà des chiffres, le registre sémantique utilisé dans l'appel de Limiter La Casse est volontairement violent. Un tableau dramatique de la situation sanitaire des usagers de drogues est dressé : *« Des toxicomanes meurent chaque jour du sida, d'hépatite B et C, de*

[2] Les « junkie bonds », littéralement « syndicats de drogués », ont été ainsi dénommés par les usagers eux-mêmes pour dénoncer la stigmatisation dont ils se plaignaient d'être l'objet et affirmer dans le même temps leur visibilité dans l'espace public.

[3] Il est important de noter que les positions des intervenants en toxicomanie de l'époque ne condamnaient pas de manière univoque l'ensemble des mesures de RdRD. Ainsi, une figure emblématique du champ le Dr Claude Olievenstein se déclarait en faveur de l'accès aux seringues tout en étant en désaccord avec la diffusion des TSO.

septicémie, par suicide ou par overdose. Ces morts peuvent être évités. C'est ce qu'on appelle la réduction des risques ». Cet appel fustige l'attitude des pouvoirs publics : *« La France fait exception. Les actions de prévention sont découragées, les toxicomanes sont harcelés, les malades incarcérés, les rapports se dégradent entre la société et les héroïnomanes. Plus la répression des usagers s'accentue, plus les mafias s'organisent, plus les usagers de drogue sont violents »*. Dans cet appel, il s'agit surtout de témoigner de la réalité quotidienne des usagers de drogues, de dénoncer l'ostracisme dont ces usagers sont victimes et de qualifier cette situation de scandaleuse. En réaction à ce scandale, le collectif fait des propositions sous forme de revendications qui s'articulent autour des quatre axes suivants : l'accès aux seringues stériles, le développement des TSO, un meilleur accès aux soins et à la prévention pour les usagers de drogues et la reconnaissance de l'apport de l'auto-support des usagers. À travers la présentation et la dénonciation de cette « situation honteuse », le collectif Limiter La Casse désigne des coupables en critiquant la politique menée par les pouvoirs publics et dénonçant sans les nommer les intervenants en toxicomanie « traditionnels »[4].

Dans l'autre camp, celui des intervenants en toxicomanie défenseurs du sevrage et de la psychothérapie, la controverse porte principalement sur l'opposition à deux techniques d'intervention de la RdRD : la libéralisation de la vente des seringues et la dispensation de TSO. Tout d'abord, la libéralisation de la vente des seringues s'oppose à la représentation dominante du toxicomane chez les intervenants en toxicomanie. En effet, le prisme d'inspiration psychanalytique à travers lequel la question de la toxicomanie était interprétée a produit une représentation spécifique du « toxicomane » comme un être suicidaire (Bergeron 1999), décrit de la manière suivante par certains intervenants comme Francis Curtet : *« Quand on est prêt à jongler avec la prison, la folie et la mort, on peut tout autant jongler avec le sida »* (Curtet 1986). Cette appréhension spécifique du toxicomane comme suicidaire faisait écran à la prise en considération du sida comme une priorité dans le champ de la toxicomanie et amenait les intervenants en toxicomanie à considérer la mise en vente libre des seringues comme une mesure inadaptée à la problématique du « toxicomane ». En effet, cette idiosyncrasie particulière à laquelle le « toxicomane » était rattaché amenait certains intervenants à penser que les « toxicomanes » ne se préoccuperaient pas de leur santé, qu'ils seraient résistants aux messages de prévention et donc qu'ils ne changeraient pas leurs pratiques. La question des seringues est vécue comme la négation d'une expertise professionnelle construite autour de l'interdit de la consommation et est présentée comme une volonté délibérée d'abandonner leurs patients : *« Allons-nous baisser les bras ? Allons-nous abandonner les toxicomanes à leur toxicomanie ? »* (Curtet 1986). À travers la RdRD, les intervenants en toxicomanie emblématiques comme Claude Olievenstein dénoncent également une vision médicalisée de la toxicomanie *« La venue du sida a rassuré. Enfin, nous avions là les stigmates d'une vraie maladie : tests, bilan biologique, traitements de prévention et bonne conscience des associations caritatives. Cela a permis la réintroduction massive du médical. »* (CRIPS 1994). La méthadone est alors perçue comme un outil de contrôle social et entraînant un processus de transformation des « toxicomanes » en *« infirmes médico-légaux »* (Olievenstein 1977).

---

[4] Selon Boltanski, (Boltanski 1983).

Pour imposer leur point de vue, les partisans de la RdRD ont dû utiliser une rhétorique de la dénonciation, du tragique et de la mise en accusation des intervenants en toxicomanie qui s'étaient longtemps donnés le sevrage pour seul objectif et la psychothérapie analytique comme unique méthode. Cette opposition frontale a permis à des outsiders incarnés par les nouveaux acteurs de la RdRD de faire valoir leur nouveau modèle d'intervention comme une « morale dominante » dans le champ de la prise en charge des addictions (Jauffret 2000), mais elle a également créé une division très forte entre les acteurs de la prévention du VIH et des hépatites, et ceux du soin et du sevrage. La confrontation a laissé des traces chez les partisans de chacun des référentiels (sevrage et psychothérapie versus RdRD) qui sont aujourd'hui amenés à cohabiter. Elle contribue à nourrir des réticences persistantes vis-à-vis des innovations de santé publique, parfois perçues comme une forme de prosélytisme de l'usage et un renoncement au sevrage. Et si la RdRD a finalement été incorporée à la politique française des drogues, c'est de manière intégrationniste, en forçant son opposition face au référentiel antérieur sans parvenir à concilier ces deux approches (Kellogg 2003). À cet égard, le modèle français s'est distingué dans sa construction initiale des approches néerlandaise et suisse plus gradualiste qui ont cherché à optimiser la prise en charge des usagers de drogues et à leur offrir une offre aussi diversifiée que possible de soutiens et de soins (Jauffret-Roustide 2011-a).

2.2. Un modèle faible de RdRD marqué par la domination du registre biomédical, un défaut d'attention accordé à l'environnement social du risque et un déplacement de la responsabilité face au risque vers les usagers de drogues

Au-delà de son caractère intégrationniste, la RdRD à la française peut être qualifiée de modèle faible. En effet, la France a choisi de déployer une RdRD neutre, pragmatique et sanitaire, au sein de laquelle domine un registre biomédical axé sur la réponse médicamenteuse et différents outils techniques de gestion du risque, au détriment du registre social et politique. Contrairement à la Suisse ou aux Pays-Bas, la France a construit la RdRD essentiellement autour du risque infectieux et a promu une vision très médicalisée de la RdRD qui laisse peu de place à la question des autres risques liés à l'usage de drogues que sont les risques légaux, sociaux, politiques et relationnels, c'est à dire l'environnement du risque (Rhodes 2002). Après avoir réussi à mettre à distance une approche médicale de la toxicomanie pendant près de 20 ans, le champ de l'intervention auprès des usagers de drogues s'est fortement re-configuré depuis le milieu des années 1990 en proposant des techniques d'intervention essentiellement biomédicales et techniques.

Au cours des années 1990, le concept d'addiction vient en effet progressivement se substituer au concept de la toxicomanie, et le paradigme neurobiologique et cognitivo-comportemental vient remplacer le paradigme psychanalytique. Ce concept savant d'addiction va devenir une catégorie politique, car elle permet aux acteurs professionnels et politiques de se re-légitimer après le scandale sanitaire du sida en mettant à distance l'ensemble de l'ancien référentiel, ses techniques d'intervention et ses acteurs et en créant de nouvelles alliances (Fortané 2010). Le développement de l'addictologie en France va ainsi permettre la création d'une nouvelle clinique des drogues marquée par le choix d'une réponse médicamenteuse pour gérer le risque dans le champ des addictions. Après un démarrage tardif concernant l'accès aux TSO (méthadone et buprénorphine) au milieu des années 1990, la France a largement mis ces traitements à disposition des usagers, en passant d'une cinquantaine d'usagers en 1994 à 180 000 actuellement (Brisacier at al. 2014). Cette diffusion massive et rapide des TSO a été favorisée par une molécule, le choix de la buprénorphine, et par l'organisation du système de santé français, celui de la médecine libérale. La diffusion des TSO a eu un impact majeur dans la réduction de la contamination par le VIH dans la population des usagers de drogues et a permis de favoriser la réinsertion de certains usagers stabilisés sous TSO (Emmanuelli et al. 2005). Toutefois, ce succès des

TSO a également eu pour conséquence indirecte de réduire la RdRD à une somme d'instruments sanitaires déconnectés d'une vision politique. Renforcée par l'ascension de l'addictologie dans les années 1990, cette forte médicalisation s'accommode de la criminalisation persistante de l'usage de drogues qui impose un modèle faible de réduction des risques largement indifférent au contexte social de consommation et aux facteurs structurels qui influent sur l'exposition au risque des usagers de drogues (Jauffret-Roustide 2013).

Au-delà de la domination du médicament comme outil de gestion du risque, la France a favorisé plus récemment le développement d'un arsenal de technologies de RdRD. Tous ces nouveaux outils incarnés par les kits d'injection à moindre risque, les kits snif, et les kits crack ont pour objectif de réduire la transmission du risque viral et bactérien lors de la consommation de drogues, dans une optique de santé publique. Le regard sociologique permet de les appréhender également comme des techniques destinées à contrôler l'ensemble des étapes identifiées comme à risque pour chaque séquence de la consommation de drogues, avec une visée de normalisation des conduites. Chaque usager est ainsi exhorté à adopter un regard réflexif sur ses propres pratiques. Ce champ des possibles s'inscrit dans une gestion médicalisée des risques, qui apporte certes un gain important en santé pour les usagers, mais qui tend à déplacer la responsabilité de la gestion des risques vers les usagers eux-mêmes. La mise à disposition des TSO s'est par ailleurs accompagnée d'une injonction à l'autonomisation des usagers de drogues. La substitution ayant comme objectif de libérer l'usager de sa dépendance à une « drogue de rue » telle que l'héroïne, elle est censée permettre à l'usager de ne plus centrer son quotidien sur la recherche du produit, de disposer de plus de temps pour lui-même et de pouvoir adopter un mode de vie plus conventionnel, en redevenant des « citoyens comme les autres » (Jauffret-Roustide 2004). Les usagers de drogues qui ne parviennent pas à s'emparer de l'ensemble des nouvelles technologies de gestion du risque mis à leur disposition sont alors discriminés, car on attend d'eux qu'ils adoptent les « bonnes pratiques » d'usage à moindre risque. La RdRD s'inscrit donc dans un mode de gestion des problèmes de santé caractéristique d'une gouvernementalité libérale (Foucault 2004) qui fait moins appel aux dispositifs et institutions coercitives qu'à la mise en oeuvre par les individus eux-mêmes des conduites appropriées ou jugées telles. Le modèle de RdRD à la française est ainsi un exemple emblématique d'une gestion individualisée des risques s'inscrivant dans une logique biomédicale, conciliant une volonté d'intervention réparatrice et de surveillance préventive symbolisée par le développement de nouvelles technologies de prévention du risque. Le discours de la RdRD valorise les capacités des individus à minimiser les risques en les exhortant à être responsables, autonomes et capables de choix rationnels, sans toutefois agir sur la dimension structurelle de l'exposition aux risques (Fraser et al. 2008 ; Jauffret-Roustide 2009-b). Cette injonction normative des pratiques de consommation à moindre risque est toutefois souvent déconnectée de la prise en compte de l'environnement social au sein duquel les usagers de drogues vivent et consomment.

2.3. L'impact nuancé du modèle de RdRD à la française sur l'exposition au risque des usagers de drogues

La littérature internationale a mis en évidence l'efficacité de la politique de RdRD dans la réduction de la transmission du VIH et la diminution des pratiques à risque. Validés dans le cadre de méta-analyses (Hagan et al. 2011), ces succès sanitaires reposent sur des modèles combinés qui déclinent l'ensemble des outils de RdRD (TSO, accès aux seringues et salles de consommation à moindre risque) et la prise en compte de l'environnement du risque. En France, la RdRD a permis d'obtenir une diminution importante de la contamination par le VIH chez les usagers de drogues injecteurs, la prévalence du VIH étant passée de 50% dans les années 1990 (Emmanuelli et al. 2005) à 13% actuellement (Weill-Barillet et al. 2016). Les données épidémiologiques mettent toutefois en évidence l'échec partiel de ce

modèle de RdRD sur d'autres indicateurs. Plusieurs enquêtes récentes mettent en évidence la persistance d'un niveau élevé des pratiques à risque, une précarisation constante des usagers de drogues, et une prévalence de l'hépatite C très élevée.

Concernant les pratiques à risque, des enquêtes épidémiologiques transversales et des cohortes mettent en évidence que le partage du petit matériel d'injection concerne entre un tiers et la moitié des usagers injecteurs (Weill-Barillet et al. 2016 ; Roux et al. 2015). L'enquête ENA-CAARUD 2012 met par ailleurs en évidence que des sous-groupes spécifiques tels les plus jeunes (moins de 25 ans) et les femmes sont plus concernés par le partage de matériel d'injection. Près de la moitié des fumeurs de crack déclarent avoir partagé leur doseur au cours du dernier mois (Cadet-Taïrou et al. 2015). Ce niveau élevé de pratiques à risque peut être mis en lien avec les difficultés rapportées par les usagers injecteurs pour se procurer du matériel d'injection. Ainsi, dans l'enquête Coquelicot, un tiers des usagers rapporte avoir rencontré des difficultés à se procurer des seringues, au cours des 6 derniers mois, et ce au sein de grandes agglomérations telles que Paris et la Seine Saint-Denis, Strasbourg et Lille (Weill-Barillet et al. 2016). La précarité des conditions de vie des usagers est importante, près de 20% d'entre eux déclarant dormir dans la rue le jour de l'enquête (Weill-Barillet et al. 2016).

Concernant l'épidémie d'hépatite C, seule l'enquête Coquelicot permet d'estimer la séroprévalence de cette maladie virale, grâce à un recueil de données biologiques, à un niveau national. La dernière édition menée entre 2011 et 2013 montre que la prévalence globale de l'hépatite C est de 44%, et est donc en baisse par rapport à 2004 où elle atteignait 60%. La séroprévalence de l'hépatite C varie de 56% à Marseille à 24% à Bordeaux. De plus, si l'on s'intéresse à la population des usagers injecteurs (définis comme ayant injecté au moins une fois au cours de la vie), la séroprévalence de l'hépatite C atteint encore 64%. Par ailleurs, de très fortes disparités régionales existent. Il est intéressant de noter que les difficultés d'accès aux seringues constituent un facteur associé à la séroprévalence de l'hépatite C, toutes choses égales par ailleurs (Weill-Barillet et al. 2016), ce qui met en évidence l'importance des facteurs structurels liés aux modèles politiques de RdRD dans l'exposition au risque.

Au-delà de ces données nationales, des données locales issues d'une cohorte menée dans la région du Sud-Ouest sont plus optimistes et montrent une diminution des pratiques à risque et de la prévalence de l'hépatite C sur la période 1995-2004 (Fatséas et al. 2012), puis une poursuite de la diminution de la prévalence de l'hépatite C jusqu'en 2006, mais uniquement dans un sous groupe d'usagers injecteurs d'héroïne et pas chez les injecteurs de cocaïne (Denis et al. 2015). Il est intéressant de noter que la région bordelaise d'où est issue en partie cette cohorte constitue l'une des agglomérations où les difficultés d'accès au matériel d'injection sont les moins importantes (3% de difficultés rapportées versus 30% observés en moyenne) (Weill-Barillet et al. 2016).

Si l'on situe la France au niveau international, vis-à-vis d'autres pays comme la Suisse et les Pays-Bas qui ont adopté des modèles de RdRD plus forts, l'épreuve de la comparaison illustre les limites du modèle faible de RdRD. Les Pays-Bas sont en effet aujourd'hui un modèle en matière de réussite dans la lutte contre l'hépatite C. La mise en oeuvre d'un modèle combiné de RdRD (Van den Berg 2007-a) a permis de réduire à zéro l'incidence de l'hépatite C chez les usagers de drogues (Van den Berg 2007-b), tendance également observée en Suisse où l'incidence de l'hépatite C chez les injecteurs atteint 2% (Wandeler 2012).

Ces résultats préoccupants vis-à-vis de l'exposition au risque nécessitent de repenser le modèle français de RdRD. Ils mettent également en évidence comment une focalisation sur la mise à disposition de techniques sans prise en compte de « l'environnement » du risque menace l'efficacité du modèle français.

3. Quelles alternatives possibles pour optimiser le modèle français de RdRD

La France a longtemps été confrontée à des hésitations voire des réticences vis-à-vis de la panoplie des mesures de RdRD disponibles, et en particulier vis-à-vis de mesures innovantes, ayant fait leurs preuves à l'étranger. Ainsi, les salles de consommation à moindre risque, les programmes d'échange de seringues en détention et l'éducation par les pairs ont peiné à trouver leur place en France. Il semblerait toutefois que le modèle de RdRD soit en phase de transition et se situe actuellement dans un tournant vis-à-vis de la mise en place de ces mesures innovantes. Toutefois, si l'enrichissement des outils constitue une piste pour améliorer l'efficience de la RdRD à la française, une réflexion plus globale sur les valeurs qu'il contribue à produire doit être désormais envisagée. Le modèle faible, neutre, sanitaire et intégrationniste de la RdRD doit donc être dépassé pour entrer dans une nouvelle ère de la RdRD, une ère plus attentive aux conditions d'existence des usagers, à leurs attentes et à la place qui leur est accordée dans la société.

3.1 De la théorie du gradualisme à la pratique de l'Integrative Harm Reduction Psychotherapy

Actuellement, le modèle intégrationniste de la RdRD suscite des débats au sein des intervenants de l'addictologie car elle est perçue comme trop déconnectée du soin. Ce modèle est également délétère pour les usagers de drogues car il n'est pas suffisamment à l'écoute de leurs besoins. Par ailleurs, le prisme exclusivement sanitaire et infectieux sous-jacent au modèle faible de RdRD adopté par la France interroge trop peu la question de la relation du sujet aux drogues, et une clinique du patient usager de drogues est à réinventer dans le contexte de la RdRD (Jauffret-Roustide 2010). Le modèle gradualiste constitue une alternative intéressante qui a donné lieu dans son application pratique à l'Integrative Harm Reduction Therapy (IHRP), développée par Andrew Tartasky (Tartasky et al. 2010). L'IHRP vise à élargir la RdRD au-delà de la sphère de la prévention du risque infectieux, en l'intégrant également dans la démarche de soins. En France, cette nouvelle manière de penser le référentiel de RdRD peut entraîner un bouleversement des schémas de pensée et donc de pratiques quotidiennes des soignants et des intervenants de RdRD et de leurs relations avec les patients. Depuis quelques années, le Dr Alain Morel diffuse la pensée de Tartasky dans les espaces professionnels français de la RdRD (Swaps 2013). L'IHRP remet en cause la notion d'abstinence en lui substituant la notion de guérison, l'idée étant d'envisager un changement positif pour les individus en les appliquant de manière active comme des acteurs de leur traitement et de leur propre rétablissement. L'IHRP tend à mettre à distance une approche exclusivement sanitaire de la RdRD et exhorte à prendre en compte les dimensions du contexte socio-culturel et de l'individu dans la prise en charge (Tartasky et al. 2010). Il est intéressant de noter que cette approche renvoie à la conception que le Dr Claude Olivenstein avait de la prise en charge de la « toxicomanie » dans les années 1970, comme nécessitant de prendre en compte *« la rencontre entre un produit, un individu et un contexte »* (Olievenstein 1977). L'une des originalités de l'IHRP est également de ne pas opposer, mais de réconcilier les différentes approches thérapeutiques en les considérant comme complémentaires et utiles à différentes étapes de la trajectoire du patient, avec l'idée de les utiliser dans un continuum de soins. Cette idée substitue la notion de risque à celle de bien-être, celle d'abstinence à celle de guérison ou de rétablissement. Le postulat de base étant d'essayer de pousser les professionnels à sortir des idéologies et des dogmes.

Au-delà des pratiques de travail à renouveler, il convient d'essayer de faire travailler ensemble des types d'acteurs ayant longtemps été dans des sphères éloignées l'une de l'autre. Ainsi, les programmes Narcotiques Anonymes (NA), longtemps assimilés à des sectes par les professionnels constituent des ressources importantes pour les usagers de drogues (Jauffret-Roustide 2010). Au-delà de l'objectif d'abstinence promu par NA, le

décalage entre NA et la RdRD était également lié au fait que le discours de NA pouvait être perçu comme renvoyant aux notions de souffrance, de dépendance et de culpabilité, allant à l'encontre du registre sémantique de la RdRD mettant en avant gestion de l'usage, responsabilité et autonomie des usagers (Jauffret-Roustide 2010). L'intérêt de ces programmes en Douze Etapes est de partir de l'expérience du patient et de le considérer comme actif dans sa prise en charge, ce qui constitue un point de rencontre avec les fondamentaux de la RdRD. Dans l'esprit du gradualisme, des rapprochements récents entre le milieu des professionnels du champ des addictions, de la RdRD et les programmes en Douze Etapes ont été initiés ces dernières années dans différentes sphères, par la Fédération Addiction sous l'impulsion de Jean-Pierre Couteron et de Nathalie Latour et dans le cadre d'ASUD avec Fabrice Olivet, avec l'idée commune de mieux prendre en compte la dimension expériencielle des usagers dans la RdRD et d'aller au-delà des blocages idéologiques pour éprouver ce qui fonctionne en pratique. Les usagers eux-mêmes avaient intégré précocement la possibilité de concilier ces approches, certains usagers en TSO fréquentant les réunions NA, d'autres patients en « rétablissement » au sein de NA fréquentant les centres d'addictologie. C'est par la rencontre entre des patients et des professionnels à un niveau individuel et collectif que les lignes ont pu commencer à bouger du point de vue des institutions ces dernières années, grâce encore une fois à la mise à distance des dogmes.

3.2 Créer des environnements favorables pour sortir la RdRD de son statut d'exception

Le modèle de RdRD français se caractérise par sa neutralité et son refus de se positionner clairement sur les enjeux sociaux et politiques soulevés par l'usage de drogues. Certains auteurs tels que Samuel Friedman ont critiqué cette vision neutre de la RdRD et pointent la nécessité de la sortir du champ exclusivement sanitaire et de construire des alliances avec des mouvements politiques de travailleurs pour inclure la RdRD dans sa dimension politique plus globale (Friedman 2001-b). Par ailleurs, de nombreux travaux ont mis en évidence que les politiques prohibitionnistes ne parvenaient pas à atteindre leur cible, à savoir l'éradication des drogues. Pour illustrer cet échec, Fromberg utilise la métaphore de la réaction allergique en termes de « sensibilisation-désensibilisation » pour caractériser les situations américaine et hollandaise vis-à-vis du cannabis. Il montre comment la loi néerlandaise a permis progressivement de s'inscrire dans un processus de normalisation et de désensibilisation vis-à-vis de l'usage permettant de favoriser les usages régulés et de limiter les risques, alors que les Etats-Unis fervents partisans d'une politique prohibitionniste ayant eu tendance à sur-réagir par rapport au phénomène de la consommation de cannabis, a favorisé l'apparition de dommages secondaires liés à la stigmatisation et la marginalisation des consommateurs, et amplifiant ainsi les risques (Fromberg 1993). Cette analyse de Fromberg pourrait également être appliquée à la France, la prohibition n'ayant pas permis de réduire la consommation et d'en limiter les dommages. Un débat plus apaisé et normalisé sur les drogues mériterait d'être posé en France, afin d'avancer dans une voie équilibrée permettant d'être plus efficace à la fois pour prévenir les usages et réduire les risques et les dommages associés à la consommation.

Après des années d'immobilisme, suite à l'essoufflement des premiers combats et à l'institutionnalisation de la RdRD, cette politique semble connaître aujourd'hui une nouvelle impulsion. Le modèle français de RdRD semble s'ouvrir à de nouvelles approches à la fois plus innovantes et moins dogmatiques. Ce mouvement s'inscrit en partie dans un processus d'européanisation des politiques de type horizontal au sens où l'Union européenne crée *« les préconditions pour la diffusion d'idées communes et de paradigmes de politiques publiques »* selon Radaelli (2003) cité par Guignier (2011). Ce processus horizontal d'européanisation des politiques n'agit pas par la contrainte, mais par la diffusion d'un nouveau cadre technique, cognitif et normatif. La comparaison des politiques devient ainsi un moyen pour les acteurs locaux de s'inspirer de ce qui est présenté à l'étranger comme des pratiques

efficaces (Guignier 2011), de s'y socialiser par le biais d'échanges internationaux et d'essayer de les implanter ensuite en France, en les adaptant aux contextes. Ainsi, de la même manière que les militants de la RdRD avaient pu utiliser les résultats des modèles de RdRD implantés dans d'autres pays européens au moment de l'épidémie de sida pour demander l'amélioration de l'accès aux seringues et la diffusion des TSO à la fin des années 1980, les acteurs de la RdRD ont utilisé les modèles étrangers pour faire valoir la mise en place des salles de consommation à moindre risque depuis les années 2000. Au-delà des techniques biomédicales, la nouvelle ère de la RdRD doit intégrer la dimension de la vulnérabilité induite par l'usage de drogues et chercher à la réduire au niveau individuel, collectif et social (Ezard 2001). Entrer dans cette nouvelle ère nécessite d'appliquer un modèle fort de RdRD qui implique des changements structurels s'attaquant en profondeur à la vulnérabilité associée à l'usage de drogues dans toutes ses dimensions, en améliorant les conditions d'existence des usagers de drogues, en limitant les dommages pour la société dans son ensemble, et en favorisant l'acceptabilité sociale des valeurs portées par ce nouveau modèle de RdRD.

Références

Berridge V. Histories of harm reduction: illicit drugs, tobacco, and nicotine. Substance Use & Misuse 1999;34:35-47.

Bergeron H. L'Etat et la toxicomanie. PUF ed. Paris, France: 1999.

Boltanski L, Darré Y, Schiltz MA. La dénonciation. Actes de la recherche en sciences sociales 1983 ;51.

Brisacier A, Clin C. Opioid substitution treatments in France: recent data. OFDT; Saint Denis, 2014, Tendances n°94.

Coppel A. Les intervenants en toxicomanie, la réduction des risques et le sida en France. In Ehrenberg A (eds). Communications. Vivre avec les drogues : marchés, politiques régulations, et usages,1996, n°62 : 75-108.

Cadet-Taïrou A, Saïd S, Martinez M. Profils et pratiques des usagers des CAARUD en 2012. OFDT, Saint-Denis, 2015, Tendances n° 98.

CRIPS: Rencontre franco-européenne sur la prévention du sida chez les usagers de drogues, 8-9-10 février.; 1994:1-115.

Curtet F. Drogue et sida. La mise en vente libre des seringues ne résoudrait rien. Le Quotidien du Médecin 1986.

Dagmar H, Pirona A, Wiessing L. From margin to mainstream : The evolution of harm reduction responses to problem drug use in Europe. Drugs: Education, Prevention and Policy 2008;15:503-17.

Denis C, Fatséas M, Beltran V, Daulouède JP. Auriacombe M. Impact of 20 years harm reduction policy on HIV and HCV among opioid users not in treatment. Oral Communication, abstract published in Drug and Alcohol Dependence 2015.

Denning P, Coombs RH. Harm reduction tools and programs. In: Lawrence Erlbaum Associates Publishers. Addiction counseling review: preparing for comprehensive, certification and licensing examinations. 2005. p. 487-509.

Ehrenberg A. Vivre avec les drogues. Communications. Seuil ed. Paris: 1996.

Emmanuelli J, Desenclos JC. Harm reduction interventions, behaviours and associated health outcomes in France, 1996-2003. Addiction 2005;100:1690-700.

Ezard N. Public health, human rights and the harm reduction paradigm: from risk reduction to

vulnerability reduction. International Journal of Drug Policy, 2001, 12: 207-2019.

Fatseas M, Denis C, Serre F, Dubernet J, Daulouede JP, Auriacombe M. Change in HIV-HCV risk-taking behavior and seroprevalence among opiate users seeking treatment over an 11-year period and harm reduction policy. *AIDS Behaviors* 2012 Oct;16:2082-2090.

Fortané N. La carrière des « addictions ». D'un concept médical à une catégorie d'action publique. Génèses 2010; 1/78: 5-24.

Foucault M. Naissance de la biopolitique. Cours au collège de France (1978-1979). Gallimard. Paris ; 2004

Fraser S, Moore D. Dazzled by unity? Order and chaos in public discourse on illicit drug use. Social Science & Medicine 2008;66:740-52.

Friedman SR et al. Relationships of deterrence and law-enforcement to drug-related harms among drug injectors in US metropolitan areas. AIDS; 2001-a: 93-99.

Friedman SR, Southwell M, Bueno R, Paone D, Byrne J, Crofts N. Harm reduction - a historical view from the left. International Journal of Drug Policy 2001-b;12:3-14.

Fromberg E. Prohibition as a necessary stage in the acculturation of foreign drugs. In Heather N, Wodak A, Nadelmann E (eds). Psychoactive Drugs and Harm Reduction: From faith to Science; London, Whurr Publishers, 1993.

Guignier S. L'influence de l'Union européenne sur les pratiques et politiques de santé publique : européanisation verticale et horizontale. Sciences sociales & Santé, 2011, 29 (1): 81-106.

Hagan H, et al. 2011. Systematic review and meta-analysis of interventions to prevent Hepatitis C among people who inject drugs. *Journal of Infectious Diseases;* 204 (1): 74-83.

Hathaway AD. Shortcomings of harm reduction: toward a morally invested drug reform strategy. International Journal of Drug Policy. 2001 Jul 1;12(2):125-37.

Houborg E. Control and welfare in danish drug policy. Journal of Drug Issues, 2010, 40 (4) : 783-804.

Houborg E, Asmussen-Frank V. Drug consumption rooms and the role of politics and governance in policy processes. International Journal of Drug Policy, 2014.

Hunt N. Public health or human rights: what comes first? The International Journal of Drug Policy. 2004;15:231-7.

Jauffret M. La réduction des risques: enjeux autour d'une mobilisation collective. MANA-Revue de sociologie et d'anthropologie. 2000;8:161-88.

Jauffret-Roustide M. Les drogues: approche sociologique, économique et politique. La Documentation Française ed. Paris: 2004.

Jauffret-Roustide M. Un regard sociologique sur les drogues: décrire la complexité des usages et rendre compte des contextes sociaux. La Revue Lacanienne. 2009-a;1:109-18.

Jauffret-Roustide M. Self-support for drug users in the context of harm reduction policy: a lay expertise defined by drug users' life skills and citizenship. Health Sociology Review.

2009-b;18(2):159-72.

Jauffret-Roustide M. Narcotiques Anonymes, une expertise profane dans le champ des conduites addictives centrées sur le rétablissement, la gestion des émotions et l'entre-soi communautaire, Pensée Plurielle. Pratiques et Réflexions autour du social 2010; (23): 93-108.

Jauffret-Roustide M. Succès et limites du modèle de réduction des risques à la française. Alcoologie et Addictologie 2011-a, 33(2): 101-110.

Jauffret-Roustide M. Les salles d'injection, à la croisée de la santé publique et de la sécurité publique. Métropolitiques. Revue électronique de sciences sociales sur les politiques urbaines, mars 2011-b.

Jauffret-Roustide M, Pedrono G, Beltzer N. Supervised consumption rooms: The French Paradox. *Int J Drug Policy* 2013 Nov;24:628-630.

Jauffret-Roustide M. Les salles de consommation à moindre risque : de l'épidémiologie à la politique. La vie des Idées, 2015, 29 janvier.

Jobert B. Rhétorique, politique, controverse scientifique et construction de normes : esquisse d'un parcours de recherche. In: *La construction du sens dans les politiques publiques. Débat autour de la notion de référentiel*. Paris, 1996.

Keane H. Critiques of harm reduction, morality and the promise of human rights. The International Journal of Drug Policy. 2003;14(3):227-32.

Kellogg SH. On "Gradualism" and the building of the harm reduction-abstinence continuum. Journal of Substance Abuse & Treatment. 2003 Dec;25(4):241-7.

Klingemann HK. Drug treatment in Switzerland: harm reduction, decentralization and community response. Addiction, 1996, May, 91 (5): 723-36

Lowenstein W. Nécessité du débat. Toxicomanie, sida, exclusion. Les Temps modernes 1993;567:247-51.

Marlatt GA. Harm reduction: pragmatic strategies for managing high-risk behaviours. Guilford Press edition. New York; 1998.

Olievenstein C. Il n'y a pas de drogués heureux. Robert Laffont edition. Paris; 1977.

Radaelli C. 2003, The europeanization of public policy, In : Featherstone K., Radaelli C., eds, *The politics of europeanization*, Oxford, Oxford University Press, 27-56.

Rhodes T. The 'risk environment': a framework for understanding and reducing drug-related harm. International Journal of Drug Policy. 2002;13:85-94.

Rose N. The Politics of Life Itself. Theory, Culture & Society 2001 ;18 : 1-30.

Roux P, Le Gall JM, Debrus M, Protopescu C, Ndiaye K, Demoulin B, Lions C, Haas A, Mora M, Spire B, Suzan-Monti M, Carrieri PM. Innovative community-based educational face-to-face intervention to reduce HIV, hepatitis C virus and other blood-borne infectious risks in difficult-to-reach people who inject drugs: results from the ANRS-AERLI intervention study. Addiction 2015, vol. 11 (1): 94-106.

Stafford N. Using words: the harm reduction conception of drug use and drug users. International Journal of Drug Policy 2007;18:88-91.

Strang J. drug use and harm reduction: responding to the challenge. In Heather N et al. (eds). Psychoactive drugs and harm reduction: from faith to Science. London, Whurr Publishers.1993.

Swaps. Entretien avec Andrew Tartasky et Alain Morel. Aller vers, 2013, 2ème trimestre, n° 71.

Tartasky A, Kellogg S. Integrative Harm Reduction Therapy: a case of substance use, multiple trauma and suicidality. Journal of Clinical Psychology, 2010, 66 (2): 123-135.

Van Den Berg C, Smit C, Van Brussel G, Coutinho R, Prins M. Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users. Addiction. 2007-a Sep;102(9):1454-62.

Van Den Berg C, Smit C, Bakker M, Geskus RB, Berkhout B, Jurriaans S, et al. Major decline of hepatitis C virus incidence rate over two decades in a cohort of drug users. European Journal of Epidemiology 2007-b ; 22(3):183-93.

Wandeler G, Gsponer T, Bregenzer A, Guthard HF, Clerc O, Calmy A et al. Hepatitis C virus infections in the Swiss HIV Cohort Study: a rapidly evolving epidemic. Clinical Infectious Diseases 2012; 55 (10): 1408-16.

Weill-Barillet L, Pillonel J, Pascal X, Semaille C, Léon L, Le Strat Y, Barin F, Jauffret-Roustide M. Hepatitis C Virus and HIV seroprevalences, sociodemographic characteristics, behaviors an access to syringes among drug users, a comparison of areas in France, ANRS-Coquelicot Survey. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique;* February 19, 2016.

Eléments sur l'efficience/efficacité des politiques de RDR qui se sont développées en France et à l'étranger depuis une trentaine d'années

François BECK[1]
Directeur
OFDT
PARIS
Francois.Beck@ofdt.fr

D'après la définition de l'*International Harm Reduction Association* (IHRA), les termes de réduction des risques (RDR) se réfèrent à « des politiques, programmes et pratiques qui visent à réduire les conséquences sanitaires, sociales et économiques liées à la consommation de substances psychoactives, licites ou illicites », et qui reposent sur « la forte volonté de protéger la santé publique et les droits de l'homme » (IHRA 2009). En France, la définition de la RDR présente dans la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé indique : « La politique de réduction des risques en direction des usagers de drogues vise à prévenir les dommages sanitaires, psychologiques et sociaux, la transmission des infections, la mortalité par surdose liés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants » (Art. L. 3121-4. – I).

C'est à partir du milieu des années 1980 que l'approche de la RDR s'est fortement développée, face à l'émergence du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) (Cook *et al.* 2010). La littérature sur l'efficacité des réponses apportées en matière de RDR s'avère assez vaste. Toutefois, il est important de préciser la nature et les contours de la littérature examinée. Il n'existe pas dans la littérature scientifique d'étude d'impact permettant de démontrer l'efficacité ou l'inefficacité des politiques globales de RDR en France ou à l'étranger ou d'en comparer les résultats. Les difficultés méthodologiques pour évaluer scientifiquement l'efficacité d'une politique regroupant plusieurs actions et répondant à des besoins hétérogènes sont nombreuses. Une difficulté majeure à laquelle les chercheurs se heurtent est celle liée aux biais d'imputabilité des effets observés. Plus la politique est complexe, plus il est laborieux de faire émerger la preuve de son efficacité et plus le coût en est dissuasif. La question de l'efficacité est ainsi abordée au moyen de méthodologies plus classiques (notamment des études contrôlées randomisées et/ou des études observationnelles de cohorte) qui s'appliquent à des mesures spécifiques. Ainsi, les études disponibles évaluent les mesures séparément et utilisent des critères d'appréciation spécifiques.

Face à l'ampleur de la question, il est apparu opportun de centrer la réponse sur les éléments de la littérature internationale récents, les plus étayés et les mieux connus, en vue essentiellement d'identifier des recommandations de bonnes pratiques. Néanmoins, il est important de garder à l'esprit qu'il peut s'avérer particulièrement complexe de mettre en évidence l'efficacité d'une mesure compte tenu des difficultés méthodologiques inhérentes aux contraintes de l'observation et notamment sur la durée (par exemple, la preuve d'un impact sur les pratiques à risques est plus facile à faire émerger que celle sur la prévalence

[1] Remerciements à Isabelle Michot pour son aide dans la recherche bibliographique, ainsi qu'à Julie Adès et Christophe Palle pour leur relecture attentive.

des hépatites). Cet état de l'évaluation de l'efficacité des actions de RDR au plan international fera l'objet du premier chapitre.

Il sera complété, dans un deuxième point, par un bilan de la RDR en France : mise en œuvre des programmes et outils de RDR (Programmes d'échange de seringues (PES), Traitements de substitution aux opiacés (TSO), dépistage et traitement du VIH et des hépatites virales) y compris les réponses ou dispositifs nouveaux (Tests rapides d'orientation diagnostique (TROD), programme de distribution de la naloxone, dispositifs innovants de consommation à moindre risque), couverture et accessibilité des interventions, en particulier en prison et, enfin, conséquences du développement d'une politique de RDR en France (données épidémiologiques sur la mortalité et les maladies infectieuses). La dernière partie de ce travail se propose de faire émerger les principaux défis contemporains pour la poursuite de la réduction des dommages en France, en particulier concernant l'élargissement de ces politiques à d'autres produits et comportements.

1. Littérature internationale sur l'efficacité de la RDR

Cette partie repose notamment sur l'état des connaissances dressé par l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (EMCDDA *www.emcdda.europa.eu/best-practice*) sur les interventions validées en matière de politiques de réduction des risques. Il s'appuie sur les résultats issus des dernières méta-analyses, méta-synthèses et revues systématiques de la littérature[2].

1.1 Prévention de la mortalité et des risques liés à l'injection d'opiacés

Historiquement, la problématique qui a soulevé le plus grand intérêt au niveau international, parmi les chercheurs, est celle de l'impact des traitements ou des outils de RDR pour prévenir les maladies infectieuses dans les populations d'usagers d'opiacés pratiquant l'injection.

L'analyse de la littérature internationale montre que les **interventions les plus efficaces** face aux risques de transmission du VIH sont les TSO (Mattick *et al.* 2009) et la distribution d'aiguilles et de seringues stériles (Aspinall *et al.* 2014).

Les travaux de recherche internationaux (des études portant exclusivement sur la méthadone) ont montré que les TSO contribuent également de façon efficace à réduire la mortalité parmi les usagers de drogues injectables (UDI) d'opiacés (Bargagli *et al.* 2007), (Mattick *et al.* 2009), (Mathers *et al.* 2013) et à prévenir des comportements à risque liés à l'injection (Mattick *et al.* 2009), (Gowing *et al.* 2008), (WHO 2009).

Enfin, une récente revue de la littérature qui a porté sur 25 revues antérieures a mis en évidence l'efficacité des programmes d'échange de seringues (PES) pour réduire les pratiques à risque liées à l'injection, déclarées par les UDI (Macarthur *et al.* 2014).

[2] Les programmes ou outils n'ayant pas fait l'objet de méta-analyses ou de revues systématiques de littérature ne sont pas évoqués dans cette première partie.

Il existe par ailleurs dans la littérature, **des éléments de preuve moins robustes** sur l'efficacité de certains programmes ou pratiques[3]. Cependant, les chercheurs qui ont conduit ces recherches s'accordent pour conclure qu'il est probable que ces interventions soient efficaces. Il s'agit de :

- La délivrance de TSO et PES menée en parallèle en vue de réduire les contaminations de VIH et de VHC (Turner *et al.* 2011) (méta-analyse portant sur 5 études observationnelles).
- Les salles de consommation à moindre risque (SCMR) pour réduire les comportements à risque liés à l'injection (Macarthur *et al.* 2014) (Potier *et al.* 2014) (N=7 études, 4 positives[4], 3 absences d'association).
- Les interventions d'éducation et de formation sur la prise au domicile de la naloxone en cas de surdose pour limiter le nombre de décès (EMCDDA 2015b) (revue systématique reposant sur 21 études).
- L'administration intranasale de naloxone lorsque l'injection n'est pas possible pour prévenir les surdoses mortelles (Robinson et Wermeling 2014) (N=2 études, positives).
- Les TSO pour réduire les transmissions de VHC (Macarthur *et al.* 2014) (N=12 études, 4 positives, 8 absences d'association).
- La démarche d'« *aller vers l'usager* » et l'éducation à l'usage à moindre risque pour modifier les pratiques à risque liées à l'injection (Macarthur *et al.* 2014) N=28 études, 18 positives, 10 absences d'association).
- Les PES en pharmacie en vue de réduire les pratiques à risque liées à l'injection (Macarthur *et al.* 2014) (N=13 études, 8 positives, 2 négatives, 3 absences d'association).
- La distribution du petit matériel d'injection pour réduire les comportements à risque liés à l'injection (Macarthur *et al.* 2014) (N=15 études, 10 positives, 5 absences d'association).
- Les interventions de type « *aller vers l'usager* » mises en œuvre dans des endroits « cachés » (comme par exemple, la mobilisation de pairs ou les PES dans des lieux spécifiques où il existe des pratiques d'injection à risque) ou dans des lieux dédiés (les SCMR par exemple) efficaces pour rentrer et rester en contact avec des usagers de drogues très marginalisés (McNeil et Small 2014), (méta-synthèse réalisée sur 21 études qualitatives).

Enfin, s'agissant **des interventions s'adressant aux UDI d'opiacés qui n'ont pas été validées,** les éléments disponibles dans la littérature sont insuffisants pour prouver que les TSO améliorent l'adhésion au traitement VHC ou qu'ils contribuent à de meilleurs résultats de ce dernier (Hellard *et al.* 2009), (European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) et EMCDDA 2011).

---

[3] Les résultats des méta-analyses et des revues synthétiques de la littérature ici présentés ont pu porter sur l'analyse des études contrôlées randomisées ou des études observationnelles. Les approches méthodologiques sont spécifiques à chaque type d'étude. Ceci explique que les résultats ne soient pas restitués de façons identiques.

[4] Lorsque les études n'ont pas trouvé de lien statistique entre les variables caractérisant l'intervention et celles décrivant son efficacité, il est indiqué « absence d'association ». Lorsque les résultats sont significatifs, il est entendu que, dans le cas d'une relation inverse entre les variables on se réfère à une association « négative » et, au cas contraire, à une association « positive ».

1.2 Prévention des risques spécifiques liés à l'injection de stimulants

Les UD qui s'injectent des stimulants encourent un niveau de risque supérieur à ceux pris par les consommateurs d'opiacés, notamment du fait d'une pratique d'injection plus fréquente et souvent compulsive (Santibanez *et al.* 2005), (Lankenau *et al.* 2004), (Tyndall *et al.* 2003), (Van Beek *et al.* 2001). Il s'avère ainsi que les programmes et les outils doivent répondre à cette spécificité en adaptant les modalités d'intervention et les outils eux-mêmes à ces pratiques d'injection (le nombre de piqûres quotidiennes supérieur chez les UDI de stimulants). Les travaux d'évaluation ciblant spécifiquement cette population d'usagers sont pourtant exceptionnels. Certaines modalités d'interventions (comme la délivrance de matériel d'injection stérile adapté ou des actions d'éducation pour des injections plus sûres dans le pli inguinal) demeurent rares, controversées et ne sont souvent ni soutenues, ni même autorisées. Les travaux de recherche sont par conséquent peu nombreux. À ce jour, une unique étude contrôlée randomisée (ECR) a porté sur des injecteurs de crack (Henskens *et al.* 2008). Elle a trouvé que les programmes de type « *aller vers l'usager* » sont efficaces pour réduire les problèmes de santé mentale liés aux comportements à risque chez ces usagers.

La nécessité de réaliser un plus grand nombre de travaux de recherche sur les interventions ci-dessous est également pointée par les chercheurs du champ. Il s'agirait d'apporter des éléments de connaissance sur l'efficacité des interventions qui n'ont pas déjà fait l'objet d'évaluation :

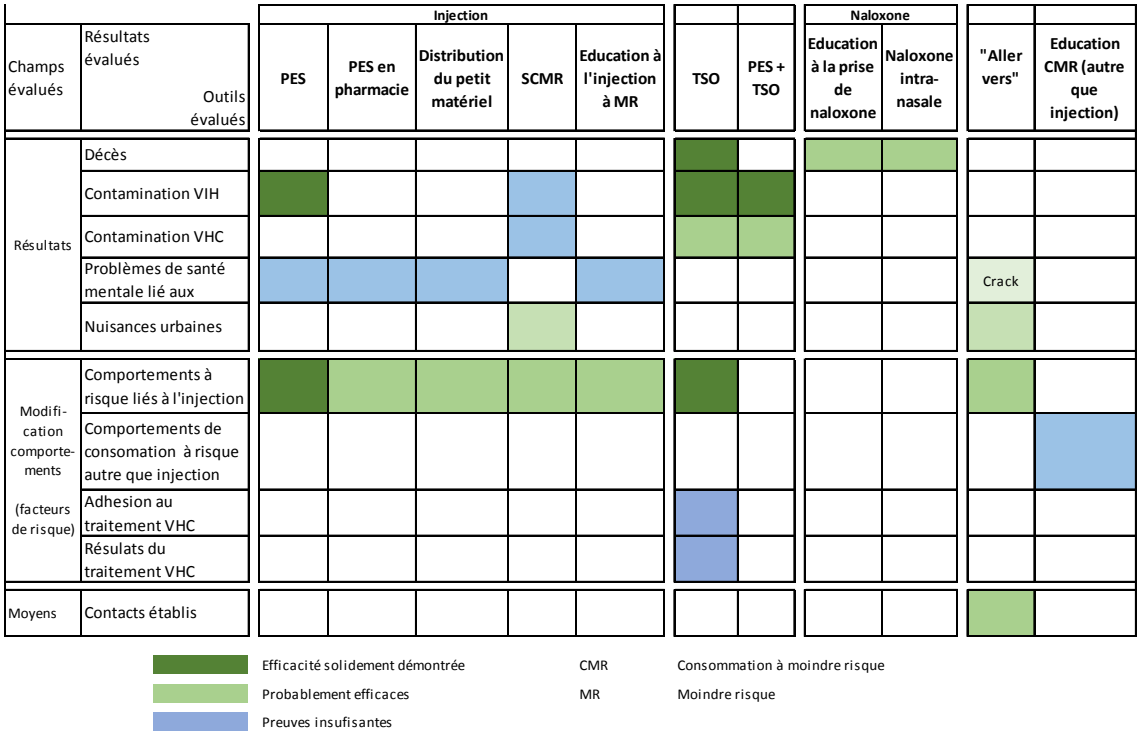
- La distribution d'une large quantité de matériel d'injection stérile et de préservatifs spécifiquement pour des UDI de stimulants.
- La délivrance de kits d'injection adaptés aux pratiques individuelles de l'usager en situation sociale de précarité (volume de la seringue adaptée aux produits injectés, conditions d'hygiène dégradées, injection « précipitée » dans la rue…).
- S'agissant des usagers moins précaires, la délivrance de matériel d'injection stérile et de petit matériel adaptés aux usagers injecteurs qui préparent et s'injectent leurs préparations au domicile (des champs stériles, des seringues différentes pour la préparation de la prise et pour son injection…).
- La diffusion d'information sur des techniques d'injection plus sûres, des conseils simples d'hygiène (se laver les mains, se couper les ongles), des conseils sur l'entretien des veines et le soin des blessures et enfin, la distribution de crèmes antibactériennes.

1.3 Prévention des risques liés à d'autres modes d'usage que l'injection

Les modes de consommation par inhalation ou sniff font encourir aux usagers de drogues des risques spécifiques (INSERM 2010c). Les études contrôlées randomisées (ECR) existantes sont plutôt abondantes, mais les revues de la littérature sont bien moins nombreuses. La plus récente a été réalisée par Fischer *et al*. en 2015 et porte sur une population d'usagers de cocaïne et de crack (Fischer *et al.* 2015). La durée de suivi limitée des études recensées dans cette revue de la littérature ainsi que leur hétérogénéité ont amené les auteurs à ne pas conclure formellement sur les résultats d'évaluation recueillis. De nouveaux travaux de recherche s'avèrent nécessaires, notamment sur l'efficacité des approches comportementales pour réduire les comportements à risque de transmission de VIH, telles les interventions de RDR « boule de neige » via les pairs (telles que "Each One Teach One"), les actions d'éducation à l'usage à moindre risque ou les programmes

standard de prévention du VIH, ou encore pour réfuter ou confirmer les premiers résultats des travaux déjà menés sur l'efficacité de la délivrance du petit matériel pour fumer du crack et sur la prévention des problèmes de santé et des surdoses.

Tableau 1 : Synthèse des résultats d'évaluation internationale des outils de RDR



Source : Données EMCDDA, synthèse OFDT

1.4 Prévention des risques en milieu festif

En milieu festif, la consommation de substances psychoactives, licites ou illicites et le phénomène des polyconsommations peuvent entraîner des risques spécifiques (INSERM 2010e). La littérature internationale s'est surtout intéressée à l'efficacité des interventions pour prévenir les intoxications, les blessures et les accidents routiers liés à l'alcool. Ainsi, les travaux de recherche ont montré que les campagnes de communication **sont efficaces** pour réduire les accidents routiers liés à l'alcool dans un contexte festif (Calafat 2010), (Calafat *et al.* 2009), (Faggiano et Vigna-Taglianti 2008), (Tay 2005) ainsi que les interventions dédiées à la prévention de l'alcool au volant tel quel le service de transport gratuit après consommation (« Drink-driving service ») (Ker et Chinnock 2008) pour prévenir les blessures et les accidents mortels. Par ailleurs, la littérature s'accorde sur l'efficacité des interventions de sensibilisation et de formation à la vente et à la distribution responsable de boissons alcoolisées (« Responsible Beverage Service »), dans le cadre des approches multi-stratégiques basées sur la mobilisation communautaire (mobilisation collective des différents publics et acteurs impliqués dans la vente et la consommation d'alcool) pour réduire les consommations d'alcool et éviter les états d'alcoolisation aiguë (Jones *et al.* 2011), (Bolier *et al.* 2011).

Certaines réponses, à l'inverse, **ne sont pas efficaces** d'après la littérature analysée, à savoir :

- La seule délivrance d'informations (hors campagnes de communication) pour prévenir les problèmes liés aux drogues illicites et à l'alcool.
- Les interventions éducatives dans les espaces festifs pour influencer les attitudes et les comportements de consommation d'alcool.

Tableau 2 : Synthèse des résultats d'évaluation internationale des outils de RDR pour le contexte festif

Champs évalués	Festif — Outils évalués	Campagne de prévention	Interventions transports gratuits	Sensibilistion / formation à la vente et distrubution d'alcool Approche multistratégique et communautaire	Simple délivrance d'information sur place	Interventions éducatives sur place
Résultats	Réduction de l'accidentologie routière liée à l'alcool					
	Diminution des consommations d'alcool et des ivresses					
	Réduction des pb sanitaires liés au drogues illicites					

Efficacité solidement démontrée

Non efficace

Source : Données EMCDDA, synthèse OFDT

1.5 Prévention de la mortalité, des risques infectieux et de la comorbidité en prison

La prison est un lieu à haut risque infectieux où la population présente également un état de santé précaire et des troubles psychiatriques majeurs (INSERM 2010d). En milieu carcéral, les études d'évaluation ont porté principalement sur l'efficacité des TSO et des PES sur la prévention de la réduction de la mortalité parmi les détenus et des comportements à risque liés à l'injection. La littérature s'est également intéressée aux effets des interventions psychosociales pour réduire les risques liés aux réincarcérations chez les personnes en détention, consommatrices de drogues. Il existe également une abondante littérature sur la prise en charge de la population carcérale au sein des communautés thérapeutiques en milieu fermé en vue de prévenir la rechute et la réincarcération.

Il ressort de la littérature selon une étude de cohorte qui a suivi presque 17 000 détenus pendant plus de dix ans que les TSO sont un facteur de protection face à la mortalité parmi les usagers de drogues d'opiacés incarcérés pendant leur séjour en prison, mais aussi pendant les quatre premières semaines après l'incarcération (Larney *et al.* 2014). En outre, les interventions psychosociales menées en prison auprès des femmes détenues sont pointées dans le cadre d'une récente revue systématique de la littérature, comme des actions efficaces pour réduire le risque de récidive ou de réincarcération (Perry *et al.* 2015).

En revanche, les chercheurs s'accordent pour affirmer **qu'il n'y a pas d'éléments suffisants**[5] dans la littérature sur l'efficacité des interventions ou dispositifs suivants, ce qui ne veut pas dire que l'inefficacité de ces réponses a été pour autant démontrée :

- Les TSO pour réduire le risque de transmission de VIH et de VHC en prison (Gowing *et al.* 2008) (revue systématique de la littérature). Une autre revue systématique plus récente conclut toutefois que les TSO sont probablement efficaces pour réduire les comportements à risque liés à l'injection en prison (Hedrich *et al.* 2012).
- Les PES pour réduire le risque de transmission de VIH et de VHC et les pratiques à risque liées à l'injection en prison (Dolan *et al.* 2005), (Stöver et Nelles 2003).
- Les approches psychosociales auprès des femmes détenues pour réduire les consommations, comparées aux traitements pharmacologiques (Perry *et al.* 2015).
- La prise en charge en communauté thérapeutique pour réduire le risque d'interpellation (Galassi *et al.* 2015).

Par ailleurs, la supériorité des traitements pharmacologiques (buprénorphine haut dosage - BHD, méthadone et naltrexone) par rapport aux approches psycho-sociales (« counseling », entretien motivationnel…) pour réduire la consommation de substances psychoactives ou faire diminuer la récidive parmi la population carcérale (risque d'interpellation et de réincarcération (Perry *et al.* 2015) n'a pas été démontrée.

Tableau 3 : Synthèse des résultats des évaluations internationale des outils de RDR pour le milieu carcéral

Champs évalués	Résultats évalués / Outils évalués	TSO	interventions psychosociales	PES	Traitements pharmaco-logiques	Communauté thérapeutique
Résultats	Réduction de la mortalité en prison	Efficacité solidement démontrée				
	Réduction de la mortalité à la sortie	Efficacité solidement démontrée				
	Diminution des consommation illicites en	Efficacité solidement démontrée	Preuves insufisantes			
	Réincarcération / récidive		Femmes	Preuves insufisantes	Preuves insufisantes	Preuves insufisantes
	Contamination VIH	Preuves insufisantes		Preuves insufisantes		
	Contamination VHC	Preuves insufisantes		Preuves insufisantes		
	"Pb de santé liés à l'injection"					
Modification comportements	Comportements à risque lors de l'injection	Efficacité solidement démontrée		Preuves insufisantes		

Source : Données EMCDDA, synthèse OFDT

1.6 De l'évaluation à la mise en œuvre d'actions

[5] Il faut entendre par ceci que l'ensemble des études examinées n'ont pas toutes montré d'association ou qu'elles sont en nombre, durée de suivi ou qualité insuffisants.

Si chaque intervention de RDR est évaluée le plus souvent de façon individuelle, l'OMS préconise dans ses recommandations un ensemble complet de mesures. Les actions mises en avant sont celles ayant le plus grand impact en terme de prévention ou de RDR et celles étayées par des preuves scientifiques. Les recommandations émises ces dernières années dans le champ de la RDR par l'OMS combinant plusieurs actions ont porté sur les interventions relatives au VIH parmi les usagers de drogues injecteurs (WHO Regional Office for South-East Asia *et al.* 2009), notamment chez les jeunes (WHO 2015), ou en prison (WHO *et al.* 2007), le dépistage, les soins et le traitement des personnes infectées par le virus de l'hépatite C (WHO 2014b) et la réduction de l'usage nocif de l'alcool (OMS 2010).

Malgré un niveau de preuves scientifiques très faible, des recommandations fortes fondées sur un accord d'experts peuvent néanmoins être émises en raison d'autres facteurs comme le rapport bénéfices-risques et le rapport coût-efficacité. Ainsi, l'OMS a formulé des recommandations fortes sur les programmes de distribution de naloxone auprès des usagers de drogues et de leur entourage (WHO 2014a), en dépit d'un faible niveau d'évidence scientifique.

2 La RDR en France : mise en œuvre et accessibilité

Le dispositif de RDR en France comprend diverses structures et acteurs assurant des missions de prévention auprès des populations d'UD à haut risque[6]. Le cadre réglementaire en vigueur confie la mise en œuvre de ces activités aux dispositifs suivants : le dispositif officinal, la médecine de ville, le dispositif médico-social spécialisé constitué par les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) en complémentarité avec les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), ainsi que des acteurs associatifs en dehors du champ médico-social et des dispositifs municipaux.

Le dispositif institutionnel de RDR repose principalement sur des activités de prévention visant la diffusion de matériel (matériel d'injection stérile mais aussi d'autres outils de prévention de la transmission de maladies infectieuses, tels que le matériel pour fumer ou inhaler la cocaïne, le crack ou l'héroïne ou encore, le matériel de prévention des maladies sexuellement transmissibles ou de prévention des accidents routiers). D'autre part, le dispositif de RDR s'appuie sur les activités visant l'accès au dépistage des maladies infectieuses et aux traitements (TSO, traitement des hépatites virales) et de promotion de l'éducation à la santé. Enfin, il comprend des actions de première urgence, d'accès aux soins, aux droits, au logement et à l'insertion sociale et professionnelle (INSERM 2010a). Cette partie est consacrée aux données d'activité les plus récentes relatives aux dispositifs de RDR à l'échelle nationale, dans l'ordre chronologique de leur apparition en terminant par un bilan de la RDR en milieu pénitentiaire.

Une part de ces dispositifs n'a pas bénéficié d'évaluations qui permettraient une reconnaissance de leur efficacité au plan international. En outre, sur le territoire national, si la politique de RDR a incontestablement montré des résultats positifs, en particulier sur les décès et les contaminations virales, il est difficile de déterminer la responsabilité précise de

[6] Pour en savoir plus, les missions confiées au dispositif de « RDR » en France sont détaillées dans le chapitre Ier du titre II du livre Ier de la troisième partie du code de la santé publique (Art. L. 3121-4. – II).

chaque élément mis en œuvre. C'est pourquoi, les résultats les plus facilement mesurables de la RDR en France, la prévalence des hépatites et de l'infection à VIH et les décès liés à l'usage de drogues seront traités séparément dans une deuxième partie.

2.1 PES et distribution du matériel d'injection

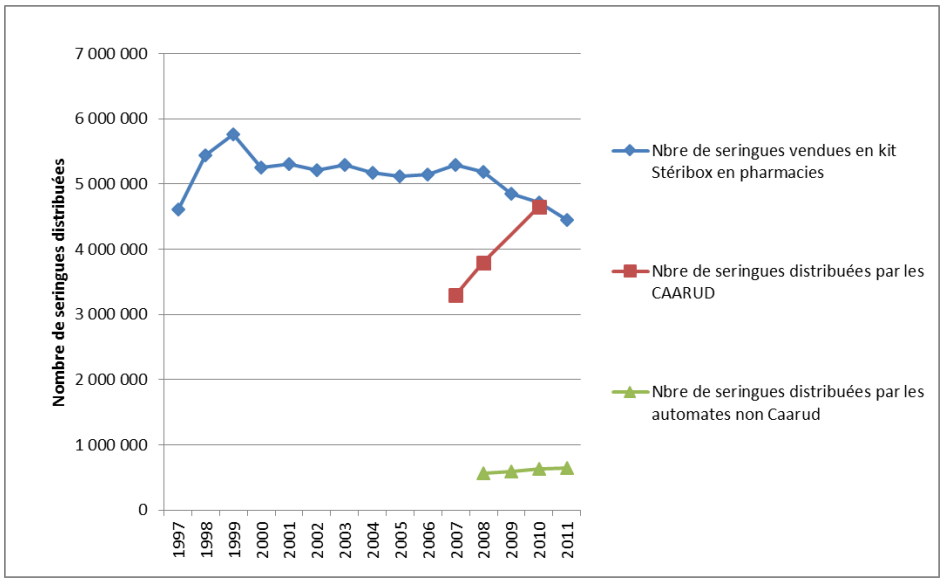
Les PES sont disponibles dans tous les pays membres de l'Union européenne. L'Allemagne et les Pays-Bas ont été les premiers à les introduire en 1984, tandis que Chypre est le dernier pays à avoir mis en place les PES en 2007. En France, une libéralisation de l'accès aux seringues en pharmacie s'amorce dès 1987, suivie au début des années 1990 par l'ouverture de PES et de boutiques pour les usagers de drogues. Vingt ans après cette période de libéralisation, de nouveaux enjeux ont émergé pour améliorer son efficacité : assurer l'accès au matériel à une population qui s'est dispersée et réinterroger l'adaptation du matériel à des pratiques et des risques qui ont également évolué (VHC hautement contaminant et plus résistant que le VIH dans le milieu extérieur, substances nécessitant des grosses seringues…)

Diffuser le matériel

En 2008, en rassemblant les différentes sources d'information, on a pu estimer que près de 14 millions de seringues avaient été vendues ou distribuées aux usagers de drogues en France (y compris les seringues vendues à l'unité en pharmacie). Rapportée au nombre d'UD utilisant la voie injectable (80 000 utilisateurs injecteurs récents), cette donnée produit un ratio d'environ 170 seringues par an et par usager (Costes *et al.* 2009). Cet ordre de grandeur indiquait néanmoins une assez grande accessibilité des seringues en France pour les usagers de drogues pratiquant l'injection. Cependant, il n'est pas possible de confronter cette donnée à une estimation des besoins qui fait encore défaut.

Depuis 2008, aucune estimation complète du nombre de seringues vendues ou distribuées n'a pu être réalisée, notamment parce que le nombre de seringues vendues à l'unité en pharmacie à destination des usagers de drogues est difficile à évaluer. Certaines données sont néanmoins disponibles (Figure 1). Ainsi, en officine, la vente de Stéribox 2® (trousses contenant du matériel d'injection stérile) apparaît en baisse depuis 2008 avec 2,2 millions de kits Stéribox 2® vendues en 2011, ce qui correspond à 4,5 millions de seringues (2 seringues par kit). Les CAARUD ont distribué en 2010 près de 4,7 millions de seringues (à l'unité ou dans des trousses données en mains propres, via des automates ou des PES en pharmacie), chiffre en augmentation par rapport à 2008. Le dispositif d'automates hors CAARUD a permis la distribution de 600 000 seringues en 2011 d'après les données de l'association Safe, chiffre stable par rapport à 2008.

Figure 1. Evolution du nombre de seringues distribuées aux usagers de drogues de 1997 à 2011 (hors seringues vendues à l'unité en pharmacie)



Sources : Siamois (InVS), rapport d'activité des CAARUD (ASA-CAARUD, OFDT), Safe.

À la suite d'une forte augmentation jusqu'à la fin des années 1990, les ventes de seringues aux usagers de drogues en pharmacie ont sensiblement diminué (dernière estimation complète en 2008). Cette baisse n'a été que partiellement compensée par l'augmentation de la diffusion du matériel d'injection par les CAARUD. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer cette baisse dans un contexte où le développement de l'injection de stimulants aurait pu, au contraire, entraîner un accroissement de ce nombre.

La première est la baisse du nombre d'injections, liée au fait que les nouveaux usagers de drogues utilisent moins cette voie, au profit du sniff et ou de la voie fumée. Ces modes d'absorption alternatifs sont très largement prédominants chez les usagers entrés en contact avec les produits via le milieu festif et ont été adoptés par une part des usagers précaires.

Une autre explication peut être l'abandon de l'usage intraveineux par les usagers de drogues du fait de la diffusion de la substitution ou, pour certains, une diminution de la fréquence des injections, celles-ci n'étant plus utilisées que de manière occasionnelle. En effet, si l'on a observé un accroissement du nombre d'usagers de drogues entre 1999 et 2005, la part des injecteurs semble être globalement décroissante, à l'exception de certains groupes spécifiques (Bello *et al.* 2010 ; Cadet-Taïrou *et al.* 2010).

Enfin, la reprise des comportements de partage et de réutilisation des seringues, qui a été observée chez certains usagers de drogues, notamment les plus précaires peut aussi expliquer une partie de la baisse du nombre de seringues diffusées. De même, la diffusion des consommations de produits vers les zones périurbaines et rurales, tant par déplacement des usagers que par l'entrée dans l'usage de nouveaux consommateurs en zone rurale ou dans les petites agglomérations de province a élargi le public ayant des difficultés d'accès au matériel. Les CAARUD ou CSAPA peuvent en effet, dans certains départements, se trouver très éloignés des usagers et l'accès au matériel en pharmacie pose encore souvent question.

En l'état actuel des données disponibles, il apparaît difficile de déterminer quelle est la part de chacune de ces raisons.

Améliorer l'accès au matériel d'injection

L'accès difficile au matériel stérile d'injection pour certaines populations d'usagers de drogues a conduit à un renouvellement de la réflexion sur ses modes de distribution. Ainsi, l'association Safe a débuté l'expérimentation d'un programme alternatif d'accès au matériel de consommation par voie postale en 2011. L'usager prend contact par téléphone ou mail avec l'association et une évaluation de sa consommation et de ses besoins est faite, en s'assurant qu'il est suivi par un professionnel. Le PES par voie postale propose gratuitement un envoi personnalisé de matériels de consommation. Un message de prévention est délivré, avec une orientation vers un CAARUD ou un CSAPA quand cela est désiré ou possible. En 2014, le PES postal compte dans sa file active 300 usagers de drogues, et 177 000 seringues ont été expédiées. Les motivations des usagers sont structurelles (éloignement géographique, horaires inadaptés, besoin de matériel spécifique - filtre toupie, acide ascorbique - non disponible en CAARUD) ou personnelles (recherche d'anonymat, difficulté pour l'usager d'évoquer en CSAPA le fait qu'il s'injecte son médicament de substitution) (Duplessy et Pourchon 2015). De son côté, la DGS s'est engagée depuis 2011 dans une valorisation des PES PEMI[7] en pharmacie, en finançant notamment des actions de communication et l'échange de pratique autour de ces programmes[8].

La mise en œuvre par les CAARUD d'antennes et d'équipes mobiles a également constitué un élément de « l'aller vers ». Si aucune étude évaluative ne vient valider l'impact positif de ces démarches en France, d'autres programmes s'inscrivant dans ce courant sont considérés comme « probablement efficaces » pour réduire les comportements à risque lors de l'injection (McNeil *et al.* 2014).

Améliorer la composition des kits d'injection

La composition des kits d'injection, introduits à titre expérimental en 1992 et disponibles en pharmacie dès 1994, n'a pas changé depuis 1999. Dans le cadre de l'enquête Coquelicot 2011, une évaluation des outils de RDR (kits d'injection) a été réalisée, suivie de recommandations visant à faire évoluer le contenu de ces kits (Jauffret-Roustide *et al.* 2013a) :

- remplacer les tampons d'alcool, souvent mal utilisés (car en post-injection), par une lingette de chlorhexidine plus efficace dans la lutte contre le VHC et permettant de se laver les mains ;
- ajouter un champ de soin ainsi qu'une nouvelle cupule avec manche pré-monté (pour éviter les manipulations lors de la fixation du manchon) ;
- intégrer des filtres toupie (à membrane), plus performants contre les poussières et plus efficaces pour réduire les contaminations bactériologiques et fongiques ;
- proposer un kit avec des seringues de 2 cm^3 (pour les injecteurs de médicaments) en plus des kits avec des seringues de 1 cm^3 ;
- augmenter la taille du tampon sec ;
- revoir et clarifier les messages de réduction des risques ;

[7] Programmes d'échanges de matériel d'injection.

[8] Voir les différentes actions menées dans ce domaine par le Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions (RESPADD) depuis 2011.

- ne plus inclure de préservatifs dans les kits et privilégier plutôt leur distribution large (à la demande) via les structures de réductions des risques ;
- ne pas inclure l'acide ascorbique au kit, mais le distribuer à la demande.

Suite à ces recommandations, deux nouveaux kits d'injection, les Kits Exper' 1 ml et 2 ml ont été conçus à l'initiative des pouvoirs publics. Réunissant les outils recommandés, ils sont en cours d'expérimentation dans cinq dispositifs de réduction des risques choisis pour la variété des profils d'usagers auxquels ils permettent d'accéder. Une évaluation de leur acceptabilité par les usagers apportera prochainement des éclairages (Milhet 2016 (à paraître).

2.2 Déploiement des TSO en France

Apparus dès la fin des années 1960 dans des pays comme le Royaume-Uni, les Pays-Bas ou le Danemark, les TSO ont été introduits tardivement en France (en 1995-1996). Aujourd'hui, la France se situe parmi les pays européens ayant le plus grand nombre de patients en TSO rapporté à sa population. Reposant sur un accès large et facilité à la BHD, le modèle français de substitution (Poloméni et Schwan 2014), (Robinet 2012) assure, en second recours ou pour les usagers plus précaires, une entrée vers la méthadone. La France se distingue ainsi des autres pays européens par le fait que la BHD est le principal médicament de substitution aux opiacés (MSO), comme en Grèce, en République tchèque, à Chypre et en Finlande. Ailleurs en Europe, la méthadone est le MSO le plus courant, à l'exception de l'Autriche où la morphine à libération prolongée domine. Au total, les TSO sont disponibles dans tous les pays membres de l'Union européenne et près des trois quarts des patients en traitement de substitution reçoivent de la méthadone.

Le système français permet aussi par le développement des réseaux et des pratiques de relais, entre le milieu spécialisé et la médecine de ville, une certaine fluidité dans le parcours des usagers.

En vingt ans, les TSO associés à d'autres mesures de réduction des risques ont contribué à la réduction des décès par surdose d'opiacés, au contrôle de l'épidémie de VIH-sida parmi les usagers de drogues par voie injectable et plus généralement à l'amélioration de l'état de santé et des conditions de vie des personnes dépendantes aux opiacés. Parmi les écueils apparus avec la mise en place des TSO en France figurent l'injection de la BHD et la primo consommation de MSO (consommer des MSO en amont des opiacés, voire des stimulants), notamment en lien avec la vente de rue des MSO. Si le bilan français apparaît largement positif par son accès large et facilité à la BHD avec notamment un nombre de décès par surdose moindre que dans les pays voisins comme le Royaume-Uni ou l'Allemagne qui utilisent presqu'exclusivement la méthadone comme TSO, un certain niveau de mésusage semble en constituer le revers négatif : injection par les usagers ne pouvant renoncer à cette pratique, marché noir ou encore usage en remplacement d'opiacés illicites. La politique de contrôle de l'Assurance maladie et le rééquilibrage en faveur de la méthadone sont les réponses apportées pour tenter de corriger les défauts du système français et d'améliorer la situation et la santé des usagers dépendants aux opiacés.

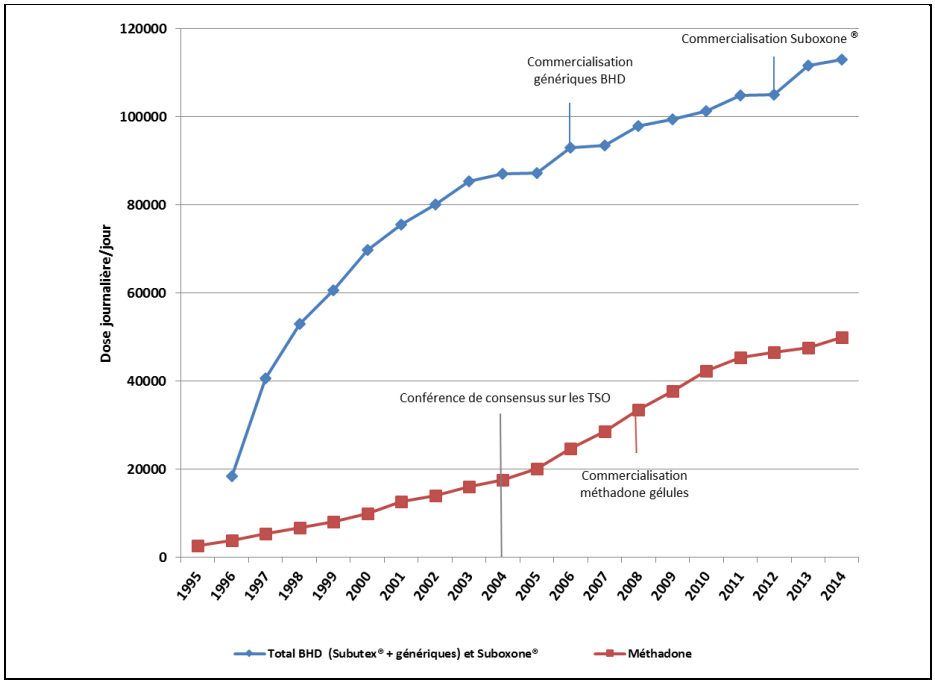
D'après les données de la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM-TS) issues de l'Échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB), 147 000 personnes ont bénéficié de remboursements pour un TSO en médecine de ville en 2014. Le nombre de bénéficiaires d'un TSO, qui n'avait cessé d'augmenter depuis leur introduction en 1995, a amorcé une stabilisation depuis 2013 avec un arrêt de la croissance du nombre de bénéficiaires de BHD (Brisacier et Collin 2014). Plus précisément, en 2014, 99 000 personnes ont eu des

remboursements de BHD (Subutex® ou génériques), 49 000 des remboursements de méthadone et 6 500 des remboursements de BHD en association avec la naloxone (Suboxone®). La prédominance de la BHD, représentant 69 % de l'ensemble, reste encore très nette. De plus, 20 000 patients ont eu une dispensation de méthadone en CSAPA en 2010 (Palle et Rattanatray 2013). Au total, en rassemblant les différentes sources de données, on peut estimer le nombre de patients ayant eu une prescription de TSO en 2014 à environ 160 000.

La part de la méthadone continue d'augmenter, conformément aux recommandations de la Conférence de consensus sur les traitements de substitution (FFA et ANAES 2005). La mise sur le marché de la forme gélule en 2008 y a contribué. Parmi les 49 000 personnes ayant bénéficié d'un remboursement de méthadone en 2014, pour la première fois, la forme sirop n'est plus prédominante, même si elle reste très prescrite (de façon exclusive à 42 % des bénéficiaires d'un remboursement de méthadone versus 47 % pour la forme gélule). Par ailleurs, 11 % des bénéficiaires ont été remboursés des 2 formes (données EGB, CNAM-TS). En 2014, la forme sirop représente 48 % (contre 55 % en 2013) de la méthadone vendue (en poids) et la forme gélule 52 % (contre 45 % en 2013). De plus, 78 % des quantités sont délivrées en ville, tandis que 22 % le sont en CSAPA ou en hôpital (données de vente du laboratoire Bouchara-Recordati).

La figure 2 présente la consommation de BHD (dont Suboxone®) et de méthadone en France depuis 1995. L'évolution des quantités de MSO remboursées poursuit sa croissance en 2013 et 2014, malgré la stabilisation du nombre de bénéficiaires. Ces données proviennent des chiffres de vente et de remboursements, en partant de l'hypothèse d'une posologie moyenne prescrite de 8 mg par jour pour la BHD (dont Suboxone®) et de 60 mg par jour pour la méthadone. En 2014, les quantités de BHD vendues (en poids) se répartissent entre le Subutex® pour 73 %, les génériques pour 23 % et le Suboxone® pour 4 %. Le taux de pénétration des génériques (en nombre de boîtes) se stabilise à 34 % en 2014, après une augmentation régulière depuis l'introduction des génériques en 2006 jusqu'en 2013 (Assurance Maladie 2015).

Figure 2. Quantités de BHD et de méthadone consommés de 1995 à 2014



Les quantités de BHD et de méthadone vendues sont exprimées en nombre de doses journalières. Celle-ci est de 8 mg pour la BHD et de 60 mg pour la méthadone et correspond à la posologie moyenne d'entretien recommandée.

Sources : Données de vente Siamois (InVS) jusqu'en 2011 puis Medic'AM (CNAM-TS), données de vente du laboratoire Bouchara-Recordati, exploitation OFDT. Ces données couvrent l'ensemble des quantités délivrées, que ce soit en pharmacie, à l'hôpital ou en CSAPA.

L'initiation d'un traitement à la méthadone ne peut être réalisée en France que par un médecin exerçant dans un CSAPA ou à l'hôpital. Cette restriction a cependant fait l'objet de débats et les pouvoirs publics se sont interrogés sur les avantages et les inconvénients qu'il y aurait de permettre l'initiation d'un traitement à la méthadone par les médecins de ville. Les résultats de l'étude publiés en novembre 2014 sont venus conforter les partisans de l'extension de l'initiation des traitements à la méthadone à la médecine de ville. Dans l'étude randomisée Méthaville (Carrieri *et al.* 2014), des personnes dépendantes aux opiacés et souhaitant bénéficier d'un traitement par méthadone ont été réparties en deux groupes de façon aléatoire : dans le premier (155 personnes), le traitement a été initié par un médecin généraliste en ville et dans le second (66 personnes), l'initiation s'est déroulée dans le cadre d'un CSAPA. La comparaison entre les deux groupes fait apparaître au bout d'un an des résultats similaires pour les deux groupes en ce qui concerne l'abstinence aux opioïdes et la rétention dans le traitement, et une meilleure satisfaction des patients pris en charge en médecine de ville. Les auteurs de l'étude soulignent cependant que ce résultat est conditionné par le volontariat des médecins de ville, par l'accès à une formation spécifique à la prescription de méthadone et à la collaboration avec un CSAPA et avec un pharmacien de référence. Le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 (MILDT 2013) prévoit la mise en place de la primo-prescription de méthadone en

médecine de ville (action 39 du plan d'actions 2016-2017, *voir également page 36 du Plan gouvernemental 2013-2017, partie relative à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients sous TSO*).

D'autres outils visant l'élargissement des options thérapeutiques disponibles pour substituer les opiacés font actuellement l'objet de discussions. Ils sont destinés en particulier à des usagers en échec avec les traitements actuels, qui ne peuvent notamment abandonner la pratique de l'injection ou la recherche d'une sensation à la prise du produit. Il s'agit de l'autorisation d'utiliser le sulfate de morphine comme MSO selon des modalités moins étroites et ambiguës que les conditions actuelles, de la disponibilité d'un traitement de substitution injectable pouvant éventuellement prendre la forme d'un programme d'héroïne médicalisée (Eder *et al.* 2005 ; EMCDDA *et al.* 2012 ; Kraigher *et al.* 2005 ; National Treatment Agency 2003).

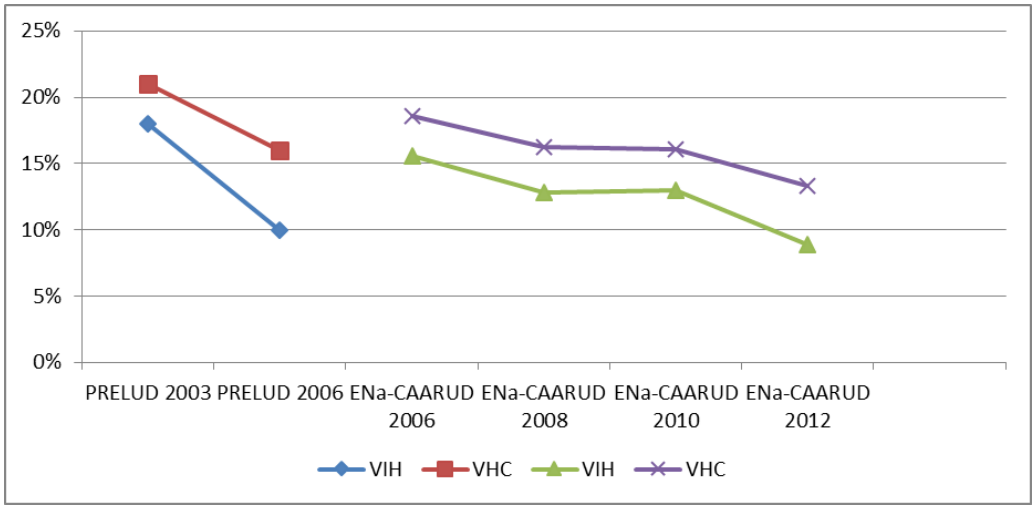
2.3 Accès au dépistage et au traitement des hépatites et du VIH

Par le biais de la diminution de la prévalence virale dans les populations à risque, le traitement des hépatites B et C ainsi que celui de l'infection au virus du sida et le dépistage préalable qui peut mener au traitement, constituent des mesures de RDR. En outre, le dépistage peut également jouer le rôle de sensibilisation au risque (INSERM 2010b).

Niveaux de dépistage des usagers de drogues en France

L'étude ENa-CAARUD montre qu'en 2012 une grande majorité des usagers fréquentant ces structures a déjà pratiqué un dépistage pour l'infection à VIH et l'infection à VHC au moins une fois (respectivement 91 % et 87 %). Cependant, parmi les personnes qui ont déjà pratiqué l'injection au moins une fois dans leur vie, 6 % n'ont jamais été dépistés pour l'infection à VIH et 8 % pour l'infection au VHC (Cadet-Taïrou *et al.* 2015).

Figure 3. Part des usagers des CAARUD n'ayant jamais pratiqué de tests de dépistage pour le VIH et le VHC



Sources : Première ligne 2003 (OFDT), PRELUD 2006 (OFDT), ENa-CAARUD (OFDT)

La part des usagers des CAARUD n'ayant jamais pratiqué de dépistage a diminué entre 2006 et 2012. Cependant, si les conduites à risque persistent, ces dépistages sont rapidement obsolètes. Or, pour plus de la moitié de ceux qui ont reçu un résultat négatif, celui-ci date d'au moins 6 mois. Cette part régresse depuis 2008 pour le VIH (59 % à 52 % entre 2008 et 2012) et le VHC (57 % à 53 %).

La mise en œuvre des dépistages continue donc de monter en charge progressivement. Pour faciliter la réalisation régulière de ces tests chez les UD et en faciliter l'accès aux plus éloignés du système de RDR ou de soins, la France s'engage actuellement dans le développement des Tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) (voir infra).

Il s'avère actuellement difficile d'estimer l'évolution de la couverture vaccinale des UD pour l'hépatite B. Des questions concernant leur statut par rapport à l'hépatite B ont été posées aux usagers dans l'étude ENa-CAARUD 2010. Elles montrent une méconnaissance de leur statut sérologique de la part des usagers. En 2012, 12 % des usagers déclarent avoir déjà été infectés par l'hépatite B, 74 % ne pas l'avoir été et 13 % ne pas savoir. Parmi les usagers déclarant ne pas avoir déjà été infectés ou ne sachant pas, 57 % se disent vaccinés contre l'hépatite B, 24 % déclarent ne pas l'être et 19 % ne pas savoir. Toutefois, seuls 44 % des usagers se déclarant vaccinés le sont totalement (3 injections), un tiers a débuté une vaccination (1 à 2 injections, 32 %) et 24 % ignorent le nombre d'injections pratiquées (Cadet-Taïrou *et al.* 2015).

Accès au traitement

Les données recueillies en 2012 auprès des usagers des CAARUD montrent que la majorité des usagers se déclarant infectés par le VIH sont suivis médicalement, puisque 86 % d'entre eux ont bénéficié d'au moins une consultation médicale en relation avec cette infection dans l'année. Seuls 73 % ont reçu un traitement prescrit pour cette infection. La faiblesse des effectifs ne permet toutefois pas d'observer d'évolutions statistiquement significatives.

Cette même enquête montre en 2012 que les deux tiers (64 %) des personnes enquêtées s'étant déclarées positives au test pour l'hépatite C avaient eu au moins une consultation relative à cette infection dans les 12 mois précédant l'enquête. Un peu plus du tiers (36 %) a, ou a eu, un traitement prescrit pour cette infection.

Mise en œuvre des TROD

Concernant les TROD pour le VHC, la Haute autorité de santé (HAS) a émis en mai 2014, à la demande de la DGS, des recommandations sur leur place dans la stratégie de dépistage de l'hépatite C (HAS 2014). Compte tenu de leurs performances et de leurs avantages (utilisation simple, rapidité de résultat, acceptabilité, absence de prélèvement veineux initial, utilisation dans un cadre délocalisé), la HAS positionne les TROD comme une offre de dépistage complémentaire intéressante à destination notamment des UD. L'utilisation des TROD VHC pourrait être envisagée en CSAPA et en CAARUD par des professionnels de santé ou non médicaux, à condition que ces derniers aient suivi au préalable une formation (commune pour le VIH et le VHC). En cas de positivité, une confirmation systématique par une méthode immuno-enzymatique (Elisa de 3ème génération) sur prélèvement veineux est nécessaire. Il est néanmoins indispensable que soit mis en place au préalable un réseau de soins en aval facilitant à la fois l'accès des patients dépistés positifs et la coordination de l'ensemble des acteurs et des professionnels de santé impliqués dans le parcours de prise en charge de l'hépatite C.

Si les TROD VIH peuvent être utilisés dans les CAARUD et les CSAPA, la législation actuelle n'autorise pas l'usage des TROD VHC[9] en dehors des laboratoires de biologie médicale, sauf à titre expérimental dans le cadre d'une recherche biomédicale.

Les autotests de dépistage de l'infection par le VIH (TROD pour lesquels le prélèvement et l'interprétation sont effectués directement par l'intéressé) sont disponibles en pharmacie depuis le 15 septembre 2015. Ces tests ne se substituent pas aux autres dispositifs de dépistage, ils viennent compléter l'arsenal disponible pour répondre à des besoins spécifiques.

Ces tests ont surtout à ce jour donné lieux à une abondante littérature sur leur efficacité clinique, sur leur acceptabilité, leur capacité à élargir le dépistage à des individus n'ayant pas accédé jusqu'au dépistage classique et à leur capacité à modifier le parcours des individus testés en cas de positivité (examens complémentaires, prise en charge). Il n'existe pas d'études ayant évalué l'impact des TROD en termes de diffusion des épidémies de sida et d'hépatite C (Ireps Haute-Normandie 2014), (HAS 2014).

2.4 Mise en place d'un programme de distribution de naloxone en France

L'efficacité de la naloxone sur la prévention des décès par overdose d'opiacés a été reconnue au plan international (voir partie 1).

L'OMS recommande d'améliorer l'accès à la naloxone pour les personnes susceptibles d'être confrontées à un problème d'overdose dans leur entourage : amis, famille, partenaires de consommateurs de drogues et travailleurs sociaux (WHO 2014a). En Europe, plusieurs programmes de mise à disposition de la naloxone ont vu le jour (notamment en Allemagne, Danemark, Espagne, Estonie, Italie, Norvège, et Royaume-Uni) depuis le début des années 2000. Les facteurs de réussite identifiés sont l'absence de prescription individuelle, une distribution dans des centres de réduction des risques auprès de groupes d'usagers et le recours à de brèves sessions de formation.

En France, la mise en place d'un programme de distribution de la naloxone auprès d'usagers de drogues ou de tiers pour réduire la mortalité par overdoses aux opiacés a fait l'objet d'un avis favorable de la Commission addictions de la Direction générale de la santé (DGS) du 26 novembre 2008 ainsi que de la Commission nationale des stupéfiants et psychotropes de l'ANSM du 8 janvier 2009. Cette dernière s'est prononcée en février 2015 en faveur de l'utilisation de la voie nasale pour l'administration de la naloxone par les usagers de drogues et les tiers. Les usagers prioritaires sont les détenus à leur sortie de prison ainsi que les usagers après un sevrage aux opiacés. Un arrêté du 13 octobre 2015 exonère la naloxone utilisée par voie nasale de la liste I des substances vénéneuses, autorisant ainsi sa distribution sans ordonnance médicale (2015). La mise à disposition de la naloxone par voie nasale dans le cadre d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) de cohorte est prévue en 2016. La Commission des stupéfiants et psychotropes a rendu en décembre 2015 un avis favorable à sa dispensation dans les structures qui ne disposent ni de médecin, ni de pharmacien, tels les CAARUD (ANSM 2015).

---

[9] Le Conseil d'Etat a annulé en avril 2015, sur requête du syndicat national des médecins biologistes, l'arrêté du 11 juin 2013 constituant le cadre légal de réalisation des TROD.

2.5 Dispositifs innovants de consommation à moindre risque : SCMR, AERLI, « Change le programme »

Les méta-analyses ou revues de la littérature ont pu prouver la probable efficacité d'un certain nombre de programmes dans le changement de comportement lors de l'injection (voir partie 1), en particulier concernant les SCMR.

L'expérimentation des SCMR

Des salles de consommation de drogues à moindre risque existent en Europe depuis environ 30 ans, la première ayant ouvert à Berne (Suisse) en 1986. Historiquement, en dehors de la Suisse, les premières salles ont été mises en place dans des villes allemandes et hollandaises.

Les objectifs des SCMR sont multiples (Diaz Gomez 2009) :

- Réduire la morbidité et la mortalité (notamment les surdoses) des usagers de drogues les plus précarisés.
- Chercher à réduire les usages de drogues en public et améliorer le cadre de vie dans les lieux proches des zones de deal.
- Faciliter l'accès aux services de santé, aux services sociaux et aux traitements pour des usagers difficiles à atteindre, qui n'envisagent pas encore un arrêt de leurs consommations.

En France, l'expérimentation des SCMR, pour une durée maximale de 6 ans, est inscrite dans la loi de modernisation du système de santé adoptée par l'Assemblée nationale en décembre 2015 (2016). Cette expérimentation figure dans le plan d'actions 2016-2017 de la Mildeca (action 54) et se déroulera dans trois villes (Paris, Bordeaux, Strasbourg). Ces salles seront portées par des CAARUD. La personne qui détient pour son seul usage personnel et consomme des stupéfiants à l'intérieur d'une SCMR ne pourra pas être poursuivie pour usage illicite et détention illicite de stupéfiants. Le professionnel intervenant à l'intérieur de la SCMR ne pourra pas être non plus être poursuivi pour complicité d'usage illicite de stupéfiants et facilitation de l'usage illicite de stupéfiants.

Confiée à l'Inserm, l'évaluation de l'expérimentation portera notamment sur son impact sur la santé publique, à partir de la cohorte d'usagers de drogues COSINUS (COhorte pour l'évaluation des Salles d'INjection/inhalation dédiées aux USagers de drogues) et sur l'acceptabilité sociale du dispositif et la réduction des nuisances dans l'espace public.

SCMR : l'expérience déjà accumulée à l'étranger

En Europe, cinq pays de l'UE, la Suisse et la Norvège proposent actuellement de telles salles, ce qui représente 80 structures environ. Elles sont implantées au Danemark (5 dans 3 villes), en Allemagne (24 dans 15 villes), en Espagne (12 dans deux villes), au Luxembourg (1), aux Pays-Bas (31 salles dans 25 villes) en Suisse (12 dans 8 villes) et en Norvège (1). Par ailleurs, une salle aujourd'hui fermée a existé en Grèce et devrait ré-ouvrir après discussion autour de son statut légal. De telles structures ont également été implantées en Australie, aux Etats-Unis et au Canada. Ces salles ont été implantées dans les villes où il existait des scènes ouvertes de consommation et de *deal* avec des difficultés à faire face aux problèmes sociaux notamment, liés à ces scènes.

En Europe, trois types de salles existent : salles intégrées aux structures de bas seuil, salles spécialisées et des « antennes » mobiles (à Berlin et Barcelone).

Bien que la politique de RDR soit de plus en plus acceptée en Europe, des difficultés ont pu se faire jour dans différents pays quant aux craintes suscitées par d'éventuelles conséquences de l'ouverture de telles structures : conséquences en termes de hausse des consommations, d'incitation à la consommation, de retard dans la mise en œuvre de traitements et d'aggravation des problèmes occasionnés par les marchés locaux des drogues illicites.

Une récente analyse au niveau européen a cependant montré que ces salles ont, là où elles existent, un impact positif en termes d'hygiène et de sécurité, notamment chez ceux qui les fréquentent régulièrement (EMCDDA 2015a). En parallèle, la consommation de drogues dans la rue a baissé de même que les nuisances et troubles à l'ordre public qui y sont associées, et il n'existe pas de preuve selon laquelle ces salles augmenteraient l'usage des drogues ou la fréquence des injections. Les SCMR sont aussi des espaces utiles pour mettre en contact les usagers difficiles à atteindre avec les services sociaux et de santé.

Ces résultats confirment ce qui a pu être observé au cours des années 2000 en Australie avec le *Sydney Medically Supervised Injecting Centre* (MSIC) (Kimber et Dolan 2007 ; Kimber *et al.* 2010 ; Salmon *et al.* 2007) ou à Vancouver avec l'expérience Insite (Marshall *et al.* 2011 ; Wood *et al.* 2004 ; Wood *et al.* 2006 ; Wood *et al.* 2007). Dans ce dernier cas, il faut noter que l'évaluation de l'impact de la SCMR a été primordiale, l'équipe de chercheurs multipliant les publications dans les revues les plus prestigieuses et les natures de preuve de l'efficacité du dispositif : estimation du nombre de cas de VIH évités chaque année, diminution de la proportion de surdoses mortelles dans le secteur de la SCMR, augmentation des demandes de substitution ou de sevrage, coût efficacité du programme Insite (Bayoumi et Zaric 2008 ; Enns *et al.* 2015). Dans le cas du programme Insite, il faut noter l'existence, sur le même lieu, de l'initiative "Onsite" qui propose le sevrage aux usagers de la SCMR lorsque ceux-ci s'y sentent prêts.

En Suisse et en Espagne certaines salles ont été fermées, en raison notamment de la baisse de l'injection d'héroïne et d'un moindre besoin de telles structures (parfois en raison de la mise en œuvre d'autres programmes en direction des usagers). Outre cette baisse de la « demande », des raisons de coût entrant elles aussi en ligne de compte sont également évoquées par l'analyse. En tout cas, il peut être souligné que sur l'ensemble des SMCR ouvertes dans le monde, aucune surdose mortelle n'a été enregistrée.

Le projet AERLI : « Accompagnement et éducation aux risques liés à l'injection »

Ce projet fait suite à la mission ERLI mise en œuvre par l'association Médecins du Monde (MdM) depuis 2009, après plusieurs années d'élaboration et d'expérimentation (pour en savoir plus, voir http://www.sfsp.fr/tmp/20121112_481514_3296.pdf), ainsi qu'à l'expérience d'Accompagnements à l'injection (AAI) développée par AIDES à la même période. Le principe d'ERLI et de l'AAI réside dans un apprentissage, par des UD déjà injecteurs, des pratiques d'injection à moindre risque dans le cadre de sessions commençant par l'observation de l'usager s'injectant lui-même son produit habituel. Les risques pris en compte incluent non seulement la transmission virale (VIH et VHC) mais également les

complications locales de l'injection. Ces projets ont été évalués dans le cadre de l'étude ANRS (Agence nationale de recherche sur le sida) AERLI, réalisée conjointement par les associations AIDES, MdM et l'unité INSERM U912 dans 8 CAARUD participants et 9 CAARUD témoins. Les premiers résultats délivrés en juillet 2014 ont montré une évolution différenciée des groupes « participants » et « témoins ». À la stabilité des 129 témoins, s'oppose, chez les 113 usagers ayant bénéficié de l'intervention, une diminution significative en six mois, de la part des usagers réalisant une injection risquée vis-à-vis de la transmission virale, de même qu'une chute, en douze mois, de la présence de complications au point d'injection (Roux *et al.* 2016).

Agir dès l'initiation à l'injection, le projet « Change le programme »

Adaptation du programme anglais « Break the cycle », l'ambition de l'intervention « Change le programme » est d'éviter l'initiation à l'injection ou du moins la retarder et la sécuriser. Le principe est d'agir sur les primo injections en intervenant auprès des usagers déjà injecteurs, potentiels initiateurs, en les aidant à mieux percevoir ce qui dans leur comportement peut constituer une incitation à l'injection, en augmentant leur capacité à savoir gérer les demandes d'initiation, soit pas le refus, le report ou en étant capable de transmettre des pratiques à moindre risques. Déjà évaluée positivement au Royaume-Unis (Hunt *et al.* 1998), cette intervention est actuellement en cours d'évaluation en France, dans le cadre d'un projet porté par le RESPADD en collaboration avec l'Observatoire de santé d'Ile-de-France (ORS-IDF) et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES).

2.6 Bilan de la RDR en milieu pénitentiaire

L'incarcération est un événement très fréquent dans le parcours des usagers de drogues. En France, parmi les usagers de drogues (opiacés, cocaïne et autres substances illicites, hors cannabis) faisant l'objet d'une prise en charge spécialisée, la part de ceux qui ont déjà été incarcérés est évaluée entre 51 % (RECAP 2014) et 61 % (Coquelicot 2006). D'après l'enquête ENa-CAARUD 2012, 15 % des usagers vus dans les CAARUD ont été incarcérés au cours de l'année. Il s'agit plus fréquemment d'hommes et d'usagers précaires (Cadet-Taïrou *et al.* 2015).

Alors qu'en principe la continuité et l'équivalence des soins et de la prévention doivent être assurées entre le milieu carcéral et l'extérieur (WHO 1993), les stratégies sanitaires et dispositifs de RDR proposés en prison apparaissent notoirement insuffisants (INSERM 2010d), (Michel 2013), (Obradovic 2013), voire inefficients (Sannier *et al.* 2012), alors même que les pratiques d'usage y sont fréquentes (Jauffret-Roustide *et al.* 2013b). Ainsi, 8 % des usagers des CAARUD ayant été incarcérés dans l'année ont déclaré s'être injectés, 38 % avoir sniffé et 1,4 % avoir partagé une « seringue » (étant donné qu'il n'existe pas de programme d'échange de seringues en prison, d'autres objets, comme les stylos, peuvent être utilisés pour l'injection) durant leur incarcération (Cadet-Taïrou *et al.* 2015).

Par ailleurs, dans un contexte de surpopulation carcérale (12 652 détenus en surnombre et un taux de surpopulation de 114 %) (Tournier 2015), le risque de propagation des infections est important. Les prisons sont des lieux de haute prévalence du VIH et des hépatites virales : selon les sources (Debeaupuis 2003), (Direction générale de la santé 2011), (Semaille *et al.* 2013), (Remy *et al.* 2003), (InVS 2009), ces prévalences varient, en France, entre 0,6 % et 2,0 % pour le VIH (3 à 4 fois plus qu'en population générale) et entre 4,2 % et 6,9 % pour le VHC (4 à 5 fois plus). Si la plupart des détenus infectés par le VIH ont

contracté le virus avant d'être incarcérés, le séjour en prison constitue une période à risque, en particulier pour les usagers de drogue par voie intraveineuse exposés au risque de partager leur matériel d'injection. Ces constats soulignent la nécessité d'une politique de réduction des risques infectieux efficace et adaptée au milieu pénitentiaire.

En France l'accessibilité aux TSO a nettement progressé et l'accès aux préservatifs est garanti, mais l'absence de PES en milieu pénitentiaire situe le pays en deçà des recommandations de l'OMS (WHO 1993), mais aussi en rupture avec la loi de santé publique du 18 janvier 1994 qui préconise une équivalence des soins en prison et en milieu libre. Depuis le premier PES mis en place en Suisse en 1992, l'expérimentation de ce type de programmes s'est étendue à une centaine de prisons. On ne compte pourtant que 9 pays où la possibilité d'accéder à un PES existe en prison, dix fois moins qu'en milieu libre. Aucune étude ne relève pourtant de conséquences négatives liées à leur mise en place en détention, et les rapports d'évaluation mettent en évidence le rapport coût-efficacité avantageux de ce type de programmes et soulignent leur intérêt dans des établissements à forte proportion d'injecteurs, en rappelant l'importance de les intégrer dans un ensemble de mesures de RDR et de les généraliser dans des établissements de grande taille. La revue des expériences étrangères en matière de RDR en milieu pénitentiaire démontre un défaut général de mobilisation, voire d'adhésion à la politique de réduction des risques (Obradovic 2013), qui se retrouve en France. Cette faible implication des acteurs peut s'expliquer par différents facteurs : un relâchement de la préoccupation pour le VIH depuis l'apparition des multi-thérapies; les conditions de la détention (surpeuplement et insuffisance d'effectifs d'encadrement), rendant difficile toute approche de prévention; les représentations sociales négatives à l'égard des détenus, des usagers de drogues et des problématiques liées au VIH, qui se traduisent par une faible acceptabilité sociale des programmes de prévention et de soins destinés aux détenus; l'insuffisance des recherches dans ce domaine, enfin, qui ne permet pas d'actualiser les arguments en faveur d'une politique de réduction des risques globale et cohérente en prison. Par ailleurs, comme le soulignait récemment l'expertise collective conduite par l'INSERM (INSERM 2010d), la réduction des risques en prison achoppe sur la question de l'usage de drogues durant l'incarcération, sujet politiquement sensible qui touche aux fondements des lois internationales pénalisant la détention, voire même, dans certains pays (dont la France), le seul usage.

Accès aux TSO

La possibilité d'accéder aux TSO en prison n'existe que dans 38 pays sur 80 qui bénéficient de TSO en milieu libre (Stoicescu 2012), principalement en Europe. Ce chiffre témoigne d'une évolution rapide : en 2008, seuls 29 pays prévoyaient un accès aux TSO en prison. Au sein de l'UE-27, la quasi-totalité des États-membres (n = 21) sont aujourd'hui dotés de tels programmes. En dehors de l'UE, 18 pays seulement rendent les TSO théoriquement accessibles en prison, la plupart étant situés en Europe ou dans le monde anglo-saxon (Australie, Canada, Etats-Unis, Nouvelle-Zélande).

Si, dans un nombre restreint de pays, l'accessibilité de ces traitements est garantie dans la plupart des établissements (France, Royaume-Uni, Autriche, Belgique, Croatie, Danemark, Luxembourg, Malte, Portugal, Espagne, Australie, Nouvelle-Zélande), l'accès aux TSO est le plus souvent limité à une fraction (plus ou moins réduite) d'établissements pénitentiaires (EMCDDA 2010), (Stoicescu 2012). Au sein de l'UE, la plupart des systèmes carcéraux européens prévoient une accessibilité aux traitements quasi-exclusivement à base de méthadone. La France fait partie des rares pays qui rendent la buprénorphine haut dosage accessible en prison – de même que la Suède, certains *Länder* en Allemagne, certains États

américains et certains territoires d'Australie (sous certaines conditions). Elle se distingue même par une prédominance des traitements par BHD, qui ne se retrouve dans nul autre pays.

Enfin, de fortes disparités existent dans les pratiques de renouvellement ou d'initiation de ces traitements. Si la plupart des pays surtout en Europe prévoient, à la fois, la possibilité de poursuivre les traitements prescrits avant l'incarcération et d'en initier en cours de détention, un autre groupe de pays se limite à assurer la continuité des traitements amorcés avant l'entrée en prison. En outre, le nombre de « places » méthadone ou BHD peut faire l'objet de limitations et les TSO sont parfois réservés à un accompagnement du sevrage en opiacés. Du fait de cette disponibilité encore variable, la proportion de détenus sous TSO s'avère relativement faible, comparée aux prévalences d'usage de drogues.

Accès aux préservatifs

La sexualité, difficile à évaluer en prison, y est néanmoins présente. Selon les enquêtes françaises (rares et anciennes), entre 7 % et 29 % des détenus déclarent des rapports hétérosexuels avec pénétration pendant la détention et moins de 2 % déclarent des rapports homosexuels avec pénétration anale (Rotily et ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur (ORS PACA) 2000), (Rotily *et al.* 2001). Par ailleurs, les détenus UDVI semblent avoir plus de rapports hétérosexuels non protégés en détention que les usagers de drogues non injecteurs et ceux ne déclarant pas d'usage de drogues (15,3 % *vs* 11,6 % et 4,7 % respectivement) (Rotily *et al.* 1998). Dans ce contexte, la mise à disposition de préservatifs pour les détenus est fortement recommandée par l'OMS.

Aujourd'hui, le principe de l'accès aux préservatifs en détention est acquis dans un grand nombre de pays, même si la garantie d'une accessibilité effective ne va pas de soi. En France, l'accès aux préservatifs est généralisé dans les prisons (à 95 %) mais dans des conditions incertaines : seul un établissement sur cinq prévoit la possibilité d'accéder aux préservatifs en dehors de l'UCSA (bibliothèque, permanence associative ou parloir); elle rend aussi compte d'un niveau d'information inégal des détenus quant à la possibilité de disposer de préservatifs, plus d'un quart des établissements n'estimant pas que les détenus sont bien informés de la possibilité et du mode d'accès aux préservatifs. Outre ce déficit d'accessibilité, l'accès aux lubrifiants se révèle plus difficile encore : il n'est prévu que dans la moitié des établissements (51 %). Enfin, l'accès aux préservatifs féminins est encore moins présent, dans un établissement sur cinq accueillant des femmes détenues (21 %) (Michel *et al.* 2011).

3 Observation des conséquences du développement d'une politique de RDR en France

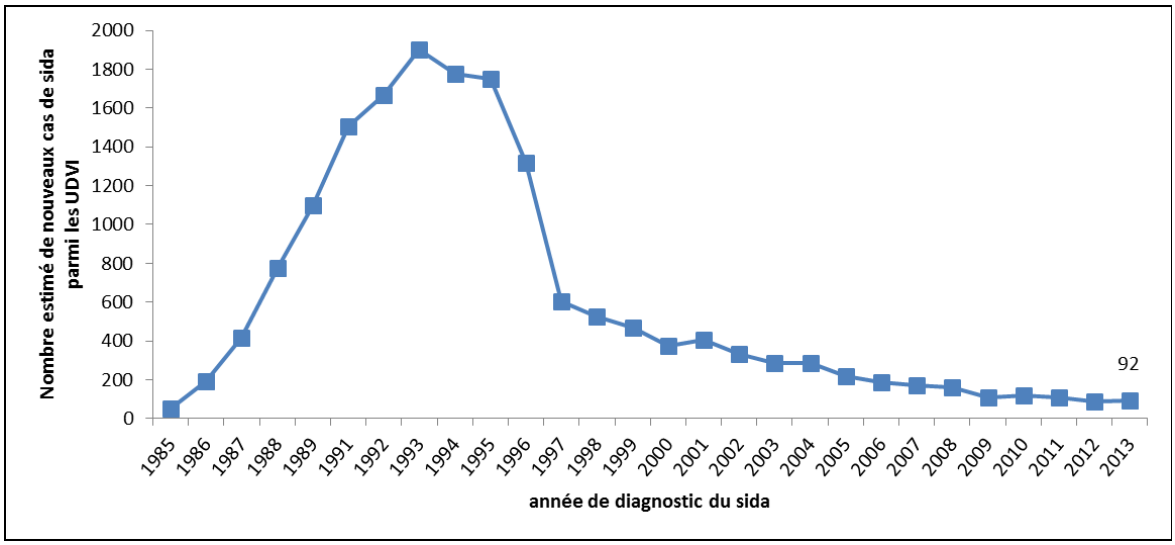
Cette partie s'intéresse aux résultats globaux attribuables à la politique de RDR en France. Elle présente les données épidémiologiques sur les maladies infectieuses et la mortalité parmi la population d'UD issues des dispositifs d'observation réguliers existant en France.

3.1 Maladies infectieuses liées à l'usage de drogue

Le nombre de nouveaux cas de sida et le nombre de décès au stade sida chez les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI) ont connu une chute particulièrement prononcée entre 1995 et 1997. Celle-ci était liée notamment à l'introduction des traitements par trithérapie retardant l'entrée dans la phase symptomatique de l'infection, mais aussi à la

diminution du nombre de contaminations par le VIH chez les UDVI. Ensuite, le rythme de diminution du nombre de nouveaux cas de sida liés à l'UDVI a été plus faible mais assez régulier jusqu'en 2009. Depuis 2009, ce nombre est stable autour d'une centaine chaque année. En 2013, les UDVI représentent 8 % de l'ensemble des nouveaux cas de sida contre 29 % en 1993. Le nombre de décès par sida parmi les usagers de drogues utilisant la voie intraveineuse qui était de plus de 1200 en 1994, se situe depuis 2009 sous le seuil de cent décès annuels (Cazein *et al.* 2015). Parallèlement, la prévalence du VIH a nettement diminué. En 2011, elle est stable par rapport à 2004 (13,3 % versus 11,3 %) parmi les usagers de drogues ayant injecté au moins une fois dans leur vie (Jauffret-Roustide *et al.* 2013b).

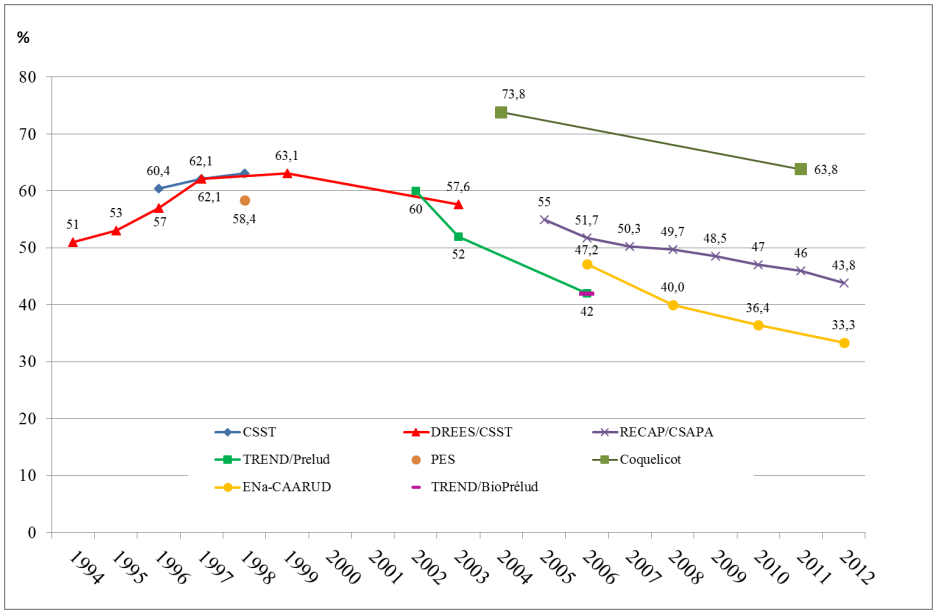
Figure 4. Evolution du nombre de nouveaux cas de sida liés à l'usage de drogues par voie injectable depuis 1985



Données au 31/12/2013 corrigées pour les délais de déclaration, la sous-déclaration.
Source : Système de surveillance du sida en France, Institut national de Veille Sanitaire (InVS)

Si les infections à VIH ont été globalement bien maîtrisées grâce à la série de mesures de RDR initiées par la vente libre des seringues en 1987, les infections à VHC restent en revanche actuellement à des niveaux de prévalence particulièrement élevés, atteignant les deux tiers des usagers de drogues ayant déjà eu recours à l'injection en 2011. Il faut néanmoins souligner que la prévalence biologique du VHC apparaît en baisse par rapport à 2004 chez les UDVI (64 % vs 74%) (Jauffret-Roustide *et al.* 2013b). Ces tendances sont identiques aux évolutions des prévalences déclarées du VHC et du VIH parmi les usagers de drogues injecteurs vus en CSAPA (de 48 % en 2008 à 44 % en 2012, stable à près de 8 % pour le VIH) et dans les CAARUD (de 40 % en 2008 à 33 % en 2012, stable à 6-7 % pour le VIH) (Cadet-Taïrou *et al.* 2015). La diminution de la séropositivité déclarée au VHC est particulièrement notable dans les CAARUD chez les moins de 25 ans injecteurs au cours de la vie : elle est passée de 22,5 % en 2006 à 8,5 % en 2010 et 7,6 % en 2012 (Cadet-Taïrou *et al.* 2015).

Figure 5. Évolution de la prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite C chez les usagers de drogues injecteurs en France entre 1994 et 2012



Sources :
CSSTH : usagers de drogues injecteurs en hébergement, prévalence déclarée
DREES : usagers de drogues injecteurs pris en charge en centres de soins spécialisés (CSST), prévalence déclarée
RECAP : usagers de drogues injecteurs pris en charge en centres de soins spécialisés (CSAPA), prévalence déclarée
PRELUD : usagers de drogues injecteurs vus dans les structures de bas seuil (CAARUD), prévalence déclarée
ENa-CAARUD : usagers de drogues injecteurs vus dans les structures de bas seuil (CAARUD), prévalence déclarée
PES : usagers de drogues injecteurs utilisant un PES (programme d'échange de seringues), prévalence déclarée
ANRS-Coquelicot : usagers de drogues injecteurs, données biologiques
BioPRELUD : usagers de drogues injecteurs vus dans les structures de bas seuil (CAARUD), données biologiques
Note : Injecteur signifie ici injecteur au moins une fois au cours de la vie.

Ces baisses de prévalence résultent de plusieurs facteurs : l'impact des mesures de santé publique (notamment de réduction des risques) prises en France, l'accessibilité plus grande des traitements, un accès élargi au dépistage, et l'évolution des pratiques des usagers de drogues, notamment le recul de l'injection[10]. Parmi les UD fréquentant les CAARUD, la proportion d'injecteurs au cours du dernier mois a baissé de 50 % en 2006 à 46 % en 2008 et est stable depuis (Cadet-Taïrou *et al.* 2015).

3.2 Décès induits par l'usage de drogues (surdoses)

Le nombre de décès par surdose a commencé à chuter avec la mise en place des TSO en 1995 en France, cette évolution ayant été observée dans l'ensemble des pays (Europe, Amérique du Nord, Australie…) qui ont entamé une politique de délivrance de MSO. En France, le nombre annuel de décès par surdose recensé par le registre des décès du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc, Inserm) est passé de plus de 451 en 1994 à moins de 200 à la fin des années 1990. Si ces chiffres sous-estiment l'ampleur réelle du phénomène en raison d'une part des décès par surdose classée en cause inconnue, l'évolution est pour sa part bien réelle, le biais de sous-estimation pouvant raisonnablement être considéré comme constant au cours de cette période.

Dans les années suivantes, le nombre annuel de décès par surdose a augmenté, mais sans jamais retrouver le niveau du milieu des années 1990 (figure 6). La baisse observée à partir de 2011 n'est pas interprétable en raison de changements méthodologiques (voir ci-dessous). La remontée régulière du nombre de décès au cours des années 2000 soulève cependant des interrogations. Pourquoi les décès sont-ils repartis à la hausse alors que la disponibilité des MSO s'est accrue et que le dispositif de réduction des risques a été pérennisé et consolidé.

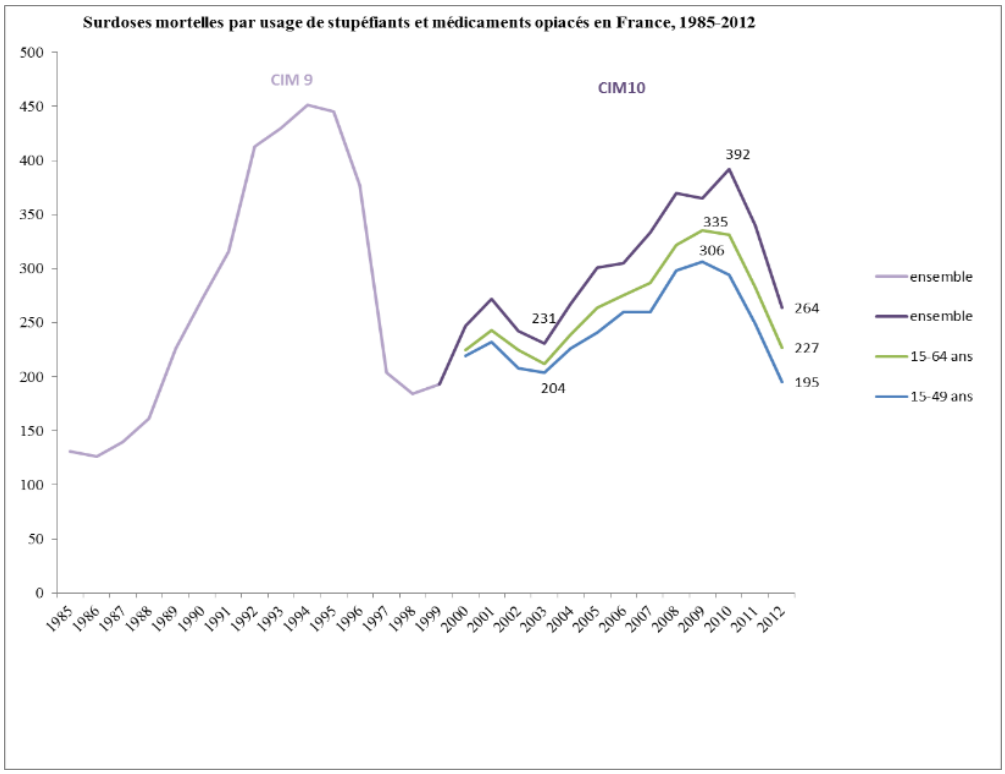
Avant d'envisager des hypothèses explicatives relatives à l'évolution des comportements addictifs, il faut s'interroger sur les limites des données disponibles. Celles du CépiDc ne permettent pas, dans la plupart des cas, de connaître les substances en cause dans les décès et d'en suivre l'évolution. Or si le décès d'une personne âgée de 30 ou 40 ans mettant en cause une substance telle que l'héroïne peut clairement être classé parmi les décès liés à une addiction, ce classement est plus discutable pour une personne plus âgée décédée en raison d'une surdose à un médicament opiacé utilisé pour lutter contre la douleur. Les décès par surdose peuvent ainsi frapper différents types d'utilisateurs de substance, tous ne

[10] Si l'on considère l'ensemble des usagers de drogues, il est clair que la part des injecteurs faiblit, même en l'absence de données en population générale, puisque l'usage de substances psychoactives, s'est étendu, au cours des vingt dernières années, vers des consommations récréatives majoritairement par voie orale, en sniff ou encore par inhalation à chaud. Si l'on se centre sur les usagers problématiques, la tendance est plus difficile à apprécier puisque le taux mesuré dans les structures de soins et de RDR dépend à tout moment du type de public reçu, tous n'ayant pas les mêmes pratiques. Ainsi le taux d'injection peut évoluer par dilution des populations d'usagers injecteurs dans de nouveaux groupes d'usagers (usagers problématiques de cannabis dans les CSAPA, usagers attirés par l'offre de kit pour fumer dans les CAARUD, par exemple), sans que, dans l'absolu leur nombre baisse. Les données concernant les modes de consommation par produit, montrent clairement que l'héroïne est maintenant majoritairement consommée en sniff, mais à l'inverse l'injection de stimulants s'est développée dans certaines populations. Il semble cependant que l'injection ne soit plus le mode d'entrée dans les consommations et que de jeunes usagers peuvent par exemple, connaître une dépendance à l'héroïne sans jamais avoir injecté.

relevant pas forcément d'un comportement addictif tel qu'on l'entend habituellement. Les données de la figure 6 font apparaître une proportion croissante au cours des années 2000 de décès de personnes âgés de plus de 64 ans, qui ne sont très probablement pas, pour la plupart, usagères de drogues. Dès lors il paraît plus raisonnable, pour suivre l'évolution des décès par surdoses des usagers de drogues, de se limiter aux 15-49 ans. La hausse du nombre de décès au cours des années 2000 pour cette tranche d'âge est moins importante mais reste néanmoins substantielle. Mais même dans ce cas, il y a matière à s'interroger. La brusque diminution des décès entre 2010 et 2012 qu'on peut observer sur la figure 6 est expliquée par les services du CépiDc par un meilleur examen des causes de décès, ce qui a permis d'exclure un ensemble de décès par surdose morphinique survenus dans un contexte de soins palliatifs ou accidentels en lien avec une pathologie ayant mené à la prescription d'antalgiques opiacés. Il n'est pas abusif, compte tenu de cette information, de se demander si l'augmentation au cours des années 2000, y compris chez les 15-49 ans, n'est pas en partie liée à la hausse du nombre de décès de personnes ne relevant pas d'un comportement addictif. Dans cette hypothèse, on peut raisonnablement conclure que l'augmentation des décès dans ces années, a été beaucoup plus limitée que ce que semble montrer la figure 6.

C'est en grande partie pour combler la lacune d'information sur les substances en cause dans les décès du CépiDc qu'a été mis en place le recueil sur les Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments et de Substances (DRAMES, ANSM), qui est lui, exclusivement basé sur des résultats d'analyse toxicologique. Ce recueil a cependant été mis en place trop tardivement pour donner un réel éclairage sur les évolutions au cours des années 2000. Il a débuté en 2002 mais, compte tenu d'une montée en charge progressive, il paraît difficile de comparer les données des années 2000 avec celles collectées dans les années 2010. Les évolutions ne peuvent être réellement suivies que depuis la fin des années 2000. Les données de DRAMES montrent que les opiacés licites ou illicites sont les principaux produits responsables, impliqués dans 84 % des décès en 2013, cette part étant restée à peu près constante depuis la fin des années 2000. La proportion de décès attribuables aux MSO (notamment la méthadone responsable de 39 % des décès en 2013, mais aussi la buprénorphine haut dosage en cause dans 16 % des décès cette même année) a fortement augmenté durant la période 2009 -2013 de 34 % à 54 % des décès, avec un pic à 60 % en 2012 (ANSM 2015a ; CEIP de Grenoble 2015). La part des décès liés à l'héroïne a fortement diminué, passant de 40 % en 2008 et 2009 à 20 % en 2013. Elle apparaît d'année en année relativement corrélée aux variations de la disponibilité et de la pureté de l'héroïne disponible. Ainsi, le taux de pureté de cette dernière a chuté de 13 % à 7 % entre 2010 et 2012 puis est remontée à 15 % en 2014 (Cadet-Taïrou et al. 2015a). Les variations dans le temps de la part de la méthadone suivent quasiment en miroir celle de l'héroïne, ce qui laisse penser qu'elles sont corrélées. Les cas de mésusage des MSO (obtention illégale, prise occasionnelle, notamment par des sujets naïfs), qui augmente le risque de décès, ne font que remplacer les cas d'usage d'héroïne. Le risque de décès est ainsi reporté de l'héroïne vers la méthadone. On peut raisonnablement poser l'hypothèse que le nombre de surdoses serait supérieur si l'héroïne, substance au taux de pureté variable et imprévisible pour l'usager, reprenait une place centrale dans les consommations d'opiacés.

Figure 6. Surdoses mortelles par usage de stupéfiants et de médicaments opiacés en France 1985-2012.



Source : CépiDc/Inserm

4 Eléments de conclusion et perspectives : Principaux défis à relever par la politique de RDR en France

Les interventions de RDR ont très largement montré leur efficacité face aux conséquences sanitaires et sociales des usages de drogues. Cependant, cette efficacité est suspendue à un certain nombre de conditions indispensables : d'abord, la prise en compte des usagers dans la conception et mise en œuvre des outils et des dispositifs afin de garantir leur utilisation effective, leur utilité et leur pertinence. La capacité de la politique de la RDR à « aller vers l'usager » constitue également une condition préalable de succès. Il s'agit de renforcer la capacité des acteurs et des structures à atteindre réellement les publics visés : souvent en situation de grande vulnérabilité et/ou « cachés » dans des espaces de vie peu accessibles, ils sont, par conséquent, fréquemment exclus du champ de l'action directe des intervenants. En outre, l'évolution constante des pratiques d'usage implique d'adapter en continu les réponses et d'innover. Cela revient à diversifier et parfois combiner les mesures proposées (typiquement PES et TSO, ou encore PES postal et antennes de CAARUD en milieu rural pour aller au devant des usagers les plus isolés), au plus près des besoins et attentes des usagers.

Enfin, l'efficacité de tels programmes et interventions repose fortement sur leur acceptabilité sociale (Le Naour *et al.* 2014). Des efforts constants doivent être consacrés à la médiation sociale entre les différents intervenants des lieux de vie où les dispositifs sont implantés (forces de l'ordre, riverains…) d'une part et vers des actions spécifiques d'information auprès du grand public et en particulier, dans les quartiers d'implantation afin de faire évoluer les représentations et expliquer le bien-fondé de cette approche, d'autre part.

L'élargissement de la RDR à d'autres substances, en particulier à l'alcool, au tabac et au cannabis, ainsi qu'en milieu carcéral, représente un second défi majeur de la politique actuelle. L'absence de PES dans les prisons françaises situe le pays en deçà des recommandations de l'OMS mais aussi en rupture avec la loi de santé publique du 18 janvier 1994 qui préconise une équivalence des soins en prison et en milieu libre. Ces trois points sont ici développés.

4.1 Les conditions de l'efficacité des actions

Toutes les actions ou programmes évalués l'ont été dans des contextes nationaux précis, relatifs aux types de pratiques, de populations, mais aussi dans un cadre particulier de repérage, de diagnostic et d'accompagnement défini et d'écoute des usagers. La transposition d'actions doit s'efforcer de prendre en compte ces paramètres en appréciant leur rôle et importance afin d'adapter les réponses aux spécificités des publics effectivement visés (transférabilité).

La prise en compte du point de vue des usagers dans la conception des programmes et des outils

L'efficacité des politiques de RDR dépend avant tout de leur capacité à prendre en compte le point de vue des usagers dans la conception des programmes et des outils.

Il s'agit de s'adapter aux pratiques et à leurs évolutions, mais également d'intégrer les éléments concrets de la vie des usagers, susceptibles d'impacter la mise en œuvre des mesures proposées. Ainsi, l'insertion de champs propres dans les kits d'injection peut permettre à l'usager qui injecte son produit dans la précipitation, dans la rue où un logement

de fortune, de ne pas contaminer son matériel. De même, l'accès aux représentations et croyances des injecteurs permet de mieux comprendre et de s'adapter à certaines limites à l'acceptabilité des matériels de RDR. La place des usagers dans la conception de ces politiques est donc essentielle.

À cet égard, les risques de stigmatisations liés à l'utilisation des outils ou programmes proposés doivent être minimisés, pour obtenir l'adhésion des usagers à des outils qui ne seront efficaces que si ces derniers s'en emparent. Ainsi, les usagers, en particulier les plus précaires fréquemment exposés aux interpellations, expriment régulièrement leur crainte d'être porteurs de matériel de RDR, les désignant ostensiblement comme des UD (Cadet-Taïrou *et al.* 2010). La question se pose également de manière aiguë en milieu carcéral où le fait d'être identifié comme UD est un signe de fragilité face aux autres détenus et où recevoir un traitement de substitution signifie parfois s'exposer aux pressions (INSERM 2010d).

L'importance accordée au point de vue des usagers conduit à envisager des actions ciblées selon les besoins de différents publics. Ainsi, de même que pour la prise en compte des inégalités de santé en général, la mise en œuvre d'actions proactives ciblant spécifiquement les usagers les plus précaires, telles que l'expérimentation des SCMR, apparaît comme une nécessité. Les femmes, les plus jeunes, les migrants, les usagers isolés, constituent autant de publics nécessitant des approches adaptées.

Innover par la diversification : améliorer la capacité des outils et des programmes à atteindre leurs publics pour engager un dialogue

Il s'agit également de s'assurer de la capacité des outils à atteindre les usagers concernés (Ben Lakhdar *et al.* 2008).

Par exemple, la mise en œuvre des actions de RDR visant les injecteurs de stimulants ne peut être efficace, en termes de santé publique, que s'il existe une démarche spécifique d'identification de ces injecteurs de stimulants, lesquels ne mettront pas forcément en avant cette pratique s'ils sont déjà injecteurs d'opiacés.

Plus largement, la littérature montre que les démarches qui permettent d'établir un contact avec des usagers en situation de vulnérabilité, ne s'adressant pas spontanément aux personnes susceptibles de les aider, sont efficaces pour initier la prise en charge (Connolly et Joly 2012), (Ritter et Cameron 2006) (Tommasello *et al.* 1999). Le renouvellement des générations est, notamment, un défi permanent pour les structures de RDR.

Une autre approche qui permet d'établir un contact avec des usagers, est pratiquée en espace festif depuis plus de dix ans. Elle prend actuellement un essor nouveau en s'étendant au-delà de cet espace festif vers les structures d'accueil des UD : la démarche d'analyse avant consommation par chromatographie sur couche mince (CCM). Cette méthode de séparation des molécules permet de distinguer les différentes substances qui composent un produit. Elle présente un double intérêt. Tout d'abord, celui d'indiquer à l'usager si son produit contient des substances différentes de celles attendues ou une substance inconnue, et donc d'identifier un certain nombre de situations dangereuses. Mais le dispositif, dans les configurations d'utilisation habituelles, permet surtout d'entamer grâce à l'analyse fournie un dialogue avec l'usager sur sa consommation et ainsi de lui transmettre des messages de réductions des risques.

Face notamment à la circulation de nouveaux produits de synthèse (NPS) sur Internet, des services d'analyse de produits en ligne ou par correspondance se développent

progressivement. Ainsi, par exemple, depuis 2005, l'association espagnole ABD (proche des mouvements d'auto-support et communautaires) met à disposition des internautes (http://energycontrol.org/) les services d'analyse de son plateau technique, *Energy Control* : les échantillons peuvent être envoyés par la poste, moyennant l'envoi d'un questionnaire téléchargeable en ligne et d'un prix de 50 euros pour les échantillons venant hors d'Espagne. Les résultats sont postés en ligne et retournés par e-mail à l'envoyeur. Le délai prévu est de 10 jours à 3 semaines selon les demandes. Au-delà du milieu associatif, le gouvernement écossais finance un autre service d'analyse de produits par correspondance (http://www.wedinos.org/), né en 2009 avec l'appui d'une unité hospitalière. Les consommateurs peuvent télécharger un questionnaire en ligne et le retourner par la poste une fois complété. Les résultats des analyses sont ensuite mis en ligne (OFDT - Pôle TREND 2015).

En France, les analyses quantitatives prévues dans le cadre du dispositif de veille SINTES (Système d'Identification National des Toxiques et des Substances) de l'OFDT, sont réalisées sous conditions de respect de critères précis : substances ayant entraîné des effets inattendus et/ou particulièrement sérieux, produits présentant un caractère de nouveauté, produit non identifié après une analyse par CCM ou encore substance bénéficiant d'une surveillance spécifique. Toute demande d'analyse est médiée par un professionnel. Si Le résultat est finalement délivré à l'usager ayant cédé le produit, cependant la finalité du dispositif, gratuit pour l'usager, est d'informer sur les produits circulant, notamment s'ils sont particulièrement dangereux ou nouveaux et non de répondre au besoin d'information individuel des usagers. Si les deux optiques ne sont pas nécessairement antagonistes, leur rencontre nécessite la mise en œuvre de moyens adéquats.

Outre la création d'équipes d'intervenants mobiles, le développement d'interventions à distance (PES postal, antennes de CAARUD en espace rural…) qui permettent d'aller chercher le contact avec les usagers, élargissent le public bénéficiaire des actions efficaces[11]. De même, la diversification, au cours de ces dernières années du matériel de consommation proposé (kits base, « alu », « roule ta paille », seringues de gros volumes…), indépendamment de l'intérêt propre des outils, a permis aux structures d'attirer de nouveaux usagers, inaccessibles auparavant, en engageant un dialogue.

Le développement des nouvelles technologies constitue actuellement une opportunité pour atteindre facilement les nouvelles générations d'usagers et pour faciliter les interactions. De nombreux outils à visée préventive, destinés à évaluer sa consommation ou encore à la réduire, sont déjà accessibles via Internet ou sur supports mobiles. Visant fréquemment les jeunes, ils concernent avant tout l'alcool, le tabac et le cannabis mais les preuves d'efficacité sont encore limitées (Le Garjean et Vivier-Rousselot 2013). La rencontre du champ numérique et de celui des substances psychotropes a ouvert un nouveau champ d'échanges et d'interventions en ligne, notamment par le développement d'échanges et de conseils entre pairs sur les forums d'usagers, trop récent pour donner lieu à des évaluations de programmes au niveau international.

Par ailleurs, les réponses axées sur l'hébergement ou sur l'insertion professionnelle comme *housing first* (Un chez soi d'abord) ou TAPAJ (Travail Alternatif Payé à la Journée) constituent également des formes innovantes de RDR qui s'adressent à des personnes

[11] À ce jour l'efficacité de ces actions n'a pas été démontrée mais les usagers y adhèrent fortement. Voir http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/ActesJourneeCAARUD2015.pdf

présentant des problématiques sociales spécifiques (personnes en situation de précarité sans domicile fixe, jeunes en errance sans qualification ou expérience professionnelle particulière…). Centrés sur la réhabilitation sociale, ces dispositifs visent à créer les conditions nécessaires afin de trouver des voies adaptées pour sortir progressivement des usages à risques.

L'acceptabilité des actions de RDR : un enjeu crucial qui nécessite des moyens

Les initiatives de RDR entreprises dans le monde ont largement montré l'importance de la concertation préalable avec les acteurs locaux et les riverains, en amont de la mise en place des services de RDR (Strike *et al.* 2015), et du niveau d'acceptabilité d'un tel projet dans l'opinion publique (Dube *et al.* 2009).

Ce fut le cas notamment pour l'implantation des SCMR à San Francisco (Kral *et al.* 2010), (Wenger *et al.* 2011) ou à Sydney, où les riverains se sont montrés sensibles à la régulation mise en place autour de la salle d'injection (étude avant-après) (Salmon *et al.* 2007), (Kimber *et al.* 2007). En Ontario, une étude menée en 2003 a montré une population majoritairement favorable aux SCMR (60 %) (Cruz *et al.* 2007). Concernant les PES, en Australie, certains décideurs ont volontiers invoqué une opinion publique négative, alors que les enquêtes d'opinion montraient des attitudes largement positives (Treloar et Fraser 2007). Dans une étude menée auprès des riverains à Baltimore, malgré l'inquiétude suscitée par la fréquentation du voisinage par les UD, 65 % d'entre eux étaient favorables à l'échange de seringues (Keyl *et al.* 1998). En Suisse, entre 1991 et 1997, la population s'est progressivement éloignée d'une préférence pour les mesures répressives pour adhérer majoritairement à la politique des « quatre piliers » incluant la RDR (Uchtenhagen 1995), (Bergman *et al.* 1997). Soulignons enfin que l'argument du coût-efficacité des PES, démontré dans plusieurs contextes (Australie, Canada, Yunnan…) (Kwon *et al.* 2012), (Bayoumi *et al.* 2008), (Zhang *et al.* 2011), constitue un argument complémentaire à ceux de la réduction des risques sanitaires et des inégalités.

En France, le grand public n'a pas forcément connaissance de la notion de réduction des risques, ce qui ne l'empêche pas néanmoins d'avoir une représentation de la question des drogues et des addictions qui fasse écho aux principes de la RDR. Par exemple, l'Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les Psychotropes (EROPP), menée à quatre reprises par l'OFDT depuis 1999, a permis de mesurer à quel point l'éventualité d'un monde sans drogue est illusoire pour une majorité de la population (Tovar *et al.* 2013). Les Français sont par ailleurs de plus en plus en accord avec l'idée d'informer les usagers de drogues sur la façon la moins dangereuse de consommer afin de diminuer les risques pour la santé (83 % en 2012 contre 70 % en 2008).

4.2 Renforcement de la RDR en milieu carcéral

Un point faible de la politique de RDR en France est le timide développement du dispositif en milieu carcéral. Pourtant, les expériences internationales insistent sur la nécessité de développer une politique qui associe l'ensemble des mesures de RDR et de soins suivant les recommandations de l'OMS, consistant notamment à :

- rendre les préservatifs (masculins et féminins) et les lubrifiants accessibles plus facilement et plus discrètement dans divers endroits des établissements pénitentiaires;

- faciliter l'accessibilité à une palette de traitements contre la dépendance aux opiacés aussi large que possible, en généralisant et en homogénéisant l'accès aux traitements de substitution dans les établissements, en développant éventuellement d'autres voies (communautés thérapeutiques, unités sans drogues, programmes de counseling), voire, en expérimentant, le cas échéant, de nouvelles formes de prise en charge – à l'instar des programmes d'héroïne médicalisée, développés dans 2 prisons suisses – dont l'évaluation coût-efficacité semble satisfaisante pour certains types d'usagers;
- développer des programmes dont l'efficacité a été démontré par des recherches.

Le développement des PES en particulier, l'adoption des mesures visant à prévenir les overdoses à la sortie de détention, ainsi que l'expérimentation des formes innovantes de RDR en détention figurent parmi les actions nouvelles inscrites dans le Plan gouvernemental 2013-2017 (action 52 du plan d'actions 2016-2017). L'accompagnement et l'évaluation de ces mesures représentent un enjeu majeur.

4.3 L'élargissement du champ de la RDR : un défi pour l'avenir ?

Le Plan gouvernemental 2013-2017 envisage d'étendre le champ de la RDR à l'ensemble des produits impliqués dans les usages problématiques (action 46 du plan d'actions 2016-2017).

Si la RDR a fait la preuve de son efficacité dans le cadre de la lutte contre les maladies infectieuses, en particulier le VIH, elle a également, plus tardivement, contribué à un certain nombre de changements de représentations sur d'autres produits. Sur les drogues de synthèse dans les années 1990, les espaces de discussion ouverts dans les stands de RDR et de *testing* en milieu festif ont permis de modifier la perception du risque lié à la méconnaissance du contenu des comprimés d'ecstasy (voir partie 4.1). Depuis l'adoption de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé, les usagers peuvent demander des informations sur la composition des substances psychoactives[12]. Plus récemment, l'apparition des nouveaux produits de synthèses (NPS), molécules au statut légal éphémère et déclinables à l'envi pour contourner la loi, a ouvert un nouvel espace de construction de la connaissance par les usagers eux-mêmes (trip reports, forums) qui prend tous les dispositifs experts et institutionnels de court, démontrant qu'une fois encore les réponses à cette offre en perpétuelle mutation ne se construiront pas sans le savoir "profane" des usagers.

Le cannabis est pour sa part, en France comme ailleurs en Europe, le produit pour lequel les actions de RDR sont les moins nombreuses, alors même que l'évolution des politiques de régulation du cannabis en cours dans plusieurs États constitue un terrain favorable au développement de mode d'usage à moindre risque sanitaire, tels que la vaporisation. Dans sa monographie sur la réduction des risques, l'EMCDDA souligne le besoin de mener des recherches sur le mode d'administration, ainsi que sur l'intérêt d'inciter les usagers à éviter un usage trop fréquent (plus d'une fois par semaine), et à ne pas en consommer avant de

[12] L'article 41 de la loi stipule que les actions RDR visent à « … participer à l'analyse, à la veille et à l'information, à destination des pouvoirs publics et des usagers, sur la composition, sur les usages en matière de transformation et de consommation et sur la dangerosité des substances consommées » (Article L3411-8-II, 5ème alinéa du CSP).

conduire ou d'utiliser un engin (EMCDDA, 2010). L'introduction à la fin des années 1990 de la notion d'usage à risque sanitaire et social, concernant une minorité des usagers de cannabis, a permis de renouer le dialogue avec les usagers militant pour la reconnaissance d'un usage récréatif aux risques limités. L'objectivation par un outil tel que le Cannabis Abuse Screening Test (CAST) proposé par l'OFDT, validé à la fois d'un point de vue clinique et épidémiologique, d'une population d'usagers à risque a permis la reconnaissance d'une large population ayant un usage non problématique (Beck et Legleye 2008 ; Legleye *et al.* 2015). Les démarches mises en œuvre dans le cadre des CJC, créées en 2004 par le Ministère de la santé en réponse à la forte hausse de l'usage régulier de cannabis observé parmi les jeunes au début des années 2000, s'inscrivent en grande partie dans une logique de RDR. Il n'en reste pas moins à évaluer l'efficacité des actions, que celles-ci s'appuient sur une alliance thérapeutique ou sur les "nouvelles" technologies de l'information.

Concernant l'alcool, la littérature internationale a permis d'identifier un certain nombre de mesures portant principalement sur l'offre et la législation, telles que l'augmentation des taxes, la fixation d'un prix minimum, d'un âge limite pour l'achat ou encore la diminution du nombre de points de vente, mais aussi des mesures telles que l'intervention brève à destination des consommateurs à risque (EMCDDA, 2010). En France, le regard porté sur l'alcool a aussi évolué d'un paradigme de l'abstinence qui a pu sembler immuable à une certaine époque, à l'idée que la régulation de la consommation pouvait se faire de manière moins brutale (boire moins, c'est mieux) autour d'une prise en compte des attentes de l'usager (avec l'objectif global de vivre mieux). Ce nouveau regard porté sur les dommages liés à l'alcool a notamment permis le développement d'approches telles que le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB), ainsi que la mise en place de stratégies s'appuyant sur les objectifs qui sont, au moins dans un premier temps, moins ambitieux et irréalistes mais plus atteignables que l'abstinence totale. Ce paradigme s'appuie sur une dynamique d'accompagnement reposant sur une mise en avant des ressources de l'individu pour mettre de côté les « faiblesses » qui l'ont conduit à perdre le contrôle du produit. Dans un tout autre registre, il y a actuellement un enjeu évident à évaluer l'efficacité des nombreuses initiatives françaises visant à réduire les quantités consommées et les situations les plus à risques, face à des populations clairement déterminées à consommer de l'alcool en contexte festif avec un objectif de recherche d'ivresse voire de défonce.

Pour le tabac enfin, une offre conséquente de produits de substitution nicotinique existe, mais elle n'a pu empêcher, en France le maintien d'un tabagisme à un niveau élevé. Alors que la plupart des experts restent sceptiques sur l'intérêt sanitaire d'une diminution de la consommation[13], nombre de fumeurs se sont emparés de la cigarette électronique pour tenter, souvent avec succès, de diminuer leur tabagisme et de reprendre le contrôle à défaut de parvenir à un arrêt total de la consommation. Ainsi, en 2014, 82 % des vapofumeurs indiquaient avoir réussi à diminuer leur consommation de tabac grâce à la cigarette électronique, de 9 cigarettes en moyenne (Beck *et al.* 2015). En cela, elle a constitué un outil typique de RDR puisque les usagers se le sont appropriés par eux-mêmes, et au final 400 000 fumeurs sur les 13 millions estimaient en 2014 avoir réussi à arrêter de fumer par ce biais. Si sa toxicité apparaît très inférieure à celle du tabac, les études n'ont à ce jour pas montré une très grande efficacité de la cigarette électronique en regard d'autres moyens d'aide à l'arrêt, en particulier parmi les jeunes adultes (Gmel *et al.*, 2016), mais d'autres recherches sont nécessaires, notamment parce que la plupart ont pour l'heure été menées

[13] Une revue de littérature sur ce thème est en cours à l'INPES.

sur des modèles de cigarettes électroniques de première génération, moins performantes (réservoirs plus petits et délivrance de nicotine moins rapide) que les suivantes.

5 Références

ANSM (2015) Compte rendu de la séance n°12 du 15 octobre 2015 de la Commission des stupéfiants et des psychotropes. Saint-Denis, ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé), 18 p.

Aspinall E.J., Nambiar D., Goldberg D.J., Hickman M., Weir A., Van Velzen E., Palmateer N., Doyle J.S., Hellard M.E., Hutchinson S.J. (2014) Are needle and syringe programmes associated with a reduction in HIV transmission among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Epidemiology*, Vol. 43, n° 1, pp. 235-248.

Assurance Maladie (2015), Medic'AM 2012-2014. Retrieved 11/12/2015, from http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/medicament/medic-am/medic-am-2012-2014.php.

Bargagli A., Davoli M., Minozzi S., Vecchi S., Perucci C. (2007) A systematic review of observational studies on treatment of opioid dependence. Background document prepared for 3rd meeting of Technical Development Group (TDG) for the WHO "Guidelines for psychosocially assisted pharmacotherapy of opiod dependence", 17-21 September. Geneva, WHO, 80 p.

Bayoumi A.M., Zaric G.S. (2008) The cost-effectiveness of Vancouver's supervised injection facility. *Canadian Medical Association Journal*, Vol. 179, n° 11, pp. 1143-1151.

Beck F., Andler R., Lermenier-Jeannet A. (2015) La cigarette électronique en France : entre principe de précaution et réduction des risques. *Dépendances*, n° 56, pp. 15-17.

Beck F., Legleye S. (2008) Measuring cannabis related problems and dependence at the population level. In: A cannabis reader: global issues and local experiences. Perspectives on cannabis controversies, treatment and regulation in Europe, EMCDDA, Rödner Sznitman S., Olsson B., Room R. (Eds). Luxembourg, Office for official publications of the European communities, Vol. 2, pp. 29-57.

Bello P.Y., Cadet-Taïrou A., Halfen S. (2010) L'état de santé des usagers problématiques. In: Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND, Costes J.M. (Eds), OFDT, pp. 38-50.

Ben Lakhdar C., Milhet M., Diaz Gomez C. (2008) Réduction des risques : transmission du VHC, efficacité des outils et acceptabilité par les usagers - Revues de littérature. Saint-Denis, OFDT, 76 p.

Bergman M., Cattacin S., Lucas B., Wernli B. (1997) Libéraliser, réduire les risques, soigner ou réprimer ? L'opinion de la population suisse à l'égard de la politique en matière de drogue. Genève, Université de Genève, coll. Travaux et communications du département de science politique, n°8/1997, 79 p.

Bolier L., Voorham L., Monshouwer K., Van HASSELT N., Bellis M. (2011) Alcohol and drug prevention in nightlife settings: a review of experimental studies. *Substance Use and Misuse*, Vol. 46, n° 13, pp. 1569-1591.

Brisacier A.C., Collin C. (2014) Les traitements de substitution aux opiacés en France : données récentes [Opioid substitution treatments in France: recent data]. *Tendances*, OFDT, n° 94, 6 p.

Cadet-Taïrou A., Gandilhon M., Lahaie E., Chalumeau M., Coquelin A., Toufik A. (2010) Drogues et usages de drogues en France. État des lieux et tendances récentes 2007-2009. Neuvième édition du rapport national du dispositif TREND. Saint-Denis, OFDT, 281 p.

Cadet-Taïrou A., Saïd S., Martinez M. (2015) Profils et pratiques des usagers des CAARUD en 2012 [CAARUD client profiles and practices in 2012]. *Tendances*, OFDT, n° 98, 8 p.
Calafat A. (2010) Prevention interventions in recreational settings. Strasbourg, Pompidou Group, Council of Europe, 69 p.
Calafat A., Juan M., Duch M.A. (2009) Preventive interventions in nightlife: a review. *Adicciones*, Vol. 21, n° 4, pp. 387-413.
Carrieri P.M., Michel L., Lions C., Cohen J., Vray M., Mora M., Marcellin F., Spire B., Morel A., Roux P., the Methaville Study Group (2014) Methadone induction in primary care for opioid dependence: A pragmatic randomized trial (ANRS Methaville). *PLoS ONE*, Vol. 9, n° 11, pp. e112328.
Cazein F., Pillonel J., Le Strat Y., Pinget R., Le Vu S., Brunet S., Thierry D., Brand D., Leclerc M., Benyelles L., Da Costa C., Barin F., Lot F. (2015) Découvertes de séropositivité VIH et SIDA, France, 2003-2013 [New HIV and AIDS diagnoses, France, 2003-2013]. *BEH - Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 9-10, pp. 152-161.
Connolly J.A., Joly L.E. (2012) Outreach with street-involved youth: A quantitative and qualitative review of the literature. *Clinical Psychology Review*, Vol. 32, n° 6, pp. 524-534.
Cook C., Bridge J., Stimson G.V. (2010) The diffusion of harm reduction in Europe and beyond In: Harm reduction: evidence, impacts and challenges, EMCDDA (Eds). Luxembourg, Publications Office of the European Union, coll. Scientific Monograph Series, Vol. 10, pp. 37-56.
Costes J.M., Vaissade L., Colasante E., Palle C., Legleye S., Janssen E., Toufik A., Cadet-Taïrou A. (2009) Prévalence de l'usage problématique de drogues en France - estimations 2006. Saint-Denis, OFDT, 29 p.
Cruz M.F., Patra J., Fischer B., Rehm J., Kalousek K. (2007) Public opinion towards supervised injection facilities and heroin-assisted treatment in Ontario, Canada. *International Journal of Drug Policy*, Vol. 18, n° 1, pp. 54-61.
Debeaupuis J. (2003) Circulaire DHOS/02 n°2003-254 du 27 mai 2003 relative à l'enquête "un jour donné" au cours de la semaine du 23 au 27 juin 2003 sur les personnes détenues infectées par le VIH ou le VHC connues des équipes médicales intervenant dans les établissements pénitentiaires (unités de consultations et de soins ambulatoires UCSA). *BO Santé*, n° 2003/40 du 18 octobre, pp. 171-184.
Diaz Gomez C. (2009) Les salles de consommation en Europe. Synthèse de la revue de littérature internationale. Note de synthèse. Saint-Denis, OFDT, 4 p.
Direction générale de la santé (2011) Enquête PREVACAR - Volet offre de soins : VIH, hépatites et traitements de substitution en milieu carcéral. Paris, DGS, 88 p.
Dolan K.A., Shearer J., White B., Zhou J., Kaldor J., Wodak A.D. (2005) Four-year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, re-incarceration and hepatitis C infection. *Addiction*, Vol. 100, n° 6, pp. 820-828.
Dube E., Masse R., Noel L. (2009) Acceptabilité des interventions en réduction des méfaits : contributions de la population aux débats éthiques de santé publique. *Can J Public Health*, Vol. 100, n° 1, pp. 24-28.
Duplessy C., Pourchon F. (2015) Bilan de 3 ans d'expérimentation de la réduction des risques à distance (2011-2014). Paris, Association SAFE, 44 p.
Eder H., Jagsch R., Kraigher D., Primorac A., Ebner N., Fischer G. (2005) Comparative study of the effectiveness of slow-release morphine and methadone for opioid maintenance therapy. *Addiction*, Vol. 100, n° 8, pp. 1101-1109.
EMCDDA (2010) Trends in injecting drug use in Europe. Selected issue. Lisbon, EMCDDA, 22 p.

EMCDDA (2010) Harm reduction: evidence, impacts and challenges. Monographs. Luxembourg, Publications Office of the European Union, coll. EMCDDA Papers, 462 p.
EMCDDA (2015a), Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence. Perspectives on drugs. Retrieved 2016/01/29, from http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/drug-consumption-rooms.
EMCDDA (2015b) Preventing fatal overdoses: a systematic review of the effectiveness of take-home naloxone. Luxembourg, Publications Office of the European Union, coll. EMCDDA Papers, 37 p.
EMCDDA, STRANG J., GROSHKOVA T., METREBIAN N. (2012) New heroin-assisted treatment. Recent evidence and current practices of supervised injectable heroin treatment in Europe and beyond. Luxembourg, Publications Office of the European Union, coll. EMCDDA Insights, n°11, 170 p.
Enns E.A., Zaric G.S., Strike C.J., Jairam J.A., Kolla G., Bayoumi A.M. (2015) Potential cost-effectiveness of supervised injection facilities in Toronto and Ottawa, Canada. *Addiction*, 10.1111/add.13195, 10.1111/add.13195.
European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), EMCDDA (2011) ECDC and EMCDDA guidance. Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs. Stockholm, ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control), 55 p.
Faggiano F., Vigna-Taglianti F. (2008) Drugs, illicit - Primary prevention strategies. In: International Encyclopedia of Public Health, Heggenhougen K., Quah S. (Eds). San Diego, Academic Press, Vol. 2, pp. 249-265.
FFA, ANAES (2005) Conférence de consensus, Lyon, 23-24 juin 2004. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution. Textes des recommandations. Saint-Denis, ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé), 57 p.
Fischer B., Blanken P., Da Silveira D., A. G., Goldner E.M., Rehm J., Tyndall M., Wood E. (2015) Effectiveness of secondary prevention and treatment interventions for crack-cocaine use: A comprehensive narrative overview of English-language studies. *International Journal of Drug Policy*.
Galassi A., Mpofu E., Athanasou J. (2015) Therapeutic community treatment of an inmate population with substance use disorders: Post-release trends in re-arrest, re-incarceration, and drug misuse relapse. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Vol. 12, n° 6, pp. 7059-7072.
Gmel G., Baggio S., Mohler-Kuo M., Daeppen J.-B., Studer J. E-cigarette use in young Swiss men: is vaping an effective way of reducing or quitting smoking? S*wiss Med Wkly*. 2016 Jan 11;146:w14271.
Gowing L., Farrell M., Bornemann R., Sullivan L., Ali R. (2008) Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 2, pp. CD004145.
HAS (2014) Place des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans la stratégie de dépistage de l'hépatite C. Recommandation en santé publique. Saint-Denis, Haute Autorité de santé, 104 p.
Hedrich D., Alves P., Farrell M., Stover H., Moller L., Mayet S. (2012) The effectiveness of opioid maintenance treatment in prison settings: a systematic review. *Addiction*, Vol. 107, n° 3, pp. 501-517.
Hellard M., Sacks-Davis R., Gold J. (2009) Hepatitis C treatment for injection drug users: A review of the available evidence. *Clinical Infectious Diseases*, Vol. 49, n° 4, pp. 561-573.
Henskens R., Garretsen H., Bongers I. (2008) Effectiveness of an outreach treatment program for inner city crack abusers: compliance, outcome, and client satisfaction. *Substance Use Misuse*, n° 43, pp. 1464-1475.

Hunt N., Stillwell G., Taylor C. (1998) Evaluation of brief intervention to prevent initiation into injecting. *Drug Education Prevention and Policy*, n° 5, pp. 185-194.
IHRA (2009) What is harm reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association. London, International Harm Reduction Association.
INSERM (2010a) Dispositifs de réduction des risques en France (chapitre 15). In: Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. Paris, INSERM, coll. Expertise collective, pp. 255-272.
INSERM (2010b) Parcours de soins des usagers de drogues (chapitre 13). In: Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. Paris, INSERM, coll. Expertise collective, pp. 231-240.
INSERM (2010c) Pratiques à risque chez les fumeurs de crack (chapitre 7). In: Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. Paris, INSERM, coll. Expertise collective, pp. 119-130.
INSERM (2010d) Réduction des risques en milieu pénitentiaire (chapitre 18). In: Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. Paris, INSERM, coll. Expertise collective, pp. 309-340.
INSERM (2010e) Usage des drogues en France et principaux dommages associés (chapitre 3). In: Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. Paris, INSERM, coll. Expertise collective, pp. 29-56.
InVS (2009) Surveillance et prévention des hépatites B et C en France : bilan et perspectives. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n° 20-21, pp. 193-220.
Ireps Haute-Normandie (2014) Les Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD). Bibliographie indicative. Rouen, Ireps Haute-Normandie,, 10 p.
Jauffret-Roustide M., Benoit T., Santos A. (2013a) Evaluation des outils de réduction des risques liés à l'injection, Cermes3 (Inserm U988) and InVS.
Jauffret-Roustide M., Pillonel J., Weill-Barillet L., Léon L., Le Strat Y., Brunet S., Benoit T., Chauvin C., Lebreton M., Barin F., Semaille C. (2013b) Estimation de la séroprévalence du VIH et de l'hépatite C chez les usagers de drogues en France - Premiers résultats de l'enquête ANRS-Coquelicot 2011 [Estimation of HIV and hepatitis C prevalence among drug users in France - First results from the ANRS-Coquelicot 2011 Survey]. *BEH - Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 39-40, pp. 504-509.
Jones L., Hughes K., Atkinson A.M., Bellis M.A. (2011) Reducing harm in drinking environments: A systematic review of effective approaches. *Health and Place*, Vol. 17, n° 2, pp. 508-518.
Ker K., Chinnock P. (2008) Interventions in the alcohol server setting for preventing injuries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10.1002/14651858.CD005244.pub3, n° 3, pp. CD005244.
Keyl P.M., Gruskin L., Casano K., Montag H., Junge B., Vlahov D. (1998) Community support for needle exchange programs and pharmacy sale of syringes: a household survey in Baltimore, Maryland. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, Vol. 18, n° Suppl.1, pp. S82-S88.
Kimber J., Dolan K. (2007) Shooting gallery operation in the context of establishing a medically supervised injecting center: Sydney, Australia. *Journal of Urban Health*, Vol. 84, n° 2, pp. 255-266.
Kimber J., Palmateer N., Hutchinson S., Hickman M., Goldberg D., Rhodes T. (2010) Harm reduction among injecting drug users - evidence of effectiveness. In: Harm reduction: evidence, impacts and challenges, EMCDDA, Rhodes T., Hedrich D. (Eds). Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, coll. Scientific Monograph Series, n°10, pp. 115-163.
Kraigher D., Jagsch R., Gombas W., Ortner R., Eder H., Primorac A., Fischer G. (2005) Use of slow-release oral morphine for the treatment of opioid dependence. *European Addiction Research*, Vol. 11, n° 3, pp. 145-151.

Kral A.H., Wenger L., Carpenter L., Wood E., Kerr T., Bourgois P. (2010) Acceptability of a safer injection facility among injection drug users in San Francisco. *Drug and Alcohol Dependence*, Vol. 110, n° 1–2, pp. 160-163.
Kwon J.A., Anderson J., Kerr C.C., Thein H.H., Zhang L., Iversen J., Dore G.J., Kaldor J.M., Law M.G., Maher L., Wilson D.P. (2012) Estimating the cost-effectiveness of needle-syringe programs in Australia. *Aids*, Vol. 26, n° 17, pp. 2201-2210.
Lankenau S.E., Clatts M.C., Goldsamt L.A., Welle D. (2004) Crack cocaine injection practices and HIV risk: findings from New York and Bridgeport. *Journal of Drug Issues*, Vol. 34, pp. 319-332.
Larney S., Gisev N., Farrell M., Dobbins T., Burns L., Gibson A., Kimber J., Degenhardt L. (2014) Opioid substitution therapy as a strategy to reduce deaths in prison: retrospective cohort study. *BMJ Open*, Vol. 4, n° 4, pp. e004666.
Le Garjean N., Vivier-Rousselot V. (2013) Conduites addictives. Mieux utiliser Internet et le mobile en prévention et réduction des risques. Etat des lieux : revue de littérature et recensement des outils francophones, AIRDDS Bretagne.
Le Naour G., Hamant C., Chamard-Coquaz N. (2014) Faire accepter les lieux de réduction des risques : un enjeu quotidien. Lyon, Centre d'Etude et de Recherche sur les Pratiques et l'Espace, CERPE, 99 p.
Legleye S., Guignard G., Richard J.-B., Kraus L., Pabst A., Beck F. (2015) Psychometric and screening properties of the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) in the general population. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, Vol. 24, n° 2, pp. 170-183.
Macarthur G.J., van Velzen E., Palmateer N., Kimber J., Pharris A., Hope V., Taylor A., Roy K., Aspinall E., Goldberg D., Rhodes T., Hedrich D., Salminen M., Hickman M., Hutchinson S.J. (2014) Interventions to prevent HIV and Hepatitis C in people who inject drugs: A review of reviews to assess evidence of effectiveness. *International Journal of Drug Policy*, Vol. 25, n° 1, pp. 34-52.
Marshall B.D.L., Milloy M.J., Wood E., Montaner J.S.G., Kerr T. (2011) Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study. *The Lancet*, Vol. 377, n° 9775, pp. 1429-1437.
Mathers B.M., Degenhardt L., Bucello C., Lemon J., Wiessing L., Hickman M. (2013) Mortality among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 91, n° 2, pp. 102-123.
Mattick R.P., Breen C., Kimber J., Davoli M. (2009) Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10.1002/14651858.CD002209.pub2, n° 3, CD002209, 10.1002/14651858.CD002209.pub2.
McNeil R., Small W. (2014) 'Safer environment interventions': A qualitative synthesis of the experiences and perceptions of people who inject drugs. *Social Science and Medicine*, Vol. 106, pp. 151-158.
Michel L. (2013) Le point sur la réduction des risques en milieu pénitentiaire. *Actal*, Vol. 13, pp. 52-55.
Michel L., Jauffret-Roustide M., Blanche J., Maguet O., Calderon C., Cohen J., Taieb C., Carrieri P., Groupe de travail ANRS PRI²DE (2011) Prévention du risque infectieux dans les prisons françaises. L'inventaire ANRS-PRI²DE, 2009. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n° 39, pp. 409-412.
MILDT (2013) Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017. Paris, Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, 82 p.
Milhet M. (2016 (à paraître) Acceptabilité des kits Exper' par les usagers de drogues, OFDT.

Ministère de la Santé (2015) Arrêté du 13 octobre 2015 modifiant l'arrêté du 22 février 1990 portant exonération à la réglementation des substances vénéneuses destinées à la médecine humaine. NOR: AFSP1524271A (JORF n°0240 du 16 octobre 2015).
National Treatment Agency (2003) Injectable heroin (and injectable methadone). Potential roles in drug treatment. London, NHS, National Treatment Agency for Substance Misuse, 36 p.
Obradovic I. (2013) Programmes d'échange de seringues en milieu pénitentiaire. Revue internationale des expériences. *Psychotropes*, Vol. 19, n° 3, pp. 173-195.
OFDT - Pôle TREND (2015) Guide SINTES (2ème édition). Saint-Denis, OFDT, 48 p.
OMS (2010) Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool. Genève, OMS, 46 p.
Palle C., Rattanatray M. (2013) Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en 2010. Situation en 2010 et évolutions sur la période 2005-2010. Saint-Denis, OFDT, 89 p.
Perry A.E., Neilson M., Martyn-St James M., Glanville J.M., Woodhouse R., Godfrey C., Hewitt C. (2015) Pharmacological interventions for drug-using offenders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 6, pp. CD010862.
Poloméni P., Schwan R. (2014) Management of opioid addiction with buprenorphine: French history and current management. *International Journal of General Medicine*, Vol. 7, pp. 143-148.
Potier C., Laprévote V., Dubois-Arber F., Cottencin O., Rolland B. (2014) Supervised injection services: What has been demonstrated? A systematic literature review. *Drug and Alcohol Dependence*, Vol. 145, pp. 48-68.
Remy A.J., Benhaïm S., Khemissa F. (2003) Prise en charge de l'hépatite C en prison. *La Revue du Praticien*, Vol. 17, pp. 1325-1327.
République Française (2016) Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. *JORF*, n° 0022 du 27 janvier 2016, NOR: AFSX1418355L.
Ritter A., Cameron J. (2006) A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug and Alcohol Review*, Vol. 25, n° 6, pp. 611-624.
Robinet S. (2012), Communiqué du 19 septembre 2012 du président de l'association Pharm'addict : 50 000 patients sous méthadone en juillet 2012 !! Trop ou trop peu ? Retrieved 19/02/2016, from http://a-f-r.org/50-000-patients-sous-methadone-en-juillet-2012-trop-ou-trop-peu/.
Robinson A., Wermeling D.P. (2014) Intranasal naloxone administration for treatment of opioid overdose. *American Journal of Health-System Pharmacy*, Vol. 71, n° 24, pp. 2129-2135.
Rotily M., Delorme C., Ben Diane M.K. (1998) Réduction des risques de l'infection à VIH et des hépatites en milieu carcéral : prévalence des pratiques à risques et analyse des contraintes et de la faisabilité des programmes de réduction des risques en milieu carcéral. Marseille, ORS PACA, 150 p.
Rotily M., ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur (ORS PACA) (2000) Stratégies de réduction des risques de l'infection à VIH et des hépatites en milieu carcéral : synthèse. In: Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral. Paris, Direction de l'administration pénitentiaire ; Direction générale de la santé, pp. 35-51.
Rotily M., Weilandt C., Bird S.M., Kall K., Van Haastrecht H.J., Iandolo E., Rousseau S. (2001) Surveillance of HIV infection and related risk behaviour in European prisons. A multicentre pilot study. *European Journal of Public Health*, Vol. 11, n° 3, pp. 243-250.
Roux P., Le Gall J.M., Debrus M., Protopopescu C., Ndiaye K., Demoulin B., Lions C., Haas A., Mora M., Spire B., Suzan-Monti M., Carrieri P.M. (2016) Innovative community-based educational face-to-face intervention to reduce HIV, hepatitis C virus and other

blood-borne infectious risks in difficult-to-reach people who inject drugs: results from the ANRS-AERLI intervention study. *Addiction*, pp. 96-106.
Salmon A.M., Thein H.H., Kimber J., Kaldor J.M., Maher L. (2007) Five years on: what are the community perceptions of drug-related public amenity following the establishment of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre? *International Journal of Drug Policy*, Vol. 18, n° 1, pp. 46-53.
Sannier O., Verfaillie F., Lavielle D. (2012) Réduction des risques et usages de drogues en détention : une stratégie sanitaire déficitaire et inefficiente. *La Presse Médicale*, Vol. 41, pp. 375-385.
Santibanez S.S., Garfein R.S., Swartzendruber A., Kerndt P.R., Morse E., Ompad D., Strathdee S., Williams I.T., Friedman S.R., Ouellet L.J. (2005) Prevalence and correlates of crack-cocaine injection among young injection drug users in the United States, 1997-1999. *Drug and Alcohol Dependence*, Vol. 77, n° 3, pp. 227-233.
Semaille C., Le Strat Y., Chiron E., Chemlal K., Valantin M.A., Serre P., Cate L., Barbier C., Jauffret-Roustide M., Groupe Prevacar (2013) Prevalence of human immunodeficiency virus and hepatitis C virus among French prison inmates in 2010: a challenge for public health policy. *Eurosurveillance*, Vol. 18, n° 28, pp. art. 20524.
Stoicescu C. (2012) The global state of harm reduction 2012. Towards an integrated response. London, HRI (Harm Reduction International), 190 p.
Stöver H., Nelles J. (2003) Ten years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons. *International Journal of Drug Policy*, Vol. 14, n° 5-6, pp. 437-444.
Strike C., Watson T.M., Kolla G., Penn R., Bayoumi A.M. (2015) Ambivalence about supervised injection facilities among community stakeholders. *Harm Reduction Journal*, Vol. 12, n° 26.
Tay R. (2005) Mass media campaigns reduce the incidence of drinking and driving. *Evidence-based Healthcare and Public Health*, Vol. 9, n° 1, pp. 26-29.
Tommasello A.C., Myers C.P., Gillis L., Treherne L.L., Plumhoff M. (1999) Effectiveness of outreach to homeless substance abusers. *Evaluation and Program Planning*, Vol. 22, n° 3, pp. 295-303.
Tournier P.V. (2015) OPALE - Observatoire de la privation de liberté et des sanctions et mesures appliquées dans la communauté. OPALE 1 : Etat de la population sous écrou au 1er novembre 2015 et évolution sur un an. Paris, Ministère de la Justice.
Tovar M.L., Le Nézet O., Bastianic T. (2013) Perceptions et opinions des Français sur les drogues. *Tendances*, OFDT, n° 88, 6 p.
Treloar C., Fraser S. (2007) Public opinion on needle and syringe programmes: avoiding assumptions for policy and practice. *Drug and Alcohol Review*, Vol. 26, n° 4, pp. 355-361.
Turner K.M., Hutchinson S., Vickerman P., Hope V., Craine N., Palmateer N., May M., Taylor A., De Angelis D., Cameron S., Parry J., Lyons M., Goldberg D., Allen E., Hickman M. (2011) The impact of needle and syringe provision and opiate substitution therapy on the incidence of hepatitis C virus in injecting drug users: pooling of UK evidence. *Addiction*, Vol. 106, n° 11, pp. 1978-1988.
Tyndall M.W., Currie S., Spittal P., Li K., Wood E., O'Shaughnessy M.V., Schechter M.T. (2003) Intensive injection cocaine use as the primary risk factor in the Vancouver HIV-1 epidemic. *Aids*, Vol. 17, n° 6, pp. 887-893.
Uchtenhagen A. (1995) Harm reduction: The case of Switzerland. *European Addiction Research*, Vol. 1, n° 3, pp. 86-91.
Van Beek I., Dwyer R., Malcolm A. (2001) Cocaine injecting: the sharp end of drug-related harm! *Drug and Alcohol Review*, Vol. 20, n° 3, pp. 333-342.
Wenger L.D., Martinez A.N., Carpenter L., Geckeler D., Colfax G., Kral A.H. (2011) Syringe disposal among injection drug users in San Francisco. *American Journal of Public Health*, Vol. 101, n° 3, pp. 484-486.

WHO (1993) WHO Guidelines on HIV infection and AIDS in prisons. Geneva, World Health Organization, 9 p.
WHO (2009) Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. Geneva, WHO, 134 p.
WHO (2014a) Community management of opioid overdose. Genève, WHO, 88 p.
WHO (2014b) Guidelines for the screening, care and treatment of persons with hepatitis C infection. Geneva, WHO, 124 p.
WHO (2015) HIV and young people who inject drugs. Geneva, WHO, 34 p.
WHO, UNODC, UNAIDS (2007) Effectiveness of interventions to address HIV in prisons. Geneva, WHO, 159 p.
WHO Regional Office for South-East Asia, WHO Regional Office for the Western Pacific, UNODC Regional Centre for East Asia and the Pacific (2009) Guidance on testing and counselling for HIV in settings attended by people who inject drugs: Improving access to treatment, care and prevention, WHO, 91 p.
Wood E., Kerr T., Small W., Li K., Marsh D.C., Montaner J.S.G., Tyndall M.W. (2004) Changes in public order after the opening of a medically supervised safer injecting facility for illicit injection drug users. *Canadian Medical Association Journal*, Vol. 171, n° 7, pp. 731-734.
Wood E., Tyndall M.W., Lai C., Montaner J.S., Kerr T. (2006) Impact of a medically supervised safer injecting facility on drug dealing and other drug-related crime. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, Vol. 1, n° 13.
Wood E., Tyndall M.W., Zhang R., Montaner J.S., Kerr T. (2007) Rate of detoxification service use and its impact among a cohort of supervised injecting facility users. *Addiction*, Vol. 102, n° 6, pp. 916-919.
Zhang L., Yap L., Xun Z., Wu Z., Wilson D.P. (2011) Needle and syringe programs in Yunnan, China yield health and financial return. *BMC Public Health*, Vol. 11, n° 250.

La RdRD est-elle efficace et quelles sont ses limites en matière de drogues illicites ?

Laurent MICHEL
Inserm U 1178
Centre Pierre Nicole, Croix-Rouge française
75005 Paris
France
Laurent.Michel@croix-rouge.fr

La réduction des risques et des dommages pour les usagers de drogues a vu le jour, en France, avec l'épidémie de SIDA à la fin des années 80. Son objectif initial a été de mettre fin aux contaminations par le VIH, entraînant une mortalité catastrophique en l'absence de tout traitement disponible. Il s'agissait également de réduire les overdoses liées à l'héroïne, produit alors prévalant sur le marché des drogues et responsable d'une mortalité croissante. Les overdoses ont culminées en 1993-94 avec environ 450 décès recensés par an (OFDT). Les hépatites non-A non-B, identifiées seulement en 1989 comme étant dues au virus de l'hépatite C, ont également fait l'objet de stratégies de réduction des risques, mais plus tardivement (le kit d'injection n'a été adapté à la prévention du VHC qu'à la toute fin des années 90).

Le décret du 19 avril 2005 (Décret no 2005-347 du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue et complétant le code de la santé publique) précise le champ de la RdR en France :
« Les actions de réduction des risques auprès des personnes qui consomment des stupéfiants ont pour objectifs :

1. De prévenir les infections sévères, aiguës ou chroniques, en particulier celles liées à l'utilisation commune du matériel d'injection
2. De prévenir les intoxications aiguës, notamment les surdoses mortelles résultant de la consommation de stupéfiants ou de leur association avec l'alcool ou des médicaments
3. De prévenir et prendre en charge les troubles psychiatriques aigus associés à ces consommations
4. D'orienter vers les services d'urgence, de soins généraux, de soins spécialisés et vers les services sociaux
5. D'améliorer leur état de santé physique et psychique et leur insertion sociale (logement, accès aux services et aux dispositifs sociaux notamment). »

Dans le « Document d'orientation sur la prévention des risques et la réduction des dommages liés à l'usage de substances psychoactives » du Groupe Pompidou au sein du Conseil de l'Europe (2013), la réduction des risques et des dommages est utilisée comme concept : « *La réduction des risques et des dommages est une expression générique qui désigne les interventions, les programmes et les politiques dont l'objectif est de prévenir, réduire et remédier aux effets néfastes liés à l'usage de drogues et aux comportements addictifs sur les personnes, les communautés et les sociétés aux niveaux sanitaire, social et économique. Dans le domaine des politiques en matière de drogues, les mesures de réduction des risques et des dommages sont largement intégrées dans les propositions de prévention, de traitement et de réhabilitation et s'intègrent dans les politiques de réduction de la demande et de l'offre.* »

La définition proposée par le Groupe Pompidou est donc plus large que celle traditionnellement adoptée en France, c'est à dire de réduction des risques infectieux, reprise par exemple dans l'expertise collective Inserm de 2010 (1) intitulée « Réduction des

risques infectieux chez les usagers de drogues ». Elle aborde l'ensemble des conséquences négatives sur un plan individuel mais aussi collectif, communautaire dans les domaines sanitaires, sociaux, judiciaires, économiques mais aussi sociétaux.

Evaluer l'efficacité de la RdRD est de ce fait complexe. La notion de RdRD étant multi-dimensionnelle, l'appréciation de son efficacité l'est également.
Dans la littérature, l'efficacité des mesures de RdRD est évaluée globalement selon 2 approches :
- Soit partant d'une intervention pour en évaluer l'impact sur des indicateurs sanitaires ou sociaux, cibles de la RdRD : par exemple efficacité des traitements agonistes des opioïdes (TAO, essentiellement méthadone et buprénorphine haut dosage) sur l'incidence du VIH chez les usagers de drogues
- Soit partant d'un indicateur sanitaire ou social, cible de la RdRD, pour en apprécier l'évolution et les facteurs ou interventions associés à cette évolution : par exemple évolution de la prévalence du VHC chez les usagers de drogues et facteurs ou interventions associés à cette évolution

En ce qui concerne les drogues illicites, il faut rappeler que les dommages sanitaires liés à leur usage sont d'un ordre de grandeur bien inférieur à celui lié à l'usage d'alcool ou de tabac (1). Ces dommages surviennent cependant plus tôt, dans une population plus jeune que celle concernée par les dommages liés aux substances licites (1).

Pour les drogues illicites, les principaux dommages sont :

- Les complications infectieuses : bactériennes (endocardites bactériennes et septicémies, arthrites) et virales (Hépatites B et C, VIH) surtout médiées par les pratiques d'injection, mais aussi pour le VHC, les pratiques de sniff et d'inhalation (pipes à crack). La tuberculose, plus fréquente dans la population d'usagers de drogues en particulier atteinte par le VIH, reflète plus les conditions de vie associées à l'usage de drogue, sa transmission n'étant pas liée aux pratiques d'usage de drogue proprement dites
- Les overdoses, essentiellement liées à l'usage d'opiacés seuls ou en association, parfois consécutives à l'usage de cocaïne
- Les complications loco-régionales liées aux pratiques d'injection : abcès, nécroses cutanées, épuisement du capital veineux, hypertension artérielle pulmonaire, lymphoedème (syndrome de popeye)
- Les complications psychiatriques associées à l'usage de drogues : usage de drogues et troubles psychiatriques sont fréquemment associés mais ces liens sont complexes, dynamiques et variables d'un produit à l'autre. La cocaïne est responsable de troubles psychiatriques parfois sévères (2). La consommation régulière de cannabis est également incriminée dans le développement de troubles psychiatriques de type psychotique aigus ou chroniques. Les conséquences psychiatriques de l'usage des nouveaux produits de synthèse sont pour l'instant mal connues mais probablement importantes (3).
- Les complications cardio-vasculaires (cocaïne, cannabis) et d'ordre plus général (cancérogenèse, troubles cutanéo-muqueux, dentaires, troubles de la libido, etc…)
- Les complications sociales : précarité en termes de revenus, droits sociaux, hébergement, insertion socio-professionnelle
- Les conséquences judiciaires : elles sont fréquentes et lorsqu'elles sont associées à une incarcération, participent à la désinsertion de l'usager de drogue. Dans la deuxième vague de l'enquête Coquelicot réalisée en 2011 auprès d'usagers de drogues reçus dans les services spécialisés, 57% avaient déjà été incarcérés à un moment ou à un autre (4).

Les outils de la RdRD

Dans le référentiel national de 2005 des actions de réduction des risques, les modalités suivantes d'intervention sont évoquées :

1. « La prise de contact dans des lieux fréquentés par le public cible ou dans des locaux dédiés :
    a. Des lieux publics fréquentés par les usagers (rue, espaces verts, gares, etc.)
    b. Des événements festifs temporaires
    c. Des lieux commerciaux ou privés dont les établissements de nuit avec l'accord des propriétaires ou gérants
    d. Des ensembles d'habitation en concertation avec les résidents
    e. Des locaux habités par les occupants sans titre
2. L'accueil
3. La distribution et la promotion du matériel d'hygiène et de prévention
    a. dans le cas des drogues illicites : tampons alcoolisés, flacons d'eau stériles, filtres stériles, cupules stériles, seringues, matériel pour fumer ou inhaler la cocaïne, le crack ou l'héroïne, pansements
4. L'information sur les risques associés à l'usage de drogue et leur prévention
5. Les conseils personnalisés sous forme d'entretiens, d'information
6. L'orientation et l'accompagnement vers les services de soins généraux ou spécialisés
7. L'orientation et l'accompagnement vers les services sociaux
8. La mise à disposition d'espaces de repos
9. La distribution de boissons et de nourriture
10. L'offre de services d'hygiène : toilettes, douches, machines à laver, matériel de repassage, etc.
11. L'organisation de l'entraide et du soutien par les pairs
12. L'hébergement d'urgence
13. L'aide à l'accès aux droits
14. La dispensation de soins infirmiers
15. L'éducation pour la santé
16. La mise à disposition de consignes pour les effets personnels pour les personnes sans domicile
17. La récupération du matériel usagé et le traitement des déchets septiques
18. L'installation de distributeurs de matériel de prévention. »

Il est par ailleurs précisé que « L'analyse des produits sur site, permettant uniquement de prédire si la substance recherchée est présente ou non, sans permettre une identification des substances entrant dans la composition des comprimés (notamment réaction colorimétrique de type Marquis), n'est pas autorisée. »

Le « Document d'orientation sur la prévention des risques et la réduction des dommages liés à l'usage de substances psychoactives » du Groupe Pompidou (2013) évoque les interventions suivantes :

« Différentes mesures sont utilisées dans le cadre des programmes existants de réduction des risques et des dommages. Leur disponibilité et leur application dépendent de la législation en vigueur dans chaque pays. Parmi les mesures analysées les plus courantes et les plus largement étudiées figurent les suivantes :

- Programmes d'échange d'aiguilles et de seringues
- Distribution d'équipements d'injection stériles
- Distribution de préservatifs
- Traitements de substitution à bas seuil

En plus des mesures susmentionnées, d'autres mesures, dont l'application est controversée, sont utilisées dans quelques pays, parmi lesquelles :

- Salles de consommation de drogues

- Analyses pharmacologiques de substances psychoactives
- Distribution de pipes à crack stériles
- Distribution de feuilles à rouler
- Mise à disposition de kits de premier secours en cas d'overdose, dont des programmes substitutifs à base de composés apparentés à la naloxone
- Traitement avec prescription médicale d'héroïne

L'annexe I donne un aperçu non exhaustif d'exemples de mesures utilisées actuellement afin de réduire les risques et les dommages pour les drogues licites et illicites. L'existence et l'application de telles mesures dépendent des politiques et de la législation nationales. L'annexe II donne des grandes orientations et des recommandations de mise en oeuvre adoptées par les organisations internationales.
Parmi les mesures et interventions les plus importantes qui doivent être associées à celles qui visent à la réduction des risques et des dommages afin qu'elles produisent pleinement leurs effets figurent les suivantes :

- Accès et mise à disposition de services à bas seuil
- Action sociale sur le terrain et thérapies d'entretiens motivationnels
- Services d'urgence pour faire face aux overdoses
- Services de désintoxication pour les intoxications sévères et chroniques
- Accompagnement approprié sur le plan psychologique, social et sanitaire
- Traitements de substitution à bas seuil
- Services d'orientation
- Soutien des formes d'entraide

Il est important de garantir aux personnes dans le besoin un accès précoce à ces services. »

Quelle évaluation de l'efficacité des mesures de RdRD peut-on réaliser pour le dispositif français mais aussi sur le plan international ?
La question est vaste et complexe. Ce texte ne peut fournir que des éléments d'orientation et ne peut bien sûr pas être exhaustif. Les mesures de RdRD étant multiples et leur évaluation parfois difficile à réaliser, nous avons organisé la rédaction de ce texte en fonction des principales cibles de la RdR recensées dans le document de référence français de 2005 (référentiel de 2005) en tâchant de mettre en perspective une approche plus globale de RdRD.

VIH
C'est sans doute dans le domaine du VIH que les interventions de RdRD ont le plus été évaluées et ont le plus tôt fait la preuve de leur efficacité, leur donnant une légitimité qui va profondément bouleverser le rapport des patients au soin, la relation médecin-malade et la place de l'intervention communautaire. En France, dès les années 2000, les usagers de drogues ne représentent plus que 2% des nouveaux contaminés par le VIH (5). Dans la seconde vague de l'enquête Coquelicot en 2011 (4), 10% des usagers de drogues étaient séropositifs pour le VIH. Cette prévalence est quasi-identique à celle trouvée dans la première enquête Coquelicot de 2004 (10,8%) (6) traduisant un contrôle satisfaisant dans cette population des contaminations par le VIH, la mortalité par SIDA ayant par ailleurs considérablement reculé. La chute spectaculaire de la mortalité des usagers de drogues au milieu des années 90 est lié à l'avènement quasi simultané en France des antirétroviraux dans le traitement du VIH et des Traitements de Substitution aux opiacés (maintenant dénommés traitements agonistes de la dépendance aux opioïdes – TAO). Il existe peu d'études systématiques sur la contamination par le VIH avant les années 90 en France et sur l'influence d'une connaissance progressivement croissante du VIH sur les messages de prévention transmis et leur impact sur les pratiques des usagers de drogues. Il semble cependant que très tôt, dès qu'une information cohérente a pu être diffusée sur les risques associés au partage de seringues, les usagers de drogues aient commencé à modifier leurs pratiques. Rappelons que le premier décès d'un usager de drogues par SIDA est identifié en

France dès 1984. Il faut attendre 1987 pour que Michèle Barzach, Ministre de la Santé de l'époque, autorise la vente de seringues en pharmacie. Entretemps, les modes de contamination ont clairement été identifiés et des premières initiatives militantes permettent la mise à disposition de matériel d'injection stérile pour les usagers. Le partage indiscriminé de seringues se serait réduit dès le début des années 80 et l'absence de partage aurait débuté dès 1985 pour rapidement se diffuser (7, 8). Et de fait, dans le cadre d'une modélisation mathématique réalisée dans différents pays d'Europe, le pic d'incidence du VIH chez les usagers de drogues est situé à 1984 avec dès 1985, une chute spectaculaire de l'incidence dans cette population (9) ce qui n'empêchera malheureusement pas la mortalité par SIDA de s'accroître dramatiquement chez les sujets déjà contaminés jusqu'en 1996, date d'arrivée sur le marché des antirétroviraux. La diffusion d'une information claire, pragmatique et précise, relayée par les associations et les pairs, sur les risques associés aux pratiques d'injection a donc déjà joué un rôle considérable.

L'une des principales mesures associée à la chute des contaminations par le VIH chez les usagers de drogues est la vente libre des seringues et la création des programmes d'échanges de seringues. La mise à disposition de matériel stérile est efficace pour prévenir le VIH (10-12). Cependant cette efficacité est fortement conditionnée par le niveau de couverture des besoins des usagers (13, 14). Celui-ci est très variable d'un pays et d'une région à une autre (15). Abdul-Quader et col. (13) évaluent que les bénéfices en terme de santé publique apparaissent pour une « couverture » d'au moins 50% de la communauté des injecteurs à raison d'au moins 10 seringues par an pour chaque usager. Hyshka et col. (16), pour éviter toute interprétation inappropriée sur la situation à Vancouver, précisent par ailleurs que si dans certaines de leurs études, ce sont les usagers fréquentant les PES qui ont le plus fort risque de séroconversion par le VIH, ce n'est pas lié à la fréquentation proprement dite de ces PES mais parce que ce sont les usagers ayant les profils les plus à risque qui fréquentent les PES. Un autre élément entrant en ligne de compte dans l'efficacité des PES est la qualité du matériel mis à la disposition des usagers. L'utilisation de seringues à faible espace mort pourrait optimiser la prévention de contaminations par le VIH chez les usagers actifs (17, 18) en minimisant, lorsqu'il y a échange de seringues, le risque de contamination en réduisant au maximum le volume de sang persistant dans la seringue.

L'autre mesure majeure de réduction du risque de contamination par le VIH est la mise sur le marché de TAO pour les sujets dépendants aux opiacés (1994 pour la méthadone en CSST et 1995 pour la Buprénorphine Haut Dosage - BHD). Le débat sur les TAO en France a été violent lors de leur mise sur le marché, de nombreux professionnels acceptant mal la position dans laquelle ils estimaient être mis, de « dealers en blouse blanche », craignant devoir oeuvrer pour le contrôle social et mettre de côté l'objectif de « guérison », les TAO masquant toutes les problématiques. La difficulté à faire entrer la notion de RdRD dans les pratiques de soins est perceptible ici. Devant faire l'objet d'une prescription, les TAO deviendront un objet « médical », présenté dans le discours « officiel » mais aussi dans celui des soignants comme des outils de soins, occultant leur fonction de RdRD afin d'éviter tout conflit frontal. Ceci aura des conséquences importantes comme par exemple la réticence des professionnels à assurer la continuité des TAO en prison, les usagers de drogues détenus étant réputés maintenus à distance des substances psychoactives en détention (19, 20). Néanmoins, la position de la France est unique à ce niveau-là car, avec la mise sur le marché de la Buprénorphine Haut Dosage en 1996 et sa prescription en médecine de ville, ce sont les praticiens libéraux qui ont permis une diffusion extrêmement large de ce traitement parmi les usagers de drogues.

Dans la littérature, l'impact des TAO sur la prévention du VIH est significative, réduisant les conduites à risque liées à l'usage de drogues et l'incidence du VIH chez les usagers traités (1, 21). Les TAO sont associés à une réduction de l'usage de drogues illicites et la fréquence de cet usage, une réduction des pratiques d'injection et de leur fréquence, une réduction du partage de matériel d'injection et de manière moins nette, une réduction des pratiques sexuelles à risque (21). Une « revue des revues » récente montre que dans la littérature,

l'efficacité des TAO est avérée en ce qui concerne la réduction des pratiques d'injection à risque et de transmission du VIH (12). Le niveau de couverture par TAO est cependant extrêmement variable d'une région du monde à l'autre, oscillant de 1 bénéficiaire ou moins pour 100 usagers de drogues par voie IV (UDIV) en Asie centrale, Amérique latine et Afrique sub-saharienne à environ 61 bénéficiaires pour 100 UDIV en Europe de l'Ouest (15).
La prévention du VIH est plus complexe en cas d'usage de stimulants (amphétamines, métamphétamines). Chez ces usagers, la réutilisation du matériel d'injection est plus fréquente, les injections se font plus souvent dans la précipitation ou de manière compulsives en cas de « craving » (22, 23). Cependant, le risque accru de contamination par le VIH chez les usagers de stimulants pourrait être plus lié à l'importance des pratiques sexuelles à risque associées qu'à l'usage de drogue proprement dit, ce qui suggère le déploiement de stratégies globales de prévention tenant compte du fait qu'aucun traitement médicamenteux n'a réellement fait preuve de son efficacité chez ces sujets à la différence des TAO chez les usagers d'opiacés (22, 23).
Le traitement large, précoce de l'ensemble des sujets contaminés par le VIH par ARV est une stratégie de prévention également en cours d'implémentation, le coût de ces thérapeutiques s'étant réduit et leur toxicité largement atténuée. Le principe du traitement comme prévention (« TASP: treatment as prevention ») a fait l'objet de différentes modélisations suggérant à terme un effondrement des nouvelles contaminations si le maximum de sujets, et en particulier les population les plus à risques que sont les HSH, UDIV et travailleurs du sexe, sont précocement dépistées et traitées (24). L'objectif de l'ONUSIDA présenté en 2014, d'atteindre à l'horizon 2020 la cible des 90-90-90% va dans ce sens : que 90% des sujets séropositifs connaissent leur statut sérologique, que 90% parmi eux aient accès durable à un traitement ARV et 90% de ces sujets traités aient une charge virale durablement indétectable. L'impact de cette stratégie, d'épuisement de la charge virale communautaire comme arme de prévention, n'a cependant pas encore pu être complètement évaluée en terme d'impact dans les populations cibles comme les UDIV (25). De nombreuses observations « écologiques » dans les pays ayant une couverture large de traitement par ARV confortent cependant l'hypothèse et le modèle (25), et il a pu être estimé que pour chaque augmentation de 1% de la population traitée avec succès (suppression virologique), une baisse identique de 1% du taux d'incidence est observée (26).
La prophylaxie pré-exposition (PREP) vient d'être autorisée en France, permettant pour les sujets s'exposant au risque de contamination par le VIH, essentiellement lors de rapports sexuels non protégés, d'avoir accès gratuitement à un traitement préventif par ARV. Cette stratégie déjà autorisée depuis 2012 aux USA a clairement fait preuve de son efficacité chez les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes (HSH) (27). Les pratiques de SLAM, se définissant par un usage de drogue IV (le plus souvent stimulantes type cathinones) dans un contexte sexuel, non protégé, chez les HSH (28), pourront faire l'objet de stratégies de prévention spécifiques grâce à la PREP, les risques pris le plan sexuel et des pratiques d'injection étant considérables.
Les interventions visant la consommation excessive d'alcool, impliquée dans les pratiques à risques vis-à-vis du VIH, sont également à développer (29).
Les données disponibles sur les femmes usagères de drogues sont limitées bien qu'elles représentent une proportion croissante de l'ensemble des usagers de drogues. Elles sont par ailleurs sous-représentées dans les programmes de RdRD et de soins pour l'usage de drogues et le VIH, mais aussi dans les programmes de recherche (1, 30). Cette faiblesse des connaissances limiterait l'efficacité des stratégies de RdRD les concernant, ferait obstacle au fléchage de budgets ciblant des programmes pour les femmes usagères de drogues, et relèguerait au second plan les obstacles à l'accès aux soins spécifiques aux femmes. Les femmes usagères de drogues présentent, dans les pays dans lesquels la prévalence globale du VIH est supérieure à 20% chez les usagers de drogues, une prévalence du VIH plus élevée que celle des hommes et ont en général à faire face à des obstacles individuels (violences subies, troubles psychiatriques), sociaux (stigmatisation en

particulier, dépendance au partenaire injecteur) et structurels qui accroissent leur vulnérabilité vis-à-vis du VIH mais aussi du VHC et des infections sexuellement transmissibles (31). Les interventions de RdRD à destination des femmes usagères de drogues sont donc insuffisantes et ne prennent pas suffisamment en compte leurs besoins spécifiques (32). Un programme spécifique de développement de la prévention a été proposé par El-Bassel (30). Des interventions associées à la période de grossesse devraient également être développées (1).
Il reste aussi des environnements échappant à la prévention. C'est le cas de la prison. L'incarcération est associée au risque de séroconversion pour le VIH, l'usage de drogue s'y maintien et les pratiques à risques persistent (33-35) dans un environnement où les mesures de RdR déployées dans la communauté sont ne sont que peu ou pas disponibles (36). Les TAO ont fait la preuve de leur efficacité dans la réduction des pratiques à risques vis-à-vis du VIH en prison et à la sortie de prison (37). L'Organisation Mondiale de la Santé a par ailleurs publié une série de documents faisant le point sur les interventions ayant démontré leur efficacité pour la prévention du VIH en prison (38-42). Les principales mesures recommandées sont la mise à disposition de préservatifs, l'accès aux TAO pour tous les usagers en présentant l'indication et la mise à disposition de matériel d'injection stérile (1). Par ailleurs, en 2012, l'ONUDC a publié un document précisant les 15 interventions clés dans la prévention du VIH en détention (43). Plus que la mise en œuvre d'interventions en prison sur un principe d'équivalence avec le milieu libre, c'est le déploiement d'une stratégie globale de santé publique intégrant la RdRD comme une de ces composantes qui apparaît nécessaire.
Enfin, et c'est sans doute le point essentiel, la littérature insiste de plus en plus sur la nécessaire combinaison des interventions dans une perspective globale de développement de la RdRD et d'optimisation de son efficacité. Cette combinaison ne se réduit pas à la conjugaison de mesures de RdRD mais souligne l'importance d'une approche globale des besoins des usagers, selon leurs caractéristiques et leur environnement. Elle associe aux mesures de prévention et de RdRD des mesures de soins au sens large (associant aux soins addictologiques les soins somatiques et psychiatriques), un accompagnement social mais aussi des préconisations portant sur des facteurs structurels qui apparaissent de plus en plus comme centraux et capables d'influencer l'épidémie de VIH, comme le recours à l'incarcération des usagers de drogues, le non respect des droits de l'Homme vis-à-vis de cette population ou la faible mobilisation des gouvernements, voir leur « l'addictophobie » (44-47).
A minima, la prévention du VIH suppose la combinaison des TAO avec les PES, un accès aisé aux ARV et un dépistage avec information/conseil aux usagers (15, 46, 48). Il existe encore une grande hétérogénéité dans la mise en œuvre de ces mesures au plan mondial et en particulier dans les pays à faibles ressources, mais aussi dans des pays à hauts revenus comme les USA (échange de seringue très inégalement accessible voir interdits, TAO le plus souvent absents en prison). Les stratégies de RdRD doivent de plus pouvoir prendre en compte les besoins spécifiques de certaines populations cibles (travailleuses du sexe, hommes qui ont des relations sexuelles avec les hommes, migrants…).
En France, le modèle de RdRD adopté peut être qualifié de « faible » : l'usage de drogues reste confronté à une criminalisation importante, la prise en compte des facteurs structurels pouvant influer sur le risque infectieux est faible, la RdRD est fortement médicalisée avec persistance d'un clivage RdRD et soins addictologiques (49, 50). En témoignent l'importance de la place des TAO dans la politique de RdRD en France, la violence du débat sur la mise en place des salles de consommation surpervisée ou sur la mise en place d'une politique de RdRD en prison. Si la prévention du VIH chez les usagers de drogues en France est un succès, c'est sans doute car parmi les interventions clés, l'accès aux TAO et aux ARV sont justement d'ordre médical et que l'accès au dépistage a été facilité. La difficulté à promouvoir des stratégies confrontant la législation anti-drogues à ses paradoxes (mise en œuvre des salles de consommation supervisée alors que l'usage est pénalisé ou développement de la

RdRD en prison) souligne l'absence de réelle intégration de la politique de RdRD en France et la persistance d'un prima « politique » pour ces questions.

VHC

Les limites de l'efficacité de la RdRD sur la prévention de la contamination par le VHC chez les usagers de drogues en France montre plus clairement encore l'importance de la combinaison des interventions, d'un modèle fort de RdRD, et le poids des facteurs structurels, en particulier de la criminalisation de l'usage. La prévalence du VHC reste élevée chez les UD en France, passant seulement de 60% en 2004 à 44% en 2011. La prévalence du VIH reste elle stable à 10% (4, 51). Un effet de saturation initial des prévalences peut être évoqué, expliquant la lenteur avec laquelle les variations à la baisse pour la prévalence du VHC s'observe (52). Cependant, une autre explication peut être invoquée, liée à la contagiosité supérieure du VHC et aux limites du dispositif de RdRD. Le partage de pipe à crack (1, 6), le sniff (53) et le partage du matériel d'injection autre que les seringues et aiguilles (54) sont contaminants. Les interventions efficaces pour prévenir le VIH le sont moins pour prévenir le VHC, en particulier les PES (10, 12, 14, 55). Les TAO présentent cependant une efficacité sur la prévention du VHC (56, 57). Plus encore que pour le VIH, la combinaison des interventions paraît indispensable pour prévenir la contamination par le VHC chez les UD. C'est dans la cohorte d'Amsterdam (58) que l'efficacité de la combinaison d'un accès large au matériel d'injection stérile avec la dispensation d'un TAO à dose suffisante (dose > à 60 mg/j) a été initialement démontrée pour réduire l'incidence du VHC chez les UD. Ces résultats ont depuis été répliqués (52, 59). La méta-analyse de Hagan en 2011 (60) confirme ce constat chez les UD injecteurs mais celle de MacArthur (12) insiste sur la faiblesse de l'évidence scientifique concernant les stratégies visant la prévention de la contamination par le VHC et l'importance de mieux identifier les niveaux requis de couverture des différentes interventions, les combinaisons optimales d'interventions en fonction des environnements cibles. Préciser les combinaisons d'interventions et leur niveau de déploiement nécessaires en fonction des sous-groupes cibles d 'usagers de drogues devrait donc être une priorité scientifique (12, 60, 61). L'efficacité de la combinaison TAO et PES est avérée mais nécessite un effort soutenu de déploiement de ces mesures pour un bénéfice lent et probablement modeste en terme de prévalence du VHC, de l'ordre d'une baisse d'un tiers de la prévalence totale sur une période de 10 ans avec des taux de couverture d'au moins 60% pour les 2 interventions (52). Dans les environnements bénéficiant d'un niveau de déploiement déjà élevé de TAO et PES, d'autres mesures doivent être associées afin de permettre une baisse de la prévalence du VHC chez les UD. Dans ceux pour lesquels le niveau de déploiement est faible, l'effort doit porter sur la montée en puissance du déploiement de ces mesures (52). Les interventions visant la réduction de l'incidence VHC et pour lesquelles une efficacité à pu être établie sont entre autres et en dehors d'une amélioration de l'accès aux PES et matériel d'injection stérile (13, 14), le dépistage ciblé pour la prévention de la morbidité hépatique liée au VHC (62), la prévention du passage à l'injection chez les UD (63, 64). Le recours au traitement du VHC comme mesure de prévention en combinaison d'autres interventions a également l'objet de modélisations, là encore tenant compte du fait que le VHC est une maladie curable (65) et que sont apparus sur le marché des thérapeutiques extrêmement efficaces et responsables de moins d'effets secondaires que la combinaison classique interféron pégylé et ribavirine (66). Les limites sont bien évidemment le coût de ces molécules et le risque de réinfection chez les UD injecteurs actifs, bien que ce risque paraisse acceptable (67). Le traitement comme prévention permettrait dans ces modèles, en combinaison avec les autres mesures, de réduire beaucoup plus significativement la prévalence du VHC chez les UD. Cousien et coll. (68), dans une revue des publications portant sur la modélisation de la transmission du VHC parmi les UD, soulignent des éléments apparaissant comme récurrents : les effets à long terme des stratégies de RdRD et du traitement VHC sur la prévalence du VHC, l'intérêt de cibler spécifiquement les populations les plus à risque (injecteurs récents, UD injecteurs

actifs ou non traités par TAO) et l'importance d'intervenir précocement (au début du parcours d'injection pour les mesures de RdRD, au début de l'évolution de l'hépatite chronique pour C le traitement anti-VHC).

MORTALITE

Mathers et Coll. (69), dans une revue des études portant sur la mortalité des UD par voie intraveineuse, situaient l'indice comparatif de mortalité (SMR) dans cette population à 14,68 (95%CI:13.01–16,35), 14,68 fois plus de décès étant observés qu'attendus comparativement à la population générale de même classe d'âge, les opioïdes étant principalement incriminés puis les stimulants. Les deux principales causes de mortalité sont le VIH et les overdoses. Chez les sujets consommateurs réguliers ou dépendants aux opioïdes, les overdoses représentent la première cause de mortalité, survenant beaucoup plus souvent en dehors des périodes de traitement (70). Mathers et Coll. (69) estiment que le risque d'overdose est 2,5 fois plus élevé en dehors des périodes de traitement par TAO. Nous avons déjà détaillé l'efficacité des mesures de RdRD en terme de prévention du VIH et les antirétroviraux, ayant stoppé dès 1996 l'hécatombe (71) permettent à l'espérance de vie des sujets VIH de se rapprocher progressivement de celle de la population générale, lorsqu'ils sont traités de manière précoce, efficace et prolongée avec un taux de CD4 maintenu (72). Les TAO ont également eu un impact considérable sur la réduction de la mortalité en général (73) et par overdose en particulier (74), notamment en France où la mise sur le marché dès 1995 de la méthadone, puis surtout de la buprénorphine haut dosage à large échelle, ont permis une réduction spectaculaire de la mortalité par overdose (75). Cependant, les données du dispositif DRAMES de l'ANSM, montrent, malgré leurs limites, une croissance à nouveau progressive des overdoses avec une place importante des opioïdes : parmi les 310 décès directement imputables à la prise de substances recensés en 2012, 234 (75%) étaient directement attribuables à des opioïdes dont 187 (80%) à des TAO, majoritairement la méthadone 140 (60%). L'héroïne, en baisse constante, ne représente plus que 15% (47 cas) des overdoses recensées (Données ANSM).

La naloxone, antagoniste des récepteurs opiacés, représente le traitement médical des overdoses par opioïdes. Elle est également préconisée depuis peu par l'Organisation Mondiale de la Santé comme outil de prévention au sein de la communauté (76). L'objectif est de permettre à l'entourage d'usagers de drogues, famille d'usagers ou pairs, d'intervenir directement après formation minimale, s'ils sont témoins d'une surdose, son efficacité dans le traitement de l'overdose étant avérée et les risques associés, mineurs au regard du péril vital que représente l'overdose. Il est à noter que le nombre croissant d'overdoses aux opioïdes relevé par l'OMS (69 000 annuellement au plan mondial) est en partie lié au développement de traitements de la douleurs, en particulier aux USA, pays dans lequel on enregistre en 2010 16 000 décès par overdose d'opioïdes antalgiques, soit 23% de l'ensemble des overdoses enregistrées au plan mondial (selon le Center for Disease Control and Prevention, 47 055 personnes seraient décédées d'overdose – dans 6 cas sur 10 impliquant la responsabilité d'opioïdes - aux USA en 2014 avec une progression de 14% comparativement à 2013). Si l'efficacité de la naloxone dans le traitement de l'overdose est indéniable, la preuve scientifique de son efficacité comme outil de réduction des risques à plus grande échelle dans la communauté est faible (2). L'ampleur du problème a cependant conduit les instances sanitaires internationales à formuler des recommandations claires dans le sens d'un usage large dans la communauté (76), sans doute à cause de la croissance progressive des prescriptions opioïdes antalgiques. Comme outil de RdRD, la diffusion de naloxone est prévue en association à une formation des pairs, de l'entourage, l'intervention ne se limitant pas à la seule mise à disposition de la molécule. La pertinence de l'utilisation de naloxone dans la communauté ne fait plus l'objet de réelle controverse. Par contre, des modalités adaptées de mise en œuvre ainsi que de solides études scientifiques sont nécessaires (77). Le milieu carcéral fait l'objet d'une attention particulière, de nombreux usagers suspendant leur consommation d'opioïdes et s'exposent à un risque majeur

d'overdose à la sortie de prison. L'usage de substance est fortement associé à la mortalité à la sortie de prison (78, 79) justifiant le développement de programmes de prévention reposant sur les TAO (45, 80) et la naloxone pour réduire la mortalité en détention et à la sortie de prison. Si l'efficacité des TAO est bien établie dans cet objectif, une vaste étude est en cours pour mesurer les bénéfices apportés par la distribution large de naloxone aux usagers de drogues sortant de prison (81).
La naltrexone, en particulier par voie sous-cutanée (implants), comme outil thérapeutique ou de RdRD, fait l'objet pour l'instant de réserves en l'attente d'études scientifiques supplémentaires démontrant son innocuité et son efficacité dans la prévention de la rechute mais aussi de la mortalité (82, 83).

CRIMINALITE
Les liens entre usage de drogues et criminalité sont complexes (84). En termes de criminalité, les TAO ont fait très tôt preuve de leur efficacité (1, 85-88). La réduction de la criminalité associée à l'usage de drogues serait plus importante pour les prises en charge résidentielles, les traitements ambulatoires associant la méthadone que pour les prises non-médicamenteuses ambulatoires (89, 90). La revue Cochrane de 2009 portant sur la méthadone ne retrouve cependant pas de supériorité de la méthadone en terme de réduction de la criminalité sur les autres interventions non-médicamenteuses, mais la méta-analyse ne porte que sur 3 études pour cette variable (91). Le niveau de preuve de l'efficacité des TAO sur la criminalité est donc moins élevé que celui ayant trait à leur capacité à maintenir en traitement ou réduire l'usage d'opioïdes (92). Il semble cependant de bon sens de penser que toute intervention en mesure de réduire l'usage de drogues illicites et ses avatars va avoir un impact positif sur la criminalité (90). De même, l'OEDT (93) a montré que les interventions de RdRD telles que salles de consommation supervisées, PES, programmes d'héroïne médicalisée et travail de rue, entre autres, réduisent significativement les nuisances sociales associées à l'usage de drogues.

TROUBLES PSYCHIATRIQUES
La présence de troubles psychiatriques, fréquente chez les usagers de drogues (94-96) aggrave le pronostic lié à l'usage de drogues (97-102). Les combinaisons les plus fréquentes de consommation de substance et de troubles psychiatriques retrouvées dans la littérature en Europe sont pour l'usage d'opioïdes, les troubles comportementaux et de la personnalité, pour les usagers d'amphétamines, les troubles psychotiques, pour les usagers de cannabis, le trouble schizophrénique et pour l'usage d'alcool, les troubles dépressifs ou anxieux (103). La coexistence de troubles psychiatriques avec l'usage de drogues accroit le risque de séroconversion pour le VHC, les pratiques de ces patients étant sans doute plus à risques (1). La dépression a par ailleurs déjà été identifiée comme un facteur associé au partage de seringues (104), aux overdoses non-fatales (105) ainsi qu'à l'injection de drogues au cours du mois écoulé ou un soutien social limité (106). Par ailleurs chez les sujets VIH traités, l'observance au traitement VIH est moins bonne (107). Il existe donc de nombreux arguments suggérant l'importance de prendre en compte les troubles psychiatriques dans la démarche de RdRD. Malheureusement, la littérature à ce sujets est limitée probablement du fait même de la complexité des liens addiction et troubles psychiatriques, et de la difficulté à les évaluer de manière satisfaisante, mais aussi de la complexité de mise en œuvre de structures dites « intégrées » prenant en charge simultanément troubles psychiatriques et addictifs. Les TAO ont un effet positif sur les troubles psychiatriques, en particulier la dépression (108, 109). L'existence de comorbidités psychiatriques pourrait être un critère d'orientation vers un service d'héroïne médicalisée plutôt que vers un programme méthadone classique (110). De même, les sujets présentant une addiction sévère à l'injection d'héroïne pourraient plus bénéficier d'un dispositif d'héroïne médicalisée que d'un programme méthadone en termes d'amélioration de la santé physique et mentale (111). Chez les sujets usagers de drogues présentant un trouble psychiatrique, le dispositif « un toit

d'abord » n'aurait par contre pas plus d'impact sur l'usage de substances qu'une prise en charge classique à 12 et 24 mois (112).
L'enjeu des comorbidités psychiatriques est donc important : repérer et traiter de manière adaptée les troubles psychiatriques constitue en soi une stratégie de RdRD. Le dépistage systématique des troubles psychiatriques chez les usagers de drogues est essentiel et doit reposer sur des outils simples intégrés dans la routine clinique (2). Une prise en charge adaptée par des services spécialisés devrait pouvoir être proposée mais il existe très peu d'Etats Européens mettant à disposition des structures intégrées (2). De même, les stratégies de RdRD devraient être intégrées dans les pratiques de soins visant les populations présentant des troubles psychiatriques.

ALCOOL
La consommation d'alcool est aussi fréquente chez les usagers de drogues illicites traités et non traités (113) et constitue un facteur aggravant la prise de risques chez les usagers de drogues illicites et les sujets infecté par le VIH (114-116), aggravant le pronostic de l'infections chroniques et réduisant l'efficacité des thérapeutiques chez les sujets traités pour le VIH (117-119) et le VHC (120, 121). C'est également un facteur associé au risque d'overdose chez les usagers de drogues (122-124). La réduction des risques chez les usagers de drogues illicites devrait associer le repérage et la prise en charge des conduites d'alcoolisation excessives. La littérature montre par exemple que lorsque les sujets en cours de traitement VHC sont accompagnés vis-à-vis de leur consommation d'alcool en permettant le maintien d'une bonne observance (125, 126), le niveau de réponse au traitement (réponse virale soutenue) est comparable à celui de la population générale. Il est fortement recommandé, chez les sujets dépendants aux opiacés de favoriser le repérage d'une consommation excessive d'alcool et de la prendre en charge (113, 127). Il existe très peu de données sur l'efficacité des interventions non médicamenteuses permettant de réduire la consommation d'alcool chez les sujets usagers de drogues illicites et celles-ci sont peu conclusives (128).

INTERVENTIONS SPECIFIQUES
Les salles de consommation supervisée ont fait preuve de leur efficacité dans leur capacité à attirer les usagers injecteurs les plus marginalisés, promouvoir des pratiques d'injection à moindre risque, faciliter un accès aux soins de santé primaire et réduire les overdoses, ceci sans les nuisances redoutées pour le voisinages ou la société (129). D'autres dispositifs comme le dispositif ANRS-AERLI ont également montré leur capacité à réduire les pratiques à risque vis-à-vis de VIH et du VHC chez les usagers injecteurs (130).
Chez les patients en échec avec les autres modalités de traitement, les programmes d'héroïne médicalisée se sont montrés efficaces pour favoriser le maintien en traitement, limiter l'usage de drogues de rue et l'activité criminelle, et probablement aussi la mortalité (131, 132).
Les données concernant l'usage de sulfates de morphines comme TAO sont considérées comme insuffisantes (faible nombre d'études contrôlées) pour permettre de conclure à leur efficacité (133). Ils constituent cependant une alternative réelle pour des patients en échec avec les autres thérapeutiques notamment pour les formes orales (forme 24h), largement utilisées en Autriche, Suisse, Slovénie et bientôt Angleterre. Il est probable que les critères classiques « d'efficacité » ne soient pas toujours adaptés à ce type de thérapeutique et aux populations étudiées, et ne prennent pas assez en compte des bénéfices comme la qualité de vie des usagers ou leur appréciation du traitement. Il est dommage que l'expérience française en ce domaine n'ai fait l'objet d'aucune évaluation, les sulfates de morphines étant utilisés régulièrement par plusieurs milliers de patients depuis au moins 1995, date de la note dite « Girard » autorisant le maintien de sa prescription en cas de « nécessité thérapeutique » comme TAO. Une réactualisation de son cadre d'utilisation paraît indispensable et urgente pour éviter la mise en grande difficulté d'un nombre considérable

de patients régulièrement traités.
Des outils de prévention ont été mis en place France pour prévenir les risques infectieux chez les utilisateurs de crack, cocaïne basée depuis quelques années. Il existe à l'heure actuel peu d'études d'impact de ces mesures. Celles disponibles sont en faveur de leur efficacité (23, 134, 135).
Les interventions visant à prévenir le passage à l'injection chez les usagers de drogues ou visant à faire cesser les pratiques d'injection chez les sujets déjà injecteurs pourraient avoir une efficacité sur la prévention du VHC mais nécessitent le plus souvent la combinaison de plusieurs interventions (1, 64). Aucune évaluation d'un tel type de dispositif n'existe pour l'instant en France.

Discussion et Conclusion

Ce qui transparaît de cette revue limitée de la littérature sur l'efficacité des mesures de RdRD, se référant essentiellement aux objectifs fixés par le référentiel de RdR français de 2005, est que en matière de VIH, les mesures mises en œuvres dans le monde et en France sont efficaces et permettent de contrôler le risque infectieux pour le VIH associé aux pratiques des usagers de drogues. Cependant, la littérature, particulièrement abondante pour cet aspect de la RdRD, montre clairement que si l'on souhaite toucher les populations les plus vulnérables ou les plus à risques, la combinaison adaptée de différentes interventions, avec des taux de couvertures suffisants, est nécessaire. Il est probable qu'une intervention comme la prophylaxie pré-exposition, récemment adoptée en France, réponde à cette nécessité, de même par exemple que la mise à disposition de seringues à faible espace mort. Par contre, la population des femmes usagères de drogues, les usagers récents de drogues ou injecteurs de stimulants, probablement également les migrants, ne bénéficient pas encore de dispositifs suffisamment ciblés et adaptés. L'adoption récente de la « Loi de Santé » va permettre de donner par contre un cadre légal à la mise en œuvre des salles de consommation supervisée et au respect d'un principe d'équivalence pour la RdR en prison avec le milieu libre.
En ce qui concerne le VHC, le dispositif de RdRD actuel trouve plus clairement ses limites en France mais aussi dans d'autres pays. Plus encore que pour le VIH, si des interventions isolées peuvent avoir une efficacité ici partielle, extrêmement dépendante du niveau de couverture proposé, c'est bien plus la combinaison à large échelle des interventions qui est efficiente, avec également la nécessité pour les populations les plus vulnérables, d'évaluer leurs besoins spécifiques et d'adapter le dispositif en conséquence. Ce niveau de mise en oeuvre des mesures RdRD nécessite une politique nationale de RdRD « forte », capable de dépasser les obstacles structurels et socio-politiques et d'investir à long terme pour un bénéfice de santé publique plus long à obtenir. La diversification des outils et des filières permettant d'accéder aux outils de RdRD mais aussi aux soins est indispensable, qu'il s'agisse par exemple de favoriser l'accès au TAO (primo-prescription de méthadone en médecine de ville), élargir la palette des outils thérapeutiques (TAO injectables, héroïne médicalisée, sulfates de morphine) ou de développer des dispositifs spécifiques ciblant les populations les plus à risque (salle de consommation supervisée, dispositif ANRS-AERLI, prison…) ou à des outils optimisés (seringues sans espace mort, nouveau kit expert….). La répétition du dépistage chez les injecteurs (notamment par tests rapides d'orientation diagnostique) et une évaluation suivie des conséquences de l'hépatite C avec des dispositifs légers comme le fibroscan dans les structures spécialisées en addictologie permettent des actions de prévention adaptées dans les structures d'addictologie et investies par les patients même s'il n'existe pas actuellement d'évaluation de ces dispositifs en France. Le traitement comme outils de prévention est également une voie très probablement coût efficace mais nécessitant un investissement initial fort et la combinaison à d'autres interventions (136-140).

Globalement, les TAO, PES et ARV ont prouvé leur efficacité pour réduire la dépendance aux drogues, le partage de matériel d'injection, améliorer la qualité de vie des usagers et prévenir les infections par le VIH (1, 141). Ces interventions sont largement coût-efficaces, tout particulièrement les antirétroviraux, suivis des TAOs et des PES, mais nécessitent d'être combinées avec un niveau de couverture suffisant (1, 141). Les salles de consommation supervisée ainsi que les programmes d'héroïne médicalisée sont également coût-efficaces (132, 142). Si les programmes reposant sur les sulfates de morphine comme TAO n'ont pas encore démontré pleinement leur efficacité ou coût-efficacité, il paraît cependant peu cohérent avec les conclusions de la littérature internationale en matière de RdRD de mettre fin en France à la possibilité d'avoir recours à une option thérapeutique par la morphine pour des patients en échec avec les TAO classiques. Un ajustement du cadre légal de prescription de ces traitements est donc rapidement nécessaire.
Dépister et prendre en charge les troubles psychiatriques associés aux conduites addictives ou la consommation excessive d'alcool chez les usagers de drogues représentent également des interventions de RdRD, complexes à mettre en œuvre et à évaluer mais indispensables. Dans une approche plus globale de RdRD, les mesures de RdRD favorisent également une réduction de la criminalité liée à l'usage de drogue même si la littérature est moins fournie à ce sujet. Mais il est probable que l'une des plus puissante mesure de réduction des risques chez les usagers de drogues illicites soit finalement la fin de la criminalisation de l'usage, responsable d'une grande partie des difficultés que rencontrent les usagers de drogues à se protéger des risques infectieux, accéder aux soins et se réinsérer quand ils sont prêts à le faire (143).

Les principales mesures recensées par la littérature internationale comme efficace dans la RdRD sont disponibles en France (TAO, ARV, PES) avec un niveau de couverture sans doute supérieur à de nombreux pays, en particulier en voie de développement. Les bénéfices en termes de prévalence du VHC sont cependant limités, probablement parce qu'ils sont longs à être perceptibles mais aussi sans doute parce que certaines pratiques ou populations cibles ne sont pas encore suffisamment touchées par les mesures de RdRD. La multiplication des dispositifs et voies d'accès aux mesures de prévention et de soins ainsi que la levée d'obstacles structurels, soutenue par une politique de RdRD dite « forte », sont sans doute encore nécessaires en France pour optimiser l'efficacité de la RdRD.

Références

1. Inserm. Réduction des risques chez les usagers de drogues. *Expertise collective Inserm*, Inserm, 2010.
2. EMCDDA. Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe. *Insights*, 2015.
3. Chavant F, Boucher A, Le Boisselier R, Deheul S and Debruyne D. New synthetic drugs in addictovigilance. Therapie. 2015; 70:167-89.
4. Jauffret-Roustide M, Pillonel J, Weill-Barillet L, et al. Estimation of HIV and Hepatitis C prevalence among drug users in France - First results from the ANRS-Coquelicot 2011 survey. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2013; 39-40:504-9.
5. Yeni P. Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Paris, Ministère de la Santé et des Solidarités, 2006.
6. Jauffret-Roustide M, Le Strat Y, Couturier E, et al. A national cross-sectional study among drug-users in France: Epidemiology of HCV and highlight on practical and statistical aspects of the design. BMC Infect Dis. 2009; 9:113.
7. Chossegros P. [Management of drug addiction in France (a short history)]. Gastroenterol Clin Biol. 2007; 31:4S44-50.
8. Ingold FR and Ingold S. The effects of the liberalization of syringe sales on the behaviour of intravenous drug users in France. Bull Narc. 1989; 41:67-81.

9. Downs AM, Heisterkamp SH, Brunet JB and Hamers FF. Reconstruction and prediction of the HIV/AIDS epidemic among adults in the European Union and in the low prevalence countries of central and eastern Europe. Aids. 1997; 11:649-62.
10. Palmateer N, Kimber J, Hickman M, Hutchinson S, Rhodes T and Goldberg D. Evidence for the effectiveness of sterile injecting equipment provision in preventing hepatitis C and human immunodeficiency virus transmission among injecting drug users: a review of reviews. Addiction. 2010; 105:844-59.
11. Aspinall EJ, Nambiar D, Goldberg DJ, et al. Are needle and syringe programmes associated with a reduction in HIV transmission among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis. Int J Epidemiol. 2014; 43:235-48.
12. MacArthur GJ, van Velzen E, Palmateer N, et al. Interventions to prevent HIV and Hepatitis C in people who inject drugs: a review of reviews to assess evidence of effectiveness. Int J Drug Policy. 2014; 25:34-52.
13. Abdul-Quader AS, Feelemyer J, Modi S, et al. Effectiveness of structural-level needle/syringe programs to reduce HCV and HIV infection among people who inject drugs: a systematic review. AIDS Behav. 2013; 17:2878-92.
14. Des Jarlais DC, Feelemyer JP, Modi SN, Abdul-Quader A and Hagan H. High coverage needle/syringe programs for people who inject drugs in low and middle income countries: a systematic review. BMC Public Health. 2013; 13:53.
15. Mathers BM, Degenhardt L, Ali H, et al. HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage. Lancet. 2010; 375:1014-28.
16. Hyshka E, Strathdee S, Wood E and Kerr T. Needle exchange and the HIV epidemic in Vancouver: lessons learned from 15 years of research. Int J Drug Policy. 2012; 23:261-70.
17. Zule WA, Cross HE, Stover J and Pretorius C. Are major reductions in new HIV infections possible with people who inject drugs? The case for low dead-space syringes in highly affected countries. Int J Drug Policy. 2013; 24:1-7.
18. Vickerman P, Martin NK and Hickman M. Could low dead-space syringes really reduce HIV transmission to low levels? Int J Drug Policy. 2013; 24:8-14.
19. Michel L, Jauffret-Roustide M, Blanche J, et al. Limited access to HIV prevention in French prisons (ANRS PRI2DE): implications for public health and drug policy. BMC Public Health. 2011; 11:400.
20. Michel L, Carrieri MP and Wodak A. Harm reduction and equity of access to care for French prisoners: a review. Harm Reduct J. 2008; 5:17.
21. Gowing L, Farrell MF, Bornemann R, Sullivan LE and Ali R. Oral substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. Cochrane Database Syst Rev. 2011:CD004145.
22. Degenhardt L, Mathers B, Guarinieri M, et al. Meth/amphetamine use and associated HIV: Implications for global policy and public health. Int J Drug Policy. 2010; 21:347-58.
23. Grund PC, P. Jauffret-Roustide, M. Dijkstra, M. de Bruin, D. Blanken, P. The fast and furious — cocaine, amphetamines and harm reduction [Part II, Chapter 7]. In: EMCDDA, ed. *Harm reduction : evidence, impacts and challenges* Vol EMCDDA Monographs ; 10. Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2010: 191-232.
24. Hull M, Lange J and Montaner JS. Treatment as prevention--where next? Curr HIV/AIDS Rep. 2014; 11:496-504.
25. Ogbuagu O and Bruce RD. Reaching the unreached: treatment as prevention as a workable strategy to mitigate HIV and its consequences in high-risk groups. Curr HIV/AIDS Rep. 2014; 11:505-12.
26. Montaner JS, Lima VD, Harrigan PR, et al. Expansion of HAART coverage is associated with sustained decreases in HIV/AIDS morbidity, mortality and HIV transmission: the "HIV Treatment as Prevention" experience in a Canadian setting. PLoS One. 2014; 9:e87872.
27. Molina JM, Capitant C, Spire B, et al. On-Demand Preexposure Prophylaxis in Men at

High Risk for HIV-1 Infection. N Engl J Med. 2015; 373:2237-46.
28. Aides. SLAM - première enquête qualitative en France. 2013.
29. Carrieri MP, Spire B, Lert F and Michel L. Time to combine intervention with prevention in countries where HIV is also driven by hazardous drinking: The journal publishes both invited and unsolicited letters. Addiction. 2013; 108:221-2.
30. El-Bassel N and Strathdee SA. Women Who Use or Inject Drugs: An Action Agenda for Women-Specific, Multilevel, and Combination HIV Prevention and Research. J Acquir Immune Defic Syndr. 2015; 69 Suppl 2:S182-90.
31. El-Bassel N, Wechsberg WM and Shaw SA. Dual HIV risk and vulnerabilities among women who use or inject drugs: no single prevention strategy is the answer. Curr Opin HIV AIDS. 2012; 7:326-31.
32. Iversen J, Page K, Madden A and Maher L. HIV, HCV, and Health-Related Harms Among Women Who Inject Drugs: Implications for Prevention and Treatment. J Acquir Immune Defic Syndr. 2015; 69 Suppl 2:S176-81.
33. Milloy MJ, Kerr T, Salters K, et al. Incarceration is associated with used syringe lending among active injection drug users with detectable plasma HIV-1 RNA: a longitudinal analysis. BMC Infect Dis. 2013; 13:565.
34. Werb D, Kerr T, Small W, Li K, Montaner J and Wood E. HIV risks associated with incarceration among injection drug users: implications for prison-based public health strategies. J Public Health (Oxf). 2008; 30:126-32.
35. Jurgens R, Nowak M and Day M. HIV and incarceration: prisons and detention. Journal of the International AIDS Society. 2011; 14:26.
36. Michel L, Lions C, Van Malderen S, et al. Insufficient access to harm reduction measures in prisons in 5 countries (PRIDE Europe): a shared European public health concern. BMC Public Heath. 2015.
37. Larney S. Does opioid substitution treatment in prisons reduce injecting-related HIV risk behaviours? A systematic review. Addiction. 2010; 105:216-23.
38. WHO. Needle and syringe programmes and decontaminations strategies. *Evidence for Action Technical Papers*, WHO - UNAIDS - UNODC, 2007.
39. WHO. Effectiveness of interventions to address HIV in prisons. *Evidence for action technical papers*. Geneva, WHO-UNODC-UNAIDS, 2007.
40. WHO. Prevention of sexual transmission. *Evidence for action technical papers*. Geneva, WHO-UNODC-UNAIDS, 2007.
41. WHO. HIV care, treatment and support. *Evidence for action technical papers*. Geneva, WHO-UNODC-UNAIDS, 2007.
42. WHO. Drug dependence treatments. *Evidence for action technical papers*. Geneva, WHO-UNODC-UNAIDS, 2007.
43. UNODC. HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions. *Policy Brief*. Vienna, Austria, UNODC, 2012.
44. Beyrer C, Malinowska-Sempruch K, Kamarulzaman A, Kazatchkine M, Sidibe M and Strathdee SA. Time to act: a call for comprehensive responses to HIV in people who use drugs. Lancet. 2010; 376:551-63.
45. Degenhardt L, Larney S, Kimber J, et al. The impact of opioid substitution therapy on mortality post-release from prison: retrospective data linkage study. Addiction. 2014; 109:1306-17.
46. Strathdee SA, Shoptaw S, Dyer TP, Quan VM, Aramrattana A and Substance Use Scientific Committee of the HIVPTN. Towards combination HIV prevention for injection drug users: addressing addictophobia, apathy and inattention. Curr Opin HIV AIDS. 2012; 7:320-5.
47. Wolfe D and Cohen J. Human rights and HIV prevention, treatment, and care for people who inject drugs: key principles and research needs. J Acquir Immune Defic Syndr. 2010; 55 Suppl 1:S56-62.
48. Dutta A, Wirtz AL, Baral S, Beyrer C and Cleghorn FR. Key harm reduction

interventions and their impact on the reduction of risky behavior and HIV incidence among people who inject drugs in low-income and middle-income countries. Curr Opin HIV AIDS. 2012; 7:362-8.
49. Jauffret Roustide M. Les salles de consommation à moindre risque
De l'épidémiologie à la politique. *laviedesideesfr*, 2015.
50. Jauffret-Roustide M, Pedrono G and Beltzer N. Supervised consumption rooms: the French Paradox. Int J Drug Policy. 2013; 24:628-30.
51. Jauffret-Roustide M, Couturier E, Le Strat Y, et al. Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2006; 33:244-7.
52. Vickerman P, Martin N, Turner K and Hickman M. Can needle and syringe programmes and opiate substitution therapy achieve substantial reductions in hepatitis C virus prevalence? Model projections for different epidemic settings. Addiction. 2012; 107:1984-95.
53. Aaron S, McMahon JM, Milano D, et al. Intranasal transmission of hepatitis C virus: virological and clinical evidence. ClinInfectDis. 2008; 47:931-4.
54. Pouget ER, Hagan H and Des Jarlais DC. Meta-analysis of hepatitis C seroconversion in relation to shared syringes and drug preparation equipment. Addiction. 2012; 107:1057-65.
55. Murray JM, Law MG, Gao ZH and Kaldor JM. The impact of behavioural changes on the prevalence of human immunodeficiency virus and hepatitis C among injecting drug users. International Journal of Epidemiology. 2003; 32:708-14.
56. Nolan S, Dias Lima V, Fairbairn N, et al. The impact of methadone maintenance therapy on hepatitis C incidence among illicit drug users. Addiction. 2014; 109:2053-9.
57. Tsui JI, Evans JL, Lum PJ, Hahn JA and Page K. Association of opioid agonist therapy with lower incidence of hepatitis C virus infection in young adult injection drug users. JAMA internal medicine. 2014; 174:1974-81.
58. Van Den Berg C, Smit C, Van Brussel G, Coutinho R and Prins M. Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users. Addiction. 2007; 102:1454-62.
59. Turner KM, Hutchinson S, Vickerman P, et al. The impact of needle and syringe provision and opiate substitution therapy on the incidence of hepatitis C virus in injecting drug users: pooling of UK evidence. Addiction. 2011; 106:1978-88.
60. Hagan H, Pouget ER and Des Jarlais DC. A systematic review and meta-analysis of interventions to prevent hepatitis C virus infection in people who inject drugs. J Infect Dis. 2011; 204:74-83.
61. Birkhead GS, Klein SJ, Candelas AR, et al. Integrating multiple programme and policy approaches to hepatitis C prevention and care for injection drug users: a comprehensive approach. IntJDrugPolicy. 2007; 18:417-25.
62. Aspinall EJ, Doyle JS, Corson S, et al. Targeted hepatitis C antibody testing interventions: a systematic review and meta-analysis. Eur J Epidemiol. 2015; 30:115-29.
63. Des Jarlais DC, Hagan H, Arasteh K, McKnight C, Semaan S and Perlman DC. Can intranasal drug use reduce HCV infection among injecting drug users? Drug Alcohol Depend. 2011; 119:201-6.
64. Des Jarlais DC, McKnight C, Arasteh K, et al. Transitions from injecting to non-injecting drug use: potential protection against HCV infection. J Subst Abuse Treat. 2014; 46:325-31.
65. Martin NK, Hickman M, Hutchinson SJ, Goldberg DJ and Vickerman P. Combination interventions to prevent HCV transmission among people who inject drugs: modeling the impact of antiviral treatment, needle and syringe programs, and opiate substitution therapy. Clin Infect Dis. 2013; 57 Suppl 2:S39-45.
66. Grebely J and Dore GJ. Can hepatitis C virus infection be eradicated in people who

inject drugs? Antiviral Res. 2014; 104:62-72.
67. Aspinall EJ, Corson S, Doyle JS, et al. Treatment of hepatitis C virus infection among people who are actively injecting drugs: a systematic review and meta-analysis. Clin Infect Dis. 2013; 57 Suppl 2:S80-9.
68. Cousien A, Tran VC, Deuffic-Burban S, Jauffret-Roustide M, Dhersin JS and Yazdanpanah Y. Dynamic modelling of hepatitis C virus transmission among people who inject drugs: a methodological review. J Viral Hepat. 2015; 22:213-29.
69. Mathers BM, Degenhardt L, Bucello C, Lemon J, Wiessing L and Hickman M. Mortality among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis. Bull World Health Organ. 2013; 91:102-23.
70. Degenhardt L, Bucello C, Mathers B, et al. Mortality among regular or dependent users of heroin and other opioids: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. Addiction. 2011; 106:32-51.
71. Palella FJ, Jr., Delaney KM, Moorman AC, et al. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. HIV Outpatient Study Investigators. N Engl J Med. 1998; 338:853-60.
72. Morlat P. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts. RAPPORT 2013. ANRS - CNS, 2013.
73. Gibson A, Degenhardt L, Mattick RP, Ali R, White J and O'Brien S. Exposure to opioid maintenance treatment reduces long-term mortality. Addiction. 2008; 103:462-8.
74. Sporer KA. Strategies for preventing heroin overdose. BMJ. 2003; 326:442-4.
75. Carrieri MP, Amass L, Lucas GM, Vlahov D, Wodak A and Woody GE. Buprenorphine use: the international experience. Clin Infect Dis. 2006; 43 Suppl 4:S197-215.
76. WHO. Community management of opioid overdose. Geneva, WHO, 2014.
77. Strang J. Death matters: understanding heroin/opiate overdose risk and testing potential to prevent deaths. Addiction. 2015; 110 Suppl 2:27-35.
78. Zlodre J and Fazel S. All-cause and external mortality in released prisoners: systematic review and meta-analysis. Am J Public Health. 2012; 102:e67-75.
79. Chang Z, Lichtenstein P, Larsson H and Fazel S. Substance use disorders, psychiatric disorders, and mortality after release from prison: a nationwide longitudinal cohort study. Lancet Psychiatry. 2015; 2:422-30.
80. Larney S, Gisev N, Farrell M, et al. Opioid substitution therapy as a strategy to reduce deaths in prison: retrospective cohort study. BMJ open. 2014; 4:e004666.
81. Strang J, Bird SM and Parmar MK. Take-home emergency naloxone to prevent heroin overdose deaths after prison release: rationale and practicalities for the N-ALIVE randomized trial. J Urban Health. 2013; 90:983-96.
82. Larney S, Gowing L, Mattick RP, Farrell M, Hall W and Degenhardt L. A systematic review and meta-analysis of naltrexone implants for the treatment of opioid dependence. Drug Alcohol Rev. 2014; 33:115-28.
83. Degenhardt L, Larney S, Kimber J, Farrell M and Hall W. Excess mortality among opioid-using patients treated with oral naltrexone in Australia. Drug Alcohol Rev. 2015; 34:90-6.
84. EMCDDA. Drogue et criminalité: une relation complexe : vers une définition de la criminalité liée à la drogue. *Objectif drogues*. Lisbonne, EMCDDA, 2007.
85. Marsch LA. The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behavior and criminality: a meta-analysis. Addiction. 1998; 93:515-32.
86. Marel C, Mills KL, Darke S, et al. Static and dynamic predictors of criminal involvement among people with heroin dependence: findings from a 3-year longitudinal study. Drug Alcohol Depend. 2013; 133:600-6.
87. Egli. N PM, Christensen. P, Aebi. M, Killias. M. Effects of Drug Substitution Programs on Offending among Drug-Addicts. *Campbell Systematic Reviews*. Zurich, Switzerland, The Campbell Collaboration, 2009.
88. Sun HM, Li XY, Chow EP, et al. Methadone maintenance treatment programme

reduces criminal activity and improves social well-being of drug users in China: a systematic review and meta-analysis. BMJ open. 2015; 5:e005997.
89. Basu A, Paltiel AD and Pollack HA. Social costs of robbery and the cost-effectiveness of substance abuse treatment. Health Econ. 2008; 17:927-46.
90. Teesson M, Mills K, Ross J, Darke S, Williamson A and Havard A. The impact of treatment on 3 years' outcome for heroin dependence: findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS). Addiction. 2008; 103:80-8.
91. Mattick RP, Breen C, Kimber J and Davoli M. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. Cochrane Database Syst Rev. 2009:CD002209.
92. Fullerton CA, Kim M, Thomas CP, et al. Medication-assisted treatment with methadone: assessing the evidence. Psychiatr Serv. 2014; 65:146-57.
93. EMCDDA. Drug-related public nuisance — trends in policy and preventive measures. *Annual report 2005 - Selected issues*. Lisbonne, Portugal, EMCDDA, 2005.
94. Compton WM, Thomas YF, Stinson FS and Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. Arch Gen Psychiatry. 2007; 64:566-76.
95. Lai HM, Cleary M, Sitharthan T and Hunt GE. Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990-2014: A systematic review and meta-analysis. Drug Alcohol Depend. 2015; 154:1-13.
96. Torrens M, Gilchrist G, Domingo-Salvany A and psyCoBarcelona G. Psychiatric comorbidity in illicit drug users: substance-induced versus independent disorders. Drug Alcohol Depend. 2011; 113:147-56.
97. Najt P, Fusar-Poli P and Brambilla P. Co-occurring mental and substance abuse disorders: a review on the potential predictors and clinical outcomes. Psychiatry Res. 2011; 186:159-64.
98. Hasin D, Liu X, Nunes E, McCloud S, Samet S and Endicott J. Effects of major depression on remission and relapse of substance dependence. Arch Gen Psychiatry. 2002; 59:375-80.
99. Davis L, Uezato A, Newell JM and Frazier E. Major depression and comorbid substance use disorders. Curr Opin Psychiatry. 2008; 21:14-8.
100. Compton WM, 3rd, Cottler LB, Jacobs JL, Ben-Abdallah A and Spitznagel EL. The role of psychiatric disorders in predicting drug dependence treatment outcomes. Am J Psychiatry. 2003; 160:890-5.
101. Cacciola JS, Alterman AI, Rutherford MJ, McKay JR and Mulvaney FD. The relationship of psychiatric comorbidity to treatment outcomes in methadone maintained patients. Drug Alcohol Depend. 2001; 61:271-80.
102. Rounsaville BJ, Tierney T, Crits-Christoph K, Weissman MM and Kleber HD. Predictors of outcome in treatment of opiate addicts: evidence for the multidimensional nature of addicts' problems. Comprehensive psychiatry. 1982; 23:462-78.
103. EMCDDA. Co-morbid substance use and mental disorders in Europe: a review of the data. *EMCDDA papers*. Lisbonne, Portugal, 2013.
104. Mandell W, Kim J, Latkin C and Suh T. Depressive symptoms, drug network, and their synergistic effect on needle-sharing behavior among street injection drug users. Am J Drug Alcohol Abuse. 1999; 25:117-27.
105. Bartoli F, Carra G, Brambilla G, et al. Association between depression and non-fatal overdoses among drug users: a systematic review and meta-analysis. Drug Alcohol Depend. 2014; 134:12-21.
106. Nyamathi A, Albarran CR, Branson C, Marfisee M, Khalilifard F and Leake B. Correlates of depressive symptoms among alcohol-using methadone maintained adults. The American journal on addictions / American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions. 2012; 21 Suppl 1:S49-55.

107. Ammassari A, Antinori A, Aloisi MS, et al. Depressive symptoms, neurocognitive impairment, and adherence to highly active antiretroviral therapy among HIV-infected persons. Psychosomatics. 2004; 45:394-402.
108. Gossop M, Marsden J and Stewart D. Remission of psychiatric symptoms among drug misusers after drug dependence treatment. J Nerv Ment Dis. 2006; 194:826-32.
109. Nunes EV and Levin FR. Treatment of depression in patients with alcohol or other drug dependence: a meta-analysis. JAMA. 2004; 291:1887-96.
110. Schafer I, Eiroa-Orosa FJ, Verthein U, Dilg C, Haasen C and Reimer J. Effects of psychiatric comorbidity on treatment outcome in patients undergoing diamorphine or methadone maintenance treatment. Psychopathology. 2010; 43:88-95.
111. Reimer J, Verthein U, Karow A, Schafer I, Naber D and Haasen C. Physical and mental health in severe opioid-dependent patients within a randomized controlled maintenance treatment trial. Addiction. 2011; 106:1647-55.
112. Somers JM, Moniruzzaman A and Palepu A. Changes in daily substance use among people experiencing homelessness and mental illness: 24-month outcomes following randomization to Housing First or usual care. Addiction. 2015; 110:1605-14.
113. Srivastava A, Kahan M and Ross S. The effect of methadone maintenance treatment on alcohol consumption: a systematic review. J Subst Abuse Treat. 2008; 34:215-23.
114. Schneider M, Chersich M, Neuman M and Parry C. Alcohol consumption and HIV/AIDS: the neglected interface. Addiction. 2012; 107:1369-71.
115. Michel L, Carrieri MP, Fugon L, et al. Harmful alcohol consumption and patterns of substance use in HIV-infected patients receiving antiretrovirals (ANRS-EN12-VESPA Study): relevance for clinical management and intervention. AIDS Care. 2010; 22:1136-45.
116. Stein M, Herman DS, Trisvan E, Pirraglia P, Engler P and Anderson BJ. Alcohol use and sexual risk behavior among human immunodeficiency virus-positive persons. Alcohol Clin Exp Res. 2005; 29:837-43.
117. Braithwaite RS, Conigliaro J, Roberts MS, et al. Estimating the impact of alcohol consumption on survival for HIV+ individuals. AIDS Care. 2007; 19:459-66.
118. Conigliaro J, Gordon AJ, McGinnis KA, Rabeneck L and Justice AC. How harmful is hazardous alcohol use and abuse in HIV infection: do health care providers know who is at risk? J Acquir Immune Defic Syndr. 2003; 33:521-5.
119. Azar MM, Springer SA, Meyer JP and Altice FL. A systematic review of the impact of alcohol use disorders on HIV treatment outcomes, adherence to antiretroviral therapy and health care utilization. Drug Alcohol Depend. 2010; 112:178-93.
120. Monto A, Currie S and Wright TL. Liver disease in injection drug users with hepatitis C, with and without HIV coinfection. J Addict Dis. 2008; 27:49-59.
121. Cooper CL. An overview of HIV and chronic viral hepatitis co-infection. Dig Dis Sci. 2008; 53:899-904.
122. Hawk KF, Vaca FE and D'Onofrio G. Reducing Fatal Opioid Overdose: Prevention, Treatment and Harm Reduction Strategies. Yale J Biol Med. 2015; 88:235-45.
123. Coffin PO, Tracy M, Bucciarelli A, Ompad D, Vlahov D and Galea S. Identifying injection drug users at risk of nonfatal overdose. Acad Emerg Med. 2007; 14:616-23.
124. EMCDDA. Preventing fatal overdoses: a systematic review of the effectiveness of take-home naloxone. *EMCDDA papers*. Lisbonne, Portugal, 2015.
125. Anand BS, Currie S, Dieperink E, et al. Alcohol use and treatment of hepatitis C virus: results of a national multicenter study. Gastroenterology. 2006; 130:1607-16.
126. Bruggmann P, Dampz M, Gerlach T, Kravecz L and Falcato L. Treatment outcome in relation to alcohol consumption during hepatitis C therapy: An analysis of the Swiss Hepatitis C Cohort Study. Drug Alcohol Depend. 2010.
127. Department of Health (England) and the devolved administrations. Drug Misuse and Dependence: UK Guidelines on Clinical Management. London. 2007.
128. Klimas J, Tobin H, Field CA, et al. Psychosocial interventions to reduce alcohol consumption in concurrent problem alcohol and illicit drug users. Cochrane Database Syst

Rev. 2014; 12:CD009269.
129. Potier C, Laprevote V, Dubois-Arber F, Cottencin O and Rolland B. Supervised injection services: what has been demonstrated? A systematic literature review. Drug Alcohol Depend. 2014; 145:48-68.
130. Roux P, Le Gall JM, Debrus M, et al. Innovative community-based educational face-to-face intervention to reduce HIV, hepatitis C virus and other blood-borne infectious risks in difficult-to-reach people who inject drugs: results from the ANRS-AERLI intervention study. Addiction. 2016; 111:94-106.
131. Ferri M, Davoli M and Perucci CA. Heroin maintenance for chronic heroin-dependent individuals. Cochrane Database Syst Rev. 2011:CD003410.
132. Strang J, Groshkova T, Uchtenhagen A, et al. Heroin on trial: systematic review and meta-analysis of randomised trials of diamorphine-prescribing as treatment for refractory heroin addictiondagger. Br J Psychiatry. 2015; 207:5-14.
133. Ferri M, Minozzi S, Bo A and Amato L. Slow-release oral morphine as maintenance therapy for opioid dependence. Cochrane Database Syst Rev. 2013; 6:CD009879.
134. Jauffret Roustide MR, M. Oudaya, L. Pequart, C. Semaille, C. Desenclos, J-C. Évaluation d'un outil de réduction des risques visant à limiter la transmission du VIH et des hépatites chez les consommateurs de crack. Revue d'épidémiologie et de santé publique. 2008; 56:376.
135. Jauffret-Roustide M, Rondy M, Oudaya L, et al. Une enquête auprès des consommateurs de crack en Île-de-France. Retour d'expérience sur un outil de réduction des risques pour limiter la transmission du VIH et des hépatites. BEW Web. 2010.
136. Cousien A, Tran VC, Deuffic-Burban S, Jauffret-Roustide M, Dhersin JS and Yazdanpanah Y. Hepatitis c treatment as prevention of viral transmission and liver-related morbidity in persons who inject drugs. Hepatology. 2015.
137. Kato M, Granich R, Bui DD, et al. The potential impact of expanding antiretroviral therapy and combination prevention in Vietnam: towards elimination of HIV transmission. J Acquir Immune Defic Syndr. 2013; 63:e142-9.
138. Martin NK, Vickerman P, Dore GJ and Hickman M. The hepatitis C virus epidemics in key populations (including people who inject drugs, prisoners and MSM): the use of direct-acting antivirals as treatment for prevention. Curr Opin HIV AIDS. 2015; 10:374-80.
139. Hickman M, De Angelis D, Vickerman P, Hutchinson S and Martin NK. Hepatitis C virus treatment as prevention in people who inject drugs: testing the evidence. Curr Opin Infect Dis. 2015; 28:576-82.
140. Hellard M, Thompson A, Scott N, Iser D and Doyle JS. Cost-effectiveness of treating chronic hepatitis C virus with direct-acting antivirals in people who inject drugs in Australia. J Gastroenterol Hepatol. 2015.
141. Wilson DP, Donald B, Shattock AJ, Wilson D and Fraser-Hurt N. The cost-effectiveness of harm reduction. Int J Drug Policy. 2015; 26 Suppl 1:S5-11.
142. Enns EA, Zaric GS, Strike CJ, Jairam JA, Kolla G and Bayoumi AM. Potential cost-effectiveness of supervised injection facilities in Toronto and Ottawa, Canada. Addiction. 2015.
143. Global commission on drug policy. The War on Drugs and HIV/AIDS. How the Criminalization of Drug Use Fuels the Global Pandemic. 2012.

La réduction des risques et des dommages est-elle efficace et quelles sont ses limites en matière d'alcool ?

Henri-Jean AUBIN
Professeur à la Faculté de Médecine Paris-Sud
Chef du Département de Psychiatrie et d'Addictologie des Hôpitaux Universitaires Paris-Sud
Chef de l'Equipe de Recherche Addictologie, INSERM, Centre de Recherche en Epidémiologie et Santé des Populations (CESP)
henri-jean.aubin@aphp.fr

Liens d'intérêt : H.-J. Aubin déclare avoir participé au cours des trois dernières années à des interventions ponctuelles (essais cliniques, travaux scientifiques, activités de conseil, conférences, colloques) pour les entreprises Bioprojet, D&A Pharma, Ethypharm, Lundbeck, Merck-Serono, Mundipharma, Novartis, et Pfizer. Il a également reçu des financements de recherche de l'Agence Nationale de la Recherche, du Programme Hospitalier de Recherche Clinique, et de l'Institut de Recherche en Santé Publique.

La réduction des risques et des dommages se veut une approche pragmatique visant à réduire les conséquences de l'usage de drogues, ainsi que d'autres conduites à haut risque, en incorporant diverses stratégies traversant un spectre allant d'une consommation à moindre risque à l'abstinence, en passant par le contrôle de la consommation[1]. En tant que politique de santé publique alternative à l'approche morale ou au modèle d'addiction-maladie, la réduction des risques, bien que reconnaissant que l'abstinence est un objectif ultime ou idéal, considère qu'il est avant tout nécessaire d'accepter les stratégies visant à réduire les dommages [2]. La politique de réduction des risques préconise la mise en place de structures de soins de type « bas-seuil » s'ajoutant aux structures classiques « haut-seuil », et se fonde sur un principe de pragmatisme compassionnel plutôt que sur celui d'un idéalisme moraliste[2]. Bien que la philosophie et les principes de la réduction des risques et des dommages se soient initialement développés dans le domaine des drogues illicites, notamment dans le contexte de l'épidémie de SIDA, une bonne partie de ses principes, de ses objectifs et de ses techniques peuvent également s'appliquer aux problèmes d'alcool[3].

Appliquée à l'alcool, la réduction des risques explore non seulement les moyens permettant de réduire la consommation dans les situations où l'abstinence est difficile à obtenir, mais inclus également une palette de mesures visant à prévenir ou réduire les dommages liés à l'alcool [4-6].

Considérations historiques

La nature de l' « alcoolisme » a été théorisée dans une série de modèles successifs (par exemple, le modèle moral, le modèle de la personnalité alcoolique, le modèle de l'alcoolisme-maladie, le modèle spirituel des alcooliques anonymes…)[1, 7]. Le modèle

d'alcoolisme-maladie est celui qui, parmi tous ces modèles, a eu la plus forte influence pour structurer les traitements[8, 9]. Cette conception d'une maladie primaire, évolutive, chronique, et fatale, qui ne trouve de répit que par l'abstinence complète, dérive des écrits de Benjamin Rush[10], de Magnus Huss[11] et plus tard de Jellinek[12]. Le modèle d'addiction-maladie repose sur quatre postulats cardinaux : la maladie est une entité unidimensionnelle, qualitativement discrète, clairement distinguée de l'absence de maladie (pas de zone grise intermédiaire) ; la cause de la maladie est essentiellement biologique ; la caractéristique clinique principale de la maladie est l'incapacité de contrôler la consommation d'alcool après la prise d'un premier verre ; la maladie est irréversible, incurable, et ne peut être l'objet que d'un traitement palliatif au moyen de l'obtention de l'abstinence[7]. La maladie serait également caractérisée par le déni, qui se manifeste par des efforts de minimisation et de dissimulation. Ces aspects de la maladie seraient idéalement traités par des approches thérapeutiques confrontationnelles[13]. On voit ainsi que les principales caractéristiques du modèle d'alcoolisme-maladie sont en opposition au modèle de réduction des risques, qui propose plutôt une approche collaborative et pragmatique, en explorant les moyens de réduire les dommages liés à la consommation excessive d'alcool , sans nécessairement mettre l'accent sur l'abstinence[13].

Ainsi, alors que pour les personnes non dépendantes, il est facilement admis que la seule réduction de la consommation en deçà d'un seuil de risque est le plus souvent satisfaisante[14], l'abstinence (définitive) a longtemps été considérée comme le seul objectif de consommation chez les personnes dépendantes[14-17]. Le dogme de l'abstinence a néanmoins commencé à être contesté dans les années 1970 et 1980. Les premières publications remettant en cause l'impossibilité de retrouver une consommation contrôlée, stable et durable, après un traitement pour « alcoolisme », ont déclenché une avalanche de contestations et d'enquêtes, qui, bien que n'ayant pu démontrer d'erreur ou de fraude, ont néanmoins jeté le discrédit sur la possibilité de retour à une consommation contrôlée après le développement d'une dépendance[18]. Sans refaire ici tout l'historique, on peut dire que les données infirmant le postulat de l'abstinence comme seule issue positive et stable de la dépendance à l'alcool se sont lentement accumulées, sans que l'essentiel des communautés médicales, soignantes et scientifiques ne révisent le dogme central des principes thérapeutiques, en tout cas pas avant le 21ème siècle[9, 19-22].

Finalement, après plusieurs décennies de controverse –controverse largement inaperçue en France[9] -, il existe un corpus d'essais cliniques montrant que, dans l'alcoolodépendance, les résultats des traitements orientés vers la réduction de la consommation ont une taille d'effet comparable à ceux des traitements orientés vers l'abstinence[8, 13, 23, 24]. Plus encore, il est maintenant montré que la maladie n'est pas systématiquement progressive et fatale, et qu'une proportion substantielle de personnes souffrant de troubles de l'usage d'alcool, y compris d'une dépendance, vont évoluer vers une rémission, avec ou sans traitement, et avec ou sans abstinence [25-27].

Parallèlement à la remise en cause de l'abstinence comme seule issue thérapeutique possible, il faut signaler le développement de l'approche thérapeutique centrée sur le patient, essentiellement représentée par l'Entretien Motivationnel, approche qui a eu un succès croissant depuis la première édition de l'ouvrage de référence en 1991[28, 29], plus tard en France, en attendant sa traduction[30]. Le DSM-5, paru en 2013, a adopté la

définition du trouble de l'usage d'alcool qui rassemble les manifestations d'abus et de dépendance du DSM-IV en une seule dimension pouvant prendre plusieurs niveaux de sévérité[31]. Cette définition introduit la notion d'un continuum, plus proche des réalités cliniques que l'approche strictement catégorielle qui prévalait jusque-là.

Alcool et santé

L'alcool est la cause d'une mortalité considérable, contribuant à 3,8% de la mortalité globale dans le monde [32]. L'organisation Mondiale de la Santé estime que l'usage nocif de l'alcool entraîne 2,5 millions de décès chaque année, en grande partie parmi les jeunes[5]. La consommation d'alcool est le troisième facteur de risque de maladie dans le monde[5]. L'alcool est à l'origine de problèmes très divers qui peuvent avoir des effets dévastateurs sur les individus et les familles et perturber gravement la vie des communautés [5, 33, 34]. L'usage nocif de l'alcool est l'un des quatre facteurs de risque de maladies non transmissibles les plus courants sur lesquels on peut agir et que l'on peut éviter[5]. Pourtant évitable, la consommation nocive d'alcool est un important facteur de risque de troubles neuropsychiatriques et d'autres maladies non transmissibles telles que les maladies cardio-vasculaires, la cirrhose du foie et divers cancers[5, 35, 36]. L'usage nocif de l'alcool est aussi associé à plusieurs maladies infectieuses comme le VIH/sida, la tuberculose et la pneumonie. Les traumatismes intentionnels et non intentionnels, y compris ceux dus aux accidents de la circulation et à des actes de violence, ainsi que les suicides représentent une part importante de la charge de morbidité attribuable à l'usage nocif de l'alcool [33, 37]. Les accidents mortels imputables à l'alcool concernent le plus souvent des personnes relativement jeunes[5]. Le risque d'usage nocif de l'alcool varie en fonction de l'âge, du sexe et d'autres caractéristiques biologiques du consommateur et selon le contexte dans lequel la consommation d'alcool a lieu. Certains groupes et individus vulnérables ou à risque sont plus sensibles aux propriétés toxiques, psychoactives et addictogènes de l'alcool[5]. Il faut noter que, parmi toutes les drogues, licites ou illicites, il est estimé que l'alcool est celle qui induit le plus de dommages, notamment si on considère les dommages aux autres[34, 38].

La dernière édition du Rapport de situation mondial sur l'alcool et la santé [37] présente le profil de la consommation d'alcool dans les 194 États Membres de l'OMS, les répercussions de celle-ci sur la santé publique et les mesures prises dans ce domaine. Le profil de la France, tel qu'il y est rapporté, est présenté dans le tableau 1. La consommation d'alcool per capita dans la population de 15 ans et plus y est plus importante, chez l'homme comme chez la femme, que dans la moyenne de l'Europe. La prévalence de l'abstinence est de 2% sur la vie entière, et de 5,2% sur la dernière année. La prévalence de la consommation excessive au cours des 30 derniers jours est de 31% parmi les buveurs, et de 29,4% dans la population. Le score d'années de vies perdues attribuables à l'alcool est de 5, sur une échelle allant de 1 (faible) à 5 (élevé). La prévalence des troubles liés à l'usage de l'alcool est estimée à 5,5% (2,5% chez les femmes, 8,8% chez les hommes), plus faible que dans l'ensemble de l'Europe (7,5%). La prévalence de la dépendance à l'alcool est estimée à 2,9% (1,3% chez les femmes, 4,7% chez les hommes), également plus faible que dans l'ensemble de l'Europe (4%).

La figure 1 montre comment la France se situe en Europe en termes de mortalité attribuable à l'alcool, chez les femmes (8ème rang) et les hommes (11ème rang)[39]. Dans cette

publication, concernant la population française âgée de 15 à 64 ans en 2004, la mortalité liée à la consommation d'alcool était estimée à 15282 (2998 chez les femmes et 12084 chez les hommes), soit 13,6% de la mortalité globale dans cette tranche d'âge (8,7% chez les femmes et 15,8% chez les hommes). La part de cette mortalité liée à la consommation excessive (au moins 72 grammes d'alcool pur par jour en moyenne chez l'homme, 48 grammes par jour chez la femme) était estimée à 70,3% (60,5% chez les femmes et 72,7% chez les hommes). La part de cette mortalité liée à la dépendance à l'alcool était estimée à 61,6% (42,4% chez les femmes et 66,3% chez les hommes) [39]. Une autre publication, qui concerne cette fois toute la population française âgée de 15 ans et plus en 2009, estimait que 36500 décès étaient estimés attribuables à l'alcool chez les hommes (13% de la mortalité totale) et 12500 chez les femmes (5% de la mortalité totale)[40]. Ceci incluait 15000 décès par cancer, 12000 décès par maladie cardiovasculaire, 8000 par maladie digestive, 8000 par cause externe et 3000 par maladies mentales et troubles du comportement. Les fractions attribuables à l'alcool étaient estimées à 22% dans la population des 15-34 ans, 18% dans la population des 35-64 ans et de 7% dans celle des 65 ans et plus. Il était noté que l'alcool est nocif, même à la dose relativement modérée de 13 grammes par jour, qui causait 1100 décès annuels[40].

Bénéfices de la réduction de la consommation

La plupart des courbes associant la consommation d'alcool moyenne et le risque de maladies ou d'accidents montre une réponse monotone, avec un risque de morbidité et de mortalité plus important pour les consommations les plus élevées. La courbe la plus commune a la forme d'une exponentielle [36]. Il y a cependant des exceptions, notamment pour les pathologies cardiovasculaires[41] et le diabète[42], où on trouve une courbe en J, avec un risque de mortalité réduit pour les consommations faibles à modérées par rapport à l'abstinence. Mais dans l'ensemble, si on considère toutes les causes de mortalité, les effets nocifs de l'alcool dépassent largement ses bénéfices; une méta-analyse a montré une augmentation continue et exponentielle du risque de mortalité (toutes causes) à partir d'une consommation moyenne d'alcool de 10 grammes par jour, avec une accélération dans les niveaux de consommation les plus élevés [43]. Mais pour certaines maladies, comme le cancer, rien n'indique un effet de seuil dans la relation entre le risque et la quantité d'alcool consommée. Des études, certaines combinant des données agrégées, mais d'autres proposant des analyses au niveau individuel, ont montré que la réduction de la consommation d'alcool aboutit à une réduction du risque de mortalité [44]. Les bénéfices de la réduction de la consommation se traduisent, non seulement en terme de diminution de la morbidité et de mortalité, mais également en terme de qualité de vie : il existe une corrélation significative entre le niveau de réduction de la consommation et l'amélioration de la qualité de vie[45]. La relation entre le risque dépressif et le niveau de consommation d'alcool semble prendre, comme pour le risque coronarien, la forme d'une courbe en J, avec un risque dépressif minimal pour une consommation d'alcool de faible niveau [46].

La réduction des risques : une politique de santé publique

Dans un rapport publié en 2010, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a proposé une stratégie globale visant à réduire les dommages liés à la consommation nocive d'alcool[5].

La Stratégie mondiale propose de soutenir et de compléter les politiques de santé publique appliquées par les États Membres. L'idéal recherché est une amélioration des résultats sanitaires et sociaux pour les individus, les familles et les communautés, et surtout une diminution considérable de la morbidité et de la mortalité attribuables à l'usage nocif de l'alcool et de leurs conséquences sociales. Le tableau 2 récapitule les principaux éléments de la stratégie de l'OMS dans 10 domaines : leadership, prise de conscience et engagement ; action des services de santé ; action communautaire ; politiques et mesures de lutte contre l'alcool au volant ; offre d'alcool ; marketing des boissons alcoolisées ; politiques de prix ; réduction des conséquences néfastes de la consommation d'alcool et de l'intoxication ; réduction de l'impact sur la santé publique de l'alcool illicite ou produit par le secteur informel ; suivi et surveillance. L'évaluation de la politique de la France pour réduire les dommages liés à l'alcool est décrite tableau 1.

La réduction des risques : une alternative clinique aux modèles fondés sur l'abstinence

L'abstinence d'alcool peut être vécue comme stigmatisant dans la culture occidentale[47]. Le refus de l'abstinence est le premier obstacle limitant l'accès aux soins rapporté par les personnes souffrant de problèmes d'alcool [47-49]. Des enquêtes américaines auprès de personnes qui, bien qu'admettant souffrir d'un trouble de l'usage de l'alcool sévère, rejettent l'idée de recourir aux soins, ont montré que, dans plus de 40% des cas, le refus de s'engager dans l'abstinence est le premier obstacle aux soins[49]. Ainsi, moins de 10 % des personnes ayant un trouble de l'usage d'alcool sont traités dans l'année[50]. Parmi ceux se présentant vers un centre de soins spécialisé, la moitié seulement accepte l'abstinence en première intention [51, 52]. Au bout du compte, de nombreuses personnes souffrant d'un mésusage sévère d'alcool ne sont pas pris en charge.

Pourtant, l'impact qu'aurait l'augmentation de la part des personnes souffrant de dépendance recevant un traitement a été modélisé pour la France [39] : une couverture, par un traitement pharmacologique, de 40% des personnes affectées, induirait une réduction de la mortalité liée à l'alcool de 1311 morts par an. C'est l'intervention la plus efficace pour obtenir une réduction importante de la mortalité. Viennent ensuite l'augmentation du recours aux interventions brèves dans les hôpitaux, et du recours à des interventions psychosociales de type interventions motivationnelles ou thérapies cognitivo-comportementales, qui produiraient également des bénéfices importants[39].

Finalement, les recommandations les plus récentes reconnaissent la possibilité d'intégrer la réduction de la consommation en plus de l'abstinence dans les objectifs de consommation des sujets dépendants de l'alcool [53-57]. En particulier, les recommandations européennes pour le développement de nouveaux médicaments dans la dépendance à l'alcool ont représenté un véritable tournant en 2010, en proposent deux objectifs alternatifs : 1) maintenir l'abstinence après sevrage ; 2) réduire les dommages sans passer par le sevrage chez les patients qui refuseraient de s'engager dans l'abstinence. Les critères de réduction des dommages sont basés sur les seuils de sévérité proposés par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), c'est-à-dire : soit de limiter le nombre de jours avec excès (> 60 g d'alcool par jour chez les hommes et > 40g/j chez les femmes), soit de ramener les patients à un risque faible (<40 g/j chez les hommes ou < 20g/j chez les femmes), ou soit de

diminuer la consommation d'alcool de deux niveaux de risque. Ces seuils sont un peu différents de ceux recommandés en France (jusqu'à présent de 30 g/j pour l'homme et 20 g/j pour la femme) (Tableau 3). Une palette d'approches thérapeutiques fondées sur les principes de la réduction des risques sont aujourd'hui disponibles, qu'elles soient psychothérapiques [13, 57, 58] ou pharmacologiques [57, 59-61]. L'efficience médico-économique des traitements psychosociaux et pharmacologiques visant la réduction de la consommation est bonne, avec un coût de l'année gagnée en bonne santé bien inférieur à ce qu'offrent beaucoup de traitements dans d'autres pathologies [62].

Les nouvelles recommandations de la Société Française d'Alcoologie[57] concernant les objectifs de consommation reconnaissent la possibilité d'offrir le choix de l'objectif au patient, même s'il a un diagnostic de dépendance à l'alcool. Il est important de noter que, pour la Société Française d'Alcoologie, « dans une perspective de réduction des dommages, toute cible de la réduction de la consommation est plus acceptable que le *statu quo*, et mérite d'être valorisée » (tableau 4).

Conclusion

Au terme de cette revue, on peut affirmer sans hésitation que la réduction des risques et des dommages est une voie qu'il faut résolument poursuivre, que ce soit sur le plan des politiques de santé publique ou sur le plan des principes de la prise en charge des patients souffrant d'un mésusage d'alcool, y compris chez ceux qui ont un mésusage sévère, notamment une dépendance à l'alcool. Concernant les soins, il faut avant tout déplorer le très faible niveau d'engagement dans les soins des personnes souffrant d'un trouble de l'usage d'alcool en France. Le refus ou le sentiment d'incapacité à s'engager dans l'abstinence est un obstacle majeur à l'engagement dans les soins. C'est pourquoi il faut espérer que la philosophie et les principes de la réduction des risques et des dommages soient mieux adoptés par les professionnels de santé, qui ont longtemps été formés à une approche confrontationnelle qui accompagnait une position dogmatique concernant l'impossibilité de suivre un patient dépendant de l'alcool dans une demande de contrôle ou de réduction de sa consommation. Les recommandations de bonne pratique sur le mésusage d'alcool de la Société Française d'Alcoologie, publiées en 2015, vont clairement dans le sens de la réduction des risques et des dommages, et devraient être largement diffusées chez les professionnels de santé [57]. Il a été montré que l'augmentation de la couverture thérapeutique des personnes alcoolodépendantes, notamment par des traitements pharmacologiques, mais également par des interventions brèves ou des interventions psychosociales, se traduirait par des bénéfices considérables en terme de réduction de mortalité [39].

Bien que l'expertise de l'auteur de ce rapport soir essentiellement clinique, et bien peu politique, il lui faut dire un mot sur les politiques de santé. Pour cela, il est sans doute utile de passer en revue les recommandations de politiques et d'interventions visant à réduire les risques et les dommages de l'OMS[5], exposées dans tableau 2. Il me semble que le cahier des charges concernant le premier domaine, sur le leadership, prise de conscience et engagement est assez bien rempli dans notre pays. Concernant les actions des services de santé, au-delà du changement de mentalité et de représentation des professionnels de santé que nous avons évoqué plus haut, et toujours en suivant les recommandations de

l'OMS, il faut sans doute renforcer considérablement le repérage et l'intervention auprès des femmes enceintes pour prévenir le syndrome d'alcoolisation fœtale, qu'il faudra plus systématiquement dépister et prendre en charge. Je ne saurais me prononcer sur les domaines de l'action communautaire, des politiques et mesures de lutte contre l'alcool au volant, de l'offre d'alcool, de la réduction des conséquences néfastes de la consommation d'alcool et de l'intoxication, de la réduction de l'impact sur la santé publique de l'alcool illicite ou produit par le secteur informel, ou du suivi et de la surveillance. Il me semble toutefois que des progrès notables peuvent être faits concernant les domaines du marketing des boissons alcoolisées et de la politique de prix.

Références

1. Marlatt GA, Witkiewitz K: **Update on harm-reduction policy and intervention research**. *Annu Rev Clin Psychol* 2010, **6**:591-606.
2. Marlatt GA: **Basic principles and strategies of harm reduction**. In: *Harm reduction, pragmatic strategies for managing high-risk behaviors.* Edited by Marlatt GA. New York: Guilford Press; 1998: 69-121.
3. Single E: **Harm reduction as an alcohol-prevention strategy**. *Alcohol Health Res World* 1996, **20**:239-243.
4. Anderson P, Chisholm D, Fuhr DC: **Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol**. *Lancet* 2009, **373**(9682):2234-2246.
5. World-Health-Organization: **Global strategy to reduce the harmful use of alcohol**: World Health Organization; 2010.
6. Casswell S, Thamarangsi T: **Reducing harm from alcohol: call to action**. *Lancet* 2009, **373**(9682):2247-2257.
7. Miller WR, Kurtz E: **Models of alcoholism used in treatment: contrasting AA and other perspectives with which it is often confused**. *J Stud Alcohol* 1994, **55**(2):159-166.
8. Willenbring ML: **The past and future of research on treatment of alcohol dependence**. *Alcohol Res Health* 2010, **33**(1-2):55-63.
9. Aubin HJ: **L'abstinence à tout prix ?** *Alcoologie et Addictologie* 2000, **4**:279-280.
10. Rush B: **An inquiry into the effects of ardent spirits upon the human body and mind: with an account of the means of preventing, and of the remedies for curing them**. Boston: Published by James Loring; 1823.
11. HUSS M: **Alcoholismus chronicus, eller Chronisk Alkoholssjukdom; est bidrag till dyskrasiernas kännedom, etc**; 1849.
12. Jellinek EM: **The disease concept of alcoholism**. New Haven: Hillhouse Press; 1960.
13. Larimer ME, Marlatt GA, Baer JS, Quigley LA, Blume AW, Hawkins EH: **Harm reduction for alcohol problems**. In: *Harm Reduction, Second Edition: Pragmatic Strategies for Managing High-Risk Behaviors.* Edited by Marlatt A, Larimer ME, Witkiewitz K. New York: Guilford Press; 2011: 62-105.
14. Société-Française-d'Alcoologie: **Recommandations de la SFA 2003 - Les mésusages d'alcool en dehors de la dépendance. Usage à risque - Usage nocif**. *Alcoologie et Addictologie* 2003, **25**(4S):1S-92S.
15. **Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage** [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_271905/modalites-de-laccompagnement-du-sujet-alcoolodependant-apres-un-sevrage]

16. Société-Française-d'Alcoologie: **Conférence de consensus 1999 - Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant**. *Alcoologie et Addictologie* 1999, **21**(2S):1S-220S
17. Luquiens A, Reynaud M, Aubin HJ: **Is controlled drinking an acceptable goal in the treatment of alcohol dependence? A survey of French alcohol specialists**. *Alcohol Alcohol* 2011, **46**(5):586-591.
18. Edwards G: **A later follow-up of a classic case series: D. L. Davies's 1962 report and its significance for the present**. *J Stud Alcohol* 1985, **46**(3):181-190.
19. Polich JM: **Epidemiology of alcohol abuse in military and civilian populations**. *Am J Public Health* 1981, **71**(10):1125-1132.
20. Sobell MB, Sobell LC: **Alcoholics treated by individualized behavior therapy: one year treatment outcome**. *Behav Res Ther* 1973, **11**(4):599-618.
21. Sobell MB, Sobell LC: **Controlled drinking after 25 years : how important was the great debate ?** *Addiction* 1995, **90**:1149-1154.
22. Sobell MB, Sobell LC: **It is time for low-risk drinking goals to come out of the closet**. *Addiction* 2011, **106**(10):1715-1717.
23. Marlatt GA, Witkiewitz K: **Harm reduction approaches to alcohol use: health promotion, prevention, and treatment**. *Addict Behav* 2002, **27**(6):867-886.
24. Berglund KJ, Svensson I, Berggren U, Balldin J, Fahlke C: **Is There a Need for Congruent Treatment Goals Between Alcohol-Dependent Patients and Caregivers?** *Alcohol Clin Exp Res* 2016, **12**(10):13003.
25. Dawson DA, Grant BF, Stinson FS, Chou PS, Huang B, Ruan WJ: **Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001-2002**. *Addiction* 2005, **100**(3):281-292.
26. Dawson DA, Li TK, Chou SP, Grant BF: **Transitions in and out of alcohol use disorders: their associations with conditional changes in quality of life over a 3-year follow-up interval**. *Alcohol Alcohol* 2009, **44**(1):84-92.
27. Sobell LC, Ellingstad TP, Sobell MB: **Natural recovery from alcohol and drug problems: methodological review of the research with suggestions for future directions**. *Addiction* 2000, **95**(5):749-764.
28. Miller WR, Rollnick S: **Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior**: Guilford Press; 1991.
29. Miller WR, Rollnick S: **Motivational interviewing: Preparing people for change. Second edition**. New York, NY: Guilford Press; 2002.
30. Miller WR, Rollnick S: **L'entretien motivationnel - 2e éd.: Aider la personne à engager le changement**: InterEditions; 2013.
31. American-Psychiatric-Association: **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)**: American Psychiatric Publishing; 2013.
32. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J: **Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders**. *Lancet* 2009, **373**(9682):2223-2233.
33. Caetano R, Cunradi C: **Alcohol dependence: a public health perspective**. *Addiction* 2002, **97**(6):633-645.
34. Nutt DJ, King LA, Phillips LD: **Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis**. *Lancet* 2010.
35. Smyth A, Teo KK, Rangarajan S, O'Donnell M, Zhang X, Rana P, Leong DP, Dagenais G, Seron P, Rosengren A *et al*: **Alcohol consumption and cardiovascular disease, cancer, injury, admission to hospital, and mortality: a prospective cohort study**. *Lancet* 2015, **386**(10007):1945-1954.
36. Rehm J, Baliunas D, Borges GL, Graham K, Irving H, Kehoe T, Parry CD, Patra J, Popova S, Poznyak V *et al*: **The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview**. *Addiction* 2010.

37. World-Health-Organization: **Global Status Report on Alcohol and Health**: World Health Organization; 2014.
38. Reynaud M, Luquiens A, Aubin HJ, Talon C, Bourgain C: **Quantitative damage-benefit evaluation of drug effects: major discrepancies between the general population, users and experts**. *J Psychopharmacol* 2013, **27**(7):590-599.
39. Shield KD, Rehm J, Rehm MX, Gmel G, Aubin HJ: **Alcohol Consumption, Alcohol Dependence and Related Harms in France: Increasing Public Health by Increasing the Availability of Treatment for Alcohol Dependence**. *J Addict Res Ther* 2013, **S7**:005.
40. Guerin S, Laplanche A, Dunant A, Hill C: **Alcohol-attributable mortality in France**. *Eur J Public Health* 2013.
41. Roerecke M, Rehm J: **The cardioprotective association of average alcohol consumption and ischaemic heart disease: a systematic review and meta-analysis**. *Addiction* 2012.
42. Baliunas DO, Taylor BJ, Irving H, Roerecke M, Patra J, Mohapatra S, Rehm J: **Alcohol as a risk factor for type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis**. *Diabetes Care* 2009, **32**(11):2123-2132.
43. Rehm J, Zatonksi W, Taylor B, Anderson P: **Epidemiology and alcohol policy in Europe**. *Addiction* 2011, **106 Suppl 1**:11-19.
44. Rehm J, Roerecke M: **Reduction of drinking in problem drinkers and all-cause mortality**. *Alcohol Alcohol* 2013, **48**(4):509-513.
45. Francois C, Rahhali N, Chalem Y, Sorensen P, Luquiens A, Aubin HJ: **The Effects of as-Needed Nalmefene on Patient-Reported Outcomes and Quality of Life in Relation to a Reduction in Alcohol Consumption in Alcohol-Dependent Patients**. *Plos one* 2015, **10**(6):e0129289.
46. Rodgers B, Korten AE, Jorm AF, Christensen H, Henderson S, Jacomb PA: **Risk factors for depression and anxiety in abstainers, moderate drinkers and heavy drinkers**. *Addiction* 2000, **95**(12):1833-1845.
47. **Substance Abuse and Mental Health Services Administration Office of Applied Studies., April 9, 2009. The NSDUH report: Alcohol Treatment: Need, utilization, and barriers. Rockville, MD** [http://www.samhsa.gov/data/2k9/AlcTX/AlcTX.htm]
48. Chartier KG, Miller K, Harris TR, Caetano R: **A 10-year study of factors associated with alcohol treatment use and non-use in a U.S. population sample**. *Drug Alcohol Depend* 2016, **16**(16):00029-00026.
49. SAMHSA: **Results from the 2013 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings**. In. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 204.
50. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B: **The treatment gap in mental health care**. *Bull World Health Organ* 2004, **82**(11):858-866.
51. Adamson SJ, Sellman JD: **Drinking goal selection and treatment outcome in out-patients with mild-moderate alcohol dependence**. *Drug and alcohol Review* 2001, **20**(4):351-359.
52. Hodgins DC, Leigh G, Milne R, Gerrish R: **Drinking goal selection in behavioral self-management treatment of chronic alcoholics**. *Addict Behav* 1997, **22**(2):247-255.
53. **Guideline on the development of medicinal products for the treatment of alcohol dependence** [http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Scientific_guideline/2010/03/WC500074898.pdf]
54. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (ed.): **Helping Patients Who Drink Too Much. A Clinician's Guide.** Washington, DC.: National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services,; 2005.

55. National-Collaborating-Centre-for-Mental-Health-(UK): **Alcohol-Use Disorders: Diagnosis, Assessment and Management of Harmful Drinking and Alcohol Dependence.(NICE Clinical Guidelines, No. 115.)**. In. Leicester (UK): British Psychological Society;; 2011.
56. REHM J, REHM M, ALHO H, ALLAMANI A, AUBIN H, BUHRINGER G, DAEPPEN J, FRICK U, GUAL A, HEATHER N: **Alcohol dependence treatment in the EU: A literature search and expert consultation about the availability and use of guidelines in all EU countries plus Iceland, Norway, and Switzerland**. *The International Journal of Alcohol and Drug Research* 2013, **2**(2):53 - 67.
57. Société-Française-d'Alcoologie: **Recommandation de bonne pratique - Mésusages de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement**. *Alcoologie et Addictologie* 2015, **37**(1):5-84.
58. Tatarsky A: **Harm Reduction Psychotherapy: A New Treatment for Drug and Alcohol Problems**: Jason Aronson, Incorporated; 2007.
59. Aubin HJ, Luquiens A, Benyamina A: **Approches pharmacologiques du trouble de l'usage d'alcool**. *Alcoologie et Addictologie* 2015, **37**(3):205-211.
60. Aubin HJ, Daeppen JB: **Emerging pharmacotherapies for alcohol dependence: a systematic review focusing on reduction in consumption**. *Drug Alcohol Depend* 2013, **133**(1):15-29.
61. Rolland B, Paille F, Gillet C, Rigaud A, Moirand R, Dano C, Dematteis M, Mann K, Aubin HJ: **Pharmacotherapy for Alcohol Dependence: The 2015 Recommendations of the French Alcohol Society, Issued in Partnership with the European Federation of Addiction Societies**. *CNS Neurosci Ther* 2016, **22**(1):25-37.
62. Laramee P, Brodtkorb TH, Rahhali N, Knight C, Barbosa C, Francois C, Toumi M, Daeppen JB, Rehm J: **The cost-effectiveness and public health benefit of nalmefene added to psychosocial support for the reduction of alcohol consumption in alcohol-dependent patients with high/very high drinking risk levels: a Markov model**. *BMJ Open* 2014, **4**(9):e005376.
63. World-Health-Organisation: **International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Related Harm**. In. http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_MSD_MSB_00.4.pdf; 2000.

Tableau 1

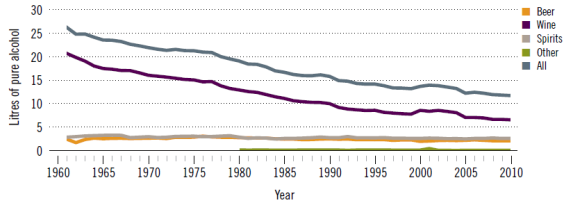
France

Total population: 63 231 000 ➤ Population aged 15 years and older (15+): 82% ➤ Population in urban areas: 85% ➤ Income group (World Bank): High income

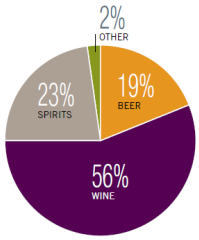
ALCOHOL CONSUMPTION: LEVELS AND PATTERNS

Recorded alcohol per capita (15+) consumption, 1961–2010

Data refer to litres of pure alcohol per capita (15+).



Recorded alcohol per capita (15+) consumption (in litres of pure alcohol) by type of alcoholic beverage, 2010



Alcohol per capita (15+) consumption (in litres of pure alcohol)

	Average 2003–2005	Average 2008–2010	Change
Recorded	13.0	11.8	→
Unrecorded	0.4	0.4	→
Total	**13.4**	**12.2**	→
Total males / females		17.8 / 7.1	
WHO European Region	11.9	10.9	

Total alcohol per capita (15+) consumption, drinkers only (in litres of pure alcohol), 2010

Males (15+)	18.4
Females (15+)	7.7
Both sexes (15+)	12.9

Prevalence of heavy episodic drinking* (%), 2010

	Population	Drinkers only
Males (15+)	42.2	43.7
Females (15+)	17.7	19.0
Both sexes (15+)	29.4	31.0

*Consumed at least 60 grams or more of pure alcohol on at least one occasion in the past 30 days.

Abstainers (%), 2010

	Males	Females	Both sexes
Lifetime abstainers (15+)	0.9	3.0	2.0
Former drinkers* (15+)	2.6	3.7	3.2
Abstainers (15+), past 12 months	3.5	6.7	5.2

*Persons who used to drink alcoholic beverages but have not done so in the past 12 months.

Patterns of drinking score, 2010 — LEAST RISKY < **1** 2 3 4 5 > MOST RISKY

HEALTH CONSEQUENCES: MORTALITY AND MORBIDITY

Age-standardized death rates (ASDR) and alcohol-attributable fractions (AAF), 2012

	ASDR*		AAF (%)	
Liver cirrhosis, males / females	16.4	5.2	73.1	71.9
Road traffic accidents, males / females	11.9	2.7	18.9	7.4

*Per 100 000 population (15+).

Years of life lost (YLL) score*, 2012 — LEAST < 1 2 3 4 **5** > MOST

*Based on alcohol-attributable years of life lost.

Prevalence of alcohol use disorders and alcohol dependence (%), 2010*

	Alcohol use disorders**	Alcohol dependence
Males	8.8	4.7
Females	2.5	1.3
Both sexes	5.5	2.9
WHO European Region	7.5	4.0

*12-month prevalence estimates (15+).
**Including alcohol dependence and harmful use of alcohol.

POLICIES AND INTERVENTIONS

Written national policy (adopted/revised) / National action plan	Yes (2008/—) / No
Excise tax on beer / wine / spirits	Yes / Yes / Yes
National legal minimum age for off-premise sales of alcoholic beverages (beer / wine / spirits)	18 / 18 / 18
National legal minimum age for on-premise sales of alcoholic beverages (beer / wine / spirits)	18 / 18 / 18
Restrictions for on-/off-premise sales of alcoholic beverages: Hours, days / places, density	No, No / Yes, Yes
Specific events / intoxicated persons / petrol stations	Yes / Yes / Yes

National maximum legal blood alcohol concentration (BAC) when driving a vehicle (general / young / professional), in %	0.05 / 0.05 / 0.05 (0.02 public transport)
Legally binding regulations on alcohol advertising / product placement	Yes / Yes
Legally binding regulations on alcohol sponsorship / sales promotion	Yes / Yes
Legally required health warning labels on alcohol advertisements / containers	Yes / Yes
National government support for community action	Yes
National monitoring system(s)	Yes

Tableau 2

Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool (Organisation Mondiale de la Santé)[5]

Les politiques et interventions dont se composera l'action nationale sont réparties en 10 domaines d'action recommandés, qui doivent être considérés comme complémentaires et se renforçant mutuellement.

Domaines	Politiques et interventions
1. leadership, prise de conscience et engagement	• mettre au point des stratégies, des plans d'action et des activités nationaux et infranationaux exhaustifs pour réduire l'usage nocif de l'alcool, ou à renforcer ceux qui existent déjà ; • créer ou désigner une institution ou un organisme principal, selon le cas, chargé de donner suite aux politiques, stratégies et plans adoptés au niveau national ; • coordonner les stratégies portant sur l'alcool avec l'action menée dans d'autres secteurs concernés, notamment à assurer la coopération entre les instances gouvernementales de différents niveaux, et avec d'autres stratégies et plans du secteur de la santé en rapport avec elles ; • rendre l'information largement accessible et à mettre en place des programmes efficaces d'éducation et de sensibilisation à tous les niveaux de la société portant sur l'ensemble des méfaits de l'alcool constatés dans le pays, sur l'existence de mesures de prévention efficaces et sur l'intérêt qu'elles présentent ; • sensibiliser aux conséquences néfastes de la consommation d'alcool pour les autres et parmi les groupes vulnérables, à éviter la stigmatisation et à dissuader activement d'exercer une discrimination à l'encontre des groupes et des individus affectés.
2. action des services de santé	• augmenter la capacité des systèmes de santé et de protection sociale à assurer la prévention, le traitement et la prise en charge des troubles liés à l'alcool et de la comorbidité, y compris à aider les familles affectées, à leur offrir un traitement et à soutenir les activités et les programmes d'entraide ou d'auto-assistance ; • soutenir les initiatives de dépistage de la consommation d'alcool dangereuse et nocive et les interventions de courte durée pour y remédier dans le cadre des soins de santé primaires et ailleurs ; ces initiatives doivent comprendre notamment le dépistage précoce et la prise en charge de la consommation nocive chez les femmes enceintes et les femmes en âge de procréer ; • développer les moyens de prévenir et de dépister le syndrome d'alcoolisation foetale et toute une série de troubles associés, et d'appliquer des interventions à l'intention des individus et des familles qui en souffrent ; • élaborer des stratégies et des services intégrés et/ou couplés de prévention, de traitement et de prise en charge des troubles liés à l'alcool et de la comorbidité, y compris les toxicomanies, la dépression, le suicide, le VIH/sida et la tuberculose, et à bien les coordonner ; • garantir l'accès universel à la santé, notamment en rendant les

	services de traitement plus largement disponibles, plus accessibles et plus abordables pour les groupes défavorisés ; • instaurer un système d'enregistrement et de suivi de la morbidité et de la mortalité attribuables à l'alcool, qui comprenne des mécanismes de notification régulière, et à en assurer le bon fonctionnement ; • assurer des services sanitaires et sociaux culturellement adaptés, le cas échéant.
3. action communautaire	• favoriser les évaluations rapides afin de mettre en lumière les lacunes et les domaines où intervenir en priorité au niveau communautaire ; • contribuer à mieux faire prendre conscience des méfaits de l'alcool au niveau local et à promouvoir une action appropriée, efficace et rentable pour parer aux facteurs d'usage nocif de l'alcool et aux problèmes connexes ; • renforcer les moyens qu'ont les autorités locales d'encourager et de coordonner une action communautaire concertée pour favoriser et promouvoir l'élaboration de politiques municipales visant à réduire l'usage nocif de l'alcool, ainsi que leurs moyens de développer les partenariats et les réseaux d'institutions communautaires et d'organisations non gouvernementales ; • fournir des informations sur les interventions communautaires efficaces et à renforcer les moyens disponibles au niveau communautaire pour les mettre en oeuvre ; • mobiliser les communautés contre la vente d'alcool aux personnes n'ayant pas l'âge minimum légal et contre sa consommation par elles, et à les mobiliser pour créer des espaces sans alcool ou favoriser leur création, surtout pour les jeunes et les autres groupes à risque ; • fournir des soins et un soutien communautaires aux personnes affectées et à leur famille ; • concevoir des programmes et des politiques destinés à des sous-populations particulièrement exposées comme les jeunes, les chômeurs et les peuples autochtones, portant sur des questions spécifiques comme la production et la distribution illicites de boissons alcoolisées ou leur production et leur distribution par le secteur informel et prévoyant des événements tels que manifestations sportives et festivals.
4. politiques et mesures de lutte contre l'alcool au volant	• fixer et à faire respecter une concentration maximale d'alcool dans le sang, l'alcoolémie autorisée devant être plus réduite pour les conducteurs professionnels et pour les jeunes conducteurs ou conducteurs débutants ; • encourager la mise en place de points de contrôle de l'alcoolémie et la réalisation d'alcotests aléatoires ; • prévoir la suspension du permis de conduire ; • instaurer l'acquisition progressive du permis pour les conducteurs débutants, avec tolérance zéro de l'alcool au volant ; • utiliser des coupe-circuit, dans des contextes particuliers et si cela est faisable économiquement, pour réduire les incidents dus à la conduite en état d'ivresse ; • mettre en place des programmes obligatoires d'éducation, de

	conseil et, au besoin, de traitement ; • encourager la mise en place d'autres moyens de transport, y compris de services de transports publics jusqu'à la fermeture des débits de boisson ; • mener des campagnes de sensibilisation et d'information pour rallier l'opinion publique aux politiques et amplifier leur effet dissuasif ; • mener des campagnes médiatiques intenses, soigneusement conçues et bien exécutées visant des circonstances particulières comme la période des vacances, ou un public donné comme les jeunes.
5. offre d'alcool	• à instaurer, faire fonctionner et appliquer un système approprié de réglementation de la production, de la vente en gros de boissons alcoolisées et de la vente de boissons alcoolisées à consommer sur place qui impose des limites raisonnables à la distribution d'alcool et au fonctionnement des débits de boisson et conformes aux normes culturelles, par les mesures facultatives suivantes : ○ instaurer, au besoin, un système de licences pour la vente au détail ou des monopoles d'État qui privilégient la santé publique ; ○ réglementer le nombre et l'emplacement des points de vente où l'on consomme sur place ou en dehors des locaux ; ○ réglementer les jours et les heures de vente au détail ; ○ réglementer les modes de vente au détail ; ○ réglementer la vente au détail dans certains lieux ou pendant certains événements ; • fixer un âge minimum légal approprié pour l'achat ou la consommation de boissons alcoolisées et à prendre d'autres mesures empêchant de vendre des boissons alcoolisées aux adolescents et ceux-ci d'en consommer ; • adopter des mesures contre la vente aux personnes en état d'ivresse ou n'ayant pas l'âge minimum légal et à envisager d'instaurer des dispositifs engageant la responsabilité des vendeurs et des serveurs conformément à la législation nationale ; • mettre en place des mesures relatives à la consommation d'alcool dans les lieux publics ou dans les services publics officiels et dans l'exercice de fonctions publiques officielles ; • adopter des politiques pour réduire et éliminer la production, la vente et la distribution illicites de boissons alcoolisées et à réglementer ou contrôler l'alcool produit par le secteur informel.
6. marketing des boissons alcoolisées	• instaurer un ou plusieurs cadres réglementaires, reposant de préférence sur une base législative et assortis s'il y a lieu de mesures d'autoréglementation, pour le marketing de l'alcool, en : ○ réglementant le contenu et le volume du marketing ; ○ réglementant le marketing direct ou indirect dans certains médias ou dans tous les médias ; ○ réglementant les activités de parrainage qui font la promotion de boissons alcoolisées ; ○ restreignant ou interdisant la promotion en rapport avec des activités qui visent les jeunes ; ○ réglementant les nouvelles techniques de marketing de

	l'alcool, par exemple les médias sociaux ; • faire en sorte que des organismes publics ou indépendants instaurent des systèmes efficaces de surveillance du marketing des produits alcoolisés ; • mettre en place des systèmes administratifs efficaces qui dissuadent de contrevenir aux restrictions en matière de marketing.
7. politiques de prix	• instaurer un système national d'imposition spécifique pour l'alcool, assorti d'un système de répression efficace, qui peut tenir compte, le cas échéant, de la teneur en alcool des boissons ; • revoir régulièrement les prix par rapport au taux d'inflation et aux revenus ; • interdire ou limiter les promotions directes et indirectes sur les prix, les rabais, la vente à un prix inférieur au prix de revient et les tarifs forfaitaires pour consommation illimitée ou les autres types de vente au volume ; • fixer, s'il y a lieu, un prix minimum pour l'alcool ; • mettre en place des mesures d'incitation par les prix à consommer des boissons non alcoolisées ; • réduire ou supprimer les subventions aux acteurs économiques du secteur de l'alcool.
8. réduction des conséquences néfastes de la consommation d'alcool et de l'intoxication	• réglementer le contexte dans lequel l'alcool est consommé afin d'éviter le plus possible les actes de violence et les comportements perturbateurs, notamment en servant l'alcool dans des récipients en plastique ou en verre sécurisé et en gérant les questions liées à l'alcool lors des grandes manifestations publiques ; • appliquer des lois interdisant de servir de l'alcool jusqu'à causer l'ébriété et, en cas de préjudice causé par l'ébriété, à engager la responsabilité légale de ceux qui servent de l'alcool ; • adopter des politiques de gestion qui incitent les débits de boisson à servir les clients de façon responsable et à enseigner au personnel travaillant dans les secteurs concernés à prévenir l'ébriété, repérer les buveurs en état d'ébriété et adopter la bonne conduite face aux buveurs ivres et agressifs ; • réduire la teneur en alcool de différentes catégories de boissons ; • offrir des soins ou un abri aux personnes dans un état d'ébriété grave ; • informer le consommateur des méfaits de l'alcool et à les indiquer sur l'étiquette des boissons alcoolisées.
9. réduction de l'impact sur la santé publique de l'alcool illicite ou produit par le secteur informel	• assurer un contrôle de la qualité aux stades de la production et de la distribution des boissons alcoolisées ; • réglementer la vente d'alcool produit par le secteur informel et à l'intégrer dans le système de taxation ; • instaurer un système efficace de contrôle et de répression, y compris un système de timbres fiscaux ; • mettre en place des systèmes de traçabilité et de suivi de l'alcool illicite, ou à renforcer ceux qui existent ; • assurer la coopération et l'échange d'informations nécessaires entre les autorités aux niveaux national et international pour lutter contre l'alcool illicite ;

	• publier des mises en garde contre les contaminants et autres dangers pour la santé que présente l'alcool illicite ou produit par le secteur informel.
10. suivi et surveillance	• mettre en place des cadres efficaces de suivi et de surveillance, y compris des enquêtes nationales périodiques sur la consommation d'alcool et les méfaits de l'alcool ainsi qu'un plan d'échange et de diffusion des informations ; • créer ou désigner une institution ou un autre organisme chargé de recueillir, de compiler, d'analyser et de diffuser les données, y compris de publier des rapports nationaux ; • définir un ensemble commun d'indicateurs concernant l'usage nocif de l'alcool ainsi que les politiques et interventions appliquées pour le prévenir et le réduire, et à suivre l'évolution de ces indicateurs ; • archiver les données au niveau des pays selon des indicateurs convenus sur le plan international et à communiquer des données sous la forme convenue à l'OMS et aux autres organisations internationales concernées ; • mettre en place des mécanismes d'évaluation utilisant les données recueillies pour déterminer l'impact des politiques, des interventions et des programmes appliqués dans le but de réduire l'usage nocif de l'alcool.

Tableau 3

Niveaux de risque de consommation selon l'OMS

Selon l'Organisation Mondiale de a Santé, la consommation d'alcool peut être catégorisée en différents niveaux de risque pour la santé [53, 57, 63]

Critères de l'OMS pour les risques aigus liés à une consommation un jour donné

	Consommation totale (g/j)	
	Hommes	Femmes
Faible	1 à 40	1 à 20
Modéré	> 40 à 60	> 20 à 40
Elevé	> 60 à 100	> 40 à 60
Très élevé	> 100	> 60

Critères de l'OMS pour les risques chroniques liés à une consommation habituelle

	Consommation totale (g/j)	
	Hommes	Femmes

Faible	1 à 40	1 à 20
Modéré	> 40 à 60	> 20 à 40
Elevé	> 60	> 40

Définition des seuils de risque en France

L'unité de mesure servant à définir les seuils de risque en France sont les verres-standard. Un verre-standard est défini par une quantité d'alcool pur de 10 grammes, correspondant approximativement à 10 cl de vin, à 25 cl de bière à 5 % vol, ou à 3 cl d'alcool à 40 % vol.

Les seuils retenus sont les suivants :

- jamais plus de 4 verres par occasion pour l'usage ponctuel
- pas plus de 21 verres par semaine pour l'usage régulier chez l'homme (3 verres/jour en moyenne)
- pas plus de 14 verres par semaine pour l'usage régulier chez la femme (2 verres/jour en moyenne).

Tableau 4
Recommandations de la Société Française d'Alcoologie[57] concernant les objectifs de consommation dans le mésusage d'alcool

1. L'intervention thérapeutique vise un changement de la consommation d'alcool : l'abstinence ou la réduction de la consommation modérée (AE).
2. Lors de l'évaluation initiale, il est recommandé d'accepter l'objectif de consommation du sujet (GRADE B).
3. L'abstinence est l'objectif de consommation le plus sûr pour la plupart des personnes souffrant d'une dépendance à l'alcool, et pour celles ayant un mésusage de l'alcool associé à une comorbidité physique ou psychiatrique significative (par exemple une dépression ou une maladie du foie liée à l'alcool) (AE). Si elles ne souhaitent pas s'engager vers l'abstinence, il faut envisager un programme orienté et un accompagnement vers la réduction des dommages (AE).
4. Pour les sujets avec une consommation nocive ou une dépendance peu sévère, sans comorbidité significative, et si le soutien social est adéquat, il faut envisager l'objectif de réduction de la consommation, à moins qu'ils ne préfèrent l'abstinence ou qu'il y ait d'autres raisons de recommander l'abstinence (AE).
5. L'objectif de réduction de la consommation devrait idéalement viser à ne pas dépasser 21 verres-standard par semaine chez l'homme et 14 verres-standard par semaine chez la femme (AE).
6. Cependant, toute réduction significative de la consommation moyenne d'alcool, comme de la proportion de jours de consommation excessive, est susceptible d'apporter un bénéfice substantiel au sujet (GRADE A). Ainsi, dans une perspective de réduction des dommages, toute cible de la réduction de la consommation est plus acceptable que le *statu quo*, et mérite d'être valorisée. Certains patients n'arrivant à progresser que par étapes, le professionnel de santé est alors amené à adapter les cibles de réduction en fonction des ressources susceptibles d'être mises en œuvre.

AE : Avis d'expert

Grade A : preuve scientifique établie

Grade B : présomption scientifique

Figure 1
Situation de la France par rapport aux autres pays d'Europe en termes de mortalité attribuable à l'alcool, chez les femmes et chez les hommes[39]

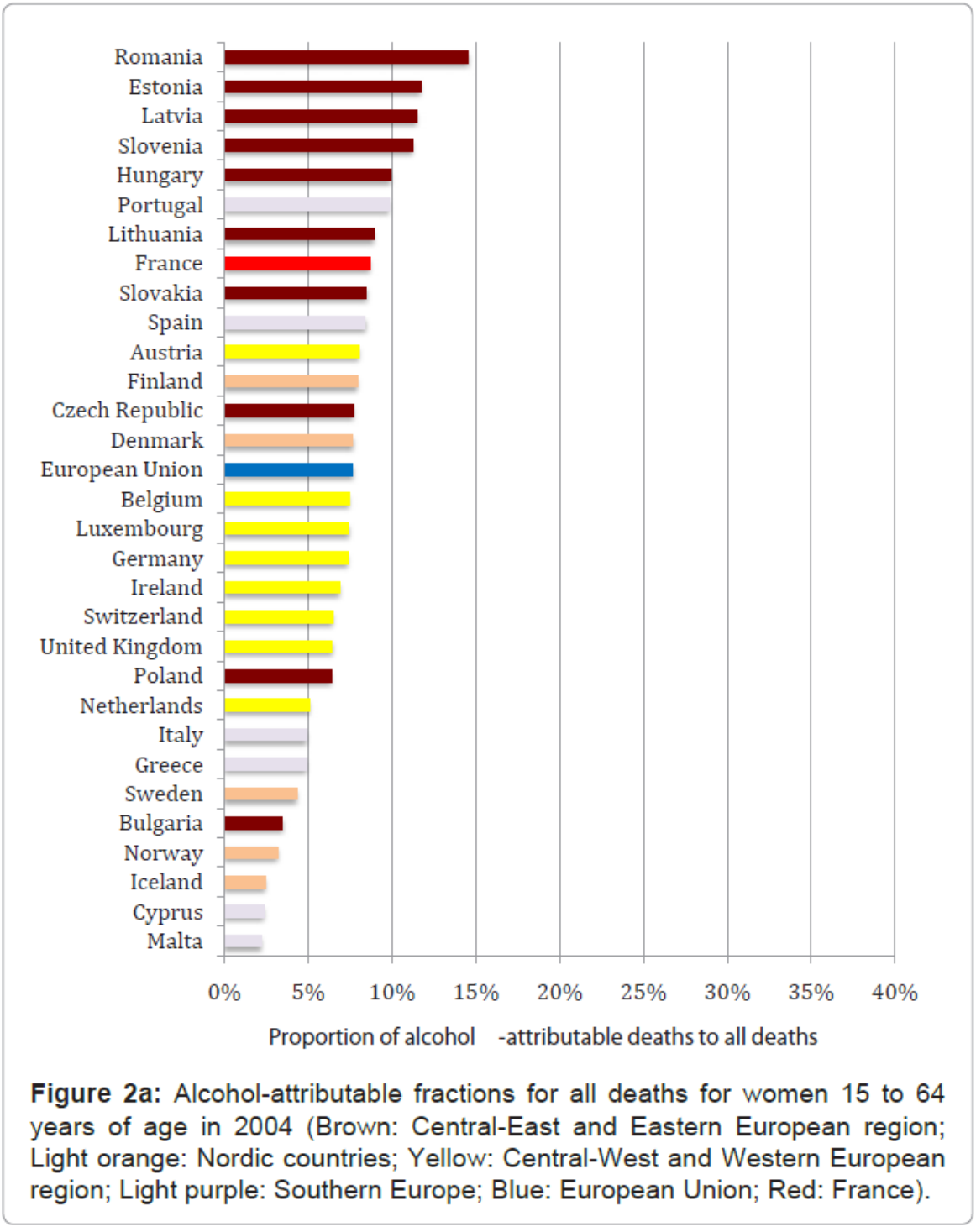


Figure 2a: Alcohol-attributable fractions for all deaths for women 15 to 64 years of age in 2004 (Brown: Central-East and Eastern European region; Light orange: Nordic countries; Yellow: Central-West and Western European region; Light purple: Southern Europe; Blue: European Union; Red: France).

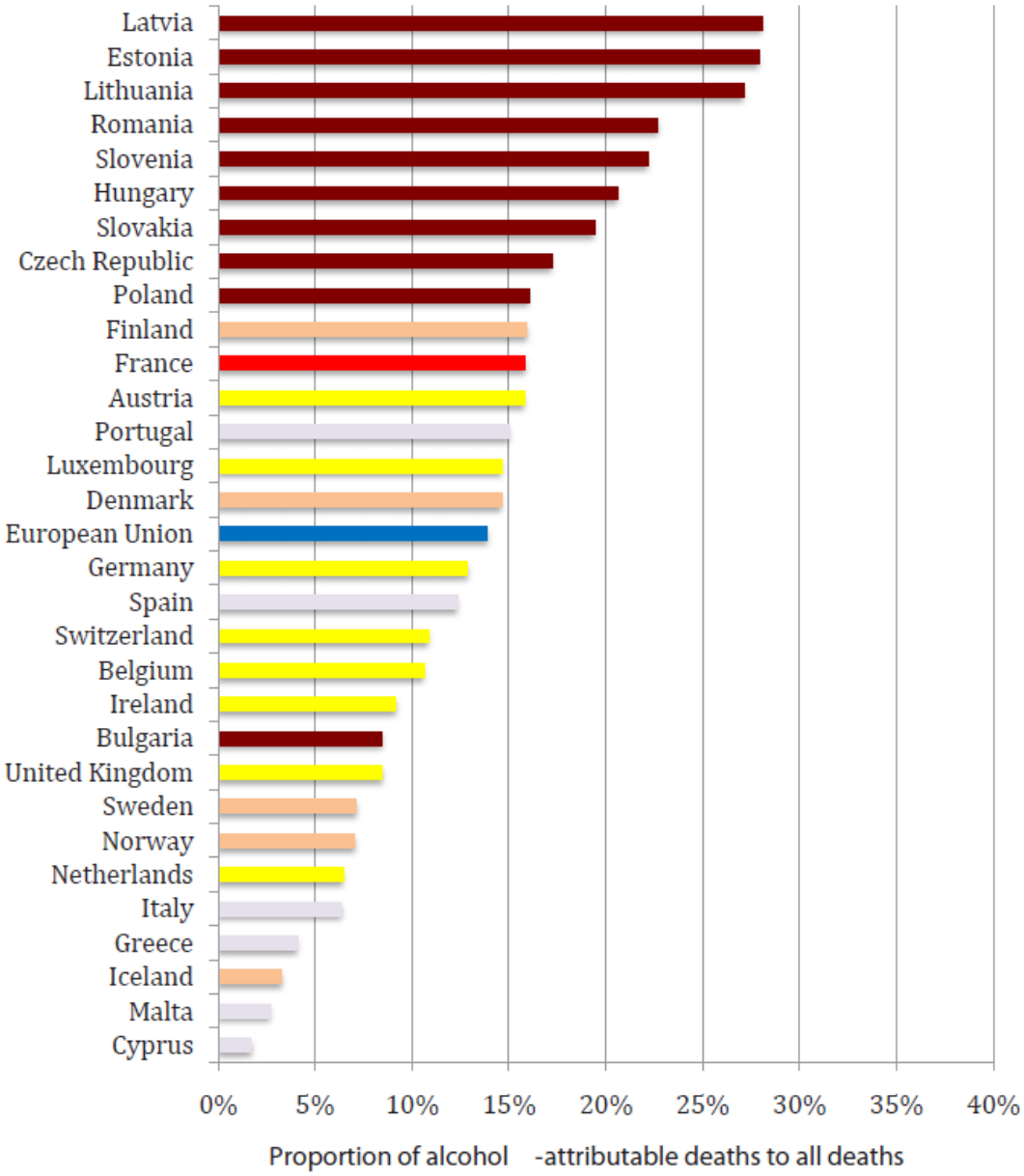


Figure 2b: Alcohol-attributable fractions for all deaths for men 15 to 64 years of age in 2004 (Brown: Central-East and Eastern European region; Light orange: Nordic countries; Yellow: Central-West and Western European region; Light purple: Southern Europe; Blue: European Union; Red: France).

La RdRD est-elle efficace et quelles sont ses limites en matière de tabac ?

Jacques LE HOUEZEC
Docteur en Science de la vie et de la santé, Tabacologue
Consultant indépendant en Santé publique et dépendance tabagique
Membre de l'équipe de recherche en Addictologie de l'Unité INSERM 1178 (Santé mentale et santé publique), Paris, France
Honorary Clinical Associate Professor, UK Centre for Tobacco and Alcohol Studies, Division of Epidemiology & Public Health, University of Nottingham, England
Directeur www.treatobacco.net
jacques.lehouezec@amzer-glas.com

Introduction et contexte historique

Le principal problème lié au tabagisme est l'incompréhension entre les fumeurs et les acteurs de la santé. Le tabagisme est un comportement avant de devenir un problème de santé, et nombre de fumeurs ne se considèrent pas comme malades. C'est sans doute ce qui explique qu'environ 80% d'entre eux tentent d'arrêter sans aide.

L'introduction des substituts nicotiniques (traitement nicotinique de substitution ou TNS) a plus de 30 ans, et s'ils ont démontré une efficacité dans les essais cliniques (Stead et al. 2012, Moore et al. 2009), leur impact au niveau de la prévalence du tabagisme est discutable (Zhu et al. 2012). Ceci réside peut-être dans le fait que l'on a voulu traiter un comportement en le médicalisant, et que cette approche n'a pas rencontré l'adhésion de la majorité des fumeurs. Pour être efficace le TNS doit être pris à doses suffisantes pendant une durée relativement longue, mais la plupart des fumeurs l'utilisent à doses insuffisantes et pendant seulement quelques semaines (la moyenne d'utilisation en France est de l'ordre de 15 jours).

Comme disait Michael Russell en 1991, l'un des pionniers de l'aide à l'arrêt du tabac : « Ce n'est pas tant l'efficacité des nouveaux systèmes de délivrance de nicotine dans l'aide temporaire à l'arrêt, mais plutôt leur potentiel à devenir des alternatives à long-terme du tabac, qui fait de l'élimination du tabagisme une cible future réaliste. » Il recommandait que « le tabac soit rapidement remplacé par des sources de nicotine plus propres et plus sûres » (Russell 1991).
C'est ce qui a conduit en partie l'Angleterre a proposer l'utilisation du TNS à long-terme comme nouvelle indication (réduction du risque tabagique) de ces médicaments depuis 2013 (NICE 2013).

Cependant, il est clair que les fumeurs n'ont pas adopté le TNS comme une alternative au tabagisme, ce qu'ils ont fait de façon plus naturelle et importante avec la cigarette électronique (ou vaporisateur personnel, comme il serait plus approprié de dire), pour la simple raison que ce produit satisfait beaucoup mieux le fumeur dans sa tentative d'arrêter de fumer et surtout lui procure un plaisir (que certains trouvent supérieur à celui que leur procurait la cigarette) qu'il n'a jamais trouvé avec les substituts nicotiniques.

I. Le risque tabagique

1. Le risque tabagique est principalement lié à la combustion

Le principal risque lié au tabagisme est qu'il est majoritairement consommé sous forme de cigarettes ou d'autres produits impliquant une combustion. Ce sont les substances produites lors de la combustion qui sont la cause des dommages dus au tabagisme. Tout végétal brulé produit les mêmes substances toxiques que le tabac. La combustion du tabac produit des goudrons, cause de cancers (environ 70 substances cancérigènes dont 11 carcinogènes primaires selon la classification de l'OMS), du monoxyde de carbone (dû à une combustion incomplète), toxique pour

le système cardiovasculaire, et des particules fines solides à l'origine de problèmes respiratoires (USDHHS 2010).

L'idéal bien entendu est l'arrêt total de la consommation, mais la dépendance au tabac est l'une des plus puissante qui soit et l'arrêt, quelle que soit la méthode employée, n'est obtenu que par un faible pourcentage de fumeurs (1 à 3% à 1 an, Hughes 2003). La réduction du risque tabagique consiste dans le fait de proposer au fumeur une alternative qui supprime la consommation sous forme combustible, sans nécessairement arrêter toute consommation de tabac ou de nicotine. Pour cela il existe plusieurs types de produits (voir plus bas).

2. La nicotine n'est pas responsable des maladies dues au tabagisme

Cancer et risque cardiovasculaire

La nicotine n'est pas reconnue comme cancérigène. Selon certaines études animales elle pourrait faciliter le développement de certaines tumeurs en stimulant l'angiogenèse, mais aucune donnée chez l'Homme n'a confirmé ce fait, tant avec le recul de plus de trente ans de l'utilisation du TNS, que par l'utilisation du snus en Suède (voir plus bas) (Treatobacco.net 2011a). Elle n'a pas non plus d'impact connu sur le système respiratoire. Seuls ses effets cardiovasculaires aigus (vasoconstriction, augmentation de la fréquence cardiaque ou de la pression artérielle) pourraient être en cause. Cependant, la tolérance très forte qui s'installe chez le fumeur réduit considérablement ces effets (Benowitz et al. 1987; Le Houezec 2004), et ce sont bien plus les gaz oxydants et le monoxyde de carbone (CO) qui sont considérés comme délétères pour le système cardiovasculaire (Benowitz et Gourlay 1997, Treatobacco.net 2011b).

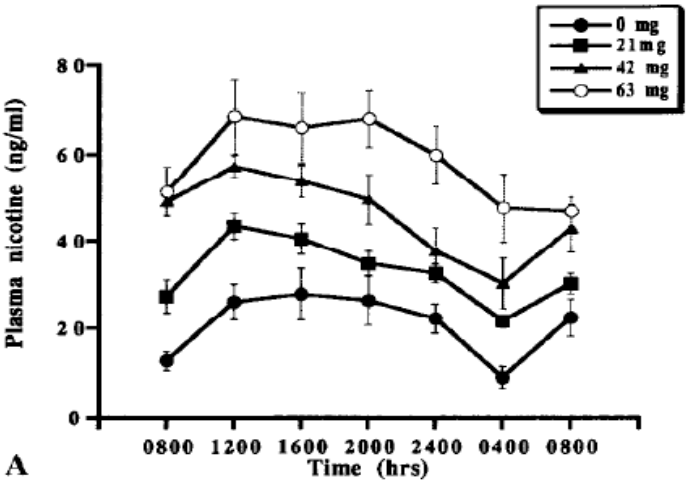
Dose létale de nicotine

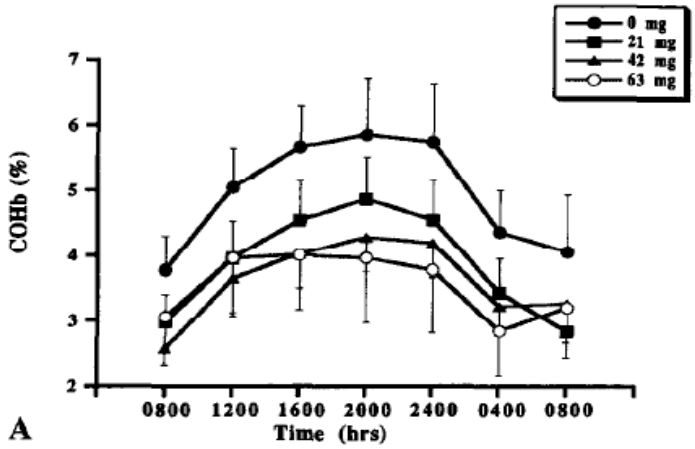
La dose létale de nicotine a aussi toujours été sous-évaluée. Dans la plupart des manuels de toxicologie ou de médecine la dose létale donnée est de 30 à 60 mg pour un adulte, et moins de 30 mg pour un enfant. Ceci correspondrait à une dose létale 50 (DL_{50}, correspondant à la mort de 50% des animaux chez qui on administre cette dose) de 0,8 mg/kg, bien inférieure à ce qui est observé chez la Souris (3,3 mg/kg), ou le Rat (50 mg/kg). Or, ces valeurs ne reposent sur aucune étude solide et il était jusqu'à récemment impossible d'en retrouver la source. C'est le toxicologue autrichien Bernd Mayer (2014) qui en 2013 a retrouvé la source publiée en allemand en 1856 (Schroff, 1856), mais qui ne semble basée que sur des auto-expériences douteuses réalisées par trois auteurs.

Compte tenu d'une biodisponibilité orale de 20% (le premier passage hépatique élimine la plus grande partie de la nicotine), et en assumant une cinétique linéaire, une dose orale de 60 mg devrait donner une concentration plasmatique de 180 ng/ml. Selon les rares cas d'intoxication mortelle par la nicotine publiés, la limite basse de la dose létale de nicotine serait d'environ 2 mg/L dans le sang, correspondant à une concentration de 4 mg/L (4000 ng/ml) dans le plasma, ce qui serait 20 fois plus que la nicotinémie provoquée par l'ingestion de 60 mg. Par comparaison, un fumeur tire environ 2 mg (1 à 3 mg selon ses besoins) d'une cigarette, ce qui produit une nicotinémie d'environ 30 ng/ml (Gourlay et Benowitz 1997). Basé sur ces données, Mayer estime que la dose minimal pour causer le décès chez l'Homme serait de 500 à 1000 mg de nicotine, non pas ingérés mais absorbés (car les premiers symptômes d'intoxication sont nausées et vomissements et qu'une grande partie de la dose ingérée n'est donc pas absorbée). Cela correspondrait à une DL_{50} de 6,5 à 13 mg/kg, ce qui est en accord avec ce qui est donné chez le Chien, qui répond aux effets de la nicotine de façon similaire à l'Homme. Un cas récent d'une patiente psychiatrique ayant ingéré 1500 mg de nicotine (50 ml d'un liquide pour cigarette électronique dosé à 30 mg/ml) a causé fortes nausées, importants vomissements, accélération cardiaque (70 bpm) et augmentation de la pression artérielle (103/69 mm Hg), mais s'est résolu en quelques heures sans séquelles (Christensen et al. 2013, Hajek et al. Addiction 2014).

3. Le fumeur sait titrer la dose de nicotine dont il a besoin, il n'y a pas de risque de surdosage par inhalation

Le fumeur sait réguler son besoin en nicotine, et la cigarette lui apporte un moyen de contrôle très précis, bouffée par bouffée. Une cigarette contient entre 12 et 14 mg de nicotine. Le fumeur est capable d'absorber entre 1 et 3 mg de nicotine par cigarette en modifiant sa façon de fumer (bouffées plus longues, plus rapprochées, maintien de la fumée dans les poumons plus longtemps). Une étude a montré que lorsqu'un fumeur reçoit de la nicotine sous une autre forme (patchs), il réduit son absorption sur les cigarettes qu'il fume (Benowitz et al. 1998). Ceci a été montré à la fois sur la quantité de nicotine tirée de chaque cigarette (cercle rouge sur le graphique), ainsi que sur son taux de carboxyhémoglobine (présence de CO) qui est réduit, montrant qu'il tire moins sur ses cigarettes lors d'un apport externe de nicotine. Ce phénomène a été utilisé pour montrer qu'il n'y avait pas de danger à fumer tout en portant un patch, et a été utilisé pour justifier l'innocuité de l'indication de réduction de consommation associé à l'utilisation de TNS, qui permet à un fumeur de réduire progressivement sa consommation avant d'arrêter totalement de fumer, et a démontré une certaine efficacité chez les fumeurs ne désirant pas arrêter



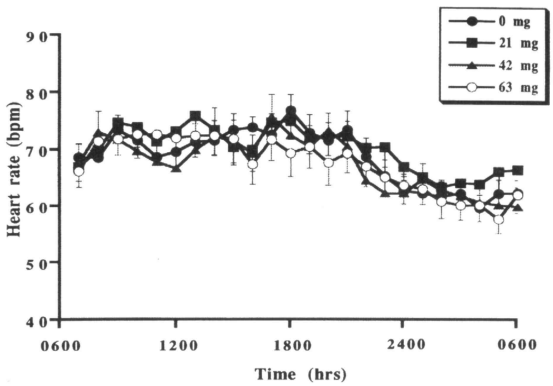


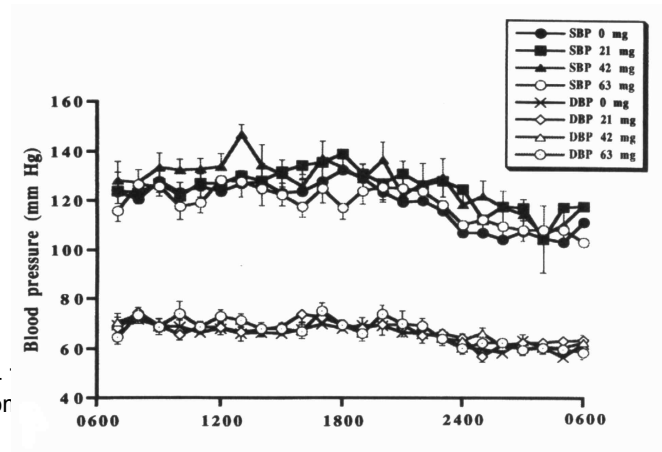
Cigarette smoking, nicotine and carbon monoxide exposure in different nicotine patch dosing conditions

Patch dose	Cigarettes smoked[a]	ΔAUC nicotine[b]	Nicotine intake from cigarettes[a]	Nicotine intake per cigarette[a]	AUC COHb[a]
mg/24 h		*ng/ml*hr*	*mg*	*mg*	*% · hr*
0	17.2 ± 2.4	500 ± 95[c]	35.9 ± 4.0[c]	2.5 ± 0.5	129 ± 16
21	16.2 ± 2.1	417 ± 73	30.4 ± 3.9	2.2 ± 0.3	101 ± 13[d]
42	15.5 ± 1.4	334 ± 53	27.4 ± 4.4	1.9 ± 0.3	92 ± 11[d]
63	12.7 ± 1.3	276 ± 45[c]	20.7 ± 3.1[c]	1.6 ± 0.3	93 ± 20[d]

de fumer (Moore et al. 2009).

Dans cette étude il a aussi été montré qu'il n'y avait aucune répercussion sur la fréquence cardiaque ou la pression artérielle, quel que soit la nicotinémie obtenue (Zevin et al. 1998).

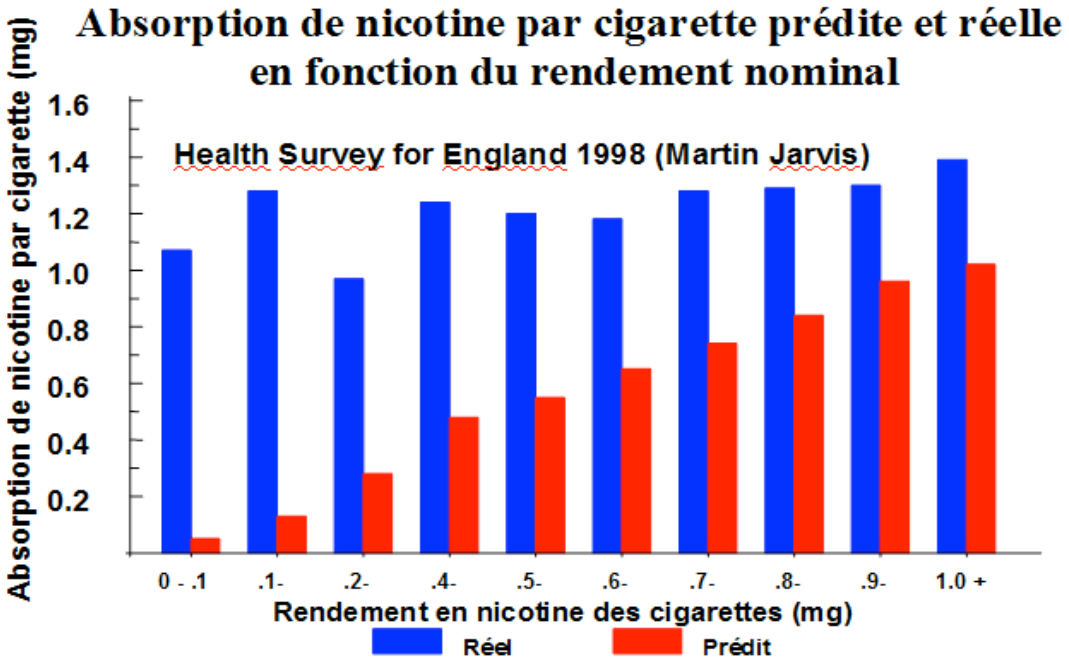




ıe -
dor

Le mythe des cigarettes dites légères

Il est important de rappeler aussi que les cigarettes dites légères n'existent pas. Dans une étude réalisée lors de l'enquête annuelle anglaise sur la santé, Martin Jarvis a montré que les fumeurs tirent à peu près la même quantité de nicotine par cigarette (entre 1 et 1,4 mg dans cette étude), quel que soit le rendement mesuré par une machine à fumer, et qui figure (encore !) sur les paquets de cigarettes (Jarvis et al. 2001). Cela indique que pour obtenir la même quantité de nicotine par cigarette, les fumeurs consommant ces soi-disant cigarettes légères sont obligé de bloquer en partie les trous de ventilation pratiqué sur les filtres (qui se trouvent là ou le fumeur met les doigts ou les lèvres) et en inhalant de plus grandes quantités de fumée, s'exposant ainsi à plus de substances toxiques de la fumée.



4. La réduction de consommation n'est pas forcément liée à une réduction des risques

A cause du phénomène de titration de la nicotine, il est illusoire pour un fumeur de réduire son nombre de cigarettes fumées quotidiennement. Ainsi, il est tout à fait possible de passer de 20 à 10 cigarettes par jour, sans pour autant diminuer son apport de nicotine (Benowitz et al. 1986). Cependant, ceci se fait aux dépends d'une plus grande quantité de fumée inhalée, et donc d'une augmentation de l'exposition aux substances toxiques de la fumée. C'est ce qui fait dire que la réduction de consommation n'est pas forcément liée à une réduction des risques.

Seule une réduction associée à une prise de nicotine provenant d'une source externe (tabac non fumé, TNS, cigarette électronique), peut permettre de réduire l'exposition à la fumée, et donc d'obtenir un réel bénéfice sur certains risques, comme cela a été montré dans la Lung Health Study avec la gomme à la nicotine (Murray et al. 1996, Anthonisen et al. 2002).

II. La réduction du risque tabagique : utilisation de nicotine sans combustion

1. Le tabac non fumé

C'est la combustion qui est le principal problème lié à la consommation de tabac. Utiliser du tabac non fumé supprime déjà en soi un certain nombre de facteurs de risques. La suppression de l'inhalation de fumée devrait ainsi réduire considérablement les maladies pulmonaires (BPCO, asthme, cancer, etc...), et la suppression des gaz oxydants et du monoxyde de carbone, une grande partie des maladies cardiovasculaires. Reste la question des autres cancers que le cancer du poumon (Le Houezec et al. 2011).

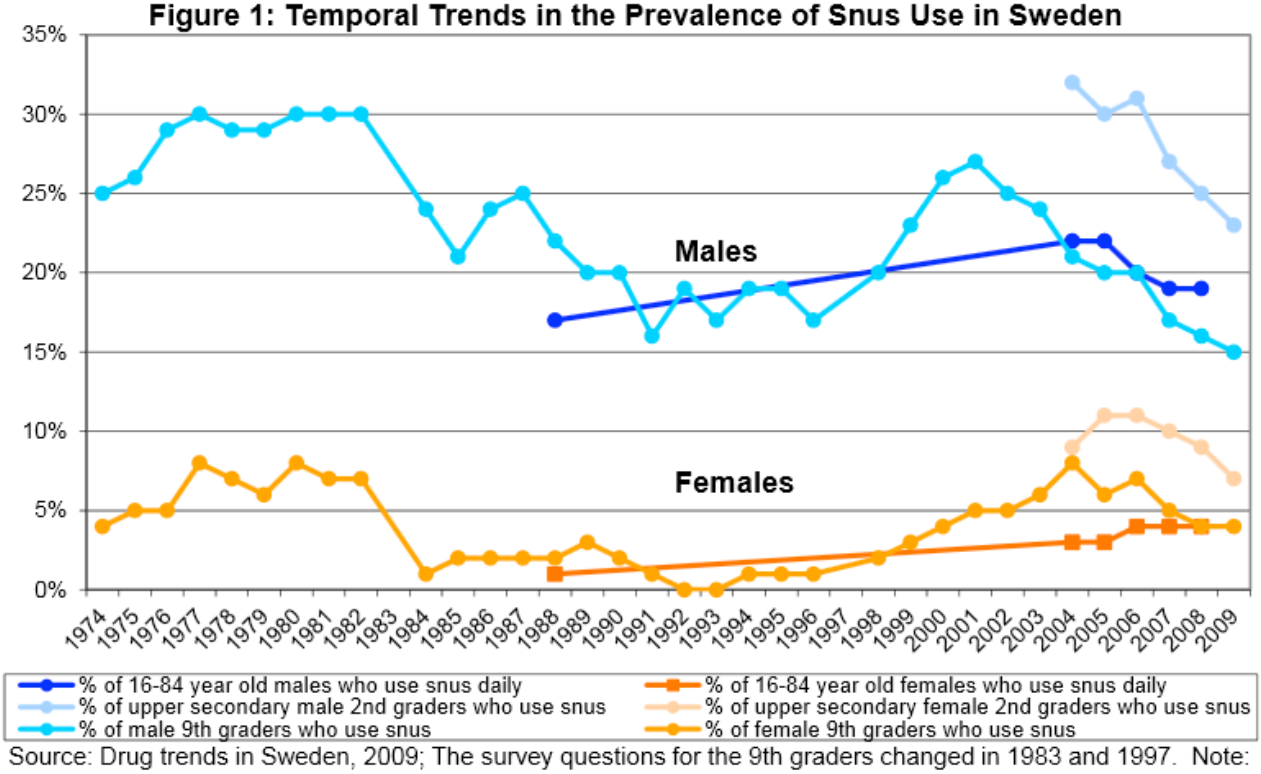
Cependant, il y a une très grande disparité dans les différents tabacs non fumés et ils ne comportent pas tous les mêmes risques (SCENIHR 2008).

De façon surprenante, l'Europe a décidé en 2001 (Directive sur les produits du tabac 2001/37/EC) d'interdire la vente du produit non fumé qui est certainement le moins dangereux de cette catégorie, le snus (sauf en Suède qui a obtenu une exemption). Cette interdiction a été renouvelé dans la nouvelle Directive tabac votée en 2014 et qui sera applicable en mai 2016 (DIRECTIVE 2014/40/UE).

2. L'exemple suédois de réduction des risques avec le snus

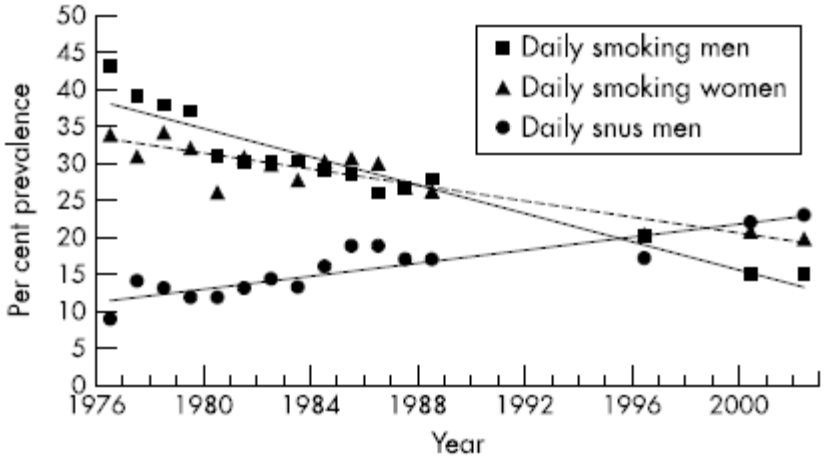
Le snus est un tabac en poudre humide (moist snuff à l'opposé de dry snuff qui est plus du tabac à priser) destiné à être placé entre la lèvre supérieure et la gencive. Il est issu de tabac brun séché à l'air et au soleil, puis traité par la vapeur (sorte de pasteurisation) afin d'en réduire le contenu en nitrosamines spécifiques du tabac qui ont de fortes propriétés carcinogènes. Ce traitement du tabac minimise aussi le contenu en hydrocarbures aromatiques polycycliques (comme le benzo(a)pyrène). En Suède, la consommation de ce produit a considérablement baissé au début du 20ème siècle avec l'arrivée des cigarettes industrielles, mais a connu un regain d'intérêt depuis les années 1970. Entre 1976 et 2004, la prévalence de l'utilisation quotidienne de snus est passée de 9% à 22% (Royal College of Physicians, 2007).

Figure 1: Temporal Trends in the Prevalence of Snus Use in Sweden

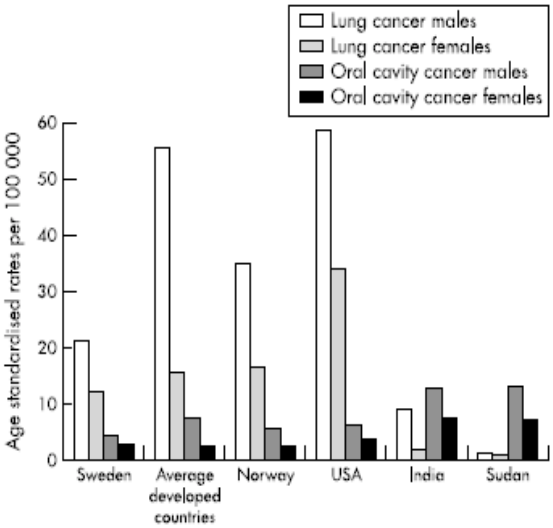


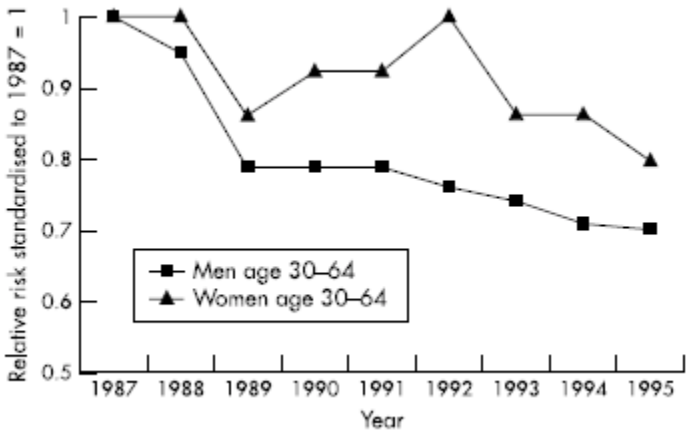
Source: Drug trends in Sweden, 2009; The survey questions for the 9th graders changed in 1983 and 1997. Note: Adult age group is 18-84 years old in 2004.

Le snus a été beaucoup plus adopté par les hommes que par les femmes (graphique ci-dessus, http://www.accessdata.fda.gov/Static/widgets/tobacco/MRTP/19%20appendix-6b-environ-tub-report-2013.pdf), ce qui a réduit de façon plus importante l'utilisation de la cigarette chez les hommes par rapport aux femmes (graphique ci-dessous, Foulds et al. 2003).

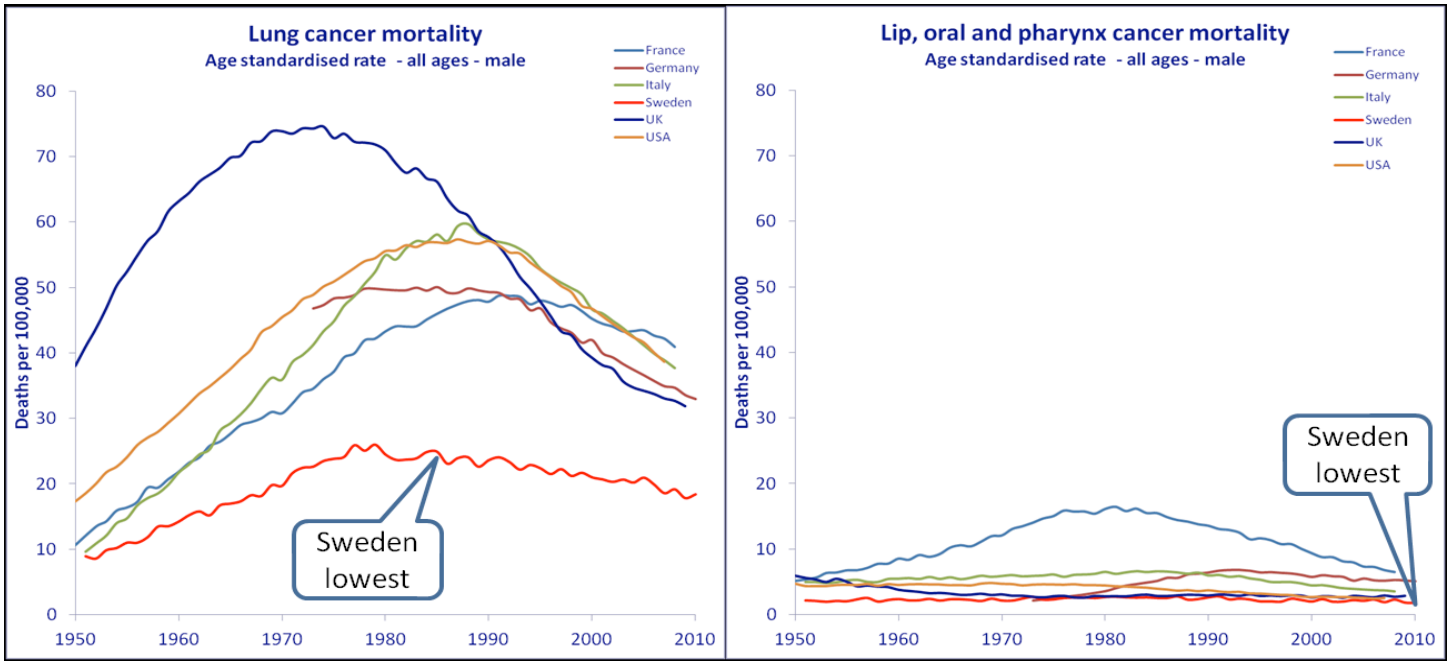


La réduction de la prévalence tabagique chez les hommes suédois est la plus importante parmi les pays développés. Elle s'est traduite par une réduction significative des maladies dues au tabagisme, particulièrement le cancer du poumon (graphique de gauche ci-dessous) et l'infarctus du myocarde (graphique de droite ci-dessous) (Foulds et al. 2003).





La Suède est le pays au monde où les taux de cancer du poumon et de cancers oropharyngés sont les plus bas (Cancer statistics from the World Health Organisation http://www-dep.iarc.fr/WHOdb/WHOdb.htm).



3. Le tabac chauffé

L'industrie du tabac a développé plusieurs dispositifs (Ploom, iQos, Revo) permettant de chauffer le tabac sans le bruler (heat not burn) et de délivrer une vapeur nicotinée. Cette technologie est encore jeune et n'a pas pour l'instant rencontré une forte adhésion de la part des fumeurs. Il s'agit bien d'un dispositif de réduction des risques, même s'il est probable que certains toxiques du tabac (en particulier les nitrosamines, cancérigènes) soient encore présent dans la vapeur dégagée. Compte tenu de la suspicion qui règne sur les données provenant de l'industrie du tabac, nous manquons actuellement de données indépendantes pour juger de la réduction relative de risque par rapport au tabac fumé (Etter 2015, et http://www.stop-tabac.ch/fr/les-nouveaux-vaporisateurs-de-tabac-et-inhalateurs-de-nicotine).

4. La cigarette électronique

Le vaporisateur personnel (cigarette électronique) est constitué d'une batterie dont la puissance est utilisée pour chauffer une résistance qui crée un aérosol permettant de transporter la nicotine. Bien qu'il s'agisse d'un aérosol, tout le monde parle de vapeur et de l'action de vaper. Le liquide chauffé est généralement constitué de propylène glycol, de glycérol (tous deux sont des dialcool et non pas des corps gras), de nicotine (il existe aussi des liquides sans nicotine), d'arômes, et éventuellement d'un peu d'eau et/ou d'alcool en faibles quantités (2 à 3% en général) qui facilitent la dilution des arômes dans le liquide.

Il y a trois principaux types de cigarettes électroniques, celles dites de 1ère génération qui sont soit jetables, soit utilisent des cartouches scellées qui nécessitent d'être remplacées lorsqu'elles sont vides, et qui ressemblent généralement par la taille et la forme à des cigarettes, elles sont pour cela souvent appelées « cigalikes .» Celles de seconde génération comportent un réservoir qui peut être rempli avec des fioles de liquide de recharge, et ont plutôt la forme d'un stylo (type eGo). Celles de troisième génération, appelées couramment « mods » sont en général munies de batteries à puissance variable et d'un réservoir équipé d'une résistance plus performante (permettant de moduler la puissance délivrée et les sensations d'utilisation).

Toxicité

Le profil toxicologique de la vapeur de vaporisateur personnel est sans commune mesure avec celui de la fumée de tabac, même si certaines substances irritantes ou cancérigènes ont pu être caractérisées dans certaines études (pour revue : Hajek et al. 2014, Farsalinos et Polosa 2014, Public Health England 2015).

Les aldéhydes, incluant le formaldéhyde, l'acroléine et l'acétaldéhyde, sont présents dans la fumée de tabac et participent à sa toxicité. Des aldéhydes peuvent aussi être produits lors de la dégradation thermique du propylène glycol et du glycérol des liquides pour cigarette électronique, mais en conditions d'utilisation normale (ce que certaines études n'ont pas respecté, comme celle publiée dans le New England Journal of Medicine par Jensen et al. 2015), les taux mesurés sont considérablement moindres que ce que l'on retrouve dans la fumée de tabac.

Comme l'ont montré Farsalinos et al. (2015), en faisant tester les conditions expérimentales par des utilisateurs avant de faire l'expérience et les analyses de la vapeur, un défaut d'alimentation de liquide sur la résistance, par application d'une puissance trop élevée ne permettant pas une arrivée suffisante de liquide sur la résistance, surchauffe le liquide et produit une bouffée qui n'est pas inhalable. Les utilisateurs ont l'habitude d'appeler ce phénomène le « dry hit » ou « dry puff » (bouffée sèche). Dans ce cas, il n'inhalent pas la vapeur et font en sorte de modifier la configuration de leur vaporisateur pour corriger cette erreur (ce dont n'a pas tenu compte l'étude de Jensen et al. 2015). Le tableau ci-dessous montre que les aldéhydes, et en particulier le formaldéhyde et l'acroléine (très âcre) ne sont produites dans cette expérience que lorsqu'on utilise des valeurs hautes de puissance (9 et 10 Watts) avec une résistance (atomizer) insuffisamment alimentée en liquide. Dans les conditions normales d'utilisation, ces substances sont produites en quantités considérablement moindres (10 à plusieurs centaines de fois moins) que ce qui est mesuré dans la fumée de tabac (dernières lignes du tableau, les taux donnés pour la cigarette correspondent à 10 bouffées).

Table 1 Aldehyde levels in e-cigarette aerosol under normal and 'dry puff' conditions. Levels approached or exceeded those in tobacco cigarette smoke only under dry puff conditions, which are detected and avoided by the consumers.

	Formaldehyde (µg/10 puffs) n = 3	*Acetaldehyde (µg/10 puffs) n = 3*	*Acetone (µg/10 puffs) n = 3*	*Acrolein (µg/10 puffs) n = 3*
6.5 watts				
Atomizer 1	6.5 (1.7)	ND	ND	ND
Atomizer 2	3.7 (1.6)	0.8 (0.4)	ND	0.2 (0.1)
P-value[a]	NS	NS	NS	NS
7.5 watts				
Atomizer 1	6.1 (1.3)	ND	ND	ND
Atomizer 2	ND	0.8 (0.5)	ND	1.3 (0.8)
P-value[a]	0.001	NS	NS	0.045
9 watts				
Atomizer 1	9.5 (2.3)	3.5 (0.9)	ND	0.8 (0.6)
Atomizer 2[b]	119.2 (15.9)	58.9 (12.8)	4.6 (1.0)	48.4 (10.0)
P-value[a]	< 0.001	0.002	0.002	0.001
10 watts				
Atomizer 1	11.3 (2.6)	4.5 (1.2)	ND	1.0 (0.6)
Atomizer 2[b]	344.6 (56.0)	206.3 (33.3)	22.5 (7.1)	210.4 (48.8)
P-value[a]	0.001	< 0.001	0.006	0.002
	Formaldehyde (µg/cigarette) n = 50	*Acetaldehyde (µg/cigarette) n = 50*	*Acetone (µg/cigarette) n = 50*	*Acrolein (µg/cigarette) n = 50*
Tobacco cigarette[c]	74.0 (23.7)	1240.3 (147.7)	641.9 (71.2)	120.4 (14.7)
P-value (9 W)[d]	< 0.001	< 0.001	< 0.001	< 0.001
P-value (10 W)[e]	< 0.001	< 0.001	< 0.001	< 0.001

[a]Repeated-measures analysis of variance (ANOVA). [b]Dry puff conditions, as detected by seven electronic cigarette users. [c]Data from Counts *et al.* (Health Canada Intense puffing regime) [10]. [d]One-way ANOVA, comparing data tobacco cigarettes with values from 9-W power setup. [e]One-way ANOVA, comparing data tobacco cigarettes with values from 9-W power setup. ND = not determined; NS = not significant.

Vapotage passif

La demi-vie de disparition de la vapeur de cigarette électronique dans l'air ambiant est de 11 secondes, comparée à 20 minutes pour la fumée de tabac (Bertholon et al. 2013). De plus, la fumée secondaire de cigarette (celle qui s'échappe de la cigarette lorsque le fumeur ne tire pas dessus) représente 85% de l'exposition passive à la fumée, alors qu'il n'y a pas de vapeur secondaire, seule celle exhalée par le vapoteur est relarguée dans l'air ambiant. Selon une récente étude (StHelen et al. 2015), les vapoteurs retiendraient 94% de la nicotine, 89% du glycérol et 92% du propylène glycol inhalés, ne libérant donc que très peu de résidu dans l'air ambiant. Dans une étude comparant les concentrations de cotinine (métabolite principal de la nicotine) chez les partenaires de fumeurs et de vapoteurs, les partenaires de vapoteurs avaient des concentrations 1000 fois inférieures (0,19 ng/ml de cotinine salivaire et 1,75 ng/ml de cotinine urinaire) à celles mesurées chez les fumeurs (Balbè et al. 2014). De tels niveaux correspondent à ce que l'on peut obtenir en mangeant des tomates ou des aubergines, qui font partie de la même famille que le tabac et contiennent un peu de nicotine (Domino et al. 1993).

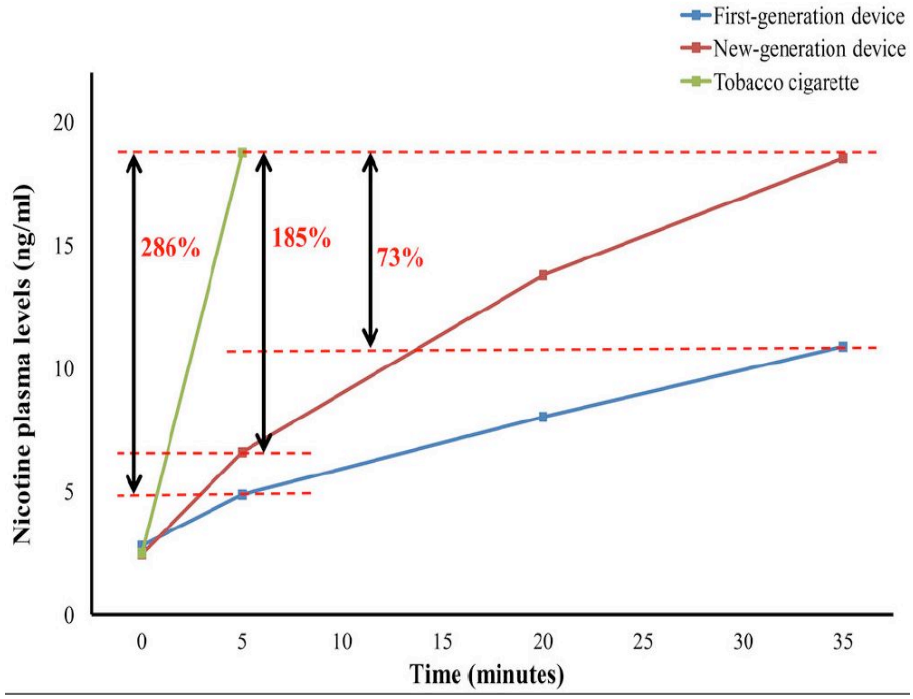
Compte tenu de ces très faibles niveaux d'exposition passive à la vapeur, les auteurs du rapport du Public Health England (2015) estiment qu'il n'y a donc aucun risque de santé identifié pour l'entourage d'un vapoteur. En conséquence, l'Angleterre n'a pas interdit l'utilisation de la cigarette électronique dans les lieux publics ou de travail.

Effets à long terme

Compte tenu du profil toxicologique de la vapeur de cigarette électronique, les auteurs du rapport du Public Health England (2015) ont estimé un potentiel risque pour la santé représentant 5% du risque du tabagisme. Les potentiels effets délétères à longs termes seront donc très difficiles à démontrer. En effet, il faut plusieurs dizaines d'années de tabagisme pour démontrer ces méfaits sur la santé malgré sa très forte toxicité. Pour montrer des effets à long terme avec la cigarette électronique il faudrait qu'un très grand nombre de non fumeurs vape pendant plusieurs dizaines d'années (car avec les fumeurs il restera toujours un doute que ce soient leurs antécédents tabagiques qui soient la cause) pour que les étude épidémiologiques aient une puissance suffisante pour faire la démonstration d'un lien entre la vapeur de cigarette électronique et une maladie.

Délivrance de nicotine

La vitesse de délivrance de la nicotine est un point important pour la satisfaction du fumeur. Les cigarettes délivrent la nicotine très rapidement et la nicotinémie artérielle atteignant le cerveau est 6 à 10 fois supérieure à la nicotinémie veineuse, car la voie pulmonaire est la voie d'administration la plus rapide (plus rapide qu'une injection intraveineuse). C'est entre autre pour cette raison que la cigarette est la forme de consommation la plus addictive du tabac (plus le délai est court entre le comportement et l'effet de récompense, plus une substance est addictive). Ce qui n'est pas le cas avec le TNS par exemple, où la vitesse d'absorption est beaucoup plus lente. La délivrance de nicotine par la cigarette électronique se situe probablement entre les deux, mais cela dépend aussi du type de matériel utilisé. Comme le montre le graphique ci-dessous (nicotinémies veineuses, Farsalinos et al. 2014), il faut environ 35 min avec une cigarette électronique de dernière génération pour obtenir la nicotinémie obtenue en 5 minutes avec une cigarette, mais il faut probablement plus d'1h avec les « cigalikes » (d'où leur moins grande efficacité dans l'aide à l'arrêt – voir plus bas).



C'est aussi sans doute cette différence de vitesse d'absorption de la nicotine, et le fait qu'elle ne soit pas accompagnée d'autres substances de la fumée (IMAOs, acétaldéhyde) renforçant ses effets, qui fait que la dépendance à la cigarette électronique chez les vapoteurs semble moins forte que celle qu'ils ressentaient avec la cigarette (Dawkins et al. 2013 ; Farsalinos et al. 2013).

Aide à l'arrêt du tabac

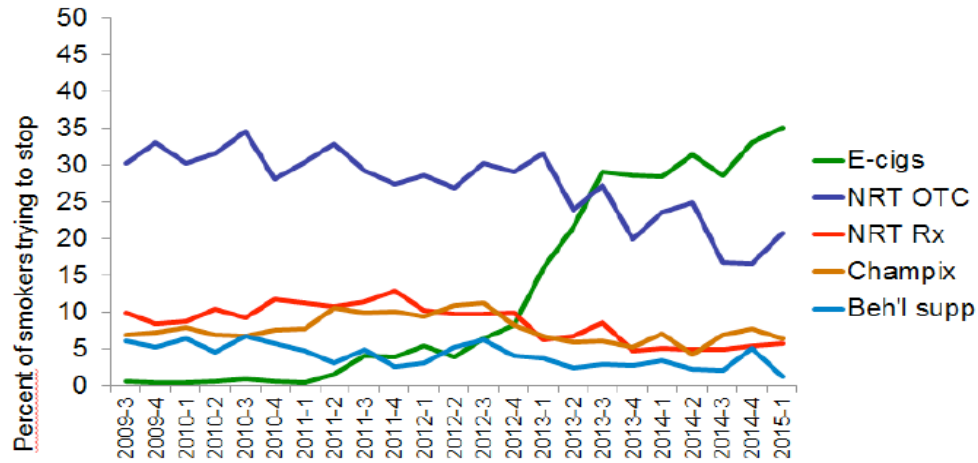
Les essais cliniques ayant testé l'efficacité de la cigarette électronique pour l'aide à l'arrêt du tabac sont peu nombreux, et si selon la revue Cochrane les résultats sont encourageants, ils n'apportent pas de preuve définitive (McRobbie et al. 2014). L'une des explications possible réside dans le fait que ces essais cliniques ont presque tous testé des cigarettes électroniques de 1ère génération (« cigalikes ») dont on connait le peu d'efficacité et qui pour les deux principaux essais cliniques (Bullen et al. 2013 ; Caponnetto et al. 2013) n'étaient pas techniquement au point ou ne délivraient pas suffisamment de nicotine pour espérer une efficacité suffisante. Etant donné la rapide innovation technique des cigarettes électroniques, ainsi que la diversité des produits (y compris des liquides de recharge), il semble de toute façon très difficile de démontrer leur efficacité dans un essai clinique, car chaque fumeur doit trouver le matériel qui lui convient (il n'y a pas de « one size fits all » dans la vape). C'est pour cela que de nombreuses études en population ont été conduites et apportent certainement des réponses plus fiables quant à l'efficacité de la cigarette électronique dans l'aide à l'arrêt du tabac.

Une enquête transversale anglaise (Brown et al. 2014) chez 5863 fumeurs ayant essayé d'arrêter de fumer dans les 12 derniers mois sans l'aide d'un professionnel de la santé a montré que ceux ayant utilisé la cigarette électronique avaient un succès supérieur à ceux ayant utilisé un TNS (sans ordonnance), ou que ceux n'ayant rien utilisé. Le rapport de cote (OR) ajusté sur les variables confondantes (démographiques et dépendance) était de 1,63 (IC 95% ; 1,17-2,27 ; $p<0,01$) en faveur de ceux ayant utilisé une cigarette électronique par rapport à ceux ayant utilisé un TNS et de 1,61 (1,19-2,18 ; $p<0,01$) par rapport à ceux n'ayant pas utilisé d'aide.

Une petite étude réalisée en recrutant 71 fumeurs dans une boutique spécialisée de cigarettes électroniques en Italie a montré des taux d'arrêt (non validés par mesure de CO expiré) de 42,2% à 6 mois et de 40,8% à 12 mois (Polosa et al. 2014).
Une autre étude réalisée aux USA chez 215 fumeurs recrutés en boutique spécialisée, avec mesure de CO expiré pour valider l'arrêt du tabac, a montré un taux de succès de 66%. Cette étude a aussi montré que les participants qui vapaient depuis le plus longtemps (OR=4,9 ; IC 95%

2,11-11,16 ; p<0,001), ceux qui utilisaient des cigarettes électroniques de dernière génération (OR=3,1 ; 1,10-8,70 ; p=0,032) et ceux qui utilisaient des liquides avec des arômes autres que tabac ou menthe (ceux qui sont habituellement utilisés au début par les vapoteurs et qu'ils abandonnent pour des liquides fruités ou gourmands) (OR=2,4 ; 1,07-5,53 ; p=0,035), avaient plus de chances d'avoir arrêté de fumer (Tacket et al. 2015).

Selon les enquêtes anglaises réalisées mensuellement (Smoking Tool Kit Study), les fumeurs qui font une tentative d'arrêt sont maintenant plus nombreux à le faire avec la cigarette électronique qu'avec le TNS (voir graphique ci-dessous).



N=10078 adults who smoke and tried to stop or who stopped in the past year

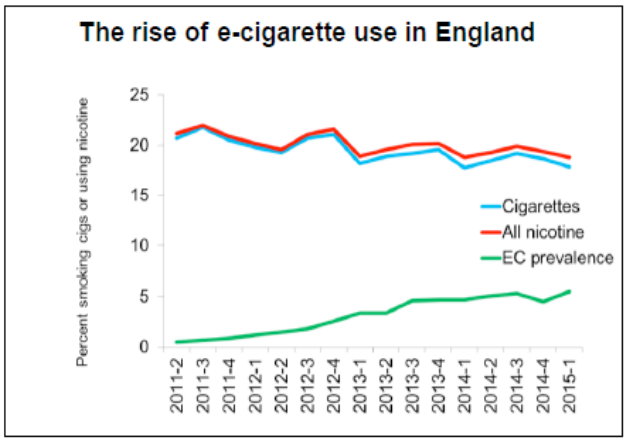
Source : http://www.smokinginengland.info/

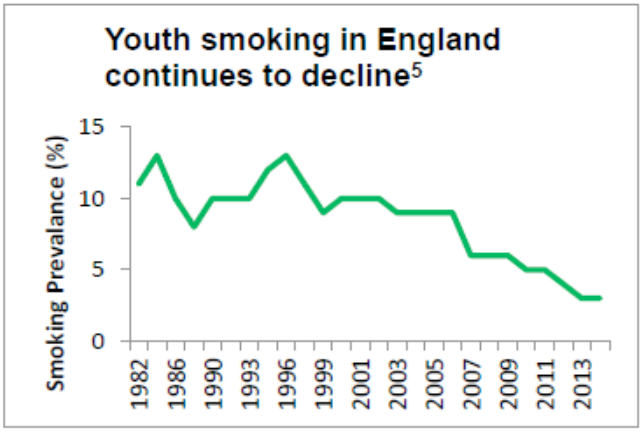
Selon les données de l'Eurobaromètre 2014 (enquête réalisée sur plus de 27000 participants de l'ensemble de la Communauté européenne), réanalysées par le Dr Konstantinos Farsalinos (Farsalinos et al. 2016, soumis à publication) et présentées à Paris lors du dernier Vapexpo (https://www.youtube.com/watch?v=XxOoZ_79Txo) les fumeurs français seraient 15% (autant qu'avec le TNS) à avoir utilisé la cigarette électronique lors de leur dernière tentative d'arrêt, et 39% auraient réussi à arrêter de fumer (36% ont réduit leur consommation).

Renormalisation du tabagisme et effet passerelle chez les jeunes

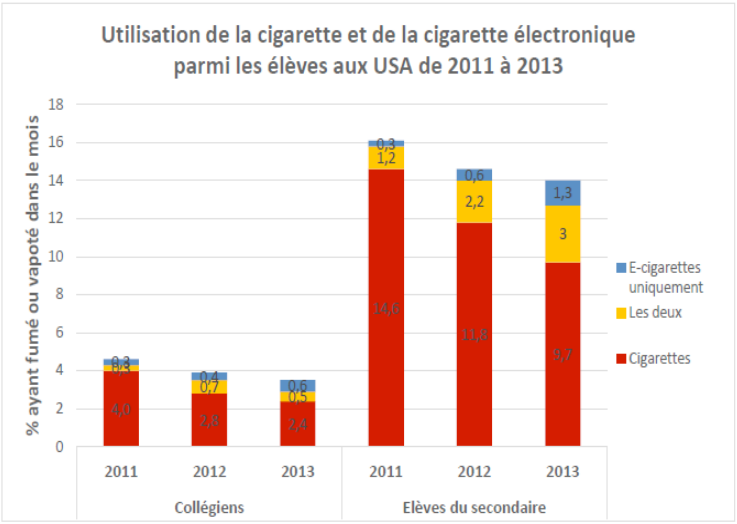
L'une des craintes exprimée par les associations antitabac serait la renormalisation du tabagisme induite par l'utilisation de la cigarette électronique dans les lieux publiques et l'incitation au tabagisme des jeunes qui expérimenteraient la cigarette électronique. Les données dont nous disposons, tant en Angleterre, qu'aux USA ou en France ne confirment pas ces craintes.

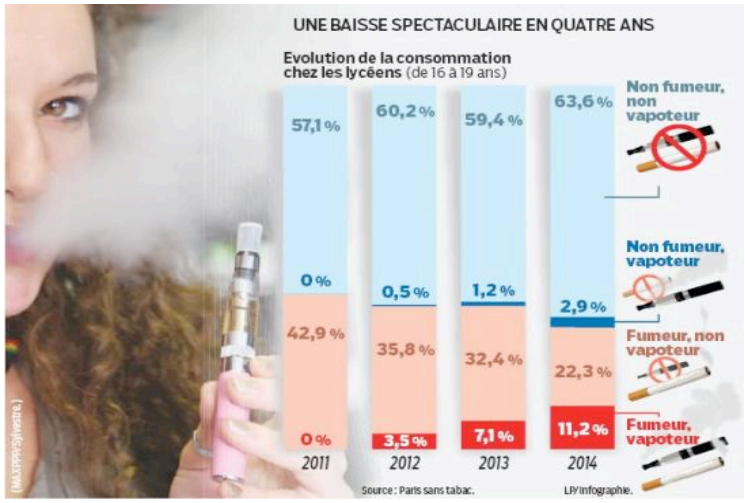
En Angleterre, l'augmentation de la prévalence de l'utilisation de la cigarette électronique n'a pas ralentie la décroissance du tabagisme tant chez les adultes graphique de gauche) que chez les jeunes (graphique de droite ci-dessous) (Public Health England 2015).





De même aux Etats-Unis (données provenant du CDC National Youth Tobacco Survey, source : blog de Clive Bates « Briefing on the science and policy of e-cigarettes and vaping ») et en France (données de Paris sans tabac, source : http://www.leparisien.fr/societe/etude-les-ados-moins-accros-au-tabac-16-05-2014-3845399.php), la prévalence du tabagisme continue de décroître régulièrement.

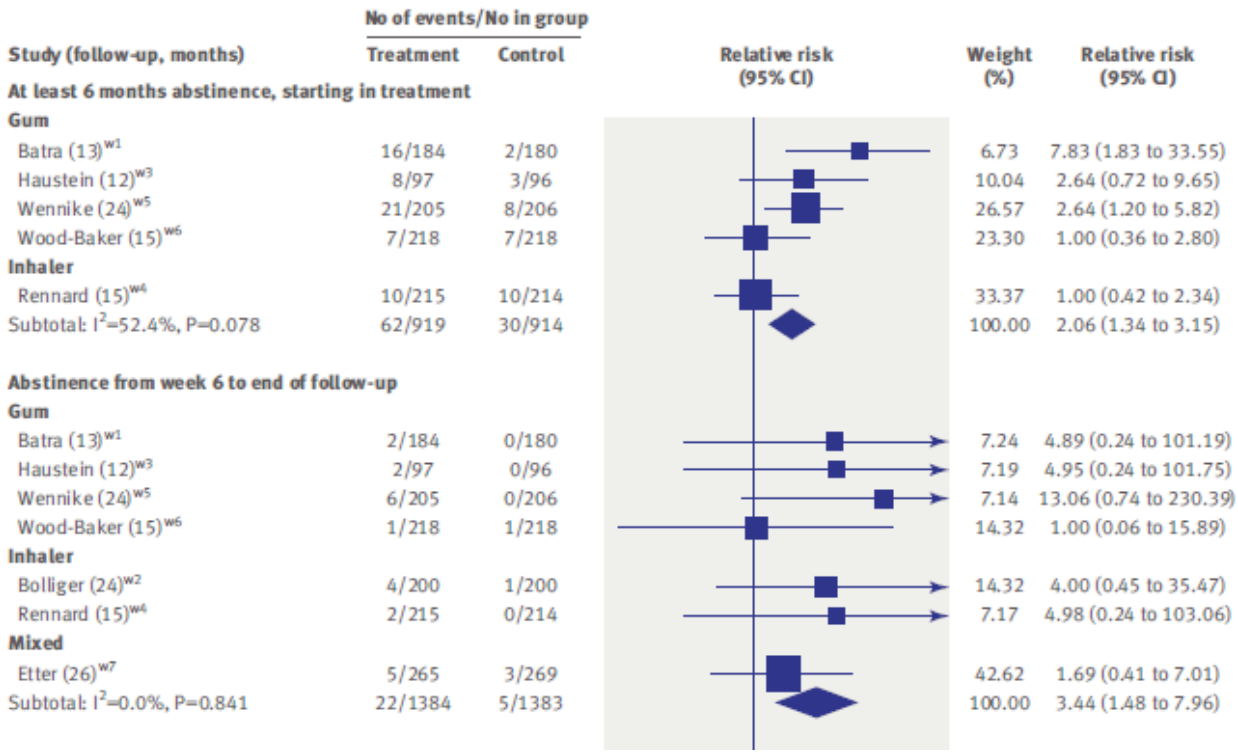




5. Les substituts nicotiniques

L'indication de réduction de consommation de tabac assisté par traitement TNS en vue d'un arrêt existe déjà en France, mais uniquement avec les formes orales.

Plusieurs études ont démontré l'efficacité du TNS dans la réduction de consommation de tabac chez des fumeurs non désireux d'arrêter de fumer. Une revue systématique de ces études (Moore et al. 2009) a montré une efficacité dans l'abstinence d'au moins 6 mois, ainsi que l'abstinence de la semaine 6 à la fin du suivi (12 à 26 mois selon les études), comme le montre le tableau ci-dessous.



Toutes ces études ont utilisé une durée de traitement limité (6 à 18 mois selon les études), mais elles ont toutes montré une augmentation du nombre de fumeurs abstinents avec le temps, laissant suggérer que l'utilisation à plus long terme pourrait permettre aux fumeurs les plus dépendants et récalcitrants à l'arrêt de devenir abstinent à plus long terme. C'est le rationnel qui a été utilisé par NICE (2013) pour proposer cette indication de réduction du risque avec le TNS. NICE a cependant recommandé un programme de recherchent afin de tester l'efficacité du TNS à plus long terme (au-delà d'un an), mais aussi quel impact aurait ce traitement sur le développement ou la prolongation d'une maladie liée au tabac, ou encore quel est l'impact de la réduction de consommation (sans arrêt) sur la santé par rapport au fait de continuer à fumer.

Conclusions

Avec 34% de fumeurs chez les 15-75 ans (Guignard et al. 2015), la France est un mauvais élève en termes de réduction du tabagisme dans la population comparé à l'Angleterre où seulement 19% des 16 ans et plus fument (Public Health England 2015).

Une approche de réduction du risque tabagique, en plus d'un intérêt en termes de santé publique, pourrait aussi avoir des répercutions économiques. L'arrêt de la consommation de tabac ou une réduction substantielle du nombre de cigarettes fumées pourraient réduire les absences dues aux maladies chroniques dues au tabagisme, mais aussi les coût des soins, et la diminution du nombre d'incendies causés par des cigarettes.

Plusieurs produits ont un profil toxicologique moins dangereux que le fait d'inhaler de la fumée de tabac. Il existe un gradient de risque, qui pour encourager les fumeurs à les adopter pourrait conduire à les taxer de façon proportionnelle au risque. Il paraît absurde d'interdire la vente d'un produit moins risqué comme le snus alors que les cigarettes sont facilement accessibles, même aux mineurs censés être protégés par une interdiction de vente. Le fait que 32,4% des jeunes de 17 ans fument montre bien que cette interdiction n'est pas respectée (Spilka et al. 2015).

Il convient aussi de rappeler qu'avec ces produits de réduction des risques et des dommages, ce sont les utilisateurs qui financent eux-mêmes leur pratique et que cela ne coûte rien à la collectivité.

Il y a aussi un sujet connexe qui nécessiterait d'être abordé, qui est la consommation de cannabis. En France cette consommation se fait principalement en brulant de la résine de cannabis mélangée à du tabac, ce qui expose les utilisateurs aux mêmes risques dus à la combustion du tabac. Dans ce domaine aussi, l'utilisation de vaporisateurs permettant de chauffer le cannabis et non pas de le bruler (comme pour le tabac chauffé), ou la vaporisation d'un liquide au THC (principe de la cigarette électronique) pourraient représenter une réduction des risques non négligeable pour les consommateurs.

L'arrivée de la cigarette électronique et les données prometteuses en termes d'aide à l'arrêt du tabac chez les fumeurs, ferait préférer cette alternative par rapport à des produits à risque réduit à base de tabac (snus, tabac chauffé). Cependant, la cigarette électronique qui jusqu'alors bénéficiait d'un statut de produit de consommation courante est menacée par la nouvelle Directive européenne sur les produits du tabac (alors qu'elle n'en est pas!). L'application de cette Directive en mai 2016, lorsque que le gouvernement l'aura transposé en droit français, va considérablement freiner l'innovation et favoriser les cigarettes électroniques mises sur le marché par l'industrie du tabac, qui seule aura les moyens, avec l'industrie pharmaceutique, de supporter les contraintes administratives et financières imposées par cette Directive (Farsalinos et Le Houezec 2015). Il conviendrait de réviser la partie concernant la cigarette électronique dans la Directive, de façon a pouvoir bénéficier à la fois d'une meilleure réglementation du marché, mais aussi des bénéfices potentiels qu'elle présente en termes de réduction des risques et des méfaits.

Tout comme l'Angleterre le fait depuis 2013, une autre approche de la réduction du risque tabagique pourrait être l'utilisation du TNS à long-terme (NICE 2013), mais aussi avec une prise en charge plus complète que celle qui est proposée en France pour l'aide à l'arrêt (remboursement de 50€ une fois par an, et 150€ pour les femmes enceintes, les jeunes de 25 à 30 ans, les bénéficiaires de la CMU-C, et les personnes traitées pour le cancer). En Angleterre l'accès au traitement (suivi et TNS) est gratuit depuis de nombreuses années.

Références

Anthonisen NR, Connett JE, Murray RP. Smoking and lung function of Lung Health Study participants after 11 years. Am J Respir Crit Care Med. 2002;166:675-9.

Ballbè M, Martínez-Sánchez JM, Sureda X, Fu M, Pérez-Ortuño R, Pascual JA, Saltó E, Fernández E. Cigarettes vs. e-cigarettes: Passive exposure at home measured by means of airborne marker and biomarkers. Environ Res. 2014;135:76-80.

Benowitz NL, Gourlay SG. Cardiovascular toxicity of nicotine: implications for nicotine replacement therapy. J Am Coll Cardiol. 1997;29:1422-31.

Benowitz NL, Jacob P 3rd, Kozlowski LT, Yu L. Influence of smoking fewer cigarettes on exposure to tar, nicotine, and carbon monoxide. N Engl J Med. 1986;315:1310-3.

Benowitz NL, Lake T, Keller KH, Lee BL. Prolonged absorption with development of tolerance to toxic effects after cutaneous exposure to nicotine. Clin Pharmacol Ther. 1987;42:119-20.

Benowitz NL, Zevin S, Jacob P 3rd. Suppression of nicotine intake during ad libitum cigarette smoking by high-dose transdermal nicotine. J Pharmacol Exp Ther. 1998;287:958-62.

Brown J, Beard E, Kotz D, Michie S, West R. Real-world effectiveness of e-cigarettes when used

to aid smoking cessation: a cross-sectional population study. Addiction. 2014;109:1531-40.

Bullen C, Howe C, Laugesen M, McRobbie H, Parag V, Williman J, Walker N. Electronic cigarettes for smoking cessation: a randomised controlled trial. Lancet. 2013;382:1629-37.

Caponnetto P, Campagna D, Cibella F, Morjaria JB, Caruso M, Russo C, Polosa R. EffiCiency and Safety of an eLectronic cigAreTte (ECLAT) as tobacco cigarettes substitute: a prospective 12-month randomized control design study. PLoS One. 2013;8:e66317.

Christensen LB, van't Veen T, Bang J. Three cases of attempted suicide by ingestion of nicotine liquid used in e-cigarettes. Clin Toxicol. 2013;51:290.

Dawkins L, Turner J, Roberts A, Soar K. 'Vaping' profiles and preferences: an online survey of electronic cigarette users. Addiction. 2013;108:1115-25.

DIRECTIVE 2014/40/UE DU PARLEMENT EUROPÉEN ET DU CONSEIL du 3 avril 2014 relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de fabrication, de présentation et de vente des produits du tabac et des produits connexes, et abrogeant la directive 2001/37/CE. http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/dir_201440_fr.pdf (accédé le 03/02/2016).

Domino EF, Hornbach E, Demana T. The nicotine content of common vegetables. New Engl J Med. 1993; 329:437.

Etter JF. Nouveaux vaporisateur de tabac : comment réagir ? Rev Med Suisse. 2015;11:1295-7.

Farsalinos KE, Le Houezec J. Regulation in the face of uncertainty: the evidence on electronic nicotine delivery systems (e-cigarettes). Risk Manag Healthc Policy. 2015 Sep 29;8:157-67.

Farsalinos KE, Polosa R. Safety evaluation and risk assessment of electronic cigarettes as tobacco cigarette substitutes: a systematic review. Ther Adv Drug Saf. 2014;5:67-86.

Farsalinos KE, Poulas K, Voudirs V, Le Houezec J. Patterns of electronic cigarette use and effects on smoking status throughout the European Union: analysis of a representative sample of 27 801 Europeans from 28 countries. Soumis à publication.

Farsalinos KE, Romagna G, Tsiapras D, Kyrzopoulos S, Voudris V. Evaluating nicotine levels selection and patterns of electronic cigarette use in a group of "vapers" who had achieved complete substitution of smoking. Subst Abuse. 2013;7:139-46.

Farsalinos KE, Spyrou A, Tsimopoulou K, Stefopoulos C, Romagna G, Voudris V. Nicotine absorption from electronic cigarette use: comparison between first and new-generation devices. Sci Rep. 2014;4:4133.

Farsalinos KE, Voudris V, Poulas K. E-cigarettes generate high levels of aldehydes only in 'dry puff' conditions. Addiction. 2015;110:1352-6.

Foulds J, Ramstrom L, Burke M, Fagerström K. Effect of smokeless tobacco (snus) on smoking and public health in Sweden. Tob Control. 2003;12:349-59.

Gourlay SG, Benowitz NL. Arteriovenous differences in plasma concentration of nicotine and catecholamines and related cardiovascular effects after smoking, nicotine nasal spray, and intravenous nicotine. Clin Pharmacol Ther. 1997;62:453-63.

Guignard R, Beck F, Wilquin JL, Andler R, Nguyen-Thanh V, Richard JB, Arwidson P. La consommation de tabac en France et son évolution : résultats du baromètre santé 2014. BEH 17-

18, 29 mai 2015. http://www.invs.sante.fr/beh/2015/17-18/pdf/2015_17-18.pdf (accédé le 04/02/16).

Hajek P, Etter JF, Benowitz N, Eissenberg T, McRobbie H. Electronic cigarettes: review of use, content, safety, effects on smokers and potential for harm and benefit. Addiction. 2014;109:1801-10.

Hughes JR. Motivating and helping smokers to stop smoking. J Gen Intern Med. 2003;18:1053–7.

Jarvis MJ, Boreham R, Primatesta P, Feyerabend C, Bryant A. Nicotine yield from machine-smoked cigarettes and nicotine intakes in smokers: evidence from a representative population survey. J Natl Cancer Inst. 2001;93:134-8.

Jensen RP, Luo W, Pankow JF, Strongin RM, Peyton DH. Hidden formaldehyde in e-cigarette aerosols. N Engl J Med. 2015;372:392-4.

Le Houezec J, McNeill A, Britton J. Tobacco, nicotine and harm reduction. Drug Alcohol Rev. 2011;30:119-23.

Mayer B. How much nicotine kills a human? Tracing back the generally accepted lethal dose to dubious self-experiments in the nineteenth century. Arch Toxicol. 2014;88:5-7.

McRobbie H, Bullen C, Hartmann-Boyce J, Hajek P. Electronic cigarettes for smoking cessation and reduction. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 12. Art. No.: CD010216. DOI: 10.1002/14651858.CD010216.pub2.

Moore D, Aveyard P, Connock M, Wang D, Fry-Smith A, Barton P. Effectiveness and safety of nicotine replacement therapy assisted reduction to stop smoking: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2009;338:b1024.

Murray RP, Bailey WC, Daniels K, Bjornson WM, Kurnow K, Connett JE, Nides MA, Kiley JP. Safety of nicotine polacrilex gum used by 3,094 participants in the Lung Health Study. Lung Health Study Research Group. Chest. 1996;109:438-45.

NICE. Smoking: Harm reduction. http://www.nice.org.uk/guidance/PH45 (accédé le 03/02/2016).

Polosa R, Caponnetto P, Cibella F, Le Houezec J. Quit and smoking reduction rates in vape shop consumers: a prospective 12-month survey. Int J Environ Res Public Health. 2015;12:3428-38.

Public Health England. E-cigarettes: an evidence update. 2015, PHE publication gateway number: 2015260. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/457102/Ecigarettes_an_evidence_update_A_report_commissioned_by_Public_Health_England_FINAL.pdf (accédé le 03/02/2016).

Royal College of Physicians. Harm reduction in nicotine addiction. London: Royal College of Physicians, 2007. http://www.sfata.org/wp-content/uploads/2013/06/Harm-Reduction-in-Nicotine-Addiction.pdf (accédé le 03/02/2016).

Russell MA. The future of nicotine replacement. Br J Addict. 1991;86:653-8.

SCENIHR (Scientific Committee on Emerging and Newly-Identified Health Risks), Scientific opinion on the Health Effects of Smokeless Tobacco Products, 6 February 2008. http://ec.europa.eu/health/ph_risk/committees/04_scenihr/docs/scenihr_o_013.pdf (accédé le 03/02/2016).

Schroff CD (1856) Pharmacologie. Wilhelm Braumüller, Wien, pp 523–525.

Spilka S, Le Nézet O, Ngantcha M, Beck F. Consommation de tabac et usage de cigarette électronique à 17 ans en France, 2014. BEH 17-18, 29 mai 2015. http://www.invs.sante.fr/beh/2015/17-18/pdf/2015_17-18.pdf (accédé le 04/02/16).

Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 11. Art. No.: CD000146. DOI: 10.1002/14651858.CD000146.pub4.

Tackett AP, Lechner WV, Meier E, Grant DM, Driskill LM, Tahirkheli NN, Wagener TL. Biochemically verified smoking cessation and vaping beliefs among vape store customers. Addiction. 2015 May;110(5):868-74.

Treatobacco.net. Section Tolérance : La nicotine n'est pas une cause substantielle de cancer en soi, http://www.treatobacco.net/fr/page_75.php (accédé le 03/02/2016).

Treatobacco.net. Section Tolérance : La nicotine ne constitue pas un facteur de risque significatif pour les accidents cardiovasculaires, http://www.treatobacco.net/fr/page_75.php (accédé le 03/02/2016).

U.S. Department of Health and Human Services. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2010.

Zevin S, Jacob P 3rd, Benowitz NL. Dose-related cardiovascular and endocrine effects of transdermal nicotine. Clin Pharmacol Ther. 1998;64:87-95.

Zhu SH, Lee M, Zhuang YL, Gamst A, Wolfson T. Interventions to increase smoking cessation at the population level: how much progress has been made in the last two decades? Tob Control. 2012;21:110-8.

La réduction de risque et de dommage (RdRD) est-elle efficace et quelles sont ses limites en matière de tabac ?

Dr Ivan BERLIN
Hôpital Pitié-Salpêtrière – Université P. & M. Curie,
Faculté de médecine, Département de pharmacologie,
47, bd de l'Hôpital 75013 Paris
France
Email : ivan.berlin@aphp.fr

Résumé

Pour répondre à la question évoquée dans le titre, il faut distinguer :
1. l'effet sur la santé d'une consommation tabagique chronique faible versus forte en les comparant à l'absence de la consommation ;
2. l'effet sur la santé d'une réduction de la consommation chronique forte, modérée ou faible mais consommation maintenue versus l'arrêt de la consommation.

Ce document présente des éléments de réponse aux questions suivantes :
1. Est-ce qu'une consommation chronique du tabac (tabac à fumer : cigarettes) faible est associée
    a) à un risque augmenté de mortalité et de morbidité par rapport à l'absence de consommation tabagique ?
    b) à un plus faible risque pour la santé qu'une consommation chronique modérée ou forte ?
2. Est-ce qu'une réduction d'une consommation chronique est associée à une réduction de risque pour la santé par rapport
    a) au maintien de la consommation ?
    b) est-ce que le risque associé à la réduction de la consommation est similaire ou non par rapport à l'arrêt de la consommation ?

La revue de la littérature source, publications originales, d'études de cohorte de grande puissance avec un suivi long permet de répondre aux questions comme suit :
Réponses à la Question 1 :
    a) Même une faible consommation chronique (0 <5 cpj) est associée à une augmentation de mortalité et de morbidité par rapport à l'absence de consommation tabagique.
    b) Le risque de morbidité et de mortalité augmente avec l'augmentation de la consommation (cpj), mais une plus faible consommation est associée à un plus faible risque de santé qu'une plus forte consommation.
Réponses à la Question 2 :
Il n'est pas acquis que la réduction de la consommation chronique du tabac est associée à une réduction du risque de mortalité par rapport au maintien de la consommation. Il est acquis, par contre, que l'arrêt total de la consommation est associé à une réduction de la mortalité. Pour le cancer du poumon, les gros fumeurs (>15 cpj) peuvent avoir une réduction de risque mineure s'ils réduisent leur consommation. Toutefois, nous n'avons pas des éléments pour dire que cette réduction d'incidence de cancer du poumon est associé à une réduction de la mortalité toute cause.

Pour répondre à la question évoquée dans le titre, il faut distinguer deux situations différentes :

1. L'effet sur la santé d'une consommation tabagique chronique faible versus forte (ou modérée) en les comparant à l'absence de la consommation

et

2. L'effet sur la santé d'une réduction de la consommation chronique forte, modérée ou faible mais consommation maintenue versus l'arrêt complet de la consommation.

(A noter que toutes les données qui seront présentées ci-dessous concernent la consommation de tabac en forme de cigarettes.)

Plus précisément, nous répondrons séparément aux deux questions suivantes :

1. Est-ce qu'une consommation chronique du tabac faible est associée

   a) à un risque augmenté de mortalité et de morbidité par rapport à l'absence de consommation tabagique ?

   b) à un plus faible risque pour la santé qu'une consommation chronique modérée ou forte ?

2. Est-ce qu'une réduction d'une consommation chronique est associée à une réduction de risque pour la santé par rapport au maintien de la consommation et est-ce que le risque associé à la réduction de la consommation est similaire ou non par rapport à l'arrêt de la consommation?

Si l'on parle de risque pour la santé, 3 critères sont à considérer : la mortalité, la morbidité et les variables intermédiaires. Bien entendu, le critère le plus important est la mortalité, suivi de près par l'évaluation de la morbidité (cardiovasculaire, cancer, infectieuse, etc) et suivi de très loin par l'évaluation des variables intermédiaires. Les variables intermédiaires (« surrogate » en anglais) sont des mesures cliniques, biologiques ou non-biologiques dont on avait démontré qu'elles sont associées à une morbidité. Par exemple, la pression artérielle élevée est une variable intermédiaire parce qu'il a été démontré qu'elle est un facteur de risque des accidents vasculaires cérébraux; la présence dans le plasma des substances cancérigènes contenues dans la fumée du tabac est associée au risque des cancers liés au tabac. On doit considérer l'abstinence tabagique comme variable intermédiaire parce qu'elle est *associée* (dans le sens d'une réduction du risque) à la mortalité et à la morbidité par rapport au maintien de la consommation tabagique.

De ce fait, nous allons prioritairement nous intéresser à la mortalité, secondairement à la morbidité et tertièrement nous allons aborder les associations entre l'état tabagique et des variables intermédiaires biologiques en précisant dès maintenant que les données des variables intermédiaires ne peuvent pas servir de base à aucune conclusion.

Méthode

Sources : bibliographie personnelle, l'inclusion des articles pertinents a été vérifiée par une recherche PubMed avec les mots clé : smoking reduction AND mortality AND morbidity AND cardiovascular AND myocardial infarction AND stroke AND lung cancer. Seulement les articles publiés dans les revues internationales à comité de lecture des études de cohortes de grande puissance ont été inclus.

Partie I

1. 1. Est-ce qu'une consommation chronique du tabac faible est associée

a) à un risque augmenté de mortalité et de morbidité par rapport à l'absence de consommation tabagique ?

b) à un plus faible risque pour la santé qu'une consommation chronique maintenue modérée ou forte ?

Pour répondre à ces questions, nous allons d'abord comparer les relations « dose-mortalité » pour la consommation de tabac, consommation d'alcool, l'indice de masse corporel (IMC) et de l'exercice physique.

Les courbe de gauche de la Figure 1 montre l'augmentation de la mortalité toute cause en fonction du nombre de cigarettes fumées par jour (cpj) (Chokshi 2015). La relation est strictement linéaire aussi bien chez les femmes que chez les hommes. Il est particulièrement important d'observer la linéarité entre mortalité et consommation faible : le risque relatif (RR) de mortalité est déjà augmenté d'environ 50% avec 1 à 4 cpj.

The JAMA Network

From: J-Shaped Curves and Public Health

JAMA. Published online September 21, 2015.1-3 doi:10.1001/jama.2015.9586

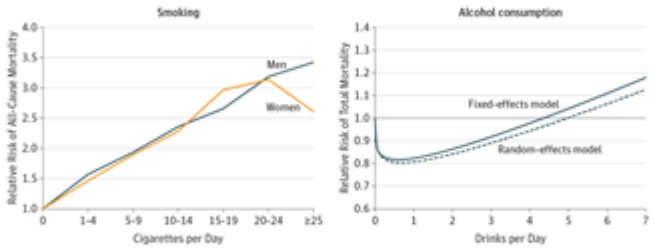


Figure Legend:

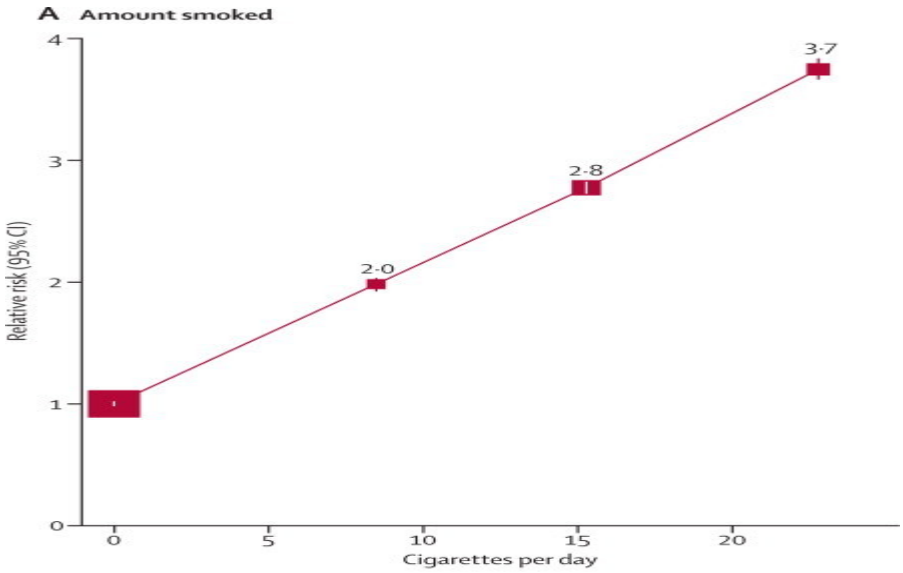
Examples of Linear Curve for Mortality vs Cigarette Use and J-Shaped Curve for Mortality vs Alcohol ConsumptionSmoking plot created using data from Bjartveit and Tverdal. Alcohol consumption plot adapted from Di Castelnuovo et al.

Date of download: 9/24/2015

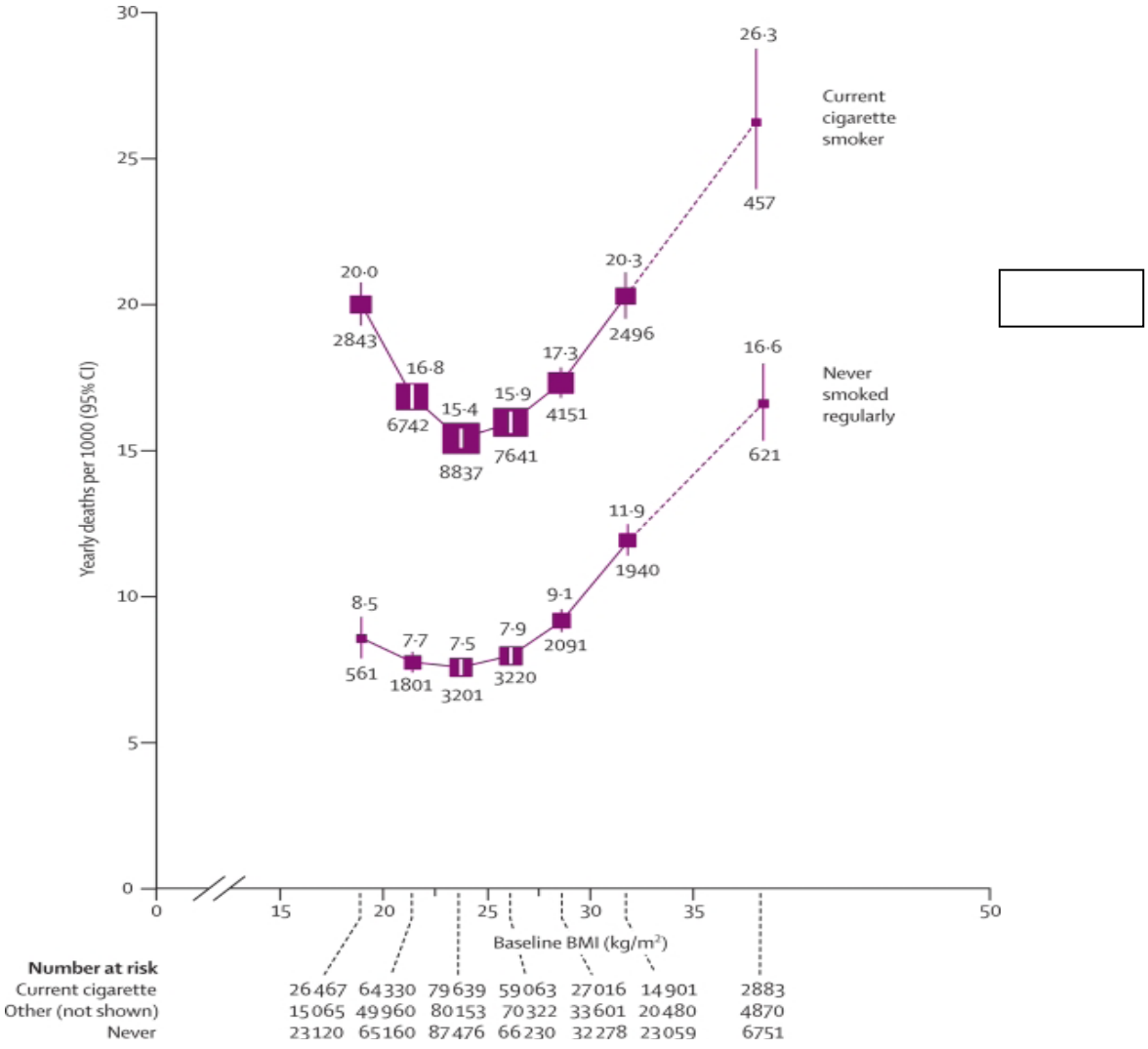
Copyright © 2015 American Medical Association. All rights reserved.

Les courbes côté droit de la Figure 1 indiquent (évalué par deux modèles différents) le RR de mortalité toute cause en fonction du nombre de verre d'alcool consommé par jour. Ici, la relation n'est pas linéaire, elle est en forme de « J » : le RR est plus élevé avec zéro consommation qu'avec une faible consommation, les consommations faibles sont associées à une réduction de mortalité par rapport à l'absence de consommation ; l'augmentation de la consommation est associé, grosso modo, après 3 verres/j, à une augmentation de mortalité.

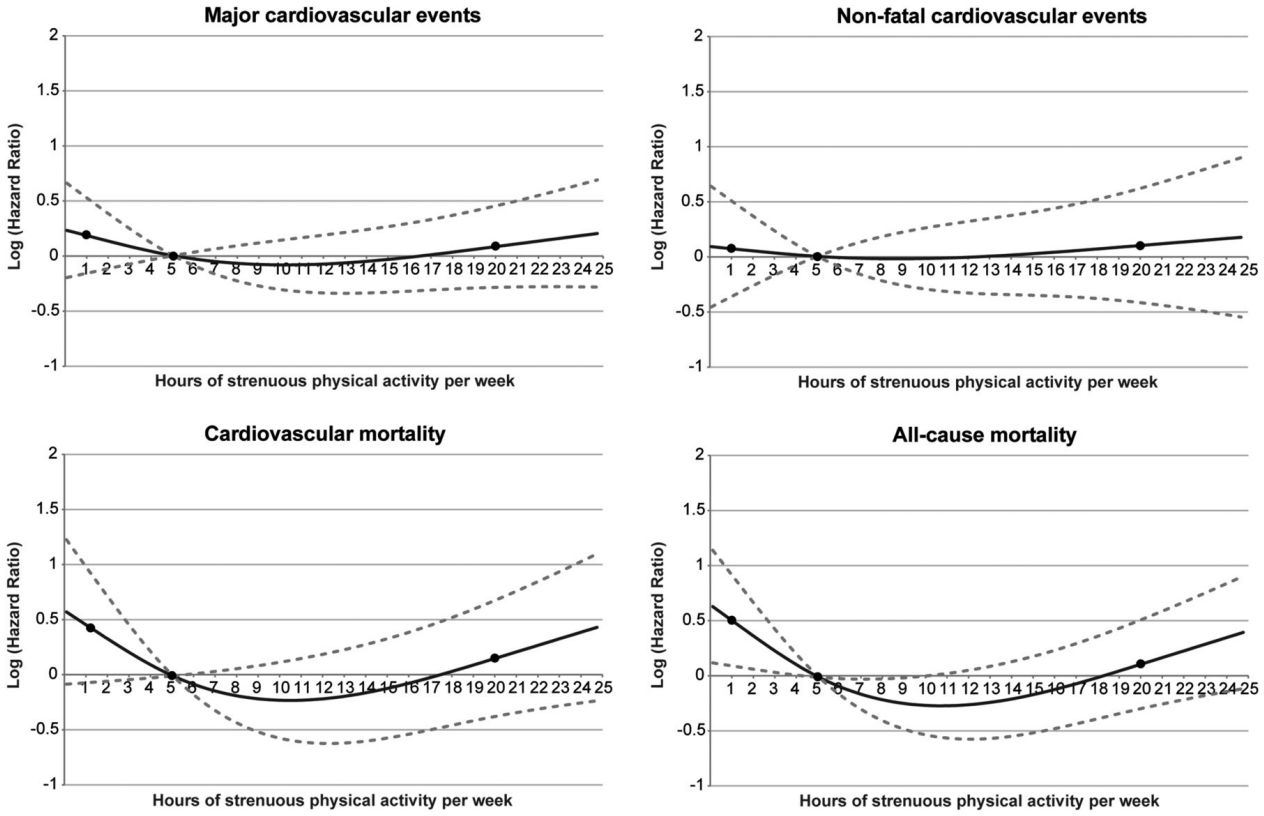
La Figure 2 montre l'association de cpj avec la mortalité toute cause chez les femmes (Pirie et al. 2013). Nous retrouvons la relation linéaire et on peut confirmer que même une petite consommation (<5cpj) est associée à une augmentation de mortalité.



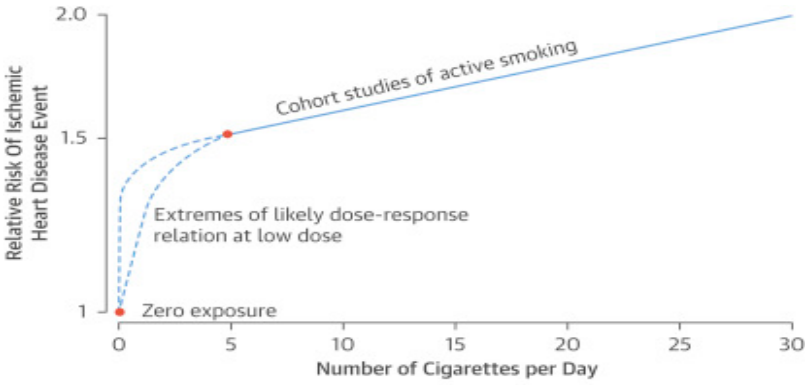
La Figure 3 décrit la relation entre l'IMC et la mortalité chez les personnes qui n'ont jamais fumé régulièrement et chez celles qui fument (Prospective Studies Collaboration, 2009). Les 2 courbes sont en forme de « J », indiquant que la mortalité est la plus faible si l'IMC est entre 19.9 et 24.9 kg/m2 et augmente si l'IMC inférieur ou supérieur à cette fourchette. On voit aussi que le tabagisme déplace la courbe en » J » d'une façon parallèle vers le haut : le tabagisme augmente la mortalité à toutes les valeurs d'IMC.

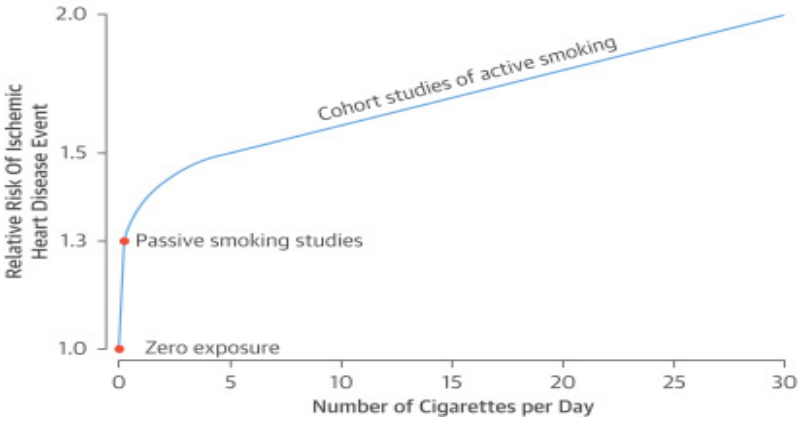


Regardons maintenant la Figure 4 qui montre la relation entre le nombre d'heures d'exercice physique par semaine et la mortalité toute cause (courbe en bas à droite) chez les personnes ayant une maladie coronaire stable (Mons et al. 2014). Même <4 h d'exercice physique par semaine réduit la mortalité, la réduction est la plus forte avec 9 à 13 h d'exercice physique par semaine mais si on en fait plus, la mortalité augmente.



La Figure 5 montre, cette fois, la relation entre les évènements coronaires et cpj. Le RR augmente même à 1< 5 cpj ou si un non-fumeur est exposé à un tabagisme passif (Morris et al. 2015). L'augmentation du risque est particulièrement accentuée pour les petites consommations de 1 à 2 cpj. Au-delà de 5 cpj, l'augmentation du risque est moindre et devient linéaire : le risque d'évènements coronaires est presque similaire si on fume 5 cpj ou > 5 cpj.





La relation dose-morbidité existe aussi pour le diabète de type 2 (DT2), un exemple relativement peu connu. Les petits fumeurs (light smokers) ont déjà un risque significativement supérieur aux non-fumeurs, et le risque augmente d'une façon linéaire avec l'intensité du tabagisme ou avec le paquet-année comme montre la Figure 6 (Pan et al. 2015).

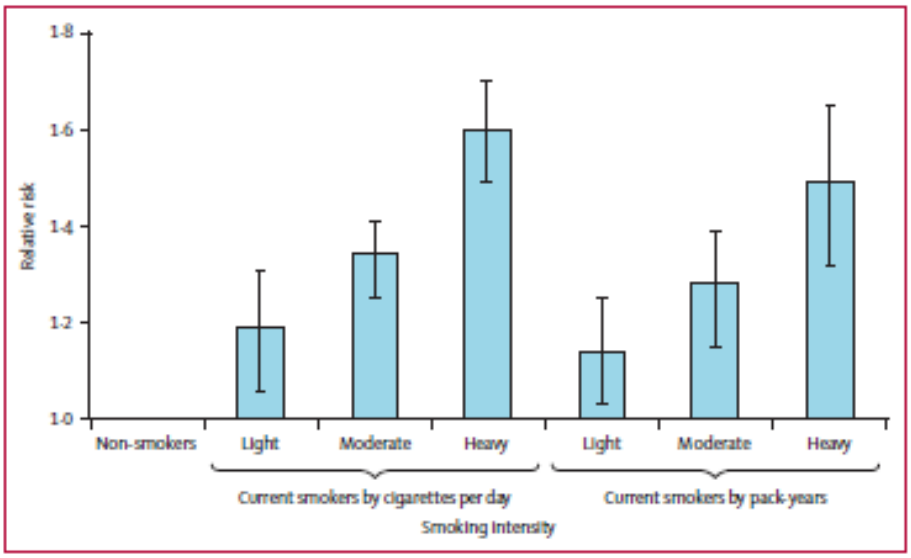


Figure 2: **Relation of smoking intensity with risk of incident type 2 diabetes**

La comparaison des courbes de dose-mortlité ou dose-morbidité permet de conclure que contrairement à l'alcool, à l'obésité ou à l'exercice physique, l'augmentation de mortalité ou morbidité avec les cigarettes augmente d'une façon linéaire : même une petite consommation augmente la mortalité ou la morbidité contrairement aux autres exemples cités où l'association dose-mortalité est en forme de « J » indiquant qu'il existe une consommation (poids) optimale.

Le Tableau 1 montre les résultats d'une étude de cohorte norvégienne avec un suivi de 32 ans (Bjartveit & Tverdal, 2005). Fumer 1 à 4 cpj augmente significativement la mortalité toute cause, son effet est particulièrement néfaste chez les femmes chez lesquelles le risque du cancer du poumon est multiplié par 5. Bien entendu, une consommation plus élevée (5 à 9 cpj) est associée à un plus grand risque de mortalité et de morbidité.

Tableau 1. Odds ratios ajustées (IC95%)
Fument 1 à 4 cpj

MORTALITE par	Hommes	Femmes
Coronaropathie	**2.74 (2.07 - 3.61)**	**2.94 (1.75 - 4.95)**
Tout cancer	1.08 (0.78 - 1.49)	1.14 (0.84 - 1.55),
Cancer du poumon	2.79 (0.94 to 8.28)	**5.03 (1.81 - 13.98)**
Toute cause	**1.57 (1.33 to 1.85)**	**1.47 (1.19 - 1.82)**
Fument 5 à 9 cpj		
Coronaropathie	2.47 (2.06 - 2.94)	3.55 (2.57 - 4.89)
Tout cancer	1.63 (1.38 - 1.92)	1.44 (1.22 - 1.71)
Cancer du poumon	11.30 (6.59 - 9.39)	11.85 (6.43 - 1.84)
Toute cause	**1.94 (1.77 - 2.12)**	**1.90 (1.69 - 2.14)**

Réponses aux questions 1 a) et b)

1. Est-ce qu'une consommation chronique du tabac faible est associée

a) à un risque augmenté de mortalité et de morbidité par rapport à l'absence de consommation tabagique ?

Réponse : Oui, même une faible consommation (0 <5 cpj) peut entrainer une augmentation de mortalité et de morbidité.

b) à un plus faible risque pour la santé qu'une consommation chronique modérée ou forte ?

Réponse : Oui, le risque de morbidité et de mortalité augmente avec l'augmentation de la consommation (cpj), une plus faible consommation est associée à un plus faible risque de santé qu'une plus forte consommation.

Partie II

2. Est-ce qu'une réduction d'une consommation chronique est associée à une réduction de risque pour la santé par rapport au maintien de la consommation et est-ce que le risque associé à la réduction de la consommation est similaire ou non par rapport à l'arrêt de la consommation ?

Le Tableau 2 résume les résultats d'une étude de cohorte de 19732 hommes et femmes danoises suivis pendant 16 ans (Godtfredsen et al. 2002). Ni le risque de mortalité toute cause, ni le risque cardiovasculaire ou cancer n'est réduit chez les fumeurs qui ont réduit leur consommation. On retrouve ce qu'un grand nombre d'études a déjà démontré : le risque de mortalité diminue à l'arrêt du tabac. De plus, la mortalité toute cause est plus élevée parmi les réducteurs de la consommation que parmi les petits fumeurs.

Tableau 2. **Mortalité** **Réf. =1, fumeurs continus**	**Hazard ratio (HR) (IC 95%)**
Toute cause	
Réducteurs	**1.02 (0.89-1.17)**
Abstinents (ex-fumeurs)	0.65 (0.56-0.74)
Petit fumeurs	0.75 (0.69-0.82)
Cardiovasculaire	
Réducteurs	**1.01 (0.76-1.35)**
Abstinents (ex-fumeurs)	0.88 (0.68-1.15)
Petit fumeurs	0.91 (0.76-1.08)
K lié au tabagisme	
Réducteurs	**0.91 (0.63-1.31)**
Abstinents (ex-fumeurs)	0.36 (0.22-0.59)
Petit fumeurs	0.53 (0.41-0.69)
Maladie respiratoire	
Réducteurs	**1.20 (0.70-2.07)**
Abstinents (ex-fumeurs)	0.77 (0.44-1.35)
Petit fumeurs	0.77 (0.54-1.09)

Ni une réduction de 33%, ni une réduction 50% ne réduit le risque d'évènements coronaires, qui, par ailleurs est réduit chez les petits fumeurs et chez les ex-fumeurs (Tableau 3) (Godtfredsen et al. 2003).

Tableau 3. **Tout évènement coronaire** **Réf. fumeurs continu ≥15 g de tabac/jour**	**HR (IC 95%)**
Ex-fumeurs	0.68 (0.53-0.88)
Petit fumeurs (1-14 g de tabac/j	0.71 (0.63-0.79)
Réduction de 50%	**1.02 (0.83-1.24)**
Réduction de 33%	**0.99 (0.86-1.15)**

Le Tableau 4 résume les résultats d'une cohorte norvégienne de plus que 40000 personnes suivies pendant 13 ans (Tverdal & Bjartveit, 2006). Par rapport à ceux qui n'ont pas réduit leur consommation (cpj) d'au moins de 50%, ceux qui ont réduit leur consommation de plus que 50% n'en tiraient aucun bénéfice pour leur santé.

Tableau 4. **Réduction de cpj >50% par rapport à pas de réduction de >50% (réf. OR=1)**	**ORa(IC 95%)**
Mortalité toute cause	**1.02 (0.84-1.22)**
Mortalité CV	**1.02 (0.75-1.39)**
Mortalité coronaire	**0.96 (0.65-1.41)**
Mortalité par cancer lié au tabagisme	**0.86 (0.57-1.29)**
Mortalité par cancer du poumon	**0.66 (0.36-1.21)**

Le Tableau 5 présente les résultats d'une cohorte sud-coréenne. 475 734 hommes ont été suivis pendant 10 ans (Song et al. 2008). Par rapport aux fumeurs qui n'ont pas réduit leur consommation (cpj) ceux qui ont réduit leur consommation n'avaient aucune réduction significative d'accident vasculaire cérébral (AVC) ou infarctus du myocarde, contrairement aux ex-fumeurs. (S réduction significative, NS pas de réduction statistiquement significative)

Tableau 5. AVC Réf. 1= pas de réduction	≥20 à 10-19	≥20 à <10	10-19 à <10	Sevrés	Ex-fumeurs Long terme
Total	NS	NS	NS	S	S
Ischémique	NS	NS	NS	S	S
Hémorragique	NS	NS	NS	S	S
Hémorragie subarachnoïde	NS	NS	NS	S	S
Infarctus du myocarde	NS	NS	NS	S	S

Les résultats présentés dans le Tableau 6 sont les seuls à montrer un bénéfice de la réduction de la consommation tabagique sur la santé (Gerber et al. 2012). 4633 ouvriers (hommes seulement) ont été suivi en Israël entre 1963 et 2005. Leur statut tabagique a été évalué en 1965, les changements se sont faits donc entre 1963 et 1965. Par rapport à ceux qui n'ont pas changé leur consommation, ceux qui l'ont réduite, ont eu une réduction de mortalité toute cause, cardiovasculaire (CV) et non-cardiovasculaire. Ce qui est surprenant, c'est que chez ceux qui ont arrêté de fumer, seulement la mortalité toute cause a diminué mais pas la mortalité CV ou non-CV.

Tableau 6. (HR, IC95%) Consommation	**Augmentée**	**Inchangée**	**Réduite**	**Arrêtée**
Mortalité toute cause	1.14 (0.99-1.32)	1	**0.85 (0.77-0.95)**	**0.78 (0.69-0.89)**
Mortalité CV	1.14 (0.92-1.41)	1	**0.77 (0.66-0.94)**	*0.84 (0.70-1.05)*
Mortalité non-CV	1.14 (0.88-1.25)	1	**0.98 (0.87-1.10)**	*0.90 (0.77-1.05)*

Après la publication de l'étude de Gerber et al. (2012), Hart et al. (2013) ont décidé d'appliquer exactement la même analyse que Gerber et al (2012) sur les données de deux cohortes écossaises indépendantes (comprenant, cette fois aussi des femmes). La réplication sur les échantillons écossais n'a pas pu confirmer les résultats de Gerber et al. (2012). Le Tableau 7A montre les résultats de la cohorte A (N=1524, évalués en 1970-73 et en 1977 pour la consommation tabagique) et le Tableau 7B ceux de la cohorte B (N=3730, évalués en 1972-76 et en 1977-79).

Tableau 7A. Consommation	Augmentée	Inchangée	Réduite	Arrêtée
Mortalité toute cause	1.15 (0.97-1.35)	1	**0.91 (0.75-1.10)**	**0.66 (0.56-0.78)**
Mortalité CV	0.99 (0.75-1.30)	1	**0.90 (0.66-1.22)**	*0.84 (0.66-1.08)*
Mortalité non-CV	1.12 (0.90-1.39)	1	**1.0 (0.78-1.28)**	**0.74 (0.59-0.92)**

Tableau 7B. Consommation	Augmentée	Inchangée	Réduite	Arrêtée
Mortalité toute cause	1.17 (1.04-1.32)	1	**1.08 (0.97-1.20)**	**0.75 (0.67-0.84)**
Mortalité CV	1.03 (0.84-1.26)	1	**1.14 (0.95-1.35)**	*1.05 (0.88-1.24)*
Mortalité non-CV	1.10 (0.95-1.29)	1	**0.97 (0.84-1.12)**	**0.73 (0.63-0.85)**

Les résultats de Hart et al. 2013 ne confirment pas ceux de Gerber et al. (2012). La réduction de consommation tabagique n'est pas associée à une réduction de risque de mortalité. Par contre, l'arrêt de la consommation réduit non seulement la mortalité toute cause mais aussi la mortalité CV et non-CV.

Hart et al. (2013) font la synthèse des 4 publications princeps évaluant spécifiquement l'effet de la réduction de la consommation sur la mortalité (Tableau 8). La réduction de mortalité n'est observée que dans la cohorte israélienne, elle n'est pas observée dans les cohortes danoise, norvégienne et écossaises.

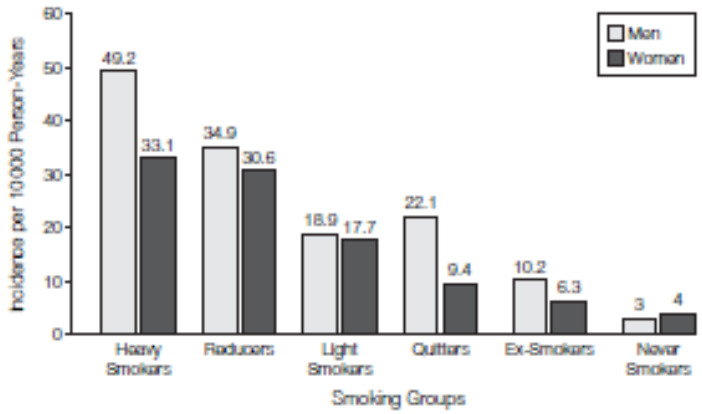
Tableau 8.	Risque Relatif réduction versus consommation inchangée	IC 95%
Godtfredsen et al. 2002	**1.02**	**0.89 à 1.17**
Tverdal & Bjartveit 2006	**1.02**	**0.84 à 1.22**
Gerberet al. 2012	**0.85**	**0.77 à 0.95**
Hart et al. 2013 cohorte A	**0.91**	**0.75 à 1.10**
Hart et al. 2013 cohorte B	**1.08**	**0.97 à 1.20**

Réduction de la consommation et risque de cancer

Nous avons pu identifier 2 études de grande puissance rapportant l'effet de la réduction de la consommation sur le risque de cancer. Godtfredsen et al. (2005) ont trouvé que les réducteurs de consommation (réduction de la consommation de 50% à partir de ≥15 cpj) sont à plus faible risque d'incidence de cancer du poumon que les grands fumeurs (≥15 cpj) qui continuent à fumer. Selon les calculs des auteurs, une réduction de consommation de 62% n'est associée qu'à une réduction de 27% de l'incidence du cancer du poumon. Un bénéfice mitigé et certainement moindre que ce qu'entraine un arrêt complet de la consommation. Dans le groupe de réducteurs, l'incidence du cancer du poumon est plus élevée chez les hommes qui ont arrêté de fumer à < 5 ans que chez les petits fumeurs (light smokers) (1 à 14 cpj). L'incidence du cancer du poumon est plus élevé chez les ex-fumeurs de longue durée (arrêt depuis >5 ans que chez les jamais fumeurs (Figure 8) indiquant que même une abstinence de longue durée (>5 ans) est associée à un risque d'incidence de cancer du poumon plus élevée que n'avoir jamais fumé. Ceci laisse à suggérer que l'effet cancérigène de la consommation des cigarettes introduit des changements dans les systèmes biologiques qui persistent pendant des années.

Les auteurs concluent que le bénéfice de la réduction pour le risque du cancer du poumon est mineur et certainement moindre que ce qu'entraine un arrêt complet de la consommation qui doit rester l'objectif thérapeutique.

Figure. Age-Standardized Incidence Rates of Lung Cancer



Incidence rates are based on the second examination in 11 151 men and 8563 women from Copenhagen, Denmark.

Le Tableau 9 (Song et al. 2008b) montre les données lors d'un suivi des hommes sud-coréens pendant 11 ans. (Il s'agit de la même cohorte que Song et al. 2008a). Définitions : Gros fumeur (Gf): ≥ 20 cpj ; Fumeur modéré (Fm): 10-19 cpj ; Petit fumeur (Pf): <10 cpj. (Ajustement pour tous les facteurs confondants, pas d'ajustement sur la durée du tabagisme – un facteur de confusion majeur – voir plus loin.)

Tableau 9. HR (IC 95%) Gf en continu: HR=1	**Gf→Fm**	**Gf→Pf**	**Fm→Pf**	**Arrêt**	**Ex-fumeur depuis longtemps**
Tout cancer	1.06 (0.93-1.20	1.24 (0.97-1.57)	0.86 (0.76-0.98)	0.91 (0.83-1.00)	0.81 (0.76-0.88)
Cancers liés au tabagisme	1.00 (0.87-1.15)	1.11 (0.91-1.35)	0.89 (0.78-1.00)	0.79 (0.70-0.89)	0.66 (0.60-0.72)
Cancer du poumon	0.77 (0.56-1.05)	0.45 (0.21-0.96)	0.33 (0.22-0.49)	0.22 (0.15-0.31)	0.21 (0.17-0.25)

L'arrêt réduit significativement le risque de tout cancer. L'incidence des cancers liés au tabagisme ne se réduit que si un fumeur modéré devient petit fumeur ; le risque de cancer du poumon diminue si un grand fumeur devient petit fumeur mais ne diminue pas si un grand fumeur devient fumeur modéré. Une réduction en soi ne peut donc pas être considérer comme un facteur de réduction de risque de cancer.

Lee (Lee 2013) a réalisé une revue de la littérature sur l'effet de la réduction de la consommation des cigarettes (Tableau 10). Il a aussi inclus les études de puissance faible. A part la réduction de risque de 19% pour le cancer du poumon, les RR de cette méta-analyse réfutent l'hypothèse que la réduction de la consommation améliore la mortalité ou la morbidité.

Tableau 10.	RR	IC 95%
Mortalité toute cause	**0.92**	**0.85–1.01**
CV risque	**0.93**	**0.84–1.03**
Cancer du poumon	**0.81**	**0.74-0.88**
Cancer lié au tabac	**0.95**	**0.88-1.02**

Il faut noter que le risque en excès du cancer du poumon lié à la consommation des cigarettes est essentiellement lié à la durée de l'exposition et moins à l'intensité de la consommation (cpj ou paquet-année). Autrement dit, la durée de la consommation contribue plus au risque que l'intensité de la consommation comme le montre le Tableau 11 ci-dessous (Peto 2012).

Table 1 Predicted lung cancer incidence rates per 100 000 per year in non-smokers (NS), and excess incidence rates (ES) and excess relative risks (ERR) in smokers of 1 pack per day from age 15

Age	Incidence in non-smokers NS Age^4	Excess incidence in smokers ES $(Age-15)^4$	Pack-years P (Age − 15)	Excess rel risk ERR = ES/NS	ERR per pack-year ERR/P
30	0.8	3.7	15	4.6	0.30
40	2.6	28.6	25	11.1	0.45
50	6.3	109.8	35	17.5	0.50
60	13.0	300.0	45	23.1	0.51
70	24.1	669.5	55	27.8	0.51
80	41.1	1305.9	65	31.8	0.49

Puisque le risque en excès de morbidité et de mortalité est plus lié à la durée de l'exposition (puissance 4) qu'à l'intensité de la consommation (puissance 2), il n'est pas étonnant que la réduction de la consommation n'a pas d'effet sur la mortalité ou morbidité par rapport au maintien de la consommation.

Réponse à la question
2. Est-ce qu'une réduction d'une consommation chronique est associée à une réduction de risque pour la santé par rapport au maintien de la consommation et est-ce que le risque associé à la réduction de la consommation est similaire ou non par rapport l'arrêt de la consommation ?

Réponse : Il n'est pas acquis que la réduction de la consommation chronique du tabac est associée à une réduction du risque de mortalité par rapport au maintien de la consommation. Il est acquis, par contre, que l'arrêt total de la consommation est associé à une réduction de la mortalité. Pour le cancer du poumon, les gros fumeurs (>15 cpj) peuvent avoir un bénéfice d'une réduction de risque mineure s'ils réduisent leur consommation. Probablement, ce bénéfice n'existe que si on passe d'une consommation élevée à une consommation très faible. Toutefois, nous n'avons pas d'éléments pour dire que cette réduction d'incidence de cancer du poumon en excès par rapport aux non-fumeurs est associé à une réduction de la mortalité toute cause.

Conclusion 2

Il n'est pas justifié de recommander la réduction de la consommation de tabac en vue de réduire le risque pour la santé lié à la consommation du tabac. La réduction de risque de l'incidence du cancer du poumon en passant d'une consommation forte à une consommation modérée ou faible est mineure et nettement inférieure à la réduction de risque liée à l'arrêt complet de la consommation.

La réduction du risque pour d'autres types de morbidité n'est pas démontrée.

De ces faits, la réduction de la consommation ne peut être qu'une étape intermédiaire vers un arrêt complet de la consommation tabagique.

Les données évoquées plus haut ne concernent que la réduction de la consommation sans intervention. Le rôle des outils thérapeutiques (pharmacologiques) de sevrage (ou potentiellement de la cigarette électronique) dans la réduction de la morbidité et de la mortalité liées au tabac reste à évaluer. (Une intervention pharmacologique peut être associée à une plus fort bénéfice pour la santé si elle entraine plus d'abstinence, et, au contraire, peut aussi réduire le bénéfice pour la santé de l'arrêt tabagique si elle augmente le risque de morbidité ou mortalité par effets indésirables graves.)

Partie III

Effets de la réduction de la consommation sur les variables intermédiaires et l'effet des TSN

Nous avons trouvé une étude interventionnelle avec 152 fumeurs ayant une maladie cardiaque, incapable d'arrêter de fumer et qui a évalué l'effet de la réduction de la consommation sur des variables intermédiaires. Dans le groupe « réduction », l'objectif était une réduction de la consommation de cigarettes de 50% ; dans le groupe contrôle, la consommation pouvait se maintenir. Aucune différence significative n'a été détectée à 6 mois pour l'angine de poitrine,

pour la qualité de vie, nicotinurie/cotininurie, fibrinogène, CRP, nombre de globules blancs ou substances cancérigènes (Joseph et al. 2008).

Selon une revue Cochrane, les TSN augmentent par 2 fois la probabilité de réduire le nombre de cpj d'au moins de 50%. Mais cette réduction de la consommation n'est pas suivie par la réduction de CO dans l'air expiré ou la cotinine (urinaire/salivaire/plasmatique) impliquant que la réduction de la consommation est associée à une plus forte extraction des substances par les utilisateurs – connue sous le nom de phénomène de compensation (Stead & Lancaster).

A ce jour, à notre connaissance, aucune étude n'a été publiée évaluant l'effet de la réduction de la consommation induit par les TSN ou d'autres médicaments sur la mortalité ou sur la morbidité liées à la consommation tabagique.

Références

Bjartveit K, Tverdal A. 2005. Health consequences of smoking 1–4 cigarettes per day. Tobacco Control 14:315–320. doi: 10.1136/tc.2005.011932

Chokshi D. 2015. J-shaped curves and public health. JAMA 314:1339-40.

Gerber Y, Myers V, Goldbourt U.Smoking reduction at midlife and lifetime risk in men: A prospective cohort study. Am J Epidemiol. 2012; 175: 1006-12.

Godtfredsen NS, Holst C, Prescott E, Vestbo J, Osler M. 2002. Smoking reduction, smoking cessation, and mortality: A 16-year follow-up of 19,732 men and women from the Copenhangen Centre for Prospective Population Studies. Am J Epidemiol. 156: 994-1001.

Godtfredsen NS, Osler M, Vestbo J, Andersen I, Prescott E. 2003. Smoking reduction, smoking cessation, and incidence of fatal and non-fatal myocardial infarction in Denmark 1976-1998: a pooled cohort study. J Epidemiol Community Health 57: 421-6.

Godtfredsen NS, Prescott E, Osler M. 2005. Effect of smoking reduction on lung cancer risk. JAMA 294:1505-10.

Joseph AM, Hecht SS, Murphy SE, Lando H, Carmella SG, Gross M, Bliss R, Le CT, Hatsukami DK. 2008. Smoking reduction fails to improve clinical and biological markers of cardiac disease. A randomized controlled trial. Nicotine Tob Res. 10: 671-81.

Hart C, Gruer L, Bauld L. 2013. Does smoking reduction in midlife reduce mortality risk? Results of 2 long-term prospective cohort studies of men and women in Scotland. Am J Epidemiol 178: 770-9.

Lee PN. 2013. The effect of reducing the number of cigarettes smoked on risk of lung cancer, COPD, cardiovascular disease and FEV1 – A review. Regul Toxicol Pharmacol. 67:372-81

Mons U, Hahmann H, Brenner H.2014. A reverse J-shaped association of leisure time physical activity with prognosis in patients with stable coronary heart disease: evidence from a large cohort with repeated measurements. Heart 2014;100:1043-9.

Morris PB, Ference BA, Jahangir E et al. 2015. Cardiovascular Effects of Exposure to Cigarette Smoke and Electronic Cigarettes: Clinical Perspectives From the Prevention of Cardiovascular Disease Section Leadership Council and Early CareerCouncils of the American College of Cardiology. J Am Coll Cardiol. 66:1378-91.

Pan A, Wang Y, Talaei M, Hu FB, Wu T. 2015. Relation of active, passive, and quitting smoking with incident type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis.Lancet Diabetes Endocrinol. 3:958-67.

Pirie K, Peto R, Reeves GK, Green J, Beral V; Million Women Study Collaborators. 2013. The 21st century hazards of smoking and benefits of stopping: a prospective study of one million women in the UK. Lancet. 381(9861):133-41.

Peto J. 2012.That the effects of smoking should be measured in pack-years: misconceptions 4. Br J Cance 107:406-7.

Prospective Studies Collaboration. Whitlock G, Lewington S, Sherliker P, Clarke R, Emberson J, Halsey J, Qizilbash N, Collins R, Peto R. 2009. Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. Lancet 373(9669): 1083–96.

Song YM, Cho HJ. 2008a. Risk of stroke and myocardial infarction after reduction or cessation of cigarette smoking: A cohort study in Korean Man. Stroke; 39:2432-8.

Song YM. Sung J, Cho HJ. 2008b. Reduction and Cessation of Cigarette Smoking and Risk of Cancer: A Cohort Study of Korean Men. J Clin Oncol; 26:5101-6.

Stead LF, Lancaster T. 2007. Interventions to reduce harm from continued tobacco use. Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 3. Art. No.: CD005231. DOI: 10.1002/14651858.CD005231.pub2

Tverdal A, Bjartveit K. 2006. Health consequences of reduced daily cigarette consumption. Tobacco Control 15: 472-80.

La réduction des risques et des dommages est-elle efficace et quelles sont ses limites en matière d'addiction sans produit ?

Amandine LUQUIENS, MD, PhD
Psychiatre addictologue
Département de psychiatrie et d'addictologie
Responsable de l'unité spécialisée "Addiction aux jeux de hasard et d'argent"
Hôpital Paul Brousse
12 avenue Paul Vaillant-Couturier
9 4804 Villejuif cedex
France
0145593087
amandineluquiens@yahoo.fr

A. Définition de l'addiction sans produit

Le concept d'addiction sans produit est un concept émergeant et récent dans la littérature scientifique. Il n'existe pas de consensus actuel pour définir une addiction sans produit. De nombreux comportements ayant un caractère envahissant ont été considérés comme candidat pour constituer une nouvelle « addiction sans produit » ; les plus communément évoqués sont ceux classifiés dans la CIM 10 comme des troubles du contrôle des impulsions, définis comme l'échec à résister à une impulsion, une pulsion ou à la tentation de réaliser un acte qui pourrait être délétère pour soi ou pour les autres, et en particulier le jeu pathologique, mais aussi la pyromanie, la trichotillomanie. On rattache souvent à cette catégorie l'hypersexualité, les achats compulsifs, le binge eating, l'usage excessif d'internet ou des jeux vidéo, le workoolisme, parfois le punding. Cependant, cette définition extensive de l'addiction comportementale a été vivement critiquée récemment, appelant les chercheurs à adopter une démarche guidée par la compréhension des mécanismes physiopathologiques et psychopathologiques de l'établissement de la dépendance plutôt que sur une approche confirmatoire consistant à démontrer l'existence d'un trouble en lui appliquant les critères diagnostiques existant de l'addiction [1-4]. Seul le trouble lié à la pratique des jeux de hasard et d'argent a été reconnu comme une addiction comportementale dans la récente révision du DSM 5 [5], et son existence en tant qu'entité nosographique assimilée à une addiction est maintenant largement reconnue [6]. Pour ces raisons, ne sera traité dans ce rapport que l'addiction aux jeux de hasard et d'argent.

B. Définition et principes de la réduction des risques

La coalition pour la réduction des risques a établi dans le contexte de l'épidémie de VIH parmi les injecteurs de drogue en 1996 une première définition de la réduction des risques comme un ensemble de stratégies pratiques dont le but est d'aller à la rencontre des usagers de drogues sans avoir comme prérequis la nécessité de changement de leur usage de drogue, et ceci dans le but de réduire tout dommage associé à l'usage de drogue [7]. Le spectre d'action de la réduction des risques défini à l'époque incluait (a) les interventions relatives au VIH, (b) un traitement plus empathique, comprenant à la fois des programmes orientés vers l'abstinence et des programmes de substitution, reconnaissant le fait que l'usager devait choisir librement s'il se dirigeait ou non vers l'abstinence, et dans quel délai il

souhaitait initier un changement, (c) l'accompagnement dans l'usage même de la drogue pour ceux qui veulent continuer à consommer, notamment pour promouvoir l'usage responsable et plus sécurisé, (d), militer pour le changement de politique en matière de drogues, notamment rendre le traitement plus accessible et réduire les pénalités concernant les délits reliés à l'usage de drogue.

Marlatt a défini dès 1996 cinq principes de réduction des risques [8] :

1. La réduction des risques est une alternative au modèle moraliste et au modèle de la maladie pour l'usage de drogue et l'addiction
2. La réduction des risques reconnait l'abstinence comme un objectif idéal mais accepte les alternatives qui réduisent les dommages
3. La réduction des risques a émergé d'abord comme une approche « ascendante » partant de la défense de la personne ayant une addiction plutôt que d'un modèle « descendant » partant des décideurs en matière d'addiction
4. La réduction des risques promeut l'accès bas seuil des services
5. La réduction des risques est basée sur une approche empathique plutôt que moraliste

La réduction des risques, comme on l'a vu, représente donc la réaction à la fois à une urgence sanitaire – en l'occurrence les ravages de l'épidémie de VIH parmi les injecteurs de drogues -, et le développement d'une approche non stigmatisante exempte de jugement en matière d'usage de substances illicites. Si cette approche a révolutionné la compréhension et les représentations de l'usage de drogues et les stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes à une substance illicite, il existe toujours des initiatives cherchant à consolider et à ré-analyser ce qui semble établi dans ce domaine afin d'inscrire toujours largement la réduction des risques dans les pratiques, comme une démarche capacitante pour les usagers [9] .

La réduction des risques ne concerne pas seulement l'addiction, puisqu'elle se revendique en dehors de la problématique même de la maladie. Elle concerne cela étant dit les personnes ayant développé une addiction, et les soins intègrent la démarche de réduction des risques et des dommages pour ces personnes. On note donc trois points :

1. Réduire ou éviter les risques de dommages liés à l'exposition même à une substance

2. Réduire les dommages liés à l'addiction incluant les dommages pour soi et les dommages pour les autres, réduire la morbi-mortalité

3. La possibilité d'accompagner vers l'objectif d'abstinence ou de réduction

Ces trois points, en élargissant la focale par laquelle on regarde le problème, et en acceptant l'utilisation du terme de maladie comme une complication de l'usage, peuvent se rapprocher à la fois de la prévention primaire, secondaire et tertiaire, telles que définies ci-dessous :

• Prévention primaire : diminution du nombre de nouveaux cas ou de l'incidence d'une maladie

• Prévention secondaire : identification précoce et intervention efficace pour diminuer la prévalence de cas existants

• Prévention tertiaire : accent mis sur la réhabilitation pour diminuer la sévérité des états négatifs associés à la maladie

Certains modèles de prévention dans le domaine des addictions sont basés sur le principe de réduction des risques, comme le modèle du cube, qui intègre l'usage simple d'une substance, ou considéré à faible risque, jusqu'au développement d'un trouble lié à cet usage, regroupant les consommations problématiques et les dépendances [10] :

• Le pilier « prévention » contribue à la réduction de la consommation de substances psycho-actives en évitant que les gens ne se mettent à en consommer et ne développent une dépendance

• Le pilier « réduction des risques » contribue à minimiser les effets négatifs de la consommation de drogues sur les usagers et – indirectement – sur la société en rendant possible une consommation entraînant moins de problèmes individuels et sociaux

• Le pilier « thérapie » contribue à la réduction de la consommation de drogues en permettant de sortir d'une dépendance ou à en préserver la possibilité

• Le pilier « régulation du marché » (anciennement nommé pilier « répression ») contribue, par des mesures de régulation ou d'interdiction, à tenter de contrôler l'offre et la demande de substances psycho-actives

C. Application des principes de réduction des risques dans le trouble lié à la pratique des jeux de hasard et d'argent : état des lieux et mesures existantes en France

Les auteurs de l'expertise Inserm sur les jeux de hasard et d'argent de 2008 relèvent que la question d'adapter le modèle du cube, décrit ci-dessus, à la question du jeu reste ouverte. Cependant, ce modèle à l'avantage de distinguer différents types d'actions et de prendre en compte de façon large les différents intervenants possibles dans le champ des addictions, quel que soit le statut légal d'une substance ou d'une pratique. Nous utiliserons donc ce modèle pour illustrer l'application de la réduction des risques dans le domaine de la pratique des jeux de hasard et d'argent et du trouble lié à la pratique des jeux de hasard et d'argent.

Il convient d'abord de préciser que la pratique des jeux de hasard et d'argent en France est régulée, c'est-à-dire qu'il est possible de jouer en toute légalité à un très grand nombre de jeux de hasard et d'argent sur internet ou hors internet ; cependant, les opérateurs de jeu doivent bénéficier d'un agrément, et certains jeux ne sont pas autorisés en ligne. Il est également interdit de jouer à crédit. Il existe donc aussi une forme de jeu illicite, mais ce sont alors les opérateurs de jeu qui enfreignent la loi, et non les joueurs. Cela peut concerner par exemple la pratique en ligne de jeux de roulette sur des sites étrangers, exposant à un jeu plus à risque car sans modérateur obligatoire par exemple. En effet, dans de nombreux pays où la pratique des jeux de hasard et d'argent est régulée, ont été mises en place des mesures de « jeu responsable ». Le concept de jeu responsable a été développé avec la définition suivante : « "Responsible gambling" refers to policies and practices designed to prevent and reduce potential harms associated with gambling; these policies and practices often incorporate a diverse range of interventions designed to promote consumer protection, community and consumer awareness and education, and access to efficacious treatment.

([11] p.308) ». Cette définition se rapproche beaucoup des trois points clés cités précédemment comme définissant l'approche de réduction des risques : réduire les risques et les dommages associés à la pratique des jeux de hasard et d'argent, rendre le soin accessible pour les personnes ayant développé une addiction, et en dehors de tout point de vue moraliste, protégeant en premier lieu les usagers. Le modèle de RENO, développé par Blaszyczynski et al. et présenté lors d'une conférence dans la ville du même nom, répond à cette définition et pense le jeu responsable comme une démarche de prévention primaire, secondaire et tertiaire, ayant la nécessité d'être évaluée et où chaque initiative exige d'avoir montré son efficacité, en tenant compte de qui elle émane (gouvernement, soignant, proches, société, justice, opérateurs de jeu…) [11, 12]. De nombreux gouvernements ont constitué des instances garantes du jeu responsable, souvent financées par les revenus émanent du jeu lui-même [13].

Reprenons le modèle du cube pour le conjuguer dans le trouble lié à la pratique des jeux de hasard et d'argent :

• Le pilier « prévention », comprend les initiatives contribuant à la réduction de la pratique des jeux de hasard et d'argent en évitant que les gens ne se mettent à les pratiquer et les initiatives contribuant à la réduction de la pratique des jeux de hasard et d'argent en évitant que les gens ne développent une dépendance. Les premières sont étonnamment carencielles en France. En effet, alors que plusieurs études ont montré que l'ouverture à la concurrence et la régulation des jeux en ligne pouvait être accompagnée d'une augmentation des cas d'addiction [14], il n'existe pas à ce jour en France de mesure visant à dissuader les nouveaux joueurs, à part l'interdiction de jeu aux mineurs, d'une efficacité discutable puisqu'il a été montré que les mineurs jouaient manifestement en ligne [15]. En France, la loi définit que « la politique de l'Etat en matière de jeux d'argent et de hasard a pour premier objectif de limiter et d'encadrer l'offre et la consommation des jeux et d'en contrôler l'exploitation afin de prévenir le jeu excessif ou pathologique et de protéger les mineurs » [16]. On ne parle donc pas d'éviter l'entrée dans la pratique de jeu, à part pour les mineurs. La loi stipule également que « L'opérateur de jeux ou de paris en ligne titulaire de l'agrément prévu à l'article 21 rend compte dans un rapport annuel, transmis à l'Autorité de régulation des jeux en ligne, des actions qu'il a menées et des moyens qu'il a consacrés pour promouvoir le jeu responsable et lutter contre le jeu excessif ou pathologique ». Cet aspect de la loi répond bien au deuxième aspect du pilier « prévention » visant à éviter que les gens ne développent une dépendance, et correspondant en partie à la démarche de jeu responsable. Par exemple, l'Autorité de régulation des jeux en ligne (ARJEL) précise que les opérateurs doivent obligatoirement proposer des modérateurs de jeu, qui permettent au joueur de limiter ses mises, limiter les approvisionnements de son compte (dépôt), s'auto-exclure du jeu. Les limites des mises auto-fixées auraient des résultats mitigés, et ne seraient probablement pas efficaces sur les joueurs les plus engagés dans la pratique de jeu [17]. Ces modérateurs semblent avoir plus de pertinence s'ils constituent une initiative personnelle du joueur qui favorise une prise de décision rationnelle et le responsabilise. Certains opérateurs de jeu proposent aux joueurs d'avoir volontairement recours à des algorithmes leur indiquant si leur pratique de jeu est considérée à risque [18]. Cependant, il n'existe pas à ce jour d'instrument de dépistage utilisé en routine permettant de repérer le jeu problématique ou pathologique développé de façon transparente et ayant été corrélé à un instrument clinique sur un échantillon de joueurs. L'interdiction de jeu en France peut

concerner un opérateur en ligne, ou bien consister à l'inscription sur la liste des interdits de jeu, et concerner à la fois les jeux en ligne et le casino, mais il n'y a pas de possibilité de se faire interdire pour les autres jeux hors ligne, comme les loteries, les grattages, les courses hippiques, les paris sportifs... Il n'existe en réalité que peu de preuve de l'efficacité des mesures de jeu responsable, notamment concernant les limites de mises. Une alternative a été récemment proposée dans la littérature : proposer une limites de gain plutôt qu'une limite de « perte » : il a été montré qu'une telle mesure pouvait augmenter les performances de joueurs, mais limiteraient ainsi les profits des casinos [17]. D'autres mesures ont été proposées, s'appuyant plus sur la psychologie du joueur problématique et pathologique, comme l'existence de banques de jeu responsable mettant les gains en quarantaine jusqu'à la fin de la session de jeu, mais restent également non évaluées.

• Le pilier « réduction des risques » contribue à minimiser les effets négatifs de la pratique du jeu sur les usagers et – indirectement – sur la société en rendant possible une pratique entraînant moins de problèmes individuels et sociaux. Il s'agit du cœur du jeu responsable tel qu'inscrit dans la loi et imposé aux opérateurs de jeu ayant un agrément en France. Ce pilier est très intriqué avec le pilier « thérapie » pour ce qui est des interventions visant le joueur problématique et pathologique lui-même. Nous détaillerons ici les initiatives visant à promouvoir le soin et les initiatives concernant le soin en lui-même seront détaillée dans le pilier « thérapie » :

- *L'accès aux soins des personnes ayant développé un trouble lié à la pratique des jeux de hasard et d'argent*

  L'accès aux soins pour ces personnes est très médiocre [19]. Les données internationales indiquent que moins de 10% des joueurs pathologiques accèderaient aux soins. Nous ne disposons pas d'enquête large en France portant sur l'accès aux soins. Pourtant, la prévalence du jeu problématique a été estimée en 2010 à 1.3% de la population générale française [20]. La méconnaissance de l'existence de centres de soins prenant en charge cette addiction et la crainte de ne pas pouvoir financer les soins ont été identifiés comme des freins à l'accès aux soins aux Etats-Unis. En France, des financements fléchés par la Direction Générale de l'Offre de Soins ont contribué en 2011 à étendre le réseau de soins spécialisés sur le territoire [21]. Cependant, la visibilité de ces centres reste limitée, comme le témoigne le parcours d'errance persistant chez certains patients avant d'arriver dans des consultations spécialisées. La promotion des centres de soins n'est cela dit pas forcément efficace[22], et il est nécessaire de travailler la représentation même du trouble dans la population générale pour limiter la tendance à l'auto-stigmatisation des joueurs présentant une addiction, également identifiée comme un facteur de frein à l'entrée dans le soin. La loi de régulation des jeux en ligne a prévu la création d'une ligne gratuite d'aide aux joueurs et à leur entourage, « jeu-info-services », pouvant orienter vers les soins et constituer une aide de premier recours.

- *Le challenge du dépistage et l'entrée dans le soin par la porte des dommages sociaux*

  Comme dans autres addictions, le trouble lié à la pratique des jeux de hasard et d'argent peut s'accompagner d'une désinsertion sociale, sous- tendue par les pertes financières et les actes illégaux [23] comme les vols d'argent en milieu professionnel, pouvant aboutir à un licenciement, ou le vol à l'étalage [24]. Les actes illégaux ont

été montrés comme associés à la sévérité des troubles liés à la pratique des jeux de hasard et d'argent [25]. Là encore, la détection de ce trouble parait indispensable devant ce type de comportement, et d'autres acteurs que ceux de la répression, devraient être impliqués pour repérer cette pathologie, notamment chez une personne n'ayant pas jusque-là commit d'acte illicite. Le jeu problématique et pathologique a été plusieurs fois retrouvé à des prévalences alarmantes dans des populations de personnes sans domiciles fixes (jusqu'à 35% pour la prévalence sur la vie entière) [26, 27]. Le dépistage dans cette population mais aussi la prévention de la désocialisation chez les joueurs problématiques et pathologiques sont donc deux challenges de santé publique. Ces situations pourraient constituer des portes d'entrée qui restent pour le moment trop souvent fermées où inaperçues. De plus, le jeu est d'un point de vue juridique plutôt considéré comme un facteur aggravant notamment dans le cas des actes illégaux et du surendettement. Le DSM IV stipulait d'ailleurs qu'il ne pouvait constituer un motif d'irresponsabilité. De plus en plus d'organismes de crédits d'après mon expérience clinique, semblent faire appel des décisions sur les dossiers de surendettement en arguant la non fiabilité des personnes « joueuses », alors que la précarité et la pression financière sont des facteurs de risques connus de trouble lié à la pratique des jeux de hasard et d'argent et de pronostic négatif [28], et qu'il est donc primordial pour le soin de stabiliser la situation financière et de lisser les dettes, sans compter que la sollicitation marketing pour des crédits à la consommation, de ces personnes vulnérables, peut contribuer à l'aggravation du trouble.

- *Les démarches visant à réduire les dommages pour la société et pour l'entourage*
  Cependant, la réduction des risques inclut aussi les démarches visant à réduire les dommages pour la société et pour l'entourage. En effet, en 1997, il a été estimé aux Etats-Unis que les coûts sociétaux pour un joueur « compulsif » se montaient à 9469 $ [29]. Les deux piliers précédents sont donc très concernés pour réduire ces coûts. Il s'agit aussi d'accompagner et de protéger l'entourage ; en effet, le jeu pathologique est associé à la dégradation des relations familiales, à la violence intrafamiliale et la dégradation de la situation sociale de la famille au sens large [30]. Jusqu'à ce jour, seulement deux interventions ont été évaluées pour aider l'entourage des joueurs : un manuel d'aide par soi-même basé sur le renforcement des liens communautaires et une forme de thérapie familiale (CRAFT), et des entretiens entraînant l'entourage à développer ses compétences pour gérer les difficultés liées au jeu.

• Le pilier « thérapie » correspond aux initiatives contribuant à la réduction de la pratique des jeux de hasard et d'argent visant à sortir d'une dépendance ou à préserver la possibilité de sortir de la dépendance ; il contribue en outre à la promotion de l'intégration sociale et de la santé des personnes traitées. Ce pilier comprend donc plusieurs aspects :

- *La possibilité d'accompagner les patients vers une réduction de pratique plutôt que vers l'abstinence s'ils le souhaitent*
  Même si les premiers programmes d'intervention thérapeutique pour la prise en charge du jeu pathologique avaient pour objectif l'abstinence, portés par l'influence du programme des douze étapes, de nombreux essais ont testé l'efficacité d'interventions accompagnant les joueurs pathologiques et/ou problématiques vers la réduction de pratique [31]. Ces programmes se sont développés à partir de plusieurs

constats. Le premier constat a été évoqué précédemment ; il concerne le faible recours au soin, et pointe les limites d'une offre unique orientée vers l'abstinence, face à une possible réticence de certaines personnes ayant développé un trouble lié à la pratique des jeux de hasard et d'argent, en particulier les plus sévères, à envisager l'abstinence. Proposer une alternative en accompagnant les joueurs qui souhaitent réduire leur pratique sans s'abstenir pourrait permettre de réduire les dommages en rendant le soin plus acceptable. Cela pourrait en particulier permettre de renforcer le sentiment d'efficacité personnelle en début de prise en charge en permettant de fixer des objectifs intermédiaires plus réalistes. Il est à noter que dans un essai ouvert proposant à 124 joueurs pathologiques de suivre un programme de thérapie cognitivo-comportementale visant la réduction de pratique, seul un tiers des personnes ont gardé l'objectif de réduction tout au long de l'essai sur la période de 12 semaines, et que les autres ont changé leur objectif au moins une fois vers l'abstinence [32]. La réduction de pratique constitue alors un objectif en soi, ou bien un objectif intermédiaire vers l'abstinence [32, 33]. Le deuxième constat provient de données observationnelles en population générale, documentant l'existence de joueurs ayant eu les critères diagnostics de jeu problématique ou pathologique et ayant réduit leur pratique de jeu sans aide spécialisée, c'est-à-dire ayant obtenu une rémission spontanée [34-36]. Ces études analysent souvent indifféremment les personnes selon qu'elles aient réduit leur pratique où qu'elles se soient abstenues ; les transitions « vers et hors » le diagnostic de jeu pathologique semble extrêmement fréquentes [34, 35]. Enfin, il a été décrit à plusieurs reprises que le choix de l'objectif d'abstinence ou de réduction de pratique n'influençait pas l'évolution des joueurs pathologiques en terme d'impact financiers, et qu'on retrouvait une efficacité similaire de programme de thérapies cognitivo-comportementales chez les patients choisissant l'abstinence et chez ceux optant pour la réduction de pratique [37, 38]. Envisager la réduction de pratique comme un moyen acceptable de sortir de l'addiction soulève en effet la question des critères avec lesquels sont évalués ces essais. En effet, de nombreux auteurs ont pointé les insuffisances et le manque de documentation sur la pertinence clinique des objectifs thérapeutiques déterminés dans les essais cliniques dans le trouble lié à la pratique des jeux de hasard et d'argent, en particulier des critères financiers [31, 39]. Les indicateurs financiers de jeu pourraient avoir une pertinence limitée car ils sont dépendants de l'accès à l'argent et des restrictions mises en places par les tiers et l'entourage [12]. Une méta-analyse de 2009 a montré que les thérapies cognitives, centrées sur les distorsions cognitives, les thérapies motivationnelles et les thérapies comportementales de type désensibilisation en imagination étaient des stratégies efficaces pour réduire la pratique de jeu [40].

- *La prise en charge des co-addictions*

  Il a été montré que les co-addictions, en particulier le trouble lié à l'usage d'alcool co-morbide était un facteur de sévérité du trouble lié à la pratique des jeux de hasard et d'argent. Cependant, le pronostic des personnes ayant une addiction duelle diagnostiquée n'était pas moins bon [41]. Ce point peut être interprété comme le recours aux soins facilité par la présence d'une co-addiction. Il parait donc indispensable de renforcer les efforts de dépistage des pratiques de jeu problématiques et pathologiques chez les personnes ayant une addiction connue.

- *La prise en charge des complications et des comorbidités psychiatriques : cas particulier du suicide*
  Il a été montré que le dépistage du jeu pathologique était trop faible, y compris en population consultant pour une autre addiction ou pour une autre maladie mentale, alors que les joueurs présentant un trouble lié à la pratique des jeux de hasard et d'argent sont surreprésentés dans ces populations [42]. De plus, la mortalité par suicide attribuable au trouble lié à la pratique des jeux de hasard et d'argent est considérable et probablement sous-évaluée [43], car les raptus suicidaires surviennent souvent au décours des sessions de jeu en réaction à des pertes importantes, ou à un moment ou le joueur se sent acculé avant que ses proches ne prennent conscience de l'étendu de sa pratique et du poids des pertes financières. Ils surviennent souvent chez des joueurs sans comorbidité psychiatrique [43]. La détection précoce de ce trouble notamment devant des difficultés financières mal expliquées par la situation socioprofessionnelle parait donc indispensable et à renforcer. Les acteurs de ce dépistage pourraient être multiples, parmi les soignants mais aussi les accompagnants sociaux.

• Le pilier « régulation du marché » contribue, par des mesures de régulation ou d'interdiction, à tenter de contrôler l'offre et la demande en matière de jeux de hasard et d'argent. En France, les différents types de jeux de hasard et d'argent sont régulés par différentes instances : les jeux en ligne sont contrôlés par l'ARJEL à l'exception de la Française Des Jeux, dont l'ensemble des activités sont régulées par le ministère du budget, le PMU est régulé par le ministère de l'agriculture, les casinos sont régulés par le ministère de l'intérieur. Depuis 2011, existe une instance rattachée au premier ministre, le Comité Consultatif des Jeux, centralisant les informations issues des autorités de régulation et émettant des avis, notamment relatifs aux dangers du jeu excessif [44].

D. Limites de la réduction des risques en matière d'addiction aux jeux de hasard et d'argent

Les limites de la réduction des risques en matière d'addiction aux jeux de hasard et d'argent reposent plus sur des problématiques politiques et de conflits d'intérêt lourds d'un point de vue éthique, et sur le manque d'évaluation des mesures de jeu responsable, que sur la pertinence du concept, qui a été démontrée en ce qui concerne le soin. Les problèmes principaux pourraient donc être résumés sous les questions suivantes :

- Propose-t-on des accueils « bas seuil » pour les joueurs ?

Les lignes téléphoniques d'aide aux joueurs peuvent être considérées comme des « accueils bas seuil », et il a été montré qu'elles permettaient à un certain nombre de joueurs en difficulté d'accéder aux soins [45-48]. Cependant, ces lignes d'aide nécessitent une démarche active de joueurs en difficulté, et il ne s'agit pas d'aller à leur rencontre. Des initiatives de dépistage et de proposition de soins dans l'environnement de jeu pour les non-chercheurs de soins sont à l'étude [49], notamment dans le domaine du jeu en ligne. Un outil de dépistage des joueurs problématiques de poker en ligne a été développé et validé à partir d'un modèle statistique expliquant le score à l'index canadien du jeu excessif (ICJE) par les données de comportement de jeu enregistrées en routine par l'opérateur. Cet outil permet de dépister avec une sensibilité de 80% les joueurs ayant un ICJE supérieur ou égal à 5, sans

initiative préalable du joueur, à partir des données déjà enregistrées en routine par l'opérateur. En effet, un grand nombre de données de jeu sont enregistrées conjointement par les opérateurs de jeu en ligne ayant un agrément en France, et par l'ARJEL, sur un « frontal », et stockées de manière sécurisée, dans le but jusqu'à présent d'assurer l'intégrité du jeu et d'éviter tout processus de blanchiment ; mais elles pourraient être utilisées dans une optique de protection du joueur et de prévention de l'addiction. Le développement d'un outil de dépistage plus complet et plus fiable portant sur l'ensemble des activités de jeu en ligne sur des sites ayant l'agrément en France, et sans initiative préalable des joueurs, à partir des données de comportement de jeu est donc faisable et en projet actuellement. Cependant les interventions proposées ne peuvent pas être identiques à celles proposées aux non chercheurs de soins, car leur acceptabilité semble être beaucoup plus faible [50], probablement du fait que les non chercheurs de soins se sentiraient moins prêts à changer leur comportement.

- Les mesures de bon sens sont-elles efficaces et sont-elles suffisantes ?

Pas toujours. On l'a vu plus haut, les limites de pertes pourraient ne pas être les plus pertinentes. Cependant, les imites basées sur un plafond de gain pourraient être peu acceptables sociétalement et politiquement, en premier lieu car elles ont montré réduire les bénéfices des opérateurs de jeu, au moins en ce qui concerne les casinos [17]. On perçoit dans cette réflexion les enjeux financiers soulevés par une démarche sans ambigüité de protection du joueur.

Les mesures de jeu responsable, si elles suivent des standards partagés au niveau international, s'exposent aux limites liées à l'absence de frontière sur internet, où la possibilité de jouer sur des opérateurs non régulés persiste [15]. Certains joueurs en difficulté restent en permanence sollicités par des opérateurs étrangers, leur proposant des bonus et les invitant à renouveler leur expérience de jeu, sollicitations les mettant gravement en difficulté et en danger.

- Les mesures de jeu responsables ont-elle la même efficacité quelque soit l'acteur qui les met en place ?

Probablement pas. On dispose d'au moins un exemple, lié au risque de mesures contreproductives de prévention du risque addictif mise en place par un opérateur de jeu, ou plus exactement par une instance dépendante financièrement d'un opérateur de jeu. La campagne de prévention de l'organisme « Mise sur toi », rattachée à « Loto Québec », a été dénoncée par une étude de l'Institut national de la santé publique (INSPQ). Elle associait les jeux de hasard à des activités inoffensives (jouer au badminton ou à cache-cache, faire du théâtre), avec le but affiché de promouvoir un jeu « loisir » afin d'éviter le jeu excessif. Cette campagne était en fait plutôt inspirée des approches marketing de contre-offensive, méthodes utilisées notamment par l'industrie viticole française pour attaquer la Loi Évin [51]. L'association entre jeux de hasard et activités de loisirs a été estimée trompeuse puisque 20% des personnes interrogées percevaient ce message comme publicitaire et non préventif, et 40% estimaient que c'était Loto-Québec plutôt que Mise sur Toi (identifiée par 32% des répondants) qui était à l'origine de ces messages. Dans le domaine du jeu, un message perd de sa crédibilité lorsqu'il est associé ou attribué au producteur du risque [52]. Les risques éthiques liés aux conflits d'intérêt entre les chercheurs et les opérateurs de jeu et l'état bénéficiaire des produits des jeux ont été soulevés récemment à travers un appel au

positionnement des chercheurs au niveau international, en faveur de plus de transparence et d'indépendance, notamment en ce qui concerne l'évaluation de l'efficacité des initiatives de jeu responsable [12].

- Les conflits d'intérêt gouvernementaux permettent-ils de mettre en place de vraies mesures de protection de la population ?

Les impôts indirects relatifs aux prélèvements sur les jeux se montaient en 2010 en France avant même la régulation des jeux en ligne à 3 milliards 128 millions d'euros [53]. L'état reste l'actionnaire majoritaire de la Française de Jeux à plus de 70%. La française des jeux détient le monopole des jeux de casino en ligne en France. Il a été démontré que 3% des joueurs de casino en ligne procuraient 50% des revenus des opérateurs, et que 11% des joueurs procuraient 80% de revenus des casinos en ligne [54]. Ces joueurs sont des gros perdants, questionnant le modèle économique de ces opérateurs d'un point de vue éthique. Cette manne financière peut contribuer à expliquer l'ambivalence des politiques en matière de jeux de hasard et d'argent. On peut pointer par exemple la possibilité pour les opérateurs de jeu de diffuser des messages publicitaires sur les supports audiovisuels à toute heure, sauf interrompant un programme destiné spécifiquement au jeune publique, avec pour seule contrainte un message minimaliste obligatoire stipulant que jouer comprend des risques. En ce qui concerne la protection des plus jeunes, la loi précise que « Les communications commerciales ne doivent ni rendre les jeux de hasard et d'argent particulièrement attractifs pour les mineurs, ni mettre en scène des personnalités, des personnages ou des héros appartenant à l'univers des enfants ou des adolescents ou disposant d'un notoriété particulièrement forte auprès de ces publics. » Pourtant, par exemple, tous les ans, un hippodrome de la région parisienne invite les enfants à venir gouter dans l'enceinte de l'hippodrome, lors d'opérations « Superdimanche », mettant en scène des héros enfantins. L'initiation à l'environnement de jeu est évidente, et la précocité de l'exposition un facteur de risque connu. Il n'est pourtant pas actuellement envisagé de mesure plus contraignante, à l'image de la Loi Evin, pour le jeu. La population des séniors est aussi largement sollicitée, y compris par le biais d'associations municipales [55], à fréquenter les casinos en bénéficiant d'opérations marketing proposées par des voyagistes [56, 57]. On sait pourtant qu'une partie de cette population est plus vulnérable face au risque de troubles liés à la pratique des jeux de hasard et d'argent [57].

- Les mesures de réduction des risques sont-elles limitées par une représentation sociétale du jeu banalisée, d'une part et par la stigmatisation du joueur problématique ou pathologique, d'autre part ?

La pratique des jeux de hasard et d'argent concerne la moitié de la population adulte dans une année. On peut se poser la question de l'acceptabilité de mesures de réduction des risques destinées au plus grand nombre. Les joueurs récréatifs rapporteraient une moindre prise de plaisir dans le jeu du fait de certaines mesures de jeu responsable [58]. Il est probable que ces considérations soient majorées par la stigmatisation du joueur problématique ou pathologique par la population générale ; il a été montré que la population générale attribuait le jeu problématique autant une faiblesse de caractère qu'au potentiel addictogène du jeu, avec le plus haut score attribué à la faiblesse de caractère en comparaison aux addictions à une substance les plus fréquentes [59].

Plusieurs auteurs soulignent pourtant la responsabilité collective et sociétale dans l'exposition de populations et de personnes vulnérables à la pratique addictogène qu'est la pratique des jeux de hasard et d'argent. Cette responsabilité ne peut pas être considérée comme assumée alors que de nombreuses occasions de rencontrer et de proposer de l'aide aux joueurs problématiques ou pathologiques sont ratées : pas de déresponsabilisation pénale pour le joueur dans les délits liés au jeu, conseil aux joueurs de ne pas mentionner leur condition de santé dans les dossiers de surendettement au risque de rejet de leur demande, pas de possibilité de collaboration avec les établissements bancaires sous prétexte du respect de la vie privée alors que les conseillers sont témoins des dégringolades financières et repèrent facilement les transactions avec les opérateurs de jeu, au moins pour les jeux en ligne, ou proposent trop facilement des élargissement d'autorisation de découvert à des joueurs ayant une succession de débits ou crédits liés à leur pratique de jeu, les mettant ainsi particulièrement en danger derrière le prétexte de « réduire les frais bancaires ». La question de la non assistance à personne en danger et de la mise en danger d'une personne en situation de vulnérabilité, notamment devant la prévalence élevée de suicides chez les joueurs pathologiques en difficulté financières, devrait être soulevée.

Enfin, la réduction des risques en matière de jeux de hasard et d'argent ne peut être exempte d'une réflexion profonde sur l'inscription de l'argent au rang de valeur sociétale, sur les aspects éducatifs relatifs à l'attribution d'une valeur à l'argent, et sur les autres processus de neuroéconomie comportementale impliqués en matière de prise de décision liés à des pertes ou des gains en situation d'incertitude.

Conclusion

La seule addiction comportementale reconnue consensuellement à ce jour est l'addiction aux jeux de hasard et d'argent. La réduction des risques et des dommages est un principe établi dans le domaine des troubles liés à la pratique des jeux de hasard et d'argent, en particulier au sens du principe de jeu responsable. Cependant, l'efficacité des initiatives qui s'en revendiquent restent trop peu évaluées. De plus, la stigmatisation des joueurs problématiques et pathologiques ainsi que l'ambivalence sociétale et politique devant une manne monétaire tributaire d'une population vulnérable, réduit la portée des initiatives de réduction des risques et des dommages dans la pratique des jeux de hasard et d'argent et les troubles qui lui sont associés. En ce qui concerne les soins, si les premiers programmes thérapeutiques étaient pour la plupart orientés vers l'abstinence, les arguments en faveur de la possibilité pour certains joueurs pathologiques de réduire leur pratique sans s'abstenir, et le pronostic comparable entre ceux choisissant l'abstinence et ceux choisissant de réduire leur pratique se sont accumulés et ont permis le développement d'interventions de psychothérapie accompagnant efficacement la réduction de pratique.

Références

1. Billieux, J., et al., *Are we overpathologizing everyday life? A tenable blueprint for behavioral addiction research.* J Behav Addict, 2015. 4(3): p. 119-23.
2. Kardefelt-Winther, D., *Commentary on: Are we overpathologizing everyday life? A tenable blueprint for behavioral addiction research.* J Behav Addict, 2015. 4(3): p. 126-9.

3. Potenza, M.N., *Commentary on: Are we overpathologizing everyday life? A tenable blueprint for behavioral addiction research.* J Behav Addict, 2015. 4(3): p. 139-41.
4. van der Linden, M., *Commentary on: Are we overpathologizing everyday life? A tenable blueprint for behavioral addiction research.* J Behav Addict, 2015. 4(3): p. 145-7.
5. AmericanPsychiatricAssociation. *Substance related and addictive disorders fact sheet*. DSM5 organisation 2013 [cited; Available from: http://www.dsm5.org/Documents/Substance%20Use%20Disorder%20Fact%20Sheet.pdf.
6. Clark, L., *Commentary on: Are we overpathologizing everyday life? A tenable blueprint for behavioral addiction research.* J Behav Addict, 2015. 4(3): p. 132-4.
7. HarmReductionCoalition, *Mission and principles of harm reduction*. 1996, Oakland.
8. Marlatt, G.A., *Harm reduction: come as you are.* Addict Behav, 1996. 21(6): p. 779-88.
9. Gowan, T., S. Whetstone, and T. Andic, *Addiction, agency, and the politics of self-control: doing harm reduction in a heroin users' group.* Soc Sci Med, 2012. 74(8): p. 1251-60.
10. CFLD, *« psychoaktiv.ch »*.
11. Blaszczynski, A., R. Ladouceur, and H.J. Shaffer, *A science-based framework for responsible gambling: the Reno model.* J Gambl Stud, 2004. 20(3): p. 301-17.
12. Shaffer, H.J., et al., *Extending the RENO Model: Clinical and Ethical Applications.* Am J Orthopsychiatry, 2015.
13. NationalCouncilOnProblemGambling, *INTERNET RESPONSIBLE GAMBLING STANDARDS*. 2012: Washington, DC.
14. Griffiths, M., et al., *Sociodemographic correlates of internet gambling: findings from the 2007 british gambling prevalence survey.* Cyberpsychol Behav, 2009. 12(2): p. 199-202.
15. Tovar, M.L., J.M. Costes, and V. Eroukmanoff, *Les jeux d'argent et de hasard sur internet en France en 2012.* Tendances, 2013(juin).
16. AssembléeNationale, *LOI n° 2010-476 du 12 mai 2010 relative à l'ouverture à la concurrence et à la régulation du secteur des jeux d'argent et de hasard en ligne-Article 26*, in *NOR: BCFX0904879L*, A.n.e. Sénat, Editor. 2010.
17. Walker, D.M., et al., *Setting Win Limits: An Alternative Approach to "Responsible Gambling"?* J Gambl Stud, 2015. 31(3): p. 965-86.
18. Griffiths, M.D., R.T. Wood, and J. Parke, *Social responsibility tools in online gambling: a survey of attitudes and behavior among Internet gamblers.* Cyberpsychol Behav, 2009. 12(4): p. 413-21.
19. Gainsbury, S., N. Hing, and N. Suhonen, *Professional help-seeking for gambling problems: awareness, barriers and motivators for treatment.* J Gambl Stud, 2014. 30(2): p. 503-19.
20. Costes, J.M., et al., *Les niveaux et pratiques des jeux de hasard et d'argent en 2010.* Tendances, 2011. 77(septembre).
21. FrenchGovernment, *Circulaire DGOS/R1 no 2011-125 du 30 mars 2011 relative à la campagne tarifaire 2011 des établissements de santé*, D.L.E.E.D.L.S. MINISTÈRE DU TRAVAIL, MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA COHÉSION SOCIALE, Editor. 2011. p. 105.
22. Calderwood, K.A. and W.J. Wellington, *Using Roadside Billboard Posters to Increase Admission Rates to Problem Gambling Services: Reflections on Failure.* Health Promot Pract, 2015.
23. Folino, J.O. and P.E. Abait, *Pathological gambling and criminality.* Curr Opin Psychiatry, 2009. 22(5): p. 477-81.
24. Blanco, C., et al., *Prevalence and correlates of shoplifting in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC).* Am J Psychiatry, 2008. 165(7): p. 905-13.

25. Ledgerwood, D.M., et al., *Clinical features and treatment prognosis of pathological gamblers with and without recent gambling-related illegal behavior.* J Am Acad Psychiatry Law, 2007. 35(3): p. 294-301.
26. Matheson, F.I., et al., *Prevalence of gambling problems among the clients of a toronto homeless shelter.* J Gambl Stud, 2014. 30(2): p. 537-46.
27. Nower, L., et al., *Problem gambling and homelessness: results from an epidemiologic study.* J Gambl Stud, 2015. 31(2): p. 533-45.
28. Subramaniam, M., et al., *Prevalence and determinants of gambling disorder among older adults: a systematic review.* Addict Behav, 2015. 41: p. 199-209.
29. Eadington, W.R., *Measuring costs from permitted gaming: concepts and categories in evaluating gambling's consequences.* J Gambl Stud, 2003. 19(2): p. 185-213.
30. Dowling, N.A., et al., *Problem Gambling Family Impacts: Development of the Problem Gambling Family Impact Scale.* J Gambl Stud, 2015.
31. Gooding, P. and N. Tarrier, *A systematic review and meta-analysis of cognitive-behavioural interventions to reduce problem gambling: hedging our bets?* Behav Res Ther, 2009. 47(7): p. 592-607.
32. Ladouceur, R., S. Lachance, and P.M. Fournier, *Is control a viable goal in the treatment of pathological gambling?* Behav Res Ther, 2009. 47(3): p. 189-97.
33. Ladouceur, R., *Controlled gambling for pathological gamblers.* J Gambl Stud, 2005. 21(1): p. 49-59.
34. Slutske, W.S., K.M. Jackson, and K.J. Sher, *The natural history of problem gambling from age 18 to 29.* J Abnorm Psychol, 2003. 112(2): p. 263-74.
35. LaPlante, D.A., et al., *Stability and progression of disordered gambling: lessons from longitudinal studies.* Can J Psychiatry, 2008. 53(1): p. 52-60.
36. Froberg, F., et al., *The Incidence of Problem Gambling in a Representative Cohort of Swedish Female and Male 16-24 Year-Olds by Socio-demographic Characteristics, in Comparison with 25-44 Year-Olds.* J Gambl Stud, 2014.
37. Dowling, N., D. Smith, and T. Thomas, *A preliminary investigation of abstinence and controlled gambling as self-selected goals of treatment for female pathological gambling.* J Gambl Stud, 2009. 25(2): p. 201-14.
38. Stea, J.N., D.C. Hodgins, and T. Fung, *Abstinence versus Moderation Goals in Brief Motivational Treatment for Pathological Gambling.* J Gambl Stud, 2015. 31(3): p. 1029-45.
39. Monnat, S.M., et al., *Exploring the Relationship Between Treatment Satisfaction, Perceived Improvements in Functioning and Well-Being and Gambling Harm Reduction Among Clients of Pathological Gambling Treatment Programs.* Community Ment Health J, 2013.
40. Toneatto, T. and R. Ladoceur, *Treatment of pathological gambling: a critical review of the literature.* Psychol Addict Behav, 2003. 17(4): p. 284-92.
41. Stinchfield, R., M.G. Kushner, and K.C. Winters, *Alcohol use and prior substance abuse treatment in relation to gambling problem severity and gambling treatment outcome.* J Gambl Stud, 2005. 21(3): p. 273-97.
42. Cowlishaw, S. and J.K. Hakes, *Pathological and problem gambling in substance use treatment: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC).* Am J Addict, 2015. 24(5): p. 467-74.
43. Wong, P.W., et al., *A psychological autopsy study of pathological gamblers who died by suicide.* J Affect Disord, 2010. 120(1-3): p. 213-6.
44. AssembléeNationale, *Décret n°2011-252 du 9 mars 2011 relatif au Comité consultatif des jeux*. 2011, JORF.
45. Rodda, S. and D.I. Lubman, *Characteristics of gamblers using a national online counselling service for problem gambling.* J Gambl Stud, 2014. 30(2): p. 277-89.
46. Ledgerwood, D.M., et al., *Who goes to treatment? Predictors of treatment initiation among gambling help-line callers.* Am J Addict, 2013. 22(1): p. 33-8.

47. Potenza, M.N., M.A. Steinberg, and R. Wu, *Characteristics of gambling helpline callers with self-reported gambling and alcohol use problems.* J Gambl Stud, 2005. 21(3): p. 233-54.
48. Khayyat-Abuaita, U., et al., *Barriers to and Reasons for Treatment Initiation Among Gambling Help-line Callers.* J Nerv Ment Dis, 2015. 203(8): p. 641-5.
49. Luquiens, A., et al., *Tracking online poker problem gamblers with player account-based gambling data only.* in rev.
50. Luquiens, A., et al., *An internet-based randomized controlled trial of 3 modalities of psychotherapy for non-treatment-seeking online problem gamblers: an aversive effect of guidance.* Journal of Medical Internet Research, in press.
51. Boisvert, Y., F. Lesemann, and E. Papineau, *Éthique et gouvernance de l'offre de jeu : de la responsabilité ministérielle à la responsabilité sociale de Loto-Québec* Éthique publique, 2012. 14(2).
52. Lemarié, L., *Three essays on pro- and anti- behavioral messages in a preventive context*. 2012, HEC Montréal: Montréal.
53. *RAPPORT SUR LES PRÉLÈVEMENTS OBLIGATOIRES ET LEUR ÉVOLUTION*, PLF, Editor. 2012.
54. Labrie, R.A., et al., *Inside the virtual casino: a prospective longitudinal study of actual Internet casino gambling.* Eur J Public Health, 2008. 18(4): p. 410-6.
55. *Le CCAS a organisé son voyage annuel*, in *Ouest France*. 2014.
56. Zaranek, R.R. and P.A. Lichtenberg, *Urban elders and casino gambling: Are they at risk of a gambling problem?* J Aging Stud, 2008. 22(1): p. 13-23.
57. Wick, J.Y., *High-stakes gambling: seniors may be the losers.* Consult Pharm, 2015. 27(8): p. 544-51.
58. Jackson, A.C., et al., *Consumer Perspectives on Gambling Harm Minimisation Measures in an Australian Jurisdiction.* J Gambl Stud, 2015.
59. Konkoly Thege, B., et al., *Social judgments of behavioral versus substance-related addictions: A population-based study.* Addict Behav, 2014. 42C: p. 24-31.

Comment organiser/soutenir des recherches et des évaluations multidisciplinaires dans le domaine de la RdRD qui aident le développement des pratiques et qui tiennent compte de ce qui est déjà étudié à l'étranger ?

Patrizia CARRIERI
IR UMR912 (SESSTIM),
Aix Marseille Université, UMR_S912, IRD, ORS PACA,
Faculté de Médecine,
27 Bd Jean Moulin, 13385 Marseille Cedex 5
Tel: +33 (0)491 324 600
pmcarrieri@aol.com

Cette question s'articule autour de quatre volets qui seront ici développés : les leviers de la recherche en Réduction des Risques et des Dommages (RdRD), l'intégration d'expériences étrangères dans l'organisation, la question du soutien, et le transfert des résultats à la pratique courante.

La réponse à cette question termine par un focus expliquant comment établir les priorités et les perspectives de la recherche dans le domaine de la RdRD.

1) LES LEVIERS DE LA RECHERCHE EN RdRD

Le terme « levier » se réfère ici aux constats permettant de mobiliser la communauté scientifique autour d'un problème. En effet, la mise en place d'une recherche dans le domaine de la RdRD part toujours d'un constat qui peut être de plusieurs types. Ce peut être un constat d'ordre sanitaire comme l'augmentation de la prévalence de l'infection à VIH et des hépatites virales chez les usagers de drogues, l'augmentation du nombre d'accidents de la route suite à la conduite sous l'effet de l'alcool, l'augmentation des complications sanitaires associées à l'utilisation de substances psychoactives (infections bactériennes, overdoses). Ce peut être également un constat d'ordre social et/ou économique comme l'augmentation de la délinquance dans certains quartiers concernés par un trafic de drogues, l'augmentation de la violence liée à l'utilisation de substances psychoactives, l'augmentation du nombre de personnes incarcérées pour des délits liés à la consommation ou au trafic de drogues ou à la consommation d'alcool. Les événements précités engendrent des coûts sociaux et économiques et peuvent de ce fait nécessiter la mise en place d'interventions de type RdRD.

Une grande partie de ces événements sont signalés par les communautés concernées qui essayent de s'organiser avec des réponses de RdRD, souvent innovantes.

Il existe des exemples français qui montrent de quelle façon certains événements comme l'épidémie de VIH ont impulsé l'organisation d'une réponse globale de type RdRD. Les exemples les plus notables de mesures de RdRD associées à une évaluation scientifique sont l'accès à la buprénorphine en France, l'accès à la méthadone en médecine de ville et l'accompagnement et l'éducation aux risques liés à l'injection.

Il est essentiel de noter que des pays comme l'Australie (1) et le Royaume-Uni (2), qui ont mis en place de vastes programmes de prévention du VIH quand les premiers cas d'infections ont commencé à apparaître, n'ont pas observé d'épidémies du VIH parmi les Usagers de Drogues (UD).
A contrario, en France, entre 1994 et 1996, une épidémie de VIH sans précédent s'est produite chez les UD - 40% d'entre eux étaient infectés par le VIH mettant en lumière le retard très dommageable de la France en terme d'accès aux Programmes d'Echange de Seringues (PES) et de Traitement de Substitution aux Opiacés (TSO). Il y avait donc besoin d'une politique de RdRD à grande échelle fondée à minima sur un accès élargi aux PES et TSO.

Les traitements antirétroviraux (ARV) pour le VIH, disponibles à partir de 1996, ont permis pourquoi partiellent, vivant avec le VIH grâce au contrôle de la réplication virale. Ce contrôle de la virémie a aussi permis de rendre les personnes traitées pour leur VIH "moins contaminantes" : en effet, il est maintenant prouvé que chez les personnes VIH+ qui ont une virémie parfaitement contrôlée, le risque de transmission sexuelle du VIH aux partenaires séronégatifs est négligeable (3).

Loin d'en avoir prévu l'efficacité, la France a été le premier pays à mettre en place une intervention "combinée" de RdRD pour les UD permettant de contrôler la transmission sexuelle et parentérale du VIH. Cette intervention a été basée sur un accès élargi à la fois aux ARV (qui réduisent la transmission sexuelle), à l'éducation par les pairs, aux PES et aux TSO - buprénorphine et méthadone - pour la prise en charge de la dépendance aux opiacés qui ont permis de réduire les cas de transmission parentérale du VIH (4). Le choix d'un accès élargi aux PES et aux TSO était partiellement issu des résultats de la recherche menée à l'étranger. En effet, il avait été montré que la fréquentation des PES et l'accès à la méthadone permettaient de réduire le risque de séroconversion VIH (5, 6) et VHC (7, 8). En revanche, la mise en place de l'accès à un nouveau traitement – la buprénorphine - pour la dépendance aux opiacés en médecine générale ont constitué une initiative de recherche complètement innovante. L'efficacité de celle-ci a été évaluée grâce à l'étude Subazur

financée par la Mildeca et à la cohorte des patients UD et VIH+ financée par l'ANRS et le Sidaction, MANIF2000 (9, 10).

L'introduction d'un arsenal thérapeutique pour les UD comme les ARV et les traitements de substitution, prescrits pour une durée indéterminée, voire à vie, a modifié profondément les questions de recherche en épidémiologie socio-comportementale dans le domaine du VIH et de l'usage de drogues et a permis de montrer l'efficacité du traitement VIH - seul ou combiné avec les TSO - comme outil de RdRD.

La recherche observationnelle chez les UD suivis dans des services hospitaliers spécialisés dans le VIH dans le cadre de la cohorte MANIF2000 a permis de montrer que la buprénorphine permettait d'une part de réduire les comportements d'injection (et de ce fait les cas de transmission du VIH par injection) et d'autre part d'améliorer l'observance et la réponse aux ARV (donc de maximiser l'efficacité de ces traitements et de réduire le risque qu'un UD VIH+ puisse transmettre sexuellement le virus) (11-14). Grâce aux résultats des recherches menées en France, la buprénorphine a été classée par l'OMS comme médicament essentiel. Les résultats de ces recherches ont également fourni des arguments à l'*Expert Committee on Drug Dependence* (ECDD) de l'OMS permettant d'éviter le classement international de la buprénorphine comme stupéfiant, ce qui aurait réduit l'accès à ce traitement dans les pays à ressources limitées.

Comme mentionné plus haut, certains problèmes sanitaires, comme des pratiques à haut risque chez des injecteurs fréquents, sont signalés directement par les communautés concernées qui essayent de s'organiser en apportant des réponses, souvent innovantes, de type RdRD. C'est le cas de l'Accompagnement et l'Education aux Risques Liés à l'Injection (AERLI). Le projet ANRS AERLI est un exemple typique d'une recherche de type "*bottom-up*" - approche ascendante - dans laquelle les intervenants associatifs et les acteurs de terrains mettent en place une intervention, puis demandent aux chercheurs de l'évaluer de façon rigoureuse et scientifique.

Un autre exemple de levier de type sanitaire est celui du constat de la persistance d'une prévalence de l'infection par le VHC élevée chez les UD malgré une couverture importante par les TSO dans cette population. Cette forte prévalence est le reflet de pratiques d'injection toujours fréquentes, notamment parmi les patients traités par buprénorphine. L'élargissement de l'accès à des traitements non injectables comme la méthadone en médecine générale, recommandé dans le plan hépatite 2009-2012[1], permettrait également

d'améliorer l'accès à la méthadone, notamment en milieu rural où les centres spécialisés sont peu implantés.

Pour statuer sur cet élargissement de la primo-prescription de méthadone, le ministère de la santé a émis la demande d'une étude expérimentale et pragmatique permettant de comparer les effets de la méthadone initiée en médecine de ville et en centre de soins spécialisé (CSAPA). Les critères de comparaison étaient la consommation d'opioïdes et l'engagement des patients dans le soin. L'essai pragmatique ANRS-Méthaville a été mis en place afin de répondre à cette demande. Le terme « pragmatique » signifie que les critères de sélection des médecins prescripteurs et des patients étaient aussi proches que possibles des conditions réelles de prise en charge. Un essai non pragmatique n'aurait pas donné des résultats fiables en matière de validité externe, c'est à dire, n'aurait pas permis l'extrapolation des résultats obtenus à l'ensemble des médecins de ville formés et engagés dans la prise en charge des addictions.

Le point clef de cette recherche était d'établir un cadre de prescription pour la médecine de ville capable de réduire au maximum le risque de surdosage - très élevé dans la phase d'initiation du traitement – et qui puisse être transféré facilement en cas de résultats favorables de l'essai. Pour établir ce cadre, la revue de la littérature scientifique internationale sur la prescription de méthadone en ville a été fondamentale et a permis d'identifier les erreurs à ne pas répéter. Un exemple de cadre à respecter est celui de la supervision de la prise de méthadone en pharmacie pendant la période d'initiation du traitement - l'absence de cette mesure ayant causé des overdoses en Ecosse (15). L'essai ANRS-Méthaville a démontré une efficacité comparable de l'initiation du traitement par méthadone en médecine de ville et de l'initiation de ce traitement en CSAPA sur la consommation d'opioïdes, ainsi qu'un meilleur engagement dans les soins après l'initiation en ville (16) . Nous attendons actuellement le changement de l'AMM qui permettra aux médecins de ville formés, en lien avec un CSAPA ou un service d'addictologie et volontaires de réaliser la primo-prescription de la méthadone.

En matière d'organisation de la recherche, les exemples des projets AERLI, Méthaville et MANIF 2000 montrent clairement la plus-value de deux caractéristiques essentielles : d'une part, l'existence d'un groupe comparatif (patients non exposés à l'intervention dans AERLI et Méthaville, patients non traités par buprénorphine dans MANIF 2000) et d'autre part, la

documentation des changements de comportements au cours du temps, donc le caractère longitudinal des études.

2) L'INTEGRATION DES EXPERIENCES INTERNATIONALES ET DE LA MULTIDISCIPLINARITE DANS L'ORGANISATION DE LA RECHERCHE

Autrement dit : Quel type de recherche pour quel type d'objectif ? Place de la multidisciplinarité et importance de l'environnement

L'objectif principal d'une recherche dans le domaine de la RdRD est soit d'étudier des approches innovantes, soit d'étayer des études déjà réalisées.

Plusieurs exemples montrent dans quelle mesure les apports des expériences menées à l'étranger peuvent intervenir à différents niveaux de la mise en place d'un protocole RdRD.

Tout d'abord il est nécessaire de distinguer deux grandes classes de recherche dans le domaine de la RdRD : la recherche observationnelle longitudinale et la recherche interventionnelle.

La première inclut les recherches ayant comme objectif le suivi longitudinal des personnes susceptibles de bénéficier d'interventions RdRD (dont la prise en charge thérapeutique des addictions avec des objectifs RdRD).

Un exemple de l'utilité des données de cohortes est fourni par l'évaluation scientifique de la salle d'injection de Vancouver (17-19) qui a montré l'efficacité de ce dispositif en comparant, au sein d'une cohorte d'UD, ses bénéfices chez ceux qui fréquentaient la salle par rapport aux UD qui ne la fréquentaient pas.

Nous ne disposons aujourd'hui en France que de très peu d'informations sur le devenir des patients qui ont accès à certains outils de RdRD (comme par exemple la cigarette électronique ou certains kits pour sniff/injection, les filtres...) ou à des stratégies thérapeutiques de type RdRD. En outre, nous ne connaissons pas les pratiques des prescripteurs et acteurs de terrains pour la prise en charge des addictions dans les cas où il n'y a pas encore de traitements standards comme celui des consommateurs de cocaïne, de métamphétamine ou de nouvelles drogues de synthèse (ex : cathinones).

La mise en place de cohortes observationnelles afin d'évaluer l'efficacité dans la pratique courante de certains type d'approches RdRD/thérapeutique reste un enjeu majeur en France.

Ceci est vrai en particulier dans le domaine de la prise en charge de la consommation excessive d'alcool où nous assistons aujourd'hui à deux révolutions. La première est la définition d'un nouvel objectif thérapeutique qui est la réduction de la consommation, suite aussi aux travaux de Roerecke et al. (20). Ces travaux montrent une diminution significative du risque de mortalité chez des personnes qui ont réduit leur consommation par rapport aux personnes ayant toujours une consommation excessive. La deuxième révolution est d'ordre pharmacologique, avec deux nouveaux traitements actuellement envisageables pour ces patients : le nalméfène dont l'objectif est la réduction de la consommation et qui a déjà montré son efficacité sur la qualité de vie (21) et de diminution de la mortalité (22) ; et le baclofène (23-26), un myorelaxant qui réduit le *craving* pour l'alcool et peut conduire le patient à une consommation contrôlée via un état d'indifférence envers l'alcool. Ces innovations, en matière d'objectifs - consommation contrôlée, indifférence à l'alcool - et d'options thérapeutiques - nalméfène et baclofène - sont un enjeu important pour attirer les patients dans les soins, et tout spécialement ceux qui ne sont pas prêts à l'abstinence totale. Actuellement, il y a peu de données longitudinales observationnelles capables de documenter le devenir à long terme de ces patients et l'efficacité de leur prise en charge sur des critères de type RdRD. De plus, dans la mesure où la consommation problématique d'alcool a des dimensions multiples, seule une approche multidisciplinaire peut permettre de comprendre les obstacles aux soins dans le contexte actuel et le ressenti des patients vis-à-vis de la nouvelle prise en charge.

La deuxième catégorie de recherches, les études interventionnelles, permet notamment de valoriser le travail des acteurs de terrain. Ces études fondées en général sur la comparaison de deux groupes - l'un exposé à l'intervention et l'autre non exposé - permettent d'évaluer l'efficacité de certaines interventions sur des critères de jugement de type RdRD (réductions de la consommation d'alcool, réductions des complications liées à l'injection, réduction de la consommation de cigarettes,…) dans un contexte aussi représentatif que possible de celui de la population étudiée (donc avec des critères de sélection larges).

Ces études permettent non seulement de quantifier l'activité et de décrire la population cible d'un programme/intervention mais aussi d'en évaluer l'efficacité sur des critères de type RdRD. Avec un protocole bien structuré, des études de type avant-après - même sans groupe témoin - peuvent ainsi apporter des résultats essentiels. Elles pourraient notamment rendre visible et transférable des initiatives efficaces et innovantes des acteurs RDRD en France et à l'étranger.

Dans ce contexte, l'évaluation de l'efficacité du dispositif ou de l'intervention doit s'appuyer sur des critères de type RdRD mais également sur la satisfaction des personnes qui utilisent le dispositif et leur qualité de vie. L'identification des critères appropriés d'efficacité est au cœur de cette évaluation et peut permettre de valoriser des initiatives qui resteraient autrement inconnues et non transférables à d'autres contextes.

C'est le cas par exemple des programmes d'éducation thérapeutique, de certains types de programmes de prise en charge globale qui incluent l'accès à des logements thérapeutiques, des interventions sur le lieux de vie des usagers de drogues, le dépistage et la prise en charge des comorbidités, la distribution de repas, et des interventions RdRD en milieu pénitentiaire. L'ensemble de ces études a un dénominateur commun : la multidisciplinarité en sens large qui inclut non seulement les disciplines académiques comme la santé publique, l'épidémiologie, la médecine, la sociologie, l'anthropologie, la psychologie, l'économie, la pharmacologie, la géographie mais aussi les savoirs des communautés concernées fondés sur les expériences de vie et les besoins des personnes (recherche communautaire).

Evaluer un dispositif ou une intervention de façon multidisciplinaire signifie faire intervenir plusieurs compétences et plusieurs approches (quantitative, qualitative, médico-économique, etc.) correspondant aux différents critères de jugement de la RdRD qui sont la réduction des dommages liés à l'utilisation des produits psychoactifs, la réduction des risques sanitaires, psychiatriques, sociaux, et la plus-value en termes économiques. Cela signifie aussi organiser un protocole de recherche autour des pratiques et savoirs de la communauté, qui souvent identifie des solutions adaptées à l'évolution des besoins - comme dans le cas du projet AERLI qui a débuté comme une intervention associative et qui a été ensuite étudié de façon scientifique.

Un exemple intéressant de recherche multidisciplinaire est fourni par le protocole de recherche associé à l'évaluation de la salle de consommation de Vancouver déjà évoquée : les études qualitatives conduites par le sociologue Will Small sur les personnes qui fréquentaient la salle ont permis d'approfondir certains aspects du dispositif (27) (en particulier l'utilisation du dispositif comme refuge à la violence subie par les femmes UD (28)) qui n'étaient pas prévisibles pendant la mise en place du protocole d'évaluation épidémiologique sur la cohorte d'UD. Les études géographiques ont montré une réduction des overdoses autour de la salle d'injection (29). Les études sociologiques ont montré l'amélioration de l'ordre public après l'ouverture de la salle (19). Les études médico-économiques (30-32) ont permis de montrer que le dispositif était coût-efficace, car

permettant d'éviter 35 cas d'infection par le VIH et 3 overdoses chaque année, avec un rapport bénéfice-coût de 5:1 (30).

L'argument médico-économique se révèle particulièrement utile pour convaincre les autorités sanitaires à investir sur un dispositif ou une intervention, en particulier lorsque le coût de celle-ci est élevé.

L'intégration des expériences menées sur le plan international est primordiale car elle permet d'établir un socle de départ pour les recherches et d'avancer dans le processus de connaissance. Par exemple, les recherches conduites dans plusieurs pays pour évaluer l'efficacité de l'héroïne médicalisée ont été réalisées avec une logique séquentielle qui a permis de montrer que ce traitement a une supériorité absolue par rapport à d'autres traitements oraux ou injectables, en particulier pour des populations en échec avec les traitements de substitution standards (33). Les études et les expériences sur l'héroïne médicalisée sont désormais suffisantes pour lui reconnaître une efficacité indéniable pour les populations en échec d'autres traitements de substitution. Les preuves d'efficacité issues des recherches étrangères suggèrent qu'en France, si nous voulons élargir les options thérapeutiques pour la dépendance aux opiacés, nous pourrions initier directement des programmes évalués à l'étranger pour des personnes qui ne répondent pas aux traitements standards, comme l'ont fait les Danois (34). En revanche, si nous voulons investir dans le domaine de la recherche sur les traitements injectables, l'étude BUP-IV en cours de préparation, financée par l'ANRS et la MILDECA, est totalement innovante. Pour la première fois (la littérature internationale ne rend compte d'aucune autre étude de ce type) un traitement injectable par buprénorphine pourra être proposé à des patients en échec de traitements oraux.

Un élément important à prendre en compte dans la planification de recherches dans le champ de la RdRD est l'intégration des caractéristiques de l'environnement des UD (contexte de vie, structure de soins ou RdRD, milieu pénitentiaire). Par exemple, l'enquête PRI²DE (35) à montré une carence importante de mesures RdRD en milieu carcéral en France et mis en évidence le facteur environnemental lié à la forte hétérogénéité d'accès à ces mesures d'une prison à l'autre. Ce constat est d'autant plus inquiétant que cette carence survient dans un environnement carcéral où les risques de transmission de maladies infectieuses (VIH, hépatites, tuberculose) et de complications liées à certaines pratiques (injection/tatouage/scarifications) sont élevés.

Le développement de méthodes d'analyse appropriées (36) et d'un cadre conceptuel sur l'interaction entre facteurs contextuels et individuels sur le plan des comportements de santé, en particulier dans le domaine des comportements à risque de transmission du VIH (37, 38), a permis de mieux caractériser la hiérarchie des éléments contextuels et d'étudier leur influence sur les comportements de santé. Dans le domaine des conduites addictives à risque pour la santé, les différents niveaux du contexte (politiques sanitaires, caractéristiques des structures de prévention et de soins, réseau social, milieu libre ou détention, circonstances des événements sanitaires) peuvent influencer et interagir avec les déterminants individuels des comportements addictifs. Alors qu'il existe une littérature importante sur l'impact négatif de certaines politiques sur le risque de transmission du VIH (39) comme la criminalisation de l'usage de drogues, l'incarcération, la pression de la police, la littérature est pauvre sur l'influence positive de certains dispositifs de soins (CSAPA) ou RdRD (CAARUD, salles de consommation) sur certaines perceptions des UD pouvant entrainer une diminution de leur comportements et pratiques à risques. Par exemple, la seule évaluation complète de l'efficacité des salles de consommation à moindre risque pour les UD sur plusieurs critères de jugements (réduction du risque infectieux, des overdoses...) est celle de la salle de Vancouver. Pour cette raison, l'évaluation des salles de consommation françaises, projet financé par la MILDECA COSINUS et bâti sur l'exemple de l'expérience de Vancouver, permettra d'étudier dans quelle mesure les caractéristiques de l'environnement (la salle ou d'autre dispositifs RdRD que les UD fréquentent) peuvent modifier les trajectoires sociales et comportementales des UD.

Globalement, l'association de plusieurs approches, plusieurs "savoirs" – académique et empirique - la multidisciplinarité, la prise en compte de l'environnement permettent d'avoir une vision pluridimensionnelle et profonde de l'efficacité d'une intervention RdRD et de son impact sur les personnes qui vont en bénéficier mais aussi sur leur entourage (famille, communauté, voisinage...).

3) LE SOUTIEN DE LA RECHERCHE

Le soutien de la recherche passe à la fois par un soutien politique de la RdRD et un soutien économique - ces deux dimensions étant parfois indépendantes. Par exemple, nous savons tous que beaucoup d'initiatives RdRD comme les PES ont été mises en place avant qu'une loi ne les soutienne. Dans d'autres cas, la réalisation sur une plus vaste échelle de certaines interventions ne semble pas faisable sans le changement de la loi de santé publique - c'est le cas de l'accompagnement à l'injection, des salles de consommation ou des mesures de RdRD en milieu pénitentiaire. Comme mentionné plus haut, des urgences sanitaires (VIH,

hépatites) et sociales (violences liées au trafic des drogues) peuvent accélérer le processus de mise en place de mesures innovantes de RdRD. Cela a été le cas en Suisse dans les années quatre vingt-dix avec la mise en place de salles de consommation à moindre risque dans le but d'éviter les scènes d'injection en public, qui s'est accompagnée de toute une série de mesures RdRD dont l'accès aux traitements de substitution, à l'héroïne médicalisée et d'autres initiatives de type social. La Suisse reste aussi un exemple de l'impact des politiques sanitaires sur les marchés de drogues. Une recherche Suisse, connue comme l'expérience de Zurich et publiée dans le Lancet (40) a montré que le soutien politique avec une panoplie de services socio-sanitaires dédiés aux UD (traitements y compris l'héroïne médicalisée, PES, services sociaux…) a permis de toucher la quasi-totalité des UD, de réduire le nombre d'injecteurs, de réduire drastiquement le nombre de nouveaux injecteurs et par conséquent, de réduire fortement le marché noir des opiacés.

Le soutien économique de projets de recherche avec des objectifs RdRD est le point le plus critique car, dans la plupart des cas, il ne suffit pas de financer l'intervention mais il faut également soutenir l'équipe de recherche associée. Jusqu'à ce jour, l'expérience nous montre que selon l'objectif (réduction du risque infectieux, réduction de la criminalité, réduction des cancers, réduction des accidents de la route, réduction du risque environnemental...) il existe plusieurs sources possibles de financement (ANRS, MILDECA, DGS, ARS, IRESP, firmes....) mais qu'il semble manquer une coopération entre les organismes financeurs. Cela pourrait se réaliser à travers, par exemple, des appels d'offres annuels qui proposent un financement sur des fonds joints afin d'assurer plus de continuité et de soutien à certaines études, en particulier les cohortes ou des interventions innovantes. Une deuxième option de financement est l'appel d'offre international, qui permet d'obtenir du soutien de la part de financeurs spécifiques pour les addictions ou la RdRD (Eranid, CEE, NIDA NIAAA...) ou généraux (ANR) à condition d'interagir avec des équipes étrangères.

Une mesure particulièrement utile serait de créer une d'agence de recherche en addictologie qui puisse soutenir économiquement et méthodologiquement les évaluations les actions innovantes des acteurs de la RdRD.

4) LE TRANSFERT DES RESULTATS A LA PRATIQUE COURANTE

Le transfert des résultats d'une recherche à la pratique courante peut s'opérer à travers plusieurs procédés (qui peuvent se combiner) :

- la création d'un groupe de travail chargé du transfert d'une recherche à la pratique courante. Il peut s'agir d'un groupe multidisciplinaire composé par des personnes concernées, des acteurs de terrain, des chercheurs et du personnel médical/paramédical qui va étudier le conditions autour du passage en échelle d'une intervention RdRD. L'expérience de l'étude Méthaville nous a montré la nécessité d'un tel groupe en particulier pour définir les conditions permettant à certains médecins généralistes de primo-prescrire la méthadone

- la rédaction de recommandations des bonnes pratiques et la formation. Par exemple, dans le contexte de la prison, les résultats et les enseignements de l'étude PRI²DE en ce qui concerne la dispensation des TSO ont été condensés dans un document de référence "Guide traitements de substitution aux opiaces TSO en milieu carcéral" [2] dans l'objectif de faciliter l'accès à ces traitements et améliorer la qualité des soins en prison

- les campagnes d'information à vaste échelle (média, Internet...). L'utilisation d'approches médiatiques pour sensibiliser et assurer la bonne réception du public concerné (personnels soignants, acteurs de terrain, personnes concernées). Un exemple instructif est celui de l'approche médiatique qui a suivi les résultats publiés sur le New England journal of medecine (41) sur l'efficacité de la Prophylaxie pre-exposition. Il s'agit d'une stratégie de RdRD pour les hommes qui ont des rapports sexuels avec les hommes. La diffusion des résultats et la formation pour les prescripteurs sont actuellement proposés via Internet [3]

- les changement législatifs/pratiques (loi, circulaire, réglementation,..). Ce procédé est une condition nécessaire mais pas suffisante pour le passage à plus grande échelle de certaines interventions RdRD (ex: AERLI, salles de consommations)

- la diffusion d'une pratique ou d'une intervention à travers les réseaux associatifs (communauté, professionnels, familles...)

L'étude AERLI est un exemple de la combinaison de plusieurs procédés. Ce projet, suscité par une action communautaire de RdRD, a permis d'évaluer les effets d'interventions éducatives individualisées autour des pratiques d'injection. Pour rappel, l'étude incluait un groupe d'UD exposés et un groupe d'UD non-exposés à ces interventions ; les résultats obtenus ont montré une diminution significative des pratiques à risque de transmission du VHC et des complications liées à l'injection dans le groupe exposé aux interventions (42).

Ces données ont contribué à une modification de la loi de santé (Art. L. 3411-5-1 de la loi de santé) et à une mobilisation des acteurs de terrains pour le passage à l'échelle de la pratique courante. Cette expérience démontre l'importance de favoriser et de maintenir un lien étroit entre les chercheurs, la communauté des personnes concernées et les acteurs de terrain. Les résultats de cette recherche permettront d'élargir cette intervention à de nouvelles structures d'accueil pour les UD, et ainsi de modifier les pratiques afin d'augmenter la palette des interventions RdRD dans ce contexte.

L'étude PRI²DE est un autre exemple d'une recherche qui a joué un rôle essentiel dans l'élaboration de l'article de la loi de santé concernant la RdRD en prison, mais aussi rappeler le rôle capital de la mobilisation des acteurs de terrain pour favoriser la recherche dans le domaine de la RdRD (comme pour AERLI, les études sur le Baclofène, etc).

Dans le même sens, il est nécessaire de souligner les erreurs commises à cause d'une absence d'évaluation. Le cas le plus éclatant est celui de l'absence de données longitudinales en France sur l'usage de la cigarette électronique qui laisse place à des informations très contradictoires qui accroissent la confusion et l'anxiété dans l'opinion et qui contribue probablement à relancer l'utilisation de la cigarette de tabac avec les risques associés que l'on connaît.

Par ailleurs, il est souhaitable, une fois que la recherche a montré l'utilité et l'efficacité d'une intervention de RdRD, que les délais entre la publication des résultats scientifiques et les décisions politiques incluant le transfert de l'intervention dans la pratique courante soient réduits. Cette rapidité est essentielle : un retard dans la décision politique peut entraîner une aggravation d'une situation, comme la survenue de nouveaux cas de VIH ou d'hépatite, d'overdoses ainsi que de recours aux urgences qui auraient pu être évités. Ainsi, par exemple, la mise en place de la primo-prescription en médecine de ville n'est à ce jour pas mise en place, alors que les résultats principaux de l'étude Méthaville ayant démontré sa faisabilité ont été fournis aux autorités sanitaires en juin 2011.

5) PRIORITES ET PERSPECTIVES

Pour orienter les priorités de la recherche sur la RdRD, il est important de prendre en compte les trois critères suivants :

1) le fardeau lié à la consommation de substances, en particulier le tabac et l'alcool

2) l'insuffisance des mesures de RdRD existantes pour affronter les conséquences liées à la consommation de certaines substances

3) les contextes à haut risque des conséquences liées à la consommation de produits psychoactifs (ex: prisons)

Pour le point 1, plusieurs évaluations économiques ont montré que les conséquences sanitaires (fardeau) associées à la consommation d'alcool et de tabac étaient au moins 5 fois plus élevées que celles associées à la consommation de drogues illicites (43) ; ces résultats ont été confirmés par d'autres auteurs (44, 45). Cette observation doit nous inciter à hiérarchiser les priorités de recherche dans ces domaines et à évaluer/identifier des anciennes et nouvelles approches de type RdRD dans le champ de l'usage des substances licites.

En ce qui concerne le point 2, la recherche dans le domaine de la RdRD devrait soutenir le développement de pratiques de RdRD face à des problématiques nouvelles comme celles liées à l'utilisation des nouvelles drogues de synthèse, à la pratique du « slam » chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, à la consommation de stimulants, pour laquelle les outils pharmacologiques sont encore inappropriés (bien que l'évaluation d'un médicament soit en cours en France dans le cadre de l'étude ANRS STIMAGO).

Nous avons également besoin de nouvelles politiques sanitaires, d'alternatives politiques à la pénalisation des usagers de drogues illicites, et d'évaluer dans quelle mesure de telles politiques peuvent avoir un impact positif sur l'accès aux soins et la réduction du marché noir.

Sur le point 3, il existe des environnements à haut risque comme la prison ou certains lieux de vie/rencontre (squat, milieu festif, rencontres sexuelles multipartenaires,…). Malgré les difficultés que nous rencontrons dans ces contextes, il est important de rester créatifs dans l'invention de nouvelles approches RdRD et surtout de prévoir un protocole d'évaluation permettant d'identifier le périmètre de leur efficacité.

Dans les perspectives de recherche, il serait nécessaire de développer des études sur l'activité de certains composants du cannabis (le cannabidiol en particulier) comme outil de RdRD et thérapeutique pour des personnes avec dépendance aux opioïdes et à l'alcool.

Références

1. Wodak A;, L. M. The effectiveness of harm reduction in preventing HIV among injecting drug users. N S W Public Health Bull 2010;21:69-73.
2. G.V. S. AIDS and injecting drug use in the United Kingdom, 1987–1993: the policy response and the prevention of the epidemic. . Social Science & Medicine 1995;41:699-716.
3. Vernazza PL, Troiani L, Flepp MJ, Cone RW, Schock J, Roth F, et al. Potent antiretroviral treatment of HIV-infection results in suppression of the seminal shedding of HIV. The Swiss HIV Cohort Study. Aids. 2000;14(2):117-21.
4. Emmanuelli J, Desenclos JC. Harm reduction interventions, behaviours and associated health outcomes in France, 1996-2003. Addiction. 2005;100(11):1690-700.
5. Metzger DS, Woody GE, McLellan AT, O'Brien CP, Druley P, Navaline H, et al. Human immunodeficiency virus seroconversion among intravenous drug users in- and out-of-treatment: an 18-month prospective follow-up. Journal of acquired immune deficiency syndromes. 1993;6(9):1049-56.
6. Serpelloni G, Carrieri MP, Rezza G, Morganti S, Gomma M, Binkin N. Methadone treatment as a determinant of HIV risk reduction among injecting drug users: a nested case-control study. AIDS care. 1994;6(2):215-20.
7. Van Den Berg C, Smit C, Van Brussel G, Coutinho R, Prins M, Amsterdam C. Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users. Addiction. 2007;102(9):1454-62.
8. Turner KM, Hutchinson S, Vickerman P, Hope V, Craine N, Palmateer N, et al. The impact of needle and syringe provision and opiate substitution therapy on the incidence of hepatitis C virus in injecting drug users: pooling of UK evidence. Addiction. 2011;106(11):1978-88.
9. Roux P, Villes V, Blanche J, Bry D, Spire B, Feroni I, et al. Buprenorphine in primary care: risk factors for treatment injection and implications for clinical management. Drug and alcohol dependence. 2008;97(1-2):105-13.
10. Roux P, Villes V, Bry D, Spire B, Feroni I, Marcellin F, et al. Buprenorphine sniffing as a response to inadequate care in substituted patients: results from the Subazur survey in south-eastern France. Addictive behaviors. 2008;33(12):1625-9.
11. Carrieri MP, Rey D, Loundou A, Lepeu G, Sobel A, Obadia Y, et al. Evaluation of buprenorphine maintenance treatment in a French cohort of HIV-infected injecting drug users. Drug and alcohol dependence. 2003;72(1):13-21.
12. Moatti JP, Carrieri MP, Spire B, Gastaut JA, Cassuto JP, Moreau J. Adherence to HAART in French HIV-infected injecting drug users: the contribution of buprenorphine drug maintenance treatment. The Manif 2000 study group. Aids. 2000;14(2):151-5.
13. Roux P, Carrieri MP, Cohen J, Ravaux I, Poizot-Martin I, Dellamonica P, et al. Retention in opioid substitution treatment: a major predictor of long-term virological success for HIV-infected injection drug users receiving antiretroviral treatment. Clin Infect Dis. 2009;49(9):1433-40.
14. Roux P, Carrieri MP, Villes V, Dellamonica P, Poizot-Martin I, Ravaux I, et al. The impact of methadone or buprenorphine treatment and ongoing injection on highly active antiretroviral therapy (HAART) adherence: evidence from the MANIF2000 cohort study. Addiction. 2008;103(11):1828-36.
15. Seymour A, Black M, Jay J, Cooper G, Weir C, Oliver J. The role of methadone in drug-related deaths in the west of Scotland. Addiction. 2003;98(7):995-1002.
16. Carrieri PM, Michel L, Lions C, Cohen J, Vray M, Mora M, et al. Methadone induction in primary care for opioid dependence: a pragmatic randomized trial (ANRS Methaville). PloS one. 2014;9(11):e112328.

17. Reddon H, Wood E, Tyndall M, Lai C, Hogg R, Montaner J, et al. Use of North America's first medically supervised safer injecting facility among HIV-positive injection drug users. AIDS education and prevention : official publication of the International Society for AIDS Education. 2011;23(5):412-22.
18. Stoltz JA, Wood E, Small W, Li K, Tyndall M, Montaner J, et al. Changes in injecting practices associated with the use of a medically supervised safer injection facility. Journal of public health. 2007;29(1):35-9.
19. Wood E, Kerr T, Small W, Li K, Marsh DC, Montaner JS, et al. Changes in public order after the opening of a medically supervised safer injecting facility for illicit injection drug users. CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne. 2004;171(7):731-4.
20. Roerecke M, Gual A, Rehm J. Reduction of alcohol consumption and subsequent mortality in alcohol use disorders: systematic review and meta-analyses. The Journal of clinical psychiatry. 2013;74(12):e1181-9.
21. Francois C, Rahhali N, Chalem Y, Sorensen P, Luquiens A, Aubin HJ. The Effects of as-Needed Nalmefene on Patient-Reported Outcomes and Quality of Life in Relation to a Reduction in Alcohol Consumption in Alcohol-Dependent Patients. PloS one. 2015;10(6):e0129289.
22. Roerecke M, Sorensen P, Laramee P, Rahhali N, Rehm J. Clinical relevance of nalmefene versus placebo in alcohol treatment: Reduction in mortality risk. Journal of psychopharmacology. 2015;29(11):1152-8.
23. Liu J, Wang LN. Baclofen for alcohol withdrawal. The Cochrane database of systematic reviews. 2015;4:CD008502.
24. Muller CA, Geisel O, Pelz P, Higl V, Kruger J, Stickel A, et al. High-dose baclofen for the treatment of alcohol dependence (BACLAD study): a randomized, placebo-controlled trial. European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology. 2015;25(8):1167-77.
25. Rigal L, Alexandre-Dubroeucq C, de Beaurepaire R, Le Jeunne C, Jaury P. Abstinence and 'low-risk' consumption 1 year after the initiation of high-dose baclofen: a retrospective study among 'high-risk' drinkers. Alcohol and alcoholism. 2012;47(4):439-42.
26. Rigal L, Legay Hoang L, Alexandre-Dubroeucq C, Pinot J, Le Jeunne C, Jaury P. Tolerability of High-dose Baclofen in the Treatment of Patients with Alcohol Disorders: A Retrospective Study. Alcohol and alcoholism. 2015;50(5):551-7.
27. Small W, Van Borek N, Fairbairn N, Wood E, Kerr T. Access to health and social services for IDU: the impact of a medically supervised injection facility. Drug and alcohol review. 2009;28(4):341-6.
28. Fairbairn N, Small W, Shannon K, Wood E, Kerr T. Seeking refuge from violence in street-based drug scenes: women's experiences in North America's first supervised injection facility. Soc Sci Med. 2008;67(5):817-23.
29. Marshall BD, Milloy MJ, Wood E, Montaner JS, Kerr T. Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study. Lancet. 2011;377(9775):1429-37.
30. Andresen MA, Boyd N. A cost-benefit and cost-effectiveness analysis of Vancouver's supervised injection facility. The International journal on drug policy. 2010;21(1):70-6.
31. Bayoumi AM, Zaric GS. The cost-effectiveness of Vancouver's supervised injection facility. CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne. 2008;179(11):1143-51.
32. Pinkerton SD. Is Vancouver Canada's supervised injection facility cost-saving? Addiction. 2010;105(8):1429-36.
33. Strang J, Groshkova T, Uchtenhagen A, van den Brink W, Haasen C, Schechter MT, et al. Heroin on trial: systematic review and meta-analysis of randomised trials of diamorphine-prescribing as treatment for refractory heroin addictiondagger. The British journal of psychiatry : the journal of mental science. 2015;207(1):5-14.

34. EMCDDA. New heroin-assisted treatment Recent evidence and current practices of supervised injectable heroin treatment in Europe and beyond. Available from: file:///C:/Users/utilisateur/Downloads/Heroin%20Insight.pdf.
35. Michel L, Jauffret-Roustide M, Blanche J, Maguet O, Calderon C, Cohen J, et al. Limited access to HIV prevention in French prisons (ANRS PRI2DE): implications for public health and drug policy. BMC public health. 2011;11:400.
36. Goldstein H, Browne W, Rasbash J. Multilevel modelling of medical data. Statistics in medicine. 2002;21(21):3291-315.
37. Rhodes T, Stimson GV, Crofts N, Ball A, Dehne K, Khodakevich L. Drug injecting, rapid HIV spread, and the 'risk environment': implications for assessment and response. Aids. 1999;13 Suppl A:S259-69.
38. Strathdee SA, Hallett TB, Bobrova N, Rhodes T, Booth R, Abdool R, et al. HIV and risk environment for injecting drug users: the past, present, and future. Lancet. 2010;376(9737):268-84.
39. Wolfe D, Carrieri MP, Shepard D. Treatment and care for injecting drug users with HIV infection: a review of barriers and ways forward. Lancet. 2010;376(9738):355-66.
40. Nordt C, Stohler R. Low-threshold methadone treatment, heroin price, police activity and incidence of heroin use: the Zurich experience. The International journal on drug policy. 2009;20(6):497-501.
41. Molina JM, Capitant C, Spire B, Pialoux G, Cotte L, Charreau I, et al. On-Demand Preexposure Prophylaxis in Men at High Risk for HIV-1 Infection. The New England journal of medicine. 2015;373(23):2237-46.
42. Roux P, Le Gall JM, Debrus M, Protopopescu C, Demoulin B, Lions C, et al. Innovative community-based educational face-to-face intervention to reduce HIV, HCV and other blood-borne infectious risks in difficult-to-reach people who inject drugs: results from the ANRS-AERLI intervention study. Addiction. 2015.
43. Rehm J, Taylor B, Room R. Global burden of disease from alcohol, illicit drugs and tobacco. Drug and alcohol review. 2006;25(6):503-13.
44. Degenhardt L, Charlson F, Mathers B, Hall WD, Flaxman AD, Johns N, et al. The global epidemiology and burden of opioid dependence: results from the global burden of disease 2010 study. Addiction. 2014;109(8):1320-33.
45. Whiteford HA, Ferrari AJ, Degenhardt L, Feigin V, Vos T. The global burden of mental, neurological and substance use disorders: an analysis from the Global Burden of Disease Study 2010. PloS one. 2015;10(2):e0116820.

En quoi les pratiques de RdRD peuvent-elles s'intégrer dans les stratégies de prévention et de soin et les améliorer, dans tous les secteurs des addictions ?

Quelle place des usagers dans ces modalités d'action ?

Jean-Michel DELILE
Directeur du CEID
Bordeaux
jm.delile@wanadoo.fr

Réduction des risques et des dommages (RdRD) et approche intégrative

Préambule

Historiquement, les interventions de RdRD se sont développées au cours des années 1980 dans le champ des addictions en réponse à l'épidémie de SIDA chez les usagers de drogues injecteurs (UDI). Ce contexte particulier éclaire les tensions initiales, parfois assez vives et tout particulièrement en France, entre les promoteurs de ces innovations, souvent des organismes communautaires ou humanitaires, et les acteurs « traditionnels » de la prévention et du traitement des toxicomanies. Le traumatisme initial dans notre pays est dû au lien évident entre l'épidémie de SIDA chez les UDI et les difficultés d'accès aux seringues, difficultés en partie dues au décret du 13 mars 1972 qui, dans la lignée de la loi du 31 décembre 1970, restreignait de façon drastique l'accès aux seringues. Or ce décret, adopté en accord avec certaines figures historiques du soin aux toxicomanes, avait pour objectif essentiel, comme la loi de 1970, de « prévenir » le passage des jeunes à l'injection et à la toxicomanie… Ce constat conduisit nombre de partisans de la RdRD à penser que les avancées qu'elle permettait en santé publique ne pouvaient se construire et se développer qu'en rupture avec les pratiques traditionnelles de prévention et de soins visant à l'abstinence qu'ils rendaient responsables d'avoir contribué à la diffusion du VIH chez les UDI. RdRD et prévention/soin des toxicomanies semblaient donc s'opposer. Pour les plus radicaux des « militants » de la RdRD, les risques liés aux drogues semblaient d'ailleurs plus liés à leur prohibition qu'aux produits eux-mêmes. La « prévention » ou le « traitement » de la toxicomanie pouvaient dès lors être lus de surcroit comme une « stigmatisation » ou une « pathologisation » de ces conduites et donc être nécessairement et intrinsèquement contre-productifs. De ce point de vue, la seule intervention qui pourrait être radicalement efficace serait la légalisation. De leur côté, beaucoup d'acteurs de la prévention et du soin voyaient dans les premières initiatives de RdRD (Programmes d'échange de seringues-PES, Traitements de substitution aux opiacés-TSO…) un risque de banalisation du danger des drogues, une renonciation totale à tout projet d'abstinence, de « guérison » réelle, au seul bénéfice d'une normalisation sociale.

La volonté de rupture et les conflits entre acteurs semblaient donc imposer à tout le moins des évolutions séparées entre les champs de la RdRD, de la prévention et des soins des addictions, entre les CAARUD (2005) et les CSAPA (2007)… Pour autant, la force des réalités et, en l'espèce, la complexité des problèmes d'addiction amenait très vite les acteurs à repérer les limites de toute approche séparée et à mesurer au contraire l'apport d'interventions combinées. Si en effet, sous la pression du VIH, nombre d'acteurs du soin se rallièrent aux programmes d'échange de seringues (PES) et aux traitements de substitution aux opiacés (TSO) y compris à des fins de RdRD [1], de leur côté les acteurs de la RdRD ne purent que mesurer leurs difficultés dans la prévention de l'épidémie de VHC chez les UDI ou, à l'inverse, l'efficacité des traitements antirétroviraux dans la prévention et la RdRD du VIH chez les UDI. Les lignes bougeaient, chacun pouvait observer que des actions de RdRD

facilitaient l'accès aux soins de sujets qui en étaient très éloignés et, à l'inverse, que des traitements pouvaient faire œuvre de RdRD. L'heure était donc venue d'expérimenter des approches combinées « cherchant à conjuguer les deux concepts dans une même trajectoire des personnes » [2] et de « mettre fin (enfin !) au clivage entre soigner et réduire les risques » [3].

Introduction

Initialement mises en œuvre de manière isolée, certains acteurs parlaient de RdRD « pure », les interventions de RdRD sont de plus en plus souvent combinées avec des actions de prévention et de soins pour améliorer encore leur efficacité dans le cadre d'une approche intégrative. D'autre part, si la RdRD a été développée à ses origines pour réduire l'impact dramatique du SIDA chez les UDI, les pratiques addictives se sont diversifiées depuis les années 1980 avec la montée en puissance notamment des usages problématiques de cannabis, de cocaïne, de nouveaux produits de synthèse (NPS)… Plus récemment, elle a également pu faire la preuve de son utilité dans le cadre d'addictions comportementales ou d'addictions à des psychotropes légaux (alcool, tabac). Enfin, la RdRD a dans bien des pays été inventée et promue par les usagers de drogues eux-mêmes et leurs organisations [4] et l'une de ses richesses essentielles, même quand elle est portée par des professionnels, est bien le rôle central qu'y jouent les usagers, leurs attentes et leur expertise dans une dynamique de promotion de la santé. C'est une des voies par laquelle la RdRD a le plus positivement influencé les pratiques soignantes. Là encore, on retrouve l'approche intégrative, loin d'avancer séparés parfois même dans un climat de tension ou d'opposition, professionnels et usagers visent à être co-acteurs et co-auteurs d'actions de santé publique sur la base d'une collaboration non hiérarchisée.

Ce rapport sur l'approche intégrative vise donc à préciser en quoi les pratiques de RdRD peuvent s'intégrer dans les stratégies de prévention et de soin et les améliorer. Dans une première partie, il abordera cette question dans le champ initial de la RdRD (injecteurs de drogues et risque infectieux : SIDA, hépatites), dans une deuxième cette réflexion sera élargie à tous les secteurs des addictions avant, dans la troisième partie, de souligner le rôle essentiel qu'ont joué et que doivent jouer les usagers de drogues dans toutes ces initiatives.

La RdRD comme intervention intégrée (« *combination intervention* ») [5, 6]

Comme le rappelle Andrew Ball [5, 7], l'usage de drogues est associé à des risques et dommages sur la santé à la fois multiples et changeants, ce qui requiert des réponses sans cesse plus diversifiées et complexes. Il y a un consensus émergent selon lequel les programmes de RdRD doivent être globaux et flexibles s'ils veulent obtenir des résultats significatifs en santé publique. L'exemple de la prévention et du traitement du VIH puis du VHC chez les UDI illustre bien l'importance d'adopter une définition élargie plutôt que restrictive de la RdRD. Les programmes de RdRD sur le terrain doivent dépasser de simples interventions spécifiques (telles que des PES ou des TSO), délivrées de manière isolée pour aller vers un ensemble d'interventions combinées et inclues dans un ensemble global d'interventions sanitaires et sociales qu'ils viennent enrichir. C'est ainsi que doit se concevoir une dynamique réellement intégrative.

En tant qu'approche intégrée, la RdRD comprend un ensemble d'interventions adaptées à un espace et des personnes ayant des besoins d'intervention particuliers, incluant l'accès à des soins de l'addiction. Dans le domaine de la réduction des risques liés aux injections par exemple, un « *package* » RdRD peut combiner des TSO, un PES, des espaces ou des salles de consommation à moindres risques (SCMR), un soutien psychosocial et des interventions par des pairs aussi bien que du *lobbying* pour des changements politiques.

1. Supériorité des interventions combinées

Envisager la RdRD comme une intervention intégrée n'est pas seulement une approche pragmatique et portée par la nécessité, elle est aussi « *evidence-based* », fondée sur les preuves. L'évidence montre que l'impact des services de RdRD est augmenté quand ils travaillent de manière combinée avec des approches de prévention et de soins.

En effet, tandis que de nombreuses études épidémiologiques ont montré l'efficacité des PES dans la réduction de l'incidence et de la transmission du VIH [8-12], les preuves concernant l'efficacité de ces interventions dans le domaine du VHC étaient plus modestes [11-14] compte tenu du pouvoir infectant élevé de ce virus et de sa forte résistance. C'est alors que l'étude de Van Den Berg et al. à Rotterdam [15] mit en évidence l'intérêt des programmes combinés, PES et TSO. Cette étude fondamentale montre ainsi que ni les TSO seuls (méthadone), ni l'échange de seringues à lui seul ne sont associés avec une réduction de l'incidence du VHC, seule la participation complète à des actions combinées, associant TSO et échange de seringues, contribue à un tel résultat quand elle s'intègre à un programme global, médico-psychosocial. L'expérience du Royaume Uni [16] va dans le même sens, en examinant les effets indépendants et combinés de TSO et de PES, il apparait que ce sont les interventions combinées qui réduisent le plus la transmission du VHC.

Les études de cohorte et de modélisation montrent également de leur côté que l'impact des TSO ou des PES sur la réduction de l'incidence des maladies infectieuses chez les UDI est minimal quand ces interventions sont délivrées de manière isolée, en « *stand-alone* », mais qu'il est beaucoup plus important quand elles sont délivrées de manière combinée avec un réel engagement des participants dans les deux approches [15, 17]. Néanmoins les études de modélisation laissent envisager un impact assez limité sur la prévalence globale [18].

D'autre part, de même que l'efficacité des TSO et des PES est augmentée quand ces services sont proposés de manière combinée, de même la participation à un programme TSO améliore l'adhésion à des soins et traitements du VIH chez les UDI [19-21]. Or l'amélioration de l'accès aux traitements du VIH a un effet préventif sur l'infection par le VIH [7, 22]. L'évidence suggère également une augmentation de l'impact des traitements VIH et VHC quand ils sont combinés à un meilleur accès à des services de soins des addictions et à des services sociaux [23, 24]. Là-encore, tout démontre que, loin de s'opposer, RdRD, soins et prévention se confortent mutuellement, la RdRD favorisant l'accès aux soins et les soins renforçant l'efficacité de la RdRD.

De la même manière, un accès bas-seuil à des possibilités de dépistage VIH/VHC doit être un élément important des dispositifs combinés de RdRD. Ces possibilités de dépistage, de diffusion d'information et de *counselling* sur les maladies infectieuses doivent être associées aux PES et aux soins, dans les CSAPA, dans les CAARUD, pour trouver leur pleine efficacité. Les nouveaux dispositifs biologiques de dépistage tels que les TROD permettent un usage avancé dans des services de RdRD ne disposant pas de plateau technique, en particulier les programmes mobiles. Avec les TROD, la biologie se délocalise ainsi auprès du patient selon les principes du *point of care testing (POCT).*

De même enfin, il convient d'intégrer des services de prévention et de traitement de la tuberculose aux interventions de RDRD ainsi que des interventions portant sur les risques sexuels.

2. Elargir le champ de la RdRD et améliorer son impact

Si nous gardons l'exemple originel du risque infectieux (VIH et VHC) chez les UDI, il faut donc élargir le champ de la RdRD à la prévention, au traitement et aux soins mais jusqu'où élargir ses concepts et ses pratiques ? D'un point de vue général, le rapport récent de la *Global Commission on Drug Policy* [25], faisant la synthèse de différentes expériences

internationales, conclut également que plus les actions de santé publiques orientées vers les usagers de drogues sont accessibles et diversifiées, meilleurs sont les résultats dans la prévention de l'hépatite C.

Dans le contexte du VIH/VHC chez les UDI, il y a de multiples points d'intervention où les risques et dommages liés à ces virus peuvent être réduits notamment en réduisant la vulnérabilité des personnes, le risque de contamination, en prévenant la transmission, en dépistant et en traitant les personnes infectées, en atténuant l'impact du VIH et du VHC sur les communautés.

- Vulnérabilités :

Considérant une hiérarchie d'objectifs de RdRD, les interventions peuvent tout d'abord se centrer sur les individus et les populations vulnérables, celles qui sont les plus susceptibles d'adopter des comportements à risque VIH/VHC (tel que par exemple passer d'un usage de drogues par d'autres voies à des usages par injections) ou qui sont exposés à des situations ou contextes à risques VIH (adversité sociale, fragilité psychosociale, incarcération…) sans avoir déjà eu des comportements à risques. Le but de telles interventions est de réduire leur vulnérabilité en abordant les problèmes de stigmatisation, de discrimination, de marginalisation, d'inégalités de genre et de criminalisation (UNAIDS, 2008) [26] dans une logique de promotion de la santé.

C'est dans ce cadre qu'il est tout particulièrement important de développer des actions de prévention du passage à l'injection qui peuvent avoir un réel impact en matière de RdRD. Concernant le risque de contamination par le VHC par exemple, la question des toutes premières injections est en effet cruciale. L'étude Coquelicot [27, 28] a bien montré que si la prévalence VHC était d'environ 60% chez les UD, 27% de ces personnes ignoraient leur séropositivité VHC. Les données internationales confirment que ce sont plutôt les nouveaux usagers qui connaissent mal l'existence de risques lors du partage du petit matériel (coton, récipient). Le partage du petit matériel reste élevé chez les usagers des CAARUD (25% dans le mois écoulé, 38% chez les moins de 25 ans) [29]. Chez les usagers de *crack*, le partages de la pipe à *crack* atteint 80% dans le dernier mois [28].

Les toutes premières injections sont particulièrement à risques car elles se font souvent dans le cadre d'initiations par des pairs plus âgés, potentiellement contaminés par le VHC et qui peuvent l'ignorer. L'étude de Roy [30] a ainsi montré que la 1ère injection était majoritairement réalisée non par soi-même mais par une autre personne (2/3 des cas) et que 62% seulement des primo-injecteurs avaient utilisé du matériel de préparation propre. Cet enjeu décisif doit amener à creuser toutes les pistes susceptibles de réduire l'initiation à l'usage de la voie veineuse ou, à défaut, de lui permettre de se faire dans les conditions les moins périlleuses possible. Il est donc fondamental d'aider les usagers expérimentés qui eux peuvent être connus des services de soins et de prévention à avoir des pratiques responsables quand ils se trouvent sollicités pour initier un jeune aux injections.

Dans cette perspective, l'INPES [31] a proposé, à la suite de l'enquête Priminject [32] menée par Internet auprès d'usagers de drogues sur les contextes de la première injection, de mettre en place une recherche interventionnelle (EVAL-CLP) portée par le RESPADD qui vise à évaluer un nouvel outil de réduction des risques liés à l'usage de drogues : *Change le programme.* Change le programme est l'adaptation française de l'intervention d'origine britannique *Break The Cycle* mise au point par Neil Hunt [33]. Son objectif est de faire baisser le nombre d'initiations à l'injection ou, à défaut, de les retarder et de les sécuriser. L'intervention s'adresse ainsi aux injecteurs et vise, dans le cadre d'un entretien basé sur les principes de l'entretien motivationnel, à faire en sorte qu'ils soient plus conscients de l'influence qu'ils exercent sur les usagers non-injecteurs et mieux armés pour refuser ou différer les demandes d'initiation. Dans le cadre d'EVAL-CLP, l'intervention Change le programme est en cours d'expérimentation dans 7 CAARUD de France.

Cette intervention de prévention s'appuie donc fondamentalement sur des principes liés à la RdRD : non-jugement, implication des usagers eux-mêmes dans l'action, objectifs de RdRD et non d'éradication d'usages de substances, etc.

- Réduction du risque de contamination chez les UDI : le cœur de la RdRD historique !

Dans le cœur même de la RdRD, l'intégration avec avec des actions de soins de prévention et de soins devient l'évidence, y compris avec des supports médicamenteux (TSO, naloxone, PrEP).

- Accessibilité et diversification des matériels de RdRD :

Pour ceux qui sont déjà engagés dans des pratiques à risques VIH/VHC, les interventions doivent cibler ces comportements pour réduire les risques par exemple avec des TSO ou avec des PES afin de réduire le partage de matériel injectable. Certains usagers injecteurs sont plus vulnérables que d'autres tels que les femmes, les prisonniers, les résidents en zones rurales parce que ces situations gênent leur accès à des pratiques plus sûres ou à des services de prévention. Cela peut conduire à des programmes spécifiques (PES rural, PES postal, réseaux de pharmaciens, PES en milieu carcéral…) Pour ceux qui injectent, il importe de développer les actions de réduction des risques déjà engagées : information sur les risques liés au partage ou à la réutilisation de matériels, remise de matériels de consommation par injection, inhalation ou snif, diversification de ces matériels, meilleure intégration de ces programmes à des approches combinées avec la possibilité d'accès aux TSO.

- TSO et RdRD :

Dans ce cadre, il est important de rappeler que si les traitements de substitution aux opiacés, prescrits dans un cadre global et contrôlé, concourent à la réduction des risques infectieux en aidant à diminuer les pratiques d'injection, ils ne les annulent ni chez tous les patients, ni complètement, ni très vite : de nombreux patients sous méthadone s'injectent de la cocaïne ou des opiacés, d'autres s'injectent la Buprénorphine HD qui leur est prescrite ou qu'ils achètent dans la rue… Ces phénomènes sont fréquemment observés chez les usagers marginalisés rencontrés en CAARUD où les pratiques d'injection (45% au cours du mois) et de partage de matériel (23% au cours du mois) restent à un niveau élevé [29]. La BHD est parfois le premier opiacé « de rue » utilisé, par détournement, souvent en snif ou par voie intraveineuse, dans un contexte à haut risque de contamination.

Les TSO peuvent avoir un réel impact en RdRD quand ils sont réellement utilisés comme un traitement qui aide les personnes secondairement à réduire leur *craving* pour les opiacés et donc leurs pratiques à risque. Loin de se contrarier, les objectifs et les effets thérapeutiques des TSO concourent plutôt à leur efficacité d'un point de vue de RdRD.

Une bonne rétention en TSO peut conduire à réduire la fréquence et les risques des injections, et cette action combinée avec des dispositifs intégrés de réduction des risques, permettant des pratiques d'injection plus sûres, peut avoir un effet bénéfique de réduction de la transmission du VHC [14] comme le montre bien l'étude d'Amsterdam [15]. Ce sont bien les interventions combinées qui réduisent le plus la transmission du VHC même si les études de modélisation laissent envisager un impact assez limité sur la prévalence globale [18].

La question des TSO démontre parfaitement que leur impact direct en RdRD VHC est faible (transmission du VHC à l'occasion d'injections de BHD facilement accessible en France dans des objectifs de RdRD…) mais que ces traitements sont d'autant plus efficaces en RdRD qu'ils sont intégrés à un programme global de prise en charge, accessible et assurant une bonne rétention.

Les usagers et les professionnels (cliniciens et spécialistes de santé publique) ne peuvent donc placer que des espoirs relatifs dans l'efficacité directe de ces traitements dans le domaine de la prévention de l'infection par le VHC mais ils peuvent y concourir indirectement. Ils permettent en effet à de nombreux patients d'accéder aux soins (y compris en proposant des galéniques diversifiées, adaptées à leurs attentes elles-mêmes diverses), de mieux prendre en charge les usagers et d'améliorer la compliance et donc l'efficacité des traitements de l'hépatite C quand ils sont mis en œuvre. Chez les usagers de drogues « actifs », non traités par TSO, les interruptions prématurées de traitements sont plus fréquentes [34].

Concernant la cocaïne, diverses études canadiennes [35, 36] tendent à démontrer que le risque de séroconversion VHC est supérieur chez les injecteurs de cocaïne comparés aux injecteurs d'héroïne. Enfin, ces contaminations précoces concernent souvent des injecteurs « débutants » dont l'étude de Roy [30] indique que si les 2/3 d'entre eux avaient déjà utilisé le même produit auparavant (cocaïne ou héroïne en général), ils l'avaient fait par d'autres voies d'administration et sans en être dépendants pour la majorité (2/3) d'entre eux. Or l'indication des TSO est la dépendance aux opiacés, pas le simple usage ni l'abus, ce qui pose des problèmes d'ordre à la fois réglementaire et éthique.

- TSO injectables :

Les limites relevées avec les TSO dans le domaine du VIH [1, 37] sont encore plus nettes avec un virus rapidement contaminant comme le VHC [38]. Les efforts doivent donc se poursuivre dans le sens d'une diversification de l'offre de TSO avec une meilleure accessibilité à des médicaments peu ou pas injectables (méthadone, BHD en films ou implants, combinats avec antagonistes…) et à l'inverse de possibilités de substitution prescrite par voie injectable et supervisée [39]. C'est ainsi que commencent à être proposées de nouvelles stratégies d'accès aux soins et de RDR s'appuyant sur le développement de possibilités de traitements de substitution par voie injectable [3]. Malgré des progrès indéniables depuis le développement des TSO il y a près de 20 ans, les problèmes sanitaires et sociaux posés par l'usage répété d'opioïdes par injection (héroïne, TSO détournés, sulfate de morphine…) restent en effet à des hauts niveaux de fréquence et de risques dans notre pays.

A la suite de nombreux rapports d'experts, l'expertise collective sur la Réduction des Risques de l'INSERM de juin 2010 [40], préconisait d'« élargir la palette des options thérapeutiques en particulier pour les populations présentant une dépendance sévère » et pour cela d' « envisager (après évaluation) dans un cadre médical strict, d'autres options thérapeutiques » dont « l'héroïne médicalisée pour disposer d'une option de traitement par injection ». La Commission Nationale des Stupéfiants et Psychotropes a donné un avis favorable dans sa séance du 17 décembre 2010 « à la mise en place d'une expérimentation sur la prise en charge, par un médicament de substitution injectable, des patients dépendants aux opiacés et en échec thérapeutique avec les traitements de substitution par voie orale ».

Pour améliorer les résultats socio-sanitaires des TSO et en diminuer les « mésusages », trois stratégies sont à mener :

- Améliorer l'offre de TSO déjà existants en augmentant la couverture géographique, en améliorant l'alliance thérapeutique entre le prescripteur, le dispensateur et le patient, et en améliorant l'accessibilité et la qualité des services.
- Donner accès à des médicaments pas ou peu injectables : ce qui a été entrepris pour la méthadone (gélule, projet de primo-prescription en médecine de ville sous réserve de bonnes conditions de sécurité) et pour la buprénorphine (Suboxone© et autres galéniques en voie de développement).

- Donner accès à de nouveaux MSO et à d'autres voies d'administration (IV et Intra Nasal) avec des stratégies thérapeutiques nouvelles, adaptées à de nouveaux besoins repérés et à de nouvelles populations.

Cet objectif de diversification de la gamme des TSO incluant des possibilités d'utiliser certains médicaments par voie injectable, est clairement une illustration de l'influence des approches de RdRD sur les pratiques de soins. En l'état actuel des données, aucune de ces pistes (RTU sulfate de morphine, buprénorphine IV) n'a pu réellement être évaluée ni dégager des perspectives très convaincantes dans le domaine de la prévention directe de la contamination par le VHC mais le chantier doit être ouvert car les améliorations possibles en termes d'alliance thérapeutique, d'accès aux soins et de sécurisation des pratiques d'injection pourraient avoir un effet bénéfique indirect.

- Sécurisation des injections :

Au-delà, les expériences d'accompagnement et d'éducation aux risques liés à l'injection telles que dans le programme ANRS-AERLI semblent très prometteuses [41]. Ces interventions éducatives visent à observer les pratiques d'injection d'usagers et à leur donner en face à face des informations sur des pratiques d'injection à moindres risques en fonction des éléments observés.

De même, une réflexion s'est développée sur les salles d'injection dans les suites de l'expertise collective INSERM sur la RDR [40, 42]. Les centres d'injection supervisée (CIS) ou salles de consommations à moindres risques (SCMR), ont montré leur aptitude à recevoir les usagers les plus marginalisés, à faciliter l'accès aux soins et à réduire la mortalité directe par overdose. Leur efficacité directe en matière de réduction de l'incidence du VHC n'a pu encore être mis en évidence [43], en partie du fait de la précocité des séroconversions VHC. Dans la perspective d'une action en amont, ces dispositifs, sous forme fixe et/ou mobile [44], pourraient être expérimentés en les ciblant sur des sites (scènes ouvertes) ou sur des populations marginalisées, à très hauts risques de contamination (VHC, coïnfection VIH-VHC), notamment les *squatteurs* d'immigration récente. Certaines initiatives pourraient également être couplées (SCMR et BTC).

Les Salles de Consommation de drogues à Moindre Risque (SCMR) constituent un outil important en matière de réduction des risques liés à l'usage des drogues avec une double finalité initiale : réduire les risques sanitaires de la consommation de drogues et réduire les troubles à l'ordre public. La première a été ouverte à Berne en Suisse en 1986 et si c'est d'abord en Europe que ces établissements se sont développés, des villes d'Australie (Sydney) et du Canada (Vancouver) ont également franchi le pas [44-50]. Il existe ainsi près d'une centaine de salles de consommation dans le monde dont la plupart en Europe. Elles ont chacune leur spécificité mais leur objectif principal est de réduire les risques liés à l'usage de drogues, tout particulièrement par voie injectable (mais aussi par snif ou par inhalation), en milieu urbain et pour les populations les plus précaires. Cette proposition, complémentaire des dispositifs existant, s'adresse donc plus spécialement aux personnes encore éloignées des dispositifs de soins mais aussi des dispositifs de réduction des risques et d'accès aux soins tels que les CAARUD.

Le *Lancet* relève que « ces programmes sauvent des vies ! » [51] en permettant un premier contact avec des populations difficiles à atteindre ou cachées ; en offrant de meilleures conditions de sécurité et d'hygiène pour les consommations de personnes n'étant pas à même de les interrompre; réduction des pratiques à risques [52] ; en réduisant les décès associés à l'usage de drogues lorsque l'accessibilité aux salles de consommation est appropriée (horaires d'ouverture, proximité avec lieux d'usages et de *deal*, facilité d'accès « bas seuil », couverture géographique adaptée, etc.) [53, 54] et en permettant un accès effectif des usagers en situation de très grande précarité et extrêmement marginalisés à des services adaptés (soin, conseil, dépistage, orientation...) Ces dispositifs de RdRD jouent

ainsi un rôle déterminant dans l'accès aux soins sous réserve d'une bonne intégration au dispositif de soins. Là aussi la dynamique intégrative doit être de règle pour que ces SCMR soient pleinement efficaces.

Au niveau de l'hépatite C [55], si les études ne sont pas toutes concluantes, l'évaluation finale de la salle d'injection de Sydney, montre que les nouveaux cas diagnostiqués d'hépatite C ont continué à augmenter dans tout Sydney, sauf dans le quartier de King Cross, qui est le quartier de la salle d'injection où les nouveaux cas sont restés stables. Ceci indique que les salles de consommation peuvent avoir un impact sur l'épidémie d'hépatite C chez les personnes qui les fréquentent même si cet impact n'est pas suffisant pour pouvoir être repéré par les études en population générale. L'évaluation du site de Vancouver indique qu'il reçoit beaucoup d'usagers à haut risque de contamination VHC et qu'il peut faire bénéficier d'actions de RDR [56, 57]. L'expertise collective de l'INSERM [40] relevait qu'aucune étude ou revue n'a permis de mettre en évidence un impact direct des CIS sur la réduction de l'incidence des maladies infectieuses. Ceci tient notamment au fait que les CIS n'ont qu'une couverture faible par rapport à celle des autres interventions visant à modifier les comportements à risque de transmission des maladies infectieuses, leur éventuel impact est par conséquent difficile à isoler.

Il est permis aussi de penser que, pour les raisons précédemment évoquées, plus que leur action isolée de RdRD « pure » (matériel stérile…), ce qui sera le plus efficace dans ces programmes c'est leur dimension intégrée à un programme d'accès à des soins globaux médico-psychosociaux dont elles constitueraient une intéressante porte d'entrée pour des populations marginalisées.

Ces projets revêtant un caractère sensible politiquement et complexe techniquement, nécessitent une évaluation de qualité comme cela a pu être le cas au plan international [58-62]. L'impact du dispositif et l'adéquation des moyens mis en place seront mesurés en se référant aux objectifs présentés dans ce texte et en intégrant le point de vue des usagers [63]. Les aspects relatifs à l'implantation de la structure dans le voisinage doivent faire partie intégrante des questions d'évaluation.

En France, suite à la publication de l'expertise de l'Inserm, plusieurs projets ont été construits par différentes équipes à Paris, Strasbourg et Bordeaux notamment. Toutefois la France restait hésitante vis-à-vis de ces dispositifs innovants, en partie pour des raisons politiques, de sensibilité de l'opinion [64]. Il a donc fallu attendre une Loi, la Loi de santé du 27/01/2016 pour que cette expérimentation puisse être lancée. Elle autorise en effet dans son article 43 l'expérimentation pour une durée de 6 ans des SCMR dans le cadre d'un cahier des charges national arrêté par le ministre chargé de la santé.

- Prévention des overdoses : *take-home naloxone*

Si les dispositifs de RdRD étaient à leurs origines centrés sur les risques de contamination VIH/VHC chez les UDI, les intervenants et les usagers ont toujours su que d'autres menaces planaient sur les usagers de drogues et tout particulièrement sur les injecteurs d'opiacés : les décès par overdoses restent un risque majeur. Les interventions de RdRD, surtout les TSO en la matière, ont d'emblée eu un impact favorable sur ce plan particulièrement en France. Néanmoins, les mésusages croissants de TSO détournés, de sulfate de morphine ou de médicaments opioïdes antalgiques viennent tempérer ce résultat (DRAMES 2011, ANSM) et ce phénomène a pris une ampleur dramatique en Europe (6 000 à 8 000 morts/an) et surtout aux USA (44 000 morts/an, plus que par AVP) conduisant à un total de près de 70 000 morts/an dans le monde. C'est la deuxième cause de mortalité chez les UDI.

La plupart des OD surviennent à domicile en présence de témoins : amis, partenaires, famille, relations… Le décès peut être évité par des gestes simples de premiers secours/réanimation et/ou l'administration d'un antagoniste opioïde tel que la naloxone. La

rapidité d'intervention est une condition de succès or l'accès à la naloxone est réservé aux professionnels de santé et, souvent, aux seuls services d'urgence. Des initiatives se sont donc développées dans plusieurs pays pour faciliter l'accès à la naloxone en pharmacie (sans prescription), aux services recevant des UDI, aux personnes susceptibles d'être témoins d'OD, aux UDI sortant de prison, etc. [65] L'OMS a formulé des recommandations le 05/11/2014 [66] visant à offrir un accès plus large à la naloxone pour éviter des décès par surdose d'opioïdes.

Vingt études fournissent des données sur la remise de naloxone à des témoins possibles d'OD (« *take-home » naloxone*). Aux USA sur la base de 50 000 doses remises, les taux de mortalité estimés par OD en présence de personnes à qui l'on a remis de la naloxone est d'environ 1% (contre 2 à 4% habituellement dans les communautés sans naloxone). La fréquence de sevrages aigus était de 7,6% après naloxone, les seuls événements indésirables étaient des crises convulsives (dans 0,45% des réanimations d'OD)

Ainsi, selon l'OMS, les personnes susceptibles d'assister à une surdose d'opioïde, notamment d'héroïne, devraient avoir accès à la naloxone et être formées à son administration en urgence, avec des voies d'administration adaptées, ce qui permettrait de réduire les décès par surdose. Pour cela, il faudrait que les personnes à risque d'OD ainsi que leur entourage (amis, famille, compagnes/compagnons, etc. puissent avoir accès à la naloxone ainsi que les professionnels au contact des usagers (lieux d'accueil et de soins, travailleurs sociaux, policiers, organismes communautaires, équipes de rue, etc.)

"La distribution de naloxone aux profanes réduirait le délai d'administration et réduirait ainsi la mortalité", considère l'OMS dans un document de près de 90 pages. "Le panel a considéré que la distribution et les interventions pour la formation sont coût-efficaces dans un éventail de contextes socio-économiques pour traiter des surdoses hors hôpital."

Aux USA depuis 1996, divers programmes de prévention communautaire des OD ont donc commencé à proposer aux « profanes » potentiellement témoins d'OD, une formation et des kits naloxone. L'enquête de la « *Harm Reduction Coalition* » (HRC) en 2014 auprès de 136 organisations sur 644 sites a montré que de 1996 à 2014, des kits naloxone ont été remis à 152 283 personnes et que cela a permis de traiter 26 463 OD. Au plan international, les évaluations sont également très favorables [65, 67].

La France après de nombreux avis favorables de la Commission des stupéfiants (ANSM) et de la Commission T2RA (DGS) va accorder une RTU à un dispositif intra-nasal de naloxone qui sera accessible aux usagers via les CSAPA-CAARUD en 2016.

- Réduction de la transmission et PrEP :

Quand les individus sont directement exposés aux VIH/VHC, on doit considérer l'intérêt, de prévenir ou réduire le risque de transmission par exemple en utilisant des traitements antirétroviraux en prophylaxie post-exposition ou, en l'absence de vaccins, en prophylaxie pré-exposition (PrEP).

Le rôle des traitements antirétroviraux dans la prévention de la transmission VIH est un autre exemple majeur de l'intérêt des approches combinées. Ces traitements médicamenteux peuvent jouer un rôle essentiel en prévention et en RdRD : en prophylaxie post exposition en milieu non professionnel [68], chez les UDI par exemple, mais aussi en prophylaxie pré-exposition PrEP [69] Des études montrent que la suppression de la charge virale grâce aux traitements antirétroviraux diminue le risque de transmission dans les couples sérodiscordants et beaucoup d'études de modélisation montrent l'efficacité de ces traitements dans la prévention de la transmission sexuelle du VIH [22, 70] et dans le contrôle de l'épidémie VIH chez les UDI [71]. C'est ainsi qu'avec la RTU du Truvada© en prévention, la PrEP VIH vient d'être autorisée en France dans le contexte de pratiques sexuelles à

risque (mais aussi d'injections avec le Slam) suite notamment à l'étude Ipergay [72]. Évaluée face à un placebo, la PrEP prise à la demande a démontré une efficacité de 86% dans le cadre de l'essai ANRS Ipergay : un participant prenant la PrEP a 7 fois moins de risque d'être infecté par le VIH qu'un participant ayant pris le placebo. L'efficacité de la PrEP est directement liée à l'observance (prise correcte du traitement).

Il s'agit donc bien d'un autre exemple de traitement ayant un fort impact préventif de la contamination et donc de RdRD, là-aussi les cloisons tombent.

- Après la contamination : dépistage, traitement et prévention positive

Quand la contamination a déjà eu lieu, les interventions peuvent viser à protéger la santé de ces usagers de drogues vivant avec le VIH/VHC et à prévenir le risque de transmission vers leurs partenaires sexuels ou d'usages de drogues et vers leurs enfants au travers d'interventions de « prévention positive » (WHO/OMS, 2008) [73].

Mais, fondamentalement, ce sont le traitement et les soins qui peuvent réduire la morbidité et la mortalité liées au VIH/VHC, protéger la qualité de vie et prévenir ou faire face aux coïnfections et aux comorbidités [74]. Finalement comme avec le VIH, un des éléments centraux de la prévention de la diffusion du VHC chez les UD est bien de traiter les sujets porteurs [75-77] surtout dans le contexte actuel de progrès thérapeutiques décisifs qui permettent d'envisager de réelles avancées en prévention également. La réduction du réservoir contaminant par des traitements efficaces est en effet un facteur majeur de prévention pour l'avenir comme cela a déjà été le cas avec le SIDA.

Les études de modélisation [78] indiquent qu'une réduction sensible de la prévalence de l'hépatite C peut être obtenue en traitant les usagers infectés alors que les résultats des modélisations fondées sur l'impact des TSO et des programmes d'échange de seringues restait beaucoup plus limités [18].

Treatment as prevention !

Mais pour traiter, il faut d'abord dépister, c'est tout l'enjeu de la généralisation du dépistage, notamment grâce aux TROD.

Les programmes de RdRD doivent donc bénéficier des nouveaux développements dans le traitement du SIDA et des hépatites virales chroniques. Il est de mieux en mieux établi que plus l'initiation du traitement antirétroviral VIH est précoce meilleure est l'efficacité du traitement. Cela conduit à prioriser le dépistage dans les programmes de RdRD afin que le statut sérologique des usagers de drogues puisse être connu le plus tôt possible pour que l'initiation du traitement et les actions de prévention puissent être optimisées. De même avec le VHC, les traitements permettant d'obtenir la guérison des patients dans près de 100% des cas quel que soit leur profil, le traitement généralisé permettrait d'éradiquer l'épidémie. La promotion d'actions de dépistage et de *counselling* réalisées à l'initiative du soignant dans le cadre de services de RdRD (« *provider-initiated HIV testing and counselling », PITC*) [79] et l'usage de tests rapides de dépistage tels que les TROD sont donc particulièrement pertinentes pour les programmes de RdRD, étant donné de plus que le suivi de ces patients peut être difficile (WHO and UNODC, 2009) [80].

Les alternatives aux tests de dépistages de l'hépatite C par prélèvements veineux se sont développées avec diverses techniques ayant fait l'objet d'essais en CSAPA et CAARUD : microprélèvements, salivettes, buvards [81] et enfin les TROD (Test Rapide d'Orientation Diagnostique) [82, 83]. Ces nouveaux dispositifs non invasifs permettent de lever plusieurs obstacles à la généralisation du dépistage dans les structures : la faible médicalisation des CSAPA et CAARUD, l'éloignement des centres de prélèvement et des plateaux techniques mais aussi le mauvais état du réseau veineux des usagers de drogues dû à la répétition des injections souvent réalisées dans de très mauvaises conditions techniques.

Les TROD VIH sont validés depuis 2010, leurs conditions de réalisation sont fixées par le décret du 9 novembre 2010. La Haute Autorité de Santé a validé en 2014 des recommandations précisant la place des TROD VHC dans la stratégie de dépistage de l'hépatite C [84] et l'article 39 de la Loi de Santé du 27/01/2016 encadre l'utilisation des TROD et des autotests.

- Interventions communautaires :

Et enfin, des interventions peuvent chercher à atténuer l'impact socio-économique du VIH sur les usagers de drogues, leur famille et les communautés par exemple grâce à des systèmes adaptés d'assurances (santé, familiales, sociales, professionnelles).

- Elargir le champ de la RdRD :

Malgré ces multiples possibilités et à différents niveaux d'interventions de RdRD VIH/VHC chez les UDI, la plupart des programmes de RdRD se concentrent sur un nombre limité d'interventions, particulièrement sur celles qui ciblent spécifiquement les comportements à risque VIH/VHC et tout particulièrement les injections.

Depuis le milieu des années 1980, les « *big three* » étaient donc la communication sur la RdRD (en particulier via des interventions communautaires, la lutte contre la stigmatisation, la criminalisation…), les PES et les traitements de la dépendance aux drogues (TSO en particulier, pour les opiacés). L'efficacité de ces interventions et la faisabilité de leur mise en œuvre ont pu être démontées de manière robuste et répétée y compris dans les contextes les plus difficiles [9, 10, 85, 86]. Ces dernières années, les traitements du VIH puis du VHC ont été ajoutés à la liste avec le constat de mieux en mieux établi que des usagers de drogues vivant avec le VIH peuvent avoir une qualité de vie correcte grâce au traitement antirétroviral [21] et que l'infection par le VHC pouvait être guérie concourant ainsi à réduire secondairement la transmission du virus et à contrôler l'épidémie.

L'OMS, l'UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) et UNAIDS-ONUSIDA (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) ont donc défini un plus large *package* d'interventions pour la RdRD liés au VIH incluant des interventions de prévention, de traitement et de soins des usagers de drogues injecteurs en ajoutant cinq interventions supplémentaires, dont le dépistage, pour en arriver à 9 interventions prioritaires [87] dont les *« big five »* :

• PES

• Traitements de la dépendance (TSO)

• Communication sur le changement de comportement

• Traitement et soin du VIH et des hépatites virales

• Dépistage des VIH/VHC et *counselling*

Interventions auxquelles doivent s'ajouter la promotion des préservatifs, la prévention et le traitement des MST et de la tuberculose.

Il faut de plus construire un vrai cadre programmatique pour mettre ces interventions à niveau, incluant des stratégies pour construire une politique publique et un environnement favorables à la RdRD, pour mieux impliquer la société civile et de nouveaux partenaires, pour construire des services solides de RDRD et pour renforcer l'information et les données pour mieux guider les réponses. Dans ce cadre, la France a été pionnière en donnant une assise législative et réglementaire solide à la RdRD avec la loi de santé publique de 2004, avec le référentiel national de 2005, la création des CAARUD, établissements médico-sociaux dédiés à la RdRD, en 2005, l'inscription de la RdRD dans les missions obligatoires

des CSAPA en 2007 et avec enfin la consolidation de la politique de RdRD dans l'article 41 de la loi de santé de 2016.

- Unité de lieu, les CSAPA et CAARUD comme espaces possibles de décloisonnement prévention/soins/RdRD :

Les CSAPA et les CAARUD accueillent régulièrement les usagers de drogues. Ces structures à faible plateau technique mais réellement de première ligne, peuvent ainsi concourir à améliorer les taux de dépistage [88, 89], la régularité des contrôles sérologiques (à répéter tous les 6 mois) mais aussi l'accès aux soins en hépatologie. Certains proposent dorénavant des consultations avancées d'hépatologie sur place, d'autant plus utiles que les TSO souvent mis en œuvre également contribuent à une meilleure compliance [34]. Cette unité de lieu peut produire des gains considérables dans les délais de prise en charge et dans sa régularité avec donc un impact favorable en matière de traitement et, de ce fait, dans la prévention des contaminations secondaires. Ce sont donc des éléments essentiels du dispositif de RdRD précisément du fait de leur approche pluridisciplinaire et intégrative.[2]

Un « guichet unique » consiste à proposer dans les locaux du CSAPA ou du CAARUD l'ensemble de la prise en charge des hépatites : la prévention, le dépistage, le FibroScan®, la consultation d'hépatologie, la mise en place et le suivi du traitement. Les usagers qui viennent pour un suivi de TSO, un suivi médico-social ou pour des prestations de RDR ont ainsi accès également et directement sur place à des services en hépatologie :

- La prévention est réalisée par la mise en place d'informations et d'actions de réduction des risques. Elle sera proposée à tous les usagers, mêmes guéris pour prévenir d'éventuelles recontaminations.
- Le dépistage des hépatites virales peut être réalisé au sein de la structure par l'équipe infirmière ou par des laboratoires partenaires. L'intérêt des tests rapides d'orientation diagnostic (TROD) est évident dans ce cadre, comme mentionné plus haut.
- La réalisation d'un FibroScan® au sein de la structure d'addictologie est une véritable prise de conscience de la maladie hépatique par l'usager. Son côté à la fois technique et non invasif participe certainement à sa bonne acceptation par les usagers.
- La consultation d'hépatologie au sein des structures d'addictologie est particulièrement importante pour les usagers. La structure d'addictologie leur est familière, la consultation peut avoir lieu en présence d'un référent addictologue du centre. La flexibilité des horaires et les reports de visites « ratées » permettent de s'adapter au mieux à la vie des usagers. Ils viennent et (re)viennent plus facilement. Le partage d'information sur l'usager facilite également le travail de toute l'équipe.
- La mise en place d'un traitement des hépatites virales devient beaucoup plus facile grâce à toutes les étapes précédentes. L'éducation thérapeutique et l'accompagnement du patient favorisent un suivi régulier, une meilleure compliance et observance : le taux de réponse au traitement est équivalent à celui des non usagers de drogues.
- L'efficacité du traitement est optimisée par les possibilités de prise en charge globale, médico-psychosociale *in situ*.

Au total, il est fondamental de promouvoir des lieux permettant de proposer des réponses globales, pluridisciplinaires (voire transdisciplinaires quand les ressources existent) et coordonnées aussi bien addictologiques (TSO et RdRD) que virologiques (dépistage, suivi, traitement), sociales et psychologiques. Ces lieux doivent être disponibles et aisément

accessibles par les usagers, les CSAPA et CAARUD offrent donc d'excellentes possibilités en coordination avec les services hospitaliers.

Une attention particulière doit être apportée à des populations spécifiques telles que les femmes (prévention de la transmission mère-enfant, prise en compte des problèmes de violences de genre), le milieu carcéral, les immigrés notamment issus de pays en transition (Europe de l'Est) [90]. Il convient aussi que les programmes de RdRD prennent en compte les importants besoins de santé des usagers de drogues vivant avec le VIH, prévention et traitement des infections opportunistes (tuberculose notamment), des coïnfections (incluant les hépatites virales et les MST), les comorbidités (tels que les troubles mentaux) et les questions liées à la sexualité et à la reproduction.

- Intervention populationnelle :

Pendant que l'attention se porte sur les nouveaux traitements et de nouvelles technologies comme les TROD, il ne faut pas perdre de vue la palette beaucoup plus large d'interventions qui permettent d'obtenir une réponse réellement globale incluant notamment les interventions structurelles pour réduire la vulnérabilité aux usages de drogues et au VIH/VHC et notamment des actions de protection sociale pour les familles et les communautés menacées (UNAIDS, 2008) [26, 90].

- RdRD et santé publique :

Aujourd'hui, en ces temps de crise économique et de concurrence entre les priorités, il est nécessaire de prioriser les investissements et de définir les *packages* d'interventions essentiels. Cela doit être l'occasion d'examiner de plus près les actions de RdRD en s'assurant qu'elles s'inscrivent bien dans des objectifs de santé publique : accès universel, égalité de santé et de protection sociale. Certainement, la priorité doit être donnée à protéger les investissements dans des interventions dont le haut niveau d'impact a été déjà établi tels que les PES, les TSO ou la généralisation des dépistages et des traitements anti-infectieux. Mais il faut essentiellement soutenir les modèles les plus efficaces et efficients de RdRD et donc les modèles intégratifs. Les interventions de RdRD ne doivent pas se limiter au périmètre traditionnel de la RdRD mais s'élargir à des actions complémentaires de prévention et de soins qui contribuent à l'efficacité globale. De même, les lieux d'intervention ne doivent pas se limiter aux services dédiés à la RdRD, eux-mêmes décloisonnés, mais s'étendre à d'autres services de santé tels que la médecine de première ligne, les centres de santé, les centres de planning familial, les services de santé mentale, etc. La RdRD doit s'inscrire dans une dynamique globale de santé. Pour obtenir un large soutien, il faut continuer à démontrer que les services et les programmes intégrés de RdRD contribuent à renforcer la santé publique dont ils sont des acteurs majeurs.

La RdRD dans les autres secteurs des addictions

La RdRD est donc à la fois une politique de santé publique et un ensemble d'interventions visant à réduire les dommages secondaires à l'usage de drogues. Initiée dans le champ des drogues illicites injectables, les bénéfices obtenus ont conduit à expérimenter cette approche dans d'autres addictions et notamment dans celles à haute prévalence et à hauts niveaux de dommages : alcool, tabac, cannabis… Une revue de la littérature portant sur plus de 650 articles [91] a tenté de préciser l'efficacité et l'efficience des interventions de RdRD dans ces différents domaines. Si les données sont nombreuses et très robustes dans le domaine des drogues illicites, elles sont nécessairement plus éparses dans ces autres addictions car ce champ d'investigations est plus récent. Mais déjà les plus nettement établies concernent l'impact bénéfique des approches de RdRD sur les risques d'accidents routiers liés à l'alcool (« *safer drinking* ») et sur les risques liés aux fumées toxiques pour le tabac et le cannabis

(e-cigarettes, vaporisateurs). Dans le cas du cannabis, la situation est rendue encore plus complexe du fait de différents types de risques qui peuvent rendre certaines interventions utiles par rapport à un risque particulier, potentiellement contre-productives pour un autre, avec la difficulté d'évaluer un rapport bénéfices-risques global.

D'autres pistes se dégagent également qui reposent notamment sur le développement d'objectifs de RdRD, réduction ou modération de la consommation par exemple, dans des domaines où ce type d'objectifs n'apparaissait tout simplement pas pensable auparavant tant le dogme de l'abstinence restait prévalent. Or, dans bien des cas, ce sont des traitements (entretiens motivationnels, psychothérapies, médicaments) qui peuvent produire ces résultats de RdRD, illustrant bien une nouvelle fois l'intérêt d'approches décloisonnées.

- Alcool :

Les approches de RdRD pour faire face aux problèmes d'alcool ont fait l'objet de vives controverses aussi bien chez les spécialistes que dans le grand public. Et pourtant, plusieurs études montrent bien que qu'il est possible de contrôler ou de réduire des consommations d'alcool et que des traitements visant à la modération peuvent être plus efficaces que des approches fondées exclusivement sur des objectifs d'abstinence [92-94]. Dans cette perspective, de nombreuses interventions peuvent concourir à des objectifs de RdRD : prévention universelle, prévention sélective et indiquée chez les adolescents, approches communautaires centrées sur des objectifs de modération, RPIB, entretiens motivationnels, interventions psychosociales et traitements médicamenteux visant à réduire ou modérer les consommations, etc.

Concernant la réduction des consommations, les travaux de Rehm [95] montrent bien que les dommages secondaires à la consommation d'alcool, dans tous les domaines et particulièrement les dommages sanitaires, augmentent de manière non pas linéaire mais exponentielle avec les quantités consommées. Cela signifie à l'inverse que les interventions qui réduisent les consommations massives d'alcool (*heavy drinking)* peuvent réduire massivement les dommages secondaires même sans parvenir à l'abstinence.

Cette approche [96, 97] est intéressante dans la mesure où elle s'intéresse à la réduction des niveaux de consommation auto-évalués, comme la tension artérielle, sans considération de diagnostic, de trouble ou de maladie. Elle réduit donc aussi les risques de stigmatisation ou d'étiquetage comme alcoolodépendant ou *addict* et s'inscrit ainsi pleinement dans une logique de RdRD.

Globalement, les études démontrent que ces approches de RdRD sont au moins aussi efficaces que les approches visant exclusivement à l'abstinence aussi bien pour réduire le niveau de consommation d'alcool que pour réduire les dommages secondaires dont la mortalité attribuable [95-97]. Cela a entraîné un réel changement de paradigme aux USA et au plan international [98-102]. Suite à ces avancées, une importance croissante est accordée à l'individualisation des interventions pour les adapter au mieux aux besoins et aux attentes des personnes. La RdRD « alcool » va au-devant des personnes pour soutenir les changements positifs de comportement qu'ils souhaitent, qu'il s'agisse de réduire les consommations, de les modérer, de les pratiquer de manière plus sûre ou de les arrêter : (« *Safer Drinking, Reduced Drinking, Moderate Drinking, Quitting Completely* ").

Les nouveaux médicaments autorisés dans le traitement du trouble de l'usage d'alcool [99], baclofène et nalméfène, s'inscrivent particulièrement bien dans cette dynamique puisqu'à la différence de leurs prédécesseurs (disulfirame, acamprosate, naltrexone), ils ne sont pas seulement indiqués dans le maintien de l'abstinence après un sevrage mais bien dans des objectifs de réduction des consommations. Dans les études, les effets des médicaments sur les troubles de l'usage d'alcool sont évalués par leur impact sur la quantité totale d'alcool consommé ou sur le nombre de jours de consommation massive et non plus, comme par le

passé, sur la durée de l'abstinence. De ce point de vue, ces médicaments, ces traitements sont donc bien des agents de RdRD.

Mais la RdRD a également eu un impact sur les campagnes de prévention qui complètent les campagnes traditionnelles (visant à une réduction universelle des niveaux de consommation) d'actions ciblées, adaptées à des populations particulières comme celle des jeunes pratiquant le *binge drinking* par exemple. C'est ainsi que l'étude de Bouthoorn et al. [103] sur 813 jeunes de 11 à 17 ans hospitalisés en réanimation suite à une ivresse éthylique, indiquait qu'une des actions les plus efficaces semblait être la mise en place de polycliniques spécialisées permettant l'évaluation et l'accompagnement global des jeunes concernés en relais de la prise en charge hospitalière. Le décloisonnement prévention/repérage/accès aux soins/réduction des risques permet dans ce domaine également d'obtenir les meilleurs résultats.

- Tabac et e-cigarettes :

Plus encore que dans le domaine de l'alcool, l'abstinence totale est longtemps restée le seul horizon du soin en « tabacologie », tout usage était en fait perçu comme un trouble de l'usage, l'idée-même d'une gestion des usages de tabac fumé semblait aberrante du fait du potentiel addictif majeur du tabac fumé et de ses conséquences désastreuses sur la santé. L'utilisation croissante et bénéfique des patchs nicotiniques à des fins non plus d'abstinence totale mais de simple réduction ou de gestion de la consommation a fait une première brèche dans ce dogme puis les progrès de la technique avec l'invention des e-cigarettes et la demande des usagers ont achevé de le faire voler en éclats.

Pour autant, les avis spécialisés étaient pour le moins contrastés [104]: certains y voyaient un progrès immense de la RdRD appliquée au tabac, alors que d'autres au nom du principe de précaution (*The Wingspread Statement on the Precautionary Principle, January 1998*), qui est aussi à sa manière une version radicale de la RDR, considéraient qu'en l'absence de données établies d'innocuité de ces nouveaux dispositifs, il convenait de s'en abstenir ou, à tout le moins (pour éviter que le principe de précaution ne devienne un « principe de paralysie » selon la formule de Cass Sustein) de les réglementer sévèrement. Deux visions de la RdRD s'affrontent donc, une version absolue (tout risque doit être prévenu, dans le doute il faut s'abstenir) et une version relative (face à un risque majeur établi, il vaut mieux tolérer un risque moindre et/ou incertain). L'affaire est d'autant plus complexe que dans un monde incertain où les risques sont multiples, comme le rappelle Jonathan Weiner, « les précautions prises contre un risque particulier peuvent en accroître d'autres ainsi que leurs dommages » [105].

Au final, les tenants de la RdRD furent déçus mais non surpris par la décision de l'OMS en 2014 qui demandait aux Etats d'adopter des mesures très sévères et restrictives à l'encontre des e-cigarettes et de leur publicité. A l'inverse, une revue récente [106] concluait à l'intérêt d'utiliser les e-cigarettes, même si leur totale innocuité n'était pas démontrée, comme un moindre risque pour des fumeurs surtout quand leur état de santé nécessite des traitements lourds, chirurgie ou radiothérapie. De même, la première Revue Cochrane sur les e-cigarettes publiée en décembre 2014 [107] relevait leur potentiel comme outils de sevrage et leur bénéfice global sur la santé de leurs utilisateurs. Un matériel réclamé par les usagers pouvait donc à la fois avoir des conséquences positives en matière de RdRD et de soins, y compris dans des objectifs d'abstinence.

Le *clash* entre la RdRD et le principe de précaution ne s'est pas limité aux e-cigarettes. Les discussions sont vives aux USA et en Europe sur le *Snuff* (tabac prisé) ou sur la demande d'autorisation par les Suédois du *Snus* (poudre de tabac humide à placer entre la lèvre et la gencive supérieures pendant plusieurs minutes ou même quelques heures) comme un Produit du tabac à risque modifié (*Modified-Risk Tobacco Product*, MRTP). Les lignes de front sont les mêmes entre les tenants du risque 0 (le tabac prisé en *Snus* augmenterait le

risque de cancer du pancréas…) et ceux de la RdRD arguant qu'au final les bénéfices sur la santé seraient importants (substitution, aide au sevrage, voie non fumée, etc.) Les labels sur les emballages contiendraient la formule suivante, très RdRD : "*No tobacco product is safe, but this product presents substantially lower risks to health than cigarettes*". Aucun produit à base de tabac n'est sûr mais ce produit est nettement moins dangereux pour la santé que des cigarettes.

Au final, il importera d'agir à la hauteur du problème majeur de santé publique posé par le tabac fumé. En la matière, le refus total au nom du principe de précaution de tout compromis par rapport à des produits dérivés du tabac et liés aux industriels semble être une impasse aussi bien en termes de santé qu'en termes de coûts. Les processus décisionnels doivent dégager un équilibre entre ces principes en recherchant sans idées préconçues les meilleurs rapports bénéfices-risques et en les réévaluant régulièrement.

- Cannabis :

Le développement de la vaporisation (« vapotage ») comme moyen d'administration du cannabis suscite les mêmes interrogations que celles débattues en santé publique au sujet des e-cigarettes [108, 109]. Nous ne disposons pas de bonnes données épidémiologiques sur le vapotage de cannabis mais avec la tendance actuelle notamment aux USA à tolérer socialement voire à légaliser l'usage médical ou récréatif de cannabis, la controverse sur le vapotage du cannabis exige des études spécifiques. Comme avec les e-cigarettes, le fait de « vapoter » du cannabis peut laisser présager d'éventuels bénéfices sur la santé en réduisant les risques et les dommages liés à l'inhalation de fumée toxique [110, 111]. De fait, les dispositifs de vapotage du cannabis sont déjà vendus comme permettant une administration moins risquée (ou même « plus sûre », *safer)* du cannabis, malgré l'absence de données sur les effets au long cours de cette méthode d'administration. D'autres avantages sont mentionnés par les utilisateurs : meilleur goût, effets plus intenses, prix de revient moins élevé et une plus grande discrétion qui en autorise l'usage dans plus d'emplacements. Un autre intérêt de ces dispositifs est de permettre aux usagers qui le souhaitent de cesser de consommer du tabac en « joint » avec le cannabis pour se limiter à la seule consommation de cannabis [112], ce qui limite évidemment les nombreux effets négatifs liés à la polyintoxication tabac et cannabis [113].

Mais ces avantages relatifs risquent aller de pair avec des inconvénients notamment un risque accru d'expérimentation du cannabis, un âge de début plus précoce, des expériences initiales plus agréables, plus faciles, et des usages plus fréquents, tous ces éléments accroissant le risque d'usage problématique ou d'addiction [114]. Ces préoccupations sont parallèles avec celles relevées au sujet de l'usage des e-cigarettes par les jeunes avec le risque supplémentaire lié aux effets délétères du THC sur la santé notamment aux plans cognitif, psychosocial voire psychiatrique et tout particulièrement chez les plus jeunes [115]. A la différence du tabac, les risques majeurs liés au cannabis ne se limitent pas en effet aux risques pulmonaires ou cardiovasculaires mais concernent également des risques liés directement au THC (accidents de la route, du travail, problèmes neuropsychologiques, complications psychiatriques, etc.) et non à la fumée [116]. De plus, les vaporisateurs permettent d'utiliser non seulement du cannabis végétal mais aussi de nouveaux composés à forte concentration (huile, cire…) recommandés par les distributeurs de matériel notamment sur Internet. Les effets combinés de produits très actifs et de dispositifs de vaporisation qui en maximisent encore l'extraction et donc la puissance, sont une source de préoccupation tout particulièrement dans un contexte où des données récentes indiquent que l'usage fréquent de cannabis fortement concentré est corrélé à un risque accru de développer plus précocement un trouble psychotique [117]. Cette modalité de RdRD « pulmonaire » peut donc risquer d'aggraver d'autres risques, une illustration des dilemmes que pose parfois la RdRD [118].

Ce dilemme, promouvoir ou non le vapotage de cannabis en tant qu'intervention de RdRD, nécessite donc des investigations complémentaires approfondies afin de pouvoir dégager une politique de santé publique globale et efficace concernant le vapotage.

De son côté, le « *dabbing* » permet l'inhalation de produits concentrés en THC par une extraction au butane grâce à une sorte de pipe à crack très thermorésistante qui vaporise le produit sur une surface très chaude en titane, quartz ou céramique. Ces techniques permettent d'utiliser des concentrations-record, on a pu parler au Colorado de teneurs en THC comprises entre 70 et 90%, ce qui permettrait d'utiliser des quantités moindres. Néanmoins, nombre d'observateurs et d'usagers pensent que c'est un mode d'administration pire que la voie fumée et semblent s'en méfier… [119]

A l'inverse, les utilisations par voie orale avec différentes formes comestibles (infusions, bonbons, barres de chocolat, gâteaux…) continuent à se développer rapidement, tout particulièrement dans les Etats ayant légalisé l'usage récréatif de cannabis aux USA comme le Colorado, en bénéficiant d'une image positive de sécurité d'emploi. Cependant la grande variabilité des effets d'une forme à l'autre, leur longue durée d'action, la fréquence croissante d'intoxications aiguës sévères, volontaires ou accidentelles, notamment pédiatriques amène à étudier de manière approfondie la balance bénéfices-risques de ces formes réputées moins à risques [119]. Le Colorado envisagerait ainsi d'interdire les bonbons au cannabis compte tenu de l'effet attractif de cette forme sur les enfants.

En matière de prévention et comme dans les autres domaines des addictions, l'impact de la RdRD est indiscutablement positif car il a permis de ne plus limiter les interventions à des actions de prévention orientées sur la seule abstinence, avec un impact médiocre, pour permettre de développer des actions de repérage précoce et d'interventions brèves ciblées sur des jeunes consommateurs complétées d'actions de soutien à leur entourage familial. Ces actions sont notamment développées dans des espaces dédiés, les Consultations Jeunes Consommateurs (CJC), mais cette question est largement développée par ailleurs.

- Cocaïne, ecstasy, stimulants :

La RdRD dans le champ des psychostimulants est de développement récent ce qui explique le faible nombre d'interventions spécifiques, notamment pour les usagers de crack, en partie du fait du manque de connaissances concernant ces usages relativement récents dans notre pays, les usagers et leurs besoins particuliers. Une récente revue a néanmoins été réalisée [120] qui donne quelques pistes.

Globalement, les injecteurs ou les fumeurs de crack bénéficient des mêmes services de RdRD que les usagers d'opiacés d'autant que les injections de cocaïne sont souvent à hauts risques car encore plus répétées et peuvent entraîner des collapsus veineux et des injections dans d'autres parties du corps (jambes, mains, aine…) Des conseils spécifiques doivent donc pouvoir être donnés et le matériel remis en grandes quantités ainsi que des pipes à crack.

Une grande difficulté est liée au fait que les usagers de stimulants, a fortiori les non injecteurs, ne sont pas nécessairement inscrits dans une culture « toxico » dont ils se démarquent volontiers. Il faut donc aller au-devant d'eux dans d'autres espaces festifs ou urbains avec des messages adaptés pour renforcer la sensibilisation de publics souvent jeunes, festifs et naïfs. C'est bien la culture RdRD de l'*outreach* qui est ici particulièrement utile ainsi que la non-stigmatisation, la non pathologisation, approche particulièrement nécessaire pour des populations souvent correctement insérées et très défensives par rapport à toute image de « toxico ».

Vis-à-vis des nouveaux produits de synthèse (NPS) ou des RC (« research chemicals ») et comme autrefois avec l'*ecstasy* [121], une partie des incertitudes porte sur la nature exacte des produits achetés par le deal ou des commandes sur Internet, ce qui conduit à poursuivre les actions d'analyse de substances par des dispositifs publics tels que TREND-SINTES (OFDT) ou par des pratiques de *testing* autogérées par les consommateurs ou favorisées par des associations communautaires ou humanitaires avec toutes les limites de ce type d'approches qui ne vont pas sans risques : par exemple en laissant penser à tort qu'un produit est sûr quand il est pur… [122]

- Addictions comportementales :

Dans le domaine du jeu pathologique, seule addiction comportementale validée dans le DSM 5, les expériences de RdRD restent encore embryonnaires en dehors des outils de contrôle et de régulation, type « jeu responsable », mis en place par les opérateurs publics comme la Française des Jeux, le PMU ou par l'ARJEL (Autorité de régulation des jeux en ligne). La littérature en la matière reste très parcellaire.

Certaines initiatives récentes révèlent cependant des premières avancées de RdRD dans ce champ. Il s'agit d'actions d'*outreach* et de repérage précoce de perte de contrôle chez des joueurs en lien avec des organisateurs. Par exemple, aux Pays-Bas, un dépistage automatisé des joueurs potentiellement problématiques est mis en œuvre dans les casinos [123]. Si l'ordinateur qui contrôle les cartes d'identité indique une fréquence de passages anormalement élevée (plus de 30 fois/mois dans les 3 mois écoulés), la personne est approchée pour voir si elle souhaite mettre en place une autolimitation ou une auto-exclusion. Seulement 18.5% de ces approches étaient perçues négativement par les clients.

Une expérimentation comparable dans des points de vente volontaires de la Française des Jeux (FDJ) est actuellement en cours dans 4 sites en France grâce à un partenariat FDJ, Fédération Addiction, Agence du service civique, Ligue française de santé mentale et SEDAP, avec le soutien institutionnel de la MILDECA. Les volontaires vont au-devant des personnes ainsi repérées dans les points de vente, les informent et, le cas échéant, leur proposent une orientation.

Ces premières dynamiques d'« aller vers », de prévention et d'accès aux soins, s'inscrivent bien dans une dynamique de RdRD appliquée à un secteur particulier.

Quelle place des usagers dans ces modalités d'action ?

- Un rôle central dans l'émergence et la mise en œuvre des interventions de RdRD :

Les usagers de drogues et tout particulièrement les injecteurs ont joué un rôle central dans le développement des initiatives de RdRD. La tendance générale en santé publique est en effet à l'implication croissante des usagers dans le fonctionnement des services de soins et dans l'élaboration des politiques de santé qui les concernent ne serait-ce qu'en raison du constat relevant que l'offre institutionnelle de soins bien souvent n'arrive pas à atteindre les bénéficiaires qui en auraient le plus besoin. C'est tout particulièrement vrai avec des populations stigmatisées ou criminalisées comme les UDI. Dans ce contexte, l'implication de pairs est apparue très tôt absolument indispensable. : travailleurs-pairs, pairs-aidants, etc.

Les grands axes d'intervention de ces pairs ont été l'échange de seringues, l'éducation à la RdRD, le soutien par les pairs et les initiatives communautaires (recherche, interface avec

les institutions, lobbying…) de plus, travailler dans des équipes de RdRD a également un impact positif sur la santé des travailleurs-pairs eux-mêmes.

- Des interventions diversifiées :

Une récente revue générale de la littérature concernant le rôle des UDI dans les initiatives de RdRD [124] a pu ainsi identifier 36 différents rôles joués par des pairs en RdRD que les auteurs ont regroupé en 5 grandes catégories : éducation à la RdRD, participation à des services de RdRD et de santé publique, soutien/counselling/accompagnement/orientation, assistance à des projets de recherche et participation à des instances consultatives (représentation, avis, lobbying).

D'autre part un autre axe de classification des interventions par les pairs concerne leur autonomie d'action. Dans certains cas, ils se contentent d'être seulement consultés dans le cadre de services structurés par des professionnels, dans d'autres ils y interviennent directement (membres de l'équipe, animation de groupes de pairs…), dans d'autres enfin ce sont les usagers qui pilotent et contrôlent des programmes autonomes [4, 124], ce qui permet un encore plus grand *empowerment*.

Au final, il apparaît que les usagers interviennent à tous les niveaux de la RdRD depuis la prévention (éducation, conseils…) jusqu'aux soins (groupes de pairs, participation à des programmes méthadone, naloxone…) sans se limiter au noyau originel de la RdRD (programmes d'échange de seringues, espaces de consommation à moindres risques, *testing*).

A cet égard, le rôle central des usagers dans le projet « Change le programme » (« *Break the cycle »*) de prévention du passage à l'injection est parfaitement illustratif de cette implication fondamentale d'usagers dans un programme combiné de prévention et de RdRD. Rappelons à ce propos que son initiateur au plan international, Neil Hunt, se présente comme un ex-usager de drogues favorable à leur légalisation. C'est donc typiquement un programme conçu par des UDI engagés dans la RdRD et animé par des UDI et des professionnels autour d'objectifs fédérateurs où chacun peut se retrouver.

- Un rôle central aussi dans le développement d'approches de soins :

Cette implication des usagers à tous les niveaux des parcours de santé des personnes souffrant d'addiction est tout aussi évidente quand on ne limite pas leur intervention aux seuls programmes spécifiques de RdRD. C'est ainsi que les usagers de drogues et/ou d'alcool ont joué un rôle essentiel également dans le domaine des soins mais avec d'autres modes d'organisation et d'intervention que dans la RdRD. Leur rôle fut par exemple central et décisif dans les modèles initiaux d'entraide (*self help*) conduisant à inventer des modalités thérapeutiques où les usagers jouent un rôle central voire même parfois exclusif (Alcooliques Anonymes, Narcotiques Anonymes [125], Communautés thérapeutiques [126, 127]).

Ce sont également des usagers qui ont obtenu de réelles avancées thérapeutiques en réclamant du corps médical, souvent réticent (notamment les sociétés savantes), la prescription de traitements visant à un meilleur contrôle des usages et pas nécessairement à l'abstinence (Temgésic au début des années 1990, Baclofène au début des années 2010 [128, 129]) voire même à la prévention de risques associés à des comportements (Truvada en PrEP). Dans le même ordre d'idées, et même s'il ne s'agit pas en la matière de dispositifs médicaux, il faut souligner que ce sont les usagers eux-mêmes, sans intervention « soignante », qui ont permis le développement des e-cigarettes aussi bien dans des

objectifs de RdRD (vapoter plutôt que fumer) que de soins (aide au sevrage tabagique) favorisant ainsi un exemple en vraie grandeur d'approche intégrée et graduée RdRD/soins.

C'est ainsi que les usagers et leurs organisations ont fait réellement avancer des approches très diversifiées en s'impliquant certains dans des actions typiques de RdRD, d'autres dans des dispositifs autogérés fondés sur l'abstinence, d'autres encore dans des projets thérapeutiques incluant des médicaments aidant à réduire ou contrôler les consommations… La RdRD contribue à fournir des réponses adaptées à la diversité des usagers, elle doit donc s'ouvrir également aux usagers demandeurs de soins, y compris orientés vers l'abstinence.

En effet, eu point où nous en sommes arrivés, la prochaine étape sera sans doute d'arriver là-aussi à mieux combiner ces approches dans une perspective globale d'adaptation aux parcours des personnes. Un grand défi consiste, par exemple, à faciliter l'émergence de l'approche RdRD dans les centres de soins résidentiels (CSAPA résidentiels ou Communautés thérapeutiques) qui se sont construits historiquement sur un projet exclusif d'abstinence mais aussi, bien souvent au plan international, dans une dynamique « *user-led »,* dirigée par les usagers eux-mêmes. De nombreuses expériences actuellement conduites dans notre pays permettent de penser que, comme en ambulatoire, les approches combinées pourraient être encore plus efficaces, ne serait-ce que dans la mesure où elles permettraient de faire bénéficier de ces dispositifs de soins « intensifs » [130] des usagers qui, en pratique, en sont tenus à l'écart parce qu'ils ne peuvent pas ou ne souhaitent pas s'engager dans un objectif d'abstinence à ce moment-là de leur parcours.

Conclusions

Les interventions de RdRD se sont souvent construites en réponse à certaines pratiques de soins ou de prévention qui avaient pu être génératrices elles-mêmes de dommages secondaires. Les données actuelles indiquent qu'il est temps de dépasser ce clivage initial, ce sont bien les approches combinées qui sont les plus efficaces. Des traitements peuvent faire œuvre de prévention et de RdRD, des interventions de RdRD peuvent permettre l'accès aux soins. Les approches combinées, décloisonnées sont les mieux adaptées à la diversité des parcours des personnes.

Les addictions sont en effet associées à des risques et dommages à la fois multiples et changeants, en fonction notamment des différents produits consommés, ce qui requiert des réponses diversifiées et complexes. Les précautions prises par rapport à un risque particulier peuvent en effet en accroître d'autres et l'évaluation globale du rapport bénéfices/risques de ces interventions doit être faite préalablement et réévaluée périodiquement.

Les programmes de RdRD doivent également être globaux et flexibles s'ils veulent obtenir des résultats significatifs en santé publique. Il faut dépasser de simples interventions spécifiques de RdRD, délivrées de manière isolée, pour aller vers un ensemble d'interventions combinées, inclus lui-même dans un ensemble global d'interventions sanitaires et sociales qu'elles viennent enrichir, et réciproquement, dans une dynamique mutuelle.

De même, les lieux d'intervention ne doivent pas se limiter aux seuls services dédiés spécifiquement à la RdRD, eux-mêmes décloisonnés, mais s'étendre à d'autres services de santé tels que la médecine de première ligne, les centres de santé, la médecine au travail, les maternités, les hôpitaux, les services de santé mentale, etc. Mais aussi dans la

communauté, les services sociaux, les lieux d'hébergement, les dispositifs d'insertion, etc. La RdRD doit s'inscrire dans une dynamique globale de santé centrée sur les besoins et attentes des personnes.

Enfin, l'une des richesses essentielles de la RdRD est bien le rôle central qu'y jouent les usagers, leurs attentes et leur expertise dans une dynamique de promotion de la santé. C'est une des voies par laquelle elle a le plus positivement influencé les pratiques soignantes. Là encore, on retrouve l'approche intégrative, loin d'avancer séparés parfois même dans un climat de tension ou d'opposition, professionnels et usagers visent à être co-acteurs et co-auteurs d'actions de santé publique sur la base d'une collaboration non hiérarchisée.

Au final, l'approche intégrative doit permettre à tout patient de bénéficier des services les mieux adaptés à ses besoins et attentes, dans l'idéal en tout lieu et à tout moment de son parcours. Cela passe notamment par le transfert au système de santé du fardeau de la coordination des interventions qui reste trop souvent à la charge du patient et de son entourage.

Références

1. Delile, J.-M., *Quels sont les éléments fondamentaux permettant de définir de bonnes pratiques d'utilisation des traitements de substitution aux opiacés ?* Alcoologie et addictologie, 2004. **26**(suppl. 4): p. 277S-284S.
2. Fédération-Addiction, *Agir en réduction des risques en CSAPA et en CAARUD.*, in *Rapport d'enquête*, J.-P. Couteron, B. Reiller, and M. Lacoste, Editors. 2015: Paris.
3. Morel, A., *L'avenir de la substitution : mettre fin (enfin !) au clivage en tre soigner et réduire les risques.* Actal, 2013(13): p. 56-58.
4. Hunt, N., E. Albert, and V. Montanes Sanchez, *User involvement and user organising in harm reduction*, in *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, T. Rhodes and D. Hedrich, Editors. 2010, EMCDDA: Lisbon. p. 333-354.
5. Ball, A.L., *Broadening the scope and impact of harm reduction for HIV prevention, treatment and care among injecting drug users*, in *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, T. Rhodes and D. Hedrich, Editors. 2010, EMCDDA: Lisbon. p. 89-94.
6. Rhodes, T. and D. Hedrich, *Harm reduction : evidence, impacts and challenges*, in *EMCDDA Monograhs*, EMCDDA, Editor. 2010, EMCDDA: Lisbon.
7. Ball, A.L., *HIV, injecting drug use and harm reduction: a public health response.* Addiction, 2007. **102**(5): p. 684-690.
8. Gibson, D.R., N. Flynn, and D. Perales, *Effectiveness of syringe exchange programs in reducing HIV risk behavior and HIV conversion among injecting drug users.* AIDS, 2001. **15**: p. 1329-1341.
9. Wodak, A. and A. Cooney, *Effectiveness of sterile needle and syringe programmes.* International Journal of Drug Policy, 2005. **16**: p. 31-44.
10. Farrell, M., et al., *Effectiveness of drug dependence treatment in HIV prevention.* International Journal of Drug Policy, 2005. **16**: p. 67-75.
11. Palmateer, N., et al., *Evidence for the effectiveness of sterile injecting equipment provision in preventing hepatitis C and human immunodeficiency virus transmission among injecting drug users: a review of reviews.* Addiction, 2010. **105**(5): p. 844-859.
12. Kimber, J., et al., *Harm reduction among injecting drug users - evidence of effectiveness*, in *Harm reduction: evidence, impact and challenges*, T. Rhodes and D. Hedrich, Editors. 2010, EMCDDA: Lisbon. p. 115-163.
13. Muga, R., et al., *Significant reductions of HIV prevalence but not of hepatitis C virus infections in injection drug users from metropolitan Barcelona: 1987–2001.* Drug & Alcohol Dependence. **82**: p. S29-S33.

14. Hagan, H., E.R. Pouget, and D.C. Des Jarlais, *A systematic review and meta-analysis of interventions to prevent hepatitis C virus infection in people who inject drugs.* The Journal of Infectious Diseases, 2011. **204**: p. 74-83.
15. Van Den Berg, C., et al., *Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus : evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users.* Addiction, 2007. **102**(9): p. 1454-1462.
16. Turner, K.M., et al., *The impact of needle and syringe provision and opiate substitution therapy on the incidence of hepatitis C virus in injecting drug users: pooling of UK evidence.* Addiction, 2011. **106**(11): p. 1978-88.
17. Hickman, M., *HCV prevention - a challenge for evidence-based harm reduction*, in *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, T. Rhodes and D. Hedrich, Editors. 2010, EMCDDA: Lisbon. p. 85-89.
18. Vickerman, P., et al., *Can needle and syringe programmes and opiate substitution therapy achieve substantial reductions in hepatitis C virus prevalence? Model projections for different epidemic settings.* Addiction, 2012. **107**(11): p. 1984-1995.
19. Malta, M., et al., *Adherence to antiretroviral therapy for human immunodeficiency virus/acquired immune deficiency syndrome among drug users: a systematic review.* Addiction, 2008. **103**(8): p. 1242-1257.
20. Palepu, A., et al., *Antiretroviral adherence and HIV treatment outcomes among HIV/HCV co-infected injection drug users: The role of methadone maintenance therapy.* Drug & Alcohol Dependence, 2006. **84**(2): p. 188-194.
21. Lert, F. and M.D. Kazatchkine, *Antiretroviral HIV treatment and care for injecting drug users: An evidence-based overview.* International Journal of Drug Policy, 2007. **18**(4): p. 255-261.
22. Montaner, J.S.G., et al., *The case for expanding access to highly active antiretroviral therapy to curb the growth of the HIV epidemic.* The Lancet, 2006. **368**(9534): p. 531-536.
23. Grebely, J., et al., *Treatment for hepatitis C virus infection among people who inject drugs attending opioid substitution treatment and community health clinics: the ETHOS Study.* Addiction, 2016. **111**(2): p. 311-319.
24. Birkhead, G.S., et al., *Integrating multiple programme and policy approaches to hepatitis C prevention and care for injection drug users: A comprehensive approach.* International Journal of Drug Policy. **18**(5): p. 417-425.
25. GCDP, *L'impact négatif de la guerre contre la drogue sur la santé publique : l'épidémie cachée d'hépatite C*. 2013, Global Commission on Drug Policy.
26. UNAIDS, *Addressing societal causes of HIV risk and vulnerability*, in *report on the global AIDS epidemic*. 2008, UNAIDS: Geneva.
27. Jauffret-Roustide, M., J. Emmanuelli, and J.-C. Desenclos, *L'impact limité de la réduction des risques sur la transmission du VHC chez les usagers de drogues. L'exemple de l'étude ANRS-Coquelicot.* Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 2006. **54**(Hors-série 1): p. 1S53-1S59.
28. Jauffret-Roustide, M., et al., *A national cross-sectional study among drug-users in France: epidemiology of HCV and highlight on practical and statistical aspects of the design.* BMC Infectious Diseases, 2009. **9**(1): p. 113.
29. Cadet-Taïrou, A., *Résultats ENa-CAARUD 2010. Profils et pratiques des usagers.* 2012, OFDT: St Denis.
30. Roy, E., et al., *Drug injection among street youth: the first time.* Addiction, 2002. **97**(8): p. 1003-1009.
31. Guichard, A., *"Break the Cycle" Un programme pour rompre le cycle de l'injection.* SWAPS, 2012(67): p. 21-23.

32. Guichard, A., et al., *Changing patterns of first injection across key periods of the French Harm Reduction Policy: PrimInject, a cross sectional analysis.* Drug & Alcohol Dependence, 2013. **133**(1): p. 254-261.
33. Hunt, N., et al., *Evaluation of a brief intervention to prevent initiation into injecting.* Drugs Educ Prev Policy, 1998(5): p. 185-194.
34. Schaefer, M., A. Heinz, and M. Backmund, *Treatment of chronic hepatitis C in patients with drug dependence: time to change the rules?* Addiction, 2004. **99**(9): p. 1167-1175.
35. Maher, L., et al., *Incidence and risk factors for hepatitis C seroconversion in injecting drug users in Australia.* Addiction, 2006. **101**(10): p. 1499-1508.
36. Miller, C.L., et al., *Opportunities for prevention: hepatitis C prevalence and incidence in a cohort of young injection drug users.* Hepatology, 2002(36): p. 737-742.
37. Delile, J.-M., et al., *Hépatite C chez les usagers de drogues. Comment améliorer l'efficacité de la prévention et de la prise en charge?* Alcoologie et Addictologie, 2008. **30**(4): p. 385-394.
38. Crofts, N., et al., *Methadone maintenance and hepatitis C virus infection among injecting drug users.* Addiction, 1997. **92**(8): p. 999-1006.
39. Delile, J.-M., *Le "Léthé" (Lieu expérimental de traitement avec l'héroïne).* Interventions (Revue de l'ANIT), 2002. **19**(3): p. 119-128.
40. Inserm, *Réduction des risques chez les usagers de drogues*. Expertises Collectives ed. 2010, Paris: National Institute for Health and Medical Research.
41. Roux, P., et al., *Innovative community-based educational face-to-face intervention to reduce HIV, hepatitis C virus and other blood-borne infectious risks in difficult-to-reach people who inject drugs: results from the ANRS–AERLI intervention study.* Addiction, 2016. **111**(1): p. 94-106.
42. Chappard, P. and J.-P. Couteron, *Salle de shoot. Les salles d'injection supervisée à l'heure du débat français*. Les empêcheurs de penser en rond. 2013, Paris: La Découverte.
43. Aubisson, S., et al., *Quels nouveaux outils pour prévenir et évaluer les pratiques à risque chez les injecteurs de drogue face au VHC ? Réflexions sur les salles d'injection et les outils de mesure des prises de risques.* Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 2006. **Hors-série 1**: p. 1S69-1S75.
44. Dietze, P., R. Winter, and A. Pedrana, *Mobile safe injecting facilities in Barcelona and Berlin.* International Journal of Drug Policy, 2012. **23**: p. 257-260.
45. Bardsley, J., J. Turvey, and J. Blatherwick, *Vancouver's needle exchange program.* Can J Public Health, 1990. **81**: p. 39 - 45.
46. Broadhead, R., et al., *Safer Injection Facilities in North America: Their Place in Public Policy and Health Initiatives.* Journal of Drug Issues, 2002. **32**: p. 329 - 355.
47. Dolan, K., et al., *Drug Consumption Facilities in Europe and the Establishment of Supervised Injecting Centres in Australia.* Drug and Alcohol Review, 2000. **19**: p. 337 - 346.
48. Kimber, J. and K. Dolan, *Shooting Gallery Operation in the Context of Establishing a Medically Supervised Injecting Center: Sydney, Australia.* Journal of Urban Health, 2007. **84**(2): p. 255-266.
49. de Jong, W. and U. Wever, *The professional acceptance of drug use: a closer look at drug consumption rooms in the Netherlands, Gemany, and Switzerland.* International J Drug Policy, 1999. **10**: p. 99 - 108.
50. Kemmesies, U., *Final Report: The open drug scene and the safe injection room offers in Frankfurt am Main.* 1999.
51. Beyrer, C., *Safe injection facilities save lives.* The Lancet, 2011. **377**(9775): p. 1385-1386.

52. Stoltz, J.-A., et al., *Changes in injecting practices associated with the use of a medically supervised safer injection facility.* Journal of Public Health, 2007. **29**(1): p. 35-39.
53. Marshall, B.D.L., et al., *Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study.* The Lancet, 2011. **377**(9775): p. 1429-1437.
54. Van Beek, I., A. Dakin, and J. Kimber, *Drug overdoses in a supervised injecting room setting. 14th Int Conf on Reduction of Drug Related Harm. Chiang Mai, Thailand; April 6-10, 2003.*
55. Wodak, A. and N. Crofts, *Once more unto the breach: controlling hepatitis C in injecting drug users.* Addiction, 1996. **91**(2): p. 181-184.
56. Wood, E., et al., *Do Supervised Injecting Facilities Attract Higher-Risk Injection Drug Users?* American journal of preventive medicine, 2005. **29**(2): p. 126-130.
57. Wood, E., et al., *Prevalence and correlates of hepatitis C infection among users of North America's first medically supervised safer injection facility.* Public Health, 2005. **119**: p. 1111-1115.
58. Wood, E., et al., *The potential public health and community impacts of safer injecting facilities: evidence from a cohort of injection drug users.* J Acquir Immune Defic Syndr, 2003. **32**: p. 2 - 8.
59. Wood, E., et al., *Changes in public order after the opening of a medicallly s upervised safer injecting facility for illicit injection drug users.* CMAJ, 2004. **171**(731): p. 734.
60. Wood, E., et al., *Methodology for evaluating Insite: Canada's first medically supervised safer injection facility for injection drug users.* Harm Reduction Journal, 2004. **1**(1): p. 9.
61. Wood, E., et al., *Rationale for evaluating North America's first medically supervised safer injecting facility.* Lancet Infect Dis, 2004. **4**: p. 301 - 306.
62. Des Jarlais, D., C. Lyles, and N. Crepaz, *Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions: the TREND statement.* Am J Public Health, 2004. **94**: p. 361 - 366.
63. Petrar, S., et al., *Injection drug users' perceptions regarding use of a medically supervised safer injecting facility.* Addictive Behaviors, 2007. **32**(5): p. 1088-1093.
64. Jauffret-Roustide, M., G. Pedrono, and N. Beltzer, *Supervised consumption rooms: The French Paradox.* The International journal on drug policy, 2013.
65. McAuley, A., L. Aucott, and C. Matheson, *Exploring the life-saving potential of naloxone: A systematic review and descriptive meta-analysis of take home naloxone (THN) programmes for opioid users.* International Journal of Drug Policy. **26**(12): p. 1183-1188.
66. WHO, *Community management of opioid overdose*, in *Management of substance abuse*. 2014: Geneva.
67. EMCDDA, *Preventing fatal overdoses: a systematic review of the effectiveness of take-home naloxone*, in *EMCDDA Papers*. 2015: Lisbon.
68. WHO-ILO, *Post-exposure prophylaxis to prevent HIV infection: joint WHO/ILO guidelines on post-exposure prophylaxis (PEP) to prevent HIV infection*. 2007, WHO: Geneva.
69. McCarthy, M., *HIV pre-exposure prophylaxis could help 1.2 million in US.* BMJ, 2015. **351**.
70. Granich, R.M., et al., *Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for elimination of HIV transmission: a mathematical model.* The Lancet, 2009. **373**(9657): p. 48-57.
71. Bastani, P., R. Hogg, and B.D. Marshall, *Highly Active Antiretroviral Therapy eliminates HIV epidemics in a network model of an injecting drug user community*, in *Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI)*. 2010: San Francisco.

72. Molina, J.-M., et al., *On-Demand Preexposure Prophylaxis in Men at High Risk for HIV-1 Infection.* New England Journal of Medicine, 2015. **373**(23): p. 2237-2246.
73. WHO, *Essential prevention and care interventions for adults and adolescents living xith HIV in resource-limited settings*. 2008, WHO: Geneva.
74. Ball, A.L., *Universal access to HIV/AIDS treatment for injecting drug users: keeping the promise.* International Journal of Drug Policy, 2007(18): p. 241-245.
75. Matser, A., et al., *The effect of hepatitis C treatment and human immunodeficiency virus (HIV) co-infection on the disease burden of hepatitis C among injecting drug users in Amsterdam.* Addiction, 2012. **107**(3): p. 614-623.
76. Lucidarme, D., et al., *Evolution de l'incidence de l'infection par le virus de l'hépatite C chez les usagers de drogues en France.* Hépato Gastro, 2012(19): p. 105-116.
77. Martin, N., et al., *Can antiviral therapy for hepatitis C reduce the prevalence of HCV among injecting drug user populations ? A modeling analysis of its prevention utility.* Journal of hepatology, 2011(54): p. 1137-1144.
78. Cheatle, M.D., *Depression, Chronic Pain, and Suicide by Overdose: On the Edge.* Pain Medicine, 2011. **12**: p. S43-S48.
79. OMS-ONUSIDA, *Guide du conseil et du dépistage du vih à l'initiative du soignant dans les établissements de santé*, in *Programme VIH-SIDA*. 2007, OMS: Genève.
80. WHO-UNODC, *Guidance on testing and counselling for HIV in settings attended by people who inject drugs: improving access to treatment, care and prevention*. 2007, WHO: Manila.
81. Tuaillon, E., et al., *Dried blood spot for hepatitis C virus serology and molecular testing.* Hepatology, 2010. **51**(3): p. 752-8.
82. Chevaliez, S. and J.-M. Pawlotsky, *Méthodes alternatives au prélèvement sanguin pour le diagnostic de l'infection par le virus de l'hépatite C.* BEHWeb, 2011. **1**.
83. Jewett, A., et al., *Field-based performance of three pre-market rapid hepatitis C virus antibody assays in STAHR (Study to Assess Hepatitis C Risk) among young adults who inject drugs in San Diego, CA.* J Clin Virol, 2012. **54**(3): p. 213-7.
84. HAS, *Place des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans la stratégie de dépistage de l'hépatite C*, in *Recommandation en santé publique*. 2014: Saint Denis.
85. Institute-of-Medicine, *Preventing HIV infection among injecting drug users in high-risk countries: an assessment of the evidence*, in *Institute of Medicine Committee on the Prevention of HIV Infection among Injecting Drug Users in High-Risk Countries*, T.N.A. Press, Editor. 2007, The National Academies Press: Washington, DC.
86. Needle, R.H., et al., *Effectiveness of community-based outreach in preventing HIV/AIDS among injecting drug users.* International Journal of Drug Policy, 2007. **16**: p. 45-57.
87. WHO-UNODC-UNAIDS, *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*. 2009, WHO: Geneva.
88. Foucher, J., *Intérêt du Fibroscan pour le dépistage et la prise en charge des hépatites chroniques B et C chez les usagers de drogues*. 2005, CHU de Bordeaux-CEID: Bordeaux.
89. Foucher, J., et al., *FibroScan used in street-based outreach for drug users is useful for hepatitis C virus screening and management: a prospective study.* Journal of Viral Hepatitis, 2009. **16**: p. 121-131.
90. Rhodes, T. and M. Simic, *Transition and the HIV risk environment.* BMJ, 2005. **331**(7510): p. 220-223.
91. Ritter, A. and J. Cameron, *A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs.* Drug and Alcohol Review, 2006. **25**(6): p. 611-624.
92. Marlatt, G. 1998: New York: Guilford Press.

93. Marlatt, G.A. and K. Witkiewitz, *Harm reduction approaches to alcohol use: health promotion, prevention, and treatment.* Addict Behav, 2002. **27**(6): p. 867-86.
94. Marlatt, G.A. and K. Witkiewitz, *Update on Harm-Reduction Policy and Intervention Research.* Annual Review of Clinical Psychology, 2010. **6**(1): p. 591-606.
95. Rehm, J., et al., *Epidemiology and alcohol policy in Europe.* Addiction, 2011. **106**: p. 11-19.
96. Nutt, D.J. and J. Rehm, *Doing it by numbers: a simple approach to reducing the harms of alcohol.* J Psychopharmacol, 2014. **28**(1): p. 3-7.
97. Rehm, J., et al., *Modeling the impact of alcohol dependence on mortality burden and the effect of available treatment interventions in the European Union.* European Neuropsychopharmacology, 2013. **23**(2): p. 89-97.
98. Delile, J.-M., *NIAAA-APA research-based track : "Integrating treatment for alcoho related problems and co-occuring conditions in psychiatric care : challenges and successes.* Alcoologie et Addictologie, 2012. **34**(3): p. 249-252.
99. Aubin, H.-J. and J.-B. Daeppen, *Emerging pharmacotherapies for alcohol dependence: A systematic review focusing on reduction in consumption.* Drug & Alcohol Dependence. **133**(1): p. 15-29.
100. Thom, B., *From Alcoholism Treatment to the Alcohol Harm Reduction Strategy for England: An Overview of Alcohol Policy since 1950.* The American Journal on Addictions, 2005. **14**(5): p. 416-425.
101. Loxley, W., et al., *Alcohol policy and harm reduction in Australia.* Drug Alcohol Rev, 2005. **24**(6): p. 559-68.
102. Anderson, P., D. Chisholm, and D.C. Fuhr, *Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol.* The Lancet. **373**(9682): p. 2234-2246.
103. Bouthoorn, S., J. van Hoof, and N. van der Lely, *Adolescent alcohol intoxication in Dutch hospital centers of pediatrics: characteristics and gender differences.* European Journal of Pediatrics, 2011. **170**(8): p. 1023-1030.
104. Fairchild, A.L. and R. Bayer, *Smoke and fire over e-cigarettes.* Science, 2015. **347**(6220): p. 375-376.
105. Weiner, J.B., in *Human and Ecological Risk Assessment : Theory and Practice,*, D.J. Paustenbach, Editor. 2002, Wiley: New York. p. 1509-1531.
106. Dautzenberg, B. and D. Garelik, *Patients with lung cancer: Are electronic cigarettes harmful, useful?* Lung Cancer, 2015.
107. McRobbie, H., et al., *Electronic cigarettes for smoking cessation and reduction.* Cochrane Database of Systematic Reviews, 2014(12).
108. Budney, A.J., J.D. Sargent, and D.C. Lee, *Vaping cannabis (marijuana): parallel concerns to e-cigs?* Addiction, 2015. **110**(11): p. 1699-1704.
109. Hall, W. and B. Fischer, *Harm reduction policies for cannabis*, in *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, T. Rhodes and D. Hedrich, Editors. 2010, EMCDDA: Lisbon. p. 235-252.
110. Abrams, D.I., et al., *Vaporization as a Smokeless Cannabis Delivery System: A Pilot Study.* Clinical Pharmacology & Therapeutics, 2007. **82**(5): p. 572-578.
111. Tashkin, D.P., *How beneficial is vaping cannabis to respiratory health compared to smoking?* Addiction, 2015. **110**(11): p. 1706-1707.
112. Gartner, C.E., *Mull it over: cannabis vaporizers and harm reduction.* Addiction, 2015. **110**(11): p. 1709-1710.
113. Agrawal, A., A.J. Budney, and M.T. Lynskey, *The co-occurring use and misuse of cannabis and tobacco: a review.* Addiction, 2012. **107**(7): p. 1221-33.
114. Cooper, Z.D. and M. Haney, *Cannabis reinforcement and dependence: role of the cannabinoid CB1 receptor.* Addiction Biology, 2008. **13**(2): p. 188-195.
115. Volkow, N.D., et al., *Adverse Health Effects of Marijuana Use.* New England Journal of Medicine, 2014. **370**(23): p. 2219-2227.

116. Fischer, B., C. Russell, and M.W. Tyndall, *Cannabis vaping and public health—some comments on relevance and implications.* Addiction, 2015. **110**(11): p. 1705-1706.
117. Di Forti, M., et al., *Daily Use, Especially of High-Potency Cannabis, Drives the Earlier Onset of Psychosis in Cannabis Users.* Schizophrenia Bulletin, 2014. **40**(6): p. 1509-1517.
118. Weatherburn, D., *Dilemmas in harm minimization.* Addiction, 2009. **104**(3): p. 335-339.
119. Subritzky, T., S. Pettigrew, and S. Lenton, *Issues in the implementation and evolution of the commercial recreational cannabis market in Colorado.* International Journal of Drug Policy, 2016. **27**: p. 1-12.
120. Grund, J.-P., et al., *The fast and the furious: cocaine, amphetamines and harm reduction*, in *Harm reduction: evidence, impacts and challenges, EMCDDA Monograph*, T. Rhodes and D. Hedrich, Editors. 2010, EMCDDA: Lisbon. p. 191-232.
121. Delile, J.-M. and J.-P. Gachie, *Ecstasy et réduction des risques. La place du testing et des analyses de substances.* Alcoologie et Addictologie, 2002. **24**(4): p. 311-318.
122. Winstock, A.R., K. Wolff, and J. Ramsey, *Ecstasy pill testing: harm minimization gone too far?* Addiction, 2001. **96**(8): p. 1139-1148.
123. Caillon, J., *Comment prévenir le jeu excessif ? Exemples de réponses étrangères.* SWAPS, 2012(64/65): p. 17-19.
124. Marshall, Z., et al., *Peering into the literature: A systematic review of the roles of people who inject drugs in harm reduction initiatives.* Drug & Alcohol Dependence. **151**: p. 1-14.
125. Delile, J.-M., *Narcotiques anonymes.* Interventions. Revue de l'ANIT, 1994(44): p. 3-8.
126. Delile, J.-M., *Les communautés thérapeutiques arrivent en France : pourquoi (seulement) maintenant ?* Psychotropes, 2011. **17**(3-4): p. 25-53.
127. Delile, J.-M. and M. Bourgeois, *Les communautés thérapeutiques aux USA.* Interventions. Revue de l'ANIT, 1994(46): p. 28-33.
128. Delile, J.-M., *Baclofène : assez tergiversé !*, in *Supplément technique 1*. 2012, Fédération Addiction: Paris.
129. AssociationBaclofène, *Baclofène. La fin de notre addiction. Les alcooliques ne sont plus anonymes...* 2015, Paris: éditions J. Lyon. 286.
130. Delile, J.-M. and J.-P. Couteron, *Réflexions sur le traitement résidentiel des addictions.* Alcoologie et addictologie, 2009. **31**(1): p. 27-35.

Faut-il distinguer des lieux et des acteurs en fonction des modalités d'action (qui fait quoi en matière de RdRD) ?
Comment faire de la réduction des risques dans les lieux de traitement ? En centres résidentiels de soins ? En hébergement social ? En prison ?

Vincent MEILLE
CHU
Dijon
vincent.meille@chu-dijon.fr

Préambule

L'intégration de la Réduction des Risques et des Dommages (RdRD) est l'objet de réflexions depuis plusieurs années dans les centres résidentiels de soins, autant au niveau local et que national. La pluralité des approches cliniques et la grande hétérogénéité du public accueilli multiplient les abords qui peuvent en en être fait, et il est délicat de trouver un positionnement consensuel. Avant même la préparation de cette audition publique, l'intégration de la RdRD s'est imposée concrètement ces derniers mois, à l'occasion de la création d'un CSRA[1] et de la coordination médicale d'un SSRA[2], avec parfois une remise en question d'éléments fondamentaux, historiques, de ces structures. Ainsi, la discussion présentée porte essentiellement sur les centres de soins sanitaires, le complément étant exposé par mon co-expert, M. Valère Rogissart.

Introduction

Le type de produits consommés, les modes de prises ou le profil des patients ayant des conduites addictives évoluent continuellement, et la perception et la prise en charge des addictions par les soignants s'adaptent en parallèle, afin que les soins proposés soient les plus pertinents et les plus efficients possibles. Cependant, l'émergence ces dernières années de nouveaux principes forts, tels que la RdRD, en complément de l'abstinence, induisent, à travers ce que certains qualifient de « changement de paradigme », une remise en question en profondeur de l'offre de soin. La sémiologie historique de la dépendance à certains produits courants, tel l'alcool, apparaît désormais discordante avec la clinique actuelle. Alors que traditionnellement ces patients présentaient une dépendance unique, ou associée au tabac et une trajectoire progressive et chronique, nous rencontrons désormais fréquemment des poly-addictions complexes, associant notamment alcool, cannabis, tabac et médicaments, parfois dans un public inhabituel, adolescent (« Binge drinking ») ou jeune adulte.

Les prises en charges elles-mêmes ont évolué avec des consommations sous traitement par

[1] Court séjour de recours d'addictologie du CHRU de DIJON

[2] SSRA - Centre Marceau, Association du Renouveau

baclofene ou nalmefene, ou l'apparition de la cigarette électronique, dispositif non médical, mais perçu comme un traitement de substitution par les patients.

Cette évolution est désormais intégrée dans les classifications nosologiques. Alors que les patients dépendants étaient jusqu'à présent singularisés vis-à-vis des autres consommateurs (DSM IV), le consensus actuel est en faveur d'un continuum des conduites addictives selon des niveaux de gravité croissante (DSM V), quel que soit le produit consommé, ou s'agissant d'addictions comportementales.[3]

Ces évolutions rapides à la fois des patients et des concepts induisent une remise en question et probablement une adaptation des soins prodigués en structures résidentielles.

La RdRD fait déjà partie intégrante des soins ambulatoires, et notamment des structures de première ligne, tels les CAARUD et les CSAPA. La RdRD est alors le plus souvent associée à la réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues injectables, ou devient une prise en charge « par défaut » de patients réticents à une demande de soin plus élaborée.

Cependant, dans ce contexte particulier que nous venons de décrire, la RdRD devient désormais un outil ou un objectif thérapeutique précieux dans les structures sanitaires (Hospitalière et SSRA) dont le rôle principal, dicté par le législateur, s'articule pourtant autour du sevrage et du maintien de l'abstinence.

Le milieu résidentiel : des structures complémentaires

La circulaire N°DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008, relative à la filière hospitalière de soins en addictologie, défini avec précision l'organisation du secteur sanitaire en addictologie, et plus précisément le rôle et le fonctionnement de structures complémentaires, le Court Séjour de Recours Addictologique (CSRA) et les structures de Soins de Suite et de Réadaptation prenant en charge les affections liées aux conduites Addictives (SSRA).

Le plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 et la circulaire DGS/6B/DHOS/O2/2007/203 du 16 mai 2007 positionnent le CSA et le SSRA comme les structures de recours d'un territoire (500 000 habitants), et étendent leur champ d'action à l'ensemble des pathologies addictives, avec ou sans substance, en faisant ainsi des structures « généralistes en addictologie ».

Court séjour d'addictologie et court séjour de recours addictologique : des structures dédiées aux soins aigues

Leur mission principale, définie dans la circulaire N°DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008 est d'assurer le sevrage au produit. Cependant, ils doivent également établir un projet de soin global et personnalisé intégrant la prise en charge addictive, somatique, psychiatrique et sociale.

[3] Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) est un ouvrage de référence publié par la société américaine de psychiatrie (APA) décrivant et classifiant les troubles mentaux.

- Le Court Séjour d'Addictologie permet de réaliser des sevrages simples durant une hospitalisation relativement courte, de 5 à 10 jours. Il doit exister dans tout établissement de santé disposant d'une structure d'urgence.
- Le Court Séjour de Recours Addictologique accueille les patients qui nécessitent un sevrage complexe, et donc un programme thérapeutique intensif du fait d'une dépendance majeure, de la nécessité de bilans approfondis à cause de l'importance de leurs problèmes et/ou qui sont en situation d'échec après une ou plusieurs tentatives de sevrage.

Ces deux structures sont classiquement les premiers maillons des soins résidentiels, et sur une période relativement courte, le CSRA devra organiser la sortie en lieu de vie, en articulation avec les autres partenaires du dispositif sanitaire et notamment, si besoin, un service de Soins de Suite et de Réadaptation Addictologique.

C'est au cours de cette étape critique des soins que le patient débute avec l'aide des soignants une réflexion sur son avenir, affranchie de l'influence, voire de l'aliénation du produit.

Les structures de Soins de Suite et de Réadaptation prenant en charge les affections liées aux conduites Addictives (SSRA)

Les services de soins de suite et de réadaptation (SSR) en addictologie ont pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques, et sociales des personnes ayant une conduite addictive aux substances psychoactives et de promouvoir leur réadaptation. Selon la circulaire DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008, la prise en charge vise à consolider l'abstinence, à prévenir la rechute et les risques liés à la consommation.

Le projet thérapeutique, fondé sur un séjour prolongé de 5 à 14 semaines et un éloignement prolongé vis-à-vis des produits, est axé sur la préparation du retour au lieu de vie, ce qui, historiquement, a fait percevoir les SSRA comme des lieux de protection vis-à-vis des produits prônant uniquement l'abstinence. Un autre abord serait de présenter les SSRA comme un lieu permettant un choix éclairé du patient quant à ses soins et son avenir, libéré de l'influence des produits consommés, et valorisant la découverte d'une qualité de vie et la prise de conscience des dommages engendrés par ses addictions.

Des profils de patients particuliers

Bien que les missions dédiées à ces structures paraissent relativement claires, la mise en œuvre des soins demeure complexe, notamment du fait du polymorphisme des présentations cliniques.

Les soins doivent être adaptés en fonction de nombreux facteurs dont l'importance de chacun doit être évaluée tout en conservant une vision globale : le nombre et le type de produit consommé ; les comorbidités somatiques associées, induites ou non ; l'existence de troubles cognitifs, et leur répercussions sur les capacités du patient à mettre en œuvre le programme thérapeutique ; les comorbidités psychiatriques fréquentes, en termes de trouble

de l'humeur ou de troubles de la personnalité ; la prise en considération des problématiques sociales, familiales et professionnelles ; la disposition personnelle actuelle du patient vis-à-vis des soins ; sa trajectoire et sa motivation au changement ; etc… Ainsi, bien que tous les patients présentent une ou plusieurs conduites addictives, la sévérité de ces conduites et la gravité des comorbidités sont très différentes. En fonction du temps, chez un même patient, la motivation, les objectifs de consommation ou les objectifs de vie fluctuent : sa trajectoire n'est pas rectiligne et ses besoins de soins changent, ce qui l'amène à circuler dans l'offre de soins.

Le profil des patients accueillis en milieu résidentiel est donc différent de celui des structures ambulatoires. Afin de mieux connaître cette population, les SSRA adhérents de la FNESAA[4] ont mis en place un outil statistique de recueil de données descriptives médico-sociales depuis 2006. Ces données ont pu être comparées à celles recueillies par les CSAPA (ou anciennement CCAA) dans le cadre du questionnaire similaire RECAP coordonné par l'OFDT. Ainsi 42 571 patients vus en CSAPA ont été comparés à 902 patients hospitalisés dans 29 SSRA (FNESAA).

L'étude des résultats montre que la population en SSRA, par rapport aux CSAPA, présente une morbidité et une situation socio-économique plus sévère : les patients sont plus âgés, leur consommations plus anciennes et plus intenses, et leur situation sociale plus précaire. Les troubles anxio-dépressifs sont moins fréquents au moment de l'hospitalisation, ce qui est attendu du fait d'un sevrage préalable en milieu hospitalier généraliste, mais les patients présentent plus fréquemment des pathologies psychiatriques, des troubles de la personnalité, et des antécédents d'hospitalisation en milieu psychiatrique.

Concernant les soins aigues en addictologie, l'étude transversale ESPERHA 2010, menée par l'OFDT a étudié un jour donné le profil de 3 000 patients hospitalisés dans 143 établissements de santé. Les résultats montrent une large prévalence de la pathologie alcool, et démontrent que par rapport aux patients vus en ambulatoire (CSAPA ou consultations d'addictologie), que les patients hospitalisés sont également plus sévères : plus âgés, le plus souvent isolés, et dans une situation socio-économique plus défavorisée, avec davantage de patients qui bénéficient du RSA, de l'AAH ou d'autres prestations sociales.

Des modèles de soin multiples

L'objectif des soins ne peut alors se résumer à la suppression de toute conduite addictive, et doit positionner le patient dans une posture active privilégiant l'alliance thérapeutique tout en fixant une perspective à moyen terme.

Dans cette perspective, la prise en charge peut alors se décliner sur d'autres modalités que l'hospitalisation complète. Un relais en hospitalisation de jour favorise ainsi un meilleur accompagnement vers le retour au lieu de vie, en favorisant une meilleure transposition au

[4] Fédération nationale des établissements de soins et d'accompagnement en addictologie qui regroupe aujourd'hui 29 établissements (1 150 lits) de deux catégories : centres de soins de suite et de réadaptation en addictologie et centres d'hébergement et de réinsertion sociale spécialisés à orientation addictologique

domicile des acquis du séjour résidentiel, de même que les hospitalisations séquentielles, qui accompagnent les patients vers une consolidation des soins et constituent une forme de prévention des rechutes.

Quelle place pour la RdRD au sein de ces structures ?

Le patient acteur de ses propres soins

Un programme thérapeutique structuré autour de la prescription d'une abstinence absolue, où la rechute est synonyme d'interruption des soins, ne laisse que peu de place au patient pour influer sur son avenir. Cela favorise une forme d'infantilisation et de soumission devant une parole dogmatique, une attitude de passivité et d'attente, pouvant aboutir à un retour traumatique vers le lieu de vie, terrain facilitant la rechute. Ainsi les séjours de sevrage imposés, parfois même en service fermé de psychiatrie ne montrent que peu de bénéfice sur le long terme. Un positionnement des soins reposant sur la motivation au changement et sur l'appropriation par le patient des connaissances et des outils pour élaborer son projet de vie, rétablit le patient dans une posture active et dynamique. Le développement de ce type de programme thérapeutique n'aboutira qu'avec une place privilégiée dédiée à une Education Thérapeutique du Patient (ETP) formalisée au sein des structures de SSRA.

Aussi, l'évolution des pratiques et des concepts, notamment la meilleure prise en compte des souhaits du patient, et la volonté des soignants d'accorder au patient une part plus active dans les soins apporte une valence supplémentaire aux SSRA, avec comme objectif de permettre au patient de construire son projet de soin après son séjour.

Un choix libre et éclairé

L'abstinence et la consommation contrôlée sont des stratégies thérapeutiques précieuses, complémentaires qui peuvent être associées chez un même patient à différentes étapes des soins.

Lors d'une période d'abstinence, il existe une prise de conscience du patient des dommages engendrés par ses consommations chroniques, du fait de l'amélioration de ses capacités physiques, cognitives, de sa présentation ou de la rémission d'autres comorbidités, notamment psychiatriques. De même, il va pouvoir redécouvrir certaines capacités dont il pensait avoir fait son deuil, notamment sociales et relationnelles. Ces éléments vont étayer sa réflexion autour de son avenir lors de son retour dans son lieu de vie, que celui-ci soit axé sur un maintien de son abstinence ou sur le contrôle de ses consommations.

Un patient enfermé dans une consommation permanente et chronique n'a pas la possibilité, par définition, d'un choix éclairé sur son avenir. Il développe progressivement un sentiment de résignation devant sa dépendance, voire d'incurabilité. La perte des capacités d'anticipation du patient, associée à une symptomatologie dépressive, le plus souvent lors de consommations d'alcool, aboutit à ce que le patient s'interdise l'idée d'une évolution favorable. La période en CSRA, puis en SSRA, à l'écart de ses rituels, guidée par les soignants, permet une mise à distance de ces éléments, une revalorisation et ainsi une

réflexion inédite autour de son choix de vie à la sortie. Il s'agit également de proposer aux patients d'expérimenter sur une période prolongée le manque dans l'abstinence, tout en y associant une gestion de la transgression. Le séjour devient alors une période nécessaire à la prévention et à l'anticipation de la décompensation d'autres conduites addictives, comme l'intensification des consommations d'alcool au décours d'un sevrage aux opiacés ou d'une prescription de traitement de substitution.

Le choix du patient et des soignants peut alors comporter un objectif de RdRD à travers un objectif de consommation contrôlée. Ainsi l'abstinence pratiquée durant son séjour pourrait n'être qu'un moyen de raisonner librement sur une conduite de contrôle des consommations par la suite, ou sur un choix d'abstinence parfois vécu comme plus sûr, stratégie différente de la RDRD.

Un lieu protégé des consommations, permettant une période d'abstinence vis-à-vis d'un produit peut donc, en soit, promouvoir un objectif de RdRD : celui d'un contrôle des consommations ou du maintien d'un projet d'abstinence.

La RdRD du changement et du choix

Lors de sa prise en charge, un patient va formuler une demande le plus souvent en rapport avec une substance précise, dont il a, à tort ou à raison, identifié les dommages. Cependant, il est rare de ne pas rencontrer de comorbidités addictives, et si la motivation au changement pour le produit princeps est forte, elle est souvent inexistante voire hostile concernant les autres addictions. Située dans ce contexte, la réduction des doses (et non la RdRD) devient un principe de réalité :

- Implicite : le patient tabagique hospitalisé pour un sevrage de sa consommation d'alcool va devoir réduire sa consommation de tabac, du fait des contraintes propres à son statut de patient hospitalisé. Cette réduction n'est pas systématiquement repérée ou accompagnée par l'équipe soignante, et peut dans ce cas devenir source de tension, d'anxiété, et s'avérer délétère pour l'alliance thérapeutique.
- Indissociable : situation portant le plus souvent sur les substances illicites ou sur le mésusage médicamenteux, représentant une contrainte ressentie par le patient et pouvant compromettre la prise en soin. Ainsi certains consommateurs d'opiacés volontaires et focalisés sur la prescription d'un traitement de substitution n'envisageront pas l'arrêt du cannabis. De même, un patient hospitalisé pour son problème d'alcool pourra être réticent à diminuer les posologies de ses psychotropes dont il est devenu dépendant.

Ces différents cas de figure pourront être perçus comme des mouvements contraires aux soins, voire des infractions au règlement intérieur motivant l'interruption du séjour. Cependant, les replacer dans une perspective de RdRD, notamment via une meilleure formation des équipes, et donc une meilleure information transmise au patient, participerait à l'amélioration clinique de ce dernier. Accepter l'idée d'une consommation modérée d'un produit lors des hospitalisations en structures de soin contribuerait à une meilleure alliance thérapeutique, le patient ne subissant plus les soins dictés, mais étant acteur dans le choix de son contrat de soin.

Il ne s'agit pas de banaliser une consommation, ou de légitimer le patient dans son comportement, mais de prendre en compte en tant que soignant la parole du patient, et d'avoir la préoccupation d'élaborer une véritable alliance thérapeutique, pour aboutir à une conception élargie de la RdRD, celle du changement et du choix. L'objectif de la prise en charge addictologique n'est pas en soi d'obtenir l'abstinence, mais d'aboutir à une amélioration de la qualité de vie du patient, une vie qui soit vécue dans la liberté et non plus envahie par un produit ou un comportement.

La RdRD à l'échelle des structures

Les patients souffrant de pathologies addictives présentent davantage d'hospitalisations en milieu somatique et psychiatrique que la population générale. Les prises en charges des comorbidités addictives, prévalentes durant ces périodes, sont alors volontiers spécialisées et indépendantes de la prise en charge addictologique. La création d'Equipes hospitalières de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) dans tous les hôpitaux généraux dotés d'un service d'accueil des urgences, a permis d'intégrer de nombreux patients dans la filière addictologique, notamment via une approche de RdRD. Pour les patients qui sont confrontés à un premier dommage physique lié à leur conduite addictive, il est en effet plus acceptable de remettre en question l'intensité et la régularité de leur consommation que de se voir imposer d'emblée un interdit.

La prise en charge des patients souffrant de troubles psychiatriques représente un cas de figure qu'il convient de singulariser : ces patients sont plus fréquemment affectés que la population générale par l'usage de substances psycho-actives et sont aussi plus vulnérables aux conséquences immédiates et tardives de ces consommations. Les troubles liés à l'utilisation d'alcool impactent fortement la morbidité, les conduites à risques, l'observance de soins et l'espérance de vie des patients souffrant de troubles psychiatriques. Ces troubles s'aggravent entre eux et nécessitent d'être pris en soins conjointement, cependant ils sont encore majoritairement traités de manière indépendante en fonction du service où ils sont pris en charge et selon le diagnostic ou le contexte de l'admission.

Les soins proposés aux patients sont alors fréquemment séquentiels, avec un traitement des troubles l'un après l'autre, ou parallèles, les traitements étant administrés simultanément par deux équipes différentes souvent sans réel partage d'information ou de coordination. La responsabilité de l'intégration ou de l'organisation des soins est alors laissée au patient, en négligeant certains de ses besoins ou handicaps, et à son médecin référent, lorsqu'il est impliqué. Tous deux devront faire face à des messages parfois contradictoires, à des injonctions paradoxales et à un manque d'information au fil du parcours ne favorisant pas l'alliance thérapeutique.

Plusieurs études témoignent de l'efficacité des « pratiques de soins intégrés » dans ce contexte. Ces programmes intégratifs réalisés au sein d'un même service ou d'une même équipe transversale et transdisciplinaire favorisent l'évaluation conjointe des problématiques somatiques, addictives, neuro-cognitives, psychiatriques et sociales

Elles pourraient associer la systématisation d'un bilan d'admission addictologique favorisant une évaluation globale des conduites addictives, d'entretien de réduction des risques et d'une prescription adaptée des traitements psychotropes. Accompagnés par des formations

spécifiques addictologiques pour les équipes soignantes psychiatriques, ces soins pourraient être optimisés par le développement d'équipes de liaison ou de consultations avancées de psychiatrie spécialisée en addictologie et par la mise en place d'une filière de soin addictologique complémentaire en psychiatrie.

… et du parcours de soin

La RdRD est spontanément associée à la réduction d'un comportement à risque, dans son intensité ou sa fréquence. Or, la RdRD pourrait également être abordée da façon plus globale, non plus d'un point de vue individuel, mais institutionnel.

Le parcours de soin du patient souffrant de conduites addictives comprend de nombreux intervenants, de tous les secteurs sanitaires et médico-sociaux, et chaque interface entre ces intervenants représente un point de faiblesse, une vulnérabilité dans la prise en charge. Une meilleure coordination des soins pourrait en soi améliorer l'efficience de chacune des structures et constituerait un gain de chance pour le patient.

Cela concerne autant les structures spécialisées, par la continuité du projet de soins, que la connaissance du réseau par les structures annexes. Ainsi, un patient hospitalisé en CSRA dans un objectif à terme de contrôle des consommations peut se retrouver fragilisé une fois adressé en SSRA si le projet est d'emblée remis en question, ou s'il existe un intervalle de temps important avec retour au domicile entre les deux séjours.

Les périodes critiques de la prise en charge des patients hospitalisés en résidentiel se concentrent autours de l'entrée et de la sortie. La coordination imparfaite des différentes structures (ambulatoires, HCS et SSRA) participe à l'interruption de la prise en charge, ou à un manque de cohérence globale.

Quelles évolutions pour le résidentiel ?

Améliorer le parcours de soins pour améliorer la rétention aux soins

Améliorer la cohérence du parcours de soin à travers une meilleure communication entre les différents intervenants, en privilégiant notamment la création de postes « ménisques », médicaux et paramédicaux, exerçant dans différentes structures ambulatoires et résidentielles participerait à décloisonner les structures en amont et en aval, à distinguer le temps du sevrage, le temps de maturation du projet et le retour à la vie hors institution, aiderait le patient à construire un projet cohérent, global, et ainsi participerait à une meilleure alliance thérapeutique et rétention aux soins, et ainsi à une forme de RDRD.

- Le rôle de la famille

La réussite d'un projet de soin intégrant la RdRD est indissociable de l'intégration des proches du patient au processus. Autant la perspective d'un sevrage et d'une interruption de toute prise de substance apparaît naturelle aux familles de patients, et suscite le plus souvent un étayage fort des soins immédiats, autant la présentation d'un projet futur centré sur le contrôle des consommations sera accueilli avec scepticisme, d'autant plus si celui-ci est formulé durant une période d'abstinence. Or, la restitution du patient au sein de la sphère familiale, dans une position adaptée et digne, est essentielle à la stabilisation clinique. La prise en charge des familles déjà essentielle dans une prise en charge addictologique, doit donc être encore davantage développée, via des prises en charges systémiques ou des groupes de paroles spécifiques.

- Les associations de patients

Le soutien, apporté par les différentes associations, participe activement à la consolidation de l'état de santé des patients au décours des soins résidentiels. Cependant, à ce jour, la RdRD sans l'abstinence est une notion rarement assimilée, et les patients adoptant ce type d'objectif thérapeutique ne peuvent que difficilement s'y intégrer, les groupes étant le plus souvent focalisés sur un objectif d'abstinence. Là encore, un travail autour de l'information sur la RdRD reste une condition indispensable à un parcours de soin coordonné, afin de ne pas priver certains patients d'une aide précieuse.

- Sensibiliser les soignants à la RdRD

Le secteur résidentiel reste parfois attaché à une posture d'interdit vis-à-vis des substances du fait d'un positionnement marqué des équipes soignantes. Celles-ci peuvent redouter de quitter un discours clair, parfois simple, autoritaire, dogmatique, simplement mécanique ou « confortable » pour une réelle discussion voire même un débat avec le patient, et ainsi devoir se positionner dans un échange plutôt que dans la transmission d'un savoir. Cette évolution nécessite une formation, puis un accompagnement spécifiques des équipes soignantes à la RdRD ainsi qu'une adaptation globale de l'institution, afin d'éviter une RdRD au cas par cas, fluctuant en fonction du soignant, et ne permettant pas une prise en charge homogène des patients.

Remanier le fonctionnement des structures elles-mêmes

Une structure de soin doit se centrer sur une problématique, offrir aux patients les meilleures conditions possibles pour élaborer le meilleur choix possible, ce qui doit l'amener dans la réflexion sur son fonctionnement, à s'éloigner de la dimension comportementale de la RdRD. Il s'agit de se positionner dans un juste équilibre, en préservant l'alternative d'une préparation et d'un accompagnement vers une abstinence définitive.

Ainsi un SSRA ajustant son cadre afin de simplement adapter les comportements RdRD par rapport aux produits risquerait de devenir un lieu de consommation sans rôle thérapeutique avéré, déresponsabilisant les consommateurs, et pourrait simplement être perçu comme un espace de tolérance et de liberté de consommation.

L'évolution actuelle de la majorité des SSRA préserve le concept général d'un environnement protégé et protecteur, avec des adaptations rendues nécessaires par

l'ouverture aux autres produits que l'alcool et la prise en compte des addictions à produits multiples. Ainsi on peut retrouver un principe d'interdiction des toxiques illicites, une tolérance graduée selon les produits addictifs, adaptée à chacun des patients « tant qu'il y a une alliance et une possibilité d'évolution », tout en renforçant le cadre afin de se protéger du phénomène du prosélytisme.

- Evolution du cadre et du contrat de soin

La plus grande partie des SSRA et CSRA sont familiers du contrat de soin, qui indique au patient dès son entrée à la fois le fonctionnement de l'institution et les règles fondamentales liées aux soins. Cet outil s'avère précieux dès lors que le cadre et les règles sont simples et ne souffrent pas d'exception. Cela facilite également la gestion du groupe de patients, chacun étant soumis aux mêmes règles. Cependant dans une perspective de RdRD, ces outils rigides peuvent devenir des freins à l'individualisation et à la personnalisation des soins. Ainsi, si l'introduction de substance dans la structure est le plus souvent synonyme d'exclusion, la consommation ponctuelle prend souvent la valeur d'un coup de semonce. L'enjeu est de définir un univers cohérent, englobant la prescription d'une abstinence totale chez certains patients et la tolérance de certaines consommations en permission ou en journée. Parfois en se combinant chez un même patient poly-consommateur, avec des objectifs distincts concernant l'alcool, le cannabis ou les benzodiazépines.

Le cadre de ces structures doit désormais reprendre des critères portant sur la trajectoire, l'évolution et la dynamique du patient. Il s'agit également de définir avec précision des objectifs individualisés en fonction des possibilités de chaque patient, et d'évaluer constamment le maintien d'une évolution constatée, et cela en fonction des différents produits consommés jusqu'alors, en prenant en compte que certains seront arrêtés, d'autres diminués, et en tolérant que d'autres soient poursuivis. Le projet thérapeutique individualisé du patient, initié dans les premiers quinze jours du séjour, devient alors le contenant du contrat de soin.

- Le contenu du programme thérapeutique

L'évolution des structures résidentielles se poursuit avec l'émergence de SSRA dotés de spécificités propres et de programmes thérapeutiques adaptés : certaines structures adaptent leurs soins à la prise en charge des troubles cognitifs, en se dotant de moyens thérapeutiques dédiés, via le recrutement de neuropsychologues ; d'autres vont focaliser leur programme thérapeutique sur l'activité physique ou sur l'accompagnement mère-enfant. L'objectif est une personnalisation des soins plus fine et plus aboutie pour certains profils de patients, en privilégiant soit certaines pathologies (comorbidités somatique, cognitives, psychiatriques…) soit un axe de prise en charge (psychothérapique, psycho-social, psycho-organique…) tout en maintenant une prise en charge addictologique et médico-psycho-sociale généraliste.

Dans la perspective d'optimiser les conditions d'un choix libre et éclairé par le patient, cette tendance ne peut que se confirmer en apportant des soins dans telle ou telle dimension pour stabiliser le patient au plus vite. Intégrer pleinement le contrôle des consommations au sein des structures sanitaires impose d'adapter tous les niveaux d'organisation des soins, et pourrait devenir en soi une spécificité de certains SSRA.

Un programme RdRD élaboré dans cette démarche comprendrait plusieurs phases :

1. Une phase de bilan initial personnalisé dans les références de type motivationnelles, analyses expérientielles…

2. Une phase de séquences coordonnées formalisées de type « programme d'éducation thérapeutique du patient » en fonction des produits, des pathologies, des situations sociales

3. Une dernière phase de préparation à la sortie et d'organisation du suivi avec, entre autres, prévention des risques, stratégies d'adaptation sur le craving, évolution par objectifs et étapes… pouvant s'inspirer notamment des thérapies cognitivo-comportementales

- La réaffirmation de la dimension collective

L'un des bénéfices essentiels du séjour résidentiel est de réinscrire le patient dans un univers social ayant des interactions complexes, dans des situations conviviales, amicales ou de désaccord voire même conflictuelles. Cela contribue à un retour vers une sociabilité, et une redécouverte par les patients de leurs capacités sociales. Permettre d'éprouver une forme de plaisir ou de gratification dans l'interaction avec l'autre influe fortement sur la motivation au changement du patient. En recréant des évènements de vie « contrôlés », le séjour en SSRA permet au patient de se découvrir ces capacités, en termes d'intolérance à la frustration ou d'impulsivité par exemple.

Au sein de cette forme de société protégée et encadrée, le séjour résidentiel permet de nouveau l'expérience d'une vie collective, et de ses difficultés afférentes : conflits, inimitiés, exclusion… d'autant plus importante dans une perspective d'accompagnement du changement et du renforcement de la motivation (solidarité, identifications croisées etc…..).

Cependant la RdRD recentre les soins sur l'individu et sur sa démarche personnelle. L'addiction induisant déjà un isolement social et altérant les capacités de sociabilité, une prise en charge uniquement individuelle ne doit pas amplifier ce phénomène et conduire à encore davantage d'individualisme.

Conclusion

Le séjour en milieu résidentiel demeure une parenthèse dans la trajectoire du patient, un lieu de protection propice à la réflexion et à l'élaboration d'un projet de soin au long terme voire même d'un projet de vie à un moment donné. Complémentaire et articulé avec la prise en charge ambulatoire, il doit pouvoir accompagner le patient, que son objectif soit de l'ordre de la RdRD dans le contrôle des consommations, dans l'abstinence, ou de leur combinaison chez les patients présentant plusieurs addictions.

L'intégration de la RdRD au sein de ces structures, classiquement positionnées sur un objectif unique d'abstinence, nécessite une ré-interrogation de l'ensemble de leurs programmes thérapeutiques, de l'accueil des patients, du fonctionnement interne et une évolution du positionnement des soignants, centrés désormais davantage sur l'accompagnement du patient vers un « choix libre et éclairé » que sur la transposition d'un programme de soin monolithique.

Références

1) Circulaire N°DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie
2) Circulaire DGS/6B/DHOS/O2 no 2007-203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie
3) Alcohol consumption in patients with psychiatric disorders Assessment and treatment J.-P. Lang, M.-L. Bonnewitz, M. Kustererc, L. Lalanne-Tongio
4) Rapport d'enquête « Agir en réduction des risques, en CSAPA et en CAARUD ». Fédération Addiction, 2016
5) Soins résidentiels collectifs : pratiques professionnelles dans les dispositifs médico-sociaux de soins résidentiels, 2013, Fédération Addiction
6) Rapport « les dommages lies aux addictions et les stratégies validées pour réduire ces dommages », 2013
7) Etude ESPERHA « Enquête Sur les Personnes Reçues à l'Hôpital pour Addiction », OFDT, 2012
8) Réduction des dommages - Document d'orientation sur la prévention des risques et la réduction des dommages liés à l'usage de substances psychoactives – 2013 – Groupe Pompidou, conseil de l'Europe
9) Réduction des risques : bilan et perspectives : Dossier de synthèse documentaire et bibliographique, décembre 2007, CRIPS Alpes Côte d'azur
10) La guerre aux drogues - Rapport de la commission mondiale pour la politique des drogues – juin 2011
11) Réduction des risques : le nouveau paradigme des addictions ? Actal 2013, Cahiers thématiques de la Fédération Addiction
12) Benefits of alcohol reduction strategies. Trojak, Benoit; Meille, Vincent; Bonin, Bernard, Le Courrier des addictions. 2014/06; 16(2) : p.18-19
13) Recueil commun sur les addictions et les prises en charge (RECAP), OFDT Rapport annuel depuis 2005
14) Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins, audition publique, Haute Autorité de Santé, 2007
15) Assises de la FFA sur la réduction des risques, FFA, 2014
16) Cleary M. et al. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse (review). The cochrane library,issue 3, 2010.
17) Kuehn BM.et al . Integrated care key for patients with both addiction and mental illness. JAMA. Vol 303.19.2010.1905-1907

Faut-il distinguer des lieux et des acteurs en fonction des modalités d'action (qui fait quoi en matière de RdRD) ?
Comment faire de la réduction des risques dans les lieux de traitement ?
En centres résidentiels de soins ? En hébergement social ? En prison ?

Valère ROGISSART
Directeur
AURORE
Seine Saint Denis
v.rogissart@aurore.asso.fr

Introduction

Les propos qui suivent sont énoncés à partir du point de vue d'un acteur de terrain, d'un praticien qui a décliné la RDR dans différentes configurations, différents lieux militants ou professionnels du médico-social[1], en passant par AIDES, Médecins Du Monde, la direction de CAARUD puis de CSAPA, jusqu'à des programmes expérimentaux de prévention de la récidive ou de Communauté Thérapeutique dernière-née des offres de soins de la dépendance.

Ce qui suit est plus particulièrement tourné vers les structures médico-sociales concernées par la RDR (CSAPA et CAARUD) et notamment sur la question des drogues illicites et sera complété par mon co-expert.[2]

La RDR nécessite-t-elle de nouvelles pratiques et nouveaux outils ?

La RDR a depuis 1987 pris sa place dans le paysage des politiques publiques qui s'appuient sur plusieurs textes dont ceux qui encadrent les dispositifs CAARUD et CSAPA avec des missions déjà établies en matière de RDR (voir plus loin).

Mais il est effectivement nécessaire de compléter la palette existante par la mise en place de nouvelles pratiques / nouveaux outils validés par de nombreuses études, recherches et rapports. De nombreuses recommandations en découlent et font consensus au plan scientifique et en termes d'intérêt qu'elles représentent pour la RDR avec notamment des recommandations pour :

En matière de traitements de substitution (TSO) qui ont été, sont et seront des outils majeurs de RDR avec :

- Un élargissement et adaptation des traitements de substitution aux opiacés (TSO) : et galénique (inhalable, injectable …), nature (Skenan, héroïne médicalisée …)
- Une approche intégrée TSO-RdR (notamment pour les injectables)
- Une amélioration de l'accès aux soins et au diagnostic et aux traitements VHC notamment (cohérence d'action en favorisant les coopérations CSAPA/CAARUD-hépatologie par ex.)
- une diversification de l'offre notamment dite bas seuil : il n'y a que 2 « bus méthadone » actuellement proposant ce type d'accès
- Mais aussi développer les moyens de faire face aux overdoses avec l'accès à la Naloxone[3] pour les usagers et les professionnels

En matière de mode de consommation par voire injectable qui reste une pratique répandue, favoriser :

- La prévention des injections, programme « Break the cycle », les alternatives à l'injection (« chasser le dragon"[4]), la sécurisation des injections (matériels diversifiés et accessibles…),
- La mise en place de Salle de Consommation à Moindre Risque (SCMR), les dispositions ayant été prises récemment : « *A titre expérimental et pour une durée maximale de six ans à compter de la date d'ouverture du premier espace, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques et des dommages pour usagers de drogue (…) après avis du directeur général de l'agence régionale de santé et en concertation avec le maire de la commune concernée et, à Paris, Lyon et Marseille, en concertation avec le maire d'arrondissement ou de secteur concerné, ouvrent, dans des locaux distincts de ceux habituellement utilisés dans le cadre des autres missions, une salle de consommation à moindre risque, qui est un espace de réduction des risques par usage supervisé, dans le respect d'un cahier des charges national arrêté par le ministre chargé de la santé.* »
- Mais aussi de programmes d'accompagnement et d'éducation aux risques liés à l'injection (ERLI – AERLI) également devenus protégés compte tenu de la proximité des acteurs avec les usagers, les produits et leurs modes de consommation et répond à un objectif énoncé: «*Promouvoir et superviser les comportements, les gestes et les procédures de prévention des risques. La supervision consiste à mettre en garde les usagers contre les pratiques à risques, à les accompagner et à leur prodiguer des conseils relatifs aux modalités de consommation des substances mentionnées au I afin de prévenir ou de réduire les risques de transmission des infections et les autres complications sanitaires. Elle ne comporte aucune participation active aux gestes de consommation.* »

Ces programmes pourraient être déclinés dans les 150 CAARUD français moyennant :

- La poursuite de la formation des acteurs sur ces programmes qui requièrent des compétences explicites en matière d'injection et de son accompagnement
- La capacité d'aménagement d'un lieu dédié ou d'une infirmerie si elle n'existe pas encore
- Le recrutement de personnels soignants (IDE, AS) pour les CAARUD non pourvus

- Favoriser l'accès aux matériels à distance (SAFE) pour les usagers qui ne souhaitent pas entrer en contact avec les dispositifs CAARUD / CSAPA ou la pharmacie de leur village, ou qui vivent dans des territoires non couverts par une offre de RDR suffisamment proche.
- Reprendre un travail de sensibilisation des officines pour améliorer l'accès aux matériels de RDR qui reste trop réduit
- La promotion de l'analyse de drogues et sa généralisation pour permettre réellement un travail de veille tel que prévu dans le référentiel RDR et effectif en région parisienne par exemple. Cela nécessite d'adjoindre d'autres compétences techniques (pharmaciens, chimistes) pour encadrer le dispositif
- Généralisation de l'accès au dépistage (TROD) rendu possible avec la récente réforme de santé : « (...) les dispositifs médicaux de diagnostic in vitro destinés à réaliser des autotests de détection de maladies infectieuses transmissibles mis sur le marché (…) peuvent être délivrés par « Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue et les appartements de coordination thérapeutique (…). ». Dans la même visée l'évaluation non

---

La naloxone est un antagoniste des récepteurs de la morphine administrée comme antidote dans les cas d'intoxication aiguë (surdose)

invasive de la fibrose hépatique, les tests physiques (fibroscan*) ou biologiques (Fibrotest*, Fibromètre*) existent, sont en partie utilisé (avec GAÏA en IDF qui intervenir dans différents CAARUD / CSAPA par ex.) et pourraient être généralisés dans l'ensemble des dispositifs.

D'autres actions restent à développer et soutenir :

- Les programmes spécifiques allant au-devant de populations spécifiques (festif, jeunes (Organiser des évènements festifs : un guide à destination des étudiants, 2013; Site FA. Réduction des risques en milieu festif – référentiel national des interventions – AFR, DGS, 2012), femmes (voir Synthèse de l'étude sur les pratiques professionnelles autour de l'accueil des femmes en établissements, Ile-de-France, 2010 ; GECA, Site FA et Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse, RESPAD) migrants, sortants de prison (voir plus loin), précaires etc.). Encore une fois de nombreuses recommandations et travaux sont proposés dans les différents domaines et peuvent guider les acteurs.
- La netRDR: le nouveau canal d'accès aux drogues que représente internet[5] est aussi un nouveau canal de RDR et nécessite de promouvoir les expériences du type « Psychoactifs » (voir intervenants suivants).

Une recommandation essentielle serait de soutenir le renforcement des dispositifs existant plutôt qu'un saupoudrage d'offres nouvelles.

Mais il faut souligner que la question ne se résume pas à l'établissement d'un listing d'outils, mais de se mettre en configuration pour être capable de s'adapter aux évolutions des questions de drogues. L'approche produit ou mode de consommation est évidement essentielle à prendre en compte pour délivrer les bons messages mais elle doit s'entendre dans une réduction des risques comme un concept généralisable et une approche globale. C'est ce qui rend possible et nécessaire d'imaginer une RDR alcool ou cannabis par exemple, et plus largement une RDR sur les « poly consommations ».

Aujourd'hui, des lieux distincts pour la RDR

Des structures sont plus particulièrement « dédiées » à la réduction des risques avec les **CAARUD et CSAPA** et différents textes décrivent la mise en œuvre des politiques publiques de réduction des risques en France. En premier lieu *« **La loi du 9 août 2004** relative à la politique de santé publique a, pour la première fois, permis une reconnaissance législative de la politique de réduction des risques mise en œuvre, jusque-là, par voie de circulaire. Elle vise à définir l'objet de cette politique, à affirmer la responsabilité de l'Etat dans ce domaine et à sécuriser le statut et le financement des structures intervenant dans ce champ en les inscrivant parmi les établissements médico-sociaux. »*

« *Cette réforme a donné un cadre aux structures de réduction des risques après avoir conféré un cadre aux pratiques à travers le **Référentiel national des actions de réduction des risques** publié par décret **du 14 avril 2005** », complété par le « **Décret du 19 décembre 2005 relatif aux missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques** pour usagers de drogues et modifiant le code de la santé publique*» puis **le Décret n°2007-877 du 14**

mai 2007 relatif aux missions CSAPA qui détaille les missions de ces établissements dans le champ de la réduction des risques

En résumé, les missions sont pour les CAARUD :

1) L'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé pour usagers de drogues
2) Le soutien aux usagers dans l'accès aux soins qui comprend :
a) L'aide à l'hygiène et l'accès aux soins de première nécessité, proposés de préférence sur place
b) L'orientation vers le système de soins spécialisés ou de droit commun
c) L'incitation au dépistage des infections transmissibles
3) Le soutien aux usagers dans l'accès aux droits, l'accès au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle
4) La mise à disposition de matériel de prévention des infections
5) L'intervention de proximité à l'extérieur du centre, en vue d'établir un contact avec les usagers. Ils développent des actions de médiation sociale en vue de s'assurer une bonne intégration dans le quartier et de prévenir les nuisances liées à l'usage de drogues.
Les centres participent au dispositif de veille en matière de drogues et de toxicomanie, à la recherche, à la prévention et à la formation sur l'évolution des pratiques des usagers. »

Et pour les CSAPA :

« *Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie assurent, pour les personnes ayant une consommation à risque, un usage nocif ou présentant une dépendance aux substances psychoactives ainsi que pour leur entourage :*
« 1°- L'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation de la personne ou de son entourage ; (…)
« 2°- La réduction des risques associés à la consommation de substances psychoactives
« 3°- La prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative. Elle comprend le diagnostic, les prestations de soins, l'accès aux droits sociaux et l'aide à l'insertion ou à la réinsertion.
« Les centres assurent le sevrage et son accompagnement, la prescription et le suivi des traitements médicamenteux, dont les traitements de substitution aux opiacés …) »
« *Les centres peuvent spécialiser leur activité de prise en charge en direction de personnes consommant des substances psychoactives illicites ou de l'alcool.* »

« Au titre de la prise en charge médicale, les CSAPA accueillant des usagers de drogues doivent assurer la prescription de l'ensemble des traitements de substitution aux opiacés (TSO) comme c'était déjà le cas pour les CSST et assurer notamment la primo-prescription de méthadone. »

Le référentiel réduction des risques décline les modes et lieux d'intervention, les objectifs, la palette des informations et peut être interprétable dans un sens favorable au développement de nouveaux outils / nouvelles pratiques (*Les équipes de réduction des risques peuvent participer à l'évaluation de nouveaux outils ou stratégies*) mis à part quelques sujets sensibles, ceux qui touchent aux produits ou aux pratiques très directement notamment. Il reste cependant très marqué :

- par une approche sanitaire (dans l'énoncé des objectifs par exemple ou le développement des informations à proposer très axées sur les risques pathologiques, dépistage / prévention des transmissions, procédures et gestes d'urgences...) en partie légitime mais qui ne rend pas compte de la nécessaire approche globale, holistique, pourtant préconisée en de nombreuses occasions
- et par les limites du cadre légal actuel qui reste un frein malgré quelques progrès (la question de la crainte de présentation sous un jour favorable notamment avec l'analyse de drogues ou d'information sur les drogues : *« Ils ne peuvent pas être utilisés pour présenter les produits sous un jour favorable. Le cadre juridique de l'usage de stupéfiants doit être rappelé.* »)

Si la réduction des risques s'est historiquement d'abord centrée sur les dimensions sanitaires, d'accès aux soins, de prophylaxie qui se retrouvent dans les textes et pratiques actuels, avec la seringue comme outil réel mais aussi très symbolique, elle reste une RDR « sanitaire » qui a du mal à passer à une politique de réduction des risques liés aux usages de drogues telles qu'initiée en milieu festif par exemple.

Il ne faut pour autant pas oublier que **la lutte contre le VHC reste une urgence de santé publique, une priorité** : elle n'a pas été correctement traitée ni en terme de soins, ni en termes de réduction des contaminations : alors que les recommandations internationales insistent depuis plus de 10 ans sur les SCMR, sur les situations en prison comme haut lieu de contamination, rien n'a été entrepris de sérieux. Nous avons aujourd'hui les traitements efficaces et rapides pour considérablement réduire le réservoir VHC mais nous ne le faisons pas : trop peu de personnes accèdent à ces traitements pour d'uniques questions économiques qui pourraient tranchées autrement. « Permettre un accès universel à ces traitements par le recours à la licence d'office, rendu possible dans le cadre de l'accord international sur les droits de propriété intellectuelle qui touche au commerce (ADPIC)[6] » doit être obtenu.

Mais, il n'y a pas eu heureusement besoin d'un VTT, « un virus du teuffeur tazé » en milieu festif Techno pour imaginer une réduction des risques adaptée à ces contextes, produits usages et usagers souvent décrits comme nouveaux un temps mais qui ne le sont plus depuis longtemps. En tout cas, on peut s'attendre à un renouvellement de nouveaux contextes, produits, usages et usagers qui impliquent d'avoir un dispositif souple, adaptatif mais aussi autonome à savoir qu'il puisse prendre des initiatives pour qu'une nouvelle pratique, un nouvel outil puissent être développé sans qu'il soit prévu dans les textes. Et pour cela il faut s'appuyer sur les acteurs et avoir confiance en eux.

C'est entre autre la question de l'élargissement de la palette d'outils et pratiques qui par nature ne doivent pas être figées. Il s'agit d'être plus efficace ou de s'adapter mieux aux phénomènes émergents. Plus efficace en matière de lutte contre le VHC en renforçant la promotion de pratiques à moindre risque en permettant les CIS, les programmes type ERLI ou Break the Cycle par exemple. En s'adaptant si l'on songe à l'irruption d'internet à la fois comme pourvoyeur de produits et comme pourvoyeur de message de RDR ou à l'accès aux matériels à distance (SAFE) sorte de VPC RDR qui permet d'aller là où personne ne va ou encore avec de nouvelles galéniques pour les TSO, des injectables notamment.

Faut-il distinguer des lieux ?

La structuration des politiques de RDR essentiellement avec les CAARUD et CSAPA peut laisser à croire en un dispositif qui serait marqué « plus gestion des consommation » pour les premiers et « plus soins » pour les seconds, dispositifs singularisés par des objectifs d'abstinence, une conception du soin avec des objectifs de guérison pour faire court et donc en difficulté pour prendre en compte des objectifs de consommation à moindre risque, de gestion / aménagement des consommations, de stabilisation… Autrement dit, les uns seraient dans le « care » et d'autres dans le « cure ». Les réalités sont plus diverses et variées (voir rapport d'enquête FFA), et surtout plus complexes.

Dans les discussions qui ont abouti aux textes RDR (loi 2004, référentiel RDR, textes CAARUD) auxquelles j'ai participé avec les représentants associatifs de l'époque et les pouvoirs publics, j'ai pour ma part milité pour une différenciation des lieux : certes des évolutions notables pouvaient déjà être constatées mais je pensais qu'il y avait un risque de dissolution de la RDR dans « le soin », dans les CSST, largement majoritaires dans le paysage. Depuis le passage des CSST en CSAPA a permis l'intégration claire de la RDR dans leurs missions et projet d'établissement, au-delà de la prescription de TSO qui est un outil majeur de la RDR et non pas un simple traitement vers l'abstinence ce qui semble largement admis aujourd'hui (Rapport d'enquête FFA). Si cette différenciation initiale a sans doute concouru à la création et au développement d'une culture, d'une identité RDR, elle est à reconsidérer. D'une part cette conception est opérationnelle sur de grands centres urbains dont Paris ou toute une palette d'offres coexistent, se complètent, différenciées ou non d'ailleurs (cf. Nova Dona qui gère un CAARUD et un CSAPA au même endroit), avec différents seuils d'accès, mais elle ne l'est plus dans beaucoup d'autres territoires, villes moyennes et territoire ruraux notamment où ce serait déjà beau qu'il y ait un CAARUD et un CSAPA dans chaque département. D'autre part l'approche santé globale que propose la réduction des risques impose de considérer un continuum entre les messages et outils pour préserver au mieux sa santé et l'accès aux traitements de la dépendance au-delà de l'aménagement des consommations. L'enquête FA montre que 57 % des structures gérant des CAARUD gèrent aussi un CSAPA et c'est un des facteurs qui facilite sans doute la diffusion progressive de la RDR dont l'accès aux TSO, les uns étant les prescripteurs des autres et inversement.

Mais si *« La mobilisation de ce concept (RDR) présente une série de disparités selon les spécificités du territoire d'intervention (rural ou urbain), de l'équipement institutionnel local (proximité d'un CAARUD) et des conceptions idéologiques (…) il est possible d'émettre l'idée selon laquelle la précarité sociale des usagers reçus au sein d'un CSAPA représente une variable influente sur la position du curseur des actions de réduction des risques dans ce type d'établissement médico-social. (…). Un usage problématique de substances diverses et variées, enferré dans un mode de vie marqué par des problèmes polymorphes (carences socio-économiques, problèmes psychiatriques, une errance installée…) convoquent, de fait, une alliance simplifiée entre la réduction des risques et le soin*. » (M. Dricot, Actal13)

D'un point de vue pragmatique, en l'état actuel, ce sont plutôt des CAARUD qui seront amenés à développer des offres d'accompagnement / éducation à l'injection (SCMR ou AERLI) et donc parfois des situations de « mésusage » de traitement pour en faire une question de RDR au travail avec l'usager. On peut aussi signaler que 3 CAARUD proposent un accès méthadone bas

seuil[7]. Ce seront plutôt des CSAPA qui seront amenés à élargir la palette des TSO parce qu'ils sont prescripteurs potentiels. Et les TSO injectables, nécessaire pour certains usagers, impliqueront qu'il y ait un accompagnement de l'injection en CSAPA (ERLI). De ce fait les frontières se relativisent…

Reste deux questions qui se posent : celle de la gestion des consommations (en CAARUD ou CSAPA ambulatoires qui peuvent accueillir des usagers actifs, « sous emprise » de produits) et celle de la RDR en CSAPA dits résidentiels du fait de ces consommations potentielles, plus précisément en Centre thérapeutique résidentiel (CTR), en Appartement Thérapeutiques (AT), en familles d'accueil. Ce sont des lieux où les consommations sont censées être stoppées (au moins l'illicite donc hors TSO prescrites) du fait des objectifs de soins entendus comme impliquant un arrêt des consommations. Il faut d'abord rappeler que du fait de la loi, la plupart des structures CAARUD ou CSAPA indiquent dans leurs règlements de fonctionnement l'interdiction des consommations des drogues illicites, mais aussi d'alcool ou de tabac. Le non-respect de ces dispositions peut impliquer l'exclusion temporaire ou définitive des usagers. Bien évidemment bon nombre d'usagers restent actifs bien qu'inscrits dans un projet de soins… En conséquence, les tensions constatées en ambulatoire (est-il paradoxal de délivrer du matériel d'injection à un usager à qui on vient de prescrire de la buprénorphine sublinguale, voir accompagner ces injections ?) se retrouvent démultipliées en résidentiel : peut-on gérer les consommations dans ces lieux, comment et jusqu'où ? Peut-on en conséquence délivrer / mettre à disposition des matériels et conseils de RDR ? Cela serait-il contraire aux objectifs de soins ?

Aujourd'hui, les consommations ou re-consommations durant les durées de séjour ne sont plus un motif d'exclusion systématique ou ne devraient pas l'être. Ce qui fait rupture d'accompagnement, c'est la rupture de communication, le refus de relation avec équipe soignante, la violence sur autrui, la mise en danger d'enfants ou le deal dans les structures. Besoins et demandes sincères de soins et envie de consommation ne sont pas incompatibles, l'ambiguïté du désir en ces domaines est réelle comme dans d'autres et il n'y a plus lieu de parler de « rechute » comme d'une récidive fautive mais de considérer que l'important c'est le maintien du lien et de sa qualité.

C'est un des principes de la RDR, une posture déterminée par un choix d'orientation : la RDR n'est pas quelque chose « en plus », à côté du soin, c'est une nouvelle façon de faire, d'envisager l'accompagnement, y compris durant les consommations. Pour maintenir le lien, certaines structures commencent à intégrer cette dimension en aménageant leur règlement (de l'interdiction de boire à une consommation négociée, régulée[8], aménagement de fumoirs, ERLI qui implique une consommation accompagnée « in situ »[9]).

La loi de santé vient de mieux protéger les acteurs mais fait l'impasse sur le fait que des usagers, actifs, consomment sur les structures bien que ce cela soit explicitement indiqué comme interdit dans les règlements de fonctionnement du fait du statut illégal des drogues qui est rappelé : « réduire les risques », mieux gérer ses consommations, reprendre le contrôle et c'est la perte de contrôle qui est essentielle dans l'insupportable pour la société est un chemin : les consommations sont l'objet du travail. C'est ce qui ne se disait pas, ne se dirait pas ou ne parvient pas à se dire qui est évidement le plus important. Comment passer du non-dit de quelque chose qui est sinon vu, au moins su d'une façon ou d'une autre. On ne peut pas faire

de la RDR sans connaitre ce qui se passe, sans être capable d'évaluer les risques sur des éléments tangibles et donc d'en proposer des façons de les réduire : ce n'est pas possible sans un dialogue clair avec les usagers. Ce dialogue clair avec les usagers n'est pas possible sans une posture claire sur les objectifs poursuivis et les moyens développés en conséquence, ce n'est pas possible sans alliance et confiance. Autrement dit, tout ce qui se parle est en voie d'amélioration, tout ce qui se tait est un facteur de risque.

Cela dit, tout ne s'équivaut pas, la gestion des consommations en Appartement Thérapeutique (AT) qui implique souvent une approche individuelle, n'est pas la même qu'en résidentiel collectif. Dans le premier cas l'adaptation « clinique » à chacun est relativement aisée : la présence de matériel, les discussions ouvertes sur les pratiques à moindre risques avec un usager qui maintien une partie de ses consommations n'est pas un problème à priori. La même situation/discussion en Centre Thérapeutique Résidentiel (CTR) par exemple risque plus de troubler un des co-habitants du centre qui serait lui dans une abstinence soutenue. La présence de produits sur les structures collectives est un facteur de conflit et d'intérêt qu'il n'est sans doute pas simple de gérer au quotidien ; c'est un pari à faire et gérer les consommations est une compétence à acquérir. Peu de lieux se sont lancés dans l'expérience ou l'on relaté (PROSES, mission squat de MDM), c'est donc bien quelques chose à développer pour en savoir plus.

Il y a par ailleurs la question des seuils, c'est-à-dire le niveau d'exigence et de tolérance à l'égard des usagers quant à leurs conduites notamment en matière de consommations, qui va avec celle de savoir si on peut faire de la RDR partout, et de la même façon ?

Il y a lieu, pour moi, que des structures puissent accueillir des usagers actifs y compris en imaginant un accompagnement de ces consommations pour en réduire les dommages, en aménager les conditions pour par exemple parvenir à une forme de stabilisation, revenir à une consommation régulée, contrôlée. De la même façon que l'hébergement de consommateurs actifs ne peut être conditionnable à un projet de soins ou d'insertion, parce que ce simple hébergement est un facteur d'amélioration de la qualité de vie et de diminution des consommations, l'entrée dans tout dispositif de soins ne peut plus être conditionné par une absence totale de consommation parce ce qu'il doit être en soi un facteur de réduction des risques globalement.

Mais il y a cependant des besoins d'accompagnement différents en fonctions de chaque usager et qui doivent pouvoir être pris en compte dans une palette d'offres de services variées et variables et qui peuvent être différencié selon les lieux. La dépendance n'est pas la seule définition/réalité possible de l'usage de drogue, ou d'alcool, ce que nous sommes capable d'intégrer dans différentes facettes, usage, abus dépendance et donc de travailler de différentes façons. Des réponses socio -juridico-économico-professionnelle sont souvent sollicitées et impliquent des compétences et investissements importants et tout n'est peut-être pas possible en tout sur tout partout en passant d'un extrême à l'autre.

L'idée est plutôt de soutenir une palette d'offres de services, possiblement articulées, qui puisse aller de l'information sur les risques liés aux consommations quels que soit les produits, à la gestion des consommations en ambulatoire ou en résidentiel, jusqu' à la réponse aux demandes de soins qui visent l'abstinence telle que les communautés thérapeutiques par exemple. Il y aurait un bénéfice certain d'imaginer qu'une partie des offres résidentielles puisse être clairement ouverte à des usagers actifs avec les aménagements nécessaires en matière de consommations in situ. Cette palette doit pouvoir décliner différents curseurs, objectifs, et cadres en fonction de

ce qui est visé et des attentes des usagers. Pour autant, comme « la bientraitance », la RDR se décline dans tous les domaines mais de différentes manières sans nier ou sous-estimer le prima de la question des consommations.

Dans tous les cas, c'est une pensée d'équipe, impliquant cadres et directions, les CA, pour que ces évolutions vers « plus de RDR » n'en restent pas à un changement résumé à un professionnel dédié et à la mise à disposition de préservatifs.

Il faut par ailleurs considérer que d'autres lieux (et d'autres acteurs) sont concernés par la RDR décrits comme dispositifs de droit commun sans lesquels les CAARUD et CSAPA ne peuvent travailler mais aussi auxquels s'adressent les usagers qui n'ont pas recours aux dispositifs spécialisés: la médecine générale qui prescrit les TSO, les pharmacies qui les délivrent, les hôpitaux, avec notamment les services hépatologie, VIH, la psychiatrie… Les articulations sont donc indispensables ne serait-ce que pour non seulement assurer une continuité des soins mais aussi leur cohérence. C'est une mission en soi qui demande beaucoup de temps et d'investissement humain pour créer les liens nécessaires.

La question est de pouvoir proposer aux usagers une réponse adéquate à leurs besoins à un moment donné, de considérer ces réponses dans un parcours avec des allers retours potentiels, d'un dispositif à l'autre. Cela nécessite de prendre acte de la diversité et de la complexité des contextes, des publics, des demandes et des acteurs, des territoires (urbain, rural). La question n'est plus tant l'un ou l'autre mais l'un et l'autre, les uns avec les autres, qui impliquent une acculturation réciproque, un maillage du terrain autant que possible pour décliner une palette d'offres[10].

Faut-il distinguer des acteurs ?

Les acteurs sont cités dans les textes spécifiques dans les termes suivants :

En CSAPA (décret mai 2007):

«Les centres s'assurent les services d'une **équipe pluridisciplinaire** dont la composition et le fonctionnement sont conformes aux objectifs du projet d'établissement et permettent sa mise en œuvre.
«Le directeur ou le responsable du centre a la responsabilité générale du fonctionnement du centre. Il assure, lui-même ou, le cas échéant, par délégation, dans le respect des compétences et des règles déontologiques des différents professionnels, la cohérence d'ensemble de l'activité des personnels ainsi que la coordination avec les intervenants extérieurs.

« La responsabilité des activités médicales est assurée par un médecin.» (Circulaire 2008) : Enfin, en tant qu'établissement médico-social, les CSAPA se caractérisent par (…) leur pluridisciplinarité : leur équipe est constituée de professionnels de santé et de travailleurs

sociaux, en vue d'une prise en charge globale à la fois médicale, psychologique sociale, et éducative. »

En CAARUD (référentiel national de réduction des risques en direction des usagers de drogue 2005) il est précisé pour les intervenants participant aux activités de réduction des risques que :

« *Les actions de réduction des risques sont réalisées par les* ***professionnels du champ sanitaire, social et éducatif, des associations humanitaires, des associations de santé communautaire ou des associations spécialisées.*** *Les intervenants peuvent être rémunérés ou bénévoles.*

Il est remarquable, comme marqueur direct du cadre légal actuel de noter qu'à deux reprises désormais il a fallu protéger une partie de ces acteurs, notamment les acteurs sanitaires et sociaux « acteurs de RDR ».

Une première clairement énoncée dans le référentiel RDR : « ***Les acteurs****, professionnels de santé ou du travail social ou membres d'associations, comme les personnes auxquelles s'adressent ces activités* ***doivent être protégés des incriminations d'usage ou d'incitation à l'usage au cours de ces interventions****.* ***Les services en charge de la répression du trafic et de l'usage de stupéfiants doivent pouvoir clairement reconnaître les acteurs et les activités relevant de la réduction des risques.*** *»*

Et une seconde avec la récente loi de modernisation de notre système de santé : **« *L'intervenant agissant conformément à sa mission de réduction des risques et des dommages bénéficie, à ce titre, de la protection mentionnée à l'article 122-4 du code pénal.*** *(N'est pas pénalement responsable la personne qui accomplit un acte prescrit ou autorisé par des dispositions législatives ou réglementaires. N'est pas pénalement responsable la personne qui accomplit un acte commandé par l'autorité légitime, sauf si cet acte est manifestement illégal.* »). Si elles restent à évaluer sur ce qui va concrètement se réaliser, ces dispositions représentent un réel progrès dont les acteurs doivent se saisir pour développer de nouveaux outils / nouvelles pratiques.

Les usagers, premiers acteurs de la RDR

Les usagers sont en fait les premiers « à faire » ou non de la réduction des risques, à la mettre ou non en pratique. Ils sont loin de constituer une population homogène (effets de génération, de culture, d'environnement, de CSP…) à bien des égards mais ils représentent « la cible » principale des politiques publiques de réduction des risques. Ce sont eux qui sont exposés / vulnérables aux risques liés aux usages de drogues et qui doivent pouvoir s'en prémunir.

Mais si ce sont eux les premiers acteurs de RDR ce sont aussi eux qui portent le poids du stigmate, de la discrimination des usagers de drogues d'autant plus pour les plus précaires, visibles et qui constituent une partie des publics reçus en CAARUD ou CSAPA.

Il est encore nécessaire de rappeler que quand bien même ils sont usagers, les personnes ont des droits : droit à la santé, droits économiques et sociaux, à la vie privée … (IDPC, 2012). Ils ont aussi des ressources telles qu'elles ont été prises en compte dans la dynamique communautaire que la lutte contre le SIDA a fait émerger en France.

« *La réduction des risques postule la responsabilité des usagers de drogues et invoque leur capacité à modifier leurs comportements si on leur en donne les moyens (…). Ce postulat signifie*

une représentation spécifique de l'usager de drogues et du rapport aux drogues à partir des notions de responsabilité individuelle, d'autonomie, de rationalité des comportements et de participation citoyenne aux politiques publiques. La réduction des risques contribue ainsi à la promotion d'un discours spécifique autour de l'individu, du rapport au corps, et à la place accordée aux usagers de drogues dans la société. » (INSERM)

« *La vision néo-libérale de la réduction des risques tend à pointer la responsabilité de la prise de risque uniquement du côté de l'individu. Pour être efficace, une politique de réduction des risques doit s'inscrire plus globalement dans un objectif de réduction des inégalités sociales de santé et d'amélioration de la qualité de vie des usagers de drogues, d'où la nécessité d'agir sur la dimension structurelle du risque. L'évaluation des interventions de réduction des risques doit prendre en compte la dimension environnementale du risque qui comprend au niveau microsociologique, les normes de consommation, les conditions de vie et les relations sociales des usagers de drogues ; et au niveau macrosociologique, la dimension du contexte légal, économique et social et des politiques publiques*.». (IDPC, 2012)

La RDR a supposé une alliance entre les professionnels et les usagers et une implication concrète de ces derniers dans la mise en place des premiers programmes (PES notamment). C'était reconnaître une compétence des usagers acteurs de RDR pour eux et leurs pairs de par leur connaissance particulière des contextes de vie, des produits, des modes de consommation, de la pression de la rue…

Le référentiel aborde d'ailleurs cette possibilité en parlant de l'action communautaire mais en précisant que *« Lorsque des usagers de drogue participent aux interventions de réduction des risques comme animateurs de prévention, ils s'interdisent de consommer des stupéfiants illicites pendant ces activités.*». C'est pour le moins une façon singulière de pointer que des usagers participent aux programmes. C'est pour bien d'autres raisons que j'ai travaillé dans ce sens pour ma part, à savoir une action communautaire qui soit la déclinaison d'une alliance entre des professionnels et des usagers directement concernés par la question de la RDR.

Et quelle représentation avons-nous de ces usagers pairs ? De ce qu'ils sont pour beaucoup ? Une partie d'entre eux sortent de la rue, de conditions précaires ou non, de la vraie vie ; associés, voir embauchés, il faudra les professionnaliser, passer au-delà des contraintes administratives des cadres d'emploi par exemple. Mais beaucoup d'autres présentent en fait une double appartenance, celle d'être professionnels et usagers[11], discrets le plus souvent et c'est protecteur sinon salvateur. De ce fait ils présentent une double motivation, une double compétence et c'est pour moi une clé essentielle à l'adaptation réelle des offres de RDR aux besoins des usagers qu'ils rencontrent.

Des professionnels « dédiés » à la RDR

En termes de typologie des professionnels CAARUD et CSAPA on y trouve principalement les représentants classiques des établissements sociaux et médico-sociaux : éducateurs, assistants de service social, animateurs, infirmiers, aides-soignants, psychologues, médecins, pharmaciens parfois, et des personnels pour le moment non qualifiés et dont une partie d'entre eux sont usagers. Les personnels soignants sont moins fréquents dans les CAARUD (quelques IDE mais peu de médecin (1/4 des déclarants CAARUD enquête FA)) mais il serait utile d'en généraliser la présence pour les liens avec les soins qu'ils représentent pour les usagers et les partenaires et pour les connaissances spécifiques que nécessite un travail sur l'injection par exemple, sans

compter la dispensation de soins de premiers secours dont les overdose lorsqu'elles adviennent, ou la mise en place de parcours de soins qui nécessitent un sérieux travail de coordination.

Dans les CAARUD, « Les intervenants (…) délivrent presque tous du matériel de consommation et tous ceux qui délivrent sont formés à son utilisation ». Dans les CSAPA « Les deux tiers des CSAPA n'ont pas de professionnels formés spécifiquement à la RDR. Pour ceux ayant un professionnel dédié, il s'agit très majoritairement de l'infirmier. (…) la plupart des professionnels formés le sont par expérience professionnelle en RDR et par autoformation. »

Travailler sur les compétences reste nécessaire pour être capable de parler de drogues c'est à dire des produits, des modes de consommation, des contextes des outils de RDR : poursuivre les efforts pour former les professionnels (dont les cadres pour favoriser le développement des nouveaux programmes), analyser des pratiques restent des outils majeurs pour poursuivre les changements avec la RDR.

Il y a donc des atouts : des textes, une histoire, des compétences, des recommandations, mais restent des réalités qui posent la question des capacités de couverture des missions notamment dans les CAARUD ; plus de la moitié des répondants à l'enquête FA fonctionnent avec moins de 5 etp et 27% d'entre eux fonctionnent avec 5 à 10 etp versus 46% pour les CSAPA mais avec une moyenne de 10 à 15 etp.

Gérer des lieux d'accueil, notamment dits « bas seuil », des lieux de soins adaptés, développer de travail d'Outreach, les approches avec les publics et lieux spécifiques, développer les nouvelles pratiques et nouveaux outils, développer réellement les partenariats et les médiations, s'articuler avec et accompagner « le droit commun » impliquent beaucoup de moyens humains qu'il faudra renforcer dans beaucoup d'endroit, même en renforçant les synergies.

Les autres acteurs de proximité (médecins TSO, pharmaciens) et le dispositif « de droit commun »

« Les programmes de « réduction des risques » travaillent en réseau avec de nombreux acteurs sanitaires du fait de la complexité des situations et des pathologies rencontrées. Il s'agit d'abord des services de soins somatiques, infectieux ou hépato- gastroentérologie. Les liens avec les urgences, traumatologique et médecine interne sont également nécessaires. L'accès aux services psychiatriques, tout aussi indispensable, est souvent difficile à négocier, en particulier en l'absence de travail en réseau entre les services. Les équipes « préparent » la personne pour qu'elle puisse passer les barrières logiques institutionnelles. Un accompagnement, d'intensité variable selon les cas, permet le « tuilage » entre dispositif spécifique bas seuil et système de droit commun. (A. Bouillet)»

Il faut souligner le rôle essentiel de la médecine de ville et des officines pharmaceutiques notamment, indispensable un dispositif RDR qui s'est étoffé et développé ces dernières années. Reste le sentiment de liens qui se sont distendus avec ces acteurs des soins de proximité et une présence moins forte des réseaux constitués capables (cf. les réseaux ville-hôpitaux SIDA, VHC ou Addiction, Croix Verte et ruban rouge par ex.) de soutenir leurs pairs dans ces activités et qui nécessitent de l'être et d'intervenir dans le débat public.

Pour tous ces acteurs, en ambulatoire ou non, c'est d'abord une question de posture, d'objectifs et logiques que chacun poursuit, des connaissances disponibles et connues des uns et des autres qui étayent ou non les pratiques, des représentations de chacun de RDR et elles sont très variées.

La RDR a par exemple proposé que les usagers puissent avoir un parcours qui puisse certes préserver leur santé mais en imaginant que les changements à faire puissent l'être « step by step », supposant de gravir un escalier progressivement en allant vers le mieux. Mais tout dépend de l'escalier que l'on se représente selon qu'il est un escalier de meunier, raide, sans rambarde et potentiellement fatal si l'on en chute (rechute…), ou l'escalier d'Esher[12] qui bouleverse les perspectives et donne l'impression de montées qui descendent, ou l'inverse, et surtout de différents chemins possibles avec des jardins pour y faire des pauses.

L'environnement, les citoyens

« La réduction des dommages repose à la fois sur des interventions qui visent directement les consommateurs et sur une mobilisation des services ou des associations qui peuvent favoriser leur inclusion dans la collectivité par la concertation et la médiation au bénéfice des usagers et de l'ensemble des habitants des zones de résidence concernées. (…) *Enfin, les habitants des quartiers et les élus qui les représentent doivent être associés à ces activités en étant informés des principes qui les guident, de leurs modalités et de leurs résultats, afin de favoriser leur implantation et d'intégrer la réduction des nuisances et des tensions à leurs objectifs.* (Référentiel RDR)

La RdR doit être promue comme un outil du « vivre ensemble ». Le cœur de métier de la RDR c'est de créer du lien, c'est de proposer une clinique du lien comme moteur de changement et il faut donc créer du lien avec l'environnement des programmes :

« Le caractère universel de la sécurité de tous doit s'affirmer comme « bien commun ». La RdR, vecteur de médiation sociale, de régulation des conflits d'intérêts et de territoire, peut devenir un des paramètres actifs du « vivre ensemble ». La Réduction des Risques comme philosophie d'action promeut une vision pragmatique et humaniste dans les politiques publiques mises en œuvre. À l'opposé de la vision passéiste de la « guerre à la drogue », proposons à «L'individu incertain», pensé par Alain Ehrenberg un nouveau projet social du « vivre ensemble », un « care collectif » basé sur une éthique de la « bientraitance », quelle que soit la place de chacun – riverains, usagers, soignants, élus, policiers… La puissance de la RdR découle, encore et toujours, d'une volonté de solliciter les capacités et ressources des individus et des systèmes sociaux. »[13]

La question de la médiation, la gestion des risques des conflits de voisinage, de logiques d'acteur est donc bien partie intégrante des actions de réduction des risques à traiter mais elle se confronte à des années de diabolisation des drogues et des usagers qui se confond parfois avec une précarité visible. C'est un véritable investissement de terrain sur le long terme qu'il faut penser (il suffit de penser aux réactions qu'a suscité l'installation des boutiques et que suscitent aujourd'hui les projets de SCMR) mais qui nécessite des moyens humains qui pour le moment sont mobilisés sur d'autres priorités. Peu définies, ces actions de médiation mériteraient de faire l'objet d'approfondissement pour mieux en définir les contours et les moyens qu'elles nécessitent, notamment auprès des élus de proximité qui hésitent pour beaucoup à soutenir publiquement les politiques de réduction des risques. La réduction des risques a pourtant fait

,

l'objet de vote par les représentants de la nation, des ministres illustres l'ont portée, des moyens ont été déployés et beaucoup de progrès enregistrés mais elle reste une politique semi-clandestine trop peu défendue par ceux qui en ont la responsabilité.

Articulations avec l'hébergement social

La question de la précarité dans les CAARUD et les CSAPA représente une réalité lourde, un réel poids dans le quotidien du fait des grandes difficultés à résorber ces situations. « *Les CAARUD reçoivent en majorité des usagers qui, s'ils peuvent être suivis par le système de soins, spécialisé ou non en addictologie, connaissent en général des usages plus problématiques et moins « maîtrisés » que l'ensemble des consommateurs. Ils vivent également souvent dans des situations sociales plus précaires.* » (ENA CAARUD – OFDT – 2015). Cette situation n'est pas totalement anormale, les CAARUD ayant pour but d'entrer en relation avec les usagers les plus marginalisés, les plus éloignés des dispositifs de soins notamment.

Reste que cela pose :

- La question du risque d'embolisation des questions sociales sur les questions spécifiques aux usages de drogues (et d'alcool). Certains usagers moins précaires seraient dissuadés de recourir aux CAARUD et ce faisant aux offres centrées RDR (outils, conseils, alternatives…) qu'ils proposent, notamment les publics les plus jeunes.
- La question des professionnels confrontés à la violence des situations sociales dans lesquelles se trouvent les personnes. C'est une limite au travail RDR de proximité. « Les programmes de réduction des risques ne protègent pas les professionnels comme l'institution le fait. Ils les exposent à la réalité sociale brute avec toutes ses inégalités et sa violence. Ces équipes, épuisées, élèvent petit à petit leur seuil d'exigence et diminuent leur activité de première ligne, pour se protéger. En diminuant cette activité de première ligne, elles excluent de fait, une partie de leur public, souvent le plus vulnérable, reproduisant ainsi une forme d'exclusion ». (A. Bouillet[14])
- La question de réponse en matière d'Hébergement adaptés pour faire face au nombre important de personnes à la rue. Les SLEEP IN en sont mais il n'y a que trois structures de ce type actuellement. Des expériences d'hébergement en partie autogéré par les usagers actifs existent (PROSES en Seine Saint Denis) mais restent marginales voir difficiles à défendre au prétexte qu'elles ne feraient pas partie des missions des CAARUD et ne trouvent donc pas de financement. Il serait pourtant utile et légitime que les CAARUD puissent être reconnus dans cette mission de proposer des hébergements adaptés aux usagers concerné (plan hivernal, financement DHRIL pour séjour de stabilisation…).

C'est cette situation qui rend nécessaire une articulation avec les structures d'hébergement social comme les maisons de stabilisation, les CHU, les CHRS pour lesquels des recommandations ont encore une fois été formulées[15].

En synthèse, il est recommandé de favoriser les démarches de soins (hospitalisation, centre de cure, post-cure) et prévenir les démarrages de consommation de produits addictifs :

• En échangeant avec la personne sur sa consommation de produits dans le cadre non jugeant du CHRS
• En diversifiant les modes d'expression relatifs à la prévention et à l'information sur les questions liées aux addictions
• En échangeant en équipe et avec la personne qui souhaite engager des soins sur les stratégies à adopter pour favoriser son parcours de soins
• **En articulant l'intervention entre les professionnels du CHRS, les partenaires de l'addictologie** et les éventuels intervenants infirmiers dans le cadre d'une hospitalisation à domicile
• En anticipant, avec la personne et son médecin, les modalités d'organisation lors des soins en hospitalisation complète ou partielle ainsi que sur les possibilités d'hébergement ou de logement à la sortie du parcours de soins

Si ces travaux spécifiques défendent l'intérêt de porter un regard sur les questions de consommation dans ces structures (mais aussi en CHU), il est illusoire de demander aux professionnels des CHRS de devenir des spécialistes de RDR ; ils ont un autre cœur de métier, la réinsertion sociale et professionnelle ce que nous savons moins bien faire. Le travail est ici d'apporter des arguments pour soutenir ces approches (formation au concept et moyens) mais surtout d'apporter ces compétences pour les accompagner dans leur cœur de métier en complémentarité de ce que les CHRS savent faire avec par exemple des interventions de CAARUD ou CSAPA dans la structure auprès des personnes et des équipes.

Par ailleurs, en cohérence avec la nécessité d'assurer un accès universel aux soins VHC désormais possibles, il serait utile de réfléchir à l'implication de structure de type LHSS ou ACT en fléchant des lits VHC par exemple. L'objectif est de permettre aux publics les plus précaires, largement présents en CAARUD et CSAPA, de se soigner en étant réellement soutenus tant par des conditions de vie que par un accompagnement adapté (aide à l'observance, aménagement des consommations si besoin…).

Parmi les publics / lieux spécifiques : la prison

C'est encore un thème pour lequel foisonnent les recommandations avec pour quelques exemples :

- Le Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues, octobre 2012
- Le Plan d'actions stratégiques 2010-2014, « Politique de santé pour les personnes placées sous-main de justice »
- La Note interministérielle du 9 août 2001 relative à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes dépendantes
- L'instruction du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention. ministère de la Santé
- Guide fédération addiction / APSEP : Soins des personnes détenues - Addictions, la continuité des soins des personnes détenues / Articulation entre les professionnels de la santé de la prison et du milieu ouvert

Cette nécéssité « d'agir RDR en prison » est entre autre argumentée par l'enquête PREVACAR[16]: *« Les études disponibles sur la santé des personnes détenues convergent vers les mêmes constats.*

- Les personnes détenues y apparaissent comme une population fragilisée et très vulnérable, caractérisée par une surreprésentation des catégories socioprofessionnelles les plus démunies, ayant un niveau éducatif peu élevé, et particulièrement concernée par des problèmes de logement et de couverture sociale avant même l'incarcération.
- Des prévalences et/ou incidences plus élevées qu'en population générale sont relevées pour de nombreuses pathologies telles que les addictions, les maladies mentales et le suicide, les infections parle VIH, les virus des hépatites, ou encore la tuberculose...
- Le choc carcéral ainsi que les conditions de promiscuité, d'hygiène, d'isolement, d'inactivité peuvent être générateurs d'une violence contre soi ou contre les autres.
L'aggravation ou la réactivation de certaines pathologies (maladies transmissibles, consommation de substances psycho actives) en sont souvent d'autres conséquences. »
- « L'enquête Coquelicot (enquête séro-épidémiologique) réalisée en 2004 note des prévalences pour le VIH et le VHC chez les usagers de drogues ayant un antécédent d'incarcération plus élevées que chez ceux n'ayant jamais été incarcérés (11% versus 5% pour le VIH ; 67% versus 51% pour le VHC). Cette même enquête indique que 12% des usagers de drogues ayant été incarcérés déclarent avoir eu recours à l'injection en prison. Parmi ces personnes, 30% déclarent avoir partagé une seringue. »

Si la mission d'intervenir en milieu carcéral est clairement énoncée pour les CSAPA, elle ne l'est pour le moment pas dans les textes actuels des CAARUD bien qu'ils interviennent déjà pour nombre d'entre eux et qu'ils sont comptés parmi les ressources potentielles dans les recommandations du guide 2012 par exemple.

Les recommandations essentielles sont :

- De réduire le recours à l'incarcération en favorisant les alternatives à l'incarcération et l'accès à une offre de soins adaptés
- D'appliquer le principe d'équité d'accès aux soins et aux mesures de réduction des risques entre prison et milieu libre[17]
- D'appliquer les nombreuses recommandations formulées dans les documents cités en priorisant l'accès aux conseils et aux matériels de RDR en prison, y compris les matériels d'injection, en améliorant l'accès aux TSO et leur diversification et en améliorant la continuité des soins à l'entrée ou à la sortie d'incarcération
- D'indiquer clairement le rôle et la légitimité des CAARUD en milieu carcéral à l'instar des CSAPA en reconnaissant qu'il s'agit bien d'une de leur mission

Faire confiance aux acteurs pour développer les expérimentations

Les usagers ont eu une place historique dans la création des outils et pratiques (PES, Chill out[18], ERLI, squats…) de réduction des risques, à commencer par le premier dépliant qui leur est adressé en 1986, « Fixer propre », conçu entre des usagers, un médecin de santé publique et des militants de la lutte contre le SIDA de AIDES. C'est une des marques de fabrique de la RDR qui agit aux marges, aux limites des normes et parfois au-delà, au moins un temps, comme au début des échanges de seringues ou des premières prescriptions de ce qui deviendra des TSO même en dehors des AMM de l'époque. Parfois condamnées, ces initiatives sont devenues des

innovations, déviantes à une norme initiale, et installant bientôt une nouvelle norme d'intervention[19]), la réduction des risques. Font-ils pour autant n'importe quoi ? Rien n'est moins sûr. Les acteurs ne sont pas isolés ; dans les structures dont nous parlons, ils sont inscrits dans une équipe, dans un projet d'établissement, et souvent avec un conseil d'administration soucieux de respecter les cadres légaux et réglementaires y compris lorsqu'ils pensent légitime telle ou telle pratique. Si le programme ERLI est bien connu des acteurs de la RDR aujourd'hui, il n'est que peu pratiqué et pour des questions de risques liés au cadre légal pour les acteurs éventuels essentiellement. Ce risque vient d'être levé et ce type d'action est désormais possible et à intégrer dans l'arsenal pour une lutte plus efficace contre les risques liés à l'injection, le VHC notamment. La dimension collective des actions mises en œuvre est capable de réguler les pratiques, y compris celles qui sont « sur le fil » : ce sont autant d'espaces de recherches nouvelles de pratiques sous réserve qu'elles puissent se dérouler « en clair » pour permettre cette régulation nécessaire, ne serait-ce que pour évaluer la pertinence de ce qui est proposé : c'est de cette façon que se sont construites les premières approches d'analyse de drogues comme nouvel outil de contact avec les usagers et comme vecteur de diffusion des messages de RDR.

De la même façon, gérer des acteurs-usagers dans une équipe est possible en clair, plus difficilement en gris. C'est la place de la santé communautaire, de l'auto support qui est en jeu. Il y a bien ASUD (Observatoire du droit des usagers) et Psychoactifs pour en porter une parole publique par exemple, mais est-ce suffisant ?

Enfin, nous sommes aussi dans une dynamique de développement de la démocratie sanitaire notamment avec les lois du droit des usagers et du droit des malades qui sont autant de leviers pour prendre en compte le besoins des personnes, la recherche de solutions qui leur conviennent, y compris au prix de débats contradictoires auxquels ils sont de fait indispensables.

Conclusion

Ces questions auraient méritées de plus amples développements ou compléments, et des impasses ont dues être faites (une RDR cannabis par ex.).

Mais deux axes principaux me semblent devoir être relevés :

- Développer ce qui est très largement recommandé internationalement et nationalement et qui ne relève plus de propos militants mais d'approches rationnelles, de la raison qui doit dépasser la passion dont ces sujets font trop souvent l'objet
- Faire confiance aux acteurs, tels qu'ils sont dans leur diversité et de continué à les protéger mieux encore, notamment d'une forme de soupçon du à leur proximité parfois et qui est une autre façon de manifester une défiance stigmatisante que les usagers vivent eux même. Ils sont d'abord responsables et ce sont eux qui portent au quotidien cette politique de santé efficace

Alors permettez-moi de reprendre cette désuète expression des années 70 : « DO IT »[20], « Faisons-le », parce que nous savons pourquoi, et le plus souvent comment et avec qui le faire.

Norbert Alter, L'innovation ordinaire, PUF, 2000

Do It ! Scénarios de la révolution

Références

Global Commission on Drug Policy, Prendre le contrôle : sur la voie de politiques efficaces en matière de drogues, 9 septembre 2014

Recherche « ICI Drogues » : Recommandations pour intervenir sur internet au sujet des drogues – AFR, compte rendu de recherche

Réduction des dommages - Document d'orientation sur la prévention des risques et la réduction des dommages liés à l'usage de substances psychoactives – 2013 – Groupe Pompidou, conseil de l'Europe

Expertise collective INSERM : « Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues ». 2010

Réduction des risques : bilan et perspectives : Dossier de synthèse documentaire et bibliographique, décembre 2007, CRIPS Alpes Côte d'azur

Agir en réduction des risques en CSAPA et CAARUD, rapport d'enquête, Fédération Addiction, déc. 2015

Lettre ouverte à Madame Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes – 14 déc. 2015

La guerre aux drogues - Rapport de la commission mondiale pour la politique des drogues – juin 2011

Enquête PREVACAR Volet offre de soins VIH hépatites et traitements de substitution en milieu carcéral octobre 2011, DGS

IDPC, guide sur la politique des drogues, version 2, mars 2012

Réduction des risques : le nouveau paradigme des addictions ? Actal 2013, Cahiers thématiques de la Fédération Addiction

ERLI : Innovative peer-to-peer educational intervention to reduce HIV and other blood-borne infection risks in difficult-to-reach people who inject drugs: results from the ANRS AERLI study. 20th international AIDS Conference, Melbourne, 20-25 juillet 2014, abstract n° THAC0403. Patrizia Carrieri [1,2,3], Jean-Marie Le Gall[4], Marie Debrus[5], Baptiste Demoulin[1,2,3], Caroline Lions[1,2,3], Aurelie Haas[4], Marion Mora[1,2,3], Perrine Roux[1,2,3], Marie Suzan-Monti[1,2,3,4], Bruno Spire[1,2,3,4]

Principaux sites consultés : OFDT, AFR, FFA, ASUD, SAFE

La RdRD nécessite-t-elle de nouvelles pratiques et de nouveaux outils ?

1) Comment prendre en compte les phénomènes émergents (nouveaux produits de synthèse, nouveaux publics, etc.) et trouver des réponses adaptées ?

2) Comment permettre au dispositif de RdRD de s'actualiser/s'adapter en permanence en fonction de l'évolution des usages et des problèmes liés aux usages ?

Pierre CHAPPARD
Président de Psychoactif
Coordinateur du Réseau Français de Réduction des risques
Chef de Service du CSAPA Trait d'Union à Villeneuve la Garenne
Tel : 06 63 55 65 54
pierre.chappard@gmail.com

La RdR 2.0 ou comment adapter le dispositif de RdR à l'heure de la révolution internet

L'avènement du web 2.0, sa dimension globale, et le changement rapide des technologies a modifié profondément nos habitudes et manières de vivre. Cela a bouleversé nos façons d'interagir à la fois commercialement et socialement dans des domaines entiers et commence à bouleverser également le domaine des drogues : les usagers se renseignent de plus en plus sur internet, ils y achètent aussi de plus en plus leur drogues, que ce soient les nouvelles drogues de synthèse ou les drogues plus classiques. D'ici quelques années, le marché de drogues mais aussi la manière de faire de la réduction des risques aura complètement changé. Il faudra intégrer les nouvelles technologies dans les interventions de RdR (ou RdR 2.0) pour répondre aux nouvelles problématiques.
Nous allons explorer les deux branches de la révolution internet des drogues, les nouveaux produits de synthèse, et les supermarchés des drogues en ligne, puis nous ferons un tour sur ce qui existe déjà au niveau de la RdR 2.0 (ou la RDR avec les nouvelles technologies), et enfin feront des propositions pour adapter le dispositif de RdR existant.

a) Les NPS

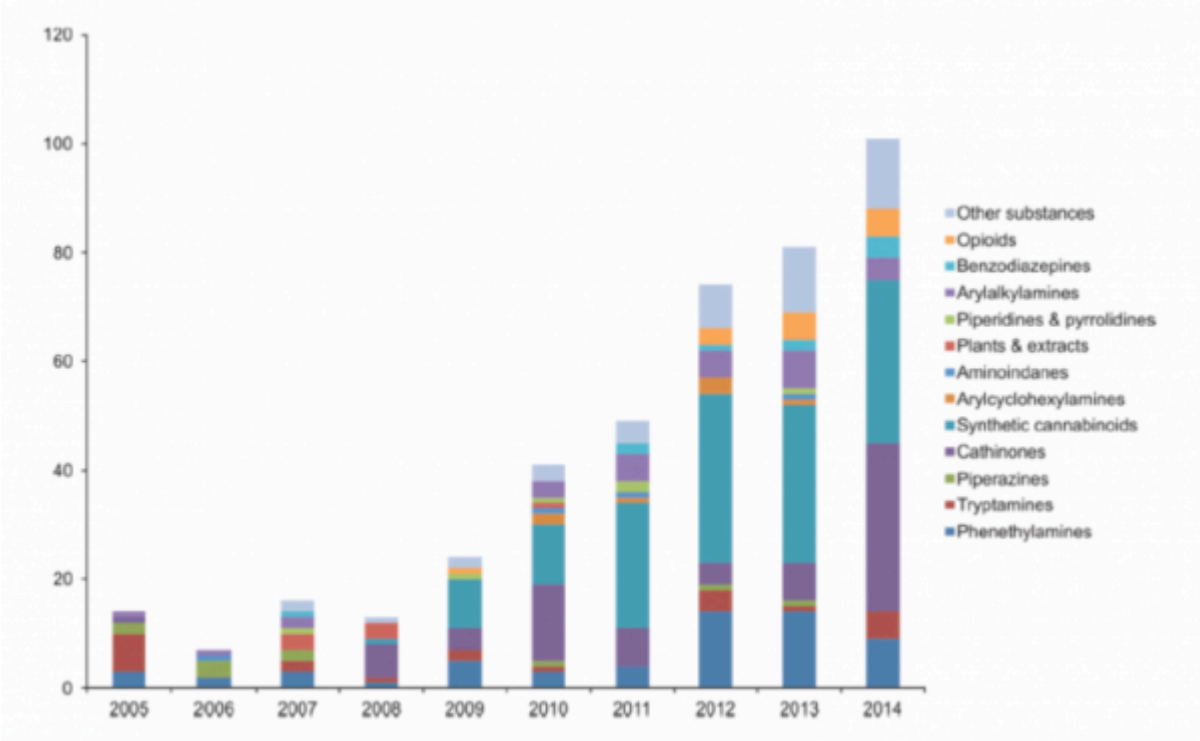
Les « nouveaux produits de synthèse » (NPS) désignent un éventail hétérogène de substances psychoactives qui imitent les effets de différents produits illicites. Ils sont principalement produits pour échapper à la loi sur les drogues illicites. Les usagers les appellent Research Chemical (RC) ou legal high.

Depuis quelques années, le nombre de NPS mis sur le marché explose. En 2012, 72 nouvelles substances psychoactives - soit plus d'une par semaine - ont été officiellement notifiées par le biais du système d'alerte européen[1]. C'est plus que les années précédentes 49 en 2011, 41 notifiées en 2010, 24 en 2009. Toutes les nouvelles drogues signalées en 2011 et en 2012 sont des drogues de synthèse. Elles sont pour l'essentiel fabriquées hors de l'Europe : en Chine, surtout, et, dans une moindre mesure, en Inde, identifiés comme les principaux pays producteurs.

Alors qu'ils paraissent s'être implantés rapidement dans certains pays comme le Royaume-Uni, l'Irlande ou la Pologne, Israël, les NPS connaissent encore en France, selon les outils d'observation habituels du champ des drogues, une consommation limitée par rapport aux

1 http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2012

substances illicites qu'ils imitent. Mais l'étude de l'association Safe[2] qui a analysé les fonds de seringues dans les automates-distributeurs-récupérateurs de seringues de la région Ile de France en de 20012 à 2014, a trouvé une forte augmentation de la présence de cathinones de 2012 à 2014 avec 25% des seringues contenant des cathinones en 2014. Cela prouve que le phénomène est bien réel et en augmentation, même en France.



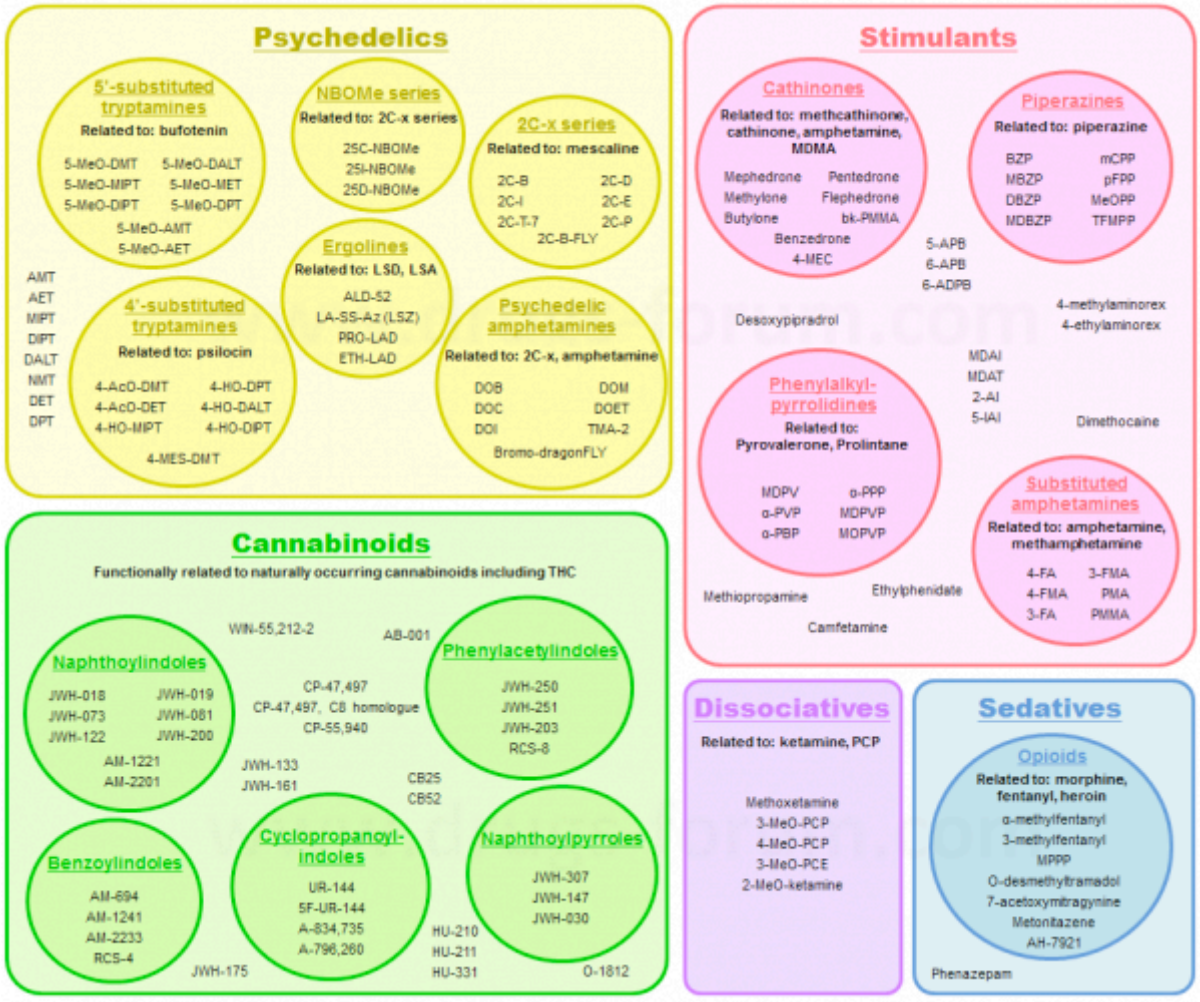
L'augmentation de l'apparition des NPS en Europe selon les années (OEDT)

Que sont les NSP ?

En 2014, un tiers des NPS découvertes sont des cathinones et un tiers sont des cannabinoïdes de synthèse. Mais toute la panoplie des « anciennes » drogues à ses équivalents en NPS. Les nouveaux produits de synthèse (NPS) peuvent être des stimulants, des empathogènes, des psychédéliques, des dissociatifs, des sédatifs...

La forme dans laquelle sont vendus les NPS imite parfois celle des drogues illicites qu'ils imitent pas leur effet. Par exemple, les cannabinoïdes de synthèse sont souvent vendus incorporés à de l'herbe sèche, des débris végétaux, pour imiter l'herbe de cannabis. Les produits qui imitent le LSD sont souvent vendus en buvard...

2 http://bdoc.ofdt.fr/index.php?lvl=notice_display&id=66838),



Les principaux NPS qui existent en 2012 classés selon leur famille d'effet

Les NPS issus de la révolution Internet

Les NPS sont principalement vendus sur internet, et leur succès est aussi en grande partie due à internet, qui avec les nombreux sites de ventes de NPS (693 en 2012 pour l'union européenne), leur donne un accès mondialisé.

La majorité des NPS est proposée à des prix variant de 8 à 20 euros le gramme selon les sites de vente. Ce prix diminue quand la quantité achetée augmente, laquelle peut atteindre plusieurs kilos.

Il y a plusieurs types de sites qui vendent ces nouvelles drogues. Ceux destinés aux usagers avertis. Ils sont sobres. Ils affichent uniquement le nom de la molécule et son numéro CAS (numéro unique d'enregistrement auprès de la base de données Chemical Abstract Service), sans mention des effets. Pour acheter un NPS, il faut auparavant s'être renseigné sur ses effets sur les forums d'usager. Il y a également des sites plus commerciaux, beaucoup plus nombreux, avec des designs attractifs et flashy, qui visent souvent un public jeune, notamment pour les cannabinoïdes de synthèse. Contrairement aux premiers, les NPS sont vendus sous des noms commerciaux souvent sans mention de la molécule, qui peut d'ailleurs varier., Enfin, il y a le secteur du « deep web », avec des sites qui ne sont pas répertoriés par les moteurs de recherche. Ces sites de ventes ne sont pas spécifiques aux NPS, et certains sites vendent toutes sortes de produits psychoactif, licites comme illicites.

Aspect légal

Pour beaucoup, les NPS ne sont pas régulés. Ils sont ainsi dans une zone légale grise, ni autorisés à la consommation, ni interdits pénalement.

Mais face à l'augmentation de la consommation des dérivés des cathinones, la France a pour la première fois le 27 juillet 2012 eu recours au classement « générique » qui étend la pénalisation de l'usage à un groupe de substances appartenant à une même famille. De la même manière, elle a également classé sur la liste des stupéfiants 7 familles de cannabinoïdes.

Mais étant donné le dynamisme même du phénomène des NPS, la réponse par l'interdiction et la pénalisation de l'usage a pour principal effet soit de ne rien faire (beaucoup de NPS interdits sont toujours aussi accessibles sur internet), soit de déplacer le problème en incitant les producteurs à inventer sans cesse de nouvelles molécules échappant à la législation, avec le risque d'apparition d'une molécule de remplacement plus nocive que la précédente.[3]

Ces constats ont poussé certains pays a expérimenté des législations alternatives tentant de faire porter la responsabilité pénale sur les producteurs ou les vendeurs de ces substances plutôt que sur les usagers :

- L'Irlande (2010), la Roumanie (2011) et l'Autriche (2012) ont adopté de nouvelles lois pénales punissant la distribution, la vente ou la publicité non autorisées de nouvelles substances psychoactives[4]
- Certains pays (Autriche, Finlande, Pays-Bas, Royaume-Uni) ont appliqué à certains NPS la définition de l'UE d'une substance médicamenteuse, permettant aux agences nationales du médicament d'en contrôler l'importation, la commercialisation et la distribution[5]
- Hors Europe, la Nouvelle-Zélande fait figure de pionner. Elle a décidé depuis peu de réguler l'industrie des NPS en autorisant les substances qui présentent un «faible risque» : avant de commercialiser un produit, les industriels vont devoir effectuer une évaluation de sa toxicité sur l'animal et sur l'homme et lors de sa commercialisation, ils vont devoir diffuser des messages sanitaires précis[6]

Les risques de la consommation

Les risques liés à l'usage de NPS sont ceux de tout usage de produits psychoactifs. Mais à cause de leur nouveauté, et de leur statut légal particulier, ils ont des risques spécifiques.

3 Emanuelle Lahaye, Magali Martinez, Angnes Cadet-Tairou, Tendance, Nouveaux produits de synthèse et internet (OFDT)

4 OEDT - RAPPORT ANNUEL 2012: LES POINTS CLÉS

5 HUGHES (B.) et WINSTOCK (A.R.), « Controlling new drugs under marketing regulations [For debate] », Addiction, Vol.107, n° 11, 2012, pp. 1894-1899. 16. NUTT (D.), Drugs are taken for pleasure - realise this and we can start to reduce harm. The Guardian - 3 December 2012. http://www.guardian.co.uk/commentisfree/2012/dec/03/drugs-pleasure-reduce-harm

6 'Revolutionary' legal high law means state regulated drug market. The new Zeland Herald, 28 jul 2012. http://www.nzherald.co.nz/nz/news/article.cfm?c_id=1&objectid=10822749

Pas de recul

Contrairement aux drogues comme l'héroïne, la cocaïne ou l'alcool, on ne connaît pas les effets à moyen et long termes des NPS.

Le renouvellement constant des molécules fait que personne n'a le temps d'expérimenter vraiment ou de faire des recherches sur ces produits et les associations de réduction des risques n'ont pas le temps de partager une information claire et indépendante.

Pas de contrôle

L'autre principal danger des NPS est, comme les autres drogues illicites, qu'ils ne sont pas contrôlés ni régulés. Quand vous commandez un NPS sur internet, vous ne savez jamais vraiment ce que vous allez recevoir, ni le pourcentage de produit actif (qui peut aller de 0 à 100%), ni les impuretés contenues dans ces substances suite à une mauvaise synthèse (exemple : le MPTP dans la desmethylprodine), ni même si c'est la bonne molécule.

Legal high

Un autre nom des NPS est legal high, dont la traduction française est « euphorisant légal ». Cette fausse légalité peut faire penser que les NPS ne sont pas dangereux parce qu'ils seraient légaux. Cela peut inciter à prendre des risques supplémentaires.

b) Les supermarchés des drogues en ligne

L'achat et la vente en ligne de drogues illicites via des plateformes anonymes cryptées (anonymous marketplace) est la deuxième branche de la révolution internet des drogues. Après les NPS, ces plateformes finissent de transformer les drogues en objet de consommation. D'après l'EMCDDA (European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction), ce phénomène serait exponentiel.

Les marchés anonymes des drogues en ligne, qu'est-ce que c'est ?

Tout en offrant l'anonymat, ces plateformes fournissent l'infrastructure pour que vendeurs et acheteurs effectuent des transactions en ligne, de façon similaire à d'autres marchés internet comme eBay ou Amazon, avec leurs mécanismes de règlement des conflits, des notes pour les vendeurs et les acheteurs, l'hébergement de forums de discussion. Elles se rémunèrent à la commission, généralement autour de 4%. Elles se nomment Silk Road, Evolution, ou Agora.

Ces marchés gardent leur emplacement secret et préservent l'anonymat des acheteurs et vendeurs par la combinaison de trois technologies : Tor, PGP et Bitcoin. Tor permet d'anonymiser la navigation sur internet, PGP d'envoyer des mails sécurisés et cryptés et le bitcoin est la fameuse monnaie internet utilisée pour faciliter les transactions anonymes.

Même si une large variété de produits apparaît sur ces plateformes, les drogues traditionnelles (cannabis, Lsd, Mdma, héroïne…) et les drogues issues de prescriptions médicales sont les plus achetées. Sur Silk Road, le premier d'entre eux historiquement, aux USA, en Grande Bretagne ou en Australie, c'est le MDMA qui était la drogue la plus achetée, suivie par le cannabis et le LSD. La vente des nouvelles drogues de synthèse sur le deep web semble limitée.

Sur le site de Psychoactif, l'utilisatrice Mai complète l'explication du fonctionnement de ces marchés online[7] : "*J'utilise principalement Evolution : l'interface est propre et claire, et les vendeurs ont des profils qui donnent accès facilement aux informations de bases comme les conditions de vente ou les commentaires des clients (positif, neutre, négatif). Les vendeurs sont également classés par "niveau" en fonction des commentaires positifs, du nombre de vente et de l'ancienneté.*

J'ai réalisé, pour le moment, plus d'une dizaine de commandes. La majorité arrive chez moi en moins d'une semaine, tout dépend des vendeurs et du pays d'origine (la plupart sont envoyés d'Amsterdam). Mon adresse ainsi qu'une fausse adresse de retour (avec souvent le nom d'une fausse entreprise) sont imprimées sur une enveloppe de format classique. Le produit est souvent dissimulé dans des prospectus et protégé par un ou plusieurs emballages afin d'éviter les altérations du produit (moisissures, lumière, etc....) et les chiens renifleurs.

Le système d'"escrow" permet de libérer l'argent au vendeur qu'une fois le produit reçu et conforme. Certains vendeurs demande de "Finalize Early" (FE), c'est à dire de libérer les fonds avant l'expédition du produit. Sur le site que j'utilise, seuls les vendeurs ayant atteint un certain niveau peuvent se permettre de demander ce moyen de paiement. Ces modes de paiement sont spécifiés avant l'achat.

Dans le cas d'un problème avec la commande il est possible d'ouvrir une "dispute" ce qui alerte automatiquement un modérateur qui va alors participer à la discussion entre le vendeur et l'acheteur mécontent. Cette dispute peut aboutir au remboursement du client.

J'ai toujours reçu mes commandes, que ce soit en mode escrow ou FE. Les seuls soucis auxquels j'ai dû faire face ont été des problèmes de retard de livraison.

Souvent les sites possèdent un forum de discussion. C'est un élément important dans le choix d'un vendeur car il permet d'avoir des commentaires plus détaillés sur chaque vendeur : communication, délai de livraison, emballage, discrétion, qualité du produit, etc...
En ce qui concerne la qualité, les utilisateurs donnent leur opinion en fonction de leur expérience, parfois certains acheteurs testent leurs produits à l'aide de kit de test et transmettent les résultats sur le forum, certains utilisent même des laboratoires, il ne reste plus qu'à s'assurer de la véracité de ces résultats.
Le forum est également utile pour des conseils variés sur le deep web, la livraison de drogue, des conseils en réduction des risques, l'alerte des modérateurs concernant des arnaques possible d'un vendeur, etc...."

7 https://www.psychoactif.org/forum/t12617-p2-Achat-drogues-sur-deep-web.html

Les avantages des marchés en ligne

Dans une étude des tendances consacrées à l'achat de drogues sur internet[8], l'EMCDDA recense les principales raisons invoquées par les utilisateurs de ces plateformes : «un large éventail de drogues», «une meilleure qualité», «il est plus facile à commander en ligne» et «un achat plus confortable à des vendeurs avec des notes élevées". En outre, l'anonymat des sites, leurs forums de discussions et leurs systèmes de transactions avec une livraison rapide sont cités comme des bénéfices, ainsi que la réduction du risque de violence, acheteurs et vendeurs ne se rencontrant jamais face à face.

Les utilisateurs de Psychoactif qui ont utilisé ces marchés en ligne confirment ces avantages : Une personne dont le pseudo est Gastox témoigne[9] : "*Moi personnellement j'ai été attiré par les prix et la qualité, car dans mon coin, pour le shit ou la weed, c'est soit cher ou soit de mauvaise qualité (pas tout le temps). Sur les marketplace on peut trouver de la bonne qualité à prix raisonnable et surtout une étendue de choix énorme !* ". Ou encore Brak : "*perso je trouve que c'est un moyen très chic de se faire un petit extra ! Ayant coupé les ponts avec le milieux depuis plusieurs années après 16 années de dépendance et 5 ans d'abstinence, (sans parler de mon Sub quotidien) j'avoue que de se faire livrer son keps par le facteur, alors qu'avant ct galère, stress et tutti quanti y'a un côté jouissif...*" ou encore Luceed "*Etant client et usager régulier de Evolution Marketplace, je reçois pratiquement toute ma drogue par internet et par la poste. C'est pratique quand on a pas de plan dans sa ville, ou qu'on est trop timide pour aller demander aux gens... Bref, j'ai passé déjà une quinzaine de commandes, toutes sont arrivées à quelques exceptions près. Les vendeurs sont courtois et répondent aux messages (ça dépends duquel hein) et on peut savoir à l'avance a qui l'on aura à faire grâce au système de réputation/level et aux feedbacks. Les prix sont beaucoup moins chers que dans la rue pour un produit de meilleure qualité souvent.*".

Les autres avantages des ces marchés par rapport au deal de rue sont la possibilité de réduire les risques liés à l'usage de drogue pendant l'achat. Ça peut être par exemple de pouvoir avoir accès aux témoignages sur les drogues vendues, les discussions en ligne sur la réduction des risques, et à des ressources pour les personnes qui souhaitent réduire leur consommation. La réduction des risques peut se faire encore plus tôt dans le parcours de l'usager. L'exemple le plus fameux étant le Docteur X (www.elsubmarinodeldoctorx.com) qui a fourni des services de réduction des risques aux utilisateurs de Silk Road, telles que des informations, des conseils et un service d'analyse des drogues.

Il n'y a pas que les usagers qui trouvent des avantages à ces marchés en ligne, les dealers aussi, car ils y trouvent (selon l'EMCDDA) : (1) un marché mondial pour leurs produits ; (2) la capacité de vendre à des clients qui ne sont pas déjà connus d'eux ; (3) la capacité de négocier de manière anonyme ; et (4) la possibilité de commercer dans un environnement à faible risque. C'est un nouveau paradigme pour le trafic : là ou le deal de rue est fortement localisé, le deal en ligne bénéficie de la toute la puissance de l'internet mondialisé et ouvert à tous, là ou le deal de rue est très voyant et risqué, le deal en ligne se cache derrière des outils cryptés et sécurisés qui résistent même à la NSA (comme Tor ou PGP).

8 The Internet and drug markets. Summary of results from an EMCDDA Trendspotter study
9 https://www.psychoactif.org/forum/t12617-p2-Achat-drogues-sur-deep-web.html

Un nouveau paradigme

Au final, même si ces marchés en ligne ont leurs travers, ils sont en train de révolutionner les pratiques d'achat et de vente de drogues. Pour s'en convaincre, il suffit de regarder comment l'application online Amazone a changé le marché du livre, comment l'application Booking.com a révolutionner le marché des réservations d'hôtel, ou comment l'application Smartphone Uber à changer la donne pour les taxis.

c) Les communautés internet d'usagers

La RDR s'est développé sur internet à partir des années 2005-2010 avec les communautés internet de consommateurs. L'émergence des NPS et des supermarchés de drogues en ligne s'est développé en synergie avec cette RDR 2.0.

Les communautés internet, kesako ?

Une communauté Internet est une communauté d'intérêt et/ou de pratiques, avec des objectifs partagés, des interactions. Il y a quantité de communautés anglophones de consommateurs de produits psychoactif, mais seulement trois communautés francophones qui s'intéressent aux drogues illicites : pour Lucid State la priorité est de débattre sur les plantes enthéogènes, pour Psychonaut, ce sont les substances psychédéliques qui sont au cœur de la communauté. Enfin, pour Psychoactif, francophone, l'objectif premier est la promotion de la réduction des risques pour toutes les drogues, licites comme illicites. Du coté des drogues licites, il y a également de nombreuses communautés francophone de vapoteurs comme par exemple www.forum-ecigarette.com, ou des communautés sur le baclofène comme http://www.baclofene.com/.

Les outils pour faire vivre ces communautés sont nombreux. Ce sont des outils du web 2.0. Cela peut être des forums, des mailing-listes, des blogs, des chats, des wikis, des sondages ou un mélange de tout cela.

Les consommateurs rencontrent ces communautés principalement grâce à internet, et surtout avec les moteurs de recherche. D'après une enquête sur Psychoactif, 66% des membres ont connu la plateforme en cherchant des mots clés dans Google tels que mdma, poppers, lamaline, sevrage cannabis… Une part non négligeable vient également des réseaux sociaux comme Facebook ou Twitter (10%). Mais les usagers rencontrent aussi ces communautés grace à des liens "réels". Plus de 10% des membres de Psychoactif ont connu la plateforme par le bouche à oreille en étant orienté par un professionnel des addictions ou un autre usager. Cela brise l'idée d'une communauté internet entièrement virtuelle et déconnectée du réel. Une communauté web permet toujours de créer une communauté « non web » dans la « vraie vie », les membres d'une communauté la partage toujours avec leur entourage. L'opposition entre le réel et le virtuel est déconnecté de la réalité !

Le cœur de la communauté, ce sont les modérateurs / animateurs. Ce sont eux qui la font vivre au jour le jour. Ils sont là pour apporter et classer l'information, relancer et organiser les discussions, mais aussi faire respecter les règles qui est une des taches les plus importantes des modérateurs. Il faut que chaque personne puisse exprimer son témoignage en étant sûr de ne pas être jugé sur ces pratiques, même (surtout) si son témoignage ne respecte pas les canons de la RdR (par exemple quelqu'un qui partage ses seringues).

Ces communautés sont issues de l'auto-support, car l'équipe de modérateurs, les dirigeants de la communauté sont des consommateurs eux-mêmes. Mais la force de ces communautés, c'est qu'elles sont ouvertes à d'autres. Il n'est pas rare de rencontrer l'entourage des usagers mais aussi des professionnels des addictions sur ces plateformes. Ces communautés sont donc des lieux ressources pour les usagers et leur entourage, ainsi que pour les professionnels des addictions. Elles sont ainsi beaucoup plus qu'un groupe d'entraide et d'auto-support, elles sont un lieu de coopération où se croisent les compétences expérientielles et professionnelles.

Des apports importants pour les usagers, les professionnels et la réduction des risques

Ces communautés sont des communautés d'apprentissage sociales et d'éducation par les pairs capables de diffuser de nouvelles normes sur les pratiques et sur la réduction des risques, que ce soit les pratiques d'injection pour les communauté sur les drogues illicites ou sur les pratiques de vapotage pour celles sur la cigarette électronique.

La diffusion de normes sociales (usager citoyen) et de normes sur les pratiques était déjà le but des groupes d'auto-support de consommateurs. Mais ce qui change radicalement avec ces communautés d'usagers, c'est la dimension de masse d'Internet. Tout le travail de diffusion des nouvelles normes est démultiplié, la réduction des risques se démocratise et devient accessible au plus grand nombre, et notamment aux consommateurs insérés, les grands oubliés du dispositif de RdR institutionnel français (les CAARUD), embolisé par le traitement de la précarité.

Avec ces communautés, nous n'avons jamais eu autant de témoignages de consommateurs de drogues licites ou illicites. Un des enjeux majeurs est de pouvoir les classer et les rendre abordables pour les remonter auprès des professionnels mais aussi des chercheurs et des pouvoirs publics. Il devient ainsi de moins en moins possible de faire une politique, de parler des pratiques professionnelles, ou simplement de l'usage de drogues, sans les consommateurs, puisque leur parole est accessible à tout le monde. Certaines communautés se structurent d'ailleurs en créant des associations pour pouvoir mieux influer sur les politiques qui les concernent. C'est le cas de Psychoactif pour les drogues illicites, ou de AIDUCE pour les vapoteurs[10].

Le sujet des nouvelles drogues de synthèse est également révélateur. L'information et la réduction des risques sur les NPS se fait majoritairement à travers les *trip reports*, ces témoignages minutés des effets et effets secondaires d'un produit qui se trouvent dans les communautés internet. Un membre qui veut tester un NPS va d'abord lire les *trip reports* sur ce produit pour savoir à quels effets et effets secondaires s'attendre. C'est comme cela qu'il va pouvoir réduire les risques liés à son usage. Mais ces connaissances, qui se trouvent uniquement sur les communautés internet d'usager, n'intéressent pas que les usagers : les instituts de recherche comme l'OFDT s'en servent comme point d'appui pour avoir une idée des dommages éventuels liés aux NPS. Les associations de professionnels s'associent avec les communautés d'usagers pour que celles-ci informent leurs adhérents: c'est ainsi que, par exemple, la Fédération Addiction, fédération de professionnels des addictions, a réalisé avec Psychoactif un 4-pages sur les NPS.

La RdR à distance

À partir de cette présence sur internet se met en place aussi un nouvel accès à du matériel de réduction des risques, avec le programme de RdR à distance développé par Safe : après une commande par mail ou téléphone, l'association propose d'envoyer gratuitement du matériel de réduction des risques par la poste (kit d'injection, kit base….) à un public qui n'a pas accès au dispositif CSAPA/CAARUD (pour des problèmes de distance par exemple).

10 https://www.aiduce.org/

Pour toucher les usagers hors structures, de la communication est faite sur les communautés internet comme la plateforme Psychoactif (entre 30% et 60% de la file active de Safe vient de Psychoactif).

Ce dispositif Psychoactif-Safe (communication-envoi), permet d'entrer en contact puis de distribuer du matériel à des usagers de toutes les zones mêmes les plus reculées. Il met en pratique un concept clé d'internet qui est la déterritorialisation : avec Internet, un nouvel espace temps se définit. Les usagers peuvent se connecter à n'importe quelle heure et de n'importe où. La relation se fait avec les individus quelque soit leur localisation géographique, les distances n'existent plus, et cela est encore accentué avec le téléphone mobile évoluant en ordinateur de poche.

Le dispositif Safe-Psychoactif offre un nouvel accès au matériel de RdR, qui ne peut se confondre avec le dispositif existant. C'est déjà un succès car plus de 60% de la file active (500 personnes) de Safe n'a jamais eu de contact avec un CAARUD ou un CSAPA.

d) Propositions

Propositions

1. Développer l'accès à la RDR 2.0

1.1. Financer les programmes de la RdR 2.0 (hors CSAPA-CAARUD)

Avec la RdR à distance, un nouvel accès au matériel de RdR (kit d'injection, kit base, kit sniff...) s'est ouvert. L'association Safe a ainsi une file active de 500 personnes, dont la majorité ne fréquente pas le dispositif CSAPA-CAARUD.
Le problème de ce dispositif, c'est son succès. On se retrouve ainsi avec un programme qui est cité dans le dernier plan gouvernemental de lutte contre les addictions, mais avec en même temps l'association Safe en difficulté financière, alors que le coût de son programme national n'excède pas celui d'un petit CAARUD. Ce qui est hors du dispositif CSAPA-CAARUD est difficilement finançable, alors que ce programme ne peut se fondre dans le dispositif existant. Il faudrait donc que des fonds puissent être trouvés pour développer ce nouvel accès à la RdR. Plus globalement, il faudrait des fonds pour toutes les actions de RdR 2.0 qui ne pourront pas se confondre avec le dispositif existant, mais qui sont néanmoins l'avenir du dispositif de RdR.

1.2. Elargir la RdR 2.0 à d'autres matériels de RdR

A l'heure où la naloxone par voie nasale, cet antidote aux overdoses d'opiacés, va être distribué aux usagers d'opiacés dans les CSAPA, il ne faut pas oublier que les CSAPA ne touchent pas toute la population des usagers d'opiacés. Pour compléter l'accès à la naloxone, pourrait être imaginé un programme de RdR 2.0 avec la naloxone, dans lequel les communautés internet d'usagers s'occuperaient du recrutement des usagers (en communiquant), de la formation internet, de la validation des connaissances et de l'envoi de la naloxone par voie postale. Un programme non officiel d'envoi de naloxone injectable existe d'ailleurs déjà aux USA.

1.3. Développer les applications smartphone et les vidéos

Avec la RdR 2.0, le champ qui s'ouvre est immense et les avancées technologiques comme les applications smartphone, la démocratisation du montage video, ou encore les MOOC (Cours en ligne gratuits et ouverts à tous) vont démultiplier les possibilités d'entrer en contact, de recueillir les témoignages et de faire passer des nouvelles normes de réduction des risques. On peut par exemple imaginer des applications smartphone qui permettent de calculer son craving au jour le

jour, d'indiquer l'endroit le plus proche ou l'on puisse trouver du matériel de réduction des risques gratuitement, etc.…

1.4. Organiser des maraudes virtuelles

L'aller vers est une composante essentielle de la réduction des risques. Il permet d'aller sur les lieux de vie des consommateurs pour découvrir de nouveaux publics, de nouvelles pratiques. Cet aller vers a une traduction internet, les maraudes virtuelles.

Il existe déjà une association d'usagers de NPS, « Not for Human », qui fait des maraudes virtuelles bénévolement pour faire de la RdR sur les nouveaux produits de synthèse sur les forums généralistes que sont doctissimo ou jeuxvideo.com. Mais n'ayant pas de financement, ils risquent de s'épuiser.

De la même manière, des intervenants professionnels pourraient faire de la réduction des risques sur les nouveaux lieux de vie des usagers que sont les réseaux sociaux, en particulier sur Facebook, avec ses nouvelles manières de consommer comme les apéros facebook ou les defis tels que la Neknomination[11].

1.5. Rapprocher la réduction des risques de l'acte d'achat de drogues

Pour des raisons pratiques et politiques, il a toujours été très difficile aux acteurs de la réduction des risques de travailler à ce que les dealers fassent de la RdR avec leurs clients. L'exemple français le plus avancé est le travail de Vincent Benso qui a réalisé une recherche-action sur la réduction des risques avec les usagers-revendeurs.[12]

Avec internet, il est beaucoup plus facile de faire de la réduction des risques avec les sites de ventes : les supermarchés en ligne, précurseurs, intègrent des forums de discussion sur la RdR, ou permettent de proposer au consommateur l'analyse de leur produit juste après l'achat comme l'a fait Doctor X.

Pour les NPS, il serait souhaitable que les communautés internet de consommateurs et le dispositif CAARUD-CSAPA puissent diffuser des messages d'informations comparées et critiques sur les principaux sites de vente.

1.6. Former les professionnels des CSAPA-CAARUD aux NPS et à la révolution internet des drogues

Faute de formation à la révolution internet des CAARUD et CSAPA, le dispositif institutionnel risque d'être complètement dépassé, comme le système de soin des années 80-90 l'a été par l'arrivée du Sida et de la réduction des risques. Le dispositif est menacé d'obsolescence, accueillant toujours les mêmes usagers vieillissants et étant incapable de renouveler ses files actives avec les jeunes générations.

11 http://abonnes.lemonde.fr/economie/article/2014/02/18/c-est-pas-du-jeu_4368502_3234.html
12 http://www.pistes.fr/swaps/59_236.htm

2. Renforcer l'analyse de produit

Avec l'apparition des NPS qui multiplient le nombre de drogues présentes sur le marché, l'analyse de produit à destination des usagers pour les aider à réduire les risques devient essentiel.

2.1. Autoriser à nouveau les tests colorimétriques (dit de marquis)

La manipulation des tests de marquis par les professionnels a été interdite dans le référentiel de RdR en 2004. Mais d'une part ils sont en vente sur internet, disponibles pour chaque usager, et d'autre part ils répondent à une problématique actuelle sur les NPS : dans les milieux festifs certains vendeurs remplacent les produits tel que LSD, ecstasy, cocaïne par des NPS qui les imitent, tout en ne disant pas que ce sont des NPS. Or les NPS sont souvent de meilleure qualité, plus puissants, et agissent plus longtemps. Les personnes non averties peuvent ainsi se retrouver à l'hôpital après avoir consommé des NPS sans le savoir. C'est ce qui est arrivé notamment dans la région de Bordeaux, où des dealers ont remplacé la kétamine par la méthoxetamine.[13] Les tests colorimétriques peuvent permettre de discriminer à moindre coût (moins de 2 euros par test) les NPS des produits comme le LSD, le MDMA ou la cocaïne. Il conviendrait donc que les CAARUD et les CSAPA puissent en commander, les distribuer aux usagers et leur montrer comment s'en servir.

2.2. Faire évoluer le dispositif SINTES en « Wedinos »

Le dispositif SINTES d'analyse de produits psychoactifs (qui est réalisé par l'OFDT) n'est pas calibré pour être une aide à la réduction des risques pour les usagers. Il vise essentiellement à documenter la composition des produits circulants, illicites ou non réglementés (dosage, identification de nouvelles molécules et logos), à partir des résultats de l'analyse des saisies effectuées par les services répressifs d'une part et des collectes de produits réalisées par des acteurs socio-sanitaires directement auprès des usagers d'autre part.[14] Le seul service rendu aux usagers est de pouvoir alerter les pouvoirs publics si SINTES identifie un produit très dangereux. L'analyse de produit est souvent rendue à l'usager plusieurs semaines après la collecte, ce qui en réduit fortement l'intérêt pour les usagers.

Ce dispositif pourrait être plus utile pour les usagers si il ne se limitait pas à l'observation et leur permettait de faire analyser rapidement la composition d'une drogue pour en réduire les risques liés à son usage. L'exemple du dispositif du ministère de la santé Gallois Wedinos[15] est parlant. Cette initiative a trois volets : la réception de tests d'échantillons anonymes, la publication rapide des résultats, l'accès public (contrairement à SINTES) à ces analyses sur internet, accompagné de messages de réduction des risques spécifiques à l'analyse. Ainsi, Wedinos permet non seulement de suivre les tendances dans l'utilisation de nouvelles substances, mais il apporte de l'aide pour prévenir les dommages associés aux nouvelles substances psychoactives en fournissant des informations ciblées et des conseils aux usagers de drogues.[16]

SINTES vient de s'engager un peu dans cette voie en mettant pour la première fois un condensé de leurs résultats d'analyse à disposition du public. Le numéro 1 de « Point SINTES », « la nouvelle publication de l'OFDT dédiée aux analyses des drogues en France » vient de sortir. Si cette nouvelle publication va sans conteste aider les acteurs de la réduction des risques et les

13 https://www.psychoactif.org/forum/t7845-p1-Mxe-vendue-place-ketamine-dans-region-sud-ouest.html
14 http://www.ofdt.fr/enquetes-et-dispositifs/sintes/
15 http://www.wedinos.org/about_us.html
16 https://www.perkinelmer.com/pdfs/downloads/CST_Llandough-Hosp-WEDINOS-011760_01.pdf

usagers, il manque un volet important qui est l'analyse rapide des drogues collectées, en rendant des comptes tout aussi rapidement aux usagers qui donnent leur produit.

2.3. Faire évoluer TREND[17] (Tendances récentes et nouvelles drogues) (autre programme de l'OFDT) qui a pour objectif principal d'identifier et de décrire l'évolution des tendances et des phénomènes émergents liés aux produits psychotropes illicites ou détournés de leur usage.). Sous-financé, il est actuellement en danger et des évolutions pourraient être envisagées pour renforcer son utilité. Les observations de terrains sur les nouvelles tendances pourraient être analysées par un groupe d'experts et d'usagers chargés de réfléchir à de nouvelles méthodes de réduction des risques pour répondre à ces phénomènes émergents.

3. Financer la recherche sur la révolution internet des drogues

Qu'apportent aux usagers les communautés internet ou le programme de RdR à distance ? Est-ce qu'ils améliorent leurs pratiques, leur vie, est ce qu'ils permettent de réduire les risques ? Est-ce que les supermarchés en ligne réduisent les dommages liés au trafic de drogues, permettent-il de réduire les risques liés à l'usage ? Quels sont les NPS les plus consommés, pourquoi, quels sont les dommages qu'ils provoquent ?

Les phénomènes comme les supermarchés des drogues en ligne, les communautés internet d'usagers ou les NPS sont encore très peu étudiés aujourd'hui par les chercheurs. Répondre à ces questions permettrait pourtant d'orienter plus efficacement les réponses des pouvoirs publics.

4. Distinguer les NPS à faible risque des autres au niveau de la politique des drogues

Avec l'émergence de centaine de NPS différents, les interdire tous ou presque comme le fait actuellement la France par famille entière, revient à ne rien faire, puisqu'on met les drogues les plus dangereuses et les drogues à faible risque à égalité.

Cela peut être même contre-productif puisque la pénalisation de l'usage des NPS peut avoir pour effet le déplacement du problème en incitant les producteurs à inventer sans cesse de nouvelles molécules échappant à la législation, avec le risque d'apparition d'une molécule de remplacement plus nocive que la précédente.

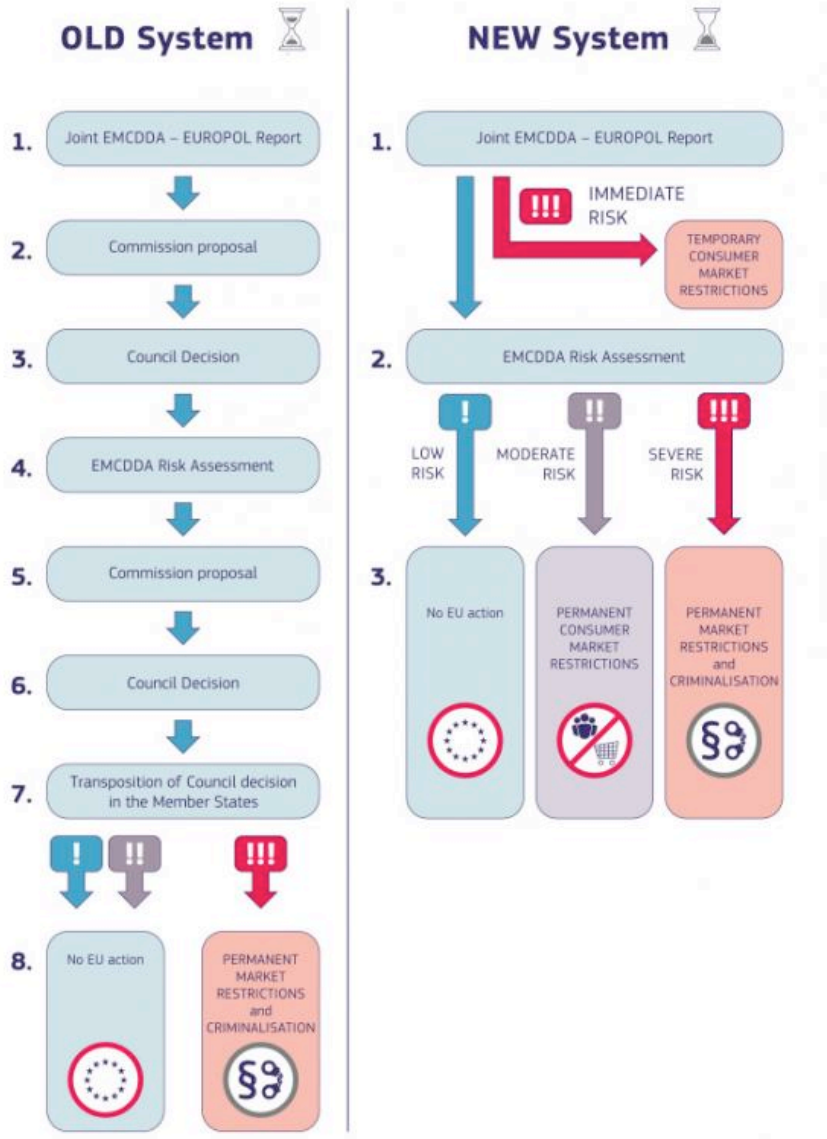
La seule approche réaliste pour limiter les dommages et réduire les risques est de discriminer les NPS à faibles risques des autres. C'est l'essence même de la RdRD.

Certains pays comme la Nouvelle Zélande proposent d'agir ainsi en créant un marché légal pour celles dont l'industrie a pu prouver qu'elles étaient à faible risque (avec le même schéma que pour la mise sur le marché des médicaments)[18].

C'est aussi le cas de la Commission Européenne qui propose aux Etats Membres de l'UE d'agir différemment pour les NPS à faibles risques, ceux à risque moyen, et ceux à haut risque[19], et de ne réprimer la consommation que si la drogue est à haut risque de dommage (cf schéma plus bas).

17 http://www.ofdt.fr/enquetes-et-dispositifs/trend/
18 http://drogues.blog.lemonde.fr/2013/09/02/nouvelle-zelande-feu-vert-pour-les-legal-high/
19 http://idpc.net/alerts/2013/09/european-commission-takes-decisive-action-on-legal-highs

L'émergence des NPS doit conduire à repenser la politique des drogues française, afin notamment de différencier la qualification juridiques des actes de vente et de consommation selon les NPS à haut risque, à risque moyen, et à faible risque.



Nouveau schéma d'intervention proposé par la Commission Européenne[20]

Conclusion

Avec internet, la RdRD est en train de se réinventer. C'est la seconde vague après la lutte contre le VIH qui a créé la RdRD en France il y a 25 ans.

Les initiatives fourmillent, créées souvent par des acteurs (plateforme de vente, consommateurs…) qui ne sont pas du dispositif de RdRD.

20 http://idpc.net/alerts/2013/09/european-commission-takes-decisive-action-on-legal-highs

Les initiatives fourmillent mais ne sont pas financées. Leur financement est d'autant plus difficile qu'elles ne correspondent pas aux cadres de financement habituels. Ces initiatives sont à la fois nationales et décentralisées, difficilement repérables par des financeurs qui n'ont pas encore intégré l'apport des nouvelles technologies.

Il faudra bien sûr évaluer ces initiatives, mais il faudra surtout les intégrer au dispositif officiel d'une manière ou d'une autre, si l'on veut que la RdRD s'adapte à la révolution internet (des drogues) et ne devienne pas en grande partie obsolète.

Références

Aide mémoire de la réduction des risques en Addictologie
Alain Morel, Pierre Chappard, Jean-Pierre Couteron, Edition Dunod (2012)

Tendance, Nouveaux produits de synthèse et internet (OFDT), Emanuelle Lahaye, Magali Martinez, Angnes Cadet-Tairou,

Drugs 2.0: The Web Revolution That's Changing How the World Gets High, by Mike Power

Blog "Un monde cent drogues", co-animé par Pierre Chappard et Jean-Pierre Couteron

Pikhal et Tikhal , Alexander Shulgin, Transforme Press, Berkeley, California (1997)

La réduction des risques : le nouveau paradigme des addictions ?
Actal, Les cahiers thématiques de la fédération addiction

The Internet and drug markets. Summary of results from an EMCDDA Trendspotter study, EMCDDA, Lisbon, January 2015

Drogues, faut il interdire ?
Alain Morel, Jean-Pierre Couteron, Collection Tendance Psy, Edition Dunod (2011)

Peut on civiliser les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques
Anne Coppel, Edition La Découverte – Alternative Sociale (2002)

Drogues, consommation interdite, le génèse de la loi du 31 décembre 1970
Bernat de Celis, Edition L'Harmattan (1996)

J'accuse ces mensonges qui tuent les drogués
Annie Mino, Edition Calman-Levy (1996)

Sociologie de la drogue
Henri Bergeron, Edition La Découverte (2009)

La dangerosité des drogues
Bernard Roques et al, Edition Odile Jacob (1999)

Comment prendre en compte les phénomènes émergents (nouveaux produits de synthèse, nouveaux publics, etc.) et trouver des réponses adaptées ?
Comment permettre au dispositif de RdRD de s'actualiser/s'adapter en permanence en fonction de l'évolution des usages et des problèmes liés aux usages ?

Fabrice PEREZ
Chargé de communication AFR / ASUD / Techno+
Paris
06 07 29 98 74
fabrice@culturedrogues.fr

« Il faut sans cesse s'appuyer sur une avant-garde agissante. Il n'existe jamais de consensus préalable à l'innovation. On n'avance pas à partir d'une opinion moyenne qui est, non pas démocratique, mais médiocratique ; on avance à partir d'une passion créatrice.
Toute innovation transformatrice est d'abord une déviance. »
Edgar Morin, interview, Le Monde, 25/10/2013

Acteur de terrain avant tout, formé sur le tas, autodidacte sur de nombreux sujet, il est probable que ce rapport pèche par son manque de formalisme académique. Je suis reconnaissant de l'occasion qui m'est donnée ici de partager mon expérience de 15 ans sur de nombreux projets que l'on peut qualifier d'innovants, ou tout du moins de novateurs. Cette recherche permanente de faire évoluer les pratiques de RdR est la seule raison légitime qui me place ici au rang des experts auprès de la commission d'audition. Ma présence sonne donc comme la volonté de prendre en compte une histoire de la RdR, ses valeurs et ses méthodes que je vais tâcher de représenter au mieux.

Après tout ce temps je suis encore étonné, de constater à quel point notre secteur spécialisé est friand, à l'affût des phénomènes émergents mais en même temps tellement frileux et sclérosé dès qu'il s'agit de les *prendre en compte* et d'évoluer pour cela. Dans mon parcours, j'ai entendu mille excuses la part de collègues, de partenaires, de dirigeants ou de décideurs publics ou privés pour ne pas avoir à porter la responsabilité d'innover malgré le vif intérêt pour les phénomènes émergents pour lesquels j'ai été mille fois encouragé et remercié d'avoir porté à leur connaissance. *« trop risqué juridiquement », « les gens ne sont pas prêts », « cela va inciter à la consommation », « ce qui se fait ailleurs n'est pas applicable ici », « nous n'avons pas les moyens ou les ressources suffisants »*... Bien sûr à chaque fois le projet était *« très intéressant »*. Ce paradoxe est à l'image de l'intense fascination que notre société entretien pour les drogues et les drogués qu'elle garde à bonne distance dans son collimateur fait de science et d'opinion et qui une fois face à la tangibilité du pouvoir d'agir ne sait plus quoi dire ni quoi faire sauf remettre de la distance et revenir dans sa zone de confort. Pour la question qui m'a été posée, je crois que la notion de distance est essentielle.

En tant que bénévole puis professionnel j'ai pu participer à la conception ou l'évolution de projets[1] et parfois même de les porter tels que :

- l'action en milieu festif alternatif techno, sa transposition aux scènes officielles dont les établissements de nuit
- l'analyse des produits, du testing à TEDI[2] en passant par la CCM et SINTES

1 Je ne détaillerai pas ici ses projets mais reste disponible pour échanger là-dessus.
2 TransEuropeanDrugInformation, projet du réseau NEWnet (safernightlife.org) des opérateurs de RdR festive.

- les espaces de consommations et l'accompagnement de celles-ci
- l'envoi postal de matériel de RdR et plus généralement les moyens de mener des actions à distance,via internet notamment en utilisant le web, la vidéo, les médias sociaux et applications smartphone
- la RdR pour les revendeurs de drogues
- des actions en lien avec les RC / NSP
- ...

Précision importante : ces projets ont tous été menés dans des équipes que je qualifie d'*« au plus près des usages »* dans une démarche de santé communautaire.
J'insiste sur cet aspect qui, sans être l'unique voie, m'a convaincu de sa remarquable efficacité à pouvoir répondre à lui seul à la triple question posée ici : le repérage des phénomènes émergents, la construction d'une réponse adaptée et la pérennisation du processus évolutif.

Dans la démarche de santé communautaire, il est intéressant de constater que les pratiques émergentes liées aux drogues et les pratiques émergentes de RdR se superposent.
L'adéquation devient alors naturelle entre les besoins exprimés des utilisateurs de drogues et les réponses de santé des intervenants. Elle est sublimée lorsque ces 2 groupes n'en font plus qu'un. Sans cela, la réponse RdR (voire la réponse tout court) est en retard ou inexistante. J'ai pu constater au sein de groupes spécifiques dans les milieux festifs ou les communautés virtuelles, que la réponse communautaire, que l'on pourrait qualifier de RdR, mais qui souvent ignore ce terme en réalité, se fait totalement en dehors du dispositif institutionnel de RdRD[3]. Ces réponses RdR existantes sont tout aussi invisibles que les fameux usagers cachés. Trouver les unes revient souvent à trouver les autres et inversement. Ceci est d'autant plus vrai qu'aujourd'hui, sans commune mesure avec le contexte 15 ans en arrière dans lequel j'ai commencé, l'information précise et objective, premier maillon de la réponse RdR, est largement disponible. L'idée de la RdR elle-même, en tant qu'accompagnement des consommations, est naturellement intégrée par les nouvelles générations d'utilisateurs de drogues, que l'ont peut qualifier de *natifs de la RdR*. Cela permet individuellement ou collectivement d'élaborer une stratégie de consommation. Avec un minimum de 17 millions d'expérimentateurs de drogues illicites en France en 2014[4], on est en droit d'imaginer que de nombreuses réponses RdR n'ont pas encore été identifiées pas plus que les phénomènes nouveaux et les publics concernés. Les observatoires et le déploiement de la RdR ont donc une marge d'évolution considérable.

Rappelons-nous également, que l'usage de drogues, mais aussi le transport, la production, la présentation sous un jour favorable, la facilitation de l'usage, etc. sont sévèrement sanctionnés par la loi, faisant ainsi *de facto* **un lien intrinsèque entre la clandestinité et tout acte lié aux drogues y compris ceux en rapport avec la préservation de la santé**. A cela s'ajoute pour l'opinion public un jugement moral réprobateur de l'usage de drogues. Cette double caractéristique non négligeable rend l'observation et le repérage des phénomènes plus difficiles qu'ailleurs et complique également la construction des réponses par le dispositif de RdRD surtout si ces réponses doivent s'officialiser. **Le risque juridique et le rejet moral n'étant jamais nuls, j'ai pu constater que ce n'est qu'en s'en affranchissant que les réponses les plus adaptées surgissent et peuvent se généraliser.**

Comment les actions de RdR ont-elles évoluées depuis 30 ans avec les usages ?

L'enjeu est de faire sortir de la clandestinité les phénomènes émergents voire les pratiques innovantes de RdR. Franchir ce pas n'est pas aisé et nécessite des conditions particulières

3 Dans ce document les expressions « dispositif de RdRD » ou dispositif institutionnel de RdRD » désignent les opérateurs médico-sociaux agréés. L'expression « RdR » toute seule désigne les principes de la réduction des risques indépendamment du statut de l'acteur qui les met en œuvre.

4 OFDT, Synthèse thématique : vue d'ensemble / toutes drogues, 2015

permettant ou justifiant cette prise de risque. Distinguons les trois grandes vagues générationnelles, pas spécifiques à la France, qui ont permis au dispositif de RdR de s'actualiser.

1) **La génération SIDA des années 80.** La communauté des injecteurs subie gravement l'épidémie de VIH et réclame le droit de survivre. Des professionnels à leur contact, *« au plus près des usages »*, constatent les dégâts et s'engagent à leur côté. L'importance de l'urgence sanitaire surpasse le cadre légal qui libère la créativité des intervenants (professionnels et communautaires) en mettant en œuvre les actions nécessaires. Acteurs emblématiques de la démarche : Médecins du Monde, AIDES, ASUD, Limiter la casse...
2) **La génération festive des années 90.** La culture techno, dont l'usage de drogues fait partie intégrante, devient un phénomène de masse. Cette tendance est désignée par les médias et les politiques comme un problème sécuritaire et sanitaire. L'éducation et la prise en charge orale et discrète par les pairs des nouveaux venus ne sont plus suffisantes. Des acteurs du mouvement musical décident d'assumer cet aspect de leur culture, deviennent intervenants et profitent à la fois de brèche ouverte par la génération précédente et du caractère éphémère des événements pour s'affranchir du cadre légal en créant et dispensant des informations, du matériel et des services d'accompagnement des consommations avant, pendant, après. Acteurs emblématiques de la démarche : le Tipi, Techno+, Keep Smiling, Spiritek... D'autres acteurs de la génération précédente leur emboîtent ensuite le pas.
3) **La génération internet des années 2010.** L'anonymat que procure internet est propice à la constitution de communautés virtuelles autour de la consommation de drogues sans craindre le cadre légal. D'abord underground dans les années 2000, ces communautés accumulent un important savoir autour des substances allié à une grande réactivité vis à vis des nouveaux phénomènes. Elles adaptent au média internet les actions menées par les générations RdR précédentes. Ces communautés jouent aujourd'hui un rôle très important dans la promotion de la RdR auprès d'un large public et façonnent le rapport aux drogues de milliers, peut-être de million de natifs de la RdR[5]. L'arrivée sur le devant de la scène médiatique de l'offre de drogues en ligne et la vague des fameux RC / euphorisants légaux, imposent ces communautés virtuelles comme des références en la matière nettement en avance à la fois sur les intervenants de terrain et les connaissances scientifiques. Acteurs emblématiques de la démarche : Psychonaut.com, Lucid-state.og, Psychoactif.fr, Not for Human...

Dans cette chronologie notons que la dernière vague de transformation n'est pas terminée. Et pour la question qui nous intéresse ici, savoir si le dispositif de RdRD peut s'adapter, cela revient à se demander s'il est capable d'intégrer dans son ADN, les évolutions de la dernière génération. Pour cela demandons-nous si les générations précédentes ont été correctement intégrées ? C'est à dire en respectant les différents critères énoncés : être au plus près de l'usage, favoriser une démarche communautaire, savoir s'affranchir du cadre moral et légal dominant sur l'usage de drogue.

Le difficile processus d'intégration et de reconnaissance

La première génération, à considérer comme fondatrice, a bataillé ferme pour sa reconnaissance légale et sa pérennisation. La distribution des seringues et autres matériels, la diffusion d'information, la participation des utilisateurs de drogues aux actions, etc. Autant de principes consacrés par la loi de santé de 2004 tant qu'il s'agit de réduire les risques... infectieux. La génération suivante, pour laquelle le risque infectieux est loin d'être prioritaire, a été oubliée. Le cadre visant à transformer les boutiques RdR bas-seuil de l'époque en CAARUD et les intervenants en travailleurs sociaux, a exclu la quasi-totalité des acteurs spécialisés des milieux festifs. En effet le cahier des charges des établissements médico-sociaux est en grande partie très contraignant voire incompatible avec l'intervention en milieux festifs qui n'est qu'une mission

5 THIMOREAU J., Les défis de la Réduction des Risques face à Internet, L'exemple des forums d'usagers de drogues, Université Paris-Est, 2014-10

annexe : nécessité d'un lieux d'accueil fixe ou régulier, travail le weekend et de nuit sur de longues plages horaires, diplômes spécifiques... sans compter l'interdiction légale du testing, outil phare de cette génération, ou encore le mode de gestion, souvent communautaire et/ou bénévole, de ses programmes festifs rentrant difficilement dans les grilles organisationnelles imposées. La seconde génération a survécu mais il y a eu de la déperdition. Tandis que pour la première se pose la question de son héritage car aucune formation spécifique à la RdRD n'entre dans le cursus des travailleurs sociaux amené à y travailler. L'offre de formation déjà limitée avant l'arrêt des activités de l'AFR est quasi-exclusivement interne au secteur. La transmission des stratégies et des techniques de RdR repose donc sur les opérateurs eux-mêmes au risque de créer d'importantes disparités de pratiques d'un organisme à un autre, d'un territoire à un autre. Les référentiels d'intervention en milieux festifs commandés par la MILDT dès 2000[6] ou la DGS en 2011[7] n'ont ni été traduits dans les textes légaux, ni permis de pérenniser les acteurs du milieu festif à la hauteur de leurs prédécesseurs. Le plan actuel de la MILD&CA prévoit un nouveau référentiel des actions en milieux festifs. Aura-t-il plus d'impact ?
Il aura fallu presque 10 ans pour commencer à voir un modèle intégrant cette génération au dispositif actuel. Ce modèle est celui d'une équipe mêlant professionnels et bénévoles communautaire chapeautée par un salarié référent au sein d'un CAARUD ou d'un groupement d'établissements. Le rattachement d'une mission festive à un CAARUD est trop souvent artificiel (décalage de posture entre l'accueil en boutique et celui en festif) ou trop souvent atrophié (l'activité festive reste anecdotique) pour que l'équipe qui en a la charge puisse prendre du recul sur sa pratique et développer vraiment cette activité. Ce sont des choix de politique interne et/ou des tutelles.

Faute d'avoir pu totalement intégrer le dispositif institutionnel de RdRD, les actions de RdR festive ont pris de nouvelles formes. Les lacunes juridiques de la loi de 2004, a rendu la RdR festive suspecte. Pour dépasser cela, des acteurs de la RdR festive qui ont voulu développer leur action dans les milieux officiels (festivals, boites de nuits, bars, salle de concert...), sauf contexte local plus favorable, ont dû procéder à de nouveaux montages de projets incluant les pouvoirs publics locaux (Villes, ARS, Préfectures). Ces projets locaux intégrés dont la réduction des risques liés aux usages de drogues (alcool et tabac compris) est bien souvent l'objectif principal, ne s'en revendiquent pas toujours et préfèrent se présenter comme des actions de prévention généraliste ou de promotion de la santé. Fêtez Clairs[8] à Paris ou Plus Belle La Nuit[9] à Marseille sont des exemples de cette démarche.
A côté de cela, principalement les programmes issus des milieux étudiants ou ceux du secteur de l'alcoologie, ont au fil du temps intégré les actions, outils et services de RdR sans forcément s'en revendiquer, préférant comme les projets locaux intégrés cités précédemment, s'inclure dans une démarche plus large de prévention ou de promotion de la santé.
Actuellement on peut déjà considérer que le dispositif de RdRD ne recouvre pas l'ensemble des opérateurs menant des actions de RdR car un nombre non négligeable d'entre eux ne s'identifient pas au sein du champ médico-social ni dans le mouvement plus large de la RdR ou alors d'assez loin.
Autrement dit, il semble sage de se poser la question de la pertinence à vouloir englober l'ensemble des actons de RdR dans un cadre médico-social. Or aujourd'hui c'est le cadre le plus pérenne qui est offerts aux acteurs de RdRD. A part le CAARUD Spiritek à Lille issu de la génération festive et essentiellement dédié à ce domaine d'action, aucun des opérateurs spécialisés n'est aujourd'hui pérennisé à ce niveau. J'avais déjà pu porter ce constat accompagné de recommandations auprès de la MILD&CA lors de la préparation du dernier plan

6 AFR Cahier des charges des " interventions liées aux usages de produits psycho-actifs en milieux et lieux festifs, 2001, à la demande de la MILDT
7 Pôle Festif, Référentiel national des interventions de RdR en milieux festifs, 2012
8 http://fetez-clairs.org
9 http://www.plusbellelanuit.org

gouvernemental[10].

Ce qui s'est passé pour la génération festive, montre bien les difficultés d'adaptation puisque des solutions ont dû être trouvées hors du dispositif de RdRD.

« La RdR n'est pas hors-la-loi, elle est avant la loi. »
Phrase entendue de nombreuse fois dans les colloques spécialisés

La loi a mis 20 ans pour reconnaître la RdR de la génération SIDA (loi du 9 août 2004), encore 20 ans pour reconnaître la RdR de la génération festive (loi du 26 janvier 2016). Et nous sommes bien partis pour qu'elle mette 20 ans à reconnaître la RdR de la génération internet.
Légalement, la RdR sort à peine officiellement des risques infectieux et reconnaît l'analyse des produits comme l'un de ses outils. Ce changement, certes, extrêmement important est-il suffisant pour répondre aux défis posés par les phénomènes actuels liés aux drogues ?
Il est très probable que non. L'institutionnalisation et sa base légale, telle qu'elle a été conçue, constitue un frein important à l'innovation en définissant (figeant ?) ce qui était de la RdR, sous-entendu que le reste n'en est pas, malgré l'article X de l'annexe 31-2 du code de la santé publique (décret référentiel du 14 avril 2005) qui prévoit l'expérimentation de nouveaux outils ou stratégies. L'*« effet mammouth »* est flagrant ces dernières années pour la mise en place ou l'évolution d'outils ou de stratégies que l'on peut pourtant considérer comme issus de la première génération tel les espaces de consommations, les trousses pour l'injection, les kits base, les TSO... pour les autres stratégies non liées aux risques infectieux c'est pire !

À l'échelle nationale nous avons un bloc monolithique très difficile à faire évoluer. À l'échelle locale, nous avons une logique gestionnaire de regroupement des opérateurs qui favorise les opérateurs uniques multi-cartes et l'exclusion des nouveaux porteurs de projets innovants plus spécialisés. Or l'histoire nous a montré que l'innovation vient rarement de l'intérieur du système mais de sa marge.

Le rôle fondamental des observatoires

Après ce long constat qui ne se veut pas défaitiste mais qui au contraire permettra, je l'espère, de mieux mesurer l'ampleur de la tâche et les conditions structurelles requises pour cela, voyons comment mieux repérer et mesurer les évolutions des phénomènes liés aux drogues.

Les phénomènes émergents sont le plus souvent des phénomènes de contournement et/ou de réaction au changement du cadre d'usage. Le cadre légal tient une place particulièrement importante car le contournement de ce cadre est à l'origine de nombreuses évolutions (toutes substances confondues). Les observatoires ont pour habitudes de rapporter les déterminants environnementaux responsable de ses évolutions. Voici quelques exemples :

- ➔ Le cadre légal ou réglementaire et son application
  - × L'essor des Research Chemical, ses substances sans statut juridique, est une réponse au nombre croissant de substances classées comme stupéfiant
  - × Avec la mise en place des dépistages salivaires certaines consommations de produits ont été reportées sur des substances non détectées par ces tests
- ➔ L'offre de produits (accessibilité, diversité, qualité, prix)
  - × L'achat de drogues en ligne sur le web ou le darknet attire un nouveau public de consommateurs pour lesquels tout un éventail de produits est disponible pour un risque judiciaire faible
- ➔ La finalité de l'usage (récréative, spirituelle, thérapeutique, dopante)
  - × Le recherche d'une défonce puissante mène à des techniques permettant l'absorption

10 AFR, Techno+, Recommandations en matière de politique des drogues pour la France et l'Europe, 2012

rapide de produits le plus concentré possible comme l'injection pour les produits solubles ou le dab pour le cannabis

➔ Les perceptions sociales du produit, de l'usage (dans la population générale, dans des groupes de populations spécifiques)
- La consommation de cocaïne est une norme dans certains milieux professionnels qui banalise sa consommation
- La pratique de l'injection est très stigmatisée chez les consommateurs récréatifs du milieu techno ce qui rend difficile le travail auprès de ce public

Une piste que je suis tenté de soumettre à la commission d'audition, est de prévenir les phénomènes émergents plutôt que de les attendre comme des fatalités. Cette voie proactive ce révélera trop rapidement bouchée malheureusement car menant sans surprise à une réforme radicale de notre politique des drogues visant à en finir avec l'approche prohibitionniste. En accord avec les travaux David Nutt[11] je plaiderais pour la recherche de drogues légales les moins nocives possibles en remplacement de l'offre l'actuelle y compris l'offre légale d'alcool et de tabac. N'est-ce pas finalement l'enjeu du débat sur la cigarette électronique ?
Mais la voie réactive est aujourd'hui l'approche consensuelle, attardons-nous donc sur elle...

L'OFDT mène un travail, de veille, de synthèse et de diffusion, rigoureux et de qualité sur l'ensemble de des déterminants listés plus haut au niveau national. Les ORS, les CEIP, les centres d'addicto-vigilance, les groupes de recherches spécialisés... lorsqu'ils existent, sont aussi précieux au niveau local. Mais cet enchevêtrement des réseaux de veilles ne devrait pas affecter la fluidité de la circulation de l'information indispensable à la réactivité des actions. Cela nécessite de la coordination et de partager un format commun de recueil d'information voire les mêmes bases de données.
Connaître, est une condition nécessaire mais pas suffisante pour *prendre en compte*, *réagir* face à des phénomènes émergents. La *prise en compte* doit ensuite se décliner aux niveaux politiques et opérationnels. Comme le répètent inlassablement les personnes qui y travaillent, *« l'OFDT n'est pas un outil de RdR »*.
Pourtant, tout ce qui permet à l'OFDT d'observer les phénomènes des drogues et le fait que la plupart de ses productions soient publiques favorisent grandement l'adaptation du dispositif de RdRD et ses satellites les plus proches. Les acteurs de RdR les plus proactifs en matière de réponse aux phénomènes émergents sont mis en réseau d'une manière ou d'une autre par des programmes TREND et SINTES. La structuration du recueil des données nécessaires à l'OFDT, est la première brique de la structuration d'un réseau des acteurs de RdR les plus réactifs, ceux là n'ont pas besoin des rapports de l'OFDT pour détecter les nouveautés, puisqu'ils les vivent et les co-construisent. Il serait extrêmement intéressant de se pencher sur les profils des enquêteurs TREND, des collecteurs SINTES et leurs coordinateurs comme le CESDIP s'était penché sur les intervenants de RdR[12]. Pour ce que j'en connais nous retrouvons dans ces avant-postes de la politique des drogues les mêmes ingrédients précédemment évoqués comme catalyseur de l'évolution de cette même politique : proximité de l'usage, démarche communautaire, un dépassement, au nom de la science cette fois-ci, du cadre légal et moral sur l'usage de drogue. C'est bien cette matière première, mélangée à d'autres sources, que l'OFDT transforme en données scientifiques qui auto-alimentent le cercle vertueux de la connaissance des phénomènes émergents auprès de son propre réseau mais aussi auprès des électron-libres de la RdR. L'OFDT a par ailleurs une bonne réputation auprès de la génération internet qui s'y abreuve abondamment. Réciproquement l'OFDT s'intéresse via le projet I-TREND à cette génération et ses pratiques liées à internet et aux NSP contrairement au dispositif de RdRD qui peine à évoluer en ce sens. I-

11 NUTT D., Drugs without the hot air, UIT Cambridge, 2012
12 BARRÉ M-D, BÉNEC'H-LE ROUX P., Approche sociologique des acteurs de première ligne, travaillant dans le cadre de la politique de réduction des risques liés à la toxicomanie, CESDIP, 2004

TREND[13] qui vise à créer une méthodologie d'observation, partiellement automatisée, du marché des drogues en ligne, est remarquable par ses ambitions et son actualité.

Le rôle des programmes TREND/SINTES est fondamental. J'émets donc l'hypothèse que la façon dont vont évoluer ces programmes impactera significativement le dynamisme du dispositif de RdRD, sa capacité d'adaptation et sa cohérence globale. Néanmoins ses programmes vieillissent et n'ont que très peu évolué méthodologiquement depuis leur création. Il convient expressément de les maintenir en les rénovant.

Ce qui fait de TREND/SINTES un élément à part est l'implication requise par les équipes de RdR. L'OFDT ne peut se contenter d'observer de loin. Les personnes chargées de faire remonter les informations prennent appui sur les intervenants et réciproquement SINTES, l'analyse des produits, est mis à profit par les équipes comme un service annexe. **C'est ce rapport gagnant-gagnant entre observation scientifique et service rendu qu'il faut étendre à de nouvelles approches. On peut de plus questionner le fait que ces programmes ne soient présents que partiellement sur le territoire national.**

Sans rien retirer à ce que je viens de décrire, les observatoires pourraient compléter l'existant par des modalités de recueil de données directement à partir des consommateurs eux-mêmes. En effet le modèle pyramidal par cooptation souffre de nombreux défauts qui limitent l'accès à certains publics et la possibilité de recevoir certains signaux. La méthodologie d'enquête sur laquelle s'appuie la Global Drug Survey (GDS)[14] pour quantifier et qualifier le phénomène des drogues (toutes substances confondues) est très intéressante. On peut la comparer à une sorte de Baromètre Santé annuel dédié à la population des consommateurs de produits psycho-actifs dont le questionnaire en ligne est auto-administré. Le recrutement des répondants se fait par voie de presse (en France, Libération, les Inrocks, Vice, 20 minutes y participent) et se double d'un relais d'information par les acteurs de l'addictologie, surtout ceux de la RdR mais aussi par les communautés de consommateurs. Cette méthodologie inclut une pédagogie auprès du public cible dont il faut gagner la confiance pour répondre sur un tel sujet. Là où réside l'innovation pour ce type de recherche est que les répondants peuvent tout de suite voir leur intérêt à répondre à ce genre d'enquête. Ce n'est plus un service que l'on fait pour l'intérêt général qui peut-être nous bénéficiera. Les outils d'enquêtes de la GDS sont aussi des services aux consommateurs. Son but affiché est d'ailleurs de « *rendre les drogues, légales ou non, plus sûres pour ceux qui en prennent* ». Pour cela GDS propose diverses applications pour téléphones et rubriques d'information sur son site web directement puisées dans l'analyse des réponses dans le plus pur style actuel des agrégats massifs de données personnelles anonymisées. Le répondant peut alors situer sa consommation par rapport aux autres, consulter les statistiques sur les effets négatifs des drogues ou la popularité de certaines stratégies de consommation visant à réduire les risques.

Voici 2 autres exemples étrangers nationaux qui associent veille sur les produits en circulation et service aux consommateurs.
Au Pays de Galles, depuis 2009, le programme WEDINOS[15] porté l'Institut de Santé Public Gallois, propose aux consommateurs via une centaine de points de collecte, d'analyser des échantillons de produits accompagnés d'un questionnaire. Les résultats sont mis publiquement en ligne en moins d'une semaine. En Australie un service équivalent s'appelle ACTINOS[16].
Aux Pays-Bas, le programme DIMS[17], mené par l'Institut Trimbos, dispose de 30 points de collecte dans lesquels n'importe quel consommateur peut venir déposer un échantillon de produit qui sera

13 OEDT, The internet and drug markets, 2016
14 http://www.globaldrugsurvey.com
15 Welsh Emerging Drugs and Identification of NOvel Substances (http://wedinos.org)
16 http://actinos.org
17 http://www.drugs-test.nl/dims

analysé en une semaine. Le résultat est donné par téléphone. Pour les comprimés et les papiers buvards, après mesure, pesée et description visuelle le résultats est souvent immédiat. Une base de données nationale commune des résultats d'analyse mise à jour de façon hebdomadaire est consultée sur place. La fiabilité de cette méthode à été confirmée à 99% conforme aux résultats de laboratoire. Elle permet de répondre sans délais à 30% des demandes d'analyses. Vous comprendrez aisément qu'avec ce genre de service, les centres d'accueils pour usagers de drogues touchent davantage les consommateurs jeunes à but récréatif que le dispositif français.

L'observation des phénomènes émergents comme un service gagnant-gagnant auquel participeraient directement les consommateurs. Faire de TREND et SINTES des outils de RdR aussi facile d'accès à tous que Drogues-Info-Service sans rien enlever à leur caractère scientifiques et leur objectif de veille. Voilà une piste d'avenir.

La question de l'innovation

Innover c'est faire à la fois un pas de côté et un bond en avant. Évoluer c'est s'éloigner d'un cadre tout en faisant en sorte que celui-ci nous rattrape. Il y a plusieurs façons de faire le pas de côté qui permet de prendre du recul et d'envisager différemment les choses. Nous venons de voir que les observatoires y contribuent fortement par les informations qu'ils apportent aux acteurs. L'autre condition nécessaire est que les acteurs à leur niveau aient la possibilité de prendre le temps du recul, ce qui va souvent de paire avec une culture de l'(auto)évaluation. Il peut s'agir d'une dynamique d'équipe, de formation, de colloques... tout ce qui permet de lever le nez du guidon pour réfléchir à sa pratique individuelle ou collective, la partager, la confronter à celle des autres. Enfin le dernier élément indispensable est la capacité à expérimenter, à tester, à tenter de nouveaux outils et nouvelles stratégies de RdR. Cette étape n'est autre le fruit de toutes les précédentes. Elle doit non seulement être encouragée mais aussi accompagnée, avec objectivité et bienveillance. C'est à cette étape précise, qui ne peut viscéralement être autre chose que du bricolage, du tâtonnement, un pari, qu'en général, les réticences se manifestent.

« A celui qui ne reproduit que des pratiques traditionnelles, on ne demande rien. Il peut avoir 9% d'échec sans encourir le moindre reproche. En revanche à l'innovateur on ne pardonnera pas la moindre marge d'échec ou d'incertitude. Un innovateur doit réussir à 100%... ou bien c'est que son innovation est mauvaise ! »

Dans cet extrait, Philippe Meirieu[18], professeur émérite en sciences de l'éducation, fait référence à un mammouth bien connu, l'Éducation Nationale. Cette comparaison animale n'est pas dû tant à sa taille (un million de fonctionnaires), qu'au caractère éminemment politique de la mission dont ce service public a la charge. Chaque évolution y fait l'objet de débats, de combats idéologiques comme scientifiques qui en limitent fortement la faculté d'adaptation nécessaire pour remplir sa mission. L'Éducation Nationale n'est pas le seul éléphantidé du pays.
En s'institutionnalisant, la réduction des risques est devenue l'un des mammouths du grand troupeau étatique aux côtés d'autres spécimens plus âgés consacrés à la politique des drogues.
Preuve en est l'immense difficulté à évoluer et plus encore à innover du dispositif de RdRD quand on pense aux espaces de consommation, aux TSO, au contenu des trousses pour l'injection, aux actions sur internet, aux NSP, etc.
Ces résistances en interne sont complétées par d'autres composantes externes. Plus la connaissance des principes et pratiques de RdR se diffusent largement, plus les gens peuvent la mettent en pratique par eux-même et deviennent experts, plus il rivalisent avec le système institutionnel qui a dû mal à se remettre en cause et/ou se trouve dépassé.

Pourtant l'origine même de la RdR a produit en une petite dizaine d'année de fin 80 à fin 90 un

18 MEIRIEU P., Cahiers pédagogiques, 1986

nouveau paradigme d'accompagnement des usages de drogues en inventant des outils, des services, des processus et des aptitudes qui sont aujourd'hui les bases de la mise en œuvre de la RdRD. La capacité d'innover voire d'évoluer est aujourd'hui fortement limitée, très mal coordonnée et les processus de généralisation/pérennisation inexistants.

Je ne reviens pas sur l'aspect *limité* il a été largement évoqué précédemment. Organe exécutif étant placé auprès du premier ministre, on est en droit d'attendre de la MILD&CA qu'elle favorise et coordonne les expérimentations. Cela fait partie de ses missions. Mais ne devrait-elle pas aussi s'assurer que les expérimentations concluantes qu'elle à soutenue puisse perdurer. Tout opérateur de la politique des drogues peut constater que la MILDECA et ses représentations locales, la DGS et les ARS, et les services de santé des collectivités locales ont beaucoup de mal à s'accorder sur la mise en œuvre des actions de RdR en dehors du dispositif institutionnel de RdRD. Il n'est pas rare que ces institutions face à une réponse innovante se renvoient la balle. Quant aux projets de RdR soutenus par la Commission Européenne leur prise en compte par les institutions françaises est quasi nulle alors que l'échange avec d'autres pays est générateur de nouvelles idées essentielles à l'actualisation du dispositif de RdR.

La place des consommateurs ou la démocratisation de l'expertise

Il s'opère actuellement à grande échelle un basculement de l'expertise. Si depuis les débuts de la RdR, les consommateurs ont souvent eu une meilleure connaissance des drogues que les professionnels, ils n'ont jamais eu autant de moyens à leur disposition pour s'en servir. Le phénomène des NPS / RC / euphorisant légaux en a apporté la preuve.
Il s'est forgé une impressionnante culture alternative des drogues basée sur des références solides pré-existantes principalement états-unienne. Albert Hofmann, Timothy Leary, Terence McKenna mais surtout Alexander et Ann Shulgin incarnent alors ces repères. Des savants qui remettent en cause le dogme moral des drogues avec une approche rationnelle et qui ne nient en rien le plaisir et les potentialités qu'apportent ces produits. Leur modèle a forgé des communautés de consommateurs psychonautes capables d'apprendre à dompter collectivement une nouvelle substance. Le fer de lance de ces communautés en ligne est Erowid fondé dès 1995.
Au début de la RdR, les consommateurs des années 80/90 redécouvraient des produits déjà connus et étudiés auparavant par la médecine et/ou l'armée. Les pionnier de la RdR de l'époque devaient alors mettre à disposition du plus grand nombre les nombreuses informations existantes sur ces produits mais difficiles d'accès du fait de la loi de 70 et l'incrimination de présentation sous un jour favorable et d'incitation.
Mais aujourd'hui nous sommes face à des produits qui n'ont jamais été étudiés bien moins connus. Ce sont les consommateurs lambda, qui ensemble, tels des milliers de Shulgin sur internet, expérimentent et informent sur telle ou telle substance. Les professionnels de la RdR et des drogues, n'ont donc une fois de plus, comme aux débuts des scènes ouvertes ou des rave parties, plus aucuns repères théoriques auxquels se raccrocher et ne peuvent qu'apprendre eux-mêmes des amateurs éclairés de ces nouvelles substances pour mener des actions de RdR pertinentes. Quand ce ne sont pas ces amateurs eux-mêmes qui proposent leurs services.
Il est frappant aujourd'hui dans les colloques et les formations consacrés à la RdR combien est il est courant de citer comme des sources fiables d'information les communautés en ligne de consommateurs[19]. De plus en plus d'intervenants du dispositif institutionnel orientent également vers ces communautés voir les consultent pour répondre à leurs usagers.

Les défis d'aujourd'hui

Dans ce contexte, je vois mal comment le dispositif de RdRD va pouvoir s'adapter efficacement à la génération internet. Cette dernière pour être mise en œuvre nécessite plusieurs critères qui ne

19 Voir la webographie en fin de document.

sont pas dans les habitudes du secteur :

1. **Considérer Internet comme un territoire d'action**, ce qui revient pour ce cas à dé-territorialiser la politique de santé après avoir récemment consacré les régions via les ARS comme échelons de référence
2. **Valider la fourniture de service RdR à distance** et donc que les critères médico-sociaux puissent concevoir l'existence d'un modèle virtuel de CAARUD comme il a fallu un jour concevoir l'aide et l'orientation à distance en créant Drogue-Info-Service
3. **Savoir développer considérablement l'accès aux analyse de produits** dans un marché noir plus diversifié que jamais
4. **Briser le tabou du travail en direct avec les revendeurs de drogues** tant l'offre en ligne qui leur garantit un certain anonymat permet de nouvelles approches en ce sens[20]

Les 2 premiers items soulèvent surtout des problèmes techniques et administratifs qui n'en sont pas moins compliqués à admettre et résoudre. Quant aux deux derniers, ils amènent inévitablement des questions sociétales, morale et juridiques, au moins équivalentes à l'acceptation des espaces de consommation. Sacrés défis !

Conclusions

Une politique R&D pour la RdRD

Si le dispositif de RdRD était une organisation unique, étant donné sa taille et son domaine d'action, il aurait forcément un service de recherche et développement (R&D). Aujourd'hui cette activité est morcelée, mal soutenue et peu efficace. A quoi ressemble un service R&D ? Il y a 15 ans j'ai travaillé dans un tel service, au département de la veille concurrentielle, chez une importante compagnie aérienne. J'ai pu apprendre comment l'observation fine et continue des organisations similaires à la mienne et l'environnement commun pouvait être un formidable moyen d'anticipation, d'évolution et d'adaptation. Les acteurs économiques pourtant en concurrence, passent leur temps s'échanger de précieuses informations. Donnant-donnant. Et bien sûr parfois les idées se font aussi voler. Cet exercice permet un gain de temps précieux aux entreprises, leur permet de se situer par rapport aux autres et favorise les alliances et les partenariats.
Pourquoi en matière de drogue en général et de RdR en particulier est-il si difficile d'en faire autant ? Pire, adapter une solution étrangère en France semble faire perdre plus de temps que d'en développer une qui nous soit propre. L'histoire de la salle de consommation est symptomatique de cet état d'esprit.

Il est urgent de sortir de cette logique et d'accentuer la veille sur ce qui se fait à l'étranger, de capitaliser sur ces expériences et d'ouvrir la voie à des coopérations aux applications concrètes. Il existe des organismes internationaux de référence à commencer par l'OEDT mais aussi European Forum on Urban Security, Harm Réduction international, Transnational Institute, International Drug Policy Consortium, Correlation, NEWnet... tous voués aux partage des expériences. La prise en compte sérieuse de ces travaux doit se faire à tous les niveaux, de l'acteur de terrain au décideur politique.

De plus la R&D doit favoriser l'inventivité en interne et en externe de l'organisation, la canaliser, l'organiser et démultiplier le cas échéant. Il ne suffit pas de se contenter d'adapter l'existant déjà identifié ailleurs. **La R&D doit savoir repérer les nouveautés à fort intérêt.** Comme expliqué, ces nouveautés prennent naissance *« au plus près des usages »*. C'est une raison pour soutenir la démarche communautaire, rénover les programmes TREND et SINTES en tant que service aux consommateurs, pour se rapprocher des phénomènes émergents. **Il faut aussi organiser les rencontres de réflexion entre consommateurs, intervenants et décideurs et pas seulement entre professionnels.**

20 OEDT, The internet and drug markets, 2016

Un service R&D d'aujourd'hui est bien différent d'il y a 15 ans. L'innovation est passé d'un modèle diffusionniste internalisé à un modèle systémique partagé[21]. L'innovation, qu'elle soit technologique ou sociale, s'élabore collectivement et en temps réel. Les outils du web 2.0 ont permis cela à une immense échelle inédite. Dans une culture de l'évaluation constante à la fois à l'intérieur d'un service et par ceux qui en bénéficient, l'expérimentation devient permanente. C'est en ces termes qu'il faut traduire dans les textes réglementaires, dans les processus décisionnels et opérationnels, la fluidité et la proximité indispensables au dispositif de RdRD pour s'adapter/s'actualiser en fonction de l'évolution des usages et des problèmes liés aux drogues.

Il faudrait avoir à l'échelle du territoire national des structures spécialisées dans l'expérimentation dans qui sauront mener la veille nécessaire sur leur périmètre d'action et au-delà et qui pourront se consacrer à l'évaluation de leur action et sa réflexion afin de l'adapter en permanence. Ces pôles de références nationaux en RdRD doivent pouvoir disposer d'une pérennité équivalente à celle des établissements médico-sociaux purement opérationnels et que l'expérimentation de nouvelles voies soit inscrite dans leur ADN.

(Re)Trouver la bonne distance

Actuellement le dispositif de RdRD tourne en rond en s'adressant principalement à un seul type de public précaire et dépendant. La politique de RdR doit aller à la rencontre de tous les publics. L'urgence sanitaire et sociale d'une époque et les logiques œuvre depuis trop longtemps dans le champ des drogues a conduit à concevoir un dispositif qui s'incarne aujourd'hui dans les CAARUD et les CSAPA et qui ne s'adresse qu'à une infime minorité des usagers de drogues[22]. Les autres type de consommateurs, les récréatifs, les insérés, les thérapeutiques, les dopés, les non-problématiques, les primo-consommateurs et même les futurs consommateurs... ne peuvent s'identifier à ce dispositif ancré dans le champ médico-social.

Le Pr Amine Benyamina et le Dr Alain Morel ont écrit dans l'éditorial du programme de l'audition publique qu'avec *« l'intégration de la RdRD qui vise en priorité à prévenir et à diminuer les conséquences négatives, sanitaires et sociales des conduites addictives ce sont les fondements et les objectifs de l'intervention socio-sanitaire, jusque là centrés sur l'abstinence, qui sont interrogés. ».*

C'est au tour du champ de l'intervention en Prévention / Promotion de la Santé de se réinventer. Ses fondements et objectifs en matière de drogues basés sur la prévention de l'usage doivent être passé au crible de la RdR et devenir une éducation aux usages[23].

Il est temps à présent de prendre les mesures nécessaires à la construction dans le champ de la Prévention / Promotion de la Santé d'un dispositif équivalent à ce qui a été fait dans ceux du soin et du travail social pour tous les consommateurs. S'adresser à tous n'est pas qu'une question de démocratie sanitaire, c'est une question de pertinence de la réponse publique. Son adéquation avec les besoins des consommateurs est la condition sine qua non pour trouver la bonne distance avec les usages de drogues afin de prendre en compte les phénomènes émergents et élaborer des réponses adaptées.

Pour retrouver la proximité avec tous les usagers, il faut d'abord regagner leur confiance dans le système officiel dont ils perçoivent avant tout les missions liés à la répression de l'usage de

21 BADILLO P-Y, Une lecture communicationnelle et interdisciplinaire de l'innovation Du modèle « émetteur » au modèle communicationnel, Les enjeux de l'information et de la communication, 17 juin 2013.

22 Selon Adam Winstock, le fondateur de GDS, 90% des consommateurs ne sont pas dépendants ou n'ont pas de problèmes majeur avec les drogues or tout le système est basé sur les 10% restant.

23 ROY A., « Une éducation nationale à la consommation de drogues s'impose », ASUD journal N°55, 2014

drogues.

Saisissons l'opportunité de la création l'Agence Nationale de Santé Publique reprenant entre autres les missions de l'INPES. Le rapport de préfiguration annonce une orientation résolument moderne basée sur le marketing social, les big data et souhaite *« Donner une nouvelle impulsion à la Prévention / Promotion de la Santé »* en « *identifiant les programmes prometteurs, les évaluer et les déployer »*[24].
La promotion de la santé relative à la consommation de drogues ne dispose ni d'une organisation nationale ni d'une couverture territoriale adaptées à la réalité des besoins. Les quelques programmes existants essentiellement dédiés aux usages récréatifs ou à la prévention de l'usage ne suffisent pas à couvrir l'ensemble de la population et des thèmes concernés. Or, dans le champ des drogues, il semble que seules les structures médico-sociales et hospitalières pour le volet sanitaire ou policières et militaires pour le volet sécuritaire bénéficient d'une volonté politique de généralisation sur tout le territoire. Il en est de même pour certains secteurs spécifiques comme la prévention en milieu scolaire ou encore la prévention routière pour ce qui est de la conduite sous l'influence de produits psychoactifs.
Faire entrer la RdR, à l'Agence Nationale de Santé Publique au niveau national et de façon systématique dans les IREPS et les départements ad hoc des ARS et des collectivités locales, serait l'application la plus appropriée du *« renforcement de l'action communautaire »*[25] stipulée dans Charte d'Ottawa qui fonde la promotion de la santé. L'institutionnalisation d'une part des actions ponctuelles et informatives, réunies sous la bannière unique de l'éducation aux substances psychoactives, et d'autre part de la généralisation de la démarche communautaire sur tout le territoire permettrait la structuration et la pérennisation de la partie non médico-sociale du dispositif de RdRD. C'est le pré-requis pour réduire au minimum la distance entre les usage des drogues et la réponse, pour être *« au plus près des usages »*.

Parmi tout ce qui a été évoqué dans les pages qui précédent, il me semble que **les chantiers suivants devraient être prioritairement ouverts : la reconnaissance et l'intégration des actions de RdR à distance et la mise en place et la généralisation d'un réseau national d'analyse des produits.**

Les actions de RdR à distance par correspondance et sur internet

Il faut premièrement reconnaître Internet comme un territoire d'action et pas seulement comme un moyen de communication. Cela revient à devoir inclure ce territoire dans les schémas stratégiques

24 BOURDILLON F., Rapport de préfiguration – Agence Nationale de Santé Publique, 2015
25 RENFORCEMENT DE L'ACTION COMMUNAUTAIRE, Charte d'Ottawa, OMS, 1986

> La promotion de la santé passe par la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé. Au cœur même de ce processus, il y a la dévolution de pouvoir aux communautés considérées comme capables de prendre en main leurs destinées et d'assumer la responsabilité de leurs actions.
>
> Le développement communautaire puise dans les ressources humaines et matérielles de la communauté pour stimuler l'auto-assistance et le soutien social et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public en matière de santé. Cela exige un accès total et permanent à l'information et aux possibilités d'acquisition de connaissances concernant la santé, ainsi qu'une aide financière.

des politiques de santé et à désigner des tutelles et des opérateurs pour y intervenir. C'est la suite logique des services téléphoniques spécialisés en santé mis en place il y a 25 ans qui ont évolué en site web il y a 15 ans. La recherche *« ICI Drogues »*[26] à laquelle j'ai participé a conclue notamment qu'il fallait :

- Recenser, coordonner, mutualiser et soutenir les actions existantes
- Développer de nouvelles actions via des appels à projets ciblés sur ce thème
- Donner les moyens aux services les plus appropriés, compétents sur l'information et l'aide à distance et ayant déjà une présence en ligne, Drogues Info Service en tête, d'étendre leurs activités en faisant de la veille et des interventions d'outreach sur les espaces numériques interactifs

La dernière génération RdR, celle d'internet, nous a appris, que l'anonymat de ce média permettait de s'affranchir des peurs morales et légales qu'ont les consommateurs pour s'organiser entre eux et échanger librement sur le sujet. Cette même caractéristique peut être utilisée très largement étant donné la dominance de ce média dans la population générale, pour aller au devant d'une foule de public que les actions classiques n'ont pas réussie à toucher. Loin d'être un gadget, l'action en ligne peut couvrir tout le spectre de l'information au soin en passant par l'éducation aux usages et l'accompagnement. L'OEDT a compilé dans un document[27] qui mériterait d'être actualisé ces types d'actions en ligne.

Intervenir en ligne ne signifie pas être seulement dans le virtuel. Il s'agit aussi de proposer à distance des services classiques tel que la fourniture de matériel (l'association communautaire Techno+ le fait depuis 2005), la réassurance par téléphone ou par messagerie instantanée de personnes sous l'effet de produit (l'association communautaire anglo-saxone Tripsit propose une permanence dédiée aux urgences sous forme de chat) ou encore l'analyse de produit (le programme communautaire espagnol Energy Control analyse les produits des consommateurs du darknet et du deepweb), le suivi thérapeutique (la Suisse via le programme e-addictions expérimente la cyber-consultation[28]). Etendre les activités de Drogues Info Service à ce genre de nouvelles missions aurait tout son sens.

Le dispositif de RdRD aurait tout à gagner à apprendre à travailler à distance, c'est à dire sans distance, avec le plus grand nombre des consommateurs.

L'analyse des produits : une connaissance utile à tous

Les enjeux liés à la diversification de l'offre de substances et à la création de lien avec les de nouveaux public, placent les services d'analyse des produits au centre d'une réponse possible de la part des institutions. Alors que nous savons qu'il existe une demande importante de ce genre de service de la part des consommateurs[29] mais aussi de la part des intervenants de RdR, et des

26 AFR, ICI Drogues, Identifier, Comprendre et Intervenir dans les espaces sociaux numériques en lien avec les Drogues, a-f-r.org, 2016
27 OEDT, Internet-based drug treatment interventions Best practice and applications in EU Member States, 2009
28 Lire la présentation sur le site d'Infor Drogue ; http://www.infodrog.ch
29 Lire les études de Médecins du Monde, No testing, 2005 et d'Anthony Beauchet, Enquête exploratoire

pouvoirs publics[30], pourquoi ne pas utiliser cet intérêt croisé pour réduire au minimum la distance entre les trois bénéficiaires directs d'un tel service ?
Pour ce faire, il convient de structurer au niveau national un réseau de collecte et d'analyse des échantillons, possiblement sous l'égide de l'OFDT, en remettant à plat le rôle actuel de SINTES, celui des CEIP et des laboratoires publics d'analyse dans un système de données harmonisé et coopératif y compris avec les service en charge de la répression. De nombreux exemples étrangers existe déjà dont ceux décrit dans ce document au Pays de Galles et aux Pays-Bas. La nouvelle loi de santé de janvier 2016[31] ouvre la voie à l'analyse comme outil de RdR et le sécurise juridiquement. Il faut à présent en définir les modalités sans tomber les écueils connus.
Pour que l'action permettent à tous les niveaux d'adapter en permanence le dispositif de RdRD, le socle commun doit se faire grâce à une base de données standardisée partagées avec différents niveaux d'information selon les publics mais sans en restreindre complètement l'accès comme la situation actuelle. Ensuite il faut que chaque technique (physique, chimique, spectrométrique) trouve sa place selon les contextes ou les acteurs en fonction de ses avantages et ses défauts. Leur accès doit être favorisé par une couverture intégrale du territoire national. Un dispositif à distance peut venir compléter ce maillage. L'analyse doit aussi pouvoir se décliner de façon itinérante là où elle semble nécessaire. Dans les milieux festifs bien sûr mais aussi les événements sportifs, sur les lieux de travail, etc.
La MILD&CA aura un rôle important de coordination à jouer. Il sera nécessaire d'obtenir la coopération des industriels et fabricants pour que les techniques d'analyse s'adaptent au mieux aux besoins des bénéficiaires du dispositif. Une homologation d'État devra être mise en place pour les appareils et en assurer le suivi par l'ANSM comme des dispositifs de santé. La MILD&CA pourrait aussi coordonner une harmonisation/rationalisation des outils de dépistage utilisés entre les service de santé et d'application de la loi tout en s'assurant que les acteurs de RdR et les consommateurs puissent aussi y avoir accès.
Sur le modèle de la sécurité routière lié à l'alcool et des auto-tests de dépistages divers et variés déjà existants, le dispositif global d'analyse ne devra pas oublier de fournir les moyen aux consommateurs de pouvoir tester un produit de façon individuelle ou d'auto-dépister (tests salivaires et urinaires). Dans une logique de veille et d'évaluation systémique, il faut enfin envisager la participation des consommateurs eux-mêmes à l'alimentation de la base de donnée selon leur propres analyses.

Post-scriptum

L'exercice demandé n'était pas évidement. De nombreux sujets pourraient être approfondis. Ce rapport reste une synthèse d'une expérience subjective de la RdR. Je souhaite qu'il ait pu vous apporter une meilleure clarté de vision sur ce défi permanent qu'est la réponse publique en matière de drogues.

Sans naïveté, les réponses suggérées ici, demandent par dessus tout, une réelle volonté politique pour être réalisées à la hauteur de leurs ambitions mais aussi une *« passion créatrice »*, selon la citation d'Edgar Morin en page de couverture. J'espère vous avoir communiqué la mienne et reste

consommation de drogues et testing en Rhône-Alpes, 2015.

30 C'est la raison d'être de SINTES.

31 Article L3411-8 du code de la Santé Publique.

disponible pour échanger au sujet de ce document.

Webographie

a-f-r.org
asud.org
bluelight.org
drugs-test.nl
erowid.org
fetez-clairs.org
globaldrugsurvey.com
infodrog.ch
lucid-state.org
neurosoup.com
plusbellelanuit.org
psychoactif.fr
psychonaut.com
safernightlife.org
technoplus.org
tripsit.me
wedinos.org

Références

AFR Cahier des charges des " interventions liées aux usages de produits psycho-actifs en milieux et lieux festifs, 2001, à la demande de la MILDT

AFR, ICI Drogues, Identifier, Comprendre et Intervenir dans les espaces sociaux numériques en lien avec les Drogues, a-f-r.org, 2016

AFR, Techno+, Recommandations en matière de politique des drogues pour la France et l'Europe, 2012

BADILLO P-Y, Une lecture communicationnelle et interdisciplinaire de l'innovation − Du modèle « émetteur » au modèle communicationnel, Les enjeux de l'information et de la communication, 17 juin 2013.

BARRÉ M-D, BÉNEC'H-LE ROUX P., Approche sociologique des acteurs de première ligne, travaillant dans le cadre de la politique de réduction des risques liés à la toxicomanie, CESDIP, 2004

BEAUCHET A., Enquête exploratoire consommation de drogues et testing en Rhône-Alpes, 2015.

BENSHOP, RABES ET KORF, Pill Testing - Ecstasy & Prevention A scientific evaluation in three european cities, 2002

BENSO V., PEREZ F., « Comment décliner l'outreach sur le web », SWAPS n°71, 2013.

BOURDILLON F., Rapport de préfiguration – Agence Nationale de Santé Publique, 2015

CHAPPARD P., LACOSTE M., in « Supplément technique : les nouveaux produits de synthèse », Fédération Addiction et Psychoactif, 2014.

GALVAN H., L'aspect communicationnel du testing, 2005

HALETT J., BROWN G., LANGDON P., TOUSSAINT N., « Internet outreach / a guide for health promoters & peer educators », Western Australian centre for health promotion research, Curtin University of technology, 2006.

Halpern J., Pope H., « Hallucinogens on the Internet : A Vast New Source of Underground Drug Information », American Journal of Psychiatry, 2001

La Santé de l'Homme, Prévention et aide à distance en santé, 2012

LIVERPOOL JOHN MOORES UNIVERSITY, CUT (Guide des produits de coupe), 2010

Médecins Du Monde, No testing, 2005

MEIRIEU P., Cahiers pédagogiques, 1986

NCSD, « Guidelines for Internet Outreach », 2008

NUTT D., Drugs without the hot air, UIT Cambridge, 2012

OEDT, Internet-based drug treatment interventions Best practice and applications in EU Member States, 2009

OEDT, The internet and drug markets, 2016

OFDT, Synthèse thématique : vue d'ensemble / toutes drogues, 2015

OMS, « L'Internet au service de l'abus de drogues », 2014.

OMS, Charte d'Ottawa, 1986

Pôle Festif, Référentiel national des interventions de RdR en milieux festifs, 2012

ROY A., « Une éducation nationale à la consommation de drogues s'impose », ASUD journal N°55, 2014

SOUSSAN S. KJELLGREN A., « Harm reduction and knowledge exchange – a qualitative analysis of drug-related Internet discussions forums », in Harm Reduction Journal, 11 : 25, 2014.

TACKETT-GIBSON M., « Constructions of risk and harm in online discussions of ketamine use », Addiction research and theory, june 2008 ; 16(3) : 245-257. USA, 2008.

THIMOREAU J., Les défis de la Réduction des Risques face à Internet, L'exemple des forums d'usagers de drogues, Université Paris-Est, 2014-10

VISIERS C., VALVERDE C., « On-line and telephone counselling a practical guide », Generalitat de Cataluña, 2010

Comment intégrer, dans les pratiques, l'accompagnement et les outils de la consommation à moindre risque ?

Matthieu FIEULAINE
Anthroplogue
MARSEILLE

matthieu.fieulaine@sante-alcool.org

Présentation de l'expert

Matthieu FIEULAINE est anthropologue de formation (Université Lumière Lyon 2, EHESS Marseille). Il a travaillé pendant 10 ans à l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie (ANPAA), rattaché au comité des Bouches-du-Rhône. Il y était chargé de prévention et de formation. Après avoir principalement travaillé auprès des publics jeunes et du monde du travail, il a commencé à partir de 2007 à intervenir sur les usages d'alcool des personnes en situation de grande précarité et sur l'inefficience des dispositifs de soins existants pour ces publics qui se trouvent délaissés à la fois par l'offre addictologique du fait de leur marginalité et par les structures d'accompagnement social du fait de leurs usages d'alcool. A partir de cette expérience et de ses rencontres avec les acteurs de la Réduction des Risques dans le champ de la toxicomanie, il effectue dans le cadre de ses missions un travail d'élaboration de projets d'accompagnement pour favoriser l'accès des personnes marginalisées aux dispositifs de soin dédiés. Pour ce faire, il recueille les expériences existantes (En France mais aussi Suisse, Allemagne, Grande-Bretagne, Etats-Unis, Canada, Brésil) et élabore un diagnostic à partir de trois sources : les usagers eux-mêmes, les professionnels du secteur social et les professionnels de l'addictologie.

Parallèlement, son expérience l'amène à rencontrer de nombreux publics, issus de milieux très divers mais qui partagent de ne trouver aucune réponse adaptée aux difficultés liées à leurs consommations d'alcool. De même, en accompagnant ces personnes dans leurs démarches d'aide ou de soin, il fait le constat de la stigmatisation qu'ils subissent à partir de l'instant ou leur « problème d'alcool » est repéré et qui conduit beaucoup d'entre eux à renoncer à une assistance pourtant nécessaire. Cette stigmatisation et ce renoncement ayant souvent pour effet de pousser les personnes qui les subissent à recourir plus encore à l'alcool à des fins d'automédication ou d'anesthésie des souffrances occasionnées, qu'elles soient d'ordre physiologique, psychique ou social. C'est à partir de tous ces éléments qu'il travaille, avec d'autres, à la formalisation d'une approche RDR appliquée aux usages d'alcool, en s'inspirant de ce qui existe et qui a fait ses preuves dans le champ de la toxicomanie.

En 2014, il quitte l'ANPAA pour cofonder avec Hélène BLANC, ancienne directrice de l'ANPAA 13, l'association « SANTé ! Alcool et réduction des risques », entièrement dédiée au développement, à l'expérimentation et à la promotion de cette approche, en complément des offres déjà existantes.

Préambule

USAGES D'ALCOOL : NORME, DOMINATION, STIGMATES.

Le regard social porté sur les produits et sur celles et ceux qui les consomment est aussi le fruit d'une domination : au gré d'intérêts politiques, économiques ou sanitaires et de stratégies plus ou moins répressives, se construit un ordre traçant la frontière entre les pratiques acceptables ou tolérées, et celles qu'il convient de réprouver et de combattre. C'est bien un processus de domination qui, en utilisant l'arme de la norme et des représentations (qu'il contribue à construire et légitimer), impose telle substance comme illicite, telle autre comme légale et socialement intégrée, tel public comme inapte à consommer…

Comme toute domination, servant ses intérêts et cherchant à préserver les bénéfices qu'elle en tire, celle- ci s'appuie donc d'une part sur une norme sociale qui a pour objectif de faire accepter au plus grand nombre la domination qu'il subit, et même de s'en faire le défenseur. C'est ce que P. Bourdieu appelle la « Violence symbolique » et qui s'applique aussi bien à l'usager de drogues qu'aux classes populaires, aux populations immigrées ou aux femmes victimes de domination masculine. D'autre part, cet ordre social dominant s'assure de valider sa vision en s'appuyant sur une légitimation « experte » et « savante » portée par les corps constitués qui assoient son pouvoir : ordre policier, appareil législatif, pouvoir judiciaire, ordre bio-médical… qui construisent un corpus paré d'objectivité pour couvrir cette domination du vernis de la vérité « scientifique » et donc indiscutable.
Peut-être plus encore que les substances illicites dont l'ordre social et ses aéropages fixent la norme au « non-usage » et dont les représentations se limitent à la figure du « toxico », l'alcool et ses usages font l'objet d'une subtile construction pour définir ce qui est dans la norme et ce qui ne l'est pas. Car à l'inverse des autres substances, il existe une norme qui valorise l'usage, qui promeut ce produit à un point tel qu'elle impose souvent à celui qui ne boit pas de se justifier. Alors comment trier le bon grain de l'ivraie ? Comment distinguer le notable qui revendique de boire au nom d'une culture, d'une « identité », d'un «savoir-vivre» du poivrot qui encombre nos institutions ?

Il y a un proverbe qui dit :
« *N'écoute pas ton médecin, Fais comme lui, bois du vin !* »

Mais comment ne pas confondre le praticien qui boit et le patient, de l'autre côté du bureau de consultation, qui boit aussi ?
Là aussi, normes et représentations viennent au secours du processus de domination et tracent une frontière, un mur même, entre ceux qui savent boire (le médecin, le travailleur social, le juge…) et ceux qui ne savent pas boire (le patient, le sans abri, le prévenu), entre sain et malsain, entre normal et pathologique, entre inclus et exclus.
C'est un ensemble de représentations qui s'imposent à nous, fondent notre regard sur la question et dont il est si difficile de se défaire. Est hors la norme (donc hors-jeu) celui qui boit le matin, celui qui boit seul, la femme qui boit, celui qui se présente alcoolisé à un moment ou à un endroit inapproprié, celui qui cherche dans l'alcool autre chose que la convivialité, le bien-vivre et l'amour du bon produit de qualité, vertus cardinales du « savoir-boire ». Sont hors la norme aussi parce que ne sachant évidemment pas en faire correctement usage les pauvres, les abimés de la vie, les fous, les malades, les jeunes…

Pour ceux qui sortent de la norme, il n'y a pas plus de commisération qu'à l'égard de l'usager de drogues illicites, moins peut-être même parce qu'il est encore plus grave de transgresser une norme qui tolère et permet l'usage que d'affirmer sa marginalité en s'adonnant à des

pratiques condamnées dès le départ. L'alcool au contraire est valorisé, sacralisé presque et facteur d'insertion sociale. On a tous, comme le dit la chanson, commencé à boire pour faire « comme les autres », pas pour se distinguer ou s'émanciper d'un ordre. Quelques-uns d'entre nous subissent de plein fouet la violence qui frappe celle ou celui qui ne fait plus « comme les autres » et qui bascule sans l'avoir jamais cherché du groupe des inclus à celui des exclus.

Si vous êtes hors la norme, vous n'êtes plus simplement inaptes à boire, vous êtes inaptes à vivre en société :
« *L'alcoolique est manipulateur, affabulateur et procrastinateur* », nous apprennent des manuels savants d'alcoologie encore en vigueur. Il est enchaîné à son alcool et voit le monde à travers lui. Pas digne de notre confiance, il faudra s'en méfier, s'en garder même.
« *On me dit que mon alcoolisme est une maladie. C'est bien la seule maladie qui vous vaut de passer votre vie à vous faire engueuler !* » (Un humoriste américain mort de cirrhose)

Si c'est une femme, elle perd de sa féminité (« *Parce que je bois, je vois bien dans le regard des hommes, je suis plus une femme, juste un bout de viande pas fraîche qu'il faut vite consommer* » dit une usagère), si elle est une mère, elle est inapte à éduquer ses enfants. C'est d'ailleurs ce que stipule l'article 378-1 du code civil :
« *Peuvent se voir retirer totalement l'autorité parentale, en dehors de toute condamnation pénale, les père et mère qui, soit par de mauvais traitements, soit par une consommation habituelle et excessive de boissons alcooliques ou un usage de stupéfiants […] mettent manifestement en danger la sécurité, la santé ou la moralité de l'enfant.* »

Si c'est un bénéficiaire de structures d'aide ou de soins, comme on lui prête forcément de ne pas savoir boire, on lui impose une prohibition ferme et non négociable, comme l'illustre cette perle trouvée dans le Règlement Intérieur d'un centre d'hébergement :
« *Les faits les plus graves comme l'introduction d'armes à feu ou d'alcool seront sanctionnés d'une exclusion immédiate et définitive* »

Les exemples sont légion pour illustrer combien la norme, au prétexte de bien commun et de santé publique, contribue surtout à exclure, isoler et augmenter les souffrances de celles et ceux qui s'en écartent et les pousse de ce fait à vivre dans la honte, dans le mensonge (le fameux « déni » n'est pas autre chose que l'expression du farouche désir de rester inclus et de ne pas se voir apposés les stigmates que véhicule cette même norme) et à distance tant que faire se peut des dispositifs supposés les secourir.
Et lorsqu'ils finissent par le faire, avec un retard clinique important et fréquemment fatal, contraints souvent par l'injonction de proches ou de professionnels, ils reprennent à leur compte l'évidence énoncée par la norme qui dit que quand on ne sait pas boire on arrête de le faire : « docteur, faites-moi arrêter de boire !» entend-on si souvent. Et cela toujours après même dix sevrages chaque fois plus délétères, persuadés que l'échec thérapeutique est à eux seuls imputable.

Contexte

En France, 45 à 50 millions de personnes sont, de manière occasionnelle ou chronique, consommatrices d'alcool. Si, pour une large majorité, cette consommation ne pose aucun problème, on estime que ce sont entre trois et cinq millions d'individus qui eux sont exposés ou subissent les conséquences négatives, directes ou indirectes, de leurs usages. Ces méfaits peuvent être d'ordre médical, social, professionnel, relationnel, psychique. Ils peuvent être induits directement par l'alcool ou être préexistants mais amplifiés par une consommation concomitante. Ils peuvent être potentiels (ce sont les risques) ou avérés (ce sont les dommages). Dans ces cas, les personnes peuvent solliciter les dispositifs spécialisés dans la prise en charge des addictions afin de modifier ou cesser leurs consommations pour améliorer leur santé, ils sont environ 150 000 à 200 000 à le faire chaque année.

Mais cela laisse à la porte des centaines de milliers d'autres consommateurs qui ne peuvent ou ne veulent modifier leurs usages ou être pris en charge et de ce fait ne recourent pas à ces dispositifs spécialisés, soit qu'ils ne s'estiment pas « concernés » soit qu'ils ne se retrouvent pas dans les propositions thérapeutiques, ou qu'ils ont déjà essuyé des échecs. Ces personnes sont alors sans cesse renvoyées à leurs usages et à leur « manque de volonté » à y mettre un terme.

L'aide et le soin qu'elles sollicitent pour toute chose (travail, logement, soins dentaires...) sont trop souvent conditionnés à leur engagement préalable à «régler leur problème d'alcool» ou au moins à adapter leurs pratiques de consommations aux exigences d'une « bonne prise en charge » : s'abstenir de consommer en différentes occasions, ne pas être alcoolisé... Il faut donc qu'ils modifient leurs pratiques pour rendre possible l'aide qu'ils sollicitent. Si certains y parviennent, beaucoup finissent par renoncer et voient ainsi leur santé déjà précaire se dégrader encore plus faute d'aide et de soin adaptés.

Notre expertise en matière d'accompagnement des personnes usagères d'alcool en difficulté nous a amené à nous interroger sur le panel d'offres existantes en matière d'aide et de soins aux personnes :
aujourd'hui, l'on peut constater que les réponses existantes se cantonnent au projet « arrêt » et ne proposent de manière formelle et protocolisée qu'un projet « changement » limité à **la réduction des consommations**, notamment au moyen de médications insuffisamment évaluées aujourd'hui (Baclofène®, Sélincro®) et, en tous cas dans les recommandations, destiné aux mésusages dits « sans dépendance » ou « à dépendance légère ».
Notre expérience nous a permis de mesurer à quel point ces réponses, si elles s'avéraient efficientes pour certains, mettaient également en échec beaucoup d'autres.
Nous considérons de notre côté qu'il revient à tout professionnel, à tout dispositif, à toute institution, confrontés à une problématique alcool d'être en capacité d'adapter ses pratiques pour répondre aux besoins des personnes concernées plutôt que d'attendre de celles-ci qu'elles adaptent leurs pratiques pour prétendre bénéficier de leurs services.
Ainsi, il convient de décliner nos messages et nos propositions d'accompagnement en fonction des réalités vécues par les personnes usagères, et de leurs capacités à y apporter des modifications, et ce qu'il s'agisse d'un jeune adulte exposé aux risques d'une alcoolisation excessive ponctuelle ou d'une personne atteinte par les effets indésirables et cumulés de l'alcool et éventuellement dépendante. Et ceci au moyen d'une certaine vision de la réduction des risques liés aux usages d'alcool.

Notre définition de la réduction des risques alcool (*RdR alcool*)

La Réduction des risques est une approche centrée sur la diminution des conséquences néfastes d'un usage de substances psychoactives plutôt que sur l'élimination de cet usage. Elle vise à ce que les personnes elles-mêmes puissent développer des moyens de réduire les effets négatifs liés à leurs pratiques d'usage. Elle a donc pour but de permettre aux personnes usagères de substances psychoactives de traverser et de survivre à la phase de consommation avec un minimum d'atteintes sur les plans physique, psychique et social, afin de préserver et d'améliorer leurs chances d'une sortie ultérieure dans le respect de leurs parcours et de leurs souhaits.
Ces effets et conséquences dommageables peuvent trouver leur origine aussi bien dans la pratique que dans le contexte du plan sanitaire, économique et social. La Réduction des Risques ne vise donc pas seulement à limiter les conséquences néfastes liées à la seule pratique d'usage mais bien à améliorer l'état de santé général de la personne, son insertion et donc sa capacité à être acteur de ses choix, de ses pratiques et de ses projets de vie.
Il s'agit d'une alternative en santé publique au modèle "moral/criminel" et au modèle "maladie" de l'usage de substances dont la philosophie est le "compassionate pragmatism", qui implique d'accepter l'usager là où il se trouve avec la substance.

Développée d'abord dans le champ de la toxicomanie, La RDR fonde essentiellement sa pratique sur la réduction des risques infectieux (SIDA et Hépatite C) par le moyen des Programmes d'Echange de Seringues et de la substitution. Or, il n'existe pas de substitution en alcoologie ni de contenant qui permettrait de boire « propre » comme de se shooter « propre ».
Mais on ne peut limiter la pratique RdR à ces seuls outils. En prenant l'usager où il se trouve, en cherchant à limiter les méfaits induits par l'usage, elle crée du lien, elle améliore les conditions de vie et l'insertion, elle stabilise l'état sanitaire, psychique et social, et surtout elle réinscrit dans le soin des personnes qui n'y accéderaient pas si on ne leur proposait que l'arrêt.
La RdR appliquée à l'alcool visera les mêmes objectifs. Cette démarche se veut être une approche pragmatique, alternative et complémentaire au dogme abstinentiel en vigueur.
Vu l'importance des fonctions et du rôle remplis par l'usage, travailler sur la perspective d'un arrêt total, comme l'envisage l'alcoologie classique, génère chez beaucoup d'usager des freins et des anxiétés majeures : refus d'une soumission à une autorité contrôlante, crainte et expériences vécues de l'échec, rupture du soin lorsque le sevrage n'est pas envisageable, logiques de désinsertion et de désocialisation accrues, accroissement des dommages induits, perte de confiance dans ses compétences, perspective d'un deuil inabordable, sentiment (ou la réalité) qu'il n'y a pas dépendance mais seulement abus et donc capacité de gestion, perception des usages d'alcool vécus comme indispensable (social, identitaire, contextuel), etc. Tous ces éléments débouchent sur un important retard clinique en raison du bouleversement que représente la prise en charge alcoologique articulée autour du projet sevrage.

Les principes de la Réduction des Risques Alcool

• Accepter qu'une personne consomme, quels que soient les méfaits induits et l'éventuel degré de dépendance, s'il y a trop grande souffrance ou impossibilité pour elle à arrêter ; ou même tout simplement choix de continuer à boire. Il est préférable de travailler à la diminution des méfaits plutôt que de voir sortir du soin des personnes en échec.
• Recréer et redéfinir le lien qui se tisse entre usagers et intervenants. C'est prendre l'usager tel qu'il est, là où il se trouve dans son parcours de vie et d'usages. C'est repenser les modalités de la rencontre (accueillir inconditionnellement, aller vers) et les modalités d'accompagnement. Repenser le positionnement du soignant. Sortir de la «toute puissance» de l'aidant et définir les objectifs atteignables conjointement avec l'usager.
• Définir la Réduction des Risques c'est d'abord définir les risques. La notion de risque en alcoologie est absente du discours social, profane et savant, sur les usages d'alcool qui ne reconnaît que l'usage « sain » ou la « dépendance » (« tout ou rien »).
• La RdR alcool ne doit pas limiter son intervention à la seule catégorie « usages à risques » ou «nocifs», cette catégorisation devenant obsolète puisqu'il s'agit d'intervenir sur les conséquences néfastes d'un usage, qu'il y ait ou non dépendance. Elle s'étend à tous les niveaux de consommation. Il faut donc mettre en place un continuum d'intervention qui va de la prévention au soin, de l'usage simple à la dépendance.
• La RdR Alcool doit s'attacher aux conséquences bio-psycho-sociales des conduites d'alcoolisation et réduire les dommages induits en sollicitant toutes les ressources possibles.
• La RdR Alcool intervient d'abord en vue de modifier les modalités d'usages dans l'optique d'une amélioration de la situation. Qu'il s'agisse des niveaux quantitatifs de consommation, des modes d'administration/absorption (aspects qualitatifs) ou des contextes d'usages.
• La RdR Alcool envisage l'histoire de l'usager comme une **carrière**[1]. Sortant du modèle « maladie » qui prévaut dans la compréhension et l'intervention autour des pratiques de consommation. Il s'agit d'aider l'usager à mieux gérer cette carrière et à moins la subir dans le respect de ses aspirations et de ses moyens.

Revoir notre approche des risques, leur évaluation

Ce que nous entendons en tant que professionnels par risque, c'est la probabilité statistique de survenue de dommages mesurée en fonction de critères objectifs tels que la quantité (plus de 3 verres par jour), la fréquence et l'ancienneté de la consommation d'alcool, l'état de santé de la personne et le contexte de consommation.

Mais la définition de risque, dès lors que l'on se place du point de vue de la personne usagère, devient tout autre : le risque est alors éminemment subjectif puisqu'il n'existe que si la personne concernée en conçoit l'existence. Le meilleur exemple pouvant être l'inefficacité de l'évocation du risque objectif à développer une alcoolodépendance ou une cirrhose à un adolescent qui s'adonne à ses premières ivresses et se soucie à cet instant peu d'envisager la survenue d'une telle pathologie quand il aura 40 ou 50 ans.
La reconnaissance et la mesure du risque chez l'usager sont certes le fruit de connaissances objectives acquises, mais aussi et surtout le produit d'une organisation de vie, d'une manière

---

Becker, Howard S. (1963), Outsiders. Etudes de sociologie de la déviance, (1985), Paris, Métailié.

d'envisager son existence et ses pratiques d'usages et qui lui imposent d'une part de construire sa propre représentation des risques évitables ou inévitables et d'autre part de développer consciemment ou non sa propre échelle mettant en balance bénéfices et risques. Car c'est un autre élément essentiel d'appréhension et de mesure des risques, qui ne peuvent, dans une perspective d'accompagnement à leur réduction, être observés isolément : le risque n'est observable, évaluable et modifiable que s'il est corrélé aux bénéfices ressentis -eux aussi subjectifs-, que l'usage procure par ailleurs.

La définition des risques doit donc être selon nous une co-définition croisant vision « objective » du professionnel et évaluation subjective et singulière de l'usager et doit se faire en s'attachant tout autant à énoncer les bénéfices propres et singuliers à chacune des pratiques génératrices de risques que les atteintes potentielles ou effectives.

Notre définition de la consommation à moindre risque

Ce faisant, définir le moindre risque en tant qu'objectif d'accompagnement nécessite de « négocier » avec la personne usagère autour de ce qu'elle ressent en termes d'incidences négatives liées à ses pratiques et de ce que l'on perçoit en tant que professionnel comme risques induits, et ce en tenant compte à la fois des bénéfices ressentis par cette personne et des ressources mobilisables ou non par elle afin de réduire les risques induits par ses pratiques.
Dans ce contexte, le risque à réduire (ou le moindre risque) ne peut être celui évalué par le professionnel, dès lors que ce risque n'est pas perçu par l'usager ou qu'il est perçu par lui comme une contrainte inhérente aux bénéfices qu'il recherche par ailleurs et dont il ne veut ou peut faire le deuil.
De même, définir le « moindre risque » atteignable ne peut se faire sans tenir compte des ressources propres à la personne, de ses capacités ou non à assumer le changement que cela impose, du déséquilibre que cela peut induire dans son organisation de vie et dans sa gestion de ses pratiques et du renoncement possible ou non aux bienfaits singuliers que lui procurent ses pratiques.

La consommation à moindre risque, objectif de l'intervention en RdR Alcool trouve donc sa définition dans ce qui n'est rien d'autre qu'une **alliance thérapeutique**, produit d'une négociation entre le professionnel et la personne usagère autour d'un but commun et bien compris, qui mobilise autant les compétences du professionnel que celles de l'usager, et qui se veut pragmatique, dynamique, évolutive et adaptée.

Intégrer dans la pratique la RdR Alcool, ses modalités d'accompagnement et ses outils

A partir des principes et objectifs déclinés plus haut, voici les axes qui permettent de mettre en œuvre en pratique la RDR alcool telle que nous la travaillons :

> Sortir des classifications usuelles des usages, qu'elles soient quantitatives (« boire trop ») normatives (« bien boire », « mal boire »…) ou « savantes » (« à risques », « nocifs », « avec dépendance »…) pour appréhender les consommations comme

des « **manières de boire** », c'est-à-dire comme un système complexe et répondant à une logique propre qu'il convient d'appréhender et de comprendre si l'on veut intervenir : chaque personne boit à sa manière, avec une logique singulière et c'est cette singularité qu'il convient de saisir au moyen d'un travail « anthropologique » de recueil de récits d'usage.

- Ce qui se boit : personne ne boit *de l'alcool* mais **chacun boit *son alcool*.** En fonction du goût, des effets recherchés, des effets subis, des moyens financiers, du contexte d'usage, du moment de consommation, chaque usager adapte ses consommations et ses types d'alcool bus à ces facteurs.
- **Comment la personne boit** : rythme de consommation, modalités d'absorption, temporalité (en journée, le soir, le matin, la nuit), isolément ou collectivement, dans quels lieux (chez soi, au café, sur l'espace public…).
- Chaque usage, lorsqu'il se donne à voir au professionnel à un moment donné, est le produit d'une histoire d'usage, **la carrière**, qu'il faut pouvoir énoncer : ancienneté, évolution des modes de consommations, expériences de modifications, de gestion, d'arrêt médicalisé ou « sauvage » …
- Les **bénéfices et risques** ressentis par la personne qui consomme : ce qui lui est nécessaire, ce qui lui procure du plaisir, ce qui la soulage ou l'auto-médique, ce qui la fait souffrir, ce qu'elle veut maintenir et ce qu'elle voudrait voir disparaître.
- Le **contexte de consommation** : Les relations avec l'entourage, avec l'environnement professionnel, avec les pairs, avec les acteurs du soin mais aussi les pratiques alimentaires et d'hydratation, le sommeil, les consommations d'autres psychotropes ou de médicaments…
- **La dimension sociale, identitaire ou culturelle du boire** : les questions de genre, de groupe social d'appartenance, d'origine culturelle qui impactent fortement non seulement les usages eux-mêmes mais aussi la vision que les personnes ont de leurs usages et du coup ce qu'ils en donnent à voir (ou à cacher) aux professionnels et à leur entourage.

C'est à partir de ce travail que peut se décliner une intervention de RdR alcool qui sera une aide à la gestion des usages en vue d'en réduire les incidences négatives, à partir de ce qu'exprime la personne et de ses capacités à produire ou non du changement.

Cet accompagnement que nous avons appelé « **picologie** » vise bien à s'appuyer sur l'expérience, les ressources et les compétences de la personne usagère pour, avec elle, agir sur sa **qualité de vie**, quelles que soient par ailleurs ses pratiques de consommation.

La plupart des personnes auprès desquelles nous intervenons se trouvent en difficulté du fait de leurs usages mais aussi parce qu'elles ne sont pas en mesure d'arrêter ou de modifier leurs consommations, alors que c'est justement ce que le soin, l'entourage et la société attendent d'elles, quand ils ne leur imposent pas.

Nous intervenons donc dans un premier temps non pas pour produire un changement irréaliste mais pour sécuriser au mieux les pratiques existantes, pour en réduire les incidences négatives, pour éviter la dégradation des conditions d'existence, pour « limiter la casse » en quelque sorte, pour permettre aux personnes d'être reconnues pour ce qu'elles sont et ce qu'elles boivent, et d'être soutenues, accompagnées, aidées et soignées sans

contrainte au changement. Ce faisant, nous créons les conditions d'un futur choix éclairé et libre des personnes.

Pour mettre en œuvre cette « sanctuarisation des usages », nous partons de ce qui singularise donc l'usage de la personne et utilisons plusieurs outils et méthodes d'accompagnement :

La mise à l'abri : faire en sorte que le contexte d'usage des personnes soit le moins délétère possible, qu'elles puissent sans mise en danger supplémentaire avoir accès à l'alcool dont elles ont besoin. Que ce soit chez elles, que ce soit en institution (avec les programmes mis en œuvre dans des lieux de vie de « l'accueil avec alcool »). Cela demande de travailler avec l'entourage et les professionnels.

La recherche ou la préservation de **la « zone de confort »** : nous considérons que chaque personne a un type d'usage susceptible de lui apporter le maximum de confort ou le minimum d'inconfort et qui est le produit de ses manières de boire. Cette zone lui permet de ne pas souffrir de sous-alcoolisation ou de sur-alcoolisation excessive qui peuvent la mettre en danger et d'être au mieux de ses capacités et de ses ressources.

Eviter les sous-alcoolisations : trop souvent on considère que l'objectif de « boire moins » constitue un bénéfice thérapeutique évident. Mais notre expérience nous a appris que ces sous-alcoolisations peuvent être morbides en générant angoisses, douleurs physiques, symptômes de manques, neurotoxicité, troubles digestifs, du sommeil, de l'équilibre etc. et qu'en sus elles génèrent ensuite des sur-alcoolisations très importantes à visée de compensation et qu'ainsi chez beaucoup d'usagers se succèdent épisodes de sur- et sous- alcoolisations qui sont bien plus dommageables qu'une consommation « stabilisée ».

Favoriser chez les personnes usagères la réappropriation de leurs « compétences à boire » : considérant que les personnes sont expertes de leurs propres pratiques, nous travaillons avec elles à l'énoncé de leurs compétences, de leurs stratégies expérientielles de réduction des risques.

Accueillir avec alcool : nous proposons aux personnes qui le souhaitent de pouvoir consommer lorsque nous les accompagnons. Cette approche a pour effet de donner à la question de l'alcool sa juste place, de pouvoir en parler autrement que comme un « mauvais objet » ou un objet « absent » et participe à la reconnaissance du droit des personnes à boire. Dans ce cadre, les personnes libèrent leurs paroles, prennent plus de temps pour parler et pour la plupart… en oublient presque de boire…

Dans le même objectif, nous organisons des temps de libre **expression collective de personnes usagères actives** lors de « dialogues bistrotiers » pendant lesquels elles ont accès à une consommation, dans le cadre et selon les règles établies par le groupe. Ces temps ont pour effet principal de sortir de la consommation honteuse et cachée qui caractérise beaucoup des usages considérés comme « inappropriés », de nommer et de partager les expériences, les compétences, les stratégies de réduction des risques…

Aide à la réorganisation du cadre d'usage : que ce soit chez elles ou dans les dispositifs que l'on développe, on accompagne les « manières de boire » pour en réduire les incidences négatives. Qu'il s'agisse de proposer l'accès à des boissons non-alcoolisées pour assurer la réhydratation, de réinstaller progressivement des pratiques alimentaires pour diminuer et retarder les effets de l'alcoolisation, d'étaler

les consommations, de proposer des changements de type d'alcool pour limiter les effets indésirables, de s'habituer à utiliser un verre plutôt que la cannette ou la bouteille…
Créer des outils d'information à la réduction des risques adaptés aux pratiques de consommations et aux désagréments ressentis par les personnes : par exemple, un « manuel de la cuite réussie », une réglette à disposer dans les sanitaires pour évaluer sa déshydratation à la couleur de ses urines …
Accompagner les personnes dans leurs démarches de soin et d'accompagnement social pour qu'elles puissent bénéficier de ressources et compétences qui intègrent la réalité de leurs pratiques d'usages en adaptant leur offre aux contraintes que ces pratiques imposent, plutôt que de proposer des prises en charge qui ne peuvent être assumées par la personne usagère.

- Qu'il s'agisse de soins en médecine de ville, d'hospitalisation, de traitements médicamenteux, on a trop souvent constaté que les injonctions thérapeutiques ne tenaient pas compte des usages des personnes et ainsi provoquaient souvent l'échec de la démarche voire une dégradation de l'état des personnes.
- Qu'il s'agisse d'accès au travail, à l'hébergement, à l'ouverture de droits, là aussi les professionnels généralement ne travaillent pas « avec l'alcool » mais « malgré l'alcool » en imposant à la personne usagère qu'elle règle son « problème alcool » d'abord

Voici quelques-uns des principes, méthodes et outils d'accompagnement à la réduction des risques chez les personnes usagères d'alcool telle que nous la pratiquons.

Conclusion

Ce qui fonde notre démarche, c'est donc d'abord le constat fait d'une carence :
celle d'une offre d'accompagnement pour toutes ces personnes rencontrées qui ne trouvent pas leur place dans des dispositifs, spécialisés ou non, qui attendent d'elles de s'engager au changement de leurs pratiques.
Cette carence est le produit d'un regard social qui culpabilise celle ou celui qui s'obstine à boire alors que tout le monde, entourage, famille, employeur, soignants, accompagnants, l'incite à cesser de le faire.

La réduction des risques alcool telle que nous la défendons élabore, cherche, expérimente, partage tous les moyens de redonner une place, des droits, un accès à l'aide et au soin pour toutes ces personnes, en partant du principe que ce qui ne peut être changé doit être protégé.

Pour reprendre la question posée dans le cadre de cette audition publique, La réduction des risques, c'est la recherche du moindre risque. Mais c'est bien cette notion de « moindre risque » qui fait enjeu : au commencement de notre travail en RdR alcool, nous pensions pouvoir définir en tant que professionnels les risques réductibles et où se situait ce moindre risque pour les personnes. Mais le pragmatisme inhérent à la démarche ainsi que l'expériences d'échecs à réduire les risques que nous avions identifiés nous ont amenés à

cette évidence : c'est l'usager lui-même, avec notre aide si possible, qui mieux que personne pourra définir ce moindre risque, par lui acceptable et applicable dans son cadre d'existence. A nous professionnels de l'accompagner dans sa recherche d'évaluation et de priorisation des risques réductibles, de l'aider à évaluer les risques et bénéfices de ses pratiques quand sa souffrance est trop grande pour en faire l'analyse lucide. A nous de le mettre à l'abri, de lui offrir des espaces de reconnaissance, de sécurité, de libre expression pour qu'après se construise à son rythme un projet de changement qui ne sera initié par rien d'autre que sa recherche d'une meilleure qualité de vie.

En proposant cette approche et les outils qui en découlent, nous pensons répondre à cette carence et ainsi contribuer à l'enrichissement de la palette qui doit s'offrir à celles et ceux qui souffrent pour toutes sortes de raisons, de leurs usages d'alcool

En conséquence, nous considérons qu'une politique cohérente de santé publique autour de la problématique des usages d'alcool, ainsi que ses dispositifs de mise en pratiques, devrait décliner ses objectifs d'intervention selon trois piliers, trois propositions « thérapeutiques ». Elles seraient déterminées non selon l'évaluation par les professionnels du type de « mésusage » rencontré (alcoolodépendance, usage nocif, usage à risque), mais en fonction de la capacité de libre adhésion de la personne usagère (ces trois axes ne pouvant être hiérarchisés) :

A. Accompagnement à l'arrêt au moyen du sevrage (médicalisé ou non, résidentiel ou ambulatoire…).
B. Accompagnement au réaménagement des consommations en vue d'en réduire les dommages. Il peut s'agir d'une modification quantitative (réduction des consommations, consommation contrôlée…) médicalisée ou non, d'une modification qualitative (rythme de consommations, modalités, contexte ou environnement, type d'alcool consommé…).
C. Accompagnement des consommations telles qu'elles existent, sans perspective immédiate d'un changement des pratiques avec pour priorité la sécurisation des personnes et de leurs usages (mise à l'abri, accès aux soins, aux droits et à la reconnaissance…)

Nous trouvons donc l'objet de notre intervention dans la mise en œuvre des piliers oubliés par les politiques de santé publique en matière d'alcool et par les dispositifs appelés à les mettre en œuvre :

L'accompagnement de la personne qui cherche à modifier ses usages en vue de diminuer les risques et atteintes tels que perçus par elle.

L'accompagnement de la personne qui maintient ses pratiques afin de l'aider à en limiter les conséquences négatives.

Références

Becker, Howard S. (1963), « Outsiders. Etudes de sociologie de la déviance », (*1985), Paris, Métailié.*
Bourdieu Pierre et Passeron Jean-Claude (1970) « La Reproduction. Éléments pour une théorie du système d'enseignement », *Paris, éditions de Minuit.*
Castellain Jean-Pierre (1989) « Manières de vivre, manières de boire », *Paris, Editions IMAGO*

Collectif (2006) : « Use of alcoholic beverages in VA medical centers », *in « Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy », BioMed Central Ltd.*
Collectif (2013) : « Action communautaire en santé, un outil pour la pratique », *Bruxelles, SACOPAR, CLPSCT*
Collectif (1989) : « BOIRE »**,** *Revue Terrains n°13, Paris.*

Collectif (2006) « Shelter-based managed alcohol administration to chronically homeless people addicted to alcohol **»,** *Ottawa, CMAJ.*
Collet M., Menahem G., Paris V. et Picard H. (2003), « Précarités, risque et santé. Enquête menée auprès des consultants de centres de soins gratuits », *Questions d'économie de la Santé*, CREDES, n° 63, 6 p.
Combaluzier S. (2004), « Alcool, exclusion sociale et troubles de la personnalité. Mesures de leurs interactions chez les hommes sans-domicile fixe », *Alcoologie et Addictologie*, vol. 26, n° 1, pp. 15-20.
Coulombier Yves, « Manuel d'alcoologie sociale », *Editions Chronique sociale, 2007*
Croft-White C., Georgie Parry-Crooke (2004) "Hidden homelessness: lost voices, the invisibility of homeless people with multiple needs" , Crisis.
Dabit D. et Ducrot S. (1999), « Alcool et Sans-Abri : une enquête du mouvement Vie Libre menée en région parisienne », *Alcoologie*, tome 21, n° 3, pp. 439-446.
Danczuk S.,(2000) "Walk on by… Begging, street drinking and the giving age", Londres Ed. Crisis.
Fahet G., Cayla F., Drouot N., Simmonot N. et Fauvel G. (2004), *Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France de Médecins du Monde, Rapport 2003*, Humanitaire HS n° 1, Médecins du monde, Paris, 144 p.
Fieulaine Matthieu in ANPAA, commission des pratiques professionnelles (2012): « Prévention des risques et réduction des dommages chez les consommateurs d'alcool », *ANPAA.*
Fieulaine Matthieu (2013) "Le choix de monsieur L. Repenser l'accompagnement des usages d'alcool" in *Revue SWAPS n°73*
Fischer, P.J. et Breakey W.R. (1987), « Profile of the Baltimore Homeless with Alcohol Problems », *Alcohol Health and Research World,* n° 11, pp. 36-37.
Furtos J. (2009). « De la précarité à l'auto-exclusion ». *Paris, Editions Rue d'Ulm*.
Gomez Henri (dir) (2015) « Les représentations de l'alcoolique : Images et préjugés ». *Paris, Editions Eres*
Mercier Céline (1988), « L'itinérance chez la femme ». *Revue québécoise de psychologie,* vol. 9, n°1.
Nahoum-Grappe Véronique (2010) « Vertiges de l'ivresse, alcool et lien social », *Paris Editions Descartes et cie*
Nauleau G. et Quesemand-Zucca S., (2002), « L'ivresse de la rue », *Psychologie clinique*, n° 14, Actualités des Cliniques Addictives, pp. 93-97.
Observatoire du Samu social de Paris (1998), *Conduites addictives, substitution et grande exclusion, enquête sur 275 personnes*, Paris, 7 p.
Palle C., Martin D., *Lutte contre l'alcoolisme, le dispositif spécialisé en 2002*, OFDT DGS, 2004.
Rosenbaum Milton, McCarty Teresita (2002), « Alcohol prescription by surgeons in the prevention and treatment of delirium tremens : historic and current practice », *General Hospital Psychiatry 24 257–259*

RESPADD (Collectif) (2016) « *Mémento : Prise en charge des urgences en contexte addictologique* »
Reynaud Michel, « Traité d'addictologie », *Editions Flammarion, 2006*
Roquet E. (2001), « Le "bien boire" du sans abri », *Psychotropes, revue internationale des toxicomanies,* vol. 7, n° 2, pp. 23-32.
Rubington E. (1968), « The bottle gang », *Quarterly Journal of Studies on Alcohol,* n° 29, pp. 943-955.
Salize HJ et collectif (2002): "Alcoholism and Somatic Comorbidity among Homeless People in Mannheim, Germany" . *Addiction* 97, 1593-1600.

Comment intégrer, dans les pratiques, l'accompagnement et les outils de la consommation à moindre risque ?

Anne BORGNE
Présidente du RESPPAD
PARIS
a.borgne@gmail.com

Préambule

Chaque année, plus de 74 000 personnes meurent en France des conséquences du tabagisme et plus de vingt maladies lui sont attribuées qu'il en soit la cause principale, un facteur de risque ou une cause aggravante. Le tabac tue donc plus de 200 personnes par jour. Il est à l'origine de près de 20% de la mortalité prématurée en France.

D'après l'OMS, près d'une personne meurt toutes les six secondes à cause du tabac, ce qui représente un décès d'adulte sur 10. Un fumeur sur deux qui poursuit sa consommation de tabac toute son existence décédera d'une maladie liée à cet usage. Le tabac tue la moitié de ceux qui en consomment, soit près de six millions de personnes chaque année. Plus de cinq millions d'entre elles sont des consommateurs ou d'anciens consommateurs, et plus de 600 000, des non-fumeurs exposés à la fumée secondaire. Si aucune mesure n'est prise d'urgence, le nombre annuel de ces décès pourrait atteindre plus de 8 millions d'ici à 2030. Plus de 80% du milliard de fumeurs dans le monde vivent dans des pays à faible ou moyen revenu.

La toxicité générale de la fumée s'exprime sur les muqueuses de contact et par impact des substances toxiques après passage dans le courant sanguin au travers de la barrière alvéolo-capillaire sur les viscères. Le monoxyde de carbone est facteur d'hypoxie tissulaire et d'athérosclérose, les hydrocarbures et nitrosamines sont cancérigènes, de multiples irritants sont facteurs d'inflammation de la muqueuse bronchique et de l'altération des mécanismes de défense contre les infections. La nicotine est addictive mais son rôle pathogène est mineur.

Face à cette épidémie de consommation et de décès, pour un produit dont le seuil de toxicité commence dès la première prise et dont le potentiel addictogène est le plus élevé des drogues, comment intégrer dans les pratiques de soins, d'accompagnement et de prévention les outils de la consommation à moindre risque ?

Réduction des risques et tabagisme

La réduction des risques, qui remet en cause le sevrage comme seul objectif thérapeutique valable, est une modalité de soin désormais bien intégrée dans l'accompagnement des usagers de drogues (traitements de substitution, échange de seringues, etc.). Cette évolution est également d'actualité dans le domaine de l'alcoologie où la modération de la consommation apparaît de plus en plus comme un objectif possible (une évolution concomitante à l'arrivée de nouveaux médicaments de l'alcool). Qu'en est-il pour le tabagisme ?

Les professionnels de santé recommandent clairement l'abstinence de tabac. Au vu de l'évolution du concept de « consommation contrôlée », la question d'une baisse du nombre de cigarettes fumées par jour se pose pourtant.

Une réduction de cigarettes peut s'accompagner de phénomènes compensatoires (absorption plus grande de la fumée) pour maintenir un taux de nicotine constant. Le résultat global est alors peu concluant. La réduction peut aussi s'accompagner d'un recours à des substituts. En dépit de l'usage du terme « substitut », la substitution concerne le plus souvent la période de sevrage du tabac. Elle est limitée dans le temps, destinée à faciliter à court terme le passage vers l'abstinence. Le recours à la substitution à plus long terme, associée ou non à un certain nombre de cigarettes sous forme contrôlée, participe à une logique de réduction des méfaits. S'il semble plausible qu'une diminution du nombre de cigarettes entraîne également une baisse de dommages, les données scientifiques manquent pour l'affirmer : la réduction du tabagisme n'entraîne pas l'annulation du risque de morbidité liée au tabagisme.

Réduire la consommation de cigarettes ne suffit pas

Pensons aux fumeurs qui souvent doivent privilégier le court terme, réduire leur consommation, en lieu et place d'arrêter. Cette stratégie ne s'accompagne cependant que d'effets modestes sur la santé, et uniquement sur des paramètres cliniques secondaires (inflammation bronchique) et biologiques (taux de lipides sanguins), sans impact mesurable en termes de morbidité (hospitalisation pour exacerbation d'une bronchite chronique obstructive par exemple) et de mortalité.

Ceci pour deux raisons : d'une part, parce que ce n'est finalement pas la consommation quotidienne, mais bien la durée – en termes d'années – d'exposition au tabac qui conditionne le risque de maladies. D'autre part, parce qu'en fumant moins de cigarettes, les fumeurs pratiquent, de manière inconsciente, le phénomène de compensation (oversmoking) qui permet d'augmenter le rendement de l'extraction de nicotine d'une cigarette et parallèlement celle des autres produits toxiques. Seule l'option d'une administration combinée avec des substituts de nicotine pourrait éventuellement éviter cet écueil. La réduction du tabagisme reste donc une stratégie dont les bénéfices sont très limités et les modalités mal définies.

Une étape intermédiaire vers l'abstinence

En différenciant la consommation de tabac et de nicotine, plusieurs cas de figure de consommation contrôlée peuvent être différenciés :

- Un tabagisme contrôlé, sans substitution
- Un tabagisme contrôlé, avec substitution parallèle de nicotine
- Un arrêt du tabagisme, avec substitution de nicotine
- Un arrêt du tabagisme sans substitution (abstinence de nicotine)

La durée d'exposition au tabac conditionne le risque de maladies. À l'instar d'autres substances, aborder la diminution du tabagisme dans un premier temps plutôt que l'abstinence a pourtant des effets bénéfiques pour une démarche ultérieure vers l'abstinence. La réduction du tabagisme peut donc être considérée comme une étape intermédiaire ou une transition vers l'abstinence de nicotine.

L'expression « réduction des risques liés à l'usage de drogues », lorsque qu'elle est appliquée au tabagisme, couvre ainsi deux axes principaux :

- Politiques d'interdiction de fumer visant à réduire les dangers liés à la fumée secondaire de tabac (ou tabagisme passif)
- Pratiques de réduction des risques visant spécifiquement à réduire les risques pour le consommateur de tabac qui ne peut ou ne veut pas arrêter

Ainsi, plusieurs approches peuvent être proposées :

- Approches individuelles, telles que l'utilisation des traitements de substitution nicotiniques associée à une réduction de la consommation de cigarettes comme une première étape vers le sevrage tabagique
- Approches populationnelles, telles que rendre les formes moins nocives de nicotine plus accessibles que les formes plus nocives
- Introduction d'un cadre réglementaire complet sur la nicotine, de manière à ce que tous les produits fournissant de la nicotine soient réglementés en fonction des dangers qu'ils représentent (NICE, 2013)

Les approches de réduction des risques appliquées au tabagisme impliquent que certaines personnes continueront d'utiliser le tabac ou la nicotine. Le rationnel de ces approches est que c'est la dépendance à la nicotine qui est principalement responsable de l'utilisation du tabac, mais ce sont les autres composants de la fumée de tabac qui causent le plus de mal, et non la nicotine en elle-même. Il existe de nombreux produits fournissant de la nicotine avec des effets plus ou moins nocifs. Les traitements de substitution nicotinique et le vaporisateur personnel se trouvent à l'extrémité la moins nocive du spectre et les produits du tabac combustibles à l'extrémité la plus nocive. Les cigarettes sont l'une des formes les plus dangereuses d'administration de nicotine, mais sont actuellement le système d'administration le plus couramment utilisé dans le monde entier.

Les approches de réduction des risques proposées dans les récentes recommandations du National Institute for Health and Care Excellence (2013) incluent :

- L'arrêt du tabac (utiliser un substitut nicotinique médicamenteux aussi longtemps que nécessaire)
- Réduire sa consommation avant l'arrêt complet (avec ou sans substitut nicotinique médicamenteux)
- Et l'abstinence temporaire (avec ou sans substitut nicotinique médicamenteux)

Ces recommandations notent que présentement « il n'est pas certain que la réduction de consommation apporte un bénéfice de santé à long-terme (mis à part que ceux qui réduisent leur consommation peuvent finalement arrêter de fumer)» (NICE, 2013). Cependant, des bénéfices à court-terme ont été notés tels qu'un bien-être physique et mental supérieur et une diminution de l'exposition à la fumée pour les non-fumeurs. De plus, pour les fumeurs malades, arrêter ou réduire sa consommation peut impliquer qu'ils aient plus de temps pour s'investir dans des activités thérapeutiques.

Ainsi, de plus en plus de données fiables et fondées sur les preuves sont disponibles aujourd'hui pour affirmer que la réduction des risques liés au tabagisme est efficace est qu'elle devrait constituer une politique de santé à part entière et ainsi aider des millions de fumeurs.

Quelle place pour la cigarette électronique ?

La cigarette électronique, ou vaporisateur personnel (VP), est un dispositif permettant l'absorption par voie pulmonaire de nicotine par vaporisation d'une solution dénommée « e-liquide ». Dans la cigarette classique, le tabac en brûlant produit la fumée, qui dégage quelques 4 000 produits toxiques et/ou cancérigènes dont le monoxyde de carbone, qui provoque des infarctus du myocarde, des artérites, des maladies cardiovasculaires, les goudrons, responsables des cancers du poumon et des voies aériennes supérieures, les particules fines qui attaquent les bronches et provoquent maladies et insuffisances respiratoires graves et douloureuses. Dans le vaporisateur personnel, il n'y a ni tabac ni combustion (ni feu ni fumée). Sans combustion, le VP ne produit ni cancérigènes, ni monoxyde de carbone.

La nicotine dégagée dans son utilisation classique (patchs, cigarettes, inhalateurs, VP), substance psychoactive à part entière, ne présente que très peu de dangerosité pour l'homme. Les pathologies liées au tabagisme qui peuvent être mortelles n'ont aucun lien avec la présence de nicotine dans la cigarette mais sont liées à la combustion.

VP et réduction des risques : une communication nuancée

Toute solution de réduction des risques est, par définition, une issue qui peut se prendre à contre-sens. L'accès libre aux seringues « pourrait » faciliter les injections, c'est pour cela qu'elles ont été interdites en France, le temps de comprendre avec le sida l'erreur commise.

Les médicaments de substitution « pourraient » être utilisés pour s'initier aux effets des opiacés, c'est d'ailleurs ce qui arrive dans des cas minoritaires sur lesquels il convient de continuer de travailler. Certains usagers font des allers et retours entre substitution et usage, que ce soit avec des substituts nicotiniques ou opiacés, puisque ce sont les deux grandes formes de traitement de substitution existantes. Mais est-ce une raison pour diaboliser ces traitements qui majoritairement aident les usagers auxquels ils conviennent ?

Le VP est une révolution sanitaire, il est largement plébiscité par ses utilisateurs et de plus en plus approuvé par de nombreux soignants français et européens qui y voient une alternative au tabac bien moins dangereuse. Il n'est cependant pas un médicament et ne relève d'aucune intention thérapeutique. Les cliniciens peuvent informer les fumeurs que la combustion est la méthode d'absorption de la nicotine la plus toxique et que tous les autres procédés sont plus sûrs. Le clinicien doit centrer son discours sur l'arrêt du tabac, sachant que la consommation de nicotine est moins toxique que l'absorption de fumée. Le VP, bien utilisé, permet d'arrêter de fumer du tabac et de remettre en cause son lien à la nicotine.

Focus sur le Snus

« Smokeless tobacco » fait référence à des produits issus du tabac consommés par voie orale mais non fumés. Le plus populaire est le snus qui se présente sous forme de petits sachets de tabac à coincer entre la joue et la lèvre. La nicotine est libérée beaucoup plus progressivement et lentement qu'avec une cigarette. Néanmoins les fumeurs qui passent au snus trouvent en général rapidement leur équilibre et sont satisfaits de la substitution trouvée et des bénéfices apportés.

Comme expliqué précédemment, de nombreux fumeurs ne souhaitent ou ne peuvent pas arrêter de fumer. Faute de ne pouvoir se passer de nicotine, ils continuent à fumer malgré

les risques pour la santé et les innombrables mortalités associées. L'utilisation de Smokeless tobacco fait partie des autres alternatives à proposer. De nombreuses recherches ont démontré les bénéfices apportés par son utilisation notamment en terme de réduction de la mortalité. Dans les dernières décennies, la Suède a vu sa consommation de cigarettes chuter au bénéfice de la consommation de tabac à chiquer. Ce changement, venu de la population, a amené un succès pour la santé publique en Suède qui présente aujourd'hui un des taux les plus bas de cancer du poumon chez les hommes sans avoir eu d'augmentations compensatoires d'autres types de complications liés à la consommation de tabac.

Références

Rodu & Cole, 2004. The Burden of Mortality from Smoking: Comparing Sweden with Other Countries in the European Union. European Journal of Epidemiology 19: 129-131.

Rodu B, Stegmayr B, Nasic S, Asplund K. Impact of smokeless tobacco use on smoking in northern Sweden. J Int Med. 2002;252:398–404.

Huhtasaari F, Asplund K, Lundberg V, Stegmayr B, Wester PO. Tobacco and myocardial infarction: is snuff less dangerous than cigarettes? BMJ. 1992;305:1252–1256.

Johansson S, Sundquist K, Qvist J, Sundquist J. Smokeless tobacco and coronary heart disease: a 12-year follow-up study. J Cardiovasc Prevent Rehab. 2005;12:387–392.

Lewin F, Norell SE, Johansson H, Gustavsson P, Wennerberg J, Biörklund A, Rutqvist LE. Smoking tobacco, oral snuff, and alcohol in the etiology of squamous cell carcinoma of the head and neck: a population-based case-referent study in Sweden. Cancer. 1998;82:1367–1375.

Les nouveaux vaporisateurs de tabac et inhalateurs de nicotine : la nicotine sans combustion

L'industrie du tabac travaille depuis de nombreuses années au développement d'inhalateurs de nicotine et de vaporisateurs de tabac dans le cadre de leur développement de produits dits à risque réduit. Ces nouvelles technologies permettent de chauffer le tabac sans le brûler et ainsi de délivrer de la nicotine sans fumée (vaporisateurs de tabac) ou de libérer de la nicotine sans contenir de tabac (inhalateurs de nicotine). La recherche de produits à risques potentiellement réduits (potentially reduced risks products ou pRRPs) est un enjeu majeur pour les cigarettiers qui doivent lutter contre le déclin de la cigarette et la montée en puissance des vaporisateurs personnels. Ils présentent ces inhalateurs de tabac/nicotine comme des produits à destination des fumeurs qui souhaitent arrêter de fumer des cigarettes, réduire leur consommation ou encore remplacer leur consommation de cigarette par une alternative moins risquée pour la santé (1).

Les vaporisateurs de tabac/nicotine chauffent du tabac à une température inférieure à une cigarette classique -sans brûler le tabac, donc, d'où le nom donné à ces produits "heat non burn" - et diffusent de la vapeur contenant de la nicotine et des arômes grâce à la technologie de la "vaporisation".

Les inhalateurs de nicotine utilisent la technologie des vaporisateurs pour l'asthme en libérant une formulation à base de nicotine par un clapet fonctionnant avec la respiration. Ils ne contiennent pas de composant électronique et ne produisent aucune combustion, aucune chaleur. Le dispositif le plus connu, Voke a fait l'objet d'une autorisation de mise sur le

marché au Royaume-Uni délivrée par l'Agence des médicaments pour soulager ou prévenir les envies de nicotine et supprimer les symptômes du syndrome d'abstinence associés à la dépendance au tabac.

Inhalateurs de nicotine/ vaporisateurs de tabac: la nicotine sans les risques ?

L'industrie du tabac cherche à commercialiser des produits à risques réduits mais qui donnent autant de satisfaction aux fumeurs que les cigarettes classiques.

Des recherches récentes démontrent qu'il est possible de délivrer des doses de nicotine satisfaisantes par inhalation. Des études menées sur des vaporisateurs de tabac montrent que les taux de nicotine dans le plasma peuvent être identiques chez les fumeurs de cigarettes ou chez les utilisateurs de vaporisateurs de tabac (2). L'étude de Rose et al menée en 2010 a montré que le pyruvate de nicotine est plus efficace au niveau pulmonaire que la nicotine pure car la taille des particules de vapeur est plus petite (0,6 um) que pour les autres inhalateurs de nicotine et le pH neutre de la solution est moins irritant. Comparativement au placebo, l'inhalation de pyruvate de nicotine produit une forte augmentation des taux de nicotine dans le plasma et satisfait les fumeurs (3). Les vaporisateurs qui éliminent la combustion contiendraient également beaucoup moins de composés chimiques toxiques, voire pas du tout de certains composés (4). Cependant, il faut souligner que pour l'instant aucune étude scientifique n'a démontré que ces nouveaux produits du tabac sans combustion étaient sans danger. Ils réduisent l'exposition aux substances toxiques mais les études à long terme sur l'homme ne sont pas encore disponibles.

Les nouveaux inhalateurs de nicotine pourraient aider les fumeurs à arrêter de fumer plus facilement qu'avec les substituts nicotiniques commercialisés actuellement (5). Les données pharmacocinétiques démontrent que cette technologie peut être utilisée pour administrer de la nicotine par voie pulmonaire pour une absorption rapide, couplée à des qualités sensorielles acceptables, pour fournir la satisfaction subjective et le soulagement du besoin impérieux de fumer.

Une étude pharmacocinétique clinique comparant l'inhalateur Voke avec un produit pharmaceutique (inhalateur Nicorette 10mg) a montré que l'inhalateur Voke était plus efficace pour le soulagement du craving que l'inhalateur Nicorette (6). La cigarette classique serait donc en voie de devenir une technologie obsolète, remplacée par de nouvelles technologies moins toxiques, mais qui continueront cependant à fournir de la nicotine, des arômes de tabac et d'autres substances contenues dans le tabac. Il s'agit donc d'une approche de réduction des risques.

Références

(1) Rose et al. Pulmonary delivery of nicotine pyruvate: sensory and pharmacokinetic characteristics. Exp Clin Psychopharmacology. 2010;18:385-394, Erratum in: Exp Clin Psychopharmacol. 2011 Feb;19(1):iii.

(2) Patrick Picavet, Moira Gilchrist, Shawnmarie Mayrand-Chung,Assessing The Pharmacokinetic And Pharmacodynamic Profiles of Non-Combustible Potentially Reduced-Risk Products, Philip Morris Products S.A., Quai Jeanrenaud 5, 2000 Neuchâtel, Switzerland.

(3) Rose et al. Pulmonary delivery of nicotine pyruvate: sensory and pharmacokinetic characteristics. Exp Clin Psychopharmacology. 2010;18:385-394, Erratum in: Exp Clin Psychopharmacol. 2011 Feb;19(1):iii.

(4) Eva Garcia, Serge Maeder, Patrick Vanscheeuwijck, Patrick Picavet, Moira Gilchrist, Shawnmarie Mayrand-Chung, Non-Combustible Alternatives: Assessing Potentially Reduced-Risk Products – Toxicological and Clinical Exposure Studies Philip Morris Products S.A., Quai Jeanrenaud 5, 2000 Neuchâtel, Switzerland.

(5) Rose et al. Pulmonary delivery of nicotine pyruvate: sensory and pharmacokinetic characteristics. Exp Clin Psychopharmacology. 2010;18:385-394, Erratum in: Exp Clin Psychopharmacol. 2011 Feb;19(1):iii.

(6) Chris Moyses, Alex Hearn, Andrew Redfern Author Affiliations: 1) Kind Consumer Ltd, London, UK 2) Linear Clinical Research Ltd, Perth, Australia, Evaluation of Craving Satisfaction When Using a Novel Nicotine Inhaler; Moyses C, Hearn A, Redfern A. Evaluation of a Novel Nicotine Inhaler Device. Part 2: Effect on Craving and Smoking Urges. Nicotine Tob Res. 2014 Jul 31. pii: ntu122.

Autres sources

https://www.media-server.com/m/instances/8hjnb6wm/items/29n825fv/assets/75ngrwuk/0/file.pdf

http://www.media-server.com/m/s/get6yg4o/lan/en

http://www.nicoventures.co.uk/announcing-voke-safer-alternative-smoking-licensed-medicines-and-healthcare-products-regulatory

Focus cigarette électronique / vaporisateur personnel

La cigarette électronique aurait été développée en Chine au milieu des années 2000 par un pharmacien. Elle est composée d'une batterie, d'un atomiseur et d'une cartouche remplie d'un liquide (e-liquide). Ce dernier contient des substances aromatiques variées (tabac, menthe, pomme, etc.), avec du propylène glycol et/ou de la glycérine végétale, des additifs, et selon les flacons, de la nicotine, à différentes concentrations. Lors de l'aspiration, le liquide, mélangé à l'air inspiré, est diffusé sous forme de vapeur puis inhalée par l'utilisateur. Comme elle n'occasionne aucune combustion, elle ne dégage pas les substances cancérogènes contenues dans la fumée de cigarette, ni de monoxyde de carbone ou de goudrons.

L'usage de la cigarette électronique

En population adolescente, près d'un jeune sur deux déclare avoir déjà fait usage d'une cigarette électronique au cours de sa vie, les garçons (56,4%) se révélant davantage concernés que les filles (49,9%). L'usage de la cigarette électronique au cours du mois est déclaré par un adolescent sur cinq (22,1%) alors que 2,5% disent l'utiliser tous les jours, là encore les garçons plus souvent que les filles (3,1% vs 1,8%).

Parmi les personnes âgées de 18 à 75 ans, 25% déclarent avoir déjà essayé la cigarette électronique. Parmi les fumeurs, ils sont 57% à l'avoir essayée. La cigarette électronique a par ailleurs été expérimentée par 4% des individus n'ayant jamais fumé ou n'ayant fait qu'essayer. L'usage actuel de la cigarette électronique concerne 6% de l'ensemble des 18-75 ans, dont la moitié en fait un usage quotidien. Les trois quarts des vapoteurs (75%) sont aussi fumeurs réguliers de tabac, 8% sont des fumeurs occasionnels, 16% des ex-fumeurs, tandis que 1,5% d'entre eux n'ont jamais fumé. Sur l'ensemble de la population des 18-75 ans, 0,9% sont des vapoteurs ex-fumeurs de tabac qui utilisent la cigarette électronique et 0,1% vapotent sans avoir jamais fumé.

À propos des e-liquides

Les e-liquides peuvent être composés d'un ou plusieurs des éléments suivants :

- Le propylène glycol : substance présente dans de nombreuses préparations (culinaires, cosmétiques, inhalateurs, etc.) que certains médias ont confondu avec l'éthylène glycol, produit antigel hautement toxique ;
- La glycérine végétale dont les études n'ont montré aucun danger pour l'homme
- Les arômes (naturels ou synthétiques)
- D'eau, d'alcool ou d'additifs (exhausteurs de goût, correcteur d'acidité, etc.)
- Eventuellement de la nicotine à un dosage maximal, s'il est vendu sur le territoire français, de 20 mg/ml, selon les recommandations de l'Agence nationale du médicament (ANSM)

Le propylène glycol et la glycérine (que l'on retrouve dans beaucoup de produits) ne semblent pas toxiques lorsqu'ils sont inhalés, mais leurs effets à long terme demeurent inconnus. Les rares études cliniques réalisées sur les cigarettes électroniques n'évoquent aucun effet indésirable grave. Les effets secondaires les plus fréquents sont une irritation et une sécheresse buccale.

La cigarette électronique chez les jeunes

La cigarette électronique remporte un grand succès auprès des jeunes. Les études et enquêtes montrent un fort intérêt des jeunes pour la cigarette électronique. Une étude polonaise datant de 2012 nous apprend qu'un jeune polonais sur 5 a testé l'e-cigarette (1). L'enquête ETINCEL menée par l'OFDT en novembre 2013 sur 2052 individus âgés de 15 à 75 ans, a révélé qu'un tiers des 15-24 ans l'ont essayée (alors que seulement une personne sur 5 entre 34 et 45 ans et un sur 10 entre 55 et 64 ans l'a expérimentée). L'enquête Paris sans tabac 2014 (menée auprès de 13 000 collégiens et lycéens) confirme cet engouement. En 2013 et 2014, on note une augmentation de l'expérimentation de la cigarette électronique chez les jeunes, avec un taux d'utilisation qui double chaque année. Même observation aux Etats-Unis : une enquête menée sur 40000 adolescents américains montre que le taux d'usage de la e-cigarette au cours des 30 derniers jours a doublé entre 2011 et 2012 (passant de 3,1% à 6,5%). Toutefois, ces enquêtes portent sur l'expérimentation ou l'utilisation récente (30 derniers jours), mais n'examinent pas l'usage quotidien. Les rares études qui ont examiné ce dernier point n'ont soit pas trouvé d'usage quotidien de la e-cigarette chez les jeunes non-fumeurs, ou à des taux extrêmement faibles (<1%).

La question des arômes

D'ailleurs, une étude datant de 2012 a conclu qu'une majorité des jeunes interrogés serait moins intéressée par les cigarettes électroniques (et autres produits du tabac non fumés) si ces dernières n'étaient pas parfumées. En outre, la cigarette électronique apparaît souvent aux jeunes comme moins dangereuse et rendant moins dépendant que les cigarettes classiques. Une étude de 2013 a ainsi montré que c'était ce que pensait la majorité des jeunes interrogés.

Une porte d'entrée dans le tabagisme ?

Certaines enquêtes laisse supposer que la cigarette électronique pousse les jeunes à la consommation de tabac. Cependant, bien que la cigarette électronique (avec e-liquide nicotiné) puisse maintenir une dépendance à la nicotine préexistante, il n'a pas été observé jusqu'ici qu'elle pouvait induire la dépendance chez des non-fumeurs.

Cigarette électronique et jeunes : plutôt une diminution du nombre de fumeurs

Plusieurs enquêtes et publications récentes laissent entendre que les jeunes essaient la cigarette électronique mais ne l'adoptent pas forcément. L'enquête Paris Sans Tabac 2014 montre en outre que ce sont surtout les jeunes fumeurs qui testent la cigarette électronique (90% des fumeurs contre 23% des non-fumeurs). L'étude menée en Pologne a donné la même information : les étudiants qui ont testé la fumée de cigarette sont plus enclins à tester l'EC que ceux qui n'ont jamais fumé (38.2% vs 8.8%). L'utilisation de la e-cigarette pourrait donc être responsable d'une diminution du tabagisme. L'enquête Paris Sans Tabac 2014 a ainsi montré que la proportion de fumeurs chez les 12-15 ans a été divisée par deux, passant de 20% à 11,2% et qu'elle a également diminué chez ceux de 16 à 19 ans, passant de 42,9% à 33,5% sur la même période. Cette diminution s'expliquerait par l'engouement pour la cigarette électronique d'après les auteurs de l'enquête. Aux USA également, la proportion de fumeurs parmi les jeunes a baissé à 15.7% en 2013, atteignant son plus bas niveau en 22 ans. Là encore, le lien de causalité n'est pas établi, mais il est difficile d'ignorer que ces changements interviennent précisément l'année où la cigarette électronique est devenue populaire aux USA et en France.

En conclusion, on n'a pas observé jusqu'ici d'effet passerelle. Bien que les jeunes soient nombreux à tester l'e-cigarette, extrêmement peu de jeunes non-fumeurs utilisent ce produit et la prévalence du tabagisme chez les jeunes a diminué dans les pays où l'e-cigarette est populaire (France, USA). Il est donc probable que ce produit contribue à dénormaliser la cigarette chez les jeunes. Cependant, des études longitudinales sont nécessaires pour tester les hypothèses suivantes : l'e-cigarette est-elle capable d'induire la dépendance chez les non-fumeurs ? Si oui, la dépendance à la nicotine induite par la cigarette électronique avec nicotine peut-elle conduire les jeunes à fumer du tabac par la suite ? Et enfin : ces jeunes ne seraient-ils pas également devenus fumeurs s'ils n'avaient pas vapoté ? A ce jour, les études et enquêtes disponibles sont rassurantes, mais ces hypothèses n'ont pas été testées. L'explosion de l'utilisation de l'e-cigarette chez les jeunes est en effet récente. Il faudra donc avoir plus de recul pour savoir si cette dernière est plutôt une porte de sortie du tabagisme ou au contraire une porte d'entrée. C'est d'ailleurs au nom du principe de précaution que des pays ont déjà interdit la vente de cigarettes électroniques aux mineurs. On peut cependant se demander si cette interdiction ne condamne pas les jeunes qui souhaitent

essayer la nicotine à la découvrir dans les cigarettes, qui sont le moyen le plus toxique de s'en procurer.

Références

Goniewicz ML1, Zielinska-Danch W. Electronic cigarette use among teenagers and young adults in Poland. Pediatrics. 2012 Oct;130(4):e879-85. doi: 10.1542/peds.2011-3448. Epub 2012 Sep 17.

Enquête annuelle de l'association Paris sans tabac, réalisée auprès d'un échantillon représentatif de 2% des élèves des collèges et lycées de Paris, 2014.

Dutra LM and Glantz SA. Electronic Cigarettes and Conventional Cigarette Use Among US Adolescents. JAMA Pediatrics. Published March 6 2014.

Kelvin Choi, Lindsey Fabian, Neli Mottey, Amanda Corbett, and Jean Forster, Young Adults' Favorable Perceptions of Snus, Dissolvable Tobacco Products, and Electronic Cigarettes: Findings From a Focus Group Study, Am J Public Health. Nov 2012; 102(11): 2088–2093.

Erin L. SutfinThomas P. McCoyMark Wolfson, Electronic cigarette use by college students, Drug and Alcohol Dependence, 1 August 2013, Vol.131(3):214–221.

Dutra LM and Glantz SA. Electronic Cigarettes and Conventional Cigarette Use Among US Adolescents. JAMA Pediatrics. Published March 6 2014.

Choi K, Forster J., Characteristics associated with awareness, perceptions, and use of electronic nicotine delivery systems among young US Midwestern adults Am J Public Health. 2013 Mar;103(3):556-61.

Etude réalisée par Harris Interactive du 4 au 8 mars 2014 auprès de 500 étudiants dans toute la France.

Sondage réalisé du 16 mars au 15 avril 2014 auprès de 135 adhérents Smerep.Lermenier A., « Tabac » dans OFDT, Drogues et addictions, données essentielles Saint-Denis, OFDT, 2013, pp.278-287

Janssen E. et Lermenier-Jeannet A., Tabagisme et arrêt du tabac en 2014 Saint-Denis, OFDT, 2015, 10 p.

Lalam N., Weinberger D., Lermenier A. et Martineau H., L'observation du marché illicite de tabac en France Saint-Denis, OFDT-INHESJ, 2012, 49 p.

Spilka S., Le Nézet O., Beck F., Ehlinger V. et Godeau E., Alcool, tabac et cannabis durant les « années collège » Tendances, n°80, 2012, 6 p.

Currie C., Zanotti C., Morgan A., Currie D., De Looze M., Roberts C., Oddrun S., Smith O. et Barnekow V., Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey Copenhague, WHO Regional Office for Europe, 2012, 252 p. (Health Policy for Children and Adolescents, n°6).

Spilka S., Le Nézet O., Ngantcha M. et Beck F., Les drogues à 17 ans : Analyse de l'enquête ESCAPAD 2014 Tendances, n°100, 2015, 8 p.

Hibell B., Guttormsson U., Ahlström S., Balakireva O., Bjarnason T., Kokkevi A. et Kraus L., The 2011 ESPAD report: substance use among students in 35 European countries Stockholm, CAN, 2012, 390 p.

Spilka S. et Le Nézet O., Premiers résultats du volet français de l'enquête ESPAD 2011 Saint-Denis, OFDT, 2012, 17 p.

Beck F., Richard J.-B., Guignard R., Le Nézet O. et Spilka S., Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014, exploitation des données du Baromètre santé 2014 Tendances, n°99, 2015, 8 p.

Ribassin-Majed L., Hill C., "Trends in tobacco-attributable mortality in France" The European Journal of Public Health, 2015, pp.1-5 (first published online: 9 May 2015).

Hill C., Jougla E. et Beck F., Le point sur l'épidémie de cancer du poumon dû au tabagisme. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, n°19-20, 2010, pp. 210-213.

Dautzenberg B., Le tabagisme passif. Paris, Documentation Française, 2001, 109 p.

Guignard R., Beck F. et Obradovic I., « Prise en charge des addictions par les médecins généralistes », dans Gautier A (dir.), Baromètre santé médecins généralistes 2009.Saint-Denis, INPES, 2011, pp. 177-201.

Lermenier-Jeannet A., Le tabac en France : un bilan des années 2004-2014. Tendances, n° 92, 2014, 6 p.

Tovar M.L., Bastianic T. et Le Nézet O., Perceptions et opinions des Français sur les drogues. Tendances, n°88, 2013, 6 p.

Ministère des affaires sociales et de la santé et Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, Plan cancer 2014-2019. Guérir et prévenir les cancers : donnons les mêmes chances à tous, partout en France. Paris, 2014, 152 p.

Ministère des affaires sociales, de la santé et du droit des femmes, Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019. Paris, 2014, 55 p.

MILDT, Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 - Plan d'action 2013-2015. Paris, MILDT, 2014, 54 p.

Comment intégrer, dans les pratiques, l'accompagnement et les outils de la consommation à moindre risque ?

Elisabeth AVRIL
Directrice CSAPA/CAARUD
Association GAIA
PARIS
eavril@gaia-paris.fr

Depuis 20 ans, nous voyons se développer en France une palette d'offres de services institutionnels pour répondre aux problèmes de la dépendance qui est devenue socialement et politiquement inacceptable. Les traitements de substitution représentent le produit phare de ces services, leur mise en place vise à diminuer les conséquences négatives de la consommation de substances illicites, à traiter la dépendance et si possible accompagner les personnes dépendantes vers l'abstinence. Nous constatons qu'une part non négligeable et mal évaluée des personnes en traitement de substitution poursuit des consommations de substances psycho actives licites et illicites. Ce constat ne remet pas en cause les résultats incontestables des traitements de substitution, les consommateurs sont en meilleure santé, il y a une diminution des délits et une amélioration globale de la qualité de vie. Ces consommations dites parallèles ne sont pas, loin s'en faut, toutes problématiques ; de nombreux usagers les rendent compatibles avec d'autres engagements. Ces usagers, experts de leurs pratiques connaissent très bien la notion de consommation à moindre risque, les stratégies de gestion de leurs consommations, ils les mettent en pratique au quotidien.
Rares sont les consommateurs de drogues qui n'ont aucune stratégie de gestion, même quand ils paraissent totalement démunis, des pratiques et des savoirs issus de leur expérience sont à l'œuvre. Le constructivisme, parce qu'il s'appuie sur l'assimilation, l'accommodation et la conceptualisation, est au cœur de la démarche de la consommation à moindre risque et des programmes mis en place depuis 3 décennies en France et à l'international. Cette approche non normative du phénomène de la dépendance est axée sur le comment et non le pourquoi. On le verra elle est éminemment pragmatique, cela défini sa méthode.
L'accompagnement de la consommation à moindre risque par des professionnels ne devrait-il pas être tout simplement un accompagnement global, holiste, répondant aux besoins des personnes sans focaliser sur les consommations, sans juger de ces consommations ?
Le concept de consommation à moindres risques, la possibilité de gestion des consommations sont-elles des notions intégrées dans les pratiques professionnelles et institutionnelles en 2016 ?: accueil inconditionnel, approche centrée sur la personne, pairs aidants, réduction des risques en CSAPA, outils de consommation connus et promus par les intervenants, aide à l'élaboration de stratégies de gestion des consommations, ouverture d'espaces de consommation, place des TSO dans l'accompagnement, accompagnement et éducation aux risques liés à l'injection (AERLI).

Quelles sont les compétences requises pour intégrer la consommation à moindre risque, c'est à dire la réduction des risques et des dommages comme préalable à toute offre de service ? Comment transmettre les savoir-faire qui reposent sur des compétences acquises par l'expérience, quelles sont les formations à mettre en place?

Toutes questions qui trouveraient des réponses pratiques dans l'observation pragmatique des phénomènes et dans la mise en valeur des savoirs profanes, des savoirs des consommateurs experts. Ces réponses pourraient être intégrées aux offres

de service, l'objectif étant une meilleure efficacité et une adaptation régulière aux réalités du terrain. Ceci dans une optique d'efficience des services et de moindre coût dans leur mise en œuvre.
Les bonnes pratiques attendues et précisées par les missions obligatoires des établissements médico-sociaux ne sont pas intégrées de façon homogène par tous les CSAPA/CAARUD, l'objectif d'abstinence reste prédominant, peu de centres utilisent les TSO comme outil de consommation à moindre risque par exemple; le matériel de consommation est peu ou pas disponible dans la plupart des CSAPA, dans le meilleur des cas il peut être demandé aux intervenants et implique pour les personnes de s'expliquer sur leurs éventuelles consommations parallèles.
Les produits et les modes d'usage sont également peu connus des intervenants qui ne sont pas formés aux réalités concrètes du terrain, de ce fait ils sont rarement en capacité d'accompagner les personnes reçues dans leurs consommations et dans l'élaboration d'une stratégie pour réduire les risques.
Ces pratiques doivent faire partie intégrante de l'organisation de l'établissement CAARUD ou CSAPA, elles doivent s'inscrire dans des protocoles connus de tous et pratiqués par tous et prendre sens pour les intervenants. Ces derniers doivent partager un sens commun, explicité, débattu et élaboré ensemble dans le projet d'établissement. Ce sens partagé va leur permettre de dépasser les représentations négatives, les préjugés, les phantasmes et les peurs relatifs aux consommations de drogues et au mode de vie des usagers.
Le fait que la loi n'ait pas changé pendant toute l'évolution de cette politique de RdR, n'a pas aidé à son intégration dans les pratiques de droit commun. L'usager reste avant tout un déviant, un délinquant et il persiste une "compétition" dans la priorité des soins. En psychiatrie, les usagers hospitalisés pour troubles mentaux se retrouvent souvent dans une obligation de sevrage qu'ils ne peuvent respecter d'où des ruptures de soins itératives et l'impossibilité souvent d'instaurer un suivi et un traitement adapté.
Les actions de RdR pertinentes naissent des observations concrètes du terrain et doivent répondre à des besoins identifiés et aboutir à des réponses pragmatiques et efficientes. Ces actions doivent être pensées et élaborées avec les bénéficiaires. Depuis 2005, date de la création des établissements médico-sociaux de type CAARUD, nous parlons de prise en charge des usagers. Cette notion médico-sociale de prise en charge, très employée par les intervenants vient questionner le premier principe de la RdR qui est le travail de partenariat avec les bénéficiaires des services.
Ce principe qui reconnait les usagers de drogues, les "toxicos" comme des citoyens à part entière. « Les utilisateurs de drogues doivent être traités autant que possible comme des citoyens normaux auxquels nous posons des exigences normales et offrons des chances normales »[1]. L'usager, dans cette nouvelle approche cesse d'être considéré comme un délinquant ou un malade mais comme un partenaire avec lequel on peut négocier.
Ce principe permet la création d'une alliance entre les consommateurs et les intervenants, l'usager de drogues étant expert de ses pratiques et partenaire du projet. Ce principe est fondamental, au sens que l'on ne peut y surseoir quand il s'agit d'accompagner un usager dans son parcours, quelles que soient ses difficultés et le projet mis en œuvre. Qu'il s'agisse de soins addictologiques, médicaux, ou d'un projet de réhabilitation sociale ou d'une stratégie de consommation à moindres risques.
Néanmoins, cette approche très pragmatique des phénomènes et problématiques de consommations de psychotropes a révolutionné les pratiques professionnelles en vigueur en France, que ce soit dans le champ du travail social que dans celui du travail médical. Pourquoi peut-on parler de révolution ? Cette pratique ou cette clinique

[1] Brochure « réalité Néerlandaise » sur la politique à l'égard des toxicomanes, Ministère du bien-être, de la santé et de la culture.

professionnelle est centrée sur la reconnaissance de l'expertise de la personne bénéficiaire des services. Il ou elle est experte de ses propres pratiques. Cette démarche en totale opposition avec la vision de l'usager passif (tu souffres tu m'appartiens) implique le concept d'acceptation (neutre comme fait social) de l'usage de produits psychotropes qui est la notion de base du travail de RDR. Cela implique que l'usager ait le droit de choisir la façon dont il entend mener sa vie et s'il accepte de recevoir une assistance quelconque. L'usager devient un partenaire, ni un délinquant, ni un malade, partenaire avec lequel on peut négocier et travailler. Ceci est valable dans tous les contextes de rencontre classiques (hôpitaux, centres de soins) mais prend une dimension plus forte dans un contexte de rue et d'aller vers.
La réduction des risques lutte contre la subordination de l'usager au service. Le professionnel qui se déplace sur le terrain de l'usager (rues, squats, parkings, friches industrielles) remet en jeu son savoir et ses certitudes. La rencontre se joue sur un partage des savoirs.
Savoir dit profane de l'usager qui repose sur des pratiques apprises des pairs ou acquises par l'expérience et savoir académique, scientifique ou éducatif/normatif. Ces 2 types de savoir s'opposaient totalement il y a quelques années, ce n'est que dans la rue ou dans des espaces de soins alternatifs qu'un partage et qu'une négociation pouvait se faire. A l'hôpital toute écoute bienveillante sur des pratiques dites déviantes était tout de suite suspectée de collusion, de non professionnalisme, ou au mieux d'humanitaire. Les valeurs fondamentales de la réduction des risques sont le pragmatisme et l'humanisme qui amènent à penser la personne comme l'acteur principal de sa propre vie, qu'importe ses choix au regard de ses consommations.

Proposition :
Impliquer et inclure de façon concrète dans les établissements CAARUD et CSAPA les personnes ayant des « expériences vécues » avec les drogues

Accepter de travailler avec un usager qui poursuit ses consommations, prendre une connaissance concrète de son contexte de vie et d'usage, "aller vers" permet une rencontre et un échange de savoirs garants d'une alliance future. Dans ce cadre, les usagers choisissent la prise en charge pour laquelle ils éprouvent le plus de confiance. La réduction des risques envisage la personne dans sa totalité et s'intéresse également aux dommages sociaux liés à la consommation de substances et occasionnés pour une grande part, par leur prohibition. La réduction des risques ne s'est pas limitée aux risques infectieux même si ceux-ci sont apparus à l'époque comme l'urgence autorisant la rupture du dogme d'abstinence. Ils ont permis la reconnaissance de cette politique qui venait questionner violemment parfois, les prises en charge établies et reconnues par la société et les professionnels. La réduction des risques a obtenu des succès extraordinaires en termes de réduction de la prévalence et de l'incidence du VIH/SIDA, des hépatites et d'autres infections microbiennes, elle a permis à bon nombre d'usagers de survivre. Elle a permis un accès aux soins et une amélioration de la prise en compte des usagers de drogues, de ce qu'ils étaient vraiment dans leur diversité même si nombre de fantasmes négatifs circulent encore sur leur compte. Elle a questionné la loi mais n'a pas obtenu sa remise en question.

Cette situation si elle devait perdurer nous empêcherait d'achever cette révolution des pratiques professionnelles, l'usager doit pouvoir être rétabli dans sa citoyenneté quels que soient ses choix en matière de consommation personnelle.

Proposition :
Dépénaliser l'usage des drogues

Ce cadre de travail développé avec les usagers de substances illicites, s'est étendu récemment à d'autres addictions, tabac et alcool principalement, le choix de l'abstinence n'est plus la seule alternative envisagée dans les discours des intervenants. La mise en pratique reste cependant insuffisante car cette pratique demande une grande disponibilité et adaptabilité des équipes et services. Un accueil inconditionnel est difficile à faire admettre dans les institutions, la rue s'y prête beaucoup mieux, les professionnels n'étant plus sur leur terrain et garants du cadre.
L'accessibilité du service quand il est hébergé par une institution demande souvent une réorganisation des professionnels en termes de locaux et en termes d'horaires et de type d'accueil. Est-il encore question de choisir entre l'abstinence, ce comportement que la morale et la science recommandent, et les souffrances de la consommation, de l'exclusion pour ceux qui poursuivent leur assuétude ? Le tabac est moins stigmatisé mais poursuit lentement et surement sa progression vers un titre de fléau social qu'il pourra partager avec l'alcool et les drogues illicites. L'alcool est très présent dans les CSAPA et CAARUD ; drogue officielle française encouragée par les discours sociaux de convivialité et les lobbys alcooliers mais qui stigmatisent à l'extrême les usagers déviants. Cette extension du champ de la réduction des risques doit éviter l'écueil de se cantonner aux risques aigus ou de représenter un pis aller, destiné aux cas désespérés incapables d'intégrer les dispositifs classiques (comme cela s'est fait un temps pour les usagers de drogues illicites).

La question principale que devrait se poser tout professionnel de la réduction des risques serait comment on fume, comment on s'injecte, comment on boit et non le pourquoi qui resterait une question à partager dans une relation de confiance permettant l'émergence de l'intime, et non un préalable à tout accompagnement. Comment consomme-t-on des drogues, avec quels outils, quelles sont les stratégies des personnes reçues pour limiter les conséquences néfastes de ces consommations et optimiser le plaisir, quel mode de vie est supportable, que garde-t-on de ses valeurs quand on est en état de dépendance et à la rue? La réduction des risques pose le postulat qu'on en garde certaines et que d'autres peuvent se réactiver quand le contexte est favorable. Autant de questions qui intéressent le professionnel de la réduction des risques et qui pourraient se décliner en actions pragmatiques répondant à des besoins identifiés par les usagers. Nous en abordons quelques unes dans la suite de ce texte.

Salles de consommation

En France, le questionnement des intervenants sur les salles de consommation à moindres risques existe depuis l'essor de la réduction des risques dans le pays, c'est-à-dire le milieu des années 1990. Le retard pris par rapport aux autres pays européens et le fondement essentiellement médical et tourné vers l'abstinence de cette politique de réduction des risques « à la française » n'ont pas permis la structuration et l'évolution de ce débat. De même, l'information objective de l'opinion publique et des professionnels du champ social est difficile, trop souvent la médiatisation de l'usage de drogues aborde la problématique de façon populiste. Le soin, avec l'objectif final de l'abstinence, est mis en avant et a occulté pendant de nombreuses années les débats.
Que doit-on faire ou ne pas faire pour les usagers, qui restent malgré toutes les prises en charge, consommateurs ? Les anciens, les nouveaux, qui s'enfoncent dans la précarité et la désaffiliation sociale. Les salles de consommation répondent à cet enjeu d'éthique sociale. C'est une éthique du moindre mal, du préférable, du gain de chance

et du vivre ensemble[2]. La salle de consommation permet de mettre en place une stratégie de contact avec les usagers, qui tente de rompre l'isolement créé par le processus pathologique de la dépendance. Ce contact permet un accès aux personnes les plus en difficulté, à la rue et cumulant des facteurs de vulnérabilité. Le contact étant rétabli, un travail global peut être mené avec la personne. Cet accompagnement social et médical n'est pas centré sur le symptôme de la consommation. Il s'agit de prendre en considération les besoins élémentaires des usagers avec toutes les contraintes en présence (absence de logement, absence de droits, précarité sociale et affective, etc.), l'usage de drogues faisant partie de ces contraintes.
L'évolution vers une amélioration de la qualité de vie et de la santé globale est alors possible. Les détracteurs de ce dispositif voient dans les salles de consommation un lieu de relégation, de non-respect des lois de la République et de laisser-faire. D'autres y voient une certaine forme de laxisme qui s'opposerait à la volonté de « s'en sortir ». D'après cette frange de l'opinion, il serait encore crédible de défendre l'existence d'un monde sans drogues. D'autres encore défendent la théorie de l'incitation, il suffirait à un jeune d'entendre parler d'un tel lieu pour qu'il se transforme, comme « par contagion », en un usager de drogues en errance. Les salles de consommation seraient des exemples nocifs pour la jeunesse.
Deux visions du monde social s'opposent : la dépendance comme processus pathologique GLOBAL et la dépendance comme conséquence des mauvais choix de l'individu. Dans le premier cas, il s'agit d'une éthique sociale acceptant de prendre en compte des stratégies, comme celle de la salle de consommation à moindre risque (SCMR), qui permet de sauver des vies ; dans l'autre cas, il s'agit d'un abandon des personnes dépendantes à la loi du marché, la responsabilité de «s'en sortir » leur incombe et ne doit ni nuire, ni indisposer le reste de la société. La réponse devient alors essentiellement répressive, en pensant la contrainte comme salvatrice, la répression protège l'individu et la société.

Une salle de consommation à moindres risques ou encore espace de consommation supervisé, en fait qu'est-ce que c'est ? C'est un lieu d'accueil pour les usagers de drogues en situation de précarité et dont le mode de vie et les consommations donnent lieu à des rassemblements urbains dits « scènes de consommation ».
Ces structures, qui existent dans plusieurs pays européens, au Canada et en Australie, ont d'abord été pensées pour répondre aux usagers de drogues injecteurs d'opiacés, le plus souvent d'héroïne, dès le milieu des années 80. Avec le développement des consommations de cocaïne par voie injectable et fumable, sous forme de « crack » ou de cocaïne basée dans les années1990-2000, nombre de ces accueils se sont transformés et proposent des espaces supervisés d'injection et d'inhalation, parfois même la voie nasale peut faire l'objet d'un espace spécifique (Quai 9 à Genève). Ces structures sont hétérogènes en qualité et en moyens, elles se sont construites selon les besoins du terrain, la réduction des risques étant fondée sur des réponses pragmatiques aux besoins identifiés. Elles proposent au minimum un lieu d'accueil, de convivialité et de repos et un espace ou des sous-espaces dédiés aux consommations sous la supervision de personnel qualifié. Le plus souvent, la structure est insérée dans un réseau de services, qui permet un continuum de prise en charge qui va de la rue au rétablissement d'un état de santé, au sens de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). La salle de consommation doit offrir des prestations sociales telles qu'un accueil convivial, un espace de repos et de collation, des informations et orientations

[2] Emmanuel Hirsch, Mairie de Paris, octobre 2010, http://a-f-r.org/sites/default/files/fichier/actes-confc3a9rences-salles-de-conso1.pdf

concernant les démarches sociales visant à réintégrer le droit commun, un accompagnement dans ces démarches par un travailleur social qualifié.

Des prestations de soins telles que des soins infirmiers, des conseils et informations concernant les risques liés aux pratiques de consommation et aux drogues, une consultation médicale, une possibilité de dépistage et de counselling des hépatites et du VIH grâce aux tests de dépistage rapides avec possibilité de confirmation sérologique en cas de dépistage positif, une orientation et un accompagnement vers les services médicaux spécialisés.
Paris, comme d'autres grandes villes européennes, a vu le rassemblement d'usagers de drogues dans certains quartiers dès la fin des années 1970 et le début des années 1980. Ces lieux se sont déplacés au fil des années – le plus souvent en réponse à la pression policière ou à l'évacuation de squats – pour se concentrer essentiellement dans le nord-est parisien. En 2016, les quartiers des gares du Nord et de l'Est (10e arrondissement), certaines parties des 18e et 19e arrondissements, sont les scènes de consommations publiques de drogues. Les drogues les plus consommées et vendues sont le crack, les médicaments détournés de leur usage (Skénan®, Subutex®), et loin derrière l'héroïne et la cocaïne. Les populations consommatrices sont mouvantes sur ces quartiers et s'entrecroisent. Cela engendre des problèmes dans la vie des quartiers : usagers qui consomment dans les cages d'escaliers, les toilettes publiques, entre deux voitures, dans les lieux publics à la vue des passants et du voisinage ; comportement antisociaux ; violence ; matériel de consommation abandonné sur la voie publique, dans les halls d'immeuble.
Cela entraîne également des problèmes dans les CAARUD et CSAPA ; les usagers, ne sachant pas où aller, vont consommer dans les toilettes ou devant les établissements, sur la voie publique pour les fumeurs.

Résultats des études et enquêtes scientifiques internationales sur les salles

Overdoses et urgences
La mise en place des salles de consommation à moindre risque a permis à la fois une meilleure prise en charge des overdoses et une diminution des hospitalisations (2 à 8% des urgences ont fait l'objet d'une hospitalisation dans les différentes SCMR) grâce à l'administration sur place de Naloxone® (antidote aux opiacés) par un personnel qualifié.

Effet sur la consommation de drogues
Les SCMR ne semblent pas avoir d'effet dans un sens ou dans un autre sur le niveau de consommation (quantité ou fréquence) des usagers. Par contre il est constaté une diminution des usages en public.

Effet sur la transmission virale
Aucune étude à grande échelle permettant d'affirmer l'impact des SCMR sur la transmission des virus du SIDA et de l'hépatite C n'a encore été publiée. Néanmoins, plusieurs études vont dans le sens d'une réduction des pratiques à risques dans les SCMR.

Accès aux soins des usagers
L'accès aux soins est facilité par l'existence sur site de structures adaptées permettant une prise en charge médicosociale rapide. La présence d'assistants sociaux et de personnel infirmier et/ou médical est essentielle.

Ordre public et criminalité

Dans l'ensemble des études menées la majorité des usagers (50 à 64%) considéraient la SCMR comme leur principal lieu de consommation. Les autres disaient préférer consommer chez eux, seule une minorité (<10%) disait préférer consommer dans les lieux publics. La diminution des consommations dans les lieux publics est conditionnée par l'accessibilité de la salle, en termes géographique et d'horaires.

Pratiques et réactions de la police
En Allemagne, les SCMR ont rencontré bien plus de difficultés de type troubles à l'ordre public dans les régions où la coopération avec la police était difficile. Une coopération et des réunions régulières entre les organisateurs de la SCMR, la police, les autorités publiques, les associations d'habitants et de commerçants semblent faciliter l'insertion de la SCMR et réduire les nuisances aux abords de celle-ci grâce à une présence policière visible mais non agressive.

Criminalité et deal aux abords de la SCMR
Deux études menées à Sidney et à Genève montrent que le nombre de délits (vols, agressions) commis dans les quartiers où sont installés les SCMR n'a pas augmenté. Quant au deal, il est fréquent que les usagers se réunissent devant la SCMR pour vendre ou acheter des produits à petite échelle. Il est pour cela important d'établir des règles strictes en la matière, respect du lieu et de son environnement comme conditions à sa fréquentation.

Proposition :
Ouvertures de salles de consommation à moindre risques dans les grandes métropoles après étude des besoins et du contexte et en respect du cahier des charges national

AERLI, ERLI, accompagnement et éducation aux risques liés à l'injection
Le constat du terrain est alarmant, les personnes qui consomment des drogues par voie intra veineuse n'ont pas toujours, loin s'en faut, des pratiques sures[3]. Peu de travaux ont été menés sur ce sujet avant la mise en place de l'expérimentation menée par Aides et MDM. Ces programmes adossés ou partie prenante des CAARUD accueillent des usagers en difficulté avec leurs pratiques d'injection pour des séances d'accompagnement dans un environnement sur et propre (aseptique). Ces séances permettent au bénéficiaire qui le souhaite d'injecter la substance qu'il a apportée devant deux intervenants, infirmiers et ou éducateur à la santé. L'objectif étant, dans un contexte dépassionné et professionnel de faire le point avec la personne sur ses pratiques de consommation.
Les résultats de la recherche menée conjointement avec l'INSERM et l'ANRS ont montré une diminution des pratiques à risque de transmission du VHC (échange de seringues, du petit matériel, aide à l'injection) dans le groupe intervention. Ainsi, 44% des consommateurs déclarent au moins une pratique à risque avant l'intervention contre 26% six mois après.
Les résultats indiquent que les sessions éducatives ont, en particulier, un impact sur l'échange de petit matériel puisqu'on constate une diminution significative de l'échange du petit matériel dans le groupe ayant reçu l'intervention.

[3] Estimation de la séroprévalence du VIH et de l'hépatite C chez les usagers de drogues en France - Premiers résultats de l'enquête ANRS-Coquelicot 2011, Marie Jauffret-Roustide (m.jauffret@invs.sante.fr), Josiane Pillonel, Lucile Weill-Barillet, Lucie Léon, Yann Le Strat, Sylvie Brunet, Thérèse Benoit, Carole Chauvin1, Mireille Lebreton, Francis Barin, Caroline Semaille

Le deuxième grand résultat de la recherche est qu'on observe une diminution des complications au site d'injection (hématomes, abcès, œdèmes, infections, etc.): 66% des consommateurs déclarent des complications avant l'intervention contre 39% douze mois après[4].
Au delà de la prestation pratique, ces séances ont permis de libérer une parole sur cet acte intime qu'est l'injection. Cette parole souvent difficile qui doit pouvoir s'inscrire dans une relation de confiance et permettre progressivement à la personne de faire des choix les plus éclairés possibles concernant ses consommations (poursuivre, changer de mode de consommation, soins, orientation vers un parcours de soins somatiques).

Cette action peut se développer dans tous les lieux qui reçoivent des usagers, en premier lieu dans une salle de consommation supervisée où il est nécessaire d'avoir des professionnels formés à cet accompagnement, mais également dans les CAARUD et les CSAPA qui devraient pouvoir travailler cette question avec le public accueilli. Un poste de consommation supervisée peut trouver sa place dans chaque établissement à la condition que les intervenants soient motivés et formés à cette pratique. Une formation aux gestes de premier secours est un préalable obligatoire.

Proposition :
- Mise en place d'espaces d'injection dans les CAARUD et CSAPA pour les personnes en difficulté avec la pratique de l'injection
- Formation des intervenants à cette approche et aux gestes de premiers secours

Les programmes de substitution injectable et les programmes d'héroïne médicalisée
Entre 160 et 180 000 personnes ont bénéficié d'une prescription de traitement de substitution en 2013[5] en France. La Buprénorphine générique ou le Subutex® représentent 70% de ces prescriptions et la Méthadone 30%. Selon l'enquête OPPIDUM 2012 réalisée en CSAPA, 10% des personnes sous protocole Buprénorphine l'ont injectée au cours de la dernière semaine et 10% ont utilisé la voie nasale. Ces chiffres très certainement sous estimés montrent que certains usagers ne peuvent renoncer à l'injection et poursuivent des pratiques à risques.
Certains pays comme le Royaume Uni propose aux usagers qui ne peuvent pas renoncer à l'injection, des traitements de substitution injectables comme la méthadone (hautement toxique pour les veines) mais la plupart de ceux qui se sont préoccupés de cette question, ont opté pour la prescription médicale d'héroïne. Cette dernière peut être envisagée comme une offre supplémentaire dans la palette des traitements et

[4]ÉQUIPE DE LA RECHERCHE ANRS-AERLI
Perrine Roux1,2,3, Jean-Marie Le Gall4, Marie Debrus5, Camélia Protopopescu1,2,3, Baptiste Demoulin1,2,3, Caroline
Lions1,2,3, Aurélie Haas4, Marion Mora1,2,3, Bruno Spire1,2,3,4, Marie Suzan-Monti1,2,3,4, Maria Patrizia Carrieri1,2,3
1 *INSERM U912 (SESSTIM), Marseille, France*
2 *Aix Marseille Université, IRD, UMR-S912, Marseille, France*
3 *ORS PACA, Observatoire Régional de la Santé Provence Alpes Côte d'Azur, Marseille, France*
4 *AIDES, France*
5 *Médecins du Monde, Paris, France,*
[5]Les traitements de substitution aux opiacés en France : données récentes, OFDT, octobre 2014

services pour les personnes dépendantes aux opiacés et résistantes aux traitements conventionnels bien conduits visant l'abstinence (Méthadone et Buprénorphine).
Cette alternative en place dans plusieurs pays européens a été pensée dans un continuum de soins pour des personnes en grande difficultés vis à vis de leur dépendance et des conséquences médico sociales de celle ci.
L'évidence basée sur les résultats d'études scientifiques[6] menées dans plusieurs pays où existent de tels programmes a constaté qu'il y avait une meilleure rétention en traitement qu'avec la méthadone orale, moins de consommation d'héroïne illicite, pas de changement ou une diminution pour la consommation de cocaïne, une amélioration de la santé physique et mentale significative comparée aux personnes recevant des traitements de substitution oraux, une diminution des crimes et délits (à l'exception des études canadiennes et espagnoles).

Ces programmes expérimentés depuis le début des années 90 ont obtenu des résultats positifs en termes de santé et d'insertion sociale de ces usagers. Ils ont permis aux personnes de se stabiliser, de changer leur mode de vie et d'améliorer leur santé, notamment concernant les infections virales VIH et VHC. Ces programmes ont également eu un impact sur les carrières délinquantes des personnes avec moins d'incarcérations et d'actes délictueux.

Proposition :
Permettre à certains usagers et selon des critères définis préalablement par une commission d'experts, (incluant les usagers) l'accès aux programmes d'héroïne médicalisée

Un hébergement d'abord
L'hébergement sans condition d'abstinence, dernier rempart, infranchissable pour beaucoup d'usagers de drogues sans domicile fixe. Ce constat, tant de fois évoqué, par les professionnels de la réduction des risques, repose sur l'expérience de terrain, qui voit chaque année des centaines d'usagers vivant à la rue, et cela depuis souvent plus de 10 ans pour beaucoup, se voir refuser l'accès aux dispositifs d'hébergement sociaux y compris ceux de l'urgence, parfois au seul prétexte qu'ils sont consommateurs de drogues illicites. La grande précarité, la solitude, les traumatismes liés à la vie à la rue, les troubles psychiatriques concomitants et les consommations de substances psycho actives entrainent chez ces personnes des troubles du comportement, impossibles à gérer pour nombre de centres d'hébergement. Les intervenants ne sont pas formés aux problématiques soulevées par la maladie mentale et/ou la consommation de substances psycho actives et optent souvent pour la solution la plus « évidente », l'exclusion. Les consommateurs de substances psycho actives, en premier lieu desquelles l'alcool, qui a une place prépondérante chez les personnes vivant à la rue, fréquentent de fait ces lieux d'accueil, mais ils cachent le plus souvent leurs consommations de drogues illicites.
Les personnes deviennent vite suspectes dans ce contexte, le long chemin de la reconstruction de relations humaines plus apaisées est d'emblée mis en péril par ces non dits. Pour des personnes sans abri, le logement est habituellement proposé lorsque plusieurs conditions sont réunies, dont l'abstinence aux drogues et à l'alcool et l'acceptation d'un suivi psychiatrique s'il y a lieu. Ces conditions deviennent le plus souvent de véritables barrières pour bien des consommateurs de drogues à la rue.

[6]EMCDDA INSIGHTS New heroin-assisted treatment, Recent evidence and current practices of supervised injectable heroin treatment in Europe and beyond, John Strang, Teodora Groshkova and Nicola Metrebian, 2012.

Pour les héberger, on leur demande de se soumettre à plusieurs conditions : abandonner leurs affaires, respecter les horaires, arrêter de boire, arrêter de prendre des drogues, tout en même temps, ce qui est souvent impossible pour eux. En conséquence, on laisse les plus vulnérables dans la rue.
Menée en 2009 au Canada et précédemment aux Etats-Unis dans les années 90, l'expérimentation du programme « un chez soi d'abord » (Housing first) a montré dans les villes nord-américaines une forte prise d'autonomie des bénéficiaires (personnes souffrant de troubles mentaux, d'addictions) et une stabilisation éprouvée puisque 70 à 80% des personnes étaient encore dans leur logement après 4 ans.

Le programme Housing First de Seattle a permis également d'économiser 4 millions de dollars de fonds publics[7].

Proposition :
Former les professionnels de l'hébergement social aux questions de la réduction des risques et des méfaits, expérimenter des lieux d'hébergement et de relogement acceptant cette problématique de l'usage

Conclusions

L'intégration d'un projet individuel de consommation à moindre risque dans les pratiques professionnelles nécessite plusieurs facteurs mais avant tout un changement de paradigme sur les addictions, incluant la possibilité de vivre en consommant des drogues.
Envisageons des projets qui répondent aux besoins élémentaires des personnes sans condition d'abstinence déclarée ou cachée mais avec des intervenants formés et des bénéficiaires partie prenante des dispositifs.
Un des piliers essentiels de la RDR comme elle a été mise en œuvre dans les années 80-90 est la participation active des usagers aux programmes. Ce pilier de l'intervention mal pensé au départ dans certains pays, englué dans les règlementations diverses de la législation du travail, et du médico-social, a quasiment disparu des établissements CSAPA, CAARUD. La présence de pairs aidants dans une équipe est plus qu'un outil de réduction des risques, elle est essentielle au projet de consommation à moindre risque.
Ce projet de consommation à moindre risque individuellement initié par les usagers, accompagné par les intervenants doit, pour être efficient, répondre aux besoins de terrain et s'adapter aux différents contextes d'intervention. Un dispositif de salle de consommation à moindre risque est plus adapté à un contexte de scène ouverte dans une grande ville qu'un espace de consommation, qui pourrait trouver sa place au sein d'un établissement CAARUD ou CSAPA.
Les propositions énoncées dans ce texte n'ont de sens qu'inscrites dans un continuum de services respectant le principe de base de la réduction des risques et de méfaits qui est la participation des usagers aux projets qui les concernent.

[7]Seattle Office of Housing: Housing First. www.seattle.gov/housing/homeless/HousingFirst.htm.

Références

Contribution à la réflexion sur l'apport des mesures de traitement et de réduction des risques en complément au dispositif actuel, programme de prescription d'héroine, local d'injection, Thérèse Huissoud ;Sanda Samitca, Sophie Arnaud, Franck Zobel, Françoise Dubois-Arber, raisons de santé 121, Lausanne 2006.

Downtown Emergency Service Center, Seattle, WA. http://www.desc.org/.

Drug Consumption Rooms in Europe Client experience survey in Amsterdam and Rotterdam, Jennifer Peacey, www.eurohrn.eu, 2014-2015.

Drug consumption rooms in Europe, organisational overview, Sara Woods, www.eurhrn.eu, 2014-2015.

Drug consumption rooms in Hamburg, Germany: evaluation of the effects on harm reduction and the reduction of public nuisance. Heike Zurhold, Peter Degkwitz, UweVerthein, Christian Haasen, 2003, Journal of Drug issues.

EMCDDA Monographs, Harm reduction: evidence, impacts and challenges 2010.

EMCDDA Insights, New heroin-assisted treatment, Recent evidence and current practices of supervised injectable heroin treatment in Europe and beyond, John Strang, TeodoraGroshkova and Nicola Metrebian, 2012.

Larimer, Mary E., Daniel K. Malone, Michelle D. Garner, et al. (2009). "Health Care and Public Service Use and Costs Before and After Provision of Housing for Chronically Homeless Persons with Severe Alcohol Problems." JAMA 301(13):1349-1357.

Les salles de consommation en Europe Synthèse de la revue de littératureinternationale, Note n° 09- 4, Cristina Diaz Gomez, le 20 mai 2009.

National Alliance to End, Homelessness. www.endhomelessness.org. This website has extensive nationwide homelessness data, pending legislation summaries, and other resources.

PERSPECTIVES ON DRUGS Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence, emcdda.europa.eu/topics/ pods/drug-consumption-rooms, EMCCDA, juin 2015.

"Public Service Reductions Associated with Placement of Homeless Persons with Severe Mental Illness in Supportive Housing." Culhane, Dennis P., Stephen Metraux, and Trevor Hadley (2002). Housing Policy Debate 13(1):107-163.

Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study *Brandon D L Marshall, M-J Milloy, Evan Wood, Julio S G Montaner, Thomas Kerr,* Published **Online** April 18, 2011.

Réduction des risques chez les usagers de drogues *Synthèse et recommandations, INSERM, 30 juin 2010.*

Seattle Office of Housing: Housing First.
www.seattle.gov/housing/homeless/HousingFirst.htm

Summary of findings from the evaluation of a pilot medically supervised safer injecting facility Evan Wood, Mark W. Tyndall, Julio S. Montaner, Thomas Kerr
CMAJ • November 21, 2006.

Swope, Christopher (2005). “A Roof to Start With.” Governing 19(3):38-42.

The cost-effectiveness of Vancouver's supervised injection facility, Bayoumi AM, Zaric GS., CMAJ. 2008 Nov 18;179(11):1105-6.

Vers un service d’injectionsupervisée, Rapport de l’étude de faisabilitésurl’implantationd’uneoffrerégionale de services d’injectionsupervisée à Montréal, Richard Lessard, Carole Morissette, 201.

Quels outils de RdRD sont adaptés pour intervenir précocement, dès les premiers usages, auprès des jeunes usagers en particulier les mineurs ?

Véronique GARGUIL
Psychologue
Hôpital Charles PERRENS - Pôle d'addictologie
Bordeaux
Intervenante à la Consultation Jeunes Consommateurs CAAN'abus de Bordeaux
Référente du projet national sur les Jeunes porté par la Fédération Addiction
vgarguil@free.fr

INTRODUCTION

L'extension de la notion d'addiction à laquelle nous assistons depuis presque vingt ans est concomitante de l'attrait grandissant et de la diversification des objets de consommation que propose notre société. Elle s'accompagne d'une généralisation des espaces où s'expérimentent et se vivent des pratiques à risques addictifs, particulièrement chez les jeunes. Risques avec substances, au premier plan desquelles le tabac, l'alcool et le cannabis, mais aussi sans substance, avec les écrans et les jeux notamment. La conséquence de cette généralisation est une banalisation de la possibilité du risque addictif qui ouvre sur une double évolution.
D'une part, les questions que soulèvent cette attraction et ce risque ne sont plus réservées à certains groupes sociaux plus ou moins marginaux, mais elles sont universelles et touchent tout un chacun. En toute logique, les acteurs de l'éducation, de la santé, de l'insertion, de la justice, et de toutes les institutions sociales sont concernés, interrogés, et sont devant de nouvelles responsabilités à assumer pour prévenir et réduire ces risques et les dommages auxquels ils peuvent conduire.

D'autre part, face à de tels enjeux, les stratégies conventionnelles de prévention consistant à souligner les dangers des drogues et à rappeler les interdits sont dérisoires et inefficaces. La prévention ne peut plus se contenter d'être informative et dissuasive, dans l'illusion d'une éradication des prises de risques. Elle doit être éducative, c'est-à-dire s'inscrire pleinement dans l'éducation globale, l'« éducation à la santé et à la citoyenneté » pour reprendre les termes d'une circulaire de l'Éducation Nationale (de 1998 !), avec pour objectif premier de renforcer le pouvoir d'agir de chacun sur soi et son environnement, et d'accompagner les usages pour en diminuer les risques. Elle doit fonctionner comme une éducation préventive.

La réduction des risques et des dommages constitue donc un nouveau paradigme aussi pour la prévention. Ce qui nous amène à concevoir la RdRD non comme une méthode d'action qui serait réservée aux milieux d'usagers de certaines drogues, et à certains espaces, mais comme un fil conducteur, de bout en bout de la « trajectoire » de vie des personnes : depuis l'enfance, avant les premiers usages, jusqu'à l'âge adulte et au grand âge, depuis les usages les plus « banals » jusqu'aux abus les plus graves à l'origine de complications physiques, psychiques et sociales.

Un fait, bien établi aujourd'hui, constitue le premier défi pour la prévention et la RdRD : les conditions dans lesquelles se produisent les premiers usages vont déterminer en grande partie l'importance des risques et la gravité des conséquences futures. Ainsi, par exemple, la précocité des usages chez un enfant ou un adolescent est l'un des facteurs prédictifs de sévérité de l'addiction future en même temps qu'elle traduit souvent l'existence de problématiques préexistantes autres, qu'elles soient psychiques, traumatiques ou sociales, et même sociétales. La faiblesse de la mobilisation sociale, sur cette question, traduit moins une ignorance ou une indifférence de la société qu'un sentiment d'impuissance et de manque de crédibilité de la prévention. Sans doute parce qu'elle est encore perçue dans la

population comme une entreprise moralisatrice sans prise sur la réalité de la vie et sans reconnaissance des plaisirs que ces comportements apportent aussi.

Pour retrouver du crédit, la prévention doit faire preuve de pragmatisme et d'utilité, pour les usagers, pour leur entourage, pour les institutions. Pour cela, elle doit modifier ses messages, ses pratiques et ses objectifs : ne plus seulement appeler les individus à éviter la rencontre avec certaines substances ou comportements ni en viser la disparition, mais penser son intensité et sa progressivité, tout en agissant dès les premiers usages, pour en réduire autant que cela se peut les risques.

Une telle entreprise éducative ne peut reposer sur les seuls « spécialistes », quelles que soient leurs qualités et compétences, mais sur la capacité de tous les acteurs et de la société tout entière à comprendre, à développer un discours commun et à intervenir de façon adaptée et cohérente. De telles mobilisations collectives se produisent, sur le terrain, à l'échelle locale depuis des décennies, mais sans guère de soutien ni de valorisation, souffrant généralement de saupoudrages financiers et d'une absence de politique claire des autorités publiques, locales et nationales. Elles gagnent à être renforcées par une approche nationale en cohérence, notamment sur la construction de limites d'accès claires, centrées moins sur la pénalisation de l'usager, que sur le contrôle de la publicité et le développement des ventes.

Une prévention éducative doit se penser en même temps qu'une prévention environnementale cohérente. Renforcer le pouvoir d'agir doit se penser en considérant aussi celui de l'influence de l'environnement.

L'évolution du regard porté sur ces phénomènes et l'établissement d'un langage et d'objectifs communs sont les conditions préalables à la définition d'une éducation préventive collectivement portée, et à l'opérationnalité de stratégies de prévention et d'intervention précoce adoptées par tous, y compris par les usagers eux-mêmes.

N'oublions pas que les consommations et les pratiques addictives ont un sens et jouent un rôle plus ou moins important selon chacun, dans ses relations sociales, pour trouver les plaisirs de vivre ou pour apaiser ses souffrances subjectives, notamment à l'âge où l'on n'a pas encore la formule du monde qui nous entoure. On comprend alors pourquoi une approche qui prend en compte ces vécus, qui aide à construire des alternatives et qui vise à réduire les risques plutôt qu'à les juger ou les empêcher est mieux comprise et permet des alliances, préalables à tout dialogue et à tout changement sans en négliger aucun : **de la réduction des consommations et des usages abusifs jusqu'à l'abstinence, en passant par des usages à moindre risque et la gestion des comportements addictifs.**

Bien plus qu'une simple question d'outils, intégrer la RdRD dans la conception même de la prévention - c'est-à-dire dans ses finalités et ses stratégies, et dans une politique publique, collective - est un enjeu capital pour que nous puissions, ensemble, la rendre efficace, en renforçant le pouvoir d'agir de chacun sur soi et son environnement, en particulier des enfants et adolescents, au service de la vie et du bien-être individuel et collectif.

DONNÉES ACTUELLES SUR LES RISQUES LIÉS AUX CONDUITES ADDICTIVES CHEZ LES JEUNES ET SUR LES STRATÉGIES EFFICACES DE PRÉVENTION

Données actuelles

Pour identifier le (ou les) problème(s) liés aux conduites addictives que nous voulons prévenir et les meilleures manières de le faire, nous disposons de différentes données :

- Des données épidémiologiques provenant des enquêtes ESCAPAD (OFDT), HBSC (*health behaviour in school-aged children)*, Baromètre Santé

- Des données scientifiques sur la dangerosité des substances et les dommages en fonction de leur usage (effets sur le cerveau, vulnérabilité ultérieure à l'addiction, échecs scolaires, conflits familiaux, risques accidentels, risques de complications somatiques et psychiatriques, risques sociaux)
- Des rapports et expertises sur les publics, les approches de prévention et de réduction des risques (expertise INSERM, rapport du Conseil de l'Europe, rapport du Professeur M. Reynaud sur les dommages liés aux addictions et les stratégies validées pour réduire les dommages
- Des manuels sur les pratiques professionnelles sur les publics et sur les dispositifs (MILDECA, DGS, INSERM, INPES, OFDT), guide méthodologique sur la mise en œuvre d'une stratégie territoriale de prévention des conduites addictives destinée au jeunes de C. Reynaud-Maurupt), guide vert sur les pratiques en Consultations jeunes consommateurs, manuel PAACT sur l'alliance thérapeutique, guide sur la prévention en milieu scolaire, dans le secteur de l'animation

Une première approche des risques liés aux conduites addictives chez les jeunes nous conduit à nous intéresser aux niveaux de consommation des substances chez les jeunes : alcool, tabac, cannabis puisque majoritairement présents. Il ressort des données connues un constat inquiétant. D'abord, en terme d'expérimentation (au moins une fois dans la vie) selon les enquêtes HBSC :

- **Les niveaux d'expérimentation des produits les plus courants sont élevés et s'élèvent rapidement entre 11 et 16 ans (enquête HBSC 2010)**
- En 6ème : Alcool (59,3%) – Tabac (12,7%) – Cannabis (1,5%)
- En 3ème : Alcool (83,2%) – Tabac (51,8%) – Cannabis (23,9%)
- En 2nde : Alcool (90,9%) – Tabac (60,1%) – Cannabis (31,5%)
- **L'expérimentation des produits illicites (hors cannabis) arrive aussi en fin de collège (enquête HBSC 2010)**

  Nombre d'usagers : 8,7% des élèves de 4ème et 3ème

  Produits consommés : produits à inhaler (3,5% d'usagers), cocaïne (2,3%), médicaments (2%), ecstasy, héroïne, LSD (1%)

  Les niveaux d'usage sont certes faibles mais on note une nette augmentation de la consommation de cocaïne ces dernières années.
- **Il apparaît clairement que le passage de la 4ème à la 3ème est la période charnière pour l'expérimentation du tabac et des drogues illicites**

La parution des derniers chiffres de l'enquête HBSC 2014(OMS) publiée par l'OFDT en janvier 2016 fait état de certaines évolutions par rapport à la même enquête de 2010 :

- **Alcool** : même si la prédominance de l'expérimentation d'alcool par rapport aux autres produits se poursuit (1 élève sur 2 en 6ème, 8 sur 10 en 3ème), les consommations sont en recul. Concernant l'expérimentation, si elle est moindre jusqu'en 4ème tout sexe confondu, l'écart disparaît ensuite chez les garçons alors que la baisse se maintient parmi les filles
- **Tabac** : l'expérimentation n'évolue pas significativement mais l'usage quotidien recule légèrement. L'initiation se produit principalement durant la 4ème et la 3ème. Les filles sont désormais moins nombreuses à avoir expérimenté que les garçons, et ce même en 3ème (en 2010, le nombre d'expérimentatrices dépassait celui des garçons à partir de la 4ème). Mais le tabac reste encore le produit le moins sexuellement différencié
- **Chicha** (narguilé) : 17,2 % des collégiens déclarent avoir fumé la chicha avec un niveau de progression important entre la 6ème et la 3ème (passant de 5,3 % à 35,7 %) révélant la popularité de cette pratique. Cependant, l'usage de la chicha sans avoir déjà fumé de cigarettes est rare (2,9 %)

- **E-cigarette** : elle a été utilisée par près de 4 élèves sur 10 en 4ème et 3ème. 1,9 % l'utilisent tous les jours. Les filles sont moins expérimentatrices que les garçons (38,8 % contre 51,4 % en 3ème). La majorité des expérimentateurs le sont également du tabac, confirmant l'intrication de ces modes d'usage. Seul 9 % des expérimentateurs n'ont jamais fumé de tabac. 7,8 % de ceux qui ont expérimenté les 2 produits ont commencé par la e-cigarette avant le tabac
- **Cannabis** : les indicateurs sont stables avec une expérimentation moyenne de 1 élève sur 10 au collège et un usage récent pour 8% des élèves. Comme pour le tabac, l'initiation se produit principalement durant la 4ème et la 3ème. L'expérimentation baisse chez les filles alors qu'elle augmente chez les garçons d'où un indicateur moyen qui apparaît stable

L'enquête ESCAPAD 2014 (OFDT, journée défense et citoyenneté, 26 000 jeunes de 17 ans) a révélé une augmentation des consommations et des usages réguliers chez les adolescents français à un âge plus tardif (17 ans) :

- **Usage régulier et quotidien du tabac en augmentation** : 1ère substance quotidienne avec 33% des garçons et 30% des filles
- **Usages réguliers d'alcool en hausse (12 %), et les Alcoolisations ponctuelles importantes (API) étaient déjà en augmentation en 2011 (59,7% des garçons, 46,5% des filles) (ESCAPAD 2011).** On sait que ces API ont un impact particulièrement délétère sur le cerveau adolescent, en particulier chez les filles
- **Cannabis : l'usage régulier en hausse après une baisse notée depuis 2003 : 9% des adolescents de 17 ans.** Les risques de l'usage régulier du cannabis sont accrus vis-à-vis des effets psycho-mimétiques du cannabis et d'émergence de troubles psychotiques et cognitifs durables
- **Les usages problématiques de jeux vidéo touchent un faible pourcentage, mais la quasi totalité des adolescents en font un usage plus ou moins régulier.** Les facteurs associés aux usages problématiques (isolement et repli, déscolarisation, dérèglement du sommeil...) : sexe masculin, précocité de l'usage, défaut de surveillance et de communication avec les parents, vulnérabilité psychique…
- **L'usage de produits stimulants** (MDMA/ecstasy, cocaïne, amphétamines) a été multiplié par 3 en 15 ans

À ces données épidémiologiques s'ajoutent celles recueillies dans la pratique qui montrent en particulier que les demandes d'aide n'interviennent spontanément à cet âge que très rarement, même lors d'un usage élevé (I. Obradovic, 2013) :

- Parmi les usagers réguliers de cannabis : 0,6% de demandes d'aide
- Parmi les usagers quotidiens : 6,3 % de demandes d'aide

Ces dernières données orientent les pratiques :

Rencontrer les jeunes, en particulier les plus vulnérables, nécessite donc d' « aller vers » eux. L'entourage proche et la communauté adulte sont des acteurs incontournables pour faire le lien.

Nous disposons de quelques éléments chiffrés qui montrent **les ressentis et besoins des familles** dans ce domaine (OFDT) :

- **94 % des parents sont préoccupés par les pratiques potentiellement addictives** que pourraient avoir leur adolescent
- 40 % des parents estiment que leur adolescent a une pratique addictive contre 19 % des adolescents eux-mêmes

- Lors d'une consommation problématique le sujet est **source de conflit** entre eux pour 25 % des parents et pour 70 % des adolescents
- Dans les situations de **polyconsommations,** les parents (61 %) sont aussi nombreux que les jeunes (68 %) à reconnaître un conflit entre eux
- 16 % des parents et 23 % des adolescents ont entendu parler des **Consultations Jeunes Consommateurs** ou autre lieu mais ne savent pas exactement de quoi il s'agit
- 97 % des parents et 90 % des adolescents s'accordent à dire que ces lieux sont **utiles**…

À l'évidence les familles sont préoccupées et impactées par les consommations et comportement des jeunes et les vivent mal seuls et ensemble sans trop savoir vers qui se tourner.

Stratégies de prévention

Il ressort par ailleurs des données internationales sur les pratiques d'usage, sur la prévention des conduites addictives et sur l'intervention auprès des jeunes que :

- ✓ Les consommations problématiques sont souvent associées à la **précocité de l'usage**, un **environnement social et familial en difficulté ou précaire,** la présence de **troubles de la personnalité,** de **faibles compétences psychosociales,** un **entourage amical consommateur**
- ✓ Les conduites addictives résultent **d'interactions entre un produit, un individu et son environnement**. Ce sont là les trois types de cibles des actions de prévention
- ✓ Les programmes de prévention doivent s'appuyer sur des **actions ayant montré leur efficacité** (*evidence based*) et inclure un volet d'évaluation
- ✓ Les interventions les plus efficaces s'inscrivent dans un **cadre multi-interventionnel** (agir sur plusieurs facteurs) **et multi-systémique** (agir sur les divers environnements auxquels appartient le jeune)
- ✓ **Les acteurs les plus pertinents de la prévention** sont **ceux de l'éducation et de l'environnement direct** des jeunes
- ✓ **Le premier acteur de prévention est l'usager** lui-même

Il en résulte logiquement un certain nombre de lignes directrices qui montrent que l'efficacité des interventions préventives auprès des jeunes repose sur des actions à la fois socio-éducatives et environnementales :

- ➢ Développer les **compétences psychosociales** des jeunes (exemples de programmes validés : Life Skills Training, Alert, Unplugged), celles à la fois des ados et de leurs parents dans une approche expérientielle (exemples en cours de validation : Primavera, Verano)
- ➢ Développer les **compétences parentales** (par exemple le programme SFP)
- ➢ **Les stratégies à composantes multiples** (= impliquer au niveau local d'autres acteurs que l'école et les parents)
- ➢ Des interventions fondées sur **la reconnaissance de l'expérience des jeunes, les interventions brèves et l'entretien motivationnel**
- ➢ Des interventions d'**aide à distance** (type applications smartphone ou en ligne)
- ➢ Des **campagnes dans les médias**
- ➢ Des **interventions législatives et règlementaires**

À l'inverse, quatre types d'action vont **à contre sens de ces principes de base** et sont malheureusement encore très fréquentes de nos jours :

- ☒ Les actions visant uniquement la transmission d'informations (elles risquent de susciter la curiosité pour l'expérimentation sans donner d'autre outil)
- ☒ Les interventions basées uniquement sur la peur ou l'exagération des risques
- ☒ Les interventions ponctuelles en réponse à une situation de crise, sans s'inscrire dans un programme durable
- ☒ L'animation par des intervenants non crédibles car méconnaissant les pratiques réelles ou ne tenant pas compte de l'expérience des jeunes

Quels sont les acteurs légitimes des interventions préventives ?

« Le bon développement des jeunes relève de la société dans son ensemble et ne saurait dépendre des seuls spécialistes des addictions, tout au plus peuvent-ils –parfois– y contribuer avec le recul nécessaire à l'approche de ces comportements ». (Couteron J-P, Kurdi, Actal 2015)

La particularité du public mineur est qu'il est, sauf cas exceptionnel, sous la responsabilité d'adultes et d'institutions, famille ou non, souvent de plusieurs, parfois de nombreuses. Plus il va mal plus il y a d'interlocuteurs (santé, justice, éducation, insertion, social), c'est ce dont témoignent les jeunes et les familles, et ce dont ils se plaignent parfois.

Prévenir et intervenir précocement mobilise donc (ou devrait mobiliser), inévitablement, un grand nombre d'acteurs. Mais chacun « à sa place », c'est à dire dans son rôle : le parent ne peut pas jouer le policier ou le psychothérapeute, l'enseignant ne peut être assistante sociale, le copain jouer le médecin, les spécialistes faire tout cela à la fois...

Dans le domaine des soins aux jeunes les plus en détresse, les acteurs des dispositifs de premiers recours, des dispositifs spécialisés jeunes et addiction, des dispositifs d'aval (addictologiques, somatiques, psychiatriques) mais aussi des services de la protection de la jeunesse, de l'aide sociale à l'enfance, de la justice, etc doivent renforcer leurs partenariats, partager leurs outils et s'inscrire dans une même stratégie d'intervention précoce.
C'est dans ce cadre que pourront se décliner des modalités d'intervention et d'offre de soins adaptées chez les jeunes selon la situation et la gravité des consommations.
«C'est donc un continuum de réponses, alliant compétences sociales et thérapeutiques, réponses éducatives et soignantes, réduction des risques et sanction qui est nécessaire» (M. Reynaud, rapport MILDECA)

Si tous les acteurs sont légitimes, tous ne le sont pas dans la même position et c'est cela sans doute le plus important et le plus complexe à organiser et coordonner. Cette fonction de coordination incombe (ou devrait incomber) aux **professionnels « chargés de prévention »**[1] qui en ont normalement la formation (notamment en « ingénierie sociale » des partenariats et actions en réseau) et qui peuvent ainsi garantir la pérennité des actions sur un même territoire de façon durable, pour les structurer, les coordonner et permettre leur évaluation.

Le nombre de ces professionnels de l'aller vers, de l'intervention précoce, de la prévention, notamment dans les CSAPA et dans leur consultation jeunes consommateurs est aujourd'hui très insuffisant, et les financements bien trop précaires, à l'image de la politique de prévention de notre pays.

[1] Désignation de professionnels de la prévention qui tend à être de plus en plus utilisée, notamment dans les CSAPA qui en sont dotés, mais qui n'a ni de formations ni de reconnaissance administrative spécifiques.

PRENDRE EN COMPTE LE CONTEXTE ET LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES

La prévention, on le voit, est entièrement conditionnée dans ses objectifs comme dans sa réalisation, par le contexte dans laquelle elle est pensée et veut agir. La question des « outils » d'une prévention axée sur la RdRD nécessite donc quelques préalables concernant l'influence du contexte sur la nature du problème et les stratégies préventives qui le vise. Nous en mentionnons ici trois : d'abord les facteurs addictogènes de notre société, les représentations sociales qui peuvent compliquer la prévention, et le regard des jeunes eux-mêmes sur la notion de risques.

Qu'est-ce que prévenir les addictions dans une société addictogène ?

Nous ne pouvons pas aborder les questions que posent les usages et comportements addictifs des jeunes sans considérer la société dans laquelle ils vivent (et nous vivons avec eux) qui comporte au moins deux puissants moteurs des processus addictifs : l'hyper-consumérisme et l'hyper-individualisme qui se déploient sur les 4 axes de l'individu, de la sensation, de la performance, de l'exclusion (Chambon, Couteron, 2014)

Jamais une société n'a autant invité et incité ses membres à consommer, à ne pas résister et à ne pas se limiter. L'offre et le besoin de consommation sont décuplés tant par les nouveaux moyens de communication que par les pratiques marketing de plus en plus incisives recherchant des cibles toujours plus larges et nouvelles en âge, en genre, en styles de vie…

Jamais une société n'a autant valorisé l'individu en même temps qu'elle lui donne l'illusion qu'il peut, seul, s'autonomiser et s'autogouverner.
Le marketing brouille les repères et inscrit chacun dans un parcours de consommateur téléguidé (confusion des contenants, confusion des breuvages, confusion des effets, confusion des produits, confusion des générations, confusion des genres, confusion des signifiants, …). Il en découle l'illusion que le bonheur réside dans les objets ou les substances, plus que dans nos ressources internes ou dans le lien aux autres.
Les autres sont soit hyper investis affectivement soit perçus uniquement à travers les contraintes qu'ils peuvent causer. Le collectif, le social, le politique, l'État sont vécus au mieux comme inaccessibles au pire comme des systèmes liberticides. Les actions et mouvements de solidarité et de coopération ne se développent souvent qu'en réaction, comme des formes de « résistance ».
Chacun n'a pas la même sécurité interne permettant de faire face à ces contradictions et aux hasards de l'existence. Les aléas de l'attachement, de l'éducation, de l'environnement, des rencontres, des événements de vie structurent chacun différemment.
Les compétences psycho-sociales *(faire des choix, gérer son stress et ses émotions, s'autonomiser des influences extérieures, vivre avec les autres plus tranquillement)* et ultérieurement notre rapport aux objets et aux autres, en dépendent.

Le système d'autocontrôle et de différenciation qui se construit en grandissant, et ce jusqu'à l'âge adulte soit brouillé par ces messages et ces expériences de satisfactions immédiates, d'intensité de sensations, de solutions faciles. Les mécanismes adaptatifs classiques tels que la prise de recul, la recherche de compromis, la mesure, la patience, l'analyse, la solidarité et la coopération, sont moins mobilisés au risque de ne plus l'être, …
Ces messages répétitifs dès le plus jeune âge conditionnent une forme d'insatisfaction dans l'attente ou dans l'ennui qui, en dérégulant l'adaptation, va entrainer la recherche de résolutions simples et efficaces immédiatement. Freud, au début du siècle, insistait déjà sur cette immédiateté : *« les stupéfiants sont parmi les satisfactions substitutives celles qui par leur présence dans l'organisme procurent des sensations agréables immédiates » (Malaise dans la civilisation PUF)* propriété bien connue depuis longtemps de toutes les drogues et qui procure **intensité et immédiateté**.

Nous ne pouvons considérer la démesure sans considérer aussi la démesure de l'offre, la fréquence des pertes de contrôle de certains comportements, et la dérégulation de l'offre et des autocontrôles de ces comportements. Sans toutefois diaboliser la société, mais en identifiant les risques pour savoir éduquer à les prévenir.

Les représentations et croyances sociales

Les produits et les comportements sont perçus différemment par les usagers eux-mêmes, par les familles et par les professionnels selon le statut pénal, la vision subjective qu'ils en ont, leur propres expériences ou leur potentialité modificatrice d'état de conscience ou pas. Pour autant tous ces produits et comportements peuvent occasionner des dommages à plus ou moins long terme.

Il existe une *« discordance majeure entre la dangerosité de produits, telle qu'évaluée par les experts scientifiques, et les perceptions de dangerosité de ceux-ci évaluées par la population générale ». (Bourgain C, 2012) (Nutt DJ, 2010)*
Nous sommes depuis une quinzaine d'années dans une logique addictologique, qui met en exergue la problématique de la conduite avant celle du produit. Son fondement nous incite, avant d'adapter les outils et interventions aux produits, aux publics et aux environnements, à penser les choses globalement, sans hiérarchisation imaginaire de la dangerosité des usages et à considérer tous les risques.
Cette approche s'appuie sur de nombreuses données scientifiques, mais aussi sur le constat facile à faire que des vies peuvent être invalidées autant par des produits licites (ex : tabac) qu'illicites (ex : ecstasy), par des produits qui peuvent créer des dommages immédiats (ex : ivresse alcoolique) que des dommages à long terme (ex : tabac), par des comportements (ex : jeux vidéos) autant que par des substances (ex : cannabis)…
Cette vision addictologique entre en tension avec les conceptions du XXème siècle qui ont instillé dans les esprits des croyances difficiles à faire évoluer. Notamment celle selon laquelle c'est la drogue qui est à l'origine du problème, qu'il y a des mauvaises drogues (les drogues illicites) qui provoquent immédiatement des dommages très graves, alors que les « bonnes » (les nôtres, légales et culturelles) peuvent être gérées sans dommage si on sait bien s'en servir. Cette logique simpliste, considérant que le mal est dans le produit, focalise l'action préventive comme curative sur le « lutter contre » et ses objectifs n'auront d'autre fin que de « supprimer » le produit, par l'interdit ou par l'impératif d'abstinence. La prévention conventionnelle, moralisatrice, a largement contribué à alimenter ces représentations mais a été de ce fait beaucoup décrédibilisée, notamment chez les jeunes qui sont nombreux à la percevoir comme un prêche des adultes qui oublient que la jeunesse est animée par la recherche de nouvelles expériences et que le risque y est intrinsèque.

L'approche addictologique focalise son intervention sur les modalités d'usage et leurs contextes, elle ouvre vers un projet éducatif et éthique : la construction de personnes responsables, se connaissant suffisamment et connaissant mieux le monde qui les entoure pour vivre avec des substances et des comportements, être libre d'en utiliser et d'en pratiquer certains ou pas, tout en s'en protégeant, par soi-même et avec les autres. Elle garantit une attention dirigée sur la globalité des usages et, pour les plus jeunes, sur notre **préoccupation inconditionnelle des êtres en devenir qu'ils sont entre recherche de plaisir, gestion des besoins et appréhension des risques,** et ce quels que soient la substance et/ou le comportement. Mais elle se heurte ainsi aussi aux valeurs dominantes de l'hyper-modernité et aux exigences du marché économique : vendre plus, plus vite, à toujours plus de monde.

Cette prise de conscience des conflits de représentation qui nous traversent aujourd'hui est essentielle, à la fois pour clarifier le projet éthique et éducatif de la prévention, et pour mesurer la nécessité de construire un langage commun, de doter la collectivité de nouveaux repères et de nouvelles balises plus proches de la réalité et du vécu des êtres humains dans le monde de ce XXIème siècle.

Le risque et sa perception par les jeunes

Parmi les points sensibles, les clés d'un langage commun, se trouve la notion de risque. S'entendre sur les risques n'est pas évident que ce soit entre deux générations ou entre professionnels de secteurs différents : justice, santé, éducation, santé communautaire, promotion de la santé...
Ces professionnels n'ont pas le même rôle, pas les mêmes missions et responsabilités, pas les mêmes rapports avec les addictions, pas les mêmes « solutions » non plus.
Plutôt qu'un problème, cette diversité voire ces divergences de points de vue peuvent constituer une richesse à deux conditions.

La première est que tous les acteurs identifient et contribuent à un objectif commun : ici celui du projet éducatif de la prévention. Faire converger les actions est essentiel à leur efficacité finale.

La seconde condition est qu'ils s'entendent suffisamment sur ces comportements, sur leur fonction, leur actualité, leurs paradoxes, leur diversité. S'entendre pour dialoguer, agir ensemble, mais aussi pour entrer en dialogue avec les jeunes, les « usagers », les personnes, vivant avec une addiction ou pas, mais toutes détentrices d'une expérience quelle qu'elle soit.

Les adolescents et jeunes adultes ne vivent pas leurs expériences de consommations de substances psychoactives à partir du seul prisme des risques qu'ils encourent.
Pour certains, confrontés à de nombreuses incertitudes affectives, identitaires, sociales, sexuelles, c'est d'abord leur vécu quotidien qu'ils vivent comme un risque. Et, a contrario, ils trouvent dans leurs consommations et pratiques, même dérégulées intenses et dangereuses, des réponses en termes de plaisir, de sensation, d'appartenance, de désinhibition, d'apaisement, d'autonomie, de régulation, de petits arrangements avec la règle, de ritualisation, de complétude… Autant de bénéfices qui peuvent être parfois tellement précieux, tellement existentiels, que les risques pris - qu'ils connaissent le plus souvent mais qu'ils savent hypothétiques - disparaissent de leur champ de préoccupation. Et si les adultes, la famille, les éducateurs, les soignants ou les représentants de la loi, ne font que les rappeler, ils sont alors eux-mêmes perçus comme des censeurs, des ennemis de leur bien être, mais sûrement pas comme des supports ou des appuis possibles à qui s'adresser ne serait ce que pour « en parler ».
D'une manière générale, les expériences de l'adolescence ont des fonctions structurantes en ce qu'elle leur permettent de *« se distinguer des adultes, se mettre à l'épreuve, faire corps avec le groupe de pairs » (*X.Pommereau, 1997*)* Pour l'adolescent usager l'univers de la consommation est relié à la recherche de l'autonomie, au besoin d'un espace, à la réalisation de ses désirs sans l'intervention des adultes. C'est pour cela qu'ils n'accèdent pas spontanément vers les consultations ou autres dispositifs Point Accueil ou Maison des adolescents, pourtant à leur intention, toute intervention étant a priori perçue comme une menace sur leur autonomisation. Ce paradoxe est le nœud de la difficulté des interventions précoces, *« ceux qui auraient le plus besoin de recevoir ce qu'ils n'ont pas eu ou ce qu'ils ont perdu ressentent ce besoin comme une menace pour leur identité » (*P.Jeammet, 1997*).*
Il explique tout l'intérêt de penser la mission Jeune Consommateur dans ce cadre global de l'intervention précoce, et dans un continuum gradualiste d'aide, qui ne peut se résumer ou se réduire à la seule « consultation ».

Dans la logique du « un tien vaut mieux que deux tu l'auras », le calcul est rapidement fait pour eux « je sais ce que ça m'apporte tout de suite » alors que les conséquences sont spéculatives et lointaines. Il n'est pas sûr non plus que leur seul besoin puisse être de sauvegarder leur capital santé en pleine mutation.

La prévoyance est un état qui demande une certaine maturité, une inscription dans le temps, une représentation anticipée alors que les jeunes surtout s'ils sont vulnérables sont plutôt dans le temps présent, dans la recherche d'une immédiateté rassurante.

Ce qui nous fera dire que **les usages et les comportements notamment pour les plus jeunes ont déjà pour fonction, entre autre, de réduire les risques** (de l'autre, de la différence des sexes, du social, de la dépendance …).

«L'arrêt de la pratique peut représenter un risque social individuel bien plus important que le risque pour la santé » (S. Le Garrec, 2011)

La question est de savoir comment l'adulte, sans renoncer à l'être, peut ouvrir des espaces où l'expérience du jeune peut s'exprimer sans être jugée et où la question du comment le jeune peux diminuer les risques prenne le pas sur l'inquiétude que ces risques font naître chez l'adulte.

Cette logique, n'est pas un frein ou un écueil à l'intervention mais nous incite à penser la prévention, à la concevoir, avec eux, comme réduction des risques.

« La reconnaissance de l'expérience du sujet à partir de ce qu'il en dit est le préalable avant l'échange des points de vue et l'apport de nouveaux savoirs qui peuvent contredire certaines perceptions » (Morel, Couteron, 2014)

Écouter les jeunes sur les risques qu'ils prennent, savoir entrer en contact avec leur expérience est la base de la prévention des risques et de leur réduction. Encore faut-il que des professionnels puissent les entendre au risque qu'ils en prennent plus.

C'est là le secret du succès d'actions menées par des pairs avec les nouvelles technologies telles que les forums où se partagent les savoirs d'usagers.
On voit poindre la complexité des modalités relationnelles à inventer, mais aussi l'évidence de celles à éviter : moralistes, sanitaires, répressives. Même si néanmoins, il faut faire avec cette réalité : **tous les comportements ne sont pas possibles, ils sont parfois dangereux pour soi-même et/ou pour les autres, et ils sont pour certains interdits au-delà du statut pénal du produit.**

INTÉGRER LA RÉDUCTION DES RISQUES À LA PRÉVENTION

Pour faire face à l'accroissement des risques addictifs dans l'environnement sociétal qui est le notre aujourd'hui, deux axes s'intègrent et se complètent : promouvoir une éducation préventive et un environnement favorable à la résilience et à la santé, et intervenir précocement auprès des personnes les plus vulnérables et les plus en difficultés (Chambon, Morel, 2014).

La réduction des risques a commencé par des outils (PES, TSO, kits, etc.). Elle s'est ensuite prolongée par une logique d'actions : aller vers et pas à pas. La question des outils vis-à-vis des jeunes au moment des premiers usages est moins celle d'outils spécifiques qu'une logique d'intervention spécifique que représente l'intervention précoce. Cette dernière permet de proposer aux jeunes, à leur famille et leurs environnements, une série d'actions adaptées.

Pour autant, dans certains espaces, festifs notamment ou pour des publics en errance ou marginalisés, les outils de RdR sont utilisés et restent importants et adaptés.

L'éducation préventive se rapproche à la fois de la « prévention universelle »[2] et de la promotion de la santé pour renforcer les compétences psycho-sociales des individus et

[2] Ce type de prévention vise la population générale ou certains groupes (une communauté, un collège) sans tenir compte des risques individuels.

influer sur les déterminants de santé. L'intervention précoce se rapproche elle de la « prévention sélective » et vise les facteurs qui peuvent, dès les premiers usages, diminuer ou aggraver les risques pris et les dommages, repérer les personnes éventuellement en difficultés et faciliter à celles-ci l'accès à des services et à des soins.

Il s'agit d'autonomiser les usagers dans des usages raisonnés, des consommations régulées, sans négliger les accompagnements au plus prés des toujours possibles expériences problématiques.
Il s'agit aussi d'autonomiser les familles en les mobilisant sur leurs compétences éducatives et sur l'importance de favoriser précocement l'acquisition de protections individuelles.
Il s'agit d'autonomiser les partenaires institutions et professionnels dans leur perception et leur gestion de ces pratiques addictives,

Afin de réduire les risques et les dommages chez les jeunes, il va s'agir de ne négliger aucun des enjeux énoncés, d'aller dans le sens des constats faits ces dernières années (épidémiologie, recherche, clinique, expériences internationales, expertises …), de continuer à renforcer la mise à disposition d'outils validés et à développer l'offre d'accueil la plus diversifiée.

L'intervention précoce

Pour parvenir à considérer tous les enjeux évoqués et n'oublier aucun des acteurs concernés, jeunes, familles, professionnels et environnement social, une stratégie d'action a été conçue d'abord en Amérique du Nord et plus récemment en Europe : l'intervention précoce (Morel, Couteron, 2008 ; Morel, 2014).
Dans sa méthodologie d'action à l'interface de la prévention primaire et du soin, elle a pour objectifs de réduire les conséquences néfastes des usages à risque ou nocifs, d'éviter une évolution vers l'addiction, de faciliter l'accès au soin pour les usagers qui en ont besoin.

C'est un concept récent, qui est intégré dans les missions des CSAPA, notamment à travers les Consultations Jeunes Consommateurs, mais qui n'a pas à ce jour les moyens nécessaires à son déploiement.
L'intervention précoce permet de prendre en compte toutes les évolutions et complexités évoquées plus haut, et s'adresse à tous les usages depuis les consommations à faible risque jusqu'à celles qui sont véritablement problématiques. Elle peut s'appliquer à tous les publics et à tous les milieux.

Elle garantit la qualité des actions car elle tient compte des apports de l'approche généraliste de la promotion de la santé, de l'approche communautaire, et de l'approche spécialisée en addictologie. Elle se différencie du repérage précoce associé à l'intervention brève, approche plus médicale qui repère les cas problématiques et propose une action adaptée, tout en sachant que les cas les plus vulnérables nécessiteront plus qu'une simple intervention précoce pour traiter leur problématique. De même, elle se différencie de l'approche centrée sur la seule réduction des risques de l'usage, qui accompagne le comportement au moment de l'usage, dans le présent de la fête, dans le contexte d'une errance, ...
Elle permet d'assurer un continuum entre la prévention et l'accès aux soins qui est essentiel pour passer du collectif à l'individuel. Préoccupation essentielle dès lors que l'on intervient auprès des groupes de jeunes comprenant des non usagers, des usagers à risque et même des usagers dépendants, par exemple dans un groupe classe, dans une entreprise, dans un lieu festif, ...

Soulignons que l'intervention précoce répond point par point aux recommandations de l'expertise collective INSERM sur les conduites addictives des adolescents (2014), notamment en ciblant plusieurs facteurs à la fois (multi-interventionnel) et en agissant sur l'ensemble des systèmes sociaux et institutionnels d'appartenance (multi-systémique) :
« L'accompagnement sur les lieux de vie de l'adolescent repose sur une intervention précoce et des stratégies de réduction des risques. L'intervention précoce consiste à agir le plus tôt possible afin de ne pas laisser s'installer les comportements à risque ; les stratégies

de réduction des risques visent à réduire les dommages sans rechercher l'abstinence. L'accompagnement dans les lieux de consultation et les traitements en milieu hospitalier/résidentiel a pour objectif la réduction des consommations, voire un sevrage ». (Synthèse Expertise collective « Conduites addictives chez les adolescents » - INSERM 2014)

Organiser sur un territoire une politique d'intervention précoce adaptée, intégrée et continue pourra prendre ainsi différentes formes, selon les moyens, les ressources, les territoires, l'actualité. Et à condition de renoncer à deux attitudes courantes face aux conduites addictives : savoir mieux que les populations et contrôler toujours plus les comportements.

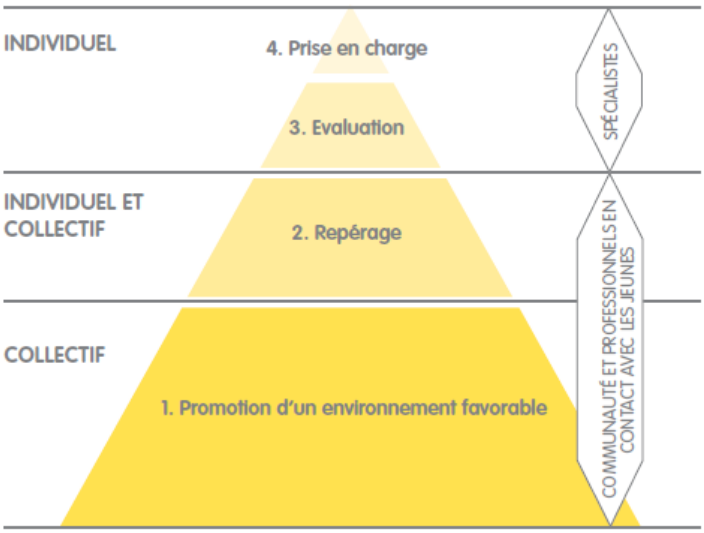
Les quatre axes de l'intervention précoce

La mise en œuvre d'un dispositif d'intervention précoce fait appel à un savoir-faire social et à un savoir-faire clinique, sans hiérarchie de l'un sur l'autre.

Au niveau social, elle implique le développement de réseaux locaux, intracommunautaires, menant des actions coordonnées et souples et mobilisant les usagers, les acteurs directement en contact avec la population cible et les professionnels spécialisés (Morel, 2014).

Au niveau clinique, le dispositif d'intervention s'articule autour d'un repérage précoce des consommateurs à risque, suivi d'une intervention personnalisée visant à augmenter la motivation au changement, favoriser l'amorce d'une réflexion active sur les pratiques de consommation, l'autocontrôle et l'auto-changement, dans la diversité des domaines concernés, du plus sociétal, culturel au plus sanitaire.

Comme l'a proposé le Groupement Roman d'Étude des Addictions (GREA, 2010), les stratégies d'intervention précoce sont à concevoir en articulant quatre axes : la promotion d'un environnement favorable, le repérage, l'évaluation et la prise en charge. Nous insisterons sur les deux premiers axes, sur l' « aller vers » qui conditionne beaucoup la prise en charge des sujets les plus en difficulté, et la Consultation Jeunes Consommateurs qui est un espace conçu précisément pour assurer cette prise en charge de façon adaptée.



La promotion d'un environnement favorable

Les contextes, les environnements et les âges de consommations déterminent en grande partie les dommages et leur gravité. Promouvoir un environnement favorable à la santé et au renforcement de la capacité d'agir de chacun à tous les âges est donc une condition d'efficacité du reste de la stratégie. Chaque institution et dispositif accueillant des jeunes,

selon des missions et compétences différentes, pourra mettre en œuvre toute forme de soutiens ou de supports visant à favoriser un environnement favorable à l'appréhension des comportements d'addictions et à la santé. L'idée est de favoriser le développement des compétences nécessaires à l'autoprotection, avant la rencontre avec les substances ou objets, et de réduire les risques d'exposition (par exemple en ne laissant pas se développer des trafics et des phénomènes de bandes au sein d'un établissement ou d'un quartier), mais aussi en luttant contre les incitations commerciales. L'environnement favorable est aussi celui qui mettra à disposition des opportunités culturelles, sportives, communautaires, afin de rendre possibles une diversification des expériences de plaisir et de socialisation. Enfin, l'environnement favorable s'attache à prendre en compte la santé globale, sommeil, alimentation, socialisation autant que la seule notion d'usage de substances. Elle va par exemple travailler sur les usages d'écran, la prise d'autonomie à travers les premières fêtes et les premières expériences de l'alcool. Elle doit aider à différer les apprentissages : apprendre à gérer le « tout, tout de suite » de nos sociétés à partir d'une rencontre progressive des écrans, apprendre à gérer le groupe avant de gérer l'alcool dans le groupe. Il s'agit de différencier les apprentissages et donner le temps aux familles et aux adolescents de construire leur capacité de contrôle dans un parcours éducatif adapté qui ne se limite pas à interdire et pénaliser ce que l'on laisse encourager et promouvoir. Sur le terrain, la convergence des acteurs de l'éducation, de l'appui aux familles, de l'éducation spécialisée, des sports et loisirs, de la culture est à organiser.

Cela se fait autant par les outils de la politique de la ville, ateliers santé ville ou autres, que par ceux de politiques municipales de la jeunesse ou au sein de l'éducation nationale dans les

CESC (comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté) et en lien avec la mise en place du nouveau « parcours de santé ». Pour que cette stratégie d'intervention s'implante plus facilement, il est nécessaire d'avoir des **interlocuteurs** dans chaque structure ou dispositif en contact avec les jeunes qui soient sensibilisés à ces questions des vulnérabilités des jeunes et de l'addiction. Ces « relais » assurent une certaine vigilance et un suivi de l'actualité dans l'institution, ce sont aussi des relais de l'information, des actions, du partenariat. Ces interlocuteurs ne sont pas uniquement les professionnels de santé à qui est souvent dévolu ce rôle, mais aussi des professionnels de l'encadrement, de la pédagogie, des ressources humaines, de l'organisation de manifestations festives, des collectivités territoriales ou de l'éducation en fonction des secteurs d'action.

Le repérage

L'approche addictologique - qui ne se focalise pas sur les produits, mais sur les comportements d'usage - nous conduit à rechercher des **repères** quant à la distinction entre un usage « simple » (réputé à faible risque), et un usage à risque ou problématique (qui peut en avoir ou en a déjà). Elle nous demande aussi, nous l'avons abondamment souligné, d'intervenir tôt dans le parcours de l'usager. Dans une stratégie d'intervention précoce, cela signifie transmettre et organiser un savoir commun sur **le repérage** des usages « problématiques », et leur évaluation.
Chaque occasion de **rencontre** avec un jeune autour des consommations, surtout s'il est jeune mineur doit être considérée comme une **opportunité** pour ce repérage et cette (première) évaluation, avec lui et pour lui permettre de s'auto-évaluer, condition à tout autocontrôle.

Une opportunité :

- d'information du bon usage des substances et objets, des risques et des aides possibles
- de réduction des risques
- de repérage par auto-questionnaires ou non

- d'intervention brève : aide à l'auto-observation, information, recommandations, empathie, respect du choix de la personne
- d'évaluation car les risques et les dommages ne sont pas les mêmes pour tous
- de soin si nécessaire (sans a priori de durée ni d'arrêt de l'usage).

Le repérage n'est pas une fin en soi, il n'est ni premier ni dernier, il nécessite un travail de compréhension en aval avec les jeunes et les adultes de la communauté, et des prolongements en amont par des dispositifs et des professionnels ressources afin d'être complété par des évaluations cliniques et si besoin des prises en charge.

L'adolescence est souvent l'âge du début des consommations ordinaires ou dans certains cas d'emblée problématiques (accident, malaise, bad trip, violence…) ou encore symptomatiques d'un risque d'une possible addiction en rapport avec un autre trouble, par exemple psychiatrique, d'un dysfonctionnement familial, etc.…
Comme le rappelait Baptiste COHEN lors des premières journées des CJC il y a quelques années : *« Attention nous disent les québécois : l'éthique veut que l'on n'utilise pas ce type d'outil de repérage si l'on n'a pas de solutions d'orientations et d'accompagnement vers des structures spécialisées à proposer aux jeunes concernés, le repérage engage celui qui le propose » (B. Cohen, 2006)*
Le repérage ne va donc pas de soi, et sa nature, ses modalités, son éthique doivent être l'objet d'une cohérence des points de vue entre les acteurs sans quoi le dispositif sera ressenti par ceux qu'il vise comme une menace plus que comme une aide potentielle.

L' « aller vers »

Il s'agit en l'occurrence d'« aller vers les jeunes », notamment ceux qui sont le plus en difficulté ou dans les situations réputées les plus exposées aux risques, dont la grande majorité sont les situations de « fête » et les temps communs entre adolescents, progressivement hors présence d'adulte, et plus ou moins dans l'espace public. Cela ne peut se faire sans un travail préalable avec les adultes qui en ont la responsabilité s'ils sont mineurs et ceux qui font partie de leur environnement familial ou institutionnel ou gère ces espaces.

Cet « aller vers » préalable avec les adultes en contact avec les jeunes peut lui aussi prendre différentes formes :

- Un appui méthodologique allant du diagnostic jusqu'à l'action auprès des jeunes et/ou des familles, en passant par le repérage
- Des actions auprès des professionnels de santé, de l'éducation, du social, de la prévention : sensibilisation, compréhension, formation, RPIB repérage précoce et intervention brève
- Des formations à l'animation de programmes d'intervention précoce auprès de jeunes (le programme Verano par exemple en France)
- Une présence « in vivo » :
  - soit par des consultations avancées à l'intérieur même des structures d'accueil des jeunes
  - soit par des actions de prévention et de réduction des risques sur les lieux à risque d'usages plus problématiques ; différents espaces festifs, espaces de rencontre des jeunes…
- Un relais et un réseau avec les autres partenaires justice, éducation, santé mentale, prévention, équipes de réduction des risques en milieu festif, médecine générale, insertion, social, collectivité territoriale, jeunesse…

Nous l'avons vu dans le premier chapitre, il existe des **périodes charnières** quant aux usages et aux risques addictifs avant lesquelles ou durant lesquelles il s'agit d'intervenir avec des messages adaptés et des intentions claires. En amont par des programmes d'éducation préventive validés, associant le soutien aux compétences éducatives des

parents et le renforcement des compétences psychosociales des adolescents (programmes Primavera, Unplugged, SFP, …).

Durant la période charnière (collège et début lycée, schématiquement) il s'agira d'ouvrir **des lieux et des espaces**, en coopération avec tous les acteurs, au plus proche de la vie des jeunes mais suffisamment protégés d'interférences qui pourraient augmenter pour eux les risques de parler.

Les consultations jeunes consommateurs

Les CJC ont été créées dans les années 2000 pour répondre aux besoins d'aide des jeunes en difficulté avec leurs pratiques addictive ainsi qu'à l'inquiétude des adultes devant celles-ci. Elles prenaient acte des modifications sociétales des années 90 et des évolutions épidémiologiques enregistrées. Centrées sur le cannabis à leur création, elles répondent désormais aux besoins de l'ensemble du champ de l'addictologie, notamment au regard des consommations d'alcool et de tabac mais aussi des pratiques de jeux vidéos (en réseaux ou pas) ou d'argent.

Intégrées comme mission des CSAPA ou d'une consultation hospitalière d'addictologie, elles se positionnent comme ressources face aux problématiques addictives chez les jeunes sur un territoire. Elles ne peuvent se contenter de proposer des consultations spécialisées à des jeunes de moins de 25 ans et doivent nouer des partenariats, développer l'« aller vers », bref s'engager dans des stratégies d'intervention précoce pour construire leur double mission : offrir des accompagnements adaptés aux jeunes usagers qui en ont besoin, et aller vers les jeunes et les adultes qui les entourent au quotidien. Car la prise en charge de ces jeunes en difficulté passe d'abord par un repérage adéquat et une évaluation in situ, mais surtout parce que la question des prises de risques à travers ces usages et comportements se pose à la plu part des adolescents et de leurs entourages et que la qualité des réponses que les uns et les autres proposent va dépendre des compétences collectives au sein même des communautés de vie (famille, écoles, clubs, centres de loisirs, foyers, …).

La fonctionnalité d'une CJC ne repose donc pas seulement sur la valeur professionnelle de ses consultants mais aussi sur celle de ses « chargés de prévention et d'intervention précoce » puisque la prévention est une de ses missions (cf décret CSAPA centre de soin d'accompagnement et de prévention en addictologie). Elle ne repose pas seulement sur sa clinique de l'accompagnement d'adolescents mais aussi sur sa capacité à répondre aux besoins des populations et à animer des actions où ses professionnels ne seront pas en première ligne ni les principaux interlocuteurs des jeunes.

En se situant à la croisée des chemins de la prévention, de la réduction des risques et du soin, la CJC permet ainsi de mieux identifier les parcours, de s'impliquer dans une mobilisation sociale et éducative, et de n'intervenir directement qu'auprès des jeunes pour lesquels cela est nécessaire.

Cela impose de favoriser les échanges entre professionnels spécialisés du soin de la prévention et de la réduction des risques, de multiplier les partenariats, de développer et de diffuser des savoir-faire avec les adolescents et leurs familles ainsi qu'avec les différents entourages, d'évaluer les besoins, de proposer des modalités d'intervention innovantes adaptées aux nouveaux moyens technologiques et aux nouveaux mode de vie dans cette société créatrice de besoin et promotrice de satisfactions immédiates.

CONCLUSIONS

Pour que notre pays dispose d'une politique d'intervention précoce en direction des jeunes et des premiers usages digne de ce nom, nous souhaitons faire plusieurs recommandations.

La première des choses est de protéger cette politique des alternances idéologiques et des aléas politiques pour qu'elle trouve une continuité suffisante et se construise à partir de la capitalisation des expériences et des données validées tant à l'étranger qu'en France.

Contrairement à ce que peuvent laisser croire les polémiques politiques récurrentes depuis trois ou quatre décennies, un profond consensus existe parmi les professionnels comme dans l'opinion sur le fait que les consommations et comportements de satisfactions intenses et immédiates, quels qu'ils soient, peuvent comporter des risques et qu'il est nécessaire d'intervenir à trois niveaux :

a) de les prévenir en évitant ou retardant les premiers usages
b) de les réduire en accompagnant les usages
c) de les soigner si besoin en proposant des soins adaptés

Il nous faut renforcer ce consensus, le rendre visible et opérationnel et le faire savoir à l'opinion.

Soutenir et structurer les nombreuses actions adaptées aux âges, aux produits, aux publics et aux environnements qui sont déjà créés sur le terrain.

Nous proposons la consolidation en premier lieu d'un dispositif : intervention précoce et Consultations Jeunes Consommateurs (CJC).

Renforcer les capacités de développement des actions d'intervention précoce sur le terrain :

Cette responsabilité incombe particulièrement aux Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA). En effet la loi de santé vient de déclarer la prévention comme l'une des missions obligatoires (et non optionnelle comme jusqu'ici) des CSAPA, mais elle n'en a précisé ni le contenu de cette mission, ni son financement. Cela correspond à l'évolution de ces structures officiellement créées par la loi du 2 janvier 2002 et aujourd'hui au nombre d'environ 400 réparties (plus ou moins bien) sur les territoires. Cette évolution amène à les concevoir de plus en plus comme des « Unités Addictologiques de Base », c'est-à-dire des structures ressources proposant, grâce aux collaborations partenariales que cela suppose sur leur territoire d'action, l'accès à un continuum de services allant de la prévention aux soins en passant par l'intervention précoce, et ayant pour fil conducteur commun la réduction des risques et des dommages. Pour autant, les CSAPA ne doivent ni ne peuvent prétendre être les seuls acteurs, en prévention comme pour les soins, mais ils devraient avoir pour mission la mise en réseau et l'animation des réseaux d'acteurs (de l'éducation, de la santé, du social, des services de la justice ou de la police, …) dans le champ des addictions.

Pour accomplir réellement ce rôle, en particulier dans le domaine de la prévention et de l'intervention précoce, les CSAPA ont besoin, sous l'autorité de financement et de contrôle des ARS, d'une organisation et de moyens adaptés :

Référer chaque CSAPA à un territoire d'action de façon concertée et à partir d'une définition claire des missions de chaque CSAPA sur ce territoire, y compris en matière de prévention.

Les doter tous d'une CJC et des moyens attenants, estimés aujourd'hui à un ETP au moins de personnel formé et missionné pour « aller vers » les différents publics et apporter l'ingénierie sociale que requiert le développement de stratégies locales d'intervention précoce.

Amplifier et renouveler les formations des acteurs, dans le sens de la politique amorcée par La MILDECA et la DGS : développer des formations collaboratives de formateurs en complément des formations universitaires, de professionnels et de bénévoles, en particulier à l'intervention précoce, former tous les acteurs à un langage commun et aux principes élémentaires de l'éducation préventive.

Faciliter L'évaluation en terme de réduction des risques et des dommages des actions menées, ce qui suppose que les appels à projets de recherche en prévention que vient de soutenir la MILDECA deviennent annuels et permettent à des équipes menant des actions sur le terrain d'élaborer avec des équipes de recherche des protocoles tenant compte à la fois des méthodes de la recherche évaluative dans le champ éducatif et social et des modalités d'intervention des acteurs de prévention sur le terrain.

REFERENCES

Conduites addictives chez les adolescents, Usage, prévention et accompagnement, Expertise collective INSERM, 2014.
Conseil Economique Social et Environnemental, *Les addictions*, présenté par Gisèle Ballaloud, 2015.
Groupe Georges Pompidou, Conseil de l'Europe, Groupe de coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite des stupéfiants, Document d'orientation sur la prévention des
La Croix, *Alcool, tabac, cannabis : les ados risquent gros*, http://www.la-croix.com/Actualite/France/Alcool-tabac-cannabis-les-ados-risquent-gros-2014-02-06-1102410
Réseau Français de Réduction des Risques, Blog *Civiliser les Drogues*, http://civiliserlesdrogues.blog.lemonde.fr/
Groupement Roman d'Étude des Addictions (GREA), *Intervention Précoce, accompagner les jeunes en situation de vulnérabilité*, publication sur mandat de l'Office Fédéral de la Santé Publique, Suisse, 2010.
Fédération Genevoise pour la Prévention de l'Alcoolisme (FEGPA), *Alcool en milieu festif*, août 2011.

CHAMBON, J., COUTERON, J.P., « Modernité et addictions : la société addictogène », in Morel, COUTERON, J.P, FOUILLAND, P, MOREL, A.« Aide-mémoire Addictologie en 49 notions », Editions Dunod, 2014.
CHAMBON, J., MOREL, A., « Efficacité de la prévention », in Morel, Couteron, Fouilland « Aide-mémoire Addictologie en 49 notions », Editions Dunod, 2014.
COHEN, B., « Introduction au repérage des usages problématiques: contexte et concepts » rencontres nationales des intervenants des consultations cannabis, février 2006
CORCOS, M., FLAMENT, M., JEAMMET, P., *Les conduites de dépendances. Dimensions psychopathologiques communes*, Fondation de France, CNAMTS (Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés), INSERM (Institut national de la santé et de la recherche COUTERON , KURLY Actal 2013 L'Intervention précoce
FREUD, S., « Malaise dans la civilisation », 1929, Editions PUF, 1981
JEAMMET, P., « Adolescences, repères pour les parents et les professionnels », éditions la découverte, 1997
KARRAY KHEMIRI A., DERIVOIS D. « L'addiction à l'adolescence : entre affect et cognition. Symbolisation, inhibition cognitive et alexithymie », *Drogues, santé et société* vol. 10 n°2, pp. 15-50.
LE GARREC S., « L'entre-deux risque(s). Entre perspective préventive et réalité individuelle », *Journal des socio-anthropologues de l'adolescence et de la jeunesse*, Revue en ligne. Date de publication : février 2012.
LE GARREC S., « Le temps des consommations comme oubli du présent », *Psychotropes* 2011/2 (Vol. 17), p. 19-38.
LORIOL M., « Etre jeune est-il dangereux pour la santé ? », in Cichelli Vincenzo (dir.), *Ce que nous savons des jeunes*, PUF, « Sciences sociales et société », 2004, pp 98-112.
LUTTE G., « Libérer l'adolescence », introduction à la psychologie des adolescents et des jeunes, Editions Mardaga, 1988, 345 p.
MOREL A., COUTERON J.P., *Les conduites addictives. Comprendre, prévenir, soigner*, Editions Dunod, 2008.

MOREL A, COUTERON JP, FOUILLAND P., *Aide-mémoire Addictologie en 49 notions*, Editions Dunod, 2014, 583 p.
MOREL A., « Intervention précoce », in Morel, Couteron, Fouilland, *Aide-mémoire Addictologie en 49 notions*, Editions Dunod, 2014.
OBRADOVIC *et al.* 2013 – Usage problématique du cannabis – Revue de la littérature internationale – OFDT/Fédération Addiction
PERETTI-VATEL P., « Du recours au paradigme épidémiologique pour l'étude des conduites à risque », *Revue française de sociologie* 2014/1 (Vol.45), p. 103-132.
POMMEREAU, X., « Quand l'adolescent va mal », Editions JC Lattès, 1997
DJEPVA 2012 : *Prévention des conduites addictives et animation : la prise en compte de la prévention des conduites addictives dans les formations aux diplômes d'Etat des encadrants de l'animation,*
REYNAUD M*., Les dommages liés aux addictions et les stratégies validées pour réduire les dommages*, Rapport remis à Mme Jourdain Menninger Présidente de la MILDT, 2013.
Stratégie Nationale de Santé : contribution de la délégation partenariale sur la réduction des risques liés à la consommation de substances psychoactives, Fédération Addiction, Réseau français de réduction des risques, avril 2014.
WIEVIORKA S., « La réduction des risques » in Revue documentaire *Toxibase*, 1996, (3), 1-21.

En quoi l'évolution de la société moderne influe-t-elle sur les phénomènes d'addictions et leurs traitements ?
Du point de vue de l'ethnologie des mondes contemporains.

Véronique NAHOUM-GRAPPE
Anthropologue
CEM-IIAC-EHESS
PARIS
veronique.nahoum@ehess.fr

1- Définitions :
Pour l'ethnologue, les conduites addictives se définissent en fonction de deux paramètres hétérogènes :

a) ***Le premier concerne le rapport au temps*** : l'éventuelle dangerosité du court terme de la scène de prise de psychotropes (une nuit /trois jours) ne doit pas être confondue avec celle du moyen terme de la trajectoire de dépendance, — quelques années (voire quelques décennies pour l'alcoolisme). Dans le premier cas les risques et dommages contre soi-même et autrui, plus ou moins graves de désordres et d'accidents, sont spécifiques, d'ordre événementiel et inscrits dans une situation circonstanciée. Les mesures de préventions éventuelles doivent être pensées de façon bien ciblées ; dans le second cas, les dommages contre soi-même et autrui s'inscrivent dans le moyen terme d'une trajectoire biographique intime et sociale, dont les mécanismes étiologiques sont à déceler , physiologiques précis, épigénétiques, psychologiques, traumatiques.

b) ***Le second paramètre est celui de la frontière de la légalité*** : les formes d'addictions aux psychotropes licites (comme l'alcool ou le tabac dans notre pays) peuvent être pratiquées dans des conditions économiques, culturelles, sociales, sanitaires ouvertes et observables pour les sciences sociales, extrêmement différentes de celles qui concernent les psychotropes illicites. Ces dernières sont marquées par ce cadre de l'illégalité : la clandestinité produit un accroissement mécanique des prises de risque dans l'obtention et la consommation des produits susceptibles d'être criminalisées, et empêche les conditions correctes de leur observation ethnologique. Le statut des images sociales et culturelles de ces deux domaines de pratiques est différenciée : la figure culturelle « du drogué » n'a rien à voir avec celle de « l'alcoolique », ce qui touche tout l'imaginaire de la prévention.

2- Pour l'ethnologue, le premier obstacle au travail de description des conduites addictives est la prégnance des clichés et stéréotypes dans une société où la technologie de la production d'images a exceptionnellement envahit les espaces publics et privés dans tous les milieux sociaux.
Il faut donc les expliciter : l'illicéité de certaines substances psychotropes produit une criminalisation des conduites économiques de leurs consommateurs (on ne parle pas ici des mafia), elle même surreprésentée dans les œuvres culturelles de grandes consommations collectives comme des films et séries policières occidentalisées : la figure du « drogué » est aussi stéréotypée depuis les années 70 du XX° siècle que celle de l'alcoolique. Elle dessine une personne plutôt jeune, détériorée moralement, « prête à tout » pour un peu de sa « drogue ». Quand il s'agit d'une fille, la prostitution vient s'inscrire dans (et achever de détruire) son destin : *de cause la toxicomanie devient aussi effet*. Lorsqu'il s'agit d'un garçon, elle le pousse dans un parcours codé de déchéance entre prison, décès prématuré, ou clochardisation toujours pensée comme alcoolisée… L'image sociale de l'alcoolique est celle d'un homme plus adulte — le jeune « bindge drinker » étant perçu comme un toxicomane de l'alcool épisodique et festif — un « vieux » dont la déchéance morale, sociale et physique, est moins marquée par l'ombre d'une criminalité potentielle.

Cette négativité extrême pesant sur l'image du consommateur de psychotropes illicites est sans doute un paramètre important de prévention par la peur, mais il constitue non seulement un modèle de criminalité codifié, et donc reproductible, mais il est aussi obliquement valorisé en tant que figure de rebelle « d'époque », souvent artiste, qui s'autodétruit contre « la société » (cf point 6).
Toutes ces images imprègnent non seulement les acteurs eux-mêmes — qui savent à qui et à quoi ressembler — mais aussi ceux qui ont pour tache d'élaborer une prévention et un soin. Sans compter la dimension politique qui intervient dès que sont en jeu les peurs et hantises collectives.

3- Or notre société contemporaine occidentale « d'individualisme démocratique » valorise (en principe) la promotion de soi au cours d'une trajectoire de vie construite de façon autonome et responsable par le sujet — en fonction de ses talents, de son mérite, de sa force de travail et non plus de son seul héritage de caste ou même seulement économique[1].
Par conséquent : **le sabotage de ce travail de construction de soi, qui est notre définition collective culturelle « non savante » des conduites addictives, apparaît comme une forme majeure de disfonctionnement individuel dans une société qui définit comme une de ses valeurs centrale la liberté d'avoir à « construire sa vie propre».**
Ce type de valeurs collectives portant l'emphase sur la carrière individuelle comme but fabriquent par la même la promotion des conduites d'addictions comme modèle d'inconduite majeure, conduites qui sont imaginées comme mettant en péril les trajectoires de vie, les carrières à venir, ***surtout au moment crucial de l'adolescence et du travail scolaire.***
Ainsi, si une des hantises premières de la parentalité contemporaine concerne les études des enfants, ce moyen « d'arriver » socialement, cette clé de toute carrière ascendante, leur peur majeure concernera logiquement tout ce qui peut les saboter. Les images sociales négatives du « drogué » viennent redoubler l'effet des alertes de la prévention sanitaire scientifique sur les dégâts des abus de substances pour cristalliser autour des éventuelles addictions juvéniles un système de croyance que la panique rend convainquant. Par exemple, la panique de la parentalité va se focaliser sur la sortie festive juvénile, source effective de désordres possibles, en contractant comme centre focal de la peur les deux dimensions temporelles des addictions citées en **1-a** : le court terme de l'ivresse psychotrope et le moyen terme des conduites de dépendances. Pour les parents insomniaques, chacune des nuits de sortie de leurs enfants grandissant est un abime.

4- Un constat : il semblerait qu'il existe fort peu de groupes culturels, même non occidentaux, qui n'aient mis au point des techniques du corps pour accéder à des états modifiés de conscience lors d'occasions codifiées par le groupe et épisodiques ; consommations de substances diverses, techniques du corps etc. sont attestées dans des cas de figure extrêmement hétérogènes. Mis en œuvre en général dans des rites collectifs, ils sont organisés dans des scènes où transes et transferts d'identités (parole resurgies des morts et/ou des dieux dans le ventre des vivants en état « second »), voyances dans le passé et l'avenir, et soin physique des maladies des vivants sont mêlés.
De même il semblerait que la division des rythmes sociaux entre temps de travail et temps festif soit une constante dans de nombreuses situations historiques hétérogènes autour de

[1] Notion classique en sociologie et philosophie politique depuis Alexis de Tocqueville dont les deux livres fondateurs *La Démocratie en Amérique* et *L'Ancien régime et la Révolution* furent publié en 1835 et 1840 : dans une société où l'égalité comme dogme et droit est instituée, l'inégalité de fait des conditions économiques oblige chacun à construire une mobilité sociale ascendante maintenant non seulement possible mais de plus en plus nécessaire : la carrière dont chacun est en principe responsable vient couronner ou pallier l'héritage potentiel qui ne suffit plus...

la méditerranée comme aussi sur les autres continents dans les sociétés qui ont connu les mécanismes de division sociale du travail collectif à partir du néolithique. Les inventions collectives de sons et de gestes ont souvent trouvé comme outil la répétition rythmique d'une séquence musicale et dansée, ce qui produit mécaniquement un état de léger vertige, ce premier moment de l'aventure psychotrope. Il y aurait ici beaucoup de développements à effectuer, en lien aussi avec les sciences neurocognitives et éthologiques.

A mon avis on peut faire le constat d'un enracinement anthropologique des conduites de vertiges, cette possibilité cognitive « psychotrope » d'une excitation positive ambivalente dans les jeux de glisse — ainsi, nos manèges et toboggans enfantins et adultes, notre préférence pour la vitesse, doivent aussi être inscrits dans les conduites de vertige psychotropes. Ce qui signifie que le rêve d'une prévention absolue permettant d'« éradiquer » toute possibilité de mettre en œuvre des états psychotropes grâce à des choix législatifs abolitionnistes semble une utopie du point de vue anthropologique. En revanche, une prévention réflexive sur des formes de moindre dangerosité de ces conduites pour la santé humaine et la vie en société est souhaitable ***: les politiques de réduction des risques doivent être diversifiées approfondies et accentuées***.

Toutes les actions de prévention sur le terrain en temps réel concernant la scène provisoire de « la fête » et de ses excès doit être élaborées en lien avec les jeunes consommateurs eux -mêmes de façon spécifique et contextualisée. Alors que la prise en compte et en charge d'une trajectoire de vie dominée par l'oblitération et le handicap en quoi consiste la dépendance à un produit doit être organisée dans le long terme d'un suivi cas par cas.

5- La différence des sexes, la dissymétrie masculin/féminin, est remarquable au regard des conduites de dépendances. Les TCA, Troubles des Conduites Alimentaires, que l'on peut inscrire dans la famille des addictions (oblitération à long terme de la vie intérieure autour d'une dépendance au devoir de maigrir et donc à l'obsession du refus de consommation de certaines substances alimentaires comme le sucre et le gras etc.) concernent encore majoritairement les jeunes et moins jeunes femmes. Leurs dégâts sont moins visibles socialement, car elles ne créent pas de désordre sur la place publique et ne sont pas liées à des états psychotropes théâtraux. Mais ils sont dramatiques sur le plan des trajectoires individuelles en termes sanitaire et psychologique, voire psychiatriques. Je pense par exemple que la consommation de tabac très importante chez les jeunes filles françaises avant 25 ans est liée à l'obsession de maigrir.

Si les garçons sont plus actifs au regard des autres addictions, illicites ou licites, au rang desquelles il faudrait en toute logique inscrire aussi le « craving » de l'accélération sur engin motorisé, comme dans les conséquences pénales des effets de toutes les autres addictions, alcool au premier rang, les jeunes filles et jeunes femmes se voient de plus en plus actrices dans des consommations traditionnellement masculinisées comme les cuites nocturnes en bande. Les hausses d'infarctus du myocarde des très jeunes femmes, liées au tabac et à l'alcool, sont maintenant un fait. Les jeunes femmes sont de plus en plus concernés en face de la responsabilité du « devoir d'arriver » socialement grâce à l'accès à un métier valorisé au terme d'un parcours au cours duquel les études sont le moment pensé comme crucial. Les deux sexes sont maintenant presque à égalité en face de ce devoir de mettre en œuvre une ascension professionnelle ascendante, et le mariage ne suffit plus aux jeunes femmes comme signe et preuve « d'existence sociale ». La menace la plus exacte sur ce parcours anticipé féminin n'est plus la perte de la virginité comme dans une culture traditionnelle révolue imprégnée de valeurs religieuses, mais se retrouve, comme pour les garçons, ***être la mise en œuvre des conduites addictives pensées dans notre culture (films, romans, faits divers, séries) comme le premier sabotage moral, social et physique, de soi par soi***. Les jeunes filles sur lesquelles pèse maintenant le poids de leur propre biographie à venir dans un accès de plus en plus libre et licite aux champs sociaux et professionnels dévolus aux hommes, se trouvent en position de s'approprier elles aussi les conduites addictives « masculines » comme signe de modernité et d'égalité. Les cuites juvéniles sont maintenant mixtes, ainsi que la prise de certains

psychotropes illicites lors de certains épisodes festifs particuliers. De plus en plus, les héroïnes de séries policières télévisées à succès se battent, tuent et boivent sec, cigare en main...
La prévention des conduites addictives doit donc être pensée aussi en fonction d'une évolution plausible spécifique des conduites d'addictions féminines, qu'il faudrait anticiper et déconstruire en terme de séduction culturelle.

6- Dernier point : ***la séduction esthétique et sociale des conduites d'addictions dans notre culture contemporaine.*** Une multitudes d'images du corps exposées sur les écrans et affiches, dans les publicités, les clips et les films, les corps jeunes et beaux sont les modèles physiques et posturaux donnés à voir le plus souvent, adressés implicitement à la jeunesse comme cible — Justement pendant cette période où l'adolescent se pose devant le miroir les questions de sa propre apparence « à qui ressembler ? ». La question « suis-je conforme physiquement aux modèles, au style de beautés renvoyées dans cet univers d'images démultipliées ? » entraîne tout un investissement de la construction esthétique de soi — dont les enjeux identitaires seront petit à petit désinvestis en tant que tels avec l'entrée dans la vie adulte et le vieillissement. Ici intervient, à mon avis, ce fait massif et caractéristique de notre contemporanéité***, cette enveloppe d'images du beau corps humain jeune autour de toute présence humaine à toutes les périodes de sa vie.*** Un corps mimétiquement halluciné, objet central du rêve éveillé —…*être comme elle, comme lui* — si souvent mis en situation de s'exhiber dans des conduites de vertige excitantes, des danses, des séquences d'intensité sportives ou autres, comme de courir sur une plage, de sauter en élastique sur un abîme etc. Si toute société affiche sur ses murs ses valeurs propres, la nôtre dessine alors des corps jeunes et beaux au centre d'un moment d'intensité extatique : courir nus sur la plage, sauter à l'élastique etc. La rêverie éveillée, si fréquente au moment de l'adolescence, qui devrait être étudiée quand elle est déjà en elle-même une addiction invisible mais frénétique, permet l'appropriation intime de cette tapisserie enveloppante d'images sociales.
Cette esthétique sensuelle et libertaire (« aller plus loin », « au bout de l'extrême » etc.) a partie liée avec une promotion non dite des états psychotropes : le but est de ressentir à son point d'acmé le présent et la « vie », d'éprouver à fond l'instant exceptionnel, toujours vertigineux. Dans de nombreuses bandes dessinée, destinées aux adolescents, le corps féminin toujours jeune se met en image « agonistique » dans des combats extrêmes où l'esthétique de la violence instrumentalise la « beauté » physique de ses héroïnes : l'idéologie sous-jacente est celle d'une valeur attribuée à l'extase physique en acte. Tout un érotisme non sexuel enveloppe la présence physique du corps jeune sur nos écrans, dont la traduction scénique sont les figures du vertige que sont les expérience psychotropes. L'esthétique du vertige qui enveloppe ces images de corps jeunes et beaux baigne le rêve collectif puissant d'une société contemporaine où les écrans multiplient et dessinent les identités « de rêve ».

Conclusion

Si les commentaires écrits autorisés, pédagogiques et sanitaires, condamnent les conduites addictives, les images culturelles du corps et de nombreux textes littéraires et artistiques en valorisent l'esthétique spécifique avec intensité.
… Une esthétique dont la séduction est secrètement politique : Si les phrases écrites dans les livres, la presse ou prononcées dans les débats défendent le plus souvent les morales sanitaires et le sérieux responsable de soi d'un point de vue adulte — ne pas sombrer dans les addictions pour sauver sa santé et sa vie à venir —, les images du corps vont dans le sens inverse d'une puissante séduction d'une morale sans phrases, mais contenue dans des mots comme cet l'adjectif « extrême », morale qui valorise des conduites de vertige toujours fichées dans le présent intense contre un avenir gris. A mon avis, il y a là une incitation non pensée à la recherche d'états de conscience modifiés. De nombreux textes, littéraires, artistiques, des paroles de chansons, viennent offrir leur version du « sens de la vie », alors

situé dans l'aventure *du beau corps* toujours jeune, en pleine action de « vivre intensément ». Avec ces performances diverses, non forcément sexuelles, qui recherchent ce moment de la « petite mort », quand on saute dans l'abîme, cette preuve par l'annulation de la conscience normale (plate et morne) dans un point blanc de supposée jouissance du présent, contre la lourde mort du vieillissement. Ceci est très bien exprimé, par exemple à la fin des années 70, dans l'opéra Rock culte dont le succès fut mondial (1978, Luc Plamondon et Michel Berger), *Starmania* : les paroles de la chanson « *Quand on descend en ville* », *« nous, tout ce qu'on veut c'est de vivre avant d'être vieux… qu'est-ce qu'on fait ce soir ?* » expriment à la fois le choix du présent « *ce soir* », le vertige des excès, y compris transgressifs, comme preuve de la Vraie Vie contre « la société », pensée comme étant celle des vieux, plein de graisse et d'argent, moches et avilis etc. …

Si les produits psychotropes sont en général unanimement condamnés dans notre culture, les états psychotropes y sont pourtant en même temps exaltés et promus dans les images comme une des premières grandes réponses collectives à la question « qu'est-ce que *vivre vraiment* ? ». Les conduites d'addictions ponctuelles sont inscrites au programme imaginaire « obligé » des fêtes contemporaines, au nom de cette morale de l'intensité dont la séduction est en partie esthétique, et en partie liée à cette croyance contemporaine que la « vraie vie » a à voir avec les vertiges physiques de la conscience de soi.
Les nuits festives de la jeunesse sont alors le moment crucial de coupure d'avec le monde de leur enfance, et avec la présence « dans leurs têtes » des parents. Leurs nuits blanches sont le lit de toutes les conduites d'excès (vitesse décibels alcool etc.), dans des formes festives qui se réinventent sans cesse en fonction aussi des technologiques possibles (la sono) – Chaque société invente la forme festive qui lui ressemble, et peut-être qu'elle mérite.
Pour l'anthropologue, il est peu probable que l'on puisse évacuer l'alcool et les autres substances de ces séquences particulières hors de l'espace festif, pas plus que la danse et le rire ; mais il est possible de travailler à enrichir le programme de la fête afin de freiner les consommations de substances — car c'est quand la fête est secrètement ratée qu'il ne reste plus que l'excès d'alcool ou autre psychotrope comme programme de base…

Comment permettre aux usagers et à leurs associations de jouer un rôle moteur dans la définition et l'application des stratégies de réductions de risques et dommages liés aux conduites addictives ?

Tim GREACEN
Directeur du laboratoire de recherche de l'EPS Maison Blanche,
Président du Groupe Santé Mentale de la CRSA d'Ile-de-France
Président du réseau européen ENTER Mental Health
Ancien président de l'association AIDES Ile-de-France
Etablissement Public de Santé Maison Blanche
18 rue Rémy de Gourmont 75018 Paris
Tel: 01 53 38 21 17 ; 06 22 51 28 18 ; Fax: 01 53 38 21 10
tim.greacen@ch-maison-blanche.fr

A noter que d'autres experts s'adressent plus spécifiquement aux questions du tabac et de l'alcool.

Définition 1 : stratégie de réduction de risques et dommages (RdRD) liés aux conduites addictives

Pour ce rapport, la notion de « stratégie de RdRD liés aux conduites addictives » inclut :

- La RdRD pour des personnes ayant une conduite addictive qui sont usagers des services sanitaires et sociaux s'occupant de personnes ayant une conduite addictive
- La RdRD pour des personnes utilisatrices de produit ou de jeux mais qui ne sont pas inscrites dans le système de soins, soit parce qu'elles gèrent leur addiction sans chercher de l'aide, soit parce qu'elles vivent avec leur addiction sans que cela leur cause des soucis
- La RdRD pour les personnes qui n'utilisent pas de produits ou de jeux mais qui pourraient bien les utiliser à un moment donné dans leur vie (prévention et promotion de la santé)
- La RdRD pour les proches et aidants de personnes ayant une conduite addictive

Définition 2 : usager, association d'usagers

Pour ce rapport, l'utilisation de la notion d'*usager* est délicate. L'ambiguïté du terme « usager » dans le milieu des addictions est une source de confusion. Dans la question posée « *Comment permettre aux usagers et à leurs associations de jouer un rôle moteur dans la définition et l'application des stratégies de réductions de risques et dommages liés aux conduites addictives* ? », s'agit-il d'u*sagers de drogue* ou *d'usagers du système de santé ?* Ce ne sont pas forcément les mêmes populations.

Les associations d'usagers du système de santé en France ont adopté le terme « usager », à l'époque de l'arrivée de l'épidémie du sida, pour souligner l'idée que la personne vivant avec le VIH qui s'inscrit dans le système de soins est un usager du service public. Ce service lui appartient donc. Il vote. Ses impôts financent le service en question et les salaires des personnes qui y travaillent. Il a donc droit à des soins correspondant à son projet de santé. Il a son mot à dire sur l'offre de soins. D'autres termes ont été débattus. Le terme « malade » était

rejeté, car on ne souhaitait pas définir la personne par le fait d'être malade. C'était l'époque où l'extrême droite stigmatisait les « sidaïques », comme à des époques pas trop éloignées les « lépreux », les « fous » : on définissant la personne en fonction de sa maladie, de son problème ; enjeu toujours d'actualité par exemple dans la psychiatrie française où l'utilisation professionnelle et grand public de termes tels que « les psychotiques », « les schizophrènes » participent clairement à la stigmatisation des personnes vivant avec ce type de problème. Bon nombre d'usagers ne sont pas malades. Ils vont bien. Ou bien ils ne sont malades que quelques minutes par jour, ou quelques jours par mois. La solution à l'américaine, « consommateur », n'était pas adaptée à un système de santé financé principalement par l'Etat. Le terme « patient » a été rejeté, trop connoté « passif, inactif, objet de soins, objet d'expérimentation ». L'étymologie du terme est épouvantable : le « patient » de l'inquisiteur ; le « patient » du bourreau ; le « patient » des expérimentations des chirurgiens à l'époque médiévale. Et, finalement, le terme « personne » a été préféré au terme « citoyen » afin de ne pas exclure les personnes que nous côtoyons dans notre vie de tous les jours qui sont usagers de notre système de soins mais qui n'ont pas le droit de vote en France : les immigrés résidents mais qui n'ont pas la nationalité française, les gens du voyage, les touristes … mais aussi les personnes de moins de 18 ans. En effet, un enfant de nationalité française ne devient citoyen français qu'à partir de 18 ans, âge de l'acquisition du droit de vote[1]. Dans le domaine du VIH, la solution adoptée par l'association AIDES (1988-1989) : *personnes vivant avec le VIH.* Bref, on distingue clairement entre *la personne vivant avec le VIH* et *l'usager du système de soins*. En outre, on rappelle qu'il ne s'agit pas forcément des mêmes personnes. Il y a des personnes vivant avec le VIH qui le savent et qui n'utilisent pourtant pas le système de soins spécialisé en matière de VIH/SIDA. En outre, il y aurait encore quelques 30 000 personnes vivant avec le VIH en France aujourd'hui qui ne le savent pas (Supervie, Ndawinz, & Costagliola, 2012). Les analogies avec les personnes ayant une conduite addictive sont multiples.

Dans le domaine des addictions, la confusion règne avec un terme *usager* à double sens. Quoi qu'il en soit, le temps est venu pour le milieu de la santé de comprendre que le terme « usagers de drogues » décrit un ensemble de personnes qui ont une certaine pratique dans la vie de tous les jours qui peut influer sur leur santé (tout comme les termes « joueur de foot », « usager de maquillage » ou « travailleur du bâtiment » impliquent certaines pratiques dans la vie qui peuvent influer sur la santé) mais qui ne peut être utilisé pour catégoriser des personnes 'malades'. De nombreuses personnes sont « usagers de drogues » sans jamais en souffrir, sans 'en être malades', sans être perçues comme 'malades'.

Et puis s'ajoutent les autres addictions : les jeux vidéo sur smartphone, les addictions sexuelles… Et le débat explose. Faut-il un nouveau terme : *personnes vivant avec une addiction (PVA) ? personnes ayant une conduite addictive (PACA) ?*[2] Cette question est loin d'être anodine. L'enjeu éthique du point de vue des personnes : éviter d'être classifiée pour tous les aspects de la vie courant par un problème de santé ; pouvoir se définir, se penser dans la multiplicité de ses projets de vie ; la nécessité de se redéfinir au niveau personnel tout au long de sa vie en fonction de nouveaux projets, de nouvelles pratiques, de nouveaux plaisirs, de nouvelles maladies, de nouveaux enjeux de santé, de nouveaux projets de santé. L'enjeu en termes de soins : éviter d'être « pris en charge » par un système de santé qui vous définit en

[1] http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/citoyen/citoyennete/citoyen-france/comment-devient-on-citoyen-francais.html

[2] Pour le National Health Service anglais, le terme adopté : *people with an addiction* (personnes ayant une addiction) http://www.nhs.uk/livewell/addiction/Pages/addictionhome.aspx

fonction d'un seul de vos caractéristiques, qui ne voit que « l'usagers de drogues ». De plus, objet de stigmatisation.

Pour résumer : Nous sommes tous des usagers de notre système de santé. Certains parmi nous sont usagers de drogue. Certains parmi nous ont une addiction. On peut être usagers de drogues sans avoir une addiction. On peut avoir une addiction sans chercher à se soigner, à « se faire soigner » par un professionnel. En effet, de nombreuses personnes vivant avec une addiction, qu'elles soient usagers de drogue ou non, n'utilisent pas le système de santé pour gérer leur addiction. Elles se débrouillent toutes seules. Elles vivent avec toute leur vie. Ou elles se rétablissent toutes seules. Ou avec d'autres aides. D'autres personnes encore ne sont pas usagers de drogue mais utilisent ou voudraient utiliser les services d'addictologie : d'un côté les proches et aidants des usagers de drogue, et de l'autre, les personnes ayant d'autres conduites addictives.

Quoi qu'il en soit, les syndicats et associations d'usagers de produits ont une relation bien ambivalente avec le système de santé et l'identité du « patient ». Dans l'enquête du *Réseau européen des personnes qui utilisent des drogues* (EuroNPUD) de 2003, aucune association européenne d'usagers de drogue qui a répondu à l'enquête n'a souhaité se définir comme une organisation de représentation des usagers du système de soins. De nombreux répondants se situaient en tant que organisations de 'usagers de drogue', suivant l'exemple de l'ancien sous-titre du journal d'ASUD "le journal des drogués heureux" (EuroNPUD, 2003).

➔ ***Recommandation 1*** *: Le terme « usagers de drogues » concerne les personnes qui utilisent des substances addictives. Abandonner ce terme « usagers de drogues » comme terme générique pour représenter les personnes qui utilisent les services d'addictologie dans le système de soins sanitaire ou social. Adopter plutôt les termes : « personnes ayant une conduite addictive » (PACA) » et « usagers du système de soins en addictologie » pour décrire ces deux populations spécifiques.*

Un système de santé, un système de RDRD, qui s'est construit sans forcément prendre en compte le point de vue de ses usagers. Un système construit sur d'autres intérêts.

La naissance du terme « usager » dans le milieu sanitaire est donc clairement une revendication. C'est un nouvel acteur du système de soins. Et non pas uniquement parce qu'il s'occupe de sa santé. Mais aussi parce qu'il souhaite que le système de santé réponde à ses besoins, l'aide avec son projet ; des besoins et un projet définis par lui, et non pas uniquement par le système de santé. Le mouvement des usagers du système de santé des années 1980-90 accusait le système de santé de s'occuper d'autres besoins que de ceux des usagers, de prioriser d'autres valeurs avant de prendre en compte celles de ses usagers. Ce mouvement accuse non seulement le monde clinique mais aussi le monde de la recherche, le monde des savoirs d'être en défaut, de tenir des discours, de faire des recherches là où c'était intéressant pour les chercheurs, non pas là où c'était intéressant pour les personnes vivant avec. Voire, dans le pire des cas dans le monde des soins et de la recherche en matière d'addiction, d'être liés aux fabricants, voire aux vendeurs des produits en question (Jernigan, 2012).

La revendication internationale de l'ensemble des acteurs des associations d'usagers des systèmes de santé : *Nothing about us without us* (*rien sur nous sans nous)* (Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2005), constitue un appel public pour une 'révolution' dans les systèmes sanitaires qui s'amplifie avec la nouvelle décennie : une nouvelle génération de professionnels

l'adopte et le promeut avec conviction, comme en témoigne l'éditorial du *British Médical Journal* de 2013 : *Let the Patient Revolution Begin* (Richards, Montori, & Godlee, 2013). Du côté des usagers de drogue, la position de l'*EuroNPUD* est sans ambigüité :

> *Pour ce qui est de représenter le point de vue d'une communauté marginalisée, criminalisées et opprimée telles que les usagers de drogue et de concevoir une politique et des services les concernant, il faut se rappeler que c'est cette communauté et ses organisations qui sont les véritables experts ; cela fait partie d'une plus large reconnaissance au sein du mouvement de réduction des risques et dommages qu'il ne soit plus possible de continuer le débat mondial sur la politique des drogues sans la pleine participation des personnes les plus concernées, à savoir les personnes qui utilisent des drogues* (EuroNPUD, 2003).

➔ ***Recommandation 2** : Affirmer comme règle que toute politique sur les addictions, sur les soins pour les addictions, sur les stratégies de réductions de risques et dommages liés aux conduites addictives doit se construire avec la pleine participation des personnes vivant avec une addiction. Rien sur nous sans nous.*

En effet, les grandes institutions sanitaires et sociales se sont construites dans le contexte de biopolitiques historiques avec des objectifs souvent éloignés des priorités et valeurs des populations les plus concernées par ces politiques, voire qui servaient d'autres intérêts que ceux des populations en question. En France, comme dans la plupart des pays occidentaux, l'hôpital par exemple se construit historiquement sur des objectifs spécifiques de nettoyage de la voie publique en milieu urbain de populations en situation d'exclusion sociale : les pauvres, les vagabonds, les vieux, les fous, les mendiants (Foucault, 1961) ainsi que les enfants abandonnés, illégitimes (Jouet, 2011). Que l'abus des droits s'inscrive dans une bienveillance paternaliste, dans une politique de contrôle social explicite, ou dans une biopolitique de production industrielle, les implications sont les mêmes. De même, le système national d'éducation et le droit du travail se construisent sur une politique d'industrialisation post-féodale et ensuite post-esclavagiste. Il faut de la main d'œuvre en bonne santé pour les usines et une main d'œuvre libre des contraintes de gestion familiale des enfants. Il faut des enfants propres, en bonne santé, sachant obéir, compter, lire, se taire, apprendre, travailler, ne parler que quand ils ont le droit. L'*homo economicus* de Foucault est né (Read, 2009). Mais *economicus* pour qui ?

Les usagers se méfient du système. Ils ne vous croient pas. Ils ont trop de preuves du contraire.

Il en résulte que de nombreux usagers se méfient du système, et cela d'autant plus s'ils appartiennent à un groupe victime d'exclusion sociale. D'innombrables témoignages révèlent le mauvais accueil en milieu hospitalier des personnes vivant avec une addiction, comme pour les homosexuels, les immigrés... Au niveau international, le rapport du Réseau international des personnes qui utilisent des drogues (*International Network of People who Use Drugs (INPUD) Consensus Statement)* en 2015 dénonce avec fermeté la discrimination et la stigmatisation des usagers de drogue dans les services de soins (INPUD, 2015). Mais on doit souligner que cette maltraitance ne se limite pas aux populations victimes d'exclusion sociale. Elle concerne tout citoyen : un premier rapport de la Haute autorité de la santé sur la mise en œuvre de la loi de 2002 sur les droits des malades souligne que les plaintes des usagers font toujours état d'attentes inexpliquées, d'absence d'écoute, de la frustration, voire de la maltraitance ; les

témoignages sur les abandons de soins, voire même de la violence chez des usagers qui s'estiment victimes de cette maltraitance sont fréquents (Compagnon & Ghadi, 2009). De plus, de nombreuses études découvrent une absence inquiétante d'écoute et de compétences de communication en général chez les professionnels de santé : avoir un niveau élevé de connaissances biomédicales ou techniques ne se présuppose rien en matière de compétences d'écoute, de counseling, d'accompagnement (Greacen, 2000).

Un système où l'usager apprend vite à jouer le rôle qu'il faut pour faire fonctionner le système – il dit « oui », quitte à faire autre chose, à penser autre chose

Le sida pour le milieu sanitaire était un grand révélateur. Le fait que cette maladie frappait des populations ayant des comportements, des penchants, des dires souvent punis par la loi ou stigmatisés est un élément crucial à prendre en considération non seulement en termes légaux ou éthiques mais, en milieu de santé, du point de vue de la crédibilité du discours d'un « professionnel de soins » face à un « patient » appartenant à ces populations. L'homme qui a des relations sexuelles avec un homme dans un pays ou un milieu où l'homosexualité est stigmatisée médicalement voire condamnée juridiquement ne va pas le dire à son médecin. La femme qui se 'shoote' va montrer l'autre bras à l'infirmier qui la prélève. L'immigré illégal d'un pays à haute prévalence d'une maladie infectieuse mentira d'autant plus facilement sur ses origines, sur ses comportements culturels particuliers. Il en résulte que le discours du médecin face au malade qui n'a pas tout dit est faux car basé sur des données fausses. De toute façon, l'idéologie biomédicale ne crédibilise que les résultats de l'examen, non le discours du malade. On oublie que, entre diagnostiquer et soigner, il y a mille pièges possibles. Le 'malade' prend gentiment son ordonnance. Il sait qu'il n'a pas tout dit. Cela ne peut donc être le bon traitement. Il ne suit donc pas le traitement prescrit.

Pour les personnes victimes de stigmatisation, de discrimination, de criminalisation, d'exclusion sociale, celles qui le peuvent - celles où l'exclusion sociale n'est pas visible à l'œil nu - apprennent à mentir pour survivre.

(i) Elles mentent pour se protéger. Elles ont intérêt à mentir.
(ii) Elles mentent pour protéger leurs proches. Elles ont raison de mentir.
(iii) Elles apprennent à jouer le système. Et non pas « un système » mais « des systèmes » qui fonctionne en silo, sans communication horizontale. Et ils ont raison de le jouer. Il y va de leur survie (Greacen et al., 2011).
(iv) Même si elles trouvent leur interlocuteur dans le système de soins accueillant et de bonne volonté, elles ne pourront pas croire que ses propositions vont aboutir, que ses conseils vont servir.

Dans ces conditions, la relation de soins entre « professionnel » et « usager » se trouve par définition compromise.

➔ ***Recommandation 3*** *: Décriminaliser l'usage de produits pour faciliter l'intégration des personnes concernées dans les associations en question et pour libérer la parole des personnes concernées par rapport à la définition et l'application des stratégies de réduction de risques et dommages liés aux conduites addictives.*

Un pas essentiel pour permettre aux usagers de jouer un rôle moteur dans la définition et l'application des stratégies de réductions de risques et dommages liés aux conduites addictives :

la formation des professionnels sur les compétences de communication et notamment sur le counseling[3] auprès de populations en situation d'exclusion sociale.

Une enquête de l'Inspection générale de l'action sociale (IGAS) dans les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues (CAARUD) en 2014 conclut que « *le principe de la participation des usagers dont l'action vise notamment à promouvoir l'exercice de la citoyenneté des personnes accueillies n'est pas contesté mais est plutôt vécu comme une évidence dans le continuum de la prise en charge, mais une évidence parfois difficile à mettre en œuvre.* » L'enquête cite un projet d'établissement : « *...les personnes que nous accueillons ont souvent des vécus difficiles avec les procédures institutionnelles. De ce fait il s'agit pour nous de pouvoir prendre en compte cela en réduisant au maximum les discours trop techniques...Si nous n'adaptions pas notre cadre, il y a eu peu chance qu'ils soient « attirés » par le Comité des usagers et l'investissent de façon opérante* » (IGAS, 2014).

➔ ***Recommandation 4*** *: Former les professionnels du sanitaire et du social en addictologie en compétences de communication, de counseling, et notamment sur le counseling auprès de populations en situation d'exclusion sociale ; conditionner le droit d'exercice sur la maîtrise de ces compétences.*

<u>Des revendications massives contre un système de santé qui ne sert qu'une biopolitique de contrôle social : affirmation des droits : black, femme, queer, gay, pva, mad, junky…</u>

Au niveau international, la révolution en ce qui concerne l'intégration du point de vue des usagers dans le système de santé est venue du côté des populations en question. Le premier enjeu : pouvoir le dire, pouvoir l'assumer. Dans cet objectif, le milieu de la santé reprend avec vigueur les thèmes des droits civiques, les droits des afro-américains. En premier lieu, il s'agit d'assumer, de revendiquer, de valoriser la différence, la diversité à l'origine de l'exclusion. *Black is beautiful* (1960s) ; le mouvement Panthère Noire (Black Panther, 1966) ; Black Pride (1968) ; *"Dis-le haut et fort – je suis noir et j'en suis fier"* ("Say It Loud – I'm Black and I'm Proud") la chanson hit de 1968. Bref, la maladie stigmatisée ? le comportement criminalisé ? L'assumer. Le revendiquer. La Conférence nord-américaine d'associations homophiles (NACHO: North American Conference of Homophile Organizations)[4] adopte le slogan "*Gay Is Good*" en 1969 (Blasius & Phelan, 1997). Les manifestations annuelles de *Gay Pride* ont lieu tous les ans le dernier samedi du mois de juin depuis 1970 à New York et ensuite à travers le monde pour commémorer les évènements du *Stonewall Inn* (le 28 June 1969). Dès 1974, l'*American Psychiatric Association* décide que l'homosexualité n'est plus une pathologie : par un vote, avec de nombreuses voix contre. Il est à noter que, si certains des états des USA ont décriminalisé l'homosexualité dès 1962, la décriminalisation au niveau national a lieu uniquement en 2003 (l'homosexualité n'est plus condamnée par la loi en France depuis 1791).

Dans le domaine de la santé mentale, le premier évènement de ce type a lieu à Toronto au Canada le 18 septembre 1993 : la journée de fierté des survivants de la psychiatrie (*Psychiatric*

[3] *Le counseling, forme d'accompagnement psychologique et social, désigne une situation dans laquelle deux personnes entrent en relation, l'une faisant explicitement appel à l'autre en lui exprimant une demande aux fins de traiter, résoudre, assumer un ou des problèmes qui la concerne.* (Tourette-Turgis, 1996, p.25)

[4] La prononciation de l'acronyme "NACHO" en anglais évoque le mot « natural » : c'est la nature.

Survivor Pride Day) (Reaume, 2008), suivi par le *Mad Pride* à Londres en 1995, pour arriver enfin à Paris le 14 juin 2014.

Les communautés en question remettent en question les fondements mêmes des systèmes de santé existants. Elles créent des systèmes parallèles, gérés par et pour les personnes vivant avec le problème de santé en question. Dans le domaine de la santé mentale, on note l'ouvrage de Judi Chamberlin, *On Our Own: Patient-Controlled Alternatives to the Mental Health System*, publié en 1978, un texte fondateur du mouvement *Mad Pride* (Chamberlin, 1978). Ce mouvement accuse ouvertement le système de santé de l'époque d'obéir à d'autres intérêts que ceux des personnes vivant avec un trouble de santé mentale. Il revendique le droit d'aller mieux, de s'imaginer un avenir dans la société, dans une société qui saura valoriser la diversité, qui saura s'appuyer sur l'expertise d'expérience des personnes ayant l'expérience d'un trouble de santé mentale. L'ironie par rapport aux personnes vivant avec une addiction : pour ce faire, le milieu des usagers de la psychiatrie, qui se renomme « les ex-usagers de la psychiatrie » voire « les survivants de la psychiatrie », prend comme modèle un très ancien mouvement de personnes vivant avec une addiction : *Alcooliques Anonymes*. Les mots clefs : *le rétablissement (recovery), la participation des usagers du système, la valorisation des acquis d'expérience avec la présence des pairs-aidants dans tout le système de soins.*

Du côté des personnes vivant avec une addiction, les choses avancent moins vite. Dans le monde occidental, à la différence de l'alcool, du tabac, l'utilisation de nombreux produits est juridiquement condamnée et fortement stigmatisée. Du côté des drogues dites 'dures', si William Burroughs ose affirmer les côtés positifs de la prise de produits psychoactifs, en publiant *Junky*[5] en 1953 (Burroughs, 1953), le *Junkiebond* de Rotterdam (« le syndicat des drogués ») n'est créé qu'en 1981. Les Pays-Bas donnent l'exemple :

> *Je me souviens de réunions avec des représentants de tous les partis politiques au parlement néerlandais et des hauts responsables au sein du ministère de la Santé. Ils ont été sidérés ... Ils n'avaient jamais engagé dans une conversation sérieuse avec un usagers de drogues avant (à l'époque leurs informations sur les usagers de drogues illicites ont été filtrées via le point de vue biaisé d'un système de soins de la toxicomanie axé sur l'abstinence). Maintenant, ils se sont trouvé devant un orateur éloquent, qui a démystifié la mythologie néfaste du " junkie", qui leur a appris les règles de base de la vie de la rue et a qui a demandé des politiques et services pragmatiques et sensibles, l'accueil « bas seuil », la substitution à la méthadone – aujourd'hui la pierre angulaire du système de soins néerlandais. Au cours de l'été 1982, tous les vendredis soirs, le Junkiebond présentait un programme d'une heure à la radio sur la station nationale la plus écoutée. En 1981, le syndicat distribuait déjà des seringues stériles en réponse à une épidémie d'hépatite B. Et quand le VIH est arrivé, pendant des années le Junkiebond était le seul lieu où de nombreux utilisateurs sont allés chercher leur matériel propre.* (Grund, 1995)

[5] *Kick is seeing things from a special angle. Kick is momentary freedom from the claims of the aging, cautious, nagging frightened flesh.* William Burroughs, Junky, 1953. A noter cependant que Burroughs publie la première édition de son ouvrage sous un faux nom : William Lee.

Pour que les PACA puissent croire que le système de santé travaille dans leur intérêt et pour créer un système qui travaille effectivement dans leur intérêt, la présence des PACA et de leurs associations dans les services est incontournable[6].

> *En 1986, Nico a commencé à travailler à l'Institut de recherche sur la toxicomanie à Rotterdam comme " intervenant de proximité ". Nico a vu son rôle comme celui d'un membre de la tribu qui cherche à aider le scientifique à comprendre la culture tribale.* (Grund, 1995)

➔ ***Recommandation 5** : Former les professionnels du sanitaire et du social en addictologie, y compris en milieu fermé[7], à l'intégration des pairs-aidants dans les équipes de soins et d'accompagnement et à la présence des associations d'usagers dans le travail de tous les jours.*

La nécessaire transformation de la manière de travailler des professionnels est une étape incontournable.

➔ ***Recommandation 6** : Resituer l'expertise des professionnels pour prendre en compte l'expertise des usagers des services en question. Les apports spécifiques des professionnels :*

- *Le professionnel apporte des connaissances scientifiques validées et à jour :*
  - *sciences biomédicales, psychologiques, sociales, anthropologiques*
- *Le professionnel apporte des bonnes pratiques en matière de counseling, de soins et d'accompagnement dans le système sanitaire et social, validées et à jour*
- *Le professionnel évalue non seulement s'il a fait ses interventions de RdRD auprès des usagers (évaluations de type T2A) mais évalue aussi la réussite de ses interventions*

L'importance de la participation de l'usager du système de soins pour garantir une proposition de parcours qui s'inscrit dans le projet de vie de chaque usager

Pour les personnes vivant avec une addiction aux drogues injectables, l'épidémie du sida dans les années 1990 a constitué à la fois un nouvel enfer et une nouvelle piste pour avancer. C'est en effet soutenu par les associations de lutte contre le sida, à la fois juridiquement et financièrement, que, en France, l'association Auto-support Usagers de Drogues (ASUD) a vu le jour. Le choix du mot « usager » a profité à la fois de l'anglais « user » et de ce nouveau terme « usager » du système de santé. Les termes péjoratifs comme « drogué » ou naïvement clinique comme « toxicomane », qui définit le produit comme « toxique » et son utilisation comme « manie », sont condamnés à disparaître. Les revendications par rapport au système de soins : une qualité d'accueil, des endroits pour parler, du respect, réduire les dommages et les risques autant que possible, l'accès à des produits de substitution, l'accès à des seringues propres.

[6] Voir la revendication n°12 de l'INPUD en 2015 : *People who use drugs must be involved in the conception, implementation, evaluation, and monitoring of service and healthcare provision. Where possible, service provision must be peer-led.* (INPUD, 2015)

[7] Voir les revendications n°10 et 11 de l'INPUD en 2015 :
Demand 10: Service and healthcare providers, as well as the police and staff in all closed settings, must be sensitised to the specific needs of people who use drugs.
Demand 11: Comprehensive healthcare and harm reduction services must be available in all contexts, including closed settings such as prisons and pre-trial detention. (INPUD, 2015)

Mais aussi d'autres revendications : la santé c'est un bien joli terme, mais les priorités que m'assènent mon médecin, mon infirmier, mon psy sont-elles prioritaires pour moi ? La réponse ? Clairement non. Il me faut un logement d'abord (Estecahandy, Revue, Sénat, & Billard, 2015). De quoi manger. Pouvoir gagner ma vie autrement que par la drogue. Un travail (INPUD, 2015)[8]. Comment croire à une offre de soins qui ne s'adresse pas à l'ensemble des déterminants de la santé, qui ne prend pas en compte la nécessaire participation des usagers pour identifier l'importance de chaque déterminant par rapport à leurs projets personnels ?

➔ ***Recommandation 7*** *: Inviter les usagers et leurs associations à participer à la construction d'une offre de soins en matière d'addictions qui s'adresse à l'ensemble des déterminants de la santé et du projet de vie de la personne et non pas uniquement à l'addiction et à la RdRD : un chez soi d'abord, de quoi manger, un travail…*

En somme, l'usager du système de soins refuse donc le rôle passif. Il est par définition acteur de sa santé. Il veut un système de soins qui corresponde à ses besoins, à son projet de vie. Et ses besoins définis par lui, non pas définis uniquement par des « professionnels de santé », pour aussi bien intentionnés que soient ces derniers. Rien sur moi sans moi.

La solution revendiquée, nous l'avons vue : la participation des usagers au système de soins. Depuis 1986, la participation des citoyens aux services de santé qui les accompagnent est inscrite dans la Charte d'Ottawa, charte qui pose l'accès à l'information et aux services à la santé et aux soins, ainsi que l'influence sur les politiques sanitaires et sociales comme un droit dévolu à l'ensemble des citoyens (OMS, 1986). Cette disposition concerne également les personnes utilisatrices de produits et les usagers des services en addictologie en général. L'approche de la réduction des risques et dommages s'est développée en mettant en avant ce principe de promotion de la participation des usagers des services vus comme des citoyens actifs à part entière. Ils ont alors exprimé leur désir, devenu volonté politique, d'être partie-prenant de la collaboration avec les professionnels, de la production de messages pertinents de prévention et de leur diffusion aux publics-cibles les plus concernés (London Drugs and Alcohol Network, 2006). Le spectre d'action de cette participation, déterminée au niveau mondial par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), s'est instauré, graduellement, aux niveaux national et local, car l'exigence de déploiement de ce principe au plus près des usagers de drogue s'est imposée comme garant de la démocratie et d'une réelle implication des personnes.

Les champs d'action concernés par cette participation en matière de soins et d'accompagnement en addictologie seraient à la fois politiques et organisationnels (Charlois, 2009) :

> Dans le champ politique, les usagers seraient consultés pour donner leurs avis et contributions sur des sujets multiples comme l'amélioration de la qualité des services (*International Network of People who Use Drugs)* (Charlois, 2009), la place des forums de la société civile au sujet des drogues (UNO, 2016), et les traitements (Fédération

[8] Si 3 des 24 revendications du Consensus Statement de l'INPUD (2015) concernent le maintien dans l'emploi, il est à remarquer qu'elles n'incluent pas de revendication sur l'accès à l'emploi.
Demand 14 : People who use drugs must not be treated differently from their co-workers on the basis of their drug use. They have the same right to employment as all others.
Demand 15 : People who use drugs are entitled to a stable, non-hostile workplace environment.
Demand 16 : People who use drugs must be able to work without threat of arbitrary termination, discrimination, and harassment.

Addictions, 2015). Ces consultations vont du niveau le plus global, international, au plus local : quartiers et cantons

Au niveau organisationnel, les structures et services sanitaires, médico-sociaux et sociaux doivent impliquer les usagers non seulement en leur demandant leur niveau de satisfaction ou leur avis sur tels ou tels dispositifs, soins ou pratiques, mais également en les intégrant au sein de leurs organisations, voire en les embauchant afin de marquer celles-ci de leur expérience et compétences spécifiques d'usagers de drogues et d'utilisateurs de services

Selon le rapport européen *Empowerment and Self-organisations of Drug Users – Experiences and Lessons Learnt* (Broring & Schatz, 2008) et les conclusions de la conférence « 6th EXASS Net Meeting » intitulée « *Drug User Participation and European Cities* » (Charlois, 2009), l'histoire de la participation des usagers serait marquée par une forte consultation à ses prémices, mais par une faible implication de l'ensemble des acteurs lors de sa généralisation. L'hétérogénéité s'avère également caractéristique de cette participation en raison des spécificités de cultures locales, du poids des Etats selon les contextes politiques et de l'ensemble des indicateurs sociaux, culturels et politiques des régions concernées (Van der Poel, Barendregt, & Van de Mheen, 2006).

En France, l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) a mené une enquête nationale par questionnaire sur *L'expression et la participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie,* ainsi qu'une enquête qualitative visant à produire des recommandations à ce sujet (ANESM, 2009). Le questionnaire a été envoyé aux 762 structures de l'addictologie ainsi qu'à 3 Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS). L'enquête qualitative a inclus des entretiens avec des personnes ressources, des visites sur site avec des rencontres avec des professionnels et des usagers.

En tout, 180 structures ont répondu au questionnaire, soit 25 % de l'ensemble. Les formes de participation observées étaient de quatre types : (1) des groupes où usagers et professionnels sont représentés ; (2) des groupes d'expression auxquels seraient invités l'ensemble des usagers volontaires ; (3) des enquêtes de satisfaction ou sur des thèmes précis ; (4) des supports pour recueillir de propositions des usagers : site Internet, boîte à idées, cahier d'expression, tableau… L'enquête conclut que la participation constitue une expérience positive pour l'usager, considéré comme un sujet de droit. Les échanges participatifs renforceraient ses compétences et l'estime de soi. Des 29 CAARUD qui ont répondu au questionnaire, 75% avaient une instance d'expression et de participation des usagers, dont la plus fréquente prenait la forme d'un groupe d'expression pour l'ensemble des usagers. Seulement trois avaient un CVS, un constat soulignant l'application difficile de la loi de 2002 dans ces milieux d'accueil bas seuil, et cela malgré l'appui des associations principales dans ce domaine (Sarazin, 2006).

En 2012, l'enquête de l'ANESM a mené à la publication de recommandations de bonnes pratiques professionnelles sur *La participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie* (ANESM, 2012). Ces recommandations se regroupent en quatre thèmes :

1. Diversifier les formes de participation à la fois par la réflexion collective (Conseils de la vie sociale, groupes de parole …) et les propositions individuelles (cahiers d'expression, boîte à idées…)

2. Assurer cette participation d'un soutien institutionnel avec le soutien actif de la direction et de l'organisme gestionnaire
3. Respecter le droit à la participation, droit facultatif et non obligatoire, et annoncer les formes de participation prévues dans les outils d'information des usagers (livret d'accueil, règlement de fonctionnement)
4. Être pragmatique dans la mise en œuvre : s'appuyer sur les usagers les plus impliqués, valider rapidement les propositions, trouver des temps de consultation adaptés à la fois aux usagers et aux professionnels

➔ ***Recommandation 8*** *: Reconnaître et valoriser l'expertise des usagers en recrutant des pairs-aidants de façon systématique dans l'ensemble des structures de soins et d'accompagnement en addictologie.*

L'empowerment

L'éducation à la santé en matière de réduction de risques et dommages liés aux conduites addictives concerne toute la population. Cet *empowerment* concerne non seulement les connaissances (les savoirs), mais aussi les *compétences* (les savoir-faire) et les moyens pour mettre en œuvre les bonnes pratiques (Greacen, 2015). La reconnaissance de l'expertise de l'usager, *l'expertise d'expérience,* est fondamentale, non seulement pour le contenu de ces savoirs mais aussi pour leur crédibilité auprès des populations ciblées pour cet empowerment. (Greacen, Nguyen, & Las Vergnas, 2010).

➔ ***Recommandation 9*** *: Inclure de manière systématique le point de vue des personnes ayant vécu / vivant la réduction des risques et dommages liés aux conduites addictives dans toute action d'éducation à la santé à ce sujet et cela que ce soit pour la population générale ou pour des populations spécifiques, et notamment pour les personnes vivant avec une addiction.*

Les comportements dans le domaine des addictions sont souvent stigmatisés voire criminalisés. De nombreuses personnes concernées ou potentiellement concernées seront donc réticentes à participer à des actions d'empowerment où elles devraient décliner leur identité. Ce serait risqué pour eux d'y participer. Dangereux pour leur réputation et, par conséquent, dangereux aussi pour leurs proches. Le fait que cet empowerment soit mis en œuvre par les associations des personnes concernées par les comportements addictifs est un critère de sécurité pour les personnes en question.

➔ ***Recommandation 10*** *: Dans le cadre d'une politique nationale de promotion de la santé qui inclut la réduction des risques et dommages liés aux conduites addictives, financer les associations de personnes concernées par la RdRD pour que ces associations puissent fournir un accès anonyme pour toute personne vivant dans notre société aux moyens d'empowerment sur ces questions.*
   - *Education pour tous, tout au long de la vie (enfants, jeunes, adultes, personnes âgées)*
   - *Education online*
   - *Counseling anonyme : téléphone, internet, face à face*
   - *Education par les pairs*

- *Une politique de promotion de la santé qui s'inscrit dans l'art de jouer, d'expérimenter, d'apprendre de ses erreurs : le positive risk-taking* (Morgan, 2004)

Références

ANESM. (2009). *Analyse qualitative «Expression et participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie »*. Retrieved from http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/analyse_qualitative_addictologie_anesm.pdf

ANESM. (2012). *La participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie : synthèse verte*.

Blasius, M., & Phelan, S. (1997). *We Are Everywhere: A Historical Sourcebook of Gay and Lesbian Politics.* New York: Routledge.

Broring, G., & Schatz, E. (2008). *Empowerment and Self - Organisations of Drug Users*. (E. and S. of D. U. – E. and L. Lea, Ed.). Amsterdam: Foundation Regenboog AMOC. Retrieved from http://www.drugsandalcohol.ie/11958/1/Correlation_empowerment.pdf

Burroughs, W. S. (1953). *Junkie: confessions of an unredeemed drug addict*. New York: Ace Books.

Canadian HIV/AIDS Legal Network, _. (2005). *« Nothing about us without us » : a manifesto by people who use illegal drugs*. Toronto,.

Chamberlin, J. (1978). *On Our Own: Patient Controlled Alternatives to the Mental Health System.* New York: Haworth Press.

Charlois, T. (2009). Drug user participation and European cities, (October), 26. Retrieved from http://www.coe.int/t/dg3/pompidou\Source\Activities\EXASS\DrugUserParticipation.pdf

Compagnon, C., & Ghadi, V. (2009). La maltraitance "ordinaire" dans les établissements de santé. Étude sur la base de témoignages., 97. Retrieved from http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/rapport_ghadi_compagnon_2009.pdf

Estecahandy, P., Revue, P., Sénat, M.-L., & Billard, J. (2015). Le rétablissement. L'exemple du programme français «Un chez-soi d'abord». *Empan*, *98*(2), 76. http://doi.org/10.3917/empa.098.0076

EuroNPUD. (2003). *European Network of People who Use Drugs Project Final Report*.

Fédération Addictions, _. (2015). *Agir en réduction des risques en CSAPA et en CAARUD: rapport d'enquête*. Paris.

Foucault, M. (1961). *Histoire de la folie à l'âge classique, Paris, 1961.* Paris: Gallimard.

Greacen, T. (2000). *Savoir parler avec son médecin*. Paris: Retz.

Greacen, T. (2015). Quelle santé mentale dans 10 ans: empowerment et droits des usagers. *Pratiques En Santé Mentale*, *1*, 71–73.

Greacen, T., Baldacchino, A., Charzynska, K., Clancy, C., Lack, C., & Hyldager, E. (2011). Pathways through care for people with dual diagnosis in Europe: results from the Treatment Options for Dual Diagnosis User Zoom instrument. *Mental Health and Substance Use*, *4*(3), 195–210. http://doi.org/10.1080/17523281.2011.578281

Greacen, T., Nguyen, T.-T., & Las Vergnas, O. (2010). Usagers - experts: la part du savoir des malades dans le système de santé. *Pratiques de Formations – Analyses*, *58-59*, 175–187.

Grund, J.-P. (1995). *Letter for Nico*. Amsterdam. Retrieved from http://www.ibogaine.desk.nl/adriaans.html

IGAS. (2014). *Evaluation du dispositif médicosocial de prise en charge des conduites addictives*. Retrieved from http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/144000578.pdf

INPUD. (2015). *Consensus Statement on Drug Use Under Prohibition*. Retrieved from http://www.inpud.net/consensus_statement_2015.pdf
Jernigan, D. H. (2012). Global Alcohol Producers, Science, and Policy: The Case of the International Center for Alcohol Policies. *American Journal of Public Health*, *102*(1), 80–89. http://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300269
Jouet, E. (2011). *La révolte des enfants des Vermiraux*. Paris: L'oeil d'or.
London Drugs and Alcohol Network. (2006). Special Edition on User Involvement. *User News*, *Special Ed*.
Morgan, S. (2004). Positive risk-taking: an idea whose time has come. *Health Care Risk Report*, *10*, 18–19. Retrieved from Positive risk-taking an idea whose time has come.pdf
Organisation mondiale de la santé. (1986). Charte d'Ottawa. *Charte d'Ottawa*, 6. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf
Read, J. (2009). A genealogy of homo-economicus: Neoliberalism and the production of subjectivity. *Foucault Studies*, (6), 25–36. http://doi.org/papers2://publication/uuid/F909FC68-D115-4CF8-8549-418A18B40CDD
Reaume, G. (2008). A History of Psychiatric Survivor Pride Day during the 1990s. *The Consumer/Survivor Information Resource Centre Bulletin*, *374*.
Richards, T., Montori, V. M., & Godlee, F. (2013). Let the patient revolution begin. *BMJ*, *2614*(May), 1–2. http://doi.org/10.1136/bmj.f2614
Sarazin, E. (2006). *Les Conseils de la vie sociale, un espace de revendication possible*. Saint-Denis. Retrieved from http://www.asud.org/documents/egus/EGUSIII_net.pdf
Supervie, V., Ndawinz, J., & Costagliola, D. (2012). How to estimate the size of the hidden HIV epidemic? The case of France. In *HIV in Europe Conference.* Copenhagen.
Tourette-Turgis, C. (1996). *Le counseling* (Que Sais-J). Paris: Presses Universitaires de France.
UNO. (2016). *Report on the Western European Civil Society Regional Consultation Event: United Nations General Assembly Special Session on Drug Policy (2016)*. Brussels. Retrieved from http://idpc.net/publications/2016/01/report-on-western-european-civil-society-regional-consultation-event-united-nations-general-assembly-special-session-on-drug-policy-2016
van der Poel, A., Barendregt, C., & van de Mheen, D. (2006). Drug users' participation in addiction care: different groups do different things. *Journal of Psychoactive Drugs*, *38*(2), 123–32. http://doi.org/10.1080/02791072.2006.10399836

Comment permettre aux usagers et à leurs associations de jouer un rôle moteur dans la définition et l'application des stratégies de Réduction des Risques et des Dommages ?
L'expérience de la cigarette électronique.

Brice LEPOUTRE
AIDUCE - Association Indépendante Des Utilisateurs de Cigarette Electronique
contact@aiduce.org
http://aiduce.org

1. Introduction

En peu d'années, la cigarette électronique (ou vaporisateur personnel) est passée d'un statut confidentiel, à une diffusion de masse contribuant ainsi à une réduction sensible du tabagisme, là où aucun plan tabac au cours des précédentes années n'avait réussi à faire baisser la consommation de façon aussi importante.

Fréquentant des forums d'échange spécialisés, les utilisateurs de cigarettes électroniques (communément appelés « vapoteurs ») se sont réunis en association et ont fondé l'Association Indépendante des Utilisateurs de Cigarette Electronique (Aiduce) le jour où la menace de classer la cigarette électronique comme médicament est apparue.

Conscients du risque de voir le dispositif fortement bridé, voire retiré du marché, ils craignaient de revenir au tabagisme. Leur objectif premier n'était pas de s'attaquer directement au tabac mais de lutter pour préserver leur santé en continuant à utiliser ce qui avait permis à beaucoup d'entre eux d'abandonner la cigarette.

En constatant l'impact de la cigarette électronique sur la réduction du tabagisme et en s'appuyant sur des études de plus en plus nombreuses, l'Aiduce peut affirmer aujourd'hui que celle-ci est un outil majeur dans la diminution des risques qui y sont liés. Elle n'est pas une méthode de sevrage tabagique officiellement validée mais, en 2014, elle avait déjà permis de sevrer du tabac 1 million de français. Au mois d'Août 2015, le Public Health England [1] a par ailleurs diffusé un rapport sur la cigarette électronique affirmant qu'elle était 95% moins nocive que le tabac et que l'utilisation de cet outil devait être encouragée dans le cadre du sevrage tabagique et d'une démarche de réduction des risques.

L'histoire de la vape en France a été fortement influencée par les utilisateurs. Les évolutions du matériel et de la sécurité des produits ont suivi leurs demandes. La visibilité de ceux-ci dans les médias s'est développée avec la création de l'Aiduce. Leur nombre a augmenté grâce aux réseaux de soutiens qui se sont constitués sur les réseaux sociaux et les forums, au bouche à oreille et aux témoignages de tous les utilisateurs satisfaits d'avoir trouvé une alternative plus saine au tabac.

C'est sur la connaissance de l'utilisation, mais aussi de l'évolution du matériel, que les utilisateurs fondent leur expertise. Ils sont les plus à même d'en comprendre le fonctionnement et d'en apprécier les répercussions sur leur santé.

2. Les utilisateurs d'une solution alternative, acteurs des stratégies de RdRD

Pour un utilisateur, la vape est une approche fondée sur la réduction des risques associés au tabagisme par l'usage d'une alternative moins austère que les approches médicalisées classiques qui n'intègrent pas la dimension de « plaisir ». Défendre que vapoter n'est pas fumer, c'est défendre le fondement même de cette alternative.

Le domaine d'intervention d'une association d'utilisateurs est complémentaire de celui du milieu médical. Chacun intervient avec ses méthodes, ses stratégies, ses arguments, ses mots - voire ses objectifs secondaires, mais avec une finalité commune.

L'importance du rôle des associations d'utilisateurs reconnues comme représentatives et permettant d'assurer la communication entre ces utilisateurs, les autorités politiques ou médicales ou les fabricants, est reconnue depuis longtemps dans le domaine de la réduction des risques. Dans le rapport Contribution à l'évaluation de la politique de réduction des risques SIAMOIS [2], Julien Emmanuelli notait :

> *« … [Elles] instaurent ou renouent des liens avec des usagers de drogues plus ou moins marginalisés (accueil, échanges, petits soins infirmiers, restauration et/ou hébergement dans certaines boutiques) afin de susciter progressivement une prise de conscience de leur état de santé et de les orienter secondairement dans leur démarche de soins ou de recouvrements de droits communs. »*

Il est en outre primordial que la relation soit engagée entre interlocuteurs de même niveau (fumeur face à un ancien fumeur ayant réussi à arrêter), car cette relation d'égal à égal permet de rassurer et d'établir un lien fort d'entraide. Il n'y a pas de hiérarchie, de crainte du jugement, de « sermon ». Un dialogue de cette nature peut avoir un rôle important : tout le monde ne veut pas médicaliser son arrêt du tabac mais l'aide et le soutien sont toujours appréciés et favorisent la réussite.

A tort ou à raison, Internet est également une source d'information de plus en plus consultée sur les questions de santé. C'est ainsi que « jugées claires et utiles, les informations trouvées sur le Net permettent de mieux prendre en charge sa santé ou celle de ses proches pour 61% des utilisateurs » [3].

Ainsi les fumeurs et les vapoteurs viennent chercher en ligne des informations pour comprendre, se rassurer, rencontrer d'autres utilisateurs, partager leurs expériences, trouver des réponses à leurs questions.

Nous avons pu le constater en analysant le nombre de requêtes Google sur le mot « cigarette électronique », qui a atteint son apogée en mars 2014, et plus tard, lorsque les médias ont commencé à communiquer sur les dangers supposés de la cigarette électronique, en relayant des études souvent mal interprétées.

Les pics de requêtes ainsi identifiés ont souvent fait suite aux informations médiatiques sur les dangers supposés de la vape :

- En juin 2013, quand les médias ont titré « Chasse à la cigarette électronique par Marisol Touraine », « La cigarette électronique aussi dangereuse que le tabac », « Les lobbies de l'industrie du tabac contre la ecig », « Faut-il craindre la cigarette électronique ? », « Cigarette électronique : interdiction de vente aux mineurs »...
- En janvier 2014 alors que se prenaient les fameuses « bonnes résolutions » de la nouvelle année, on lisait : « La cigarette électronique est-elle un bon moyen de sevrage tabagique ? », « La e-cigarette fait la nique aux substituts nicotiniques ».
- En janvier 2015 : « La cigarette électronique est 5 à 15 fois plus cancérigène que le tabac » (suite à l'annonce de la présence de formaldéhydes publiée dans le New England Journal of Medicine).

La particularité de la communication par Internet est la rapidité de diffusion de l'information mais aussi de la réaction. Une veille autour de la cigarette électronique est opérée par la majorité des vapoteurs impliqués dans sa défense et par quelques experts scientifiques réalisant des études sur le sujet. Chaque étude est ainsi scrutée et analysée. Les protocoles employés sont étudiés et comparés aux conditions réelles d'utilisation.

Les vapoteurs comptent ainsi au nombre des acteurs incontournables de la mise en place des stratégies de la réduction des risques liés au tabagisme s'appuyant sur l'usage de la cigarette électronique.

Dans un article paru dans Forbes, Sally Satel évoque l'idée d'un système de soutien par parrainage de fumeurs. Faisant suite à une étude sur 7.236 vapoteurs, réalisée par Christopher Russell [4], qui leur a demandé d'expliquer leur succès de l'arrêt du tabac avec la cigarette électronique, il a été mis en évidence que les utilisateurs avaient une réelle connaissance du produit et de son fonctionnement et que celle-ci constituait un véritable atout pour expliquer aux fumeurs comment aborder un sevrage tabagique.

Pour Christopher Russell et Sally Satel, ce point important est à prendre en compte dans la constitution d'un arsenal en vue de réduire les risques liés au tabagisme et devrait être encouragé par les services de santé publique [5].

Les conseils que les vapoteurs adressent aux fumeurs sont :

1. N'attendez pas de miracle
2. Faites ce que vous pouvez
3. Ne vous comparez à personne d'autre
4. Les petits objectifs atteints valent mieux que des grandes décisions inachevées
5. Si vous fumez, ne culpabilisez pas, continuez simplement
6. Chaque cigarette non fumée est une victoire. Persévérer après avoir échoué est une victoire encore plus grande
7. Reconnaissez-vous dans vos victoires et non dans vos échecs
8. Ne pensez pas au but à atteindre, mais regardez le chemin déjà parcouru
9. N'oubliez jamais les risques liés au tabagisme auxquels vous tournez le dos en vapotant

Ce sont là des conseils d'anciens fumeurs, ayant réussi à quitter le tabac grâce à la vape, souvent avec l'aide d'autres utilisateurs.

Admettre la possibilité de l'échec est un point important. Il ne s'agit nullement de décourager ceux qui veulent tenter le sevrage total, bien entendu, mais ne pas se contraindre exclusivement à la réussite totale et immédiate, prônée par certains thérapeutes, permet en définitive souvent d'y parvenir en douceur. La déculpabilisation des fumeurs et de leurs échecs permet une approche positive qui va inciter à persévérer dans le processus de passage du tabac à la vape.

C'est principalement dans cet état d'esprit que fonctionnent aujourd'hui les réseaux de vapoteurs et les cellules d'entraide, présentes en ligne ou/et sur le terrain.

3. En étant partie prenante dans la définition des bonnes pratiques pour arrêter le tabac par la vape

Les vapoteurs se sont longtemps battus pour que la vape ne soit pas cataloguée comme un médicament, afin qu'elle ne soit pas contrainte par les procédures longues et complexes de mise sur le marché des médicaments ou par la vente exclusive en pharmacie.

Force est de constater qu'elle fonctionne pourtant comme méthode de sevrage puisqu'un million de fumeurs en France ont abandonné le tabac grâce à elle, ainsi qu'il résulte des données de l'Eurobaromètre [6]. Le fait qu'elle combine 3 méthodes validées par l'Afssaps dans l'arrêt du tabac (traitement nicotinique de substitution (TNS), thérapie cognitivo-comportementale (maintien d'une gestuelle et du plaisir, vapeur visible), et, dans une certaine mesure, apport sucré) permet sans doute d'expliquer son succès.

Mais cette forte adhésion des fumeurs est surtout due à la liberté d'utilisation en vigueur jusqu'à présent, et à la disponibilité maximale des produits. Liberté qui n'a pas été source d'anarchie puisque les vapoteurs sont exigeants et régulent par leur exigence le marché et la qualité des matériels disponibles.

Beaucoup de ces utilisateurs sont aujourd'hui devenus des experts dans le domaine. Sans remettre en question les connaissances des médecins, l'approche et la compréhension du dispositif sont plus complexes que celles d'une cigarette qui a toujours la même simplicité d'utilisation, la même méthode de combustion, les mêmes canaux de distribution.

Rien n'est plus simple en effet que d'allumer une cigarette et de la fumer.

Vapoter, en revanche, nécessite un certain bagage de connaissances, donc une véritable implication dans la compréhension du dispositif, dans le choix du matériel ou du e-liquide.

L'ensemble de ces connaissances constitue le savoir dont disposent les vapoteurs et les associations d'utilisateurs. La connaissance des profils, des témoignages des parcours, de la variété des modèles, des e-liquides, des accessoires, font de la vape un domaine vaste, et parfois d'apparence très complexe pour le néophyte.

Ce savoir intègre également les veilles bibliographiques, la maitrise du matériel, l'information sur l'impact dans la population, les bénéfices mais aussi les dérives. Les vapoteurs sont les premiers concernés et, comme nombre d'anciens fumeurs, plus sensibles que la moyenne

aux sujets intéressant leur santé.

Dans l'émission « Etat de Santé » sur LCP, le Dr. Anne Borgne reconnaissait l'avantage qu'apporte un contact direct avec les utilisateurs et toutes les connaissances qu'elle avait pu approfondir sur le sujet grâce à ces échanges.

C'est pour aider les fumeurs à aborder sereinement la cigarette électronique que l'Aiduce a mis à disposition du public et des professionnels de santé sur son site internet, deux livrets d'information : « Tout savoir pour débuter la vape » et « Il paraît que … les idées reçues sur la cigarette électronique ». Ils sont téléchargeables gratuitement.

Parce que les utilisateurs ont été confrontés aux mêmes interrogations à leurs débuts, ils savent quelles réponses apporter aux débutants qui tâtonnent avec leur matériel, comment leur expliquer les effets ressentis, les orienter sur les produits recommandés en fonction de leurs attentes, mais également les rassurer sur l'état des connaissances scientifiques et leur donner l'argumentaire nécessaire face aux préoccupations des détracteurs qui font souvent partie de leur entourage et risquent de les conduire à abandonner leur démarche de sevrage.

Les vapoteurs mettent ainsi leurs connaissances à la disposition du public mais également des interlocuteurs tels que les médias, les autorités sanitaires, les médecins. La forme associative du regroupement des utilisateurs permet d'orienter les structures qui ont besoin de conseils et d'informations vers un nombre restreint d'interlocuteurs compétents.

Le discours construit, réfléchi et représentatif que propose l'association a permis de faire prendre conscience à de nombreux médecins du grand potentiel de la vape pour réduire les risques associés au tabagisme. Compte tenu des spécificités du produit, l'Aiduce, souhaite donc faire connaitre sa disponibilité et sa volonté de partager ses connaissances dans toutes les actions et décisions à prendre, mais également dans tous les protocoles à développer ou à mettre en œuvre.

Son discours n'a pas pour finalité de promouvoir mais de prévenir. Elle soutient une alternative plus saine au tabac, non pour inciter des non-fumeurs à l'essayer ou pour favoriser son essor commercial, mais bien pour encourager les fumeurs à tenter une expérience de sevrage unique dont des milliers de vapoteurs ont pu sortir victorieux dans leur lutte contre le tabac.

L'Aiduce se propose ainsi d'être l'interlocuteur privilégié de tout organisme qui souhaiterait s'informer sur la vape, ou l'intégrer par exemple dans un arsenal destiné à réduire les risques liés au tabagisme.

Elle a déjà rencontré lors de congrès ou de colloques certains organismes intéressés par le sujet, conscients du potentiel de la cigarette électronique, et souhaitant mettre de la documentation à disposition de patients. Des structures de prise en charge de l'addiction nous ont ainsi demandé de nombreuses brochures d'information.

Actuellement, et compte tenu du contexte, l'Aiduce se trouve malheureusement contrainte de concentrer et diriger ses actions vers la défense du droit de vapoter, la lutte contre l'amalgame vape / tabagisme et la désinformation. Dans une perspective plus favorable

toutefois, si la vape était notamment reconnue par les pouvoirs publics comme un outil à promouvoir plutôt que comme un avatar du tabac à combattre, l'association pourrait envisager de prendre les mesures nécessaires afin de mettre à disposition du personnel rémunéré, disponible au quotidien, sur internet ou sur le terrain.

Devant les menaces légales et réglementaires et les attaques répétées dont la vape et ses utilisateurs font l'objet, l'Aiduce parvient encore à assurer un lien entre spécialistes de la santé/chercheurs et utilisateurs, à défendre les intérêts des vapoteurs et à se faire l'écho de leurs préoccupations vis-à-vis des fabricants (composition des liquides, importance des informations de sécurité, limites des dispositifs plus anciens, normalisation AFNOR). Ces travaux devraient impérativement pouvoir se poursuivre dans la sérénité et avec toute la disponibilité nécessaire. Les menaces sur la pérennité même de la cigarette électronique dans ses formes les plus efficaces, ou sur son usage, rendent hélas ces tâches moins prioritaires actuellement, et surtout possiblement vaines si des règlementations imprévisibles venaient de toute façon interdire jusqu'aux produits encadrés par les normes déjà mises en place.

4. En étant partie prenante des politiques de réduction du tabagisme

S'il est établi aujourd'hui qu'il vaut mieux vapoter que fumer, la volonté des pouvoirs publics de promouvoir cette pratique n'est clairement pas manifeste à ce jour.

Deux points importants sont à prendre en compte dans la définition des politiques à conduire.

Ce qui attire dans le produit :

- Les bénéfices annoncés pour la santé d'un fumeur
- Le fait de savoir qu'on ne met pas la santé de son entourage en danger
- Les conseils, informations disponibles facilement pour l'utilisateur
- Le prix, les économies réalisées par rapport au tabac
- Le côté ludique de la vape
- La diversité des goûts
- La diversité des matériels
- La diversité des dosages de nicotine

Ce qui éloigne du produit. Les sources d'échec existent et sont en particulier :

- La crainte des dangers supposés
- La complexité relative de son usage par rapport au tabac
- La distribution par des canaux peu informés et ne disposant pas de la connaissance ou du temps nécessaires à l'orientation du client et à son éducation aux bons usages
- La méconnaissance des moyens d'approfondir le sujet, d'accéder à l'information
- Le rejet par l'entourage, ou pire, par un professionnel de santé

Les effets positifs d'une politique nationale de lutte contre le tabagisme doivent tenir compte

de tous ces facteurs pour que celle-ci soit efficace.

Une politique efficace devrait ainsi offrir :

- Une mise en avant de la cigarette électronique en tant qu'alternative au tabagisme, s'adressant bien entendu aux fumeurs
- Un discours positif sur la vape, et un encouragement à son utilisation comme outil de réduction des risques pour ceux-ci. Ce qui passe d'abord par la fin de l'amalgame avec le tabac qui est entretenu aujourd'hui : vapoter n'est pas fumer
- Une mise à disposition simple du matériel et les liquides auprès du grand public
- Des prix plus avantageux que le tabac
- Des dosages en nicotine variés pour permettre à chaque fumeur d'être satisfait
- Une possibilité de compenser aisément son manque de nicotine n'importe où, sans risque pour l'entourage en autorisant le vapotage dans les lieux publics (à titre de comparaison, les inhalateurs de nicotine ne sont pas interdits d'utilisation dans les lieux publics) dans le respect du voisinage

De telles positions permettraient de déculpabiliser les vapoteurs et d'inciter les fumeurs à arrêter le tabac en se tournant plus volontiers vers cette alternative.

Sur des sujets sensibles comme les adolescents vapoteurs, l'association défend une réflexion approfondie et étayée, et la prise en compte de toutes les variables, plutôt que des décisions arbitraires basées sur des suppositions ou des peurs infondées.

Il est certes légitime de se demander si le vapotage chez les jeunes pourrait être une porte d'entrée dans le tabagisme. Mais plusieurs études sont déjà venues infirmer cette hypothèse [7], et les connaissances actuelles sur le sujet permettent d'ouvrir le débat :

- Les rares jeunes non-fumeurs qui essayent la cigarette électronique la testent par curiosité mais ne l'utilisent pas au quotidien
- A l'inverse, les jeunes vapoteurs réguliers sont pratiquement tous d'anciens fumeurs
- Si un jeune fumeur souhaite vapoter, n'est-il pas souhaitable pour sa santé de lui offrir déjà une opportunité de se sevrer ?
- Un adolescent vapoteur n'ayant jamais fumé – ce qui encore une fois demeure un cas rare si l'on ne tient pas compte des simples « essais » brefs motivés par la simple curiosité, et non répétés – aurait-il commencé à fumer du tabac si la cigarette électronique n'avait été disponible ? S'il bascule ensuite dans le tabagisme, n'aurait-il pas commencé à fumer plus tôt et augmenté ainsi les risques et les difficultés de sevrage connues aujourd'hui avec une entrée précoce dans le tabagisme ?
- Poser des restrictions et des interdits non argumentés solidement, alors même que l'on sait que l'attrait de l'interdit est une motivation pour les jeunes, est-il réellement un moyen de les tenir éloignés d'un danger ? Ne risque-t-on pas au contraire de décrédibiliser la totalité du discours incident ?

Par ces exemples, l'Aiduce souhaite ouvrir le débat et non imposer une vision des choses, dans un contexte où les chiffres du tabagisme sont en baisse depuis l'arrivée de la cigarette électronique sur le marché.

Une étude sur la dualité tabac / vape [8] conclut :

> *"Il est possible que l'efficacité des e-cigarettes dans le sevrage tabagique et/ou la réduction des dommages puisse dépendre en partie de la capacité des modèles plus avancés technologiquement à délivrer efficacement de la nicotine. Cependant, il apparaît plus important encore que la promotion de l'utilisation e-cigarette en vue de cesser le tabagisme ou d'en réduire les méfaits puisse être couplée à la formation des fumeurs sur la façon de gérer les appareils et sur les comportements et situations associés au tabagisme."*

Ces observations illustrent bien l'importance d'une politique globale : promotion du dispositif comme aide au sevrage, conseils, formations et informations.

Une association d'utilisateurs a donc toute sa place dans ce schéma pour apporter informations et soutien dans le parcours du débutant, ainsi que réponses et expertise au corps médical et aux autorités sanitaires et décisionnaires.

Cette même étude révèle également l'importance de la présence ou non de fumeurs dans l'entourage : un vapoteur, entouré de fumeurs, aura plus de risque de ne pas devenir vapoteur exclusif et de conserver son usage du tabac.

Ce point a déjà été soulevé par l'Aiduce, notamment lorsque le législateur s'est proposé d'interdire la vape sur les lieux de travail et de renvoyer les vapoteurs avec les fumeurs : outre le tabagisme passif imposé à des ex-fumeurs devenus vapoteurs, et la plus grande difficulté pour ces derniers de s'administrer de la nicotine avec la régularité et la fréquence propres à l'utilisation de la cigarette électronique [9], la tentation risque d'être grande pour un vapoteur de replonger dans le tabac et de générer ainsi de nouveau des émissions dangereuses pour son entourage en fumant [1,10].

Agir avec les utilisateurs apparaît donc comme une nécessité pour maximiser les effets et l'efficacité de toute politique de réduction des risques s'appuyant sur l'usage de la cigarette électronique.

Aujourd'hui, les études mises en avant visent le plus souvent à rechercher d'éventuels effets néfastes. Pourtant, les vapoteurs rapportent également beaucoup d'effets positifs sur leur santé : souffle, rythme cardiaque, tension, énergie retrouvée... Ces effets font toutefois sensiblement moins l'objet d'études et de recherches.

Une étude avait déjà pointé le fait que la vape ne présentait pas de problème majeur pour les asthmatiques [11]. Elle a été complétée par une autre étude affirmant que la cigarette électronique pouvait avoir un effet bénéfique sur l'asthme [12].

Globalement, l'expérience des utilisateurs peut ici ouvrir des pistes importantes de recherche par analyse des signes et symptômes ressentis : de nombreux vapoteurs, par exemple, affirment qu'ils ne sont plus sensibles aux maladies saisonnières (rhumes, bronchites, etc.). N'est-ce qu'un symptôme de l'arrêt du tabac ou le vapotage aurait-il un effet sur ces maladies ?

Enfin, la proximité entre les associations et de très nombreux consommateurs peut permettre

à des chercheurs de constituer facilement les cohortes éventuellement nécessaires à leurs recherches.

L'Aiduce a également un rôle de sensibilisation et de réflexion globale sur le vapotage et ses bienfaits face aux dangers du tabagisme passif.

En effet, beaucoup de vapoteurs, anciens fumeurs devenus abstinents, n'exposent plus leur entourage domestique au tabagisme passif.

Dans le Baromètre Santé Environnement 2007 de l'INPES [13], il était indiqué :

> *« Dans une étude récente publiée dans le prestigieux British Medical Journal (BMJ), Konrad Jamrozik a estimé à plus de 10.000 le nombre de décès attribuables chaque année au tabagisme passif parmi les adultes résidant au Royaume-Uni [20], dont l'immense majorité dans le cadre d'une exposition domestique.»*

L'exposition aux vapeurs de la cigarette électronique n'étant pas dangereuse pour l'entourage, l'incitation au vapotage en remplacement du tabac devient alors un enjeu majeur de santé publique pour lutter contre le tabagisme passif domestique.

L'association défend donc une approche de réduction des risques pour l'utilisateur mais aussi pour son entourage.

5. Comment permettre aux usagers et à leurs associations de jouer un rôle moteur dans la définition et l'application des stratégies de RdRD ?

Leur permettre de jouer un tel rôle, c'est d'abord les autoriser à exercer leurs compétences, exposées dans les paragraphes qui précèdent, sans chercher en permanence à entraver leurs efforts par des règlementations arbitraires et une communication anxiogène qui en ruinent dans une large mesure les fruits.

C'est également apporter à leur discours la reconnaissance des « sachants », afin de renforcer leur crédibilité trop souvent mise en cause ou simplement ignorée, relayer leurs propos, et les associer aux démarches réglementaires et aux recherches afin que la lutte contre le tabagisme par les moyens de la vape se fasse avec, et non contre ou malgré eux.

C'est ainsi permettre dans les faits à ces associations d'informer le public sur l'utilisation du dispositif comme outil de réduction des risques tabagiques et de participer à son amélioration, sans risque de voir leur action déconsidérée et soupçonnée d'intérêts mercantiles, ou entravée par un discours contraire.

Pour optimiser les informations diffusées dans le cadre de telles démarches, l'Aiduce pourrait ainsi :

- Être sollicitée par tous les organismes qui souhaitent diffuser des informations sur la cigarette électronique
- Participer à la définition des objectifs et être associée aux programmes de recherche

visant à approfondir la connaissance du produit ou mettre en place des recommandations, des réglementations et des normes
- Partager son expertise avec toutes les structures de lutte anti-tabac qui prennent en compte cet outil de réduction des risques
- Voir garantis ses droits et ses moyens d'organiser des campagnes d'information sur les bénéfices de la vape pour la santé des fumeurs, sur les dispositifs efficaces et sur les « bonnes pratiques »
- Encourager le passage à la vape pour les fumeurs sans craindre d'opposition ou de blocages par les autorités sanitaires ou administratives

A l'avenir, et afin d'optimiser une politique de réduction des risques, une association de vapoteurs doit ainsi avoir sa place dans :

- Les décisions prises dans le cadre de la réduction des risques tabagiques par l'utilisation de la cigarette électronique
- Les études indépendantes qui permettront de faire avancer les connaissances sur le sujet
- La mobilisation des vapoteurs pour faciliter la réalisation des études et recherches spécifiques
- La participation à une veille sanitaire sur le suivi des connaissances, les dispositifs, les e-liquides, les bonnes pratiques... par le canal éventuel d'une commission
- L'évolution du matériel et des liquides disponibles
- La communication à destination des usagers en particulier
- Plus généralement la validation des communications réalisées sur le sujet en direction du public et des décideurs

Enfin, une telle association doit pouvoir disposer des ressources humaines et matérielles nécessaires à sa communication afin de rétablir une information juste, et de faire évoluer les comportements des fumeurs d'une pratique mortifère vers une pratique sans risques significatifs reconnus.

6. Conclusion

La cigarette électronique réduit de 95% les risques liés au tabagisme selon le Public Health England.

Aujourd'hui, les études de plus en plus nombreuses soulignent l'amélioration sensible qu'elle apporte à la santé des fumeurs. Celle-ci est relatée dans tous les témoignages laissés par les utilisateurs sur les supports de discussion.

Les utilisateurs ont joué un rôle prépondérant dans une approche visant à réduire les risques, car ils ont souvent été les initiateurs des modifications matérielles visant à augmenter la sécurité du produit, et ont réclamé des études réalistes et indépendantes. Ils ont interpellé les pouvoirs publics et les médecins, et partagé leurs expériences positives et négatives.

Aujourd'hui, comme le dit le Dr. Paul Poirier « il faut donner un avantage décisif au produit le moins toxique dans une politique de réduction des risques » et donc promouvoir la cigarette électronique auprès des fumeurs si on veut obtenir des résultats. C'est-à-dire, notamment, en autoriser la publicité, et rétablir la vérité des faits. Ce dispositif permet d'arrêter ou de diminuer la consommation de tabac tout en préservant le plaisir. Oui, on peut se sevrer du tabac sans médicament, notamment parce que les matériels sont de plus en plus fiables, et parce que les professionnels du secteur et les utilisateurs offrent une aide permanente et accessible aux débutants.

Il faut donc accepter que le plaisir puisse être une composante de l'arrêt d'une addiction et qu'il s'agisse d'une condition pour une adhésion massive à une démarche en ce sens.

La cigarette électronique n'est certes pas systématiquement efficace pour chaque fumeur, mais elle aura sa place dans l'arsenal de réduction des risques liés au tabagisme tant qu'elle sera disponible largement sur le marché et sera soutenue par le corps médical et les autorités.

Sa disponibilité comme produit de consommation courante, les choix d'arômes, de modèles, le geste et la production de vapeur visible sont autant de facteurs qui ont en ont fait la réussite jusqu'à ce jour. Ce succès se trouve malheureusement actuellement menacé par la volonté politique d'en entraver le développement.

Les vapoteurs sont ainsi obligés de se battre pour pouvoir continuer à utiliser le matériel et les liquides qui leur ont permis d'arrêter de fumer. Leur seule motivation est de ne pas replonger dans le tabac et de permettre à d'autres de disposer à leur tour d'un moyen éprouvé d'en sortir.

L'Aiduce, forte de son expertise, est en France la structure permettant de créer et de maintenir des liens entre les vapoteurs et les acteurs de la lutte contre les méfaits du tabac : fumeurs, médecins, médias, politiques, professionnels du secteur. Son rôle est primordial pour une compréhension totale du sujet, et sa participation souhaitable dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de réduction des risques liées au tabagisme qui se fonderait en tout ou partie sur l'usage de la cigarette électronique.

Références

1- McNeill A, Brose LS, Calder R, Hitchman SC, Hajek P, McRobbie H, E-cigarettes: an evidence update - A report commissioned by Public Health England Authors: PHE publications gateway number: 2015260 [en ligne], https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/457102/Ecigarettes_an_evidence_update_A_report_commissioned_by_Public_Health_England_FINAL.pdf (consulté le 15 septembre 2015)

2- Julien Emmanuelli, Contribution à l'évaluation de la politique de réduction des risques, INVS, [en ligne], page 10, http://www.invs.sante.fr/publications/rapport_siamois/rap_siamois_t1.pdf (consulté le 14 novembre 2015)

3- TNS Sofres, Les Français et l'internet santé, [en ligne], http://www.tns-sofres.com/etudes-et-points-de-vue/les-francais-et-linternet-sante (consulté le 2 décembre 2015)

4- Christopher Russel, Vapers Helping Smokers: An Online Survey of 7,326 Vapers, Centre for Drug Misuse Research, [en ligne], http://www.drugmisuseresearch.org/ (consulté le 9 décembre 2015)

5- Sally Satel, How vapers can help smokers quit, Forbes.com, [en ligne], 6 octobre 2015, http://www.forbes.com/sites/sallysatel/2015/10/06/how-vapers-can-help-smokers-quit/ (consulté 11 décembre 2015)

6- Attitudes of europeans towards tobacco 2015, Special Eurobarometer 429, European Commission, , [en ligne], http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_429_en.pdf (consulté le 5 janvier 2016)

7- Linda Bauld, Young people and e-cigarettes, what does the latest data tell us ? medicalxpress.com, [en ligne], 19 août 2015, http://m.medicalxpress.com/news/2015-08-young-people-e-cigarettes-latest.html (consulté le 20 décembre 2015)

8- Pallav Pohkrel et al, Contexts of cigarette and e-cigarette use among dual users: a qualitative study, *BMC Public Health2015* ***15****:859,* [en ligne], http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-2198-z (consulté le 6 décembre 2015)

9- Konstantinos Farsalinos et al, Nicotine absorption from electronic cigarette use: comparison between first and new-generation devices, *Scientific Reports* ***4****, Article number: 4133,* [en ligne], http://www.nature.com/articles/srep04133#abstract (consulté le 30 octobre 2015)

10- Rapport et avis d'experts sur l'e-cigarette, Office français de prévention du tabagisme (mai 2013), [en ligne], http://www.ofta-asso.fr/docatel/Rapport_e-cigarette_VF_1.pdf (consulté le 29 décembre 2015)

11- Polosa, R.; Morjaria, J.; Caponnetto, P.; Caruso, M.; Strano, S.; Battaglia, E.; Russo, C. Effect of Smoking Abstinence and Reduction in Asthmatic Smokers Switching to Electronic Cigarettes: Evidence for Harm Reversal. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2014, *11*, 4965-4977., [en ligne], http://www.mdpi.com/1660-4601/11/5/4965 (consulté le 4 novembre 2015)

12- Caponnetto, Pasquale et al., Evidence for Harm Reversal in Asthmatic Smokers Who Switched to Regular Electronic Cigarettes Use, Journal of Allergy and Clinical Immunology , Volume 135 , Issue 2 , AB157, [en ligne], http://www.jacionline.org/article/S0091-6749(14)03235-7/fulltext (consulté le 30 novembre 2015)

13- Baromètre santé environnement 2007, édition INPES, [en ligne], http://www.inpes.sante.fr/Barometres/BSE2007/pdf/tabagisme.pdf (consulté le 3 janvier 2016)

COMMENT PERMETTRE AUX USAGERS ET A LEURS ASSOCIATIONS DE JOUER UN ROLE MOTEUR DANS LA DEFINITION ET L'APPLICATION DES STRATEGIES DE RDRD ?

Samuel BLAISE
Association Olivier AMEISEN
PARIS
SBLAISE@O-AMEISEN.ORG

Nota : l'auteur n'a aucun lien d'intérêt

INTRODUCTION

L'innovation de rupture est un profond changement de concept apportant des bénéfices radicalement supérieurs à un coût radicalement inférieur. Elle propose surtout une nouvelle approche, un nouvel avantage qui n'existe pas encore et crée de nouveaux usages, rendant possible une réalisation impossible jusque-là. L'arrivée d'une innovation de rupture s'accompagne toujours de modifications importantes : arrivée de nouveaux acteurs, de nouveaux modèles et reconversion ou disparition des anciens qui n'ont pas su ou pas voulu évoluer. Bien sûr, les acteurs établis cherchent toujours à préserver leurs positions le plus longtemps possible. Les nouveaux entrants cherchent au contraire à accélérer leur émergence. L'ensemble forme le concept bien connu de « destruction créatrice » et qui révolutionne le traitement de l'addiction mais, pas seulement.

A travers la découverte de l'efficacité du baclofène dans le traitement de plusieurs addictions et de son développement par contamination virale, cet article propose certaines pistes de réflexions permettant aux usagers du système de soins et à leurs associations de jouer un rôle moteur dans la définition et l'application des stratégies de RdRD mais aussi plus généralement, dans les stratégies de santé publique. Ces propositions supposent des préalables liés à l'acceptation et la mise en pratique de plusieurs nouveaux paradigmes. Il est rappelé l'importance dans l'alliance thérapeutique, des valeurs de fraternité, d'altruisme et d'égalité. Aussi, une considération bienveillante de cette découverte médicale libèrera-t-elle ses potentiels de profits, de progrès et de bénéfices sociétaux. Mais ces avancées ne seront possibles qu'en reconfigurant les habitudes et centres décisionnels vers de nouvelles formes de transparence, de démocratie et de contrôle. Alors, s'engageront naturellement les évolutions sociétales et culturelles induites. Pour ce faire, un premier exemple applicatif est proposé.

1 – INNOVATION DE RUPTURE, EMPOWERMENT, NOUVEAUX PARADIGMES

o Le baclofène, une innovation de rupture / l'impuissance médicale ininterrompue

Le baclofène, découvert en 1962 et commercialisé dans le monde dès 1974, est un relaxant musculaire. Cette molécule est très proche du neurotransmetteur GABA que le cerveau produit naturellement. Le baclofène se fixe sur le récepteur dopaminergique GABAb. Cela entraîne la régulation de la production de dopamine, neuromédiateur principal du système de récompense, directement lié à la dépendance à l'alcool. L'addiction disparait alors car l'équilibre de ce système est rétabli. Cette découverte médicale date de 2004. Elle est due au Pr Olivier Ameisen, un cardiologue français, lui-même dépendant à l'alcool. Quand il

publie son article en 2005 (1), le Pr Olivier Ameisen sait qu'il porte une innovation de rupture : suppression du craving pour l'alcool, avec une molécule démontrant son innocuité depuis plus de quarante ans, tombée dans le domaine publique et ne présentant aucun intérêt commercial.

- **Les preuves d'efficacité et le service médical rendu**

Bien avant l'auto-expérimentation du Pr Olivier Ameisen, il existait déjà une littérature médicale préclinique et clinique pointant le potentiel thérapeutique du baclofène sur les dépendances à l'alcool et la cocaïne (2). Mais c'est surtout dès 2005, avec la multiplication des études, publications et observations d'efficacité du baclofène dans plusieurs formes d'addictions et partout dans le monde, que se constituent une base de connaissance inédite (3) et un rationnel scientifique bien supérieurs à ceux dont disposent beaucoup de médicaments enregistrés et en cours d'enregistrement. Ces études déjà publiées montrent un taux durable d'efficacité d'au moins 50 % et surtout, avec une qualité de guérison jamais observée dans ce domaine. De l'état des études publiées, aucun autre médicament actuellement commercialisé ne peut rivaliser (4).

La composante neurobiologique de l'alcoolodépendance remet donc en cause la rationalité même de l'abstinence et d'une consommation contrôlée ou réduite. L'indifférence à l'alcool que décrivent les patients répondant au baclofène, témoigne de normalités physiologique, psychologique et sociale enfin retrouvées et inédites (5). L'abstinence n'est plus un objectif mais peut être une conséquence du traitement. Sur ces premiers aspects d'évaluation, l'amélioration du service médical rendu du baclofène par rapport aux autres stratégies thérapeutiques est majeure. Comprendre et accepter ce fait est fondamental.

- **Une découverte soudaine, inattendue et menaçante…**

« Lorsqu'une évolution thérapeutique majeure apparait, elle se heurte à l'incrédulité et aux résistances intellectuelles des spécialistes, tant elle bouleverse les habitudes de pensée et les certitudes sur lesquelles s'appuient les pratiques. » (6). Et c'est précisément ce qui s'est passé avec le baclofène. « Est-il normal de devoir se battre contre ceux sensés nous soigner ? » (7).

- **L'empowerment 2.0** (8)

C'est la publication du livre grand public du Pr Olivier Ameisen en 2008 (9), qui a convaincu les malades et les premiers médecins de prescrire ce nouveau traitement. Puis les associations de médecins et de patients sont entrées en scène dès 2010 (10). Et elles ont adopté une stratégie simple : faire du bruit, parler très haut et fort du baclofène, en parler partout, dans les médias, sur les forums Internet, dans des conférences, interpeller l'Agence du Médicament et les Ministères, que personne n'ignore le mot baclofène. Et c'est ce qui s'est passé. Par effet de contamination virale, les prescriptions ont augmenté de façon exponentielle. Des milliers de témoignages ont commencé à affluer sur les forums Internet et dans les médias. Sept livres de médecins et de patients ont été publiés entre 2008 et 2015 (11). En janvier 2015, la CNAMTS annonçait que plus de 100 000 patients avaient démarré un traitement par baclofène pour alcoolodépendance (12), sans aucun soutien industriel ni des sociétés savantes. Finalement, cela a permis d'obtenir en mars 2014, une recommandation d'utilisation du baclofène par l'ANSM avec l'aval de la HAS, la RTU, une reconnaissance très importante de la découverte du Pr Olivier Ameisen par nos autorités sanitaires.

Le cas du développement du baclofène est le parfait exemple du « point de bascule » décrit par Malcolm Gladwell (13). Le développement viral des idées novatrices qui réussissent à s'imposer et la naissance de mouvements sociétaux inédits, s'appuient systématiquement sur trois facteurs : les déclencheurs, l'adhérence et le contexte. C'est en prenant la mesure de ces mobilisations et en les intégrant dans les stratégies de soins, que leurs associations

pourront jouer un rôle moteur encore plus fort dans la réduction des risques et des dommages.

- **Les nouveaux paradigmes**

Un autre préalable pour que les usagers du système de soin et leurs associations puissent jouer un rôle moteur dans la définition et l'application des stratégies de RdRD et plus généralement des stratégies de santé publique, est l'acceptation des nouveaux paradigmes induits par les innovations qu'ils promeuvent.

L'alcoolodépendance et certaines addictions disposent désormais de solutions à potentiels curatifs exceptionnels. La médecine a l'opportunité de passer de l'accompagnement au traitement.

Le dogme de l'abstinence avec sa multi-condamnation à perpétuité de l'alcoolique-coupable-anonyme-stigmatisé disparaît. Ni traitement de substitution, ni antabuse, ni réducteur de consommation, l'indifférence que propose le baclofène permet l'indépendance, le libre arbitre.

Pour le thérapeute, la complexité naît de protocoles spécifiques à chaque cas, non prévisibles et où les amplitudes et stratégies posologiques varient du tout au tout. Mais l'alliance thérapeutique prend alors toute sa véritable dimension avec un patient co-acteur de son soin, indiquant à son médecin en fonction de ce qu'il ressent, comment le protocole thérapeutique doit lui être adapté. D'un seul sachant professoral, apparait un couple sachant, dynamique, itératif et dont la complémentarité des apports est mutuellement profitable.

A la déresponsabilisation d'un malade sans volonté ni avenir, se substitue des patients, des associations de patients et de médecins, responsables et motivés, fournissant un véritable travail d'expertise fondé sur la constitution d'un savoir expérientiel publiable en sus du savoir médical et scientifique. Ces associations bénévoles et sans conflit d'intérêt, rassemblent des centaines de milliers de données sur l'évolution des parcours, des relations, des états psychologiques et de la santé somatique qui ouvrent aussi sur des connaissances sociologiques et économiques (5). C'est une médecine 2.0 assisse sur une vigilance plurifactorielle, participative, en temps direct et open data.

D'un point de vue marketing, ces auto-organisations bouleversent les règles. Les mises en valeur des produits sont directement assurées par ses clients finaux. La formation médicale DPC est promue et assurée par les prescripteurs et les patients. Les parcours thérapeutiques sont facilités par des forums Internet spécifiques patients et médecins (10).

Sur le plan des procédés de fabrications, les molécules étant dans le domaine public, l'industriel concourant à une AMM peut obtenir un médicament d'un bénéfice thérapeutique inédit et aux normes actuelles de l'ANSM et de l'EMA, pour un coût environs deux cent fois moindre que le standard pharmaceutique d'un blockbuster. Finalement dans ces futures mises sur le marché, l'industrie pharmaceutique occupe une place périphérique, de producteur à façon de découvertes médicales plébiscitées, démontrées et accompagnées par ses bénéficiaires. Et non l'inverse.

Enfin, le changement du rapport culturel à ces maladies incurables et du regard porté sur les malades condamnés vont considérablement changer et initier plusieurs évolutions sociétales.

L'acceptation et l'intégration de ces nouveaux paradigmes sont nécessaires au développement efficient des autres « comment » exposés ci-après.

2 – FRATERNITE, ALTRUISME, EGALITE

- **Ecouter la volonté des malades avec probité, par fraternité**

Ce qui marche le mieux pour le patient, c'est le médicament, la méthode et le médecin, qu'il a choisi ! Pas ce que les Autorités de Santé ou les Sociétés Savantes définissent comme ce qu'il y a de mieux pour lui sur la base de la littérature scientifique, d'influences extérieures, de préjugés ou de ce que les firmes prévoient (14).

L'écoute du malade, le respect de sa volonté, l'alliance thérapeutique probe du soignant, conditionnent le lien qui unit patient et médecin et qui s'appelle fraternité.

- **User de ses droits par responsabilité et sans influence, par altruisme**

La liberté de prescription est un principe qui rejoint l'un des principes fondamentaux de la médecine, consacré par le législateur dans sa loi du 3 juillet 1971. Le principe de la liberté de prescription est également affirmé clairement dans le code de déontologie médicale à l'article 8, et cela depuis la première parution de ce code en 1947. Par ailleurs, la législation est claire concernant la prescription hors AMM : aucun texte ni aucun principe n'interdit à un médecin de prescrire hors AMM, cela n'est pas opposable au médecin.

Ce comportement caractérisé par des actes n'ayant pas d'avantages apparents pour l'individu qui les exécute mais qui sont bénéfiques à d'autres individus s'appelle altruisme.

- **L'esprit les lois, le principe d'égalité** (15)

Dans son traité de théorie politique, Montesquieu écrivait que « L'extrême obéissance suppose de l'ignorance dans celui qui obéit ». Mais en droit, il existe deux importants principes selon lesquels « nul n'est censé ignorer la loi » et, l'égalité devant la loi, qui est central de la démocratie.

La loi relative aux droits des personnes malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002, dite «loi Kouchner», réaffirme dès l'exposé des motifs le droit à la protection de la santé comme un droit à valeur constitutionnelle, reconnu par l'alinéa 11 du Préambule de la Constitution de 1946.

Ce droit a été consacré par plusieurs décisions du Conseil Constitutionnel (notamment, CC, 23 juillet 1999, n°99-416). Le droit à la protection de la santé est également garanti par des textes internationaux ratifiés par la France. Il l'est indirectement par l'article 3 de la Convention européenne et par l'article 8 de ladite Convention. Ce droit est aussi protégé directement par la Charte de l'Organisation mondiale de la Santé du 27 juillet 1946. Sur ces bases, l'article 1 de la loi de 2002 introduit un droit à la protection de la santé en faveur de toute personne sans discrimination. Ces droits sont aussi repris dans le Code de santé publique et notamment les articles l.1110-1 et l.1110-5. Enfin, les différentes lois sur la santé, rarement remises en cause, se sont depuis inscrites dans la continuité. Elles positionnent le droit à la santé pour tous et toutes, comme une finalité des politiques de santé.

L'humilité de suivre la demande et les attentes des patients est une qualité première pour un médecin. Et savoir ne pas dissuader ou tenter d'infléchir une demande précise d'une modalité de soin plutôt qu'une autre, sous prétexte qu'elle ne correspond pas à ses propres préférences ou expériences, est preuve d'intégrité. C'est en appliquant ces principes fondateurs d'une démocratie sanitaire bienveillante, que les innovations médicales probantes pourront alors profiter aux malades et à la société.

3 – PROFITS, PROGRES, BENEFICES SOCIETAUX

- **Portrait du marché français de l'alcoolodépendance** (16)

En France, le chiffre d'affaires des officines françaises était de 34 Mrds € en 2014 (prix public TTC). Mais ce marché souffre d'une croissance négative de l'ordre de -2% en valeur pour 2014 et de prévisions autour de -0.3% d'ici à 2018.

Dans ce marché français en dépression, le segment pharmaceutique de l'alcoolodépendance a connu une croissance de +51% entre 2007 et 2015. Cinq molécules le structurent depuis le début : acamprosate, naltrexone, disulfiram, baclofène et depuis le second semestre 2014, nalméfène. Alors que l'acamprosate, la naltrexone et le disulfiram se partageaient 100% du marché en 2007, leurs ventes ont été divisées par deux entre 2007 et 2015. La croissance de ce segment de marché a ainsi été intégralement portée par l'augmentation exponentielle des prescriptions de baclofène hors AMM et RTU (jusqu'en mars 2014) ; en moyenne +66% par an entre 2008 et 2014 soit 17 fois plus (déflaté des prescriptions neurologiques donc, pour addiction uniquement). L'arrivée du nalméfène au second semestre 2014 a ensuite amplifié le taux de croissance de ce segment de marché pour le porter à +31% entre 2014 et 2015. D'un point de vue prospectif, l'obtention de l'AMM baclofène par le laboratoire Ethypharm courant 2017, permettra de replacer les ventes de baclofène sur un rythme de forte croissance.

Ces perspectives permettent ainsi aux différents acteurs concernés de penser que les prescriptions de baclofène pour alcoolodépendance uniquement en France, devraient atteindre 60 000 patients en 2017 puis progressivement 120 000 d'ici 2020. En parallèle, un consensus existe entre les primo-prescripteurs et associations de médecins et patients pour estimer qu'un volant de 500 000 à 800 000 patients français est atteignable à cinq ans post AMM. Par comparaison depuis 2007, moins de 200 000 patients sont soignés chaque année toutes molécules confondues.

Ce consensus ne nécessite aucune mesure exceptionnelle. Il suppose simplement une situation où tous les freins soient enfin levés avec tous les acteurs concernés (industriels, autorités sanitaires, sociétés savantes, médecine générale et de spécialités, accompagnement psycho-social) et que la formation des médecins à ce protocole thérapeutique soit correctement délivrée et déployée. Alors l'activité associative digitale inédite et propre à ce traitement, poursuivra son effet démultiplicateur au bénéfice de la réduction des risques et des dommages.

- **Les coûts sociaux induits**

Dans son rapport sur le coût social des drogues en France publié en sept-15 (17), Pierre Kopp estime celui de l'alcoolodépendance à 120 Mds€ par an concernant les 3.8 millions « d'usagers à risques d'alcool » (Beck et al., 2011). A titre de comparaison, le déficit budgétaire 2015 de l'Etat français était de l'ordre de 73-76 Mds€. Troisième facteur de maladies chroniques induites, l'alcoolodépendance pèsera 22 000 Mds€ sur l'économie mondiale dans les 20 prochaines années.

- **Les sources d'économie et les nouveaux profits**

Chaque malade correctement pris en charge et atteignant l'indifférence fait ainsi économiser 32 K€ par an à la collectivité. Si les conditions nécessaires se réunissaient pour traiter 650 000 patients à cinq ans post AMM (soit 17% des malades), les économies sur les coûts sociaux seraient de plus de 20 Mds€ par an (déficit Sécurité Sociale 2015 = 12.8 Mds€).

Les 3.8 millions de malades représentent 6% de la population française. Ce sont ces 6% qui à eux seuls, consomment 40% de l'alcool vendu en France. Mais la diminution de la consommation, d'ailleurs déjà engagée dans l'ensemble de la population, n'entraînera pas nécessairement une perte d'emplois dans l'économie générale et peut même ne pas entraîner de grand changement dans l'emploi de certains secteurs liés à l'alcool comme la restauration et les débits de boissons. Par ailleurs, les taxes provenant de l'alcool forment une part importante des revenus des gouvernements (25 milliards d'euros en 2001 dans

l'Europe des 15) mais leur montant dépend plus du taux moyen de taxation que du niveau général de la consommation d'alcool (18).

L'état de l'arsenal pharmacologique disponible en réduction de la consommation ou atteinte de l'indifférence rend aujourd'hui possible l'engagement d'un traitement massif et qualitatif de l'alcoolodépendance dont les sources d'économies induites sont plus que conséquentes, directes et récurrentes. Il est temps d'accepter pleinement les bénéfices du baclofène, quitte à revoir ses croyances ou certitudes et surtout, de reconnaitre qu'Hippocrate et business game sont incompatibles.

4 – TRANSPARENCE, DEMOCRATIE, CONTROLE

- **L'open data, une innovation responsable en santé**

L'open data s'inscrit dans une tendance qui considère l'information publique comme un bien commun dont la diffusion est d'intérêt public et général.

Elinor Ostrom, prix Nobel d'économie 2009, était une économiste et politologue américaine. Dans les années 1990, elle s'est attachée à démontrer la spécificité des biens communs du savoir, « commons », qu'elle définit comme « biens non-rivaux », c'est-à-dire que l'utilisation par les uns de ceux-ci n'appauvrit pas le stock commun mais au contraire l'enrichit (19).

Appliqué au secteur de la santé, l'open data représente un enjeu majeur : préserver des systèmes de santé soumis à des contraintes financières croissantes, anticiper et gérer les crises sanitaires, améliorer l'efficience de nos politiques, rendre le patient acteur de son parcours, effectuer des choix stratégiques en matière de recherche. En outre, ces données ouvrent une meilleure compréhension du parcours des patients avant, pendant et après les soins. Elles sont utiles aux Agences Régionales de Santé, aux décideurs publics et aux établissements de soins tant dans leur mission d'amélioration de l'efficience de l'offre de soins que dans celle de pilotage de la santé publique. Autant de défis auxquels un usage raisonné des données de santé ouvertes et des possibilités du numérique doit contribuer avec rigueur, éthique et efficacité.

Les associations d'usagers du système de soins sont maintenant suffisamment structurées pour développer leur propre analyse de ces données et communiquer en open data les résultats de leurs travaux. L'ouverture aux données de santé anonymisées et notamment aux données chainées, permet de suivre et comprendre les protocoles thérapeutiques individuels. Ces connaissances complémentaires seraient profitables à l'amélioration des parcours de soins.

Ensuite, la question que pose la transparence des données de santé, l'open data, reste : est-ce que les communs du savoir sont voués à rester des enclaves utopistes ou bien, ces «commons» dessinent-ils un tout autre horizon d'organisation médico-sociale fondée sur la co-production ouverte et pluridisciplinaire de savoir, de services et de stratégies de soins, obéissant à des règles et à des normes définies démocratiquement ?

- **La compréhension de l'intérêt des associations d'usagers du système de soins**

D'une part, la HAS a récemment modifié les compositions de la Commission de la transparence (CT) et de la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (Cnedimts) en prévoyant notamment d'y nommer un représentant des patients avec voix délibérative et d'en faire disparaître les représentants des industriels. La HAS a aussi initié le forfait innovation dont l'objectif est de faciliter un accès rapide des patients aux progrès de la médecine. Enfin, la HAS est favorable à la co-rédaction de RBP (Recommandations de Bonne Pratique) par un comité médico-associatif indépendant.

D'autre part, l'ANSM réaffirme l'importance du rôle des associations dans le système de santé et depuis 2010, les associations agréées sont en mesure de saisir l'ANSM pour instruire un dossier de RTU. Les associations agréées sont même représentées au conseil d'administration et dans les quatre commissions. Enfin, l'Agence lance des appels à projets auprès des associations dont l'objectif est de stimuler les initiatives compétitives et indépendantes visant à favoriser le bon usage et réduire les risques liés aux produits de santé.

Ces dispositions des deux autorités sanitaires représentent autant d'opportunités de faire participer les associations des usagers du système de soins à ses activités, aux processus de décision, à la définition et l'application de stratégies de santé publique. Mais leurs conditions d'accès, les modalités d'application et leurs champs de représentativité gagneraient tant à poursuivre plus en avant cette dynamique de co-production.

- **Parité et pluridisciplinarité**

Une innovation médicale, tout comme la survenue d'EIG (effets indésirables graves) pour une molécule nouvelle entrante ou dévoyée de son indication initiale, sont des signaux faibles qu'il convient de repérer précocement pour les traiter en conséquence. Bien souvent, ce sont des initiatives associatives qui agissent comme lanceur d'alerte. Les conditions, le temps, l'énergie et les moyens nécessaires à l'obtention des certifications et qualifications par les jeunes associations créées pour se faire représenter dans les autorités sanitaires et enclencher un mouvement passent en dernier plan. Urgence à l'action sur le terrain.

Par ailleurs, le financement de tout ou partie d'une étude clinique ou médico-économique via le forfait innovation, exclut les médicaments qui peuvent bénéficier d'un dispositif spécifique d'autorisation temporaire d'utilisation (ATU). Qu'en est-il des médicaments visant une RTU ? De plus, s'agissant de dispositifs médicaux, la demande doit être portée par l'industriel. Qu'en-est-il des associations de patients et médecins ?

Et puis les membres des comités d'évaluation des deux autorités sanitaires ne sont constitués que de médecins. Tout aussi compétents et sincères sont-ils, peuvent-il être suffisamment et justement informés des conditions et répercutions de leurs décisions dont l'impact va bien au-delà de la médecine ?

Les maladies et EIG ont l'avantage de ne pas faire de discrimination. Les associations d'usager du système de soins, lorsqu'elles sont constituées de patients et de médecins présentent deux intérêts : des membres experts de leur sujet et des patients issus de tous les horizons. Elles représentent ainsi toutes les fonctions de tous les secteurs du pays. Et dans ce paysage citoyen, de plus en plus d'associations défendent leur indépendance et une certaine exigence éthique, en ne développant aucun lien d'intérêt avec les industries concernées par les produits ou dispositifs qu'elles promeuvent.

Par conséquent, les autorités sanitaires seront mieux efficientes en adoptant une parité (médecins & représentant de l'agence – associations de patients et médecins) au sein des conseils scientifiques et groupes d'experts, ainsi que dans les commissions consultatives, d'évaluations, de recommandation, d'accréditation et de certifications. Le principe d'intégrer des associations de patients et médecins à ces centres de décision à parité avec des médecins pluridisciplinaires, fait que les collèges seront très majoritairement médicaux pour garantir l'analyse scientifique, et bénéficieront de la présence d'acteurs représentatifs de la société pour éclairer les réflexions d'un autre angle et apporter une valeur ajoutée additionnelle. L'impartialité, l'indépendance, la prise de position fondée sur des éléments objectifs et l'absence d'intérêt direct ou indirect avec l'industrie pharmaceutique ou des dispositifs médicaux, ainsi que d'absence de cumul de fonction étant un principe éthique non négociable pour tous les membres.

S'agissant des commissions temporaires elles-mêmes paritaires, elles seront nettement plus réactives et facilitatrices dans l'étude des nouvelles propositions de soins et réaction aux EIG, en s'ouvrant aux jeunes associations ne disposant pas encore des agréments et reconnaissances nécessaires mais présentant une quantité et une qualité de connaissances constituant un premier rationnel scientifique.

Par ailleurs, le financement publique de tout ou partie d'une étude clinique ou médico-économique visant à démontrer l'efficacité d'un traitement et portée par une ou des associations indépendantes de tout lien d'intérêt, sera un accélérateur de mise sur le marché donc d'accès aux soins. Ces financeurs pourront alors soit revendre ces résultats soit les concéder au titre de mandat d'exploitation pour en protéger la destination.

Enfin, la pharmacovigilance devant être mise en place par l'ANSM et/ou l'industriel gagnera en représentativité et en fiabilité des informations remontées, à fortement intégrer les associations d'usagers du système de soins, premières parties prenantes et directement au contact des spécialités et/ou dispositifs commercialisés. L'étude de pharmacovigilance Baclophone (20) diligentée par le CHRU de Lille et dont le Comité de Suivi Indépendant est composé à parité de médecins et d'association de patients et médecins en est l'exemple le plus probant. Aujourd'hui, la vigilance 2.0 développée par les associations promouvant le baclofène réunissent des milliers de médecins, des dizaines de milliers de patients, des centaines de milliers de données. L'une d'elles, l'association Baclofène, a reçu mandat de l'ANSM pour la réalisation d'un guide et d'une vidéo : « Information des patients soignés par le baclofène dans l'alcoolo-dépendance – Guide des bonnes pratiques relatives à la prévention et à la gestion des effets indésirables ». Ce type d'enquêtes et sondages dont les retours sont statistiquement fiables et publiables, ces connexions au réel et leurs feed-back dynamiques, seront alors constitutifs d'une pharmacovigilance optimale.

C'est ainsi qu'il est alors possible de reconsidérer positivement les AMM « fractionnées ». Leur objectif vise un accès au marché plus rapide grâce à la réduction de la durée de développement du médicament et/ou de son évaluation. Malheureusement, le retour d'expérience démontre que les médicaments concernés sont souvent autorisés malgré une balance bénéfice/risque non rassurante. L'expérience montre aussi que l'évaluation accélérée pose davantage de problèmes ultérieurs de pharmacovigilance dans la mesure où les engagements post-AMM sont peu respectés. L'implication des firmes pharmaceutiques dans la conception de ce nouveau paradigme, indique qu'il répond uniquement à ses intérêts d'un flux de revenus plus précoce. Mais dans la mesure où, partenaires des associations d'usagers du système soins sans conflit d'intérêt, les agences sanitaires autoriseraient les AMM fractionnées sur des spécialités démontrant déjà un début de balance bénéfice/risque positive, l'accès aux soins ne présentant aucun intérêt commercial serait accéléré et sécurisé pour le seul bénéfice des malades.

La « Loi Kouchner » inaugurait la démocratie sanitaire permettant de renforcer l'implication des citoyens dans la santé, l'instituant comme bien commun. Toutes les cartes sont maintenant disponibles pour développer une science ouverte, indépendante, contrôlée et mutuellement profitable.

5- EVOLUTIONS SOCIETALE & CULTURELLE

- **Usagers du système de soins**

Le débat, tout comme la sémantique, ne doivent plus porter sur les usagers de tel ou tel médicament, traitement de substitution ou dispositif médical. Toute personne depuis sa création in utéro jusqu'à sa fin de vie est un usager du système de soins dont la vocation première, est avant tout la prévention et le traitement des pathologies puis, la réduction des risques et des dommages comme palliatif. Le changement de paradigme n'est pas la RdRD

qui existe depuis plus de quarante ans dans le champ des conduites addictives et pour de nombreuses autres pathologies depuis toujours. Le véritable nouveau paradigme est le changement de regard des spécialistes sur les addicts qui ne sont pas coupables de leur comportement mais victimes de leur maladie. Il l'est aussi dans l'acceptation d'un patient co-décisionnaire et co-acteur de son soin. Il l'est enfin dans la reconnaissance d'un patient responsable que la maladie a dégradé, comme toute maladie.

- **Les facteurs clefs de succès d'une démocratie sanitaire**

A contrario des idées reçues, la France est le pays où les programmes gouvernementaux pour la promotion de l'entrepreneuriat, les infrastructures physiques et l'accès aux sources de financements sont parmi les meilleurs au monde. Le taux de prévalence à l'entreprenariat comme choix de carrière est de 65% (21). Dans les formes et vocations des structures créées, l'entrepreneuriat social et solidaire est particulièrement dynamique et de plus en plus représentatif. L'entrepreneur social « vocationel » est couramment représenté comme un « changemaker ». C'est sous cette égide que la Harvard Business School développe le Social Entreprise Knowledge Network (SKEN) et définit l'entrepreneuriat social comme « toute stratégie ou activité menée par une NPO pour générer des revenus soutenant sa mission sociale ». NPO = Non Profit Organisation.

L'entrepreneuriat associatif émergeant des usagers du système de soins constitue un atout incomparable pour fédérer tous les acteurs santé-socio-éco-politiques autour de la promotion de la santé. Celle-ci, s'inscrivant dans la lignée de la définition de l'OMS (un état complet de bien-être physique, mental et social), s'appuie sur plusieurs stratégies : la création d'une politique publique saine et de milieux favorables mais aussi, le renforcement de l'action communautaire, lorsqu'elle respecte une déontologie certaine dans ses valeurs et comportements. Mais pour favoriser la participation effective et concrète de la société à la fixation des priorités, à la prise de décisions et à l'élaboration et la réalisation des stratégies de santé publique, le seul engagement éthique des travailleurs de terrain et des membres associatifs dans les domaines sanitaire et social ne suffit pas. La professionnalisation des entrepreneurs associatifs et des usagers du système de soins devient prioritaire. Cela passe par la formation des KOL (Key Opinion Leaders), leur représentation et contributions effectives dans les circuits de décision et d'élaboration des stratégies de santé publique, le financement et l'accompagnement des initiatives associatives innovantes et à potentiels, le contrôle de leur indépendance dans la conduite de leur objet associatif et la mesure des performances en terme d'améliorations médicales, sanitaires et sociales.

La médecine française est l'une des meilleures au monde. A s'associer avec des acteurs pluridisciplinaires, mobilisés, professionnalisés et financièrement indépendants, ses bénéfices en terme de santé publique seront décuplés.

- **Service Sociétal Rendu et évolution des mentalités**

Si l'amélioration des services médical et sociétal rendus par le baclofène est majeure, elle entraine d'autres interrogations concernant tout le champ de l'addiction.

David B. Harris, ancien procureur britannique, s'apprête à publier « Medico-legal aspects of the advent of high-dose baclofen treatment of alcoholism in criminal and family law cases ». L'objet de l'article est d'examiner comment la découverte de la suppression du craving par le baclofène justifie un changement dans le traitement judiciaire des actes délictueux et criminels commis sous l'emprise de l'alcool. L'auteur constate que la loi britannique relative à l'intoxication alcoolique soulève des questions quant à savoir si les personnes accusées de crimes liés à l'alcool sont traitées avec équité. Ses observations montrent que l'état d'anxiété neurologique peut être un facteur causal plus probable dans la violence et, que l'anxiété est associée à des problèmes au sein de familles d'alcooliques. Par conséquent, l'auteur examine les responsabilités éthiques et juridiques des médecins, des procureurs et des tribunaux afin d'envisager de nouvelles approches pour le traitement des violences liées à

l'alcoolisme et considère que le type de preuve d'expert requis, doit maintenant considérer les aspects neurologiques liées à la consommation d'alcool afin de soulever un doute quant au *mens rea* de l'accusé. Les critères du DSM-V pour le diagnostic de la dépendance, l'anxiété pathologique des malades, leur dysphorie, devraient fournir des arguments soutenant la diminution de ses capacités mentales et de facto, empêchant l'accusé de former l'intention d'une infraction.

Cette démonstration vaut tout aussi bien pour l'alcoolodépendance que pour toute autre forme d'addiction et mériterait qu'un débat similaire s'ouvre en France avec tous les acteurs concernés. L'évolution du traitement judicaire des malades dépendants serait un facteur d'évolution des mentalités face à l'addiction dont les malades sont victimes et non coupables.

6 – LE « COMMENT » PAR L'EXEMPLE

La maladie de Parkinson est une maladie neurologique chronique dégénérative se caractérisant par la perte progressive de nombreux systèmes de neurotransmetteurs parmi lesquels, le dérèglement du système dopaminergique. Le traitement de référence est la L-Dopa (Lévodopa). Sa transformation, principalement dans le système nerveux central, produit de la dopamine qui permet au moins au début de la maladie, de soigner les symptômes moteurs liés à la perte des neurones dopaminergiques. Toutefois, cette thérapie ne permet pas de guérir et provoque des effets secondaires dramatiques.

La moindre prévalence de la maladie de Parkinson chez les fumeurs est connue depuis longtemps. Depuis les années 1990, les études dans ce domaine se multiplient à l'échelle mondiale, particulièrement dans la dernière décennie puisque plus de 200 articles sont publiés par an. Le rapport entre la diminution des syndromes parkinsoniens et la nicotine est évident. De là est née l'idée d'administrer de la Nicotine à l'Etat Pur sous forme Transdermique, la NEPT. La littérature médicale le montre (22), la NEPT a la propriété de se fixer sur les récepteurs nicotiniques et dopaminergiques avec deux bénéfices : réactivation de la production de nicotine et de dopamine mais aussi, multiplication de ces deux récepteurs ainsi que ceux de l'acétylcholine pour les patients atteints de démence type Alzheimer. En outre, la NEPT améliore la neurotransmission, la neuromodulation et la neuroprotection. La neurodégénérescence cesse et régresse, permettant ainsi de réduire progressivement voire de supprimer la lévodopa.

Aujourd'hui, seul le Dr Gabriel Villafane, neurologue du CHU Henri Mondor la prescrit dans le cadre d'un usage compassionnel. Il a mené et publie bientôt une étude observationnelle, Nikopark II, concernant quarante malades de Parkinson divisés en deux groupes durant 50 semaines : BMM (Best Medical Management) versus NEPT jusqu'à 90 mg/jour. Le suivi de l'évolution pathologique s'appuyait sur la mesure des UPDSR (Unified Parkinson Disease Rating Scale) en scores On/Off (période de mobilité optimale / période de moins bonne mobilité, voire de blocage). La NEPT affiche des performances vingt-deux fois supérieures au BMM en phase On (-17.58/-1.42) et douze fois supérieure en phase Off (-3.53/-0.16).

Cette découverte médicale et sa mise en œuvre ressemblent de près à celle du baclofène : découverte par hasard par un médecin il y a plusieurs années, efficacité maximale, protocole thérapeutique consistant à augmenter progressivement la posologie jusqu'à l'atteinte de la dose efficace propre à chaque malade, coût dérisoire, obscurantisme de la société savante de spécialité, totale ignorance des médecins et du grand public, dédain d'une partie de l'industrie pharmaceutique dont les produits peinent à freiner la dégénérescence et d'une autre partie n'estimant pas le retour sur investissement suffisant pour obtenir une AMM spécifique à leurs dispositifs transdermiques. Et des malades en souffrance qui se tournent vers une association bénévole de patients et de médecins (23) dont l'association Olivier Ameisen est membre.

Les meilleures données cliniques externes sont disponibles. Une jeune association sans conflit d'intérêt milite pour la prise en compte – avec compassion – des droits, des préférences et de l'épreuve vécue par le patient dans les décisions concernant son traitement. Parmi ses travaux, elle développe un protocole de diagnostic et de traitement de la maladie de Parkinson par la NEPT pour alimenter l'expertise du clinicien et étendre sa prescription. Les trois paradigmes de l'Evidence Based Medicine et les compétences spécifiques et pluridisciplinaires sont réunis pour que la HAS et l'ANSM engagent ce test d'une RTU selon les modalités d'une démocratie sanitaire proposées dans cet article.

CONCLUSION

« Olivier Ameisen à découvert le traitement de l'addiction » Pr Jean Dausset – Prix Nobel de médecine 1980. Mais un prix Nobel de médecine n'est reçu que de son vivant.

Avec cette découverte comme dans d'autres domaines, la France démontre encore une fois qu'elle est à la pointe de l'innovation médicale et peut être à l'origine de nouvelles avancées sanitaires, économiques et sociales, dont le monde entier pourra profiter, si ses autorités sanitaires savent saisir cette chance. Car elle confirme aussi la valeur ajoutée indispensable des associations d'usagers du système de soin dans la définition et l'application des stratégies de santé publique et le nécessaire développement d'une démocratie sanitaire. Paroles de patients et de médecins sont mutuellement profitables et forment l'un des trois piliers du paradigme de l'Evidence Based Medicine. Ces niveaux de preuve sont les bénéfices d'une médecine éthique 2.0 qu'il faut maintenant reconnaitre pour remettre logiquement le couple patient/médecin au centre du tout.

Mais le baclofène ne saurait se suffire à lui-même, pas plus que la NEPT. L'état des premières connaissances sur plusieurs découvertes médicales majeures rend nécessaire la poursuite d'études médicales, cliniques, neurobiologiques, d'imagerie cérébrale et psychologiques. Et cela doit tout particulièrement nous interroger sur la complémentarité d'une recherche médicale indépendante et uniquement orientée vers l'efficacité thérapeutique de molécules pharmaceutiques et de dispositifs médicaux au bénéfice exclusif du malade, sur le rééquilibrage des postions de juge et partie, sur la convergence pluridisciplinaire médicale, socio-psychologique, économique et politique pour une offre globale de soins, ainsi que sur la nature et les bénéfices du modèle d'affaires que nous souhaitons développer.

Le rapport culturel à l'addiction et plus généralement, le regard porté sur certaines maladies jusque-là incurables, pourront alors irrémédiablement changer et offrir un véritable libre arbitre aux générations futures où chacun bénéficiera d'un recours médical accessible et aussi banal qu'est le vaccin aujourd'hui. Cela supposera un accompagnement des modifications socio-culturelles et civilisationnelles induites.

Un mécène doté d'une forte exigence éthique pourrait exponentialiser la valeur de son don et bénéficier d'un retour sur investissement d'une durabilité jamais observée.

Et « La guérison advient par surcroît », Jacques Lacan

REFERENCES

1 - Ameisen O. Complete and prolonged suppression of symptoms and consequences of alcohol-dependence using high-dose baclofen: a self-case report of a physician. Alcohol Alcohol 2005;40:147-50.

2 - Agabio R and Colombo G (2014) GABAB receptor ligands for the treatment of alcohol use disorder: preclinical and clinical evidence. Front. Neurosci. 8:140. doi: 10.3389/fnins.2014.00140

3 – Parmi les principales publications :

Ameisen O. Complete and prolonged suppression of symptoms and consequences of alcoholdependence using high-dose baclofen: a self-case report of a physician. Alcohol Alcohol 2005;40:14750.

Bucknam, W. (2007). Suppression of symptoms of alcohol dependence and craving using high-dose baclofen. Alcohol Alcohol. 42, 158–160

Ameisen O, de Beaurepaire R. Suppression de la dépendance à l'alcool et de la consommation d'alcool par le baclofène à haute dose: un essai en ouvert. Ann Méd-Psychol 2010;168:159-62.

Clinical Experience with Baclofen in the Management of Alcohol-Dependant Patients with Psychiatric Comorbidity: A Selected Case Series. Dore G et al. Alcohol and Alcoholism (2011); 46: 714-720

Pastor, A., Jones, D. M., and Currie, J. (2012). High-dose baclofen for treatment-resistant alcohol dependence. J. Clin. Psychopharmacol. 32, 266–268.

Rigal, H., Alexandre-Dubroeucq, C., de Beaurepaire, R., Le Jeunne, C. and Jaury, P. (2012). Efficacy of high-dose baclofen in the treatment of alcoholics: a retrospective study at one year. Alcohol Alcohol. 47, 439-442.

de Beaurepaire R, Joussaume B, Rapp A, Jaury P. Treatment of binge-eating disorder with high-dose baclofen: a case series. J Clin Psychopharmacology 2015;35:357-9.

de Beaurepaire R. Suppression of alcohol dependence using baclofen: a 2-year observational study of 100 patients. Front Psychiatry 2012;3:103.

de Beaurepaire R. The use of very high doses of baclofen in the treatment of alcohol dependence. Front Psychiatry 2014;5:143.

Gache P, de Beaurepaire R, Jaury P, Joussaume B, Rapp A, de La Selle P. Prescribing guide for Baclofen in the treatment of alcoholism – For use by physicians. Br J Med Med Res 2014;4(5)

Müller CA, Geisel O, Pelz P, Higl V, Krüger J, Stickel A, Beck A, Wernecke KD, Hellweg R, Heinz A. High-dose baclofen for the treatment of alcohol dependence (BACLAD study): a randomized, placebocontrolled trial. Eur Psychopharmacol 2015, in press.

Rigal L, Alexandre-Dubroeucq C, de Beaurepaire R, Le Jeunne C, Jaury P. Abstinence and ''low-risk'' consumption 1 year after the Initiation of high-dose baclofen: A retrospective study among ''high-risk'' drinkers. Alcohol Alcohol 2012;47:439-42.

Rigal L, Legay Huang L, Alexandre-Dubroeucq C, Pinot J, Le Jeunne C, Jaury P. Tolerability of highdose baclofen in the treatment of patients with alcohol disorders: a retrospective study. Alcohol Alcohol 2015, in press.

de Beaurepaire R. The use of very high doses of baclofen in the treatment of alcohol dependence: a case series. Frontiers in Psychiatry (2014) ;5:143

de Beaurepaire R, Joussaume B, Rapp A, Jaury P. Treatment of binge-eating disorder with high dose baclofen: a case series. Journal of Clinical Psychopharmacology, Vol 35, June 2015, Published ahead-of-print

Corwin RL, Boan J, Peters KF et al. - Baclofen reduces binge eating in a double-blind, placebo-controlled, crossover study. Behav Pharmacol 2012;23:616-625.

Broft AI, Spanos A, Corwin RL et al. - Baclofen for binge eating: an open-label trial. Int J Eat Disord 2007;40:687-691.

4 – Publications indépendantes mesurant l'efficacité de : acamprosate, naltrexone, disulfiram, nalméfène

Mann K, Lehert P, Morgan MY. The efficacy of acamprosate in the maintenance of abstinence in alcohol-dependent individuals: results of a meta-analysis. Alcohol Clin Exp Res. janv 2004;28(1):51 63.

Froestl W. Chemistry and pharmacology of GABAB receptor ligands. Adv Pharmacol San Diego Calif. 2010;58:19 62.

Srisurapanont M, Jarusuraisin N. Naltrexone for the treatment of alcoholism: a meta-analysis of randomized controlled trials. Int J Neuropsychopharmacol Off Sci J Coll Int Neuropsychopharmacol CINP. juin 2005;8(2):267 80.

Donovan DM, Anton RF, Miller WR, Longabaugh R, Hosking JD, Youngblood M, et al. Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence (The COMBINE Study): examination of posttreatment drinking outcomes. J Stud Alcohol Drugs. janv 2008;69(1):5 13.

Fuller RK, Branchey L, Brightwell DR, Derman RM, Emrick CD, Iber FL, et al. Disulfiram treatment of alcoholism. A Veterans Administration cooperative study. JAMA J Am Med Assoc. 19 sept 1986;256(11):1449 55.

Palpacuer C, Laviolle B, Boussageon R, Reymann JM, Bellissant E,Naude tF (2015) Risks and Benefits of Nalmefene in the Treatment of Adult Alcohol Dependence : A Systematic Literature Review and Meta-Analysisof Publishedand Unpublished Double-Blind Randomized Controlled Trials. PLoS Med12(12):e1001924.doi:10.1371/journal. pmed.1001924

Nalméfène (Selincro°). Alcoolodépendance : pas de progrès avec le nalméfène - Prescrire (La Revue) > Tome 34, n°363 (Janvier 2014). - 6-9

5 – « Le militantisme en faveur du baclofène pour le traitement de l'alcoolodépendance : un activisme thérapeutique. » Françoise Champion, chargée de recherche honoraire au CNRS - 2016

6 – « La saga du baclofène : le vent tourne. » Pr Bernard Granger, psychiatre, chef de l'unité de psychiatrie et d'addictologie de l'hôpital Tarnier – Paris

7 – « Baclofène. Paroles de patients. » Revue Le Flyer n°62, Sylvie Imbert, Présidente de l'association Baclofène.

8 – « Baclofène. Paroles de patients. » Revue Le Flyer n°62, Renaud de Beaurepaire, psychiatre, neurobiologiste, chef de service à l'hôpital Paul Guiraud, Villejuif

9 – « Le dernier verre » Pr Olivier Ameisen, Ed. Denoël, 2008

10 – Les trois associations françaises

Association Aubes / www.baclofene.fr / www.medecin-baclofene.fr = sites et forums patients et médecins

Association Baclofène / www.baclofene.org / www.baclofene.com = sites et forum patients

Association RESAB / www.resab.fr = formations médicales présentielles et e-learning, en DPC

11 – Par ordre chronologique et suite à « Le dernier verre » Pr Olivier Ameisen, Ed Denoël, 2008

« Indifférence » Laurence Cuny, Bastien Joussaume, Ed Le Publieur, 2012

« Vérités et mensonges sur le baclofène » Dr Renaud de Beaurepaire, Ed Albin Michel, 2014

« Il y a toujours un après » Christophe Billoret - Ed Les arènes, 2014

« Enfin libre grâce au Baclofène ! » Agnès Renaud - Ed Bussières, 2015

« Se libérer d'une addiction sans drogue » Claude Goffart - Ed l'Harmattan, 2015

« Baclofène, la fin de notre addiction » Association Baclofène - Ed Josette Lyon, 2015

12 – CNAMTS, 1ère journée d'addictologie de l'ADLACA, 15 janvier 2015, Lons-le-Saunier

13 - «The tipping point» Malcolm Gladwell, Ed Little Brown and Company, 2000

14 – Editorial du Flyer n°62, Mustapha Benslimane, rédacteur en chef

15 – « VIH/Hépatites – La face cachée des discriminations » AIDES 2015

16 – Evolution depuis 2007 du marché des médicaments contre l'alcoolisme » données fournies gracieusement à l'association Olivier Ameisen par OpenHealth Company / www.openhealth.fr

17 – « Le coût social des drogues en France » Pierre Kopp, OFDT, sept-15

18 – « L'alcool en Europe, une approche en santé publique » Anderson, P et Baumberg,B – Rapport à la Commission européenne – Direction générale santé & protection des consommateurs – Londres juin 2006

19 – Trois publications sur ce sujet :

Charlotte Hess and Elinor Ostrom, (edited by) Understanding Knowledge as a Commons From Theory to Practice, MIT, 2006.

Charlotte Hess et Elinor Ostrom (eds.), Understanding Knowledge as a Commons, The MIT Press Cambridge, Massachusetts, London, 2007, p. 5.

Ostrom, Elinor et Walker, James (éd.), Trust and Reciprocity: Interdisciplinary Lessons for Experimental Research {Volume VI in the Russell Sage Foundation Series on Trust}, Russell Sage Foundation, 2003

20 – http://baclophone.chru-lille.fr/page0bis-html.html

21 – « L'entrepreneuriat en France : une comparaison internationale » Nziali, E et Fayolle, A – EM Lyon – Global Entrepreneurship 2012 France Report

22 – 45 publications « Nicotin AND Parkinson », classées par pertinence in extenso - Recherche restreinte aux résumé et mots clefs, filtrés sur le sujet Parkinson – Sources Science Direct & Elsevier - Disponible en open data, sur demande à : contact@o-ameisen.org

23 – association A2N, neurothérapie et nicotine : http://neuronicotine.eu/

Comment organiser le dispositif de prévention, de RdR et de soins, pour qu'il intègre la RdRD et propose des espaces différenciés mais sans les cloisonner ?

Jean-Pierre COUTERON
Président
Fédération Addiction
BOULOGNE BILLANCOURT
couteronjp@wanadoo.fr

La notion de « risque », pour les usagers de drogues, recouvre, selon le Comité national d'éthique, trois dimensions[1] : la dimension du risque sanitaire (les décès par overdose, les contaminations par le VIH et par le VHC et autres hépatites, les complications psychiatriques), la dimension du risque social (la désinsertion sociale et professionnelle) et la dimension des comportements à risques (partage des seringues, pratiques sexuelles extensives et non protégées). Elle se situe dans un positionnement original, entre question de santé et problématique de sécurité publique.

A) Perspective européenne des liens entre RdR, Soins et Prévention des addictions

Anne Coppel situe l'origine RdR dans l'abandon du partage des seringues par les héroïnomanes de rue observé par l'ethnographe Samuel Friedman. Friedman et Don Des Jarlais[2] vont promouvoir cet auto-support, montrant que le message se transmet mieux d'usager à usager. A l'échelle européenne, le terme va s'appliquer à l'approche en santé publique mise en œuvre pour répondre à l'épidémie par le VIH Sida. Elle valorise les capacités de chacun à se prendre en charge. Son efficacité est renforcée par l'ajout d'outils validés scientifiquement, programmes d'échanges de seringues stériles (PES) et traitements de substitution aux opiacés (TSO)[3]. Cette approche sera complétée sur un versant de sécurité publique, par une prise en compte du rôle de la RDR dans la gestion de l'espace public et des difficultés qu'y génèrent l'usage : « In the early 1990s, neighbourhood protests were a major obstacle to the implementation of the harm reduction model. In the face of such a stalemate, some moderate harm reduction advocates began to question the adequacy of their priorities. They began to consider that, if the harm reduction approach was to be preserved, the facilities needed to be managed in a way that drastically reduced public disturbances. This is how the idea of ***Stadtverträglichkeit*** (city compatibility) emerged as a guiding principle for harm reduction (for details, see Kübler 2000: 215–24). This concept postulates that **harm reduction interventions should place equal emphasis on drug users' health and on public order issues**. It attempts to find an equilibrium in which a certain level of police repression maintains public order, without impeding the accessibility of harm reduction facilities for drug users. » Cette idée était aussi au cœur du débat mené par le collectif à l'origine de la relance du débat sur les salles de consommation à moindre risque (SCMR) ([4], [5]).

Selon les pays, ce déploiement se fera plus ou moins dans la continuité d'actions déjà amorcées, dans un contexte plus ou moins transdisciplinaire[6], et alors que les premiers programmes de régulation de la consommation d'alcool[7] ouvrant des alternatives à l'abstinence se mettent timidement en place. A partir des années 80, l'ampleur de l'épidémie du virus du Sida va accélérer le mouvement. En France, ce déploiement sera tardif (1987 pour la vente libre des seringues et 1995-96 pour l'accès élargi aux TSO), souvent en rupture avec l'existant provoquant des clivages décrits par Marie Jauffret Roustide[8]. Durant les années 1990 et 2000, la réduction des risques va bénéficier d'une reconnaissance croissante dans la pratique et dans la loi. En 2004, la loi de santé votée en France intègre la RdR dans le cadre de la lutte contre les infections et la Loi de modernisation du système de santé qui vient d'être adoptée en 2015 en étend le bénéfice à l'ensemble des addictions.

B) Exemples d'organisation intégrée RdR, prévention et soins

1) Pays-Bas : la RDR y a été initiée dès les années 70, avec les usagers comme partenaires [9] et dans la suite de la commission Baan qui en impose les principes pragmatiques[10]. En 1985, le rapport Engelsman[11] promeut la notion de « nuisances » et achève l'intégration de la réduction des risques dans une politique dont le but est d'équilibrer la réponse entre santé publique, ordre public, en restant dans le cadre des traités internationaux. Son organisation gradualiste intègre les valeurs de la réduction des risques, avec une différenciation pragmatique de la dangerosité des produits et des mesures visant à en réguler l'usage récréatif — dont la régulation de la vente de cannabis — et le traitement des usages problématiques et des dépendances[12]. En 1995, le rapport *Politique en matière de drogue aux Pays-Bas : Continuité et Changement* [13] en fait un bilan positif : taux de consommation parmi les plus faibles d'Europe, nombre d'overdose très bas (42 pour l'année 1991, contre 411 en France)[14]. Il est plus critique vis à vis d'un système de soin et de prévention resté trop centré sur l'abstinence alors « …qu'il existe différents groupes de toxicomanes….dont la situation fait que l'abstinence ne peut pas être considérée comme une option réaliste… le seul besoin réel… est le repos et une possibilité de se remettre. Si…l'abstinence est fixée comme objectif, un nombre considérable de clients - la pratique l'a montré - arrêtent immédiatement le traitement ou l'interrompent à un stade précoce ».[15] Le rapport recommande plus d'intégration des dispositifs et une offre plus diversifiée, la création d'une clinique médicolégale en alternative à la peine, et plus d'attention à la prévention et à la socialisation des personnes ainsi que l'ouverture d'un programme d'héroïne médicalisée[16].

Dans le cadre de la Stratégie pour le Soutien Social, les mesures de RdR sont intégrées à des dispositifs qui engagent un large spectre d'acteurs, du logement aux compagnies d'assurance en passant par les acteurs de santé, les acteurs judiciaires et la police. Ces dispositifs sont pilotés et mis en œuvre par des services municipaux et/ou des médecins généralistes, pour les traitements infectieux et la RdR, les traitements de substitution aux opiacés et les soins psychiatriques et des associations pour les activités de jour, hébergement et l'accompagnement social. Le système a un versant ambulatoire, avec des « bureaux de Consultations pour l'Alcool et les Drogues » (CAD) qui mettent en œuvre une mission très large et intégrée de « prévention, consultation et assistance », avec ou sans division des tâches entre programme de substitution, abri de nuit pour toxicomanes, consultations psychothérapeutiques, actions de prévention, projets de coopération avec la police, assistance spécialisée en prison… La Buprénorphine est peu prescrite et les traitements de méthadone sont délivrés par des médecins généralistes et par les CAD. L'héroïne médicalisée (enregistrée comme médicament depuis 2007) est prescrite dans le cadre de traitement spécifique par certains CAD. Les CAD portent aussi des « abris », dispositifs d'accueil de jour et d'accueil de nuit, qui proposent un accueil et une orientation de type bas-seuils, similaire aux CAARUD avec sleep in. Pour certains, un espace d'usage est accessible pour les consommations des personnes. Les 37 SCMR, situées[17] dans une quinzaine de villes[18], sont portées par des structures associatives et/ou municipales d'accueil dit « bas-seuils » et intégrées aux dispositifs déjà existants. Le soin résidentiel repose sur 20 cliniques (la moitié rattachée par les hôpitaux psychiatriques), lieux de sevrage et d'aide au maintien de l'abstinence suivant le principe pragmatique de la réduction des risques et des méfaits. Les services et programmes de prévention font donc aussi partie des missions des CAD, en collaboration avec des associations non gouvernementales et grâce aux financements directs du ministère de la santé. Ils visent en majorité les publics jeunes, enfants de personnes consommatrices et/ou dépendantes, en milieu scolaire ou sur les interventions en rue et en maraude pour les publics spécifiques (jeunes en errance, milieu festif…). Ils sont menés par des travailleurs sociaux.[19]

2) Suisse : à partir de 1990, la Suisse adopte une approche qui ne se limite plus aux soins et qui donnera la politique des quatre piliers, prévention, répression, soins et réduction des dommages[20]. Guy-Olivier Segond, magistrat en charge des affaires sanitaires et sociales à Genève, a convaincu le Conseil d'Etat d'autoriser des mesures, dont l'ouverture du Bus Itinérant Prévention Sida (BIPS) pour s'intéresser au présent des consommations, sans redouter d'en être complice. Cette étape s'est faite avec la mobilisation du réseau des

professionnels, et notamment du Dr Annie Mino, alors médecin cheffe de la Division d'abus de substances des HUG et celle de Christophe Mani qui mettra sur pied les structures d'accueil Bips, Boulevards et Quai 9. Il sera complété par un pôle « festif », des dispositifs de « maraudes » et par un pôle « valorisation des compétences sociales des usagers » sur des actions types « petits jobs », visant la réinsertion des personnes par l'emploi, dans le cadre de l'accompagnement. La recherche d'un équilibre objectifs de santé/objectifs de sécurité publique va être constante[21]. Ainsi, l'impact de ces programmes sur les vols et autres délits sera pris en compte avec autant d'attention que les éléments permettant de cerner l'impact sur la santé[22].

3) Grande Bretagne : de par son histoire avec l'Opium, la Grande Bretagne avait permis[23] aux médecins généralistes de prescrire des substances classées comme stupéfiants aux personnes qui ne parvenaient pas à devenir ou rester abstinents, pour les aider à s'insérer et à « limiter les effets secondaires » de leur dépendance. En 1971, le Misuse of Drugs Act établit une classification de base des produits suivant leur dangerosité. En 1986, les premiers programmes d'échange de seringues sont lancés. L'année suivante, un rapport officiel fait du Sida un danger sanitaire plus important que la dépendance, déclenchant la conceptualisation en tant que politique publique de la « réduction des risques » (« Harm Reduction ») ; c'est en Grande-Bretagne que le terme voit le jour. Les prestations sont intégrées, campagnes d'informations et de prévention, accueil et accompagnement, délivrance et récupération de matériel de consommation, dépistage, vaccination et traitements antirétroviraux VIH et VHC, Naloxone et formation à son utilisation sont délivrées par des centres publics — Public Health England— et par des collectivités locales, financées par le National Health Service. Le matériel de réduction des risques (seringues et petit matériel) est ainsi accessible dans toutes les régions, principalement en pharmacies et dans les centres de traitements spécialisés, mais aussi via les unités mobiles d'outreach — bus ou équipes.

4) Portugal : la législation portugaise s'est modernisée durant les années 1970 et 1980. A la chute de la dictature, une évaluation des services et de la criminalisation de l'usage produit des données scientifiquement validées, qui conduiront à privilégier[24] une approche de santé médico-psychosociale. En 2001, tout en maintenant leur caractère illégal, la décriminalisation de l'usage et des actes liés aux drogues illicites est retenue pour répondre à l'essor des consommations et overdoses ainsi que des infections par le VIH. Une personne arrêtée pour usage ou possession d'une petite quantité de drogues (équivalent à 10 jours de consommation quotidienne moyenne) est orientée vers une commission de dissuasion des addictions. Celle-ci, composée d'un avocat, d'un médecin et d'un travailleur social, évalue les besoins en santé afin de proposer une aide au rétablissement pour la personne, qui ne dédouane pas d'une possible sanction.
La réduction des risques est l'un des éléments des « services publiques du traitement de la dépendance aux produits stupéfiants » associant la prévention, le traitement de la dépendance, la réinsertion socioprofessionnelle, gérés par des administrations régionales du ministère de la Santé, équivalentes à nos Agences Régionales de Santé. Des associations non gouvernementales financées par l'Etat peuvent également gérer des centres, notamment pour les traitements antirétroviraux du VIH et du VHC et les prestations et outils de réduction des risques. Les dispositifs sont situés dans les zones où la densité de consommations est la plus forte, pour y réduire les risques de désaffiliation, d'infections ou de délinquance. Ils intègrent plusieurs espaces et services : délivrances de TSO à bas-seuils d'accessibilité, équipes mobiles d'aller-vers, prestations d'accueil et de réduction des risques, personnels dédiés à l'insertion professionnelle (accompagnement vers l'emploi, chantiers d'insertion), dispositifs d'hébergement et/ou de sevrage (type Communautés Thérapeutiques).
La Réduction des risques fait aussi l'objet de programmes complémentaires, en réseau, autour de l'échange de seringues, de l'accueil, de l'accompagnement et des traitements de substitution « bas seuil ». Le plus grand de ces programmes d'échanges de matériel, qui présente un volet d'information et d'éducation, est porté par l'association nationale des pharmacies.

La prévention des usages de substances psychoactives est interministérielle, sous forme de programmes adaptés par publics et financés par le ministère concerné par l'action (éducation nationale pour les interventions en milieu scolaire, emploi pour celles ayant lieu en milieu professionnel…). Inscrits dans le Plan national contre les drogues et les dépendances, déclinés en Programme d'Intervention Ciblée[25], ils sont mis en œuvre par des équipes pluridisciplinaires issues des centres de réponse intégrée, garantissant une approche incluant tous les axes de l'accompagnement : prévention des premiers usages, sensibilisation et responsabilisation, réduction des risques, traitement et réinsertion.

5) Conclusion : une intégration gradualiste dominante en Europe

Avec l'émergence du Sida, des pays européens ont adapté leur perception des usages de drogues, le changement de paradigme allant même jusqu'à impacter le point de vue légal (comme au Portugal ou aux Pays-Bas). Ce renouveau s'est cristallisé sur le pragmatisme et l'efficacité de la réduction des risques. En Europe, cette approche par les pairs, fondée sur le non-jugement et l'accompagnement individuel, s'est intégrée à la médecine de ville autant qu'aux dispositifs plus spécialisés, et selon une logique gradualiste[26]. Qu'en est-il en France ?

C) Le contexte français

1) Un regard sur les drogues qui met du temps à changer

En France, la RdR arrive alors que dominent les logiques **juridique et thérapeutique** de la loi de 70. La première, au nom de la protection de la personne et de la société, différencie le « stupéfiant » dont elle prohibe l'usage, de celui de l'alcool ou du tabac qu'elle régule ; la seconde fait de la perte de contrôle de l'usage le symptôme d'une souffrance psychique à soigner, ajoutant à la menace pénale les conséquences somatiques ou psychiques de l'usage. Jusqu'à l'arrivée de la **logique RdR**[27], ces deux logiques vont séparer les acteurs entre santé et sécurité et entre légal et illégal, focalisant le soin sur l'abstinence. En 1978, le rapport Pelletier, première évaluation de la loi de 1970 affirme encore que « la toxicomanie n'est pas un problème de santé publique ». La mortalité des toxicomanes y est jugée négligeable et l'usage de drogues est abordé comme une déviance. Le trajet de soin se déroule dans un temps linéaire, enchainant la rencontre autour de la demande d'arrêt de l'usage, du traitement des conséquences sociales et/ou d'écoute de la souffrance psychique, puis le sevrage, temps d'abandon du produit et de sortie de la dépendance ; enfin, en résidentiel ou en ambulatoire, aidé ou pas par les groupes néphalistes, la réhabilitation et le retour à la société. Ce trajet rend secondaire de s'intéresser à l'usage. Il vise à l'adoption d'un mode de vie sain et à une sortie de l'usage par inculcation normative ainsi que la nomme Marc-Henri Soulet[28], permettant d'échapper à l'emprise du produit en rompant avec un monde pour aller vers un autre. Cesser d'être toxicodépendant revient à **changer de vie** par une conversion identitaire, devenue la norme de la guérison et le seul chemin proposé à la diversité des usages et usagers, et en en laissant plus d'un sur le côté.

Le sida va imposer de diversifier ce parcours de soin et d'en déplacer les points d'entrées et de sorties, élargissant d'autant le champ des usagers rencontrés, souvent loin de la prise en charge, hors du champ médical, dans les sphères festive ou sociale, à des usagers précaires, marginalisés ou au contraires insérés et engagées dans d'autres modes de vie. La naissante RDR est portée par des ACTEURS, usagers et professionnels regroupés notamment dans le collectif Limiter la casse[29], *contre* une part des acteurs du soin aux toxicomanes. La demande de sevrage n'est plus l'unique porte d'entrée, on peut rencontrer l'usager avant et ailleurs, grâce à l'aller vers. La RdR va s'intéresser à l'usage comme à un acte, avec ses risques et ses évolutions possibles. Elle propose aux injecteurs ses outils : programmes d'échange de seringues et distribution de matériel stérile, accès aux TSO.

En 1994, elle n'a encore qu'un statut expérimental, simple appendice d'une lutte contre la drogue qui ne devait pas être abandonnée « sous prétexte de sida »[30]. Ses résultats scientifiquement validés, lui permettront d'être intégrée aux politiques officielles dans la loi de santé de 2004 et des DISPOSITIFS seront créés dans les années suivantes, qui sépareront les CSAPA (Centre de soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie), médicalisés, pour les soins dont les TSO, et les CAARUD, non médicalisés, dédiés à la RdR et au matériel stérile. L'échange de seringues, initié par des acteurs associatifs (Aides

notamment), des pharmaciens d'officine, des militants de l'auto-support ou par les professionnels des premières « boutiques »[31] devient une des 7 missions du CAARUD[1]. En 2014, le RESPADD[32] recense 49 Programmes d'Echanges de Seringues (PES) en pharmacie. L'enquête de 2015 de la Fédération Addiction estime à près de 50% les CAARUD portant un PES en pharmacies, pour la plupart à l'échelle de leur département. Toutes les structures délivrent de l'information et du matériel d'injection, sous la forme de trousses d'injection pour 82% d'entre eux et/ou de matériel en vrac pour 89% d'entre eux. Les 6 autres missions sont assurées selon la taille et les moyens des équipes.
Les MSO ont été proposés en ville par des médecins généralistes pour la Buprénorphine et par des militants venus de l'humanitaire (notamment Médecins du Monde), dans une logique de seuil adapté, pour la méthadone. Dans la suite des Autorisation de Mise sur le Marché délivrées en 1995-1996 pour le traitement de la dépendance aux opiacés, la prescription en première intention de la méthadone est donc devenue l'une des deux missions obligatoires des CSAPA. La même enquête de la Fédération Addiction révèle que 98% des CSAPA répondant considèrent les TSO comme un outil de réduction des risques et 91% ont inscrit la RdR à leur projet d'établissement.
Au-delà de cette double accessibilité, la RdR va ouvrir un espace qui redonne à l'usager une citoyenneté et l'aide à prendre soin de lui-même en prenant en compte ses usages, dans leur diversité, de l'injection au sniff. Elle permet à **de nouveaux acteurs, usagers de l'auto-support ou professionnels,** d'investir cet espace entre usage et abstinence, celui du prendre soin. « Cette inclusion des usagers dans le champ thérapeutique de la toxicomanie est une marque de fabrique, celle de la réduction des risques réagissant à la « psychologisation » des questions de drogues. »[33] . Devenir « abstinent » n'est plus la seule sortie, une sortie par subjectivation s'invente, que Marc Henry Soulet associe à **changer sa vie,** pour la mettre en cohérence avec ce que l'on fait, ce que l'on éprouve et pense, grâce à un travail sur soi : « On…doit…changer la façon dont l'histoire est agissante en soi, par une négociation identitaire qui suppose la prégnance du récit comme moyen de traiter les contradictions de son histoire, pour soi et pour les autres ».[34]
La Réduction des Risques devient tout à la fois **une partie** des dispositifs de réponse aux addictions, dans une logique de soins, et **un axe** de l'accompagnement des personnes faisant usage de substances, quelque qu'il soit, dans une logique de santé, ainsi que cela se manifeste dans une grande partie de ce qui fonde la spécificité de la RdR en milieu festif. Elle permet d'aller à la rencontre de tout type d'usagers, expérimentateur ou usager quotidien ou occasionnel. Elle s'appuie sur une transversalité de l'accompagnement alliant prévention, réduction des risques, approche expérientielle et soins. Elle peut provoquer la rencontre d'acteurs aux horizons variées (professionnels, auto-support, usagers de la fête, idéalement là encore, acteurs de la sécurité publique) assurant ainsi une capitalisation et une convergence des expériences. Cette évolution s'est faite difficilement, pour partie dans l'opposition à la définition du soin et à nombre de ses acteurs, pour partie sans cohérence avec les options de sécurité publique.

2) Diversifier les approches pour répondre aux évolutions sociétales : plus progressif que le choc du sida, une autre évolution va toucher les acteurs de la promotion de la santé. Sortis des batailles des années 50 gagnées contre les épidémies à coups de vaccination et de quarantaines, ils découvrent qu'une part importante des maladies chroniques et dégénératives est liée aux **styles de vie** : usages de substances, manque d'exercice physique, exposition au soleil. La santé « devient un devoir » et la prévention nécessite de faire les bons choix[35], d'éclairer les décisions, de s'adresser aux compétences autoréflexives d'un citoyen autonome et responsable afin qu'il **transforme ses comportements**. Or ce citoyen raisonnable se révèle difficile à rencontrer, soumis qu'il est à l'impact des inégalités sociales ainsi qu'à diverses influences sociétales dont un marketing et une publicité de plus en plus « prescriptifs ». D'autant que dans les années 90, cette mutation des styles de vie

[1] 7 missions : l'accueil, l'accès aux soins, l'accès aux droits sociaux, le contact avec l'usager, la médiation, l'accès aux outils de prévention, et l'alerte sur les phénomènes émergeants

s'accélère dans un moment où les transformations économiques et techniques s'ajoutent les unes aux autres. L'imbrication de quatre évolutions, mutation généralisée des institutions et des rituels sociaux et communautaires, primauté d'une culture de l'intensité, de l'excès et de l'accès immédiat à l'objet du désir, injonction de gestion de soi (autonomie, performance et authenticité) et aggravation des déséquilibres économiques et de la précarisation, dessinent un courant addictogène[36]. Accompagner au mieux cette évolution nécessite d'organiser autrement les régulations et pratiques. L'addictologie naissante va placer les acteurs de l'alcoologie et de la toxicomanie dans des dispositifs communs, avec les mêmes enjeux : associer les compétences sans nier les particularités des produits et expériences. Avec les lois Veil et Evin, et la circulaire de mai 2007[37], les substances légales commencent à perdre leur fausse réputation de « moindre danger ». Il faudra les rapports Roques et Parquet à la fin des années 90 pour réévaluer complètement la dangerosité des drogues licites et illicites. La prévention ne se limite plus à un « non à la drogue » ; l'usage est distingué de l'abus ou de la dépendance.
Cette dynamique, la volonté d'étendre les bénéfices de la RdR à l'ensemble des effets délétères et risques sociaux qu'accentue le courant addictogène, celle de continuer de rencontrer d'autres usagers oubliés, vont pousser à intégrer encore plus la RdR dans la posture professionnelle ainsi qu'à en diversifier ses outils : RdR pour d'autres modes d'usage que l'injection, RdR alcool, RdR tabac. La réforme du statut des jeux de hasard et d'argent, l'arrivée des problèmes d'abus d'écrans finissent de faire advenir un paysage bien différent. Cette période est celle de l'extension du domaine de la réduction des risques … L'arrivée du baclofène et de l'e-cig montre le rôle que continuent de jouer les usagers pour faire émerger des solutions plus proches de leurs modes de vie et répondants mieux aux variétés de situations rencontrées. Le milieu festif permet de repérer les nouvelles pratiques de consommation et les nouvelles substances en circulation. C'est le cas des Research Chemicals (RC) qui apparaissent souvent par ce biais. Ce le fut pour le binge, cette modification des comportements face à l'usage d'alcool chez un public adolescent en recherche d'intensité rapide que la pluralité des contextes approchés dans le milieu festif, son appropriation des zones « off » et sa connaissance des codes qui y sont rattachés ont permis de mieux cerner. Ces différents aspects sont des facteurs importants de la veille sanitaire.

3) L'organisation des dispositifs et acteurs va ensuite être modelée par le plan addiction 2007-2011 et ses 6 priorités, ses 14 objectifs et 26 mesures. Il concernait les trois secteurs, ville, médico-social et hôpital, dont les modes de gestion et d'organisation différents, y compris budgétairement, déterminaient la complémentarité des missions et pratiques de soins, prévention et RdR. Il est donc utile de revoir rapidement comment il organisait la naissante RdR.
Les hôpitaux, très engagés, dans le sevrage du malade alcoolique et ses soins de suite, notamment les troubles cognitifs, étaient plus en retrait quant à l'accueil des toxicomanes, hors les « passages aux urgences ». Ils n'avaient donc que peu participé à l'accessibilité du matériel stérile et des MSO, malgré le rôle pilote de certains services et l'ouverture de la possibilité d'initialiser le traitement méthadone faite en 2002[38]. Le plan Addiction les dotera d'un « niveau de proximité », de consultation d'addictologie et d'une équipe de liaison et de soin en addictologie, avec mission de repérer et aider les patients en difficulté pendant leur hospitalisation[39]. Le niveau de « recours » est celui des services d'hospitalisations, pour sevrage simples ou complexes, complété par de la consultation, de la liaison et un hôpital de jour[40]. Les pôles hospitalo-universitaires d'addictologie, centres régionaux de référence, de formation, et de recherche coordonnent la clinique avec les structures de recherche institutionnelles (INSERM, CNRS...) et la recherche fondamentale.
Le dispositif médico-social où s'étaient cristallisées les tensions de l'arrivée de la RdR, se voit confier l'accompagnement sur la durée des prises en charges globales, une part de l'intervention précoce en amont de la maladie et du temps hospitalisation, ainsi que « la poursuite de la politique de réduction des risques ». Le plan annonce les CSAPA (essentiellement par fusion des dispositifs alcool et toxicomanies), la création de places de Communautés Thérapeutiques et d'Appartements de Coordination Thérapeutique et « la mise en conformité des CAARUD », confirmant une « institutionnalisation » de la RdR. Pour

améliorer « l'accessibilité aux TSO, lutter contre le trafic et agir contre leur mésusage », il reprenait les préconisations de la conférence de consensus de septembre 2004 : équilibrer méthadone et buprénorphine haut dosage, nouvelles galéniques pour la méthadone, notamment forme sèche, primo prescription de la méthadone en médecine de ville. Il demandait aussi que soient évalués « les outils de réduction des risques et les dispositifs médicaux de réduction des risques ».

L'offre de soins en ville était vue sous l'angle du repérage précoce et de ses liens aux autres secteurs. Les mesures évoquées étaient la création des réseaux en addictologie, dotés d'un rôle important dans l'articulation et la coordination des différents secteurs, des schémas régionaux d'addictologie, l'installation de la « Commission addictions » de la Direction Générale de la Santé et une audition publique de la HAS sur « Abus, dépendances, polyconsommations : stratégie de soins ». Dans les faits, médecine de ville et pharmaciens d'officine continuaient d'assurer l'essentiel de l'accessibilité aux MSO, notamment à la buprénorphine, les officines contribuant en plus à l'accessibilité au matériel stérile. La priorité « prévention » comportait une campagne nationale, la mobilisation de 5 régions sur le repérage précoce et l'intervention brève alcool et le développement des pratiques d'Intervention Précoce, intégrées aux Consultations pour Jeunes Consommateurs (CJC) des CSAPA.

Les rapports entre RdR, soins et prévention se sont développés dans ce cadre, managés par les naissantes Agences Régionales de Santé (ARS) et dans un contexte de mise en concurrence économique des opérateurs qui ne sera pas sans difficultés. Le passage à une programmation régionale qui finance les DISPOSITIFS (CAARUD ou CSAPA, CJC, Elsa, SSRA CT et CTR, ACT et AT) selon LEURS MISSIONS est parfois retardé par la persistance d'un financement par opérateur qui laisse de côté toute une part des dispositifs pourtant concernés par la mission entrainant des confusions rencontrées de façon répétées au gré des enquêtes [41] :
- des établissements médico-sociaux en gestion hospitalière se transforment en consultations « externes » d'addictologie,
- des lieux de soins « généralistes » restes centrés sur la seule spécialité « licite », se limitant à une adjonction d'une activité «addiction sans substance» ou « cannabis » ou CJC ;
- des CSAPA en restent à leur identité « thérapeutique », systémique, psychanalytique ou autre et négligent les missions d'accessibilité aux traitements ou au matériel de RdR ;
- le RPIB est confondu avec l'IP, l'action en milieu festif est coupée des acteurs des CJC et autres Elsa ou services d'Urgences.

Conscient de ces problèmes, le plan 2113/2017, décliné en 2 phases, s'est attaché à cibler des populations vulnérables et à clarifier les missions, tout en assurant dans la loi de santé la sécurisation et l'extension de la RdR.

D) Problématique de l'extension de la RdR en France

Cette extension au-delà de ses missions et territoires d'origine a placé la RdR à la jonction de la prévention et des soins, dans un espace jusqu'alors délaissé par les politiques sanitaire et pénale. La RdR y affronte trois objections héritées de son contexte d'installation qui ont pesé sur son organisation.

1) La RdR affaiblit-elle l'interdit de l'usage ?

Du côté de la prévention, l'objection est de faciliter la transgression de l'interdit d'usage posé par la loi, en atténuant le risque. Aller vers l'usager et ses usages, ses premières expérimentations, dans ses univers de vie est le cœur des nouvelles actions de prévention, dans la ligne de « l'outreach » de la réduction des risques. Les questions posées au cadre légal par l'analyse de produits (refus du testing par exemple dans la loi de 2004) ou par l'accès aux salles de consommation, comme celles posées à la médecine pour déterminer des seuils d'usage « raisonnable », notamment d'alcool montrent les limites de l'approche binaire où la « prévention RdR» affaiblirait l'interdit en affaiblissant les raisons d'avoir peur.

Les SCMR salles de consommations à moindre risque sont accusées d'incitation à l'usage comme le furent les PES ou le testing, les campagnes de type SAM[2] autoriseraient la défonce à l'alcool, et l'e-cigarette serait une porte d'entrée au tabagisme. Dans ce cas particulier, la difficulté à faire reconnaître la logique de RDR est même particulièrement spectaculaire.
Cette objection repose sur une conception de l'interdit réduit à la seule crainte de la sanction ou de la maladie. Si elle diminue, la transgression augmenterait mécaniquement. Dans les faits, la RDR n'affaiblit pas l'interdit préventif qu'elle complète par de l'information sur les risques et par la protection des personnes, apportant une attention à l'autre qui autonomise la prévention de la seule dimension « punitive » auquel elle est souvent réduite.
La RdR est un tiers bienveillant qui mobilise le « prendre soin ». D'autant que prévenir nécessite d'accepter la diversité des postures et de leur complémentarité : l'adulte peut tout à la fois, en tant que parent, interdire à un mineur d'aller faire telle ou telle expérience, et souhaiter que s'il transgresse l'interdit, il soit protégé des conséquences extrêmes. D'où une conjugaison logique, par la posture de l'intervenant, de la réduction des risques et de la prévention de la dépendance. La RdR diversifie la prévention, l'aidant à répondre à une société plus diverse, aux comportements d'usage multiples et précoces.

2) La RdR remplace-t-elle« soigner » par« laisser faire » ?
Sur l'axe du soin, l'objection est l'absence d'intentionnalité de changement, la « passivité » face au comportement d'usage. La RDR déresponsabiliserait l'usager en atténuant les dommages de l'usage. Cette objection mobilise une conception de la motivation au changement comme résultat d'un épuisement du plaisir, d'une dégradation des conditions de vie. La RdR montre qu'il n'est pas nécessaire d'attendre la dégradation de la personne pour l'engager dans le changement, son accueil inconditionnel, certes dénué d'intention de « soigner l'usage », privilégie **la rencontre** des usagers « là où ils en sont », du plus festif au plus précaire, du plus intégré au plus marginalisé. Rencontrer est l'autre enjeu de la RdR, complémentaire de la production et diffusion d'outils pour agir sur les pratiques à risques. Il ouvre à une clinique qui voit la consommation comme un aménagement, une solution bricolée pour se soutenir dans la vie, améliorer son travail, accompagner son plaisir. Cette solution comporte des effets bénéfiques sur l'économie interne, mais aussi un « trop », un « excès» qui peut faire symptôme. Cette dimension d'accompagnement individuel prend le contre-pied d'une conception du soin fondée sur la demande et l'idée qu'il faudrait « toucher le fond » pour quitter l'enfer de la drogue.
La RdR assume pleinement cette intentionnalité de la rencontre et de l'accompagnement des personnes et de leurs usages. Elle se place du côté de la santé, du prendre soin de soi et pas comme une simple étape en amont d'un parcours de soin prédéfini. Elle aide à arbitrer les attentes contradictoires propres à la nature humaine dont elle assume l'ambivalence, entre plaisir et risque, entre ascèse et hubris, elle veut éviter les accidents de vie, ces évènements indésirables qui se cachent derrière l'usage.

3) La RDR est-elle trop « médicalisée », trop « institutionnalisée » ?
Sur l'axe de la RdR même, l'objection est celle de sa trop forte « médicalisation », qu'illustre l'extension aux dommages. Son origine dans la lutte contre le VIH l'a liée aux savoirs de la médecine, comme l'évoque Anne Coppel : « En France, nous étions persuadés que la toxicomanie n'était pas une maladie mais le symptôme d'une souffrance psychique. Il y a désormais des médecins convaincus que la dépendance est une maladie qui est traitée par un médicament – et que le médicament se suffit à lui-même… Les interprétations univoques sont dangereuses. Elles conduisent à des politiques simplistes qui se limitent au médicament

[2] **Sam (**« Sans Accident Mortel ») est une campagne française contre l'alcool au volant, ciblant les jeunes conducteurs avec le slogan « celui qui conduit, c'est celui qui ne boit pas ». Elle a été lancée pour les fêtes de fin d'année 2005. Sam, personnage affublé d'une grosse tête, mais resté sobre, ramène ses amis vivants en voiture.

ou {…} aux outils ; elles conduisent à négliger l'essentiel, c'est à dire la façon dont les hommes s'en servent. » [42] La crainte que la réponse chimique, après la réponse psychothérapeutique, se substitue aux approches éducatives ou sociales, nuisant au rétablissement des compétences de contrôle, d'autonomie et de responsabilité nécessaires à l'évolution des styles de vie est réelle. Marie Debrus et Elisabeth Avril expliquent que si « la réduction des risques est efficace, c'est parce qu'elle agit avant même l'apparition des dommages et parce qu'elle tient compte de la perception des risques de la personne… Même s'il est nécessaire de s'appuyer sur des éléments scientifiquement éprouvés, il paraît important de ne pas pour autant s'enfermer dans un dictat des sciences et de l'épidémiologie où les individus devraient se conformer à des normes et ne seraient perçus que comme des sujets à risque : risque de se contaminer, risque de devenir dépendants. C'est la RdR qui en perdrait son essence… L'approche retenue ici apparaît donc principalement comme médicale : **le 'cure' semblant encore prendre le dessus du 'care'**».[43]
La même inquiétude d'une perte de la spécificité de la RdR, notamment de sa spécificité d'auto-support, transparait dans le reproche d'une trop forte « institutionnalisation » résultant de la loi de Santé de 2004. Son intégration au dispositif médico-social lui ferait perdre la possibilité d'employer des usagers sur des postes salariés. Elle deviendrait l'affaire de professionnels, éducateurs spécialisés ou infirmiers, ignorant des usages et centrés sur une logique « thérapeutique » plus que d'accompagnement. Les débats entre « festif » et « trou noir de la précarité » ont pu figer les positions.
La force de la RdR est de s'intéresser à la trajectoire de vie plus qu'au trajet de soin. Elle accompagne l'usager, prend en compte son expertise quant aux pratiques pour y trouver des points d'articulation et des hypothèses de travail partagées, au regard d'un « déjà su » professionnel, médical, mais pas exclusivement. Ainsi que le rappelle Anne Coppel[44], la RdR ne peut se résumer à la «sanitarisation» de la politique des drogues résultant de l'introduction des traitements de substitution selon la formule d'Henri Bergeron[45]. Il ne s'agit pas de récuser le rôle de la médecine, mais de ne pas réduire la réponse à l'addiction à la réponse médicale, en oubliant tout le versant ouvert par l'auto-support et les pratiques alternatives qu'il explore.

Ces trois objections sont héritées de la loi de 70 et d'une installation de la RdR en opposition aux pratiques des soins et de prévention. Elles ont contribué à en faire une « pratique à part », à chercher à se justifier par une visée essentiellement sanitaire et d'accès au soin, et rendu plus complexe son intégration dans une culture commune, sanitaire et sociale, du prendre soin et du faire ensemble, sur un même continuum. La RdRD pose pourtant la question d'un possible nouvel agencement des DISPOSITIFS et des ACTEURS. Le développement de ses logiques de « seuils » et sa dimension palliative [46] ont modifié l'accompagnement, le centrant sur la réhabilitation de l'individu en tant que personne et de ses capacités d'action nécessaires à la gestion du quotidien, notamment du *pouvoir-agir*. L'intervention de réduction des risques associe un accueil sans condition de l'usager, dans ses préoccupations du moment et sans le tirer vers l'autonomie par la logique du projet, et un accompagnement qui ne fait pas du mouvement un préalable. Elle n'est pas centrée sur le soin, mais sur la création d'un espace de réconfort et de première protection, de parole et de convivialité permettant l'énonciation des besoins et de la souffrance ou de toute autre problématique.[47] La RdR laisse l'usager être «l'assemblier» de diverses propositions, dans un dialogue avec le professionnel rencontré, respectant l'idée qu'**à la diversité des usages et des trajectoires de vie doit répondre celle des trajectoires de soin.**

E) Organiser le dispositif de prévention, RdR et soins pour qu'il intègre la RdRD et propose des espaces différenciés sans les cloisonner ?
Le développement de la RdR en Europe montre l'intérêt d'une organisation « gradualiste » et intégrée que les difficultés d'installation et les objections formulées ont contrarié en France, laissant place à des dispositifs différenciés[48]. Cet agencement séparé lui a permis de croître «en univers protégé », mais il a contrarié son intégration et sa diversification sur deux registres :
- celui de l'évolution avec les objections d'affaiblissement de l'interdit préventif, du manque d'intentionnalité de soin et d'excessive centration médicale,

- celui de la diversification, le clivage RdR, Soins et prévention renforcé par la concurrence d'opérateur et de filière, a instauré une ignorance réciproque des pratiques, conduisant à des confusions de dispositifs et missions qui estompent le changement de paradigme apporté par la RdR, quitte à laisser de côté, comme dans la période pré – SIDA, une partie des publics et des usages.

Cela est d'autant plus regrettable qu'à l'opposé :

- l'approche gradualiste permet une trajectoire plus fluide et naturelle à l'usager tout en organisant une circulation plus dynamique des acteurs, savoirs et pratiques ;
- le clivage des dispositifs CSAPA/CAARUD s'est atténué (53% partagent la même association gestionnaire et 77% travaillent en partenariat) ce qui facilite les échanges de pratiques, de formations initiales, continues et par l'expérience, ainsi que les orientations réciproques.

Les obstacles restent de 3 registres :

Obstacles réglementaires et statutaires qu'illustre par exemple l'intervention de réduction des risques en milieu festif. Pour beaucoup d'institutions, face à la difficulté de s'adapter au droit du travail (horaires de nuit, du week-end, longueur des interventions) pour une mission que les tutelles hésitent parfois à valider, la résumant à un simple lieu d'intervention ou/et à une action de prévention, la tentation est alors forte de ne pas s'y engager. Des freins similaires expliquent la difficulté de lier CJC et intervention festive dans un contexte de développement budgétaire limité et alors même que le plan d'action de la MILDECA 2013 - 2015 citait le milieu festif comme lieu d'action recommandé.

Obstacles d'organisation des dispositifs qu'illustrent les liens premier recours et secteur spécialisé : le déploiement de la RDR entre soins et prévention en a renouvelé les conceptions, apportant des outils nouveaux (éducation aux risques de l'injection, analyse de produits, pipe à crack, rdr alcool, e-cigarette, SCMR). L'arrivée de l'addictologie, loin de se résumer à une médicalisation, a accentué les échanges de pratiques et de travaux sur la demande d'aide[49], l'entretien motivationnel et les techniques de repérage[50], conduisant à l'Intervention Précoce des CJC[51],[52] et à des programmes comme le PAACT[53] pour les jeunes consommateurs qui associent les acteurs du premier recours et du secteur spécialisé.

Pour autant, ces liens entre premiers recours et acteurs spécialisés sont à renforcer, en y intégrant mieux l'ensemble des apports de la RDR. Entre médecine générale et pharmacie d'officine, la RdR avait bénéficié d'une dynamique permettant sa diffusion avec les PES et les TSO. L'implication dans le repérage, commencée avec le RPIB alcool, avait montré son lien avec la possibilité d'aider la personne par des savoirs faires simples à acquérir, telle l'intervention brève. Les actuelles difficultés pour trouver un médecin prescripteur de TSO et/ou un pharmacien alertent sur la nécessité de compléter ce lien première et deuxième ligne, afin que les situations complexes détectées n'embolisent pas des dispositifs dont ils ne sont pas l'objet spécifique. Les savoirs motivationnels et les thérapies brèves ne suffisent pas à traiter ces cas qui relèvent d'accompagnements impliquant des acteurs spécialisés [54] dans leur diversité, des consultations ambulatoires spécialisées jusqu'aux Centres Thérapeutiques Résidentiels (CTR), des structures de Soins de Suite et de Réadaptation prenant en charge les affections liées aux conduites Addictives (SSRA) aux Réseaux de Famille d'Accueil ou aux Communautés Thérapeutiques (CT), des équipes mobiles de réduction des risques aux divers hébergements d'usagers actifs. Les différentes stratégies thérapeutiques en font un élément incontournable de l'accompagnement [55] de ces usagers, dont la problématique s'origine sur des facteurs de vulnérabilités spécifiques, psychotraumatismes par exemple, ou se complique de comorbidités psychiatriques. Les réseaux addictions et/ou la fonction de pivot du CSAPA, les expérimentations diversifiées de micro-structures, y compris avec des pharmaciens, les vidéo-consultations, la prochaine primo-prescription de méthadone en médecine de ville (PPMV) avec ses conventions médecins/pharmaciens/CSAPA, mais aussi la diversification de l'intervention festive vont dans cette même logique d'une intervention précoce diversifiée, liant premier recours et secteur spécialisé, sanitaire et médico-social, au-delà du seul RPIB.

Enfin, les formules déclinées à partir du 2.0, comme le PES postal, qui font le lien avec les différents acteurs de proximité, sont des accélérateurs d'intégration et des facilitateurs de diffusion des pratiques. Le développement du site internet Psychoactif.org et de ses forums en

est un exemple. Ce type d'outil est encore largement sous utilisé, trop souvent limité au rôle de complément des dispositifs existant, alors qu'ils sont en eux-mêmes un point d'accès au matériel de RDR et de diffusion des bonnes pratiques.

Obstacle de pratique professionnelle : l'extension de la RdR a fait inutilement craindre une perte de sa logique et la dénaturation de celles de prévention et de soin : en allant vers les risques liés aux modes de vie, la RdR rejoint les préoccupations de santé publique ; en s'intéressant à la diversité des usages, elle reste fidèle à son origine, au risque autant qu'au dommage. Mais sur un plan de l'exercice, son accueil inconditionnel a profondément modifié l'intervention professionnelle générant des difficultés et résistances chez certains acteurs : le cadre plus ouvert de la relation d'accompagnement qu'elle instaure, sa faible régulation des échanges et l'incertitude de sa finalité, la labilité des situations soumettent les acteurs professionnels à ce que M-H Soulet nomme des « épreuves de professionnalité »[56], sortes de défis pour inventer des arrangements et trouver des compromis en situation [57]. Ces épreuves de professionnalité renvoient à trois types d'enjeux :

- *Liés à la durée* : les intervenants de réduction des risques proposent une intervention sans visée transformatrice de l'autre dans un temps qui s'écoule sans finalisation formalisée. Elle fonctionne moins comme une mise en mouvement orientée et planifiée que comme des « pas de côté » qui sont autant de déplacements de sens, lieu et occasion de production de liens sociaux. Elle s'inscrit dans une temporalité de la présence, sans s'enfermer dans une attente sans espoir, conjuguant temps compté et temps ouvert.
- *liés aux finalités* : l'intervention est confrontée à l'indétermination des fins et à l'incertitude des moyens, à des contextes prenant la forme d'épreuves plus que de situations balisées par des normes. La décriminalisation du « drogué » et la dépathologisation du « dépendant » ont réhabilité l'*empowerment* qui vise la reconstruction d'une « autonomie-capacité » de personnes capables de jugement, d'action, d'engagement, de puissance comme d'émotions, sans faire l'économie des comorbidités et autres facteurs de vulnérabilité qu'elles peuvent porter. L'intervention va aider à l'intégration sociale en travaillant à partir de l'identification partagée des problèmes rencontrés. Le travail sur l'engagement, la réflexivité professionnelle, la gestion situationnelle soulignent le jeu qui travaille et expose le professionnel.
- *liés à l'intégration des savoirs d'expérience* : reconnaître l'usager comme doté de compétences, construire avec lui une définition partageable de la situation problématique pour élaborer des perspectives appropriées et s'appuyer sur des savoirs accumulés à partir de son expérience concrète remet en cause la position d'expertise de celui qui sait par statut ainsi que la domination d'une seule logique, médicale, psychothérapeutique ou sociale. En se dégageant de la restrictive alternative malade/délinquant, l'accompagnement promeut un continuum de pratiques d'usages et de savoirs, associant praticiens, usagers et théoriciens et la constitution d'un corpus de savoirs cliniques et sociaux, évolutifs et transférables.

Ces tensions participent de ce qui peut mettre en difficulté les acteurs concernés, soit qu'ils se refusent à ces pratiques au nom de leur corpus théorique de formation, soit qu'ils expriment leurs difficultés à intégrer ce mode de travail impliquant.

RECOMMANDATIONS

Les recommandations pour organiser le dispositif de prévention, de RdRD et de soins, afin qu'il intègre la RdRD et propose des espaces différenciés mais sans les cloisonner, vont reposer sur la valorisation de sa dimension gradualiste et de son double versant santé publique et sécurité publique, tout en continuant de l'étendre à l'ensemble de l'addictologie en préservant sa spécificité d'auto-support pour ne pas la limiter à ses liens aux soins et à la prévention.

1) DIFFUSER UNE DEFINITION COMPLETE DE LA RdRD

- **enseigner la RdRD dans les métiers du soin et du social comme dans ceux de la justice et du maintien de l'ordre**, en mobilisant la génération d'acteurs qui a contribué à son

déploiement, sur un programme validé par les instances académiques et dégagé du conflit historique. Il poserait un socle commun sur son double versant, santé et sécurité, soin autant qu'auto-support.
- **soutenir les pratiques d'auto-support et les alternatives qu'elles initient :** elles sont les plus menacées, car souvent considérées sous le seul angle du « mésusage ». La dimension auto-support du vapotage est difficilement reconnue. La même dimension auto-support apparaît dans des régulations de la consommation d'alcool, au-delà des actions sur les dommages en terme de prévention routière. Des usages alternatifs de TSO hors-protocoles et prescriptions médicales revêtent un sens singulier et constituent des tentatives de réappropriation du médicament par les usagers, pour l'intégrer à leur mode de vie et l'inscrire dans une certaine cohérence par rapport à leur trajectoire biographique et à leurs savoirs expérientiels. [58]

2) DEPLOYER LES PRATIQUES DANS DES DISPOSITIFS ASSURANT LA COMPLEMENTARITE DES ACTEURS ET DES MISSIONS PREVENTION ET SOIN DANS UN MÊME CONTINUUM :
- **garantir l'intégralité de la diversité des missions et pratiques** sur l'axe vertical d'intensité de la trajectoire addictive et l'axe horizontal de la diversité des dimensions de la personne[59]. Verticalement, les dispositifs se répartissent du plus généraliste au plus spécifique. Horizontalement, ils couvrent les différentes facettes de la vie, la dimension multifactorielle de l'usage et les problèmes qui facilitent/complexifient la réponse : troubles mentaux, problèmes légaux, sociaux, contextes de vie, parentalité ou vie professionnelle. La RdRD doit être présente sur ces deux axes, avec ses pratiques variées et complémentaires, dans une logique transdisciplinaire qui associe les ressources de dispositifs sociaux, scolaires, culturels, sportifs, de santé mentale et d'acteurs de la sécurité publique. Elle contribue à une «alliance organisationnelle » [60] qui transcende les clivages et incarne pragmatiquement l'approche gradualiste. Elle garantit une circulation fluide pour l'usager, au service d'un parcours de santé et de vie, sans l'enfermer, un parcours de soin ou une action de prévention, et lui imposer des effets de seuil la bloque .
- **organiser des « pôles médico-sociaux de RdRD» et des « dispositifs nationaux d'auto-supports »** :

- la gestion et l'organisation commune des dispositifs CSAPA/CAARUD garantit l'autonomie et les moyens nécessaires aux actions de RdRD en direction de publics spécifiques et/ou à des moments des trajectoires de vie, là où l'organisation clivée et/ou des regroupements administratifs imposés ont enlevé sa spécificité d'auto-support et de clinique des modes de vie. Ces « pôles de compétences RdRD» auraient mission de diffuser expérience et savoirs, en lien avec les réseaux de santé, ainsi que le rappelait le rapport n° 2385 du 20 novembre 2014, du Comité d'Evaluation et de Contrôle des Politiques Publiques [61]. Ils contribueraient au continuum des savoirs prévention/soins/RdRD.
- des réseaux d'associations communautaires ou d'auto-support, y compris sur 2.0 les complèteraient, comme on le voit dans le festif, dans la lutte contre le VIH et les hépatites, ou le vapotage et la RdRD alcool. Elles apportent des pratiques communautaires nécessaires.

- Les synergies entre ces deux dispositifs permettraient de ne pas reproduire l'actuel clivage. Elles faciliteraient leur **connections avec des acteurs moins spécialisés RdRD mais qui participent largement à la dissémination de ses outils et pratiques**, comme les **pharmaciens et médecins généralistes** pour la ville, ou **les Services d'Accueil et d'Urgence et les Elsa** pour l'hospitalier.

3) GARANTIR LA DIMENSION D'AUTO-SUPPORT
- soutenir l'auto-support « 2.0 » via les nouvelles technologies, Internet et ses forums, à l'exemple de Pyschoactif.org : il assure une vraie fonction d'auto-support comme on peut le voir tant sur les problèmes posés par certains types d'usage que lors de l'accès aux soins.

- soutenir l'auto-support issu de la loi de 2002 : évaluer et relancer ce qui a été fait, dont **l'Observatoires des Droits des Usagers (ODU)** porté par ASUD en tant qu'association représentative des usagers du système de santé au sein des structures et hôpitaux, avec AIDES et la Fédération Addiction
- permettre que des **groupes d'usager explorent leur place nouvelle entre auto-support classique et groupe d'entraides centrés sur l'abstinence**, favoriser la reconnaissance des savoirs expérientiels pour qu'ils influent avec les savoirs professionnels et consolident des pratiques.

4) GARANTIR DES MODALITES D'EXPERIMENTATION ET DE CREATION DE NOUVEAUX OUTILS OU DE NOUVELLES PRATIQUES, ENTRE PREVENTION ET SOIN.
L'**intégration des dispositifs** facilite l'innovation et le renouvellement des outils nécessaire pour suivre l'évolution des usages, par sa capacité à soutenir les expérimentations avant leur institutionnalisation, à l'exemple des Test Rapide d'Orientation Diagnostique (TROD), de l'analyse de produit, de l'accompagnement à l'injection, des salles de consommation à moindre risque, du PES postale mais aussi des dispositifs d'Intervention Précoce, d'Intervention en milieu festif ou autres expérimentations d'hébergement d'usagers actifs. L'expérimentation des programmes Tapaj ou « Un chez soi d'abord » illustre cette même nécessité de dispositifs intégrés, portés par des associations ou établissements aptes à regrouper les savoirs et pratiques spécifiques. Une fois formalisées et évaluées, ces problématiques ont été transformées en pratiques innovantes qui se déploient ensuite **en réseau, avec l'horizontalité nécessaire à l'approche intégrée** (Psychiatrie avec l'hôpital, logement et social avec le médico-social, évaluation avec les équipes de recherche)[62] et en économisant un dispositif organisationnel supra-opérateur, couche supplémentaire aussi coûteuse que vaine de ce qui apparaît comme un mille-feuille administratif.

Conclusion

Avec la RdR, les politiques des addictions se donnent comme perspectives la rencontre avec les publics en amont d'une demande maladroitement limitée au seul arrêt de l'usage, dans le cadre du « prendre soin » et l'accompagnement. Par le dialogue qu'elle instaure sur les pratiques d'usage et par ses pratiques transdisciplinaires, elle renouvelle la conception des soins et de la prévention, redonnant une place et une parole inédite aux usagers, les aidant à définir leurs propres usages et limites. Ecartant le risque d'un cadre trop normatif qui transformerait en inutile épreuve la nécessaire prise de distance avec un style de vie lié aux substances, la RdR devient une clinique des modes de vie, aussi bien des risques pris que des dommages subis.

Références

---

[1] FRYDMAN N., MARTINEAU H., *La drogue : où en sommes-nous ?* Paris, La Documentation française, 1998,p. 300-301.

[2] DES JARLAIS Don C., FRIEDMAN Samuel, "HIV infectious amoung intravenous drug users, Epidemiology and risk reduction", AIDS, 1,1987, 67-76.

[3] COPPEI A., Entre les lignes, ASUD JOURNAL N°41, le 15-12-2009

[4] LENAOUR G., HAMANT C., CHAMARD-COQUAZ N., *Faire accepter les lieux de réduction des risques, un enjeu quotidien*, DGS, CERPE, 2014.

[5] JAUFFRET-ROUSTIDE M. 2011-b. Les salles d'injection, à la croisée de la santé publique et de la sécurité publique. *Métropolitiques. Revue internationale de sciences sociales sur les politiques urbaine*s, mars.

[6] ZOBEL F. : « Usage de drogue et réduction des risques en Europe » in Communications, Inserm, Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues, Mayenne, oct. 2010, p.412 - 415

[7] COOK C, BRIDGE J. and STIMSON G. « Chapter 2 : The diffusion of harm Reduction in Europe and beyond » EMCDDA « Harm reduction: evidence, impacts and challenges », Monograph 10, Luxembourg. Publications Office of the European Union, 2010. pp. 37 – 54.
[8] JAUFFRET-ROUSTIDE M. 2011-a. Succès et limites du modèle de réduction des risques à la française. *Alcoologie et Addictologie* ; 33 (2) : 101-110.

[9] MARTINEAU H., GOMART E., *Politiques et expérimentations sur les drogues aux Pays-Bas*, rapport de synthèse, Rapport de synthèse, OFDT, 2000 p.17..
[10] *Politique nationale en matière de drogues : Pays-Bas* Rapport produit pour le comité sénatorial spécial sur les drogues illicites canadien, Benjamin Dolin, Division des affaires politiques et sociales. Août 2001, Bibliothèque du parlement canadien.
[11]Consultable sur Internet : www.drugtext.org/reports/wvc/drugnota/0/drugall.htm
[12] MARTINEAU H., GOMART E., *Politiques et expérimentations sur les drogues aux Pays-Bas*, Rapport de synthèse, EMCDDA, Décembre 2000.

[13] *Politique nationale en matière de drogues : Pays-Bas* Op.Cit. supra note 12.
[14] HOLTROP A., Pays-Bas. La politique en matière de drogues douces, Grande Europe n° 5, février 2009 – La Documentation française
[15] *La politique en matière de drogue aux Pays-Bas : Continuité et Changement*, (1995) Document officiel sur la politique gouvernementale des Pays-Bas, consultable en ligne : http://www.drugtext.org/reports/wvc/drugnota/3/Default.htm
[16] *Politique nationale en matière de drogues : Pays-Bas*, Op.cit supra note 12.
[17] WOODS S., Drug Consumption Rooms in Europe, Organisational overview, European Harm Reduction Network, 2014.
[18] BERTRAND B., Salles de consommation de drogues à moindre risque : le syndrome gaulois » SWAPS n°56, 3éme trimestre 2009.
[19] OEDT 2015, rapport par pays www.emcdda.europa.eu/countries
[20] Savary, J-F.. 2011. *En Suisse, la politique drogue s'est arrêtée au milieu du gué Les dangers d'une politique qui a renoncé à s'attaquer au marché.* Yverdon, GREA.
[21] Kübler D., Understanding policy change with the advocacy coalition framework: an application to Swissdrugpolicy , Journal of European Public Policy 8:4August2001:623–641
[22] MARTIN KILLIAS, MARCELO AEBI AND DENIS RIBEAUD, EFFECTS OF HEROIN PRESCRIPTION ON POLICE CONTACTS AMONG DRUG-ADDICTS, *European Journal on Criminal Policy and Research* **6:** 433–438, 1998. © 1998 *Kluwer Academic Publishers. Printed in the Netherlands.*
[23] Rapport de la Commission présidée par Humphry Rolleston, 1926.
[24] *EMCDDA:Drug policy profiles, Portugal, June 2011*. Emcdda.europa.eu. 2011-08-17. Retrieved 2014-07-27.
[25] Reitox, EMCDDA National Focal Point Portugal, « *2010 national report (2009 data) to the EMCDDA New Development, Trends and in-depth information on selected issues.* »
[26] Kellogg SH. 2003. On "Gradualism" and the building of the harm reduction-abstinence continuum. *Journal of Substance Abuse Treatment* ; 25:241-7.

[27] BERGERON H., L'état et la toxicomanie. Histoire d'une singularité française, Coll. « Sociologies », Paris, 1999

[28] SOULET M-H. (dir.), *Changer de vie. Un problème social*, Fribourg (Suisse), Academic Press Fribourg, coll. « Res Socialis », 2011, 152 p.
[29] APPEL POUR LIMITER LA CASSE, in L'aide mémoire de la réduction des risques en addictologie, Morel A., Chappard P., et Couteron JP., Dunod, 2012
[30] CHAPPARD P., COUTERON JP., MOREL A., Origines et histoire de la réduction des risques, in L'aide mémoire de la réduction des risques en addictologie, Morel A., Chappard P., et Couteron JP., Dunod, 2012
[31] CHAPPARD P. COPPEL A., COUTERON JP., MOREL A., « Les premiers pas de la réduction des risques en France », in L'aide mémoire de la réduction des risques en addictologie, Morel A., Chappard P., et Couteron JP., Dunod, 2012

[32] GUIDE DE L'ADDICTOLOGIE EN PHARMACIE D'OFFICINE, RESPADD, novembre 2014.
[33] OLIVET F., L'autosupport dans la réduction des risques le 23-01-2013, ASUD Journal

[34] SOULET M-H., Les transformations des métiers du social, Res Socialis, Editions Universitaires Fribourg, Suisse, 1997
[35] BERGERON H., CASTEL P., DUBUISSON-QUELLIER S., **Gouverner par les labels,** *Une comparaison des politiques de l'obésité et de la consommation durable,* in Gouvernement et action publique 2014/3

[36] CHAMBON J. ET COUTERON JP, Modernité et addiction : la société addictogène, in L'aide-mémoire d'Addictologie, Dunod, 2015.
[37] *CIRCULAIRE* N°DGS/6B/DHOS/O2/2007/203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en *addictologie*.
[38] AUGE CAUMON Marie-Josée, BLOCH LAINE Jean-François, LOWENSTEIN William, MOREL Alain L'accès à la méthadone en France. Bilan et recommandations : rapport au Ministre de la santé, La Documentation Française, 2002.

[39] Circulaire DGS/6B/DHOS/O2 no 2007-203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie

[40] Circulaire N°DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie
[41] - DUPLESSY-GRASON C., Enquête nationale 2007 sur la réduction des risques dans les structures non CAARUD, mission d'observation du dispositif national.
- Rapport d'enquête « Agir en réduction des risques en CSAPA et en CAARUD », Fédération Addiction, 2015.
- Pratiques de prescription des Traitements de substitution aux opiacés en CSAPA, Fédération Addiction 2010
- Pratiques professionnelles dans les Consultations Jeunes Consommateurs, Fédération Addiction, 2012.
- Profils, pratiques des usagers de drogues - ENa-CAARUD : résultats de l'enquête nationale 2006 réalisée auprès des « usagers » des CAARUD. OFDT, 2010.
[42] COPPEL A., Les politiques de lutte contre la drogue : le tournant de la réduction des risques Publié dans Les Cahiers de l'Actif, n°310-311, mars-avril 2002, p11-22.

[43] DEBRUS M., AVRIL E., « Rapport Reynaud : les nouveaux habits de l'idéologie médicale en matière de drogues », www.AFR.org
[44] COPPEL A., ENTRE LES LIGNES, op.cit supra note 2.

[45] BERGERON H., La Sociologie de la drogue, La Découverte, 2009.

[46] SOULET, M-H., 2007. "La reconnaissance du travail social palliatif " in *Dépendances,* n°33

[47] SOULET, M-H., Les transformations des métiers du social, Res Socialis, Editions Universitaires Fribourg, Suisse, 1997.

[48] PEQUART C., COUTERON J-P., "Réduction des risques en addictologie, des institutions et des pratiques, in MOREL A., CHAPPARD P., COUTERON J-P. (Dir.) L'aide mémoire de la réduction des risques en addictologie, Editions Dunod, Paris, 2012
[49] OBRADOVIC I, LE NEZET O, SPILKA S., Jeunes usagers de drogues et demande d'aide. Estimation du public potentiel d'un dispositif d'aide aux jeunes consommateurs. Agora débats/jeunesses 2013:61—76 http://www.cairn.info/revue-agora-debats- jeunesses-2013-2-page-61.htm

[50] LANDRY M, TREMBLAY J, GUYON L, BERGERON J, BRUNELLE N., La grille de dépistage de la consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes (DEP- ADO) : développement et qualités psychométriques. Drogues Sante Soc 2004;3:19—35 http://drogues-sante-societe.ca/ category/volume-3/vol-3-numero-1/

[51] LECALLIER D, HADJ-SLIMANE F, LANDRY M, BRISTOL-GAUZY P, CORDOLIANI C, ET AL., Repérer, orienter, conseiller les adolescents consommateurs de substances psychoactives (ROC-ADO). Étude prospective randomisée contrôlée auprès de 2120 adolescents. Presse Med 2012;41:e411—9 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/ pubmed/22445839
[52] OBRADOVIC I., Guide pratique des principaux outils de repérage de l'usage problématique de cannabis chez les adolescents. Saint-Denis: OFDT, Fédération addiction; 2013 http://www. ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/posters/methodo.html

[53] LASCAUX M., COUTERON J-P., PHAN O., manuel PAACT (Processus d'Accompagnement et d'Alliance pour le Changement Thérapeutique), Fédération Addiction, 2014.
[54] COUTERON JP., DELILE JM., « Réflexions sur le traitement résidentiel des addictions » *Alcoologie et Addictologie*, 2009; 31 (1): 27-35
[55] Soins résidentiels collectifs : pratiques professionnelles dans les dispositifs médico-sociaux de soins résidentiels, 2013, Fédération Addiction

[56] RAVON B., VIDAL-NAQUET P., 2014. « Épreuves de professionnalité » in Philippe Zawieja & Franck Guarnieri, (éd.), *Dictionnaire des risques psychosociaux*, Paris, Éditions du Seuil.

[57] MARTUCELLI D., 2006. *Forgé par l'épreuve. L'individu dans la France contemporaine*, Paris, Éditions Armand Colin

[58] DOS SANTOS M., 2015, «Entre répression et soin : deux dynamiques conflictuelles dans la prise en charge des usagers de drogue», *Strathèse*, 1/ 2015. Conflits et malentendus culturels, Strasbourg : Presses universitaires de Strasbourg, URL : http://strathese.unistra.fr/strathese/index.php?id=212
[59] COUTERON J-P, et al. Adolescence et addiction : pistes et propositions pour adapter les politiques de santé publique. Neuropsychiatrie Enfance Adolescence (2015), http://dx.doi.org/10.1016/j.neurenf.2015.03.001
[60] LANDRY M, BROCHU S, PATENAUDE P. L'intégration des services en toxicomanie. Presses de l'Université de Laval; 2012; Québec, Canada

[61] LE DAIN A-Y., ET MARCANGELI L., Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur l'évolution des pratiques addictives en matière de substances illicites
[62] GAUBERT M., LIGNAC M., QUACH-HONG M., Addictions & lutte contre les exclusions, travailler ensemble », Fédération Addiction & FNARS, 2015

Réduction des dommages - Document d'orientation sur la prévention des risques et la réduction des dommages liés à l'usage de substances psychoactives – 2013 – Groupe Pompidou, conseil de l'Europe

En quoi le cadre légal et règlementaire actuel est ou n'est pas un obstacle à la réduction des risques et des dommages ? Quelles en seraient les évolutions souhaitables pour favoriser la RdRD ?

Yann BISIOU
Maître de conférences en droit privé et sciences criminelles
Vice-président du conseil d'administration
Laboratoire CORHIS
Université Paul Valéry Montpellier 3
yann.bisiou@univ-montp3.fr

On fêtera cette année le centenaire de la loi du 12 juillet 1916 « *concernant l'importation, le commerce, la détention et l'usage des substances vénéneuses, notamment l'opium, la morphine et la cocaïne* », loi symbole qui consacre la prohibition pénale de l'usage de « *stupéfiants* » en France. A cette époque, il s'agissait seulement d'interdire « *l'usage en société* » en créant un délit puni d'un emprisonnement de 3 mois à 2 ans et d'une amende de 1.000 à 10.000 francs, mais depuis la loi du 31 décembre 1970 c'est l'usage simple qui est réprimé (art. L3421-1 C. santé pub.).

Les efforts entrepris pour développer une politique de réduction des risques à la fin du XXème siècle se sont heurtés à ce primat de l'interdit pénal. Mais pour la première fois depuis bien longtemps, il faut se féliciter des progrès accomplis grâce à la loi de modernisation de notre système de santé adoptée le 26 janvier 2016. Dans le domaine de la réduction des risques ce texte constitue un progrès majeur, un progrès loin d'être acquis et il faut souligner ici le courage et la détermination des acteurs comme Marisol Touraine au gouvernement, mais aussi Olivier Ferrand ou Catherine Lemorton à l'Assemblée Nationale à qui on doit ces avancées.

1. Poursuivre la dynamique engagée par la loi Santé

Une définition plus ambitieuse de la réduction des risques et des dommages

La loi de 2016 supprime des incohérences du droit français et ouvre de nouvelles perspectives pour la réduction des risques et des dommages. Le grand public a surtout retenu le débat autour de l'expérimentation des salles de consommation à moindre risque qui constitue, il est vrai, l'avancée la plus marquante du texte. Mais d'un point de vue juridique, l'apport de cette loi est beaucoup plus important. La loi du 26 janvier 2016 donne une définition plus ambitieuse de la réduction des risques en l'élargissant aux dommages et surtout à toutes les consommations à risques, qu'elles concernent les stupéfiants ou d'autres substances psychoactives.

Ensuite, la loi met fin à une incohérence majeure : dans le code de la santé publique, la réduction des risques n'étaient pas considérée comme un dispositif de lutte contre la toxicomanie, mais comme un dispositif de prévention du SIDA. D'un point de vue formel, les dispositions relatives à la réduction des risques figuraient dans le Livre 1er de la troisième partie du Code de la santé publique consacré à la lutte contre le VIH et non dans le livre 4 consacré à la toxicomanie.

Loin d'être anecdotique, cette organisation des politiques publiques avait des conséquences concrètes. La première est que la réduction des risques ne concernait en principe que les usagers dont le comportement présentait un risque de contamination au VIH. Elle ne s'adressait pas à tous les usagers de stupéfiants et, en particulier, elle ne visait pas les usagers de cannabis, pourtant de loin les plus nombreux.

La seconde conséquence est que cette approche restrictive de la Réduction des risques instaurait une hiérarchie au profit de la sanction pénale puisque la réduction des risques n'était qu'une action complémentaire de prévention du SIDA qui ne pouvait remettre en cause la prohibition. C'est d'ailleurs un des arguments mis en avant par le Conseil d'État dans son avis du 8 octobre 2013 pour s'opposer à l'expérimentation par décret des salles de consommation à moindre risque et exiger qu'une loi autorise cette action de santé publique.

La loi du 26 janvier 2016 corrige cette aberration. La politique de réduction des risques est rattachée à la lutte contre la toxicomanie dont elle constitue une des actions au même titre que les soins obligés ou la sanction pénale

La protection juridique des acteurs de la réduction des risques

La loi du 26 janvier 2016 améliore aussi la protection juridique des acteurs de la réduction des risques. La loi de 2016 prévoit expressément que les intervenants agissant conformément à leurs missions bénéficient, à ce titre, du fait justificatif tiré de l'article 122-4 du Code pénal. Leur responsabilité pénale ne peut pas être engagée.

Il était curieux que les forces de police et de gendarmerie (art. 706-32 et 706-82 du code de procédure pénale) ou les agents des Douanes (art. 67bis et 67bis-1 du Code des douanes) soient protégés de toute poursuite pénale, y compris lorsqu'ils participent à un trafic de stupéfiants pour en identifier les auteurs, et que les médecins ou les travailleurs sociaux qui accompagnent les usagers ne bénéficient pas d'une protection équivalente dans leurs interventions. Cela donnait l'impression d'une défiance, d'un manque de considération auquel la loi de Santé vient heureusement mettre fin. Symboliquement, actions de soin et politique répressive sont remises sur un pied d'égalité.

Par ailleurs le texte crée un second fait justificatif, spécial, pour les personnels et les usagers qui fréquenteront les salles de consommation à moindre risque. Aucune poursuite pour détention de stupéfiants ou, s'agissant des intervenants, pour complicité d'usage ou pour avoir facilité l'usage de stupéfiants ne pourra être engagée. Le cadre légal d'intervention des acteurs de la réduction des risques est ainsi juridiquement sécurisé.

La consécration de la réduction des risques par le Conseil constitutionnel

Un dernier apport, indirect celui-là, mérite d'être souligné, c'est la saisine du Conseil constitutionnel avant la publication de la Loi (Décision n°2015-727 DC du 21 janvier 2016). La Haute juridiction ne s'était jamais prononcée sur la prohibition de l'usage de stupéfiants et sur la réduction des risques. La seule décision du Conseil concernait le délit de refus de se soumettre à un test de dépistage des stupéfiants au volant. Le Conseil avait considéré que cette infraction punie de 2 ans d'emprisonnement et de 4.400 € d'amende était conforme à la constitution car la peine n'était pas manifestement disproportionnée « *compte tenu des risques induits par le comportement réprimé* » (C. constit., 9 dec. 2011, Décision n° n°2011-204 QPC).

Dans sa décision du 21 janvier 2016, le Conseil consacre la réduction des risques. Il considère qu'elle est justifiée dans son principe et suffisamment précise pour être conforme

à la Constitution. La Haute juridiction va même plus loin à propos des salles de consommation à moindre risque. Il admet que l'on puisse écarter les poursuites pénales pour usage ou pour détention de stupéfiants dans le but de favoriser la réduction des risques.

Ce rapide inventaire des avancées de la loi du 26 janvier 2016 donne quelques pistes pour favoriser la réduction des risques.

2. Poursuivre la dynamique engagée par la loi Santé

Dans le sillage de la loi Santé, plusieurs évolutions seraient souhaitables. La première est formelle. Le droit français est d'abord écrit, il faut donc s'attacher à la rédaction des textes et poursuivre la modernisation du Code de la Santé Publique.

Restructurer le Code de la Santé Publique autour du concept d'Addiction

Tout d'abord, il y a l'urgence : mettre en cohérence les textes réglementaires avec la nouvelle loi de Santé. Le gouvernement s'y emploie avec la publication par arrêté, le 22 mars 2016, du cahier des charges des salles de consommation à moindre risque et, le 25 mars, des deux premières structures (Ithaque à Strasbourg et Gaia à Paris) habilitées à conduire cette expérimentation. Mais c'est toute la partie réglementaire de la réduction des risques qu'il faut reprendre. Les décrets qui organisent la réduction des risques figurent toujours dans un titre du code relatif aux *« infection par le VIH et infections sexuellement transmissibles* » et le référentiel de réduction des risques (Annexe 31-2 du Code de la santé publique) évoque encore la loi de 2004.

Il faudra ensuite revoir la partie législative du code de la Santé publique. La réforme de ce code en 2000 s'est faite par ordonnance, « à droit constant », c'est-à-dire sans modifier le contenu des textes. Dans sa structure, le code de la Santé Publique actuel date en réalité de 1953 (Décret n°53-1001 du 5 octobre 1953). Or le droit de la santé publique de cette époque est dominé par deux éléments :
1° la lutte contre les dépendances n'est pas globale, mais segmentée selon les substances.
2° la réponse pénale s'inspire des théories de la Défense Sociale Nouvelle de Marc Ancel et de la notion de soins « obligés » que l'on retrouve également dans la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme qui prévoit, dans son article 5.1.e), l'internement des toxicomanes.

Il est temps de consacrer l'Addiction comme concept structurant des politiques de santé publique dans le Droit français. Il faut tout d'abord moderniser le vocabulaire pour que le droit de la santé s'accorde avec les progrès réalisés dans l'approche des questions de dépendance. Le terme de « fléaux sociaux » a bien été remplacé par la « lutte contre les maladies et les dépendances », mais l'esprit de la législation n'a pas changé. Le code de la Santé Publique reste marqué par l'idée qui prévalait dans les années 1950 à 1970 selon laquelle la « toxicomanie », terme qui n'a pas été remplacé, est une maladie transmissible qui peut provoquer une épidémie.

Une telle réforme n'est pas simplement rédactionnelle. Il faudra définir dans la loi la notion d'addiction, ce que le législateur n'a pas encore fait. Il faut ensuite revoir complètement l'architecture de la 3ème partie du Code de la santé publique pour distinguer les maladies et les dépendances. Il faudrait peut-être enfin renoncer à la distinction par produits avec le Livre III sur l'alcoolisme, le livre IV sur la « toxicomanie » et le livre V réunissant lutte contre le tabagisme et le dopage. Il pourrait être plus pertinent d'organiser le code autour des différents comportements pris en charge, problématiques ou non, et des différents axes des

politiques publiques : prévention et lutte contre la publicité, accompagnement sanitaire et social, dispositions pénales.

Il faut enfin compléter et faire évoluer les actions de réduction des risques et des dommages en repensant le référentiel. A cette occasion il me semble indispensable de reprendre la réflexion sur l'interdiction du testing.

Rétablir la hiérarchie entre santé et répression

Au-delà de cette modernisation du Droit, l'enjeu de la réduction des risques est l'articulation des politiques sanitaires et répressives. Il faut mettre fin à la dérive de l'infraction d'usage de stupéfiants. Conçue en 1970 comme une simple menace pour inciter au soin, cette sanction pénale est devenue la principale réponse à l'usage de stupéfiants.

On rappellera rapidement ici ce que tout le monde sait. Pour lutter contre la toxicomanie la loi du 31 décembre 1970 a prévu qu'un usager de stupéfiants puisse être contraint de se désintoxiquer. Pour donner plus de poids à cette contrainte qu'était l'injonction thérapeutique, un délit d'usage de stupéfiants, puni d'un an d'emprisonnement et de 3750 € d'amende a été créé. Très rapidement la loi s'est avérée inadaptée. Conçue pour les héroïnomanes dépendants, elle a été majoritairement, pour ne pas dire quasi-exclusivement, appliquée à des usagers récréatifs de cannabis pas toujours dépendants.

La sanction pénale est devenue la norme. Avec la massification du contentieux (plus de 170.000 interpellations par an), l'amende est devenue la réponse à l'usage de stupéfiants. On assiste à une contraventionnalisation *de facto*, si ce n'est *de jure*, de l'usage simple de stupéfiants par des personnes majeures dans les lieux publics ou dans les lieux privés ouverts au public.

Le soin, à travers la réduction des risques, est quasiment réservé aux usagers les plus problématiques, usagers injecteurs d'abord, autres usagers problématiques ensuite. Mais la masse des usagers de cannabis n'a d'autre réponse que pénale.

Il faut réaffirmer la priorité donnée au soin et à la prévention et considérer de nouveau l'infraction d'usage de stupéfiants comme une mesure exceptionnelle. Cela suppose de revenir sur les dernières circulaires du Ministère de la Justice, celle du 8 avril 2005, celle du 9 mai 2008 et celle du 16 février 2012. Ces textes réclament une réponse pénale systématique en utilisant, notamment, les stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants facturés jusqu'à 450 € aux usagers (art. R131-47 CP). Ils aboutissent ainsi à cette correctionnalisation *de facto* de l'usage de stupéfiants en public que je regrettais précédemment.

Ne plus considérer l'usage de stupéfiants comme une « nuisance publique »

L'enjeu est d'autant plus important que le statut de l'usager a profondément changé sous l'effet de l'évolution des politiques publiques de la Drogue. Il ne s'agit certes plus aujourd'hui de lutter contre les « fléaux sociaux », mais il ne s'agit plus non plus de lutter contre les « maladies et les dépendances ». Le Droit contemporain s'organise, en France comme en Europe, autour de la « lutte contre les nuisances publiques ». L'usage, et l'usager, ne sont plus perçus comme des enjeux de santé publique mais comme une nuisance publique, un risque social qu'il convient de circonvenir.

La notion d'usager éclate en fonction du risque qu'il est supposé faire courir à autrui. Il y a l'usager « simple », l'usager dépisté positif au volant, l'usager agent d'un service public,

l'usager travaillant dans une entreprise de transport, l'usager participant à une free partie, etc… Et tous ces usagers ne sont pas appréhendés à travers la problématique de leur consommation mais à travers le risque, réel ou supposé, qu'ils sont susceptibles de faire courir à la population. Cet éclatement de la notion d'usager renforce encore la répression et constitue un obstacle à la réduction des risques.

Rééquilibrer les politiques publiques relatives aux usagers mineurs

Enfin, il faut revoir totalement l'approche actuelle en direction des mineurs. En droit positif, les mineurs sont traités de façon beaucoup plus rigoureuse que les majeurs. L'objectif initial était louable. Il s'agissait d'être particulièrement attentif aux risques liés à l'usage de stupéfiants par les mineurs. Les gouvernements successifs en ont déduit que la réponse publique devait être systématique. Là où un majeur bénéficiera d'une alternative pénale et ne sera pas sanctionné, le mineur, en revanche, sera poursuivi et fera l'objet de mesures coercitives.

Il faut là encore revenir à des principes essentiels : la contrainte qui pèse sur le mineur ne peut être supérieure à celle qu'encourt un majeur, y compris dans l'application concrète de la loi.

Conclusion

On le voit, il reste beaucoup à faire pour favoriser la réduction des risques. Mais, incontestablement, la loi du 26 janvier 2016 ouvre des perspectives et redonne une ambition à la France. Reste une question à laquelle je n'ai pas répondue : le cadre légal actuel constitue-t-il un obstacle à la réduction des risques ? Oui ; d'évidence.

L'article L3411-8 du code de la Santé Publique dispose que la réduction des risques vise, notamment, à prévenir les dommages sociaux liés à la consommation de stupéfiants. Or pour la masse des usagers de stupéfiants le principal dommage social c'est la sanction pénale prévue par l'article L3421-1 du même code et ses conséquences, comme les multiples interdictions professionnelles liées à une condamnation. Cette contradiction initiale est celle dont nous ne parvenons pas à sortir depuis 1970.

Faut-il remplacer l'actuel délit par une contravention ? J'y suis totalement hostile. C'est consacrer la situation actuelle dans laquelle l'usager paie pour sa consommation et ne bénéficie d'aucun accompagnement médico-social.

Pour autant, les alternatives proposées, comme la dépénalisation, soulèvent à leur tour des questions. Je suis très réservé sur la dépénalisation sans légalisation contrôlée. Sans politique publique forte d'accompagnement, d'information et de distribution des stupéfiants la dépénalisation institutionnalise un trafic devenu commerce. L'exemple du Colorado est pour moi une illustration de ce qu'il ne faut pas faire.

Peut-être s'est-on trompé sur les termes du débat. Jusqu'à présent les discussions se sont focalisées sur la question du degré de répression (prohibition, dépénalisation, correctionnalisation). Or c'est plutôt sur l'élément constitutif de l'infraction qu'il faut réfléchir. Ce qui est le plus problématique dans le droit actuel c'est la répression de l'usage « simple ». C'est cette infraction qu'il faudrait faire évoluer, non pas pour revenir à une répression de l'usage « en société » comme en 1916, mais pour sanctionner l'usage de stupéfiants dans un lieu public ou ouvert au public.

Une telle évolution est possible. Cette incrimination correspond à la pratique générale des interpellations de voie publique. Le droit français ne sanctionnerait plus l'usage en lui-même, mais le fait de consommer des stupéfiants dans un lieu public, un peu comme on sanctionne la « provocation à l'usage ». Dans ce cadre la contraventionnalisation se justifierait et on rapprocherait deux comportements, l'usage de tabac et l'usage de stupéfiants dans les lieux publics en se préoccupant d'abord des comportements plutôt que des produits.

Références

Ancel Marc, La défense sociale nouvelle, Cujas ed., 1954
Conseil Constitutionnel, décision n°2011-204 QPC, 9 déc. 2011, JO 10 décembre 2011, p. 20991
Conseil Constitutionnel, décision n°2015-727 DC, 21 janv. 2016, JO 27 janv. 2016, texte n°2
Feldmann Gérard, Les addictions, Armand Colin, Paris, 2011
Haenel Hubert, Les infractions sans suite ou la délinquance mal traitée, rapport d'information au nom de la commission des finances, Sénat, n° 513 (1997-1998) - 18 juin 1998
Le Dain Anne-Yvonne, Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques, rapport sur l'évaluation de la lutte contre l'usage de substances illicites, Assemblée Nationale, n°2385, 20 novembre 2014
Lollivier Stéphane & **Soullez** Christophe, INHESJ/ONDRP, La criminalité en France, Rapport 2014
Ministère de la Justice, circulaire CRIM 05 1 G4-08042005, 8 avril 2005
Ministère de la Justice, circulaire CRIM 09 11/G4-09052008, 9 mai 2008
Ministère de la Justice, circulaire CRIM 2012-6/G4 16022012, 12 février 2012
Obradovic Ivana, La réponse pénale à l'usage de stupéfiants, OFDT, Tendances n°72, novembre 2010
Obradovic Ivana, Les stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants, OFDT, Tendances n° 81, juin 2012
OEDT, Rapport Européen sur les drogues 2015 : Tendances et évolutions, Office des publications de l'Union Européenne, Luxembourg, 2015
Organe International de contrôle des stupéfiants, Rapport annuel pour 2015, Nations-Unies, New York, 2016
Spilka Stanislas, **Le Nezet** Olivier, **Ngantcha** Marcus, **Beck** François, Les drogues à 17 ans : analyse de l'enqête ESCAPAD 2014, Tendances n°100, OFDT, mai 2015
Vicentini Jean-Philippe, **Clément** Gérard, Les stages de sensibilisation aux dangers de l'usage des produits stupéfiants, Archives de politique criminelle, 2009/1, n°31, Pédone éd., Paris, 185.

En quoi le cadre légal et réglementaire actuel est ou n'est pas un obstacle à la RdRD ?
Quelles en seraient les évolutions souhaitables pour favoriser la RdRD ?

ou

Légaliser les drogues peut-il optimiser la répression et la réduction des risques et des dommages ?

Christian BEN LAKHDAR
Université de Lille
LEM UMR 9221 CNRS
christian.benlakhdar@univ-lille2.fr

1. Introduction

La politique de lutte contre les drogues et les conduites addictives repose sur quatre piliers. La répression des marchés illicites, la prévention de l'usage, les prises en charges psycho-socio-sanitaires et la réduction des risques et des dommages sont ainsi les moyens d'action des pouvoirs publics pour gérer les conduites addictives. En Suisse, la mise en œuvre simultanée de ces piliers et la déclinaison de chacun d'eux en actions concrètes a été évaluée comme efficace et pertinente (Reuter et Schnoz, 2009). Il n'en reste pas moins que cette efficacité va dépendre des proportionnalités conférées à chacun des piliers. En effet, il a été montré qu'ils pouvaient s'opposer les uns aux autres rendant le dispositif global de lutte contre les conduites addictives inopérant ou tout du moins contradictoire (Kerr et al., 2005 ; Lafargues de Grangeneuve, 2009). Par exemple, la lutte policière contre l'usage de drogues peut venir contrecarrer les objectifs de réduction des risques lorsque les actions policières s'opèrent non loin, voire à proximité des centres de réduction des risques. De la même façon, une trop large distribution de produits de substitution à l'héroïne peut venir créer et dynamiser un marché illicite des opiacés et en conséquence annihiler les efforts policiers visant à le juguler.

Les évaluations réalisées et les contradictions constatées dans la mise en œuvre des politiques de lutte contre les conduites addictives ne l'ont cependant été que sous des régimes juridiques figés. Force est en effet de constater que les politiques de lutte contre les conduites addictives ne se font le plus souvent que sous des régimes prohibitionnistes de l'usage et du commerce, à l'exception notable des substances légales que sont le tabac ou l'alcool, même si une convergence des modèles juridiques semble apparaître aujourd'hui (Bergeron et Nouguez, 2014).

Nous proposons ici de faire une évaluation de la politique de lutte contre les conduites addictives, non pas sous le régime juridique en vigueur mais bien sous deux différents cadres juridiques n'ayant pas encore cours en France, à savoir une totale dépénalisation de l'usage dans un premier temps et d'une légalisation de l'usage et du commerce de drogues dans un second temps. Plus précisément, nous nous demandons si le dépassement du cadre juridique actuel, par une dépénalisation de l'usage ou par une légalisation des marchés, autoriserait une efficacité accrue à la politique anti-drogue[1]. Nous portons

[1] Il s'agit alors d'une évaluation de politique publique au contraire d'une évaluation . Autrement dit, nous évaluons ce que pourrait être l'impact d'un changement législatif sur les politiques de lutte contre les drogues et non pas l'impact qu'elles ont aujourd'hui.

particulièrement nos interrogations sur deux des quatre piliers, à savoir la répression et la réduction des risques et des dommages.

La méthodologie mise en œuvre pour répondre à cette question ne pourra pas être empirique : elle nécessiterait des données qui n'existent, à l'heure actuelle, nulle part dans le monde. Elle sera alors théorique et trouvera ses fondements dans la théorie économique du consommateur et du producteur. Ces fondements théoriques microéconomiques nous serviront à dessiner ce que pourraient être les réactions des individus face aux politiques de gestion des conduites addictives mises en place sous un régime différent que celui de la prohibition de l'usage et de la vente. In fine, c'est donc l'évaluation de certains piliers sous un régime légal des conduites addictives que nous tentons d'entreprendre.

Nos principaux résultats sont de deux ordres. D'une part, les régimes juridiques dépénalisant totalement l'usage de drogues présentent l'avantage d'une réorganisation des politiques répressives vers l'offre du marché, leur conférant ainsi théoriquement une plus grande efficacité. Il n'en reste pas moins qu'une annulation des risques d'interpellation des usagers pourrait dynamiser la demande et donc le marché dans son entier. L'avantage majeur réside cependant dans la disparition des contradictions entre réduction des risques de l'usage et répression de l'usage, renforçant l'efficacité des dispositifs de réduction des risques.

D'autre part, une légalisation des marchés des drogues aurait comme avantage de résoudre la double problématique d'asséchement des marchés souterrains et de prévention de l'usage de drogues. En effet, la concurrence légale devrait théoriquement mettre à mal l'offre illégale, qui, même si elle perdurait, serait davantage battue en brèche par des actions policières concentrées sur cette frange désormais marginale du marché. Les piliers de prévention, de prise en charge et de réduction des risques auraient certainement à faire face à un nombre plus important d'usagers mais débarrassés des problèmes et des externalités les plus graves attribuables à de la consommation de drogues grâce aux actions mises en œuvre. Sur ce dernier point, nous essayons de faire un parallèle avec la récente légalisation du marché des jeux d'argent en ligne pour tracer les grandes lignes de ce que serait une légalisation des drogues en France. Sous un régime de légalisation des drogues, et outre les actions fiscales que l'Etat pourrait mettre en place, c'est aux dispositifs de réduction des risques qu'incombe la responsabilité de la variabilité de la base populationnelle d'usagers de drogues et des niveaux de risques associés.

La section suivante de ce texte pose les fondements microéconomiques nous servant à modéliser un cadre général de gestion des conduites addictives. Dans une troisième section, nous tentons de pointer l'intérêt de calibrer au mieux les politiques de lutte contre les conduites addictives en montrant certaines contradictions qui peuvent apparaître entre les piliers. Nous changeons de paradigme juridique dans une quatrième section cherchant à appliquer notre modèle de gestion des conduites addictive sous un cadre de dépénalisation de l'usage puis de légalisation des marchés. Une dernière section vient conclure ce document.

2. Cadre général de gestion des conduites addictives

Les individus réagissent aux incitations monétaires émanant du marché mais aussi à celles souvent mises en place par les pouvoirs publics. Les politiques publiques sont fondées sur le postulat économique que le prix des choses détermine le niveau de consommation des individus en fonction de leur revenu, c'est-à-dire de leur contrainte budgétaire. En matière de drogues et de conduites addictives, un cadre d'analyse économique peut ainsi être posé permettant de comprendre les réponses comportementales des individus face aux variations

du prix de marché auxquelles ils font face et ainsi jauger de la cohérence et de l'efficacité des politiques publiques menées.

2.1. Réprimer pour dissuader de l'usage et de l'offre

La politique répressive en matière de drogues vise à augmenter le prix et le coût d'obtention des substances. Ainsi, faire peser le risque d'une interpellation et d'une sanction à un trafiquant de stupéfiants le conduit à imposer une prime de risque sur le prix de vente du produit en question. Plus la politique répressive est efficace, plus la prime de risque est élevée, plus le prix de vente l'est en conséquence. Face à un prix élevé, la demande doit être faible.

De même, faire peser un risque d'interpellation et de sanction à un usager augmente son coût d'obtention des substances. Le prix mais aussi tous les coûts inhérents à l'achat de stupéfiants (risques judiciaires et risques à côtoyer le marché noir) font que le coût d'obtention peut varier. Plus celui-ci est élevé, moins la demande est importante, toutes choses égales par ailleurs.

Le cadre d'analyse économique de la politique répressive se compose donc de deux variables cruciales : la probabilité d'interpellation et le niveau de sanction (Becker, 1968). On comprend que plus la probabilité d'interpellation est élevée moins les incitations à vendre et à acheter des stupéfiants sont grandes, conduisant le marché a être réduit. Le niveau de sanction joue aussi dans le même sens. A l'extrême et de façon hypothétique, condamner à la peine de mort l'usage et la vente de stupéfiants doit inciter les individus à ne pas adopter de tels comportements.

L'acteur public joue alors sur ces deux composantes de la politique répressive en fonction de sa propre contrainte budgétaire (augmenter les forces de police est couteux) et en fonction des préférences démocratiques de la population (la peine de mort a été abolie). La loi du 31 décembre 1970 prohibant l'usage et la vente de stupéfiants est ainsi venue augmenter les peines liées à ces comportements puisque les sanctions visant les trafics ont été augmentées et l'incrimination de l'usage n'existait pas auparavant.

La loi du 31 décembre 1970 encadre, selon une liste écrite et actualisée, les substances prohibées de consommation et de vente. On peut selon cette liste faire un distinguo entre les substances illicites et les substances (ou comportements) licites. La consommation et la vente d'alcool et de tabac sont des exemples de substances addictives légales. Cependant, le législateur encadre de manière de plus en plus stricte leur consommation. En effet, de la même façon que pour les drogues illicites, l'usage de ces drogues licites n'est pas autorisé… dans certaines conditions. Il est ainsi interdit de consommer de l'alcool (dans une certaine mesure) avant de prendre le volant ou de se retrouver en état d'ébriété sur la voie publique. Il est interdit, sous peine de se voir mis à l'amende, de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif. La production et la vente d'alcool et de tabac sont très contrôlées : les douanes contrôlent la production et la distribution et la vente est interdite à une catégorie de consommateurs, les mineurs. La contrebande est punie, aussi bien pour le consommateur que pour le revendeur illégal.

Une convergence de la gestion répressive de l'offre et de l'usage des produits psychoactifs se dessine alors (Bergeron et Nouguez, 2014). Les curseurs des variables de probabilité d'interpellation et de niveau de sanction ne sont évidemment pas de la même intensité entre drogues licites et illicites mais depuis 1970, force est de constater que la lutte contre l'abus d'alcool et la consommation de tabac s'est considérablement judiciarisée.

2.2. Prévenir, réduire les risques et prendre en charge

Dans le même temps qu'une criminalisation de l'usage et de la vente des drogues licites, l'usage des drogues illicites s'est largement « sanitarisé ». Ceci est une conséquence de la loi de 1970 qui confère au secteur sanitaire le soin de sevrer l'usager de drogues illicites.

Le dispositif de prise en charge sanitaire, de l'addiction en tant que telle ou de ses conséquences, représente une diminution du coût individuel lié à l'usage de drogues. A titre d'exemple, encore une fois caricatural, imaginons que l'addiction à l'héroïne puisse être, grâce à une innovation médicamenteuse, stoppée nette. Le coût, actuel ou futur, supporté par l'individu à consommer de l'héroïne diminue drastiquement, l'incitant à soit commencer à consommer, soit à continuer. Dit autrement, si notre système de protection sociale et de prise en charge sanitaire n'existait pas, le coût individuel à consommer des drogues (licites ou illicites) serait grandement augmenté. Bien sûr, le coût que supporte un individu du fait d'un cancer du poumon ou d'une cirrhose du foie n'intervient que tard après la première consommation de tabac ou d'alcool et les gens n'anticipent que peu, souvent par manque d'information, les conséquences futures de leur comportement actuel. Ici, ce sont les politiques de prévention qui se doivent de rétablir une meilleure appréhension des conséquences de l'usage de substances addictives.

Les politiques préventives visent ainsi, en quelque sorte, à faire réévaluer par l'individu les coûts qu'il supporte ou supportera à consommer (Sassi et Hurst, 2008). Les campagnes de prévention, les actions menées sur des populations cibles ou encore les pictogrammes sur les paquets de tabac participent tous de cette volonté des pouvoirs publics d'informer sur les conséquences sanitaires des conduites addictives.

Les politiques et actions de réduction des risques et des dommages de l'usage de drogues amènent quant à elles, le coût individuel à consommer des drogues à varier dans le sens opposé. C'est à dire à le diminuer. Les emblématiques programmes d'échange de seringues par exemple permettent à l'usager de diminuer ses risques de contamination par des maladies infectieuses comme le VIH ou le VHC. En réduisant les risques liés à l'usage de drogues, le coût de l'usage diminue incitant théoriquement l'individu à la consommation ou à consommer davantage.

2.3. Des politiques contradictoires ?

Si la répression augmente le coût individuel à s'adonner à des conduites addictives, certaines politiques comme la prise en charge sanitaire et la réduction des risques le diminuent. Ceci pourrait dans un premier temps être tout à fait contradictoire : d'un côté on criminalise l'usage d'héroïne, d'un autre côté on distribue la seringue pour en consommer…

Les pouvoirs publics ne sont toutefois pas aussi schizophrènes qu'ils pourraient le paraître. Deux points méritent ici d'être soulignés. Le premier est le caractère dynamique que peut revêtir le marché des drogues. Il a en effet été montré que les politiques répressives étaient hautement efficaces à contrer une épidémie de drogues dès l'instant où ces politiques étaient mises en place tôt dans la dynamique épidémique (Caulkins, Tragler et Wallner, 2009). Ainsi, à partir du moment où le marché offre un nouveau produit et que le nombre d'usagers est restreint, les politiques répressives peuvent avec succès mettre fin à la diffusion de l'épidémie. Par contre, à partir d'un certain seuil de consommateurs, l'efficacité de la répression s'atténue et la gestion sanitaire et des risques d'usage devient l'action à privilégier. Ceci amène au second point.

L'analyse proposée dans ces quelques lignes omet un acteur important : le non-consommateur. En effet, certes les politiques de gestion des conduites addictives visent le consommateur de drogues mais elles sont aussi largement motivées par la protection des non-consommateurs, notamment contre la diffusion des maladies infectieuses ou l'accidentologie routière. C'est parce qu'on distribue des seringues stériles que le « réservoir » de maladies infectieuses est contenu, limitant ainsi les risques de propagation en population générale. C'est parce qu'on réprime l'alcool au volant que l'on protège les automobilistes non alcoolisés.

Au final, les politiques de gestion des conduites addictives devraient être complémentaires. Elles le sont dès l'instant où leur mise en œuvre concorde avec la diffusion du produit (ou du comportement) et dès l'instant où est parfaitement défini l'objectif qu'elles poursuivent (protéger le consommateur et/ou le non consommateur). Une autre condition de complémentarité est l'intensité, le calibrage avec laquelle elles coexistent. A défaut, elles entrent en opposition.

3. Répression et réduction des risques : trop de l'un, pas assez de l'autre et vice-versa

L'équilibre à trouver en matière de gestion politique des conduites addictives est délicat : il s'agit de réprimer les marchés tout en laissant la place aux politiques de prise en charge et de réduction des risques. Il s'agit aussi de faire que les actions de réduction des risques ne dynamisent pas outre mesure le marché.

3.1. Quand la répression empêche le fonctionnement des dispositifs de RdRD

Les actions de répression de la détention et de l'usage de stupéfiants menées par les forces de police peuvent venir en contradiction avec les efforts de réduction des risques et des dommages de l'usage de drogues. Nous l'avons déjà souligné, le risque d'être interpellé pour détention et usage de stupéfiants fait augmenter le coût de la consommation de drogues et devrait donc dissuader l'individu, ou tout au moins l'amener à diminuer sa consommation. Dans le même temps, si les risques sanitaires encourus du fait de la consommation de drogues sont diminués par les dispositifs de RdRD, le coût de la consommation tend au contraire à diminuer. Nous sommes ici au cœur de la contradiction des politiques de lutte contre les drogues.

Un exemple illustre bien cet antagonisme : celui des programmes d'échange de seringue et des actions de police. Aux Etats-Unis, Beletsky, Macalino et Burris (2005) ont réalisé une enquête qualitative auprès de 14 officiers de police suite à la légalisation de l'achat et de la possession de seringues. Il ressort des entretiens menés que les officiers de police n'ont qu'une connaissance partielle de la loi et que, même lorsqu'ils en ont pleine connaissance, ils ne sont pas enclins à modifier leur comportement professionnel. Dit autrement, les officiers continuent de considérer un possesseur de seringues comme un délinquant. Une des explications à cette inertie des pratiques policières malgré le changement législatif est liée aux représentations qu'ils ont des usagers de drogues par voie intraveineuse. Ainsi, ils manifestent leur frustration relative à leur impuissance à stopper l'usage de drogues et la criminalité associée. Ils blâment les usagers de drogues pour les mauvais choix de vie qu'ils ont fait ou qu'ils continuent de faire. Une autre explication tient au manque de formation que ces policiers reçoivent. Ils avouent ne pas être entrainés ni équipés pour gérer l'interpellation de possesseurs de seringues, ils s'inquiètent en conséquence des risques de contamination accidentelle qu'ils encourent… Comme le soulignent les auteurs de l'enquête, une différence semble exister entre le « droit dans les livres » et le « droit dans la rue ».

On retrouve cette même conclusion dans les travaux de Shannon et al. (2008) menés auprès de 198 prostituées de rue à Vancouver au Canada. Ce travail quantitatif et géographique met en évidence les difficultés d'accès aux structures de prise en charge sanitaire et de réduction des risques de ces consommatrices de drogues. La violence régnant autour des centres de RdRD mais aussi les actions de police menées incitent les usagères à ne pas s'approcher de ces lieux. Les actions policières représentent donc des barrières d'accès aux dispositifs de RdRD, en particulier pour les plus jeunes, les aborigènes, les injectrices actives et les consommatrices de crack. Violence des marchés criminels et lutte policière constituent ainsi des freins à la réduction des risques chez les populations les plus vulnérables.

Toujours à Vancouver, l'étude de Werb et al. (2007) souligne encore plus l'impact délétère de la répression policière sur la réduction des risques et des dommages. Parmi 465 injecteurs de drogues interrogés, 28% déclaraient avoir été interpellés par la police dans les six derniers mois, sans toutefois avoir été arrêtés. Les facteurs de risques de ces interpellations sont au crédit de la précarité des individus : sans-abris, incarcération récente, prostitution, usage fréquent de drogues, possession de seringues, usage dans des lieux publics… Parmi les individus ayant été détenus, 34% se sont vus confisqués leur drogue. Parmi ces 34%, 70% disent avoir acheté de nouveau, après leur sortie, des stupéfiants et en quantités plus importantes. 51% des individus ayant fait l'objet d'une détention se sont vus confisqués leur seringue (alors que la possession est légale). Parmi eux, 6% déclarent, après leur sortie, avoir emprunté des seringues usagées.[2]

Au final, l'impact de l'activité policière, comme le montre une synthèse des connaissances réalisées en 2005 (Kerr, Small et Wood, 2005), aggrave les comportements à risque des usagers. En luttant contre les marchés, la police augmente les risques pris par les usagers liés à leur usage de drogues, avec en particulier une renonciation à l'accès aux dispositifs de réduction des risques. A de notre connaissance, il n'existe pas de tels travaux réalisés en France.

L'activité policière, le « droit dans la rue », n'est pas le seul frein à l'implémentation de dispositifs de réduction des risques efficaces ; le « droit dans les livres » peut aussi se révéler en être un.

En 2001 est votée en France la Loi sur la Sécurité Quotidienne dont un des articles et son décret d'application de mai 2002 concernent la répression des raves, ces fêtes techno organisées souvent clandestinement où le trafic et la consommation de drogues sont très présents. Ces textes, précise Lafargues de Grangeneuve (2009), facilitent la répression des raves alors que, quasiment dans le même temps, (depuis 2003), l'organisation des raves géantes, les teknivals, bénéficie de l'appui des autorités publiques au nom de la sécurité sanitaire. D'un côté, on augmente la répression de la consommation et du trafic de drogues dans ces espaces de fête mais d'un autre côté, on sort ces mêmes espaces de leur clandestinité voire de leur illégalité. Ce double mouvement souligne les contradictions de l'Etat selon Lafargues de Grangeneuve (2009). Ces contradictions se cristallisent d'une part dans les textes puisqu'on légalise en quelque sorte l'espace de consommation alors qu'on octroie des pouvoirs supplémentaires à la répression des drogues présentes dans ces mêmes espaces ; d'autre part dans la traduction concrète des actions de police et de réduction des risques.[3]

[2] A la suite des ces travaux canadiens, d'autres travaux montrent les mêmes phénomènes à Tijuana et à Ciudad Juarez au Mexique (Beletsky et al., 2013), à New York (Beletsky et al., 2014), à Bandghok (Hayashi et al., 2013).
[3] Lafargues de Grangeneuve (2009) nous apprend ainsi que parfois des bus de Médecins du Monde sont entièrement fouillés à l'entrée de teknivals du fait de l'incompréhension des douaniers, voire de la suspicion des forces de l'ordre.

Mais la réduction des risques peut aussi dans certains cas contrer l'action policière, ou tout du moins involontairement favoriser le marché souterrain et la conduite prohibée.

3.2. Quand les outils de réduction des risques favorisent l'initiation aux drogues

La seconde moitié des années 1990 est marquée par le succès sanitaire de la réduction des risques de l'usage de drogues (Inserm, 2010). Les programmes d'échange de seringues et les traitements de substitution aux opiacés contribuent à une diminution drastique des décès par surdose et des cas de contamination au VIH.

Selon notre cadre théorique, en venant diminuer les coûts potentiels sanitaires de l'usage de drogue, ces dispositifs de réduction des risques doivent, encore une fois théoriquement, inciter à la consommation ou tout du moins conforter l'actuel consommateur dans son usage. Un autre biais incitatif est la concurrence qu'exercent les TSO (détournés de leur usage et présents sur le marché noir) sur le marché des opiacés (dont l'héroïne). Cette concurrence exacerbe la réaction des offreurs illégaux qui, en réponse à cette concurrence, doivent augmenter les quantités disponibles d'héroïne et en baisser le prix, toutes choses égales par ailleurs. Ceci se vérifie empiriquement selon les constatations du dispositif TREND. Entre 1999 et 2006, le prix moyen du gramme d'héroïne brune a diminué de plus de 30% tandis que la qualité restait sensiblement la même selon les saisies analysées par les forces de l'ordre, signifiant en cela que le gramme l'héroïne brune pure était devenue meilleur marché (Ben Lakhdar, 2009).[4]

Le Subutex® connaît un détournement de son usage et se trouve largement présent sur le marché noir. Ceci est à lier à sa grande diffusion dès son autorisation de prescription : de 1996 à 2000, le nombre de dose journalière distribuée par jour passe de 20 000 à 70 000, soit une progression de 250%. De 2001 à 2013, ce même indicateur passe de 70 000 à plus de 100 000, soit une augmentation de 43%. Sur cette dernière période, il est toutefois important de noter une diffusion de la prescription de méthadone.

Il n'en reste pas moins que très tôt après le début de sa diffusion, le Subutex® a soulevé nombre d'interrogations. En 1999, le dispositif TREND de l'OFDT, complété par deux enquêtes pilotes quantitatives menées pour l'une auprès de médecins généralistes et l'autre dans un service hospitalier d'urgence parisien convergeaient dans leurs observations : l'injection de Subutex® et les problèmes sanitaires associés (abcès, nécroses cutanées, lymphangites) se diffusaient (Costes, 2000). Costes (2000) concluait : « s'il est incontestable que la substitution améliore la prise en charge de ces patients […], les effets secondaires de l'injection de Subutex® sont visibles et problématiques ». En 2001, les propos de Bello, Toufik et Gandhilon (2001) se voulaient moins prudents : les auteurs, sur la base des observations de terrain de TREND, notaient que « [D]ans la continuité des années précédentes, le fait marquant dans l'espace urbain est la grande disponibilité de la buprénorphine haut dosage (Subutex®), sur le marché parallèle. D'un prix modique, facile d'accès, la diffusion de ce produit déborde le cadre de la population traditionnelle toxicomane pour toucher également des personnes plus jeunes, souvent précarisées et vivant au contact du milieu de la galère ». L'Institut National de Veille Sanitaire, dans un rapport d'évaluation de la politique de réduction des risques de l'usage de drogues, invitait à s'interroger sur l'élargissement de la prescription de méthadone ou le recadrage de celle du Subutex® et soulignait le besoin d'évaluation de la balance bénéfices-risques des traitements de substitution (Emmanuelli, 2000).

[4] C'est aussi à cette même période que le rachacha se diffuse au sein de l'espace festif techno. Ici, c'est certainement son appellation marketing qui a permis son introduction laissant à penser à une stratégie commerciale consciente ou non des offreurs.

En 2003, la BHD était le premier opiacé consommé quotidiennement par les usagers de structures de première ligne. Ces derniers déclaraient, dans un peu plus de la moitié des cas, en prendre uniquement dans un but thérapeutique, laissant ainsi l'autre moitié à des motivations autres. Cette même année, les différents sites TREND continuaient d'identifier des primo-consommateurs (personnes pour lesquelles la BHD est le premier opiacé consommé) et de primo-dépendants (la BHD est leur premier produit de dépendance). Entre 2000 et 2003, le prix du comprimé de 8 mg sur le marché parallèle était divisé par deux pour atteindre une médiane à 3 euros en France métropolitaine (Bello et al., 2004).

Aujourd'hui, l'usage de BHD est en perte de vitesse et la BHD n'est plus le produit consommé posant le plus de problème aux usagers fréquentant les CAARUD, détrônée par l'alcool. Il n'en reste pas moins que son usage s'est diffusé durant les années 2000 dans l'espace festif alors qu'il était autrefois restreint à l'espace urbain (Cadet-Taïrou et al., 2015). La lutte contre le nomadisme médical, l'apparition de nouvelles galéniques et l'augmentation de la primo-prescription de méthadone ont certainement contribué à limiter le marché parallèle de Subutex®.

Aujourd'hui, le marché propose sans besoin de prescription ni même d'accompagnement des outils de réduction des risques de l'usage de substances psychoactives. Le succès commercial de la cigarette électronique en est un exemple, relayé en cela par les professionnels de santé travaillant dans le champ de l'abstinence tabagique ou de la réduction des risques. Alors que cet outil n'a pour le moment pas fait preuve d'une efficacité supérieure, par rapport aux substituts médicamenteux, pour conduire les individus à s'abstenir de la consommation de tabac, il permet néanmoins d'un part de réduire le nombre de cigarettes fumées et de limiter les risques d'inhalation de carcinogènes du fait de son procédé technique de vaporisation (et de non combustion) (McRobbie et al., 2014). Le risque cependant est que le déferlement d'un outil de réduction des risques de cette nature amène certains individus, les plus jeunes certainement plus exposés au marketing de cette nouvelle industrie, à s'initier à la consommation de nicotine. A l'heure actuelle, les études scientifiques manquent pour conclure sur ce phénomène mais en fonction des profils d'individus s'initiant à la cigarette électronique nicotinée, le risque est bien réel.[5]

Au final alors, il pourrait ressortir que dès lors que la politique de réduction des risques est mal calibrée, ou prise de cours par la dynamique du marché, les outils de réduction des risques diminuent trop le coût potentiel sanitaire de l'usage de substances psychoactives incitant l'individu à l'initiation, voire l'abus, de la molécule en question. Evidemment, mieux vaut peut-être s'initier à la nicotine via la cigarette électronique ou aux opiacés via le Subutex® plutôt qu'au tabac et à l'héroïne respectivement mais il n'en reste pas moins que si certains individus deviennent dépendants du fait des outils de réduction des risques alors qu'ils ne l'auraient pas été sans leur existence, ces mêmes outils deviennent problématiques dans le sens où ils concourent à dynamiser le phénomène qu'ils cherchent à contenir.

Comment alors essayer d'optimiser non seulement les politiques de répression mais aussi celles de réduction des risques ? Un nouveau cadre légal permettrait-il cette réconciliation et cette optimisation ?

[5] Des études montrent un lien significatif entre expérimentation de la cigarette électronique et expérimentation ultérieure du tabac (Primack et al., 2015 ; Gmel et al., 2016). Il n'est cependant pas possible pour le moment de dire si la cigarette électronique fait reculer l'âge de la première cigarette ou si elle touche des populations qui n'auraient pas commencé le tabac sans son existence. Dit autrement, en l'état des connaissances scientifiques, il n'est pas possible d'évaluer la balance bénéfices-risques de l'initiation à la cigarette électronique nicotinée.

4. Entre dépénalisation et légalisation

Entre la prohibition stricte des drogues et la libéralisation complète laissée aux seules forces du marché, il existe une multitude de cadres législatifs et réglementaires possibles. Il convient de trouver celui qui réconcilie les politiques répressives et celles de réduction des risques et qui les optimise. Avant cependant, faut-il encore rappeler que la distinction existante aujourd'hui entre drogues (ou comportements) licites et illicites n'a pas grand sens d'un point de vue sanitaire et que la lutte contre les drogues apparaît définitivement perdue.

4.1. Une distinction actuelle des produits sans fondements

La distinction entre drogues licites d'un côté et drogues illicites de l'autre ne s'établit que sur une base juridique, c'est-à-dire leur inscription à la liste des stupéfiants prohibés de consommation et de vente non encadrée. Si l'on considère d'autres critères, comme le degré de dépendance potentielle générée par le produit ou les dommages sanitaires attribuables à sa consommation, le caractère licite ou illicite des substances psychoactives addictives (et les comportements addictifs sans produits) perd le peu de sens qu'il semblait avoir. En 1999, le Professeur Roques rend à Bernard Kouchner un rapport de classification (entre autres choses) de dangerosité sanitaire des substances addictives où la distinction juridique entre licite et illicite vole en éclat. Nutt et al. (2010) présentent le même exercice d'évaluation des risques induits par les produits, que ces risques pèsent sur l'usager en tant que tel ou qu'ils portent sur des tiers. L'alcool est évalué le produit le plus dommageable pour les tiers suivi de l'héroïne et du crack. Cet ordre est inversé concernant les niveaux de dommages que s'infligent l'usager : crack, héroïne puis alcool. Au total, l'alcool arrive en tête des substances les plus dommageables. Les drogues licites que sont l'alcool et le tabac se retrouvent dans les 10 substances les plus nuisibles, au même titre que l'héroïne, le crack, la métamphétamine, la cocaïne, les amphétamines ou encore le cannabis. La distinction juridique entre les produits n'a ainsi aucune base objectivée scientifiquement.[6]

Cette distinction juridique entre les produits se répercute fort logiquement dans les actions de l'Etat et dans le coût social des substances psychoactives. Ainsi, si l'on se réfère au coût social du cannabis, alors que le volet répressif consacré à cette substance a été évalué à plus de 500 millions d'euros par an, le volet préventif et de prise en charge ne représentait qu'un peu plus de 36 millions d'euros (Ben Lakhdar, 2007). Dit autrement, la distinction juridique des produits, alors qu'elle ne se fonde aucunement sur la dangerosité pour l'individu consommateur et les tiers, conduit les pouvoirs publics à engager des dépenses difficilement justifiables au regard d'un critère sanitaire. Pis même puisque l'on pourrait considérer que ces actions répressives, inefficaces par ailleurs (Ben Lakhdar et Tanvé, 2012) à contrer l'épidémie de cannabis (Legleye et al., 2014), soustrait d'importantes ressources qui pourraient être dévolues à des actions préventives et sanitaires plus efficaces.[7]

Le distinguo entre drogues licites et drogues illicites a-t-il des conséquences autres que budgétaires ? Il semblerait que oui si l'on s'attarde sur la communication grand public de prévention des conduites addictives et de leurs conséquences. En 2006, à la suite des résultats de l'enquête SAM (Stupéfiants et Accidents Mortels), les pouvoirs publics lancent une campagne de prévention sur les risques d'accidents mortels de la route attribuables à l'alcool et au cannabis. L'étude SAM révélait en effet que les sur-risques d'avoir un accident mortel de la route ou d'être impliqué dans un accident mortel de la route s'élevaient à 1,8 pour le cannabis, de 8,5 sous l'emprise de l'alcool au delà du seuil légal, et de 14 à 15 fois

[6] Voir Bourgain et al. (2012) pour une classification des substances réalisée par des experts français.
[7] Diaz-Gomez (2103) montre d'ailleurs que sur la période 2008-2010, les budgets répressifs augmentent alors que les dépenses publiques de prévention et de prise en charge diminuent.

plus en cas d'association des deux substances (Laumon et al., 2005). La traduction de ces résultats dans la campagne de prévention menée met en avant une communication préventive ambiguë de la part des pouvoirs publics. Le sur-risque en cas d'association des deux substances est mis en lumière sur l'une des affiches de cette campagne de prévention. Sur une autre affiche, ce n'est pas le sur-risque attribuable au cannabis qui est mis en avant mais sa traduction chiffrée en termes de mortalité routière, soit 230 morts annuels. Aucune affiche, au meilleur de notre recherche, ne décline le sur-risque alcool pourtant 4,5 fois plus élevé que le sur-risque lié au cannabis. Les pouvoirs publics auraient-ils volontairement omis de comparer les sur-risques entre eux, c'est-à-dire les produits entre eux ? Les pouvoirs publics n'ont ici pas fait le choix de la réduction des risques mais celui de la non-comparaison des statuts légaux des produits et leur dangerosité associée.

4.2. Internet, notre pire ennemi

L'offre de substances psychoactives (ou de comportements addictifs) est aussi désormais en ligne, sur Internet ou sur le *Deep Web*. Ce que l'on qualifie de nouveaux produits de synthèse est désormais à la portée du plus grand nombre comme le sont sur l'Internet caché les produits « classiques » comme le cannabis ou la cocaïne. L'attractivité de ces sources d'offre est encore peu connue, non seulement les nouveaux produits de synthèse n'apparaissent que comme des substituts imparfaits aux drogues classiques aux yeux des usagers (Bruneel et al., 2014) mais la manipulation du *Deep Web* requiert certainement quelques compétences. Il n'en reste pas moins que cette source d'offre supplémentaire ne peut conduire qu'à la « surchauffe » du système répressif (Ben Lakhdar et Weinberger, 2011) et finalement à sa totale inefficacité (Ben Lakhdar et Tanvé, 2013) : les fournisseurs de substances étant difficilement identifiables et la livraison se faisant par colis postaux noyés au milieu de millions d'autres.[8] Le modèle prohibitionniste des drogues semble avoir atteint ses limites. C'est peut-être cette difficulté supplémentaire pour les forces de l'ordre à lutter contre les marchés illégaux qui a conduit les pouvoirs publics français à légaliser l'offre de jeux en ligne.

4.3. Dépénaliser l'usage ou légaliser les marchés pour réduire les risques ?

Avant d'interroger un modèle de légalisation des marchés des drogues et des conduites addictives, il convient d'envisager un modèle médian où l'usage serait autorisé mais pas le commerce.

4.3.1. Impact théorique d'une dépénalisation de l'usage

Une dépénalisation totale de l'usage excluant les régimes de contraventionnalisation ou comportant un minimum de contraintes pour l'usager, aurait pour effet de diminuer le coût d'obtention et d'usage des drogues, incitant théoriquement à la consommation. Cet accroissement de la demande, du fait d'une base plus large de consommateurs, d'une intensité accrue ou des deux à la fois, aurait pour incidence de dynamiser le marché des stupéfiants et, de la sorte, représenterait éventuellement une aubaine pour les offreurs illégaux.[9] Deux effets positifs pourraient toutefois contrebalancer cette augmentation de la demande et cette dynamisation de l'offre.

Le premier repose sur le fait que l'antagonisme entre répression de l'usage et réduction des risques disparaitrait. Les actions policières menées à l'encontre des usagers de stupéfiants

[8] En 10 ans, le nombre de saisies de drogues par colis postaux a augmenté de 300% selon l'UNODC (2014).
[9] Il semble cependant peu probable que la dépénalisation de l'usage augmente sensiblement le nombre de consommateurs. Dans le cas du cannabis par exemple, MacCoun et Reuter (2001) concluent que toutes les expériences de dépénalisation de l'usage de cannabis n'ont pas conduit les prévalences d'usagers à augmenter.

qui peuvent entrer en concurrence avec les dispositifs de réduction des risques n'auraient plus cours dans ce cadre juridique. En augmentant la taille de la population qui fréquenterait les dispositifs de réduction des risques, les externalités négatives de l'usage de drogues pourraient diminuer, et la balance entre augmentation du nombre d'usagers et minimisation des risques sanitaires pourrait être positive.

De plus, et ceci constitue le second effet positif attendu, les ressources policières présentement allouées à la répression de l'usage pourraient être orientées vers des actions visant l'offre illégale de stupéfiants permettant de contenir ce versant du marché voire de le faire régresser. Si l'offre n'est plus aussi abondante du fait d'une efficacité retrouvée des actions répressives, le bilan total d'une dépénalisation de l'usage pourrait être pleinement positif pour la collectivité.

Ce bilan suppose toutefois que les actions de réduction des risques n'encouragent pas plus la consommation que nécessaire et n'alimente pas le dynamisme des marchés des stupéfiants, à l'instar du marché parallèle du Subutex® que l'on a pu observer durant la décennie 2000. Il suppose aussi que les budgets répressifs actuellement alloués à la répression de l'usage soient effectivement dirigés vers la lutte contre l'offre de stupéfiants et non pas simplement économisés, et que les actions policières aient une certaine efficacité.

L'exemple portugais de dépénalisation de l'usage de drogues sied le mieux à notre approche théorique. Depuis 2001, sous des conditions relativement strictes, la possession et l'usage de drogues ont été dépénalisées dans ce pays. Des évaluations qui ont été réalisées, il ressort que, comparativement à des pays proches comme l'Espagne et l'Italie, les prévalences d'usagers n'ont pas augmenté outre mesure. L'usage problématique ainsi que les dommages associés à la consommation de drogues sont en diminution et finalement que le système judicaire a connu un large désengorgement (Hughes et Stevens, 2010). Le bilan apparaît alors comme largement positif même si l'offre de substances illicites ne se semble pas avoir été impacté par ce changement législatif.

4.3.2. Impact théorique d'une légalisation du marché

Des cadres de légalisation du cannabis sont actuellement en vigueur dans le monde. Certains Etats américains ou certains pays organisent aujourd'hui un marché légal du cannabis. Ces cadres juridiques peuvent néanmoins recouvrir différentes formes organisationnelles en fonction du ou des acteurs autorisés à façonner le marché. Sur la base de ces exemples de légalisation que l'on généralise ici à toutes drogues illicites, on oppose deux cas polaires d'organisation du marché : celui d'un marché totalement libre où des acteurs privés produisent et commercialisent le produit et celui d'un monopole public. Dans le but de minimiser le coût social des drogues que supporte la collectivité, la légalisation des substances se doit de répondre à un double objectif. Le premier est d'assécher le marché noir dans le but de faire disparaître toutes les externalités négatives qui lui sont associées. Le second est d'enrayer les épidémies de consommation et de limiter les risques d'usage.

Nombre d'observateurs s'inquiètent de l'organisation d'un marché libre et concurrentiel pour atteindre ces deux objectifs : l'initiative privée s'accompagnant de fortes innovations et surtout d'un marketing agressif rendant toujours plus attractif la substance en question. Toutefois, avec cette organisation de marché, l'économie souterraine n'a que peu de chances de perdurer. En revanche, la santé publique pourrait en pâtir. Comme le soulignent Rhem et Fisher (2015), c'est bien le jeu réglementaire qui va s'instaurer entre les acteurs privés du marché et les pouvoirs publics qui donnera la mesure de ce cadre de légalisation.

Le cadre de légalisation des drogues sous monopole public de production et de distribution présente l'avantage de répondre à la fois à la problématique d'asséchement des marchés criminels et d'enrayement des épidémies de consommation ainsi qu'à la réduction des risques d'usage. Dans l'hypothèse où l'acteur public ne trouve pas d'intérêt particulier aux rentrées fiscales issues de la vente des produits mais intérêt aux bénéfices d'une criminalité moindre, voire nulle, et d'une santé publique améliorée, ce cadre juridique réconcilierait les politiques répressives et la santé publique. Les actions policières n'auraient plus qu'à se concentrer sur la frange résiduelle illicite qui perdurerait : la limitation de l'aire du marché que les actions policières auraient à combattre leurs permettrait d'avoir une certaine efficacité. Les politiques de réduction des risques de l'usage de substance verraient certainement la panoplie de leurs outils s'étoffer et toutes leurs actions légitimées.[10] Il ressort donc que la responsabilité des politiques de réduction des risques est d'autant plus grande sous un régime de légalisation en ce qu'elle devient l'unique variable diminuant le coût d'usage des drogues et régulant la base populationnelle des individus usagers.

Ces modèles de légalisation restent à inventer dans leur implémentation concrète[11]. On peut toutefois s'inspirer de la récente légalisation des jeux d'argent en ligne en France pour apprécier le cheminement qui s'est opéré d'un marché illégal et à un marché légal d'offre de jeux. Les travaux de Marie Trespeuch sont éclairants à ce sujet (Mangel et Trespeuch, 2009 ; Trespeuch, 2011, Steiner et Trespeuch, 2013).

Des opérateurs privés d'offre de jeux d'argent en ligne proposaient des sites internet où les usagers français pouvaient jouer. Ces sites étaient considérés comme illégaux en France puisque venant concurrencer les monopoles français des jeux d'argent et ne respectant pas la législation en vigueur. L'offreur public français n'avait pas encore investi ces nouveaux marchés en ligne. Sous la pression de la Communauté européenne et du lobbying de ces offreurs illégaux (mais légaux à l'extérieur de nos frontières), en 2010, l'offre de jeux d'argent en ligne est légalisée en France. Cette offre est toutefois sujette à de nombreuses contraintes, en particulier l'une concernant la protection du consommateur du risque de dépendance aux jeux. Une institution de contrôle est alors créée, l'Arjel[12], qui a pour double mission d'une part, de délivrer des licences d'exploitation aux opérateurs voulant s'installer sur le marché français et donc contrôler la qualité de l'offre en termes de risques de dépendance et d'autre part, de lutter contre l'offre illégale.

Concomitamment à ces évolutions juridiques et de marché, la Française des Jeux avaient eu à subir nombre de critiques concernant l'offre d'un jeu de tirage considéré comme hautement addictif quelques années auparavant, le Rapido. Taxée de vouloir n'engranger que des profits au détriment de la santé publique, la Française des Jeux s'est très rapidement inscrite dans une démarche de « Jeu Responsable » via une politique de Responsabilité Sociale d'Entreprise (RSE). Cette démarche de « Jeu Responsable » vise à limiter les risques d'addiction au jeu et les conséquences associées. On pourrait alors la qualifier de démarche de réduction des risques et des dommages.

L'Arjel semble avoir largement repris les outils de cette démarche de « Jeu Responsable » dans l'évaluation des demandes de licence des opérateurs étrangers voulant s'insérer sur le marché français du jeu en ligne. Elle contrôle donc la « qualité » des produits offerts et la démarche marketing des sites internet au regard, entre autres, de critères de réduction des risques de la dépendance au jeu.

[10] Le testing, les salles d'injection supervisée, l'éducation à l'injection, l'héroïne médicalisée, la distribution de tout matériel de consommation à moindre risque, etc…
[11] Nous attendons la mise en œuvre du modèle uruguayen de légalisation du cannabis sous monopole d'Etat pour en apprendre plus.
[12] L'Autorité de Régulation des Jeux En Ligne (Arjel), voir www.arjel.fr

Même si cet exemple pourrait préfigurer de ce que serait une légalisation des drogues en France en offrant le produit sous réserve d'un accompagnement cherchant à minimiser les risques d'usage, deux points particuliers n'ont pas permis d'assécher totalement le marché noir des jeux en ligne. D'une part, l'offre légale n'est finalement que restreinte à certains jeux, en l'occurrence les jeux avec talents puisque les jeux de pur hasard sont pour le moment interdits, amenant probablement certains individus à aller sur des sites illégaux ne présentant aucune démarche de réduction des risques. D'autre part, le « prix » des jeux n'a été fixé que relativement haut entendu que le taux de retour au joueur (TRJ[13]) est plus bas sur les sites légaux qu'illégaux. En d'autres termes, le TRJ est plus attractif sur les sites illégaux, incitant les individus à continuer à aller sur ces mêmes sites.

Malgré cela, la libéralisation des jeux d'argent en ligne avec l'existence d'un monopole public traditionnel et d'une offre privée hautement régulée a permis une meilleure visibilité des problèmes d'addiction au jeu, une meilleure politique de prévention et de réduction des risques, une lutte efficace contre l'offre illégale si l'on en croit les rapports d'activités de l'Arjel (Arjel, 2015).

5. Conclusion

Les politiques de lutte contre les drogues et les conduites addictives pourraient-elles être plus efficaces, dénuées de contradictions, sous un régime juridique autre que celui de la prohibition de l'usage et du commerce ? Pour tenter de répondre à cette interrogation, un modèle de politique publique de gestion des conduites addictives est proposé, modèle reposant largement sur les hypothèses comportementales individuelles de la microéconomie néoclassique.

Dans un tel cadre d'évaluation, il apparait que les politiques répressives et de réduction des risques ne rentreraient plus en opposition et retrouveraient une certaine efficacité, que cela soit sous une régime de dépénalisation totale de l'usage de drogues ou de légalisation du commerce. Dans cette dernière hypothèse, un monopole public de distribution et de commercialisation des substances devenues légales permettrait la limitation de l'attractivité de ces mêmes produits, renforçant par là-même l'effectivité de la répression et de la réduction des risques, au contraire d'un marché concurrentiel non réglementé. Toutefois, sur l'exemple de la légalisation récente des jeux d'argent en ligne, il est possible qu'un marché concurrentiel fortement encadré par des institutions publiques avec des missions concomitantes de réduction des risques d'usage et de lutte contre les marchés noirs résiduels aurait également les avantages recherchés sur le régime des politiques actuelles.

Références

Arjel (2015). Rapport d'activité 2014-2015. Arjel, http://www.arjel.fr/IMG/pdf/rapport-activite-2014.pdf

Becker G. (1968). Crime and punishment: An economic approach. *Journal of Political Economy*, 76(2), 169-217.

Ben Lakhdar C. (2007). Le coût social du cannabis en France, 2003, In C*annabis, données essentielles*, J.-M. Costes (éd), OFDT, Saint-Denis, 146-149.

[13] Le Taux de Retour au Joueur représente en quelque sorte la probabilité de gagner du joueur. Plus le TRJ est faible, plus les gains le seront aussi et donc plus le prix payé pour jouer sera élevé.

Ben Lakhdar C. (2009). Analyse économique des marchés des drogues : l'importance de la qualité des produits. *SWAPS*, 55, 12-15.

Ben Lakhdar C., Tanvé M. (2013). Évaluation économique de la loi du 31 décembre 1970 réprimant l'usage et le trafic de stupéfiants - Illustration par le cannabis. *Psychotropes*, 19, 27-48.

Ben Lakhdar C., Weinberger D. (2011). Du marché du cannabis au marché du THC en France. Implications pour le système d'offre et les politiques de lutte. *Revue Française de Socio-Economie*, 7(1), 125-147.

Bergeron H., Nouguez E. (2014). Les frontières de l'interdit – le commerce du cannabis. In Philippe Steiner et Marie Trespeuch (Eds), *Marchés contestés – Quand le marché rencontre la morale*. Presses Universitaires du Mirail, Toulouse, pages 121-150.

Beletsky L., Macalino G., Burris S. (2005). Attitudes of police officers towards syringe access, occupational needle-sticks, and drug use: A qualitative study of one city police department in the United States. *International Journal of Drug Policy*, 16, 267-274.

Beletsky L., Lozada R., Gaines T., Abramovitz D., Staines H., Vera A., Rangel G., Arredondo J., Strathdee S. A. (2013a). Syringe confiscation as an HIV risk factor: The public health implications of arbitrary policing in Tijuana and Ciudad Juarez, Mexico. *Journal of Urban Health*, 90(2), 284-298.

Beletsky L., Heller D., Jenness S. M., Nealgus A., Gelpi-Acosta C., Hagan H. (2014). Syringe access, syringe sharing, and police encounters among people who inject drugs in New York City: a community-level perspective. *International Journal of Drug Policy*, 25(1), 105-111.

Bello P.-Y., Toufik A., Gandhilon M. (2001). Phénomènes émergents liés à l'usage de drogues. OFDT, Tendances n° 15.

Bello P.-Y., Toufik A., Gandhilon M., Giraudon I. (2004). Phénomènes émergents liés à l'usage de drogies en France en 2003. OFDT, Tendances n° 40.

Bourgain C., Falissard B., Blecha L., Benyamina A., Karila L., Reynaud M. (2012). A damage/benefit evaluation of addictive product use. *Addiction*, 107, 441-450.

Bruneel C.-A., Ben Lakhdar C., Vaillant N. G. (2014). Are Legal Highs' users satisfied? Evidence from online public comments' customers. *Substance Use & Misuse*, 49(4), 364-373.

Cadet-Taïrou A., Saïd S., Martinez M. (2015). Profils et pratiques des usagers des CAARUD en 2012. OFDT, Tendances n° 98.

Caulkins J., Tragler G., Wallner D. (2009). Optimal timing of use versus harm reduction in a drug epidemic model. *International Journal of Drug Policy*, 20(6), 480-487.

Costes J.-M. (2000). Tendances récentes sur les consommations de produits psychoactifs et la composition des substances de synthèse. OFDT, Tendances n° 7.

Diaz-Gomez C. (2013). Estimation des dépenses publiques en matière de lutte contre les drogues. In Maud Pousset (Ed), *Drogues et addictions, données essentielles*. Saint-Denis, OFDT, 148-152.

Emmanuelli J. (2000). Contribution à l'évaluation de la politique de réduction des risques sanitaires chez les usagers de drogues intraveineux. OFDT, Tendances n° 12.

Gmel G., Baggio S., Mohler-Kuo M., Daeppen J.-B., Studer J. (2016). E-cigarette use in young Swiss men: is vaping an effective way of reducing or quitting smoking? *Swiss Med Wkly*, 146, w14271.

Hayashi K., Ti L., Buxton J. A., Suwannawong P., Kerr T. (2013). The effect of exposures to policing on syringe sharing among people who inject drugs in Bangkok, Thailand. *AIDS and Behavior*, 17(8), 2615-2623.

Hughes C. E., Stevens A. (2010). What can we learn from the portuguese decriminalization of illicit drugs? *Bristish Journal of Criminology*, 50, 999-1022.

Kerr T., Small W., Wood E. (2005). Impacts sociaux et pour la santé publique de la répression du marché des drogues : une synthèse des données. *International Journal of Drug Policy*, 16, 210-220.

Lafargues de Grangeneuve L. (2009). Drogue et techno : les contradictions de l'Etat. *Sciences Sociales et Santé*, 27(4), 7-32.

Laumon B., Gadegbeku B., Martin J.-L., Biecheler M.-B., and the SAM Group (2005). Cannabis intoxification and fatal road crashes in France: population based case-control study. *British Medical Journal*, 331, 1371-1374.

Legleye S., Piontek D., Pampel F., Goffette C., Khlat M., Kraus L. (2014). Is there a epidemic cannabis model? Evidence from France, Germany and USA. *International Journal of Drug Policy*, 25, 1103-1112.

MacCoun R., Reuter P. (2001). Evaluating alternative cannabis regimes. *British Journal of Psychiatry*, 178, 123-128.

Mangel A.-C., Trespeuch M. (2009). La RSE et lesjeux d'argent : les nouveaux enjeux de la régulation. *Sociologies Pratiques*, 18, 91-107.

McRobbie, H., Bullen C., Hartmann-Boyce L., Hajek P. (2014). Electronic cigarettes for smoking cessation and reduction. *Cochrane Database Syst Rev*, 12, p. CD010216.

Nutt D. J., King L. A., Phillips L. D. on behalf of the Independant Scientific Committee on Drugs (2010). Drug harms in the UK: A multicriteria decision analysis. *The Lancet*, 376, 1558-1565.

Primack B. A., Soneji S., Stoolmiller M., Fine M. J., Sargent J. D. (2015). Progression to traditional cigarette smoking after electronic cigarette use among US adolescents and young adults. *JAMA Pediatr*, 169(11), 1018-1023.

Rehm J., Fisher B. (2015). Cannabis legalization with strict regulation, the overall superio policy option for public health. Clinical Pharmacology & Therapeutics, 97(6), 541-544.

Reuter P., Schnoz D. (2009). *Assessing drug problems and policies in Switzerland, 1998-2007*. Swiss Federal Office of Public Health, 79 pages.

Sassi F., Hurst J. (2008). The prevention of lifestyle-related chronic diseases – An economic framework. *OECD Health Working Papers*, n° 32, OECD Publishing.

Shannon K. et al. (2008). Mapping violence and policing as an environmental-structural barrier to health service and syringe availability among substance-using women in street-level sex work. *International Journal of Drug Policy*, 19, 140-147.

Steiner P., Trespeuch M. (2013). Maîtriser les passions, construire l'intérêt. Les jeux d'argent en ligne et les organes humains à l'épreuve des marchés. *Revue Française de Sociologie*, 54, 155-180.

Trespeuch M. (2011). Du monopole à la concurrence sur Internet. L'expemple du marché français des paris en ligne. *Revue Française de Socio-Economie*, 8, 39-58.

UNODC (2014). World drug report 2014. Vienne, UNODC, 197 pages.

Werb D., Wood E., Small W., Strathdee S., Li K., Montaner J. Kerr T. (2007). Effects of police confiscation of illicit drugs and syringes among injection drug users in Vancouver. *International Journal of Drug Policy*, 19(4), 332-338.

Comment modifier les représentations de l'opinion publique et valoriser l'intérêt général de développer la Réduction des risques et des dommages ?
Régulation de la distribution du cannabis, le cas de Genève et de la Suisse.

Rolin WAVRE[1]
Administrateur PME, Enseignant
Membre du Groupe Interparti genevois pour la régulation de la consommation du cannabis, 2012-2016
Genève
Portable : 079 653 37 78
Mail : rolin.wavre@gmail.com

1. Introduction

Je suis très honoré de l'invitation qui m'est faite de venir présenter à cette prestigieuse Assemblée la démarche entreprise en Suisse et à Genève en particulier. Pour être tout à fait honnête, je ne suis pas un expert. Mais plutôt un **milicien**, comme l'on qualifie dans mon pays la très grande majorité des responsables politiques qui mènent de front leur mandat et des activités professionnelles, sportives et souvent associatives.

Juriste de formation, j'ai passé presque vingt ans au service du Comité International de la Croix-Rouge, dont dix comme chef de Mission, dans des contextes tels que la Tchéchénie, Gaza, le Sud Liban, la Géorgie, la Colombie, le Rwanda, la Syrie ou l'Ouzbékistan. De retour à Genève en 2006, j'ai occupé la charge de Secrétaire général et occupe actuellement des fonctions dirigeantes[2] nationales et cantonales au sein du parti Libéral-Radical[3], qui se situe, en comparaison française, entre Les Républicains et le Modem. Très engagé dans la société civile, je préside notamment la branche genevoise de la Fédération romande des consommateurs, l'équivalent helvétique de UFC-Que choisir.

Je me propose d'exposer d'abord le contexte politique helvétique et l'environnement dans lequel les questions liées à la drogue ont été traitées depuis 40 ans. J'évoquerai ensuite la démarche originale entreprise à Genève, les résultats obtenus à ce jour et la solution envisagée. Je terminerai par quelques considérations sur la nature et les caractéristiques du débat public qui ne manquera pas de s'ouvrir dans quelques mois ou années. Parce qu'en Suisse tout se termine, non pas par des rires et des

[1] Site internet : www.rolinwavre.ch
[2] Membre du Comité directeur national, vice-président cantonal et conseiller municipal.
[3] http://www.plr-ge.ch/v2/parti

chansons, mais par un vote populaire dont nos voisins européens ont coutume de se gausser ou de s'émerveiller, selon les cas.

2. Contexte helvétique

Le système politique helvétique est marqué du sceau du fédéralisme et de la démocratie directe, deux caractéristiques incontournables pour qui souhaite modifier le cadre légal existant. En effet, le **fédéralisme** signifie que les 26 cantons, qui sont la base de la souveraineté du pays, ont délégué à l'Etat fédéral certaines compétences et responsabilités afin qu'il les exerce pour le bien de tous. Il s'agit, entre autres, de la défense, de la politique étrangère, des grandes politiques nationales telles que les grandes écoles, des routes nationales, des assurances sociales et la santé. Une très grande partie du droit positif est de nature fédérale mais son application est de la compétence de chaque canton. C'est ainsi que la législation sur les drogues relève du niveau fédéral alors que la décision de poursuivre on non est du ressort de l'autorité cantonale.

La **démocratie directe** joue un rôle essentiel en Suisse. 100'000 citoyens peuvent proposer une initiative afin de modifier la Constitution fédérale d'une manière assez libre et 50'000 peuvent réclamer que le Peuple se prononce sur une loi fédérale approuvée par le Parlement. Il s'agit du referendum. Dans les deux cas, le vote final sera précédé d'un débat politique souvent intense et d'une campagne publique. Toute réforme de la politique des drogues n'a aucune chance d'échapper à un débat public, qu'il soit dû à une initiative de ses promoteurs ou une contre-offensive de ses détracteurs.

3. Politique suisse de la drogue, 1960-2015

Entre 1960 et 1985, la priorité a été donnée à la répression lorsque le cannabis, puis le LSD, les amphétamines, la cocaïne et l'héroïne se sont répandus. 500 dénonciations pour consommation de cannabis sont enregistrées en 1969, les premières saisies de drogues dures et le premier décès qui leur est attribué surviennent en 1972. A cette époque, seule la vente et la possession sont punissables, la consommation ne l'est pas. Le Conseil fédéral, notre « Conseil des ministres » propose alors de réviser la loi fédérale afin de l'adapter aux conventions internationales qui vont toutes vers la répression. La LStup, entrée en vigueur en 1975 interdit toute consommation de substances illégales. Aucune distinction n'est faite entre le cannabis et les autres substances psychotropes[4].

[4] Sur cet aspect historique, voir l'étude « Politiques publiques en matière de drogue en Suisse, Isabelle Renschler et Sandro Cattacin, mars 1996, p.23 et ss.

Cette période est marquée par la volonté d'éradiquer le « mal ». A côté de la politique pénale, des actions de prévention sont malgré tout menées et des places dans des institutions de sevrage et de thérapie sont offertes, avec peu de moyens. De 1985 à 1991, on entre dans une phase de médicalisation ; l'Etat délègue de fait la gestion de la toxicomanie à des institutions publiques et privées. Le parc public de Platzspitz près de la gare de Zurich offre un spectacle désolant qui frappe l'opinion[5] et présente des risques de transmission de maladies infectieuses. Un Rapport d'experts de 1989 consacrera l'échec officiel de la politique de répression face à une mortalité croissante dans une population toxicomane de plus en plus marginalisée et très touchée par l'épidémie du Sida.

A partir de 1991, aux trois piliers de la poursuite pénale, de la prévention et des institutions thérapeutiques, s'ajoute un quatrième : l'Etat offre un cadre dans lequel se développera une approche de réduction des risques. On y retrouve la dimension helvétique du fédéralisme puisque les trois niveaux de la Confédération, des cantons et des villes y auront leur part. Cette politique combinera l'action des institutions publiques et privées dans un rapport non hiérarchique[6]. Cette évolution est aussi motivée par le coût élevé d'une répression jugée peu efficace. En 1993, l'Office fédéral de la Santé Publique (OFSP) autorise l'expérience la plus spectaculaire : la distribution pendant 3 ans de substances stupéfiantes sous contrôle médical impliquant 700 toxicomanes, afin de savoir si cette méthode pourrait représenter une solution aux problèmes posés par une forte dépendance[7].

Les réactions politiques sont fortes : deux initiatives totalement opposées sont lancées en 1993 : "Jeunesse sans drogues" qui a pour objectif l'abstinence, et une initiative "Pour une politique raisonnable en matière de drogues" (Droleg) qui vise la libéralisation de la consommation de substances aujourd'hui illégales. La première, soutenue principalement par des partis de droite, entend s'opposer à la politique du Conseil fédéral en matière de drogue et exige une politique restrictive. La deuxième, soutenue principalement par la gauche ainsi que par des associations spécialisées,

---

[5] Cette « scène ouverte de la drogue » sera fermée en 1992 et se déplacera dans la gare désaffectée du Letten, fermée elle aussi en 1995. Article RTS Info du 13 février 2015 http://www.rts.ch/info/economie/6537148-il-y-a-20-ans-la-scene-ouverte-de-la-drogue-fermait-a-zurich.html

[6] Renschler, p.29.

[7] ibid, p.33. *« En 1993, l'Ofsp donne le feu vert pour l'expérience la plus spectaculaire: la distribution de différentes substances stupéfiantes sous contrôle médical, impliquant 700 personnes toxicomanes remplissant des conditions précises (entre autres une longue dépendance), à qui sont donnés de la morphine, de la méthadone et de l'héroïne et aussi dans quelques rares cas de la cocaïne (…). Le but est de recueillir des données sur les effets de la distribution contrôlée de stupéfiants par des médecins et savoir si celle-ci peut représenter une solution, au moins partielle, au problème posé par la forte dépendance. Ces distributions ont lieu dans huit villes et sont limitées dans le temps jusqu'à fin 1996. Le premier rapport intermédiaire montre des résultats positifs. »* Renschler / Cattacin, op. cit. p.32-33.

voudrait légaliser achat, possession, consommation et culture des substances stupéfiantes pour la consommation personnelle et instaurer un monopole étatique qui réglerait sa distribution.[8] Les deux initiatives ont été rejetées en vote populaire à 71 et 74% en septembre 1997 et novembre 1998 respectivement. Une nouvelle initiative déposée en 2006 « pour une politique raisonnable en matière de chanvre protégeant efficacement la jeunesse » est rejetée à son tour à 64% en 2008[9].

Cette politique, innovante en 1995, est encore en vigueur. Elle est appliquée à des degrés variables selon les cantons et les régions. Ces disparités s'expliquent par des sensibilités culturelles différentes malgré la taille réduite du pays mais aussi par le caractère urbain ou rural des cantons. La rurale Glaris, l'arrière pays bernois sont très différentes de métropoles internationalisées telles que Genève et Zurich. Le principe du fédéralisme permet aux cantons d'appliquer la règle nationale avec une sensibilité qui leur correspond.

Cependant, la nécessité de distinguer plus clairement la consommation de cannabis largement répandue et souvent acceptée des autres drogues dites dures et pour lesquelles les politiques de santé publique ont permis de développer des réponses adéquates (mais encore insuffisantes) fait lentement son chemin dans la société. On estime que 300'000 à 500'000 personnes consomment régulièrement des produits cannabiques en Suisse, qui compte quelque 8 millions d'habitants (pour presque un quart d'étrangers), dont 10% sont mineures et 2,5% présentent une consommation problématique, soit entre 7'500 et 12'500 individus.

4. La démarche genevoise de 2012-2014

C'est sur la base de ce constat qu'un Groupe Interparti[10] s'est constitué à Genève, représentant l'ensemble du spectre des partis ayant des représentants au Parlement du canton, de la gauche socialiste aux nationalistes[11]. Il a travaillé et auditionné une vingtaine de représentants de la société civile[12] et des autorités entre l'été 2012 et décembre 2013 dans la plus grande discrétion, avec le simple aval des présidents des partis. Un premier Rapport[13] a été présenté lors d'une conférence de presse en

[8] ibid p.34.
[9] https://www.admin.ch/ch/f/pore/vi/vis325.html
[10] http://www.differences.ch/groupe-inter-partis-genevois.php
[11] de gauche à droite : Parti socialiste, les Verts, Parti Démocrate Chrétien, Parti Libéral-Radical, Mouvement Citoyen Genevois et Union Démocratique du Centre. A noter que ce dernier s'en est retiré au dernier moment, sur l'ordre de sa direction qui a désavoué son représentant.
[12] Médecin, expert en détection de substances, juriste, chef de la police judiciaire, expert de la police fédérale, représentant des agriculteurs, journaliste, et même un ancien trafiquant. Le GI a également auditionné les représentants de l'Etat du Colorado qui venaient d'obtenir une légalisation assez poussée.
[13] http://www.differences.ch/resources/securite_23.pdf

décembre 2013, puis discuté au sein des partis, lors de débats ouverts et dans les médias. Cette première confrontation avec l'opinion nous a permis d'apporter quelques corrections essentielles sur lesquelles je reviendrai plus loin. Une seconde version[14] tenant compte des réactions de la population a été publiée en juin 2014 et remise officiellement au Conseil d'Etat, le gouvernement du Canton de Genève. Celui-ci a confié à sa Commission consultative en matière d'addictions[15] la mission d'élaborer des propositions concrètes sur la base des recommandations du Groupe Interparti. A noter que le Groupe s'est volontairement et dès sa première séance limité au domaine du cannabis, estimant que proposer une évolution du mode de régulation allant au-delà de ce produit serait politiquement illusoire et rendrait impossible tout progrès dans le domaine du cannabis.

Le Groupe est parti du constat que :

- La politique de répression de la consommation du cannabis (devenue une simple contravention punie d'une amende de Fr. 100.-) était un échec

- Le trafic et le marché noir provoquaient des nuisances et une petite criminalité extrêmement dérangeantes pour la population, doublés d'un sentiment d'insécurité très mal ressenti

- La police s'épuisait dans une répression en laquelle elle ne croyait pas elle-même, l'opinion générale, inclus la sienne était qu'elle avait clairement mieux à faire

- La qualité du produit sur le marché était en baisse de par l'usage de produits de coupage

- Le taux de THC (tertahydrocannabinol) était en hausse, combiné à une baisse de celui du CBD (cannabidiol) dont le principe antagoniste présente d'autres intérêts

- Le recours obligatoire au marché noir mettait en contact des consommateurs de cannabis avec des marchands de produits plus nocifs et plus addictifs qui pouvaient être tentés de faire « évoluer » leurs clients vers d'autres substances plus lucratives pour eux

- Dans le monde, un courant général allait vers une libéralisation générale de la consommation sous l'influence de la *Global Commission on Drug Policy*, dont fait partie l'ancienne présidente de la Confédération Helvétique, la genevoise

[14] http://www.differences.ch/resources/groupe_interpartis/Addenda%201.pdf A noter que ce document, malgré son titre d'Addenda, peut être lu indépendamment de la première version dont il reprend tous les éléments essentiels.
[15] https://www.ge.ch/legislation/rsg/f/s/rsg_K1_75P03.html

Ruth Dreifuss[16] qui se trouve également présider depuis 2014 la Commission cantonale citée plus haut

En somme, avec le système actuel, bien qu'interdit, le commerce de produits cannabiques à Genève était, de facto, totalement libre. Ainsi, il est plus facile de trouver un joint qu'un kilo de tomates en ville de Genève à partir de 21h00.

Le Groupe a étudié les solutions expérimentées ailleurs et a finalement retenu l'option qui semblait le mieux correspondre à la société suisse et genevoise. Les solutions suivantes ont été examinées, puis écartées :

- L'option californienne de la prescription médicale (également pour un usage récréatif) est apparue hypocrite et de nature à charger encore le système médical d'une tâche non souhaitable

- De même, l'option plutôt mercantile choisie par le Colorado en 2012 a semblé devoir être écartée car non conforme à la mentalité de la Vieille Europe et par trop *incitative* en termes de consommation

- Les Coffee shops sur le modèle néerlandais ne répondait pas au besoin des Suisses de consommer chez eux ou entre amis dans des lieux privés

- Une distribution par des magasins d'Etat aurait heurté une majorité de citoyens d'aspiration libérale considérant que ce n'est pas le rôle de l'autorité publique de distribuer un tel produit

- Une légalisation totale et sans système de régulation est apparu trop brutal et n'offrant aucune garantie de suivi des consommateurs problématiques ; ni aucun contrôle de qualité si la culture individuelle de plants était libéralisée, comme le soutient le commandant d'une police cantonale, expert reconnu dans ce domaine[17]. En outre, Genève étant très largement enclavée en territoire français[18], le risque de voir se développer un tourisme frontalier du cannabis devait absolument être exclu

L'option la plus intéressante nous a paru être celle de la Catalogne où la législation a permis de développer des Associations qui cultivent, distribuent le produit à leurs membres enregistrés, avec un degré de supervision de l'Etat. Cependant,

[16] http://www.globalcommissionondrugs.org/
[17] Olivier Guéniat, à RTS le 17 mai 2014 : http://www.rts.ch/info/suisse/5856543--il-faut-legaliser-le-cannabis-dans-l-espace-prive-selon-olivier-gueniat.html

[18] le canton a plus de 100 km de frontières avec la France et seulement 5 avec la Suisse (canton de Vaud).

l'expérience catalane semble avoir parfois versé dans une certaine promotion du produit jusqu'à en faire un argument touristique, ce qui n'est pas du tout l'objectif souhaité en Suisse. J'en veux pour preuve la dénomination de « Cannabis Social Club » qui est par trop festive. Initialement utilisée au sein du Groupe, elle a été rapidement écartée.

En résumé, le Projet prévoit que l'Etat autorise la constitution d'Associations de Consommateurs de cannabis (ACC), régule leur fonctionnement et distribue un produit dont la culture et le conditionnement seraient centralisés. Au sein de chaque Association, les consommateurs annonceraient leurs besoins mensuels et auraient des contacts réguliers avec le personnel de l'ACC afin que les consommateurs « problématiques » ne soient plus livrés à eux-mêmes et au marché noir comme c'est le cas actuellement. Ils pourraient être mis en contact avec les structures sociales de suivi qui existent déjà. Pour financer le fonctionnement des ACC, la prévention et les coûts du contrôle par l'Etat, une taxe serait perçue sur le produit.

La Commission cantonale en matière d'Addictions a été chargée de présenter un Projet de mise en œuvre après en avoir examiné la faisabilité, rappelant en cela que le Groupe Interparti n'avait, pour mener ses travaux, pas d'autre légitimité que la pertinence de ses propositions et le soutien de tout le spectre politique genevois, ce qui n'est pas rien compte tenu d'une vie politique plutôt agitée.

5. Réactions publiques à la proposition du Groupe Interparti

En dehors des spécialistes, le débat sur les drogues devient rapidement **émotionnel**. Sur le plan sociétal, ce sont en priorité les milieux conservateurs et traditionnalistes, le monde de l'éducation et les mères de famille qui ont exprimé le plus d'objections au projet. Notre expérience du débat public a montré que le temps à disposition était crucial : si je dispose de 30 secondes pour exprimer notre proposition, je ne convaincrai que 20% de l'auditoire. Après 5 minutes, la proportion atteint la parité et après 30 minutes, on peut sérieusement compter avec trois quarts d'avis favorables.

La question des **mineurs** est particulièrement sensible dans l'opinion : par honnêteté intellectuelle, nous avions choisi de les inclure dans le Projet initial, nous basant sur l'évidence que leur exclusion des Associations de Consommateurs les rejetteraient immédiatement dans les bras du marché noir avec tous les effets pervers que cela implique. Cependant, la simple idée d'envisager la fourniture de cannabis a des mineurs aurait donné de tels arguments politiques et émotionnels aux opposants que nous avons abandonné cette option dans la seconde version du Projet, soulignant cependant que l'exclusion de mineurs ne résoudrait en rien le problème existant[19].

[19] Addendum, p.5 *«L'inclusion des **mineurs** dans le Projet, même sous conditions strictes, a rencontré des objections très fortes dans de nombreux milieux. Dans ces*

Il va presque sans dire que les partisans naturels de ce projet se retrouvent avant tout dans les milieux de la prévention, chez les consommateurs établis et récréatifs, plus naturellement à la gauche du spectre politique mais pas exclusivement. Les milieux de la sécurité bien au fait des échecs du tout-répression s'y intéressent avec prudence.

Parmi les consommateurs, on trouve cependant ceux qu'horrifie l'idée que leur nom soit connu à travers l'inscription dans une ACC ou qui attachent une valeur particulière au fait que le cannabis est un produit interdit… ce dernier point venant en appui de l'argument connu selon lequel la décriminalisation fait baisser l'attrait du produit et donc la consommation.

6. Les objections au Projet de régulation et la manière d'y répondre

6.1 Les oppositions de nature politique

La plus ferme opposition vient des **nationalistes**, en Suisse de l'Union Démocratique du Centre, parti traditionnaliste, conservateur et anti-européen qui représente quelque 30% de l'électorat, dans la partie alémanique du pays surtout. Pour l'UDC, il s'agit d'une ***posture*** **politique** plus que d'une position. *« La drogue, c'est mal. Il faut donc la combattre »*. Pour beaucoup de ses partisans, la discussion s'arrête là.

Avant tout, il faut tenter de faire comprendre à cette frange de l'opinion que la politique de la drogue ne se déroule pas sur une *table rase* et que la consommation est un fait malgré tous les efforts de répression. Cette frange de l'opinion est aussi viscéralement allergique aux interventions de l'Etat et convaincue que les questions liées aux drogues sont idéologiquement marquées « à gauche », offrant un boulevard politique aux dirigeants des mouvements nationalistes.
Une seconde source de résistance provient en Suisse du **Ministère de la Santé** et particulièrement de son Office qui se considère comme le gardien du temple qui ne veut pas « aller plus vite que la musique ». Pourtant, le jour où les choses bougent, cette administration sera utile et incontournable.

Le système suisse a ceci de particulier que les changements se font très lentement, après consultations internes et externes. Ainsi, un projet initié par un ministère sera « circulé » à plusieurs dizaines, voire centaines d'organisations, d'associations, de

---

conditions, il nous semble que le Projet n'a de chance de se réaliser qu'à la condition d'en exclure les jeunes en dessous de 18 ans. Le Groupe tient cependant à souligner que les raisons qui l'avait poussé à ouvrir l'accès des Associations aux mineurs gardent leur Pertinence : tenus hors du programme, les plus jeunes risquent d'être les cibles privilégiées du marché illégal et de continuer à acheter, directement ou non, et à consommer dans de mauvaises conditions sanitaires, sociales et sécuritaires. »

syndicats, de partis politiques, mais aussi aux gouvernements cantonaux. Les six autres Départements (ministères) pourront également faire part de leurs observations, en tant qu'ils sont concernés. Apres plusieurs mois, le Département émetteur effectuera la synthèse des réactions et apportera, dans une mesure qui peut varier selon le sujet, des modifications au projet initial. Ces modifications pourront aller dans les cas extrêmes, jusqu'à l'abandon pur et simple du projet. Il est des mauvaises langues qui considèrent que certains fonctionnaires ou responsables politiques ne souhaitent pas affronter des difficultés qu'ils pourraient tout aussi bien s'éviter pendant leur mandat…

On a mentionné plus haut à quel point la question des **mineurs** était centrale et émotionnelle. Leur évacuation du Projet était nécessaire mais ne résout rien : leur consommation reste et restera importante dans les faits.

Le Groupe Interparti propose aux autorités de lancer un projet pilote et donc d'autoriser un nombre limité d'Associations de Consommateurs afin de tester leur fonctionnement, leur capacité à traiter les demandes et les consommations problématiques, la production contrôlée et la distribution. Cependant, le caractère expérimental et donc partiel du projet ne devrait pas ou très partiellement permettre de tester son **effet sur le marché noir** et d'évaluer la réalité ou la probabilité de sa disparition. C'est donc un aspect central de la démarche qui ne devrait pas pouvoir être testé immédiatement. Et donc une partie des effets tangibles sur la sécurité qui ne pourront pas venir à l'appui du projet.

6.2 Les obstacles de nature légale et technique

Sur le **plan légal**, la loi suisse actuelle[20] interdit les produits cannabiques au titre de l'article 8 al 1 lettre d. Cependant, une petite fenêtre est laissée ouverte par l'alinéa 5 du même article : *« Si aucune convention internationale ne s'y oppose, l'Office fédéral de la santé publique peut accorder des autorisations exceptionnelles pour la culture, l'importation, la fabrication et la mise dans le commerce des stupéfiants visés aux al. 1 et 3 qui sont utilisés pour la recherche, le développement de médicaments ou une application médicale limitée.»* C'est sous l'angle de la recherche que le Projet pourrait voir le jour, accompagné d'un véritable appareil d'évaluation de son impact. En 1993 déjà, la Confédération avait autorisé une distribution de stupéfiants sous contrôle médical à plus de 700 personnes.

Parmi les **objections** qui sont faites, la plupart sont liés à la consommation et non au mode de distribution. Il s'agit des objections suivantes :

- Le cannabis est la première étape vers l'addiction à d'autres substances

[20] https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19981989/index.html

- le cannabis est mauvais pour le développement des capacités cognitives, en particulier sur les jeunes cerveaux

- Le cannabis favorise la survenance de psychoses

- A l'alcool au volant, on ajoutera le joint au volant

Cependant, dans une campagne politique publique, les partisans d'une certaine libéralisation ne pourront pas faire l'économie de réponses relativement techniques, qui existent et sont au moins partiellement satisfaisantes. Une traduction dans des termes **accessibles au *commun des votants*** est indispensable afin de contrer les arguments très émotionnels qui ne manqueront pas d'être construits sur cette base pas les partisans du statu quo. On pourra et on devra arguer qu'une consommation régulée à travers des ACC n'augmentera la prévalence d'aucun de ces problèmes. Au contraire, le contact régulier des consommateurs avec une structure formée et personnalisée devrait permettre de diminuer, voire de faire disparaître totalement les problèmes grâce à une consommation raisonnable d'un produit de meilleur qualité et distribué dans de meilleures conditions.

7. Et maintenant ?

Les démarches politiques dans les cantons de Genève mais aussi de Bâle-Ville ainsi que dans les municipalités de Berne, Winterthur et Zurich ont conduit un groupe de responsables politiques à préparer une demande d'autorisation exceptionnelle selon l'art. 8 al. 5 de la LStup portant sur des projets scientifiques d'accès contrôlé à des produits cannabiques. Elle sera adressée à l'Office fédéral de la Santé publique. En plus de Genève, les mouvements suivants sont lancés :

- Dans le canton de Bâle-Ville, le parlement a demandé en 2013 et 2015 au gouvernement de réaliser et de soutenir des expériences visant la régulation de l'accès à des produits cannabiques

- Dans la ville de Berne, un projet pilote de régulation de l'accès à des produits cannabiques figure dans le plan d'action de la politique drogues pour la législature 2014-2018. Une confortable majorité du conseil communal l'a soutenu

- Dans la ville de Winterthur, le parlement municipal a décidé en 2015 de soutenir toute initiative aboutissant à la possibilité d'expérimenter une régulation de l'accès à des produits cannabiques

- Le gouvernement et le parlement de la ville de Zurich ont décidé de soutenir l'idée d'un test, par un projet pilote, de la régulation des produits cannabiques

- La ville de Lausanne pourrait les rejoindre en 2016 à la demande de son conseil municipal

Cependant, le système de la démocratie directe ne permet pas d'exclure, et c'est en fait une option très probable, que les milieux conservateurs et le parti UDC lancent un referendum contre une loi sur laquelle se fonderait un projet d'expérimentation. En l'absence de loi à laquelle objecter, les mêmes milieux pourraient lancer une initiative constitutionnelle visant à interdire tout projet futur de distribution régulée. Sur le plan technique, la seule différence réside dans la plus grande difficulté de faire adopter une initiative que de gagner un referendum. En effet, il faut 100'000 signatures contre la moitié dans le cas du referendum. L'adoption d'une initiative requiert la majorité des votants et des 26 cantons, qui est un peu plus difficile à obtenir que la majorité dite « simple » du Peuple qui suffit pour un referendum.

8. Conclusions

Dans un contexte de démocratie directe comme en Suisse, il est très important de travailler à la **vulgarisation** du Projet puisqu'il devra inévitablement recueillir l'approbation d'une majorité de citoyens lors du vote qu'un référendum ne manquera pas de provoquer. Il ne suffit pas, comme dans beaucoup d'autres pays, de convaincre le cabinet du Ministre, puis le Ministre lui-même.

Il est indispensable de démontrer que le citoyen et la société vont bénéficier de la réforme sous la forme d'un **gain en sécurité** dans les villes. Il faut aussi convaincre que les problèmes connus liés à la consommation de la substance ne seront pas augmentés mais au contraire, diminués par un *accompagnement* professionnel de la consommation.

Mais surtout, il est indispensable de démontrer que le **choix** ne se pose pas entre consommation ou non, une alternative que défendent les conservateurs pour lesquels interdire une substance signifie supprimer les problèmes qu'elle cause. Un point de vue bien connu des spécialistes, difficile à vulgariser dans l'opinion publique.

Je suis malheureusement convaincu que les **arguments altruistes** tels que le bien-être des consommateurs, problématiques ou non, leur santé ou leur futur pèsent relativement peu dans l'opinion. A moins que l'on parvienne à lui faire imaginer que ce consommateur est, ou pourrait être un jour son fils ou sa fille.

Il est essentiel de situer autant que faire se peut le débat dans le domaine du **rationnel** puisqu'en ces temps où le populisme, se nourrissant des inquiétudes

identitaires et économiques ambiantes, tend à jouer sur les inquiétudes réelles ou fantasmées des citoyens inquiets.

Finalement, dans le contexte helvétique où la **rigueur budgétaire** est centrale malgré les moyens importants dont dispose l'Etat[21], il est essentiel de démontrer que le système de régulation, soit les ACC, ne coûterait rien à la société grâce à la perception d'une taxe sur le produit. Mais qu'il lui apporterait un réel avantage en évitant la marginalisation coûteuse d'une partie de notre jeunesse et le pourrissement de quartiers entiers de nos centres-villes sous l'effet du marché noir et de la criminalité induite. Un fléau pour toute destination touristique.

[21] Beaucoup estiment que c'est justement parce que leurs élus sont rigoureux en matière budgétaire que les autorités suisses disposent de moyens importants…

Synthèse bibliographique

Groupe bibliographique

Nicolas KHATMI - khatmi.nicolas@live.fr
Hortense HURMIC - hortense.hurmic@hotmail.fr
Cécilia MAITRE - cecilia.maitre@gmail.com
Perrine ROUX (responsable scientifique) - perrine.roux@inserm.fr

Sommaire

I. Méthode de travail p.3

1. Recherche documentaire. p.3

2. Sélection des données de la littérature p.4

II. Argumentaire p.5

1. Première partie : En quoi et jusqu'où la RdRD est-elle un nouveau paradigme dans le champ des conduites addictives ? p.5

1.1. Quelles définitions des conduites addictives, des risques et de la RdRD ? Quels en sont les principes fondateurs et les objectifs aujourd'hui ? p.5

1.2. En quoi la RdRD est-elle un nouveau paradigme ? La place originelle déterminante des usagers est-elle antinomique de son institutionnalisation ? p.9

1.3. Quel périmètre et quelles limites doit avoir la RdRD ? Doit-elle porter sur la demande (les usages) ou intervenir aussi sur l'offre (l'accès aux produits et leur qualité) ? p.12

1.4. Quels sont les différents modèles de RdRD ? Quelle place la RdRD doit-elle avoir dans l'ensemble des interventions et dans la politique des drogues et des addictions en France ? p.18

Références bibliographiques p.24

2. Deuxième partie : Quelles sont les données probantes sur l'efficacité de la RdRD ? p.28

2.1. Quelles connaissances avons-nous sur l'efficience/l'efficacité des politiques de RdRD qui se sont développées à l'étranger et en France depuis une trentaine d'années ? p.28

2.2. La RdRD est-elle efficace et quelles sont ses limites en matière de drogues illicites ? p.33

2.3. La RdRD est-elle efficace et quelles sont ses limites en matière d'alcool ? p.46

2.4. La RdRD est-elle efficace et quelles sont ses limites en matière de tabac ? p.52

2.5. La RdRD est-elle efficace et quelles sont ses limites en matière d'addiction sans produit (jeux, TCA, etc…) ? p.59

2.6. La RdRD est-elle efficace et quelles en sont les limites en matière d'addiction aux médicaments psychotropes et de polyconsommations ? p.62

2.7. Comment organiser/soutenir des recherches et des évaluations multidisciplinaires dans le domaine de la RdRD qui aident le développement des pratiques et qui tiennent compte de ce qui est déjà étudié à l'étranger ? p.72

Références bibliographiques p.78

3. Troisième partie : La RdRD nécessite-t-elle de nouvelles pratiques et de nouveaux outils ? p.88

3.1. En quoi les pratiques de RDRD peuvent-elles s'intégrer dans les stratégies de prévention et de soin et les améliorer, dans tous les secteurs des addictions ? Quelle place des usagers dans ces modalités d'action ? p.88

3.2. Faut-il distinguer des lieux et des acteurs en fonction des modalités d'action (qui fait quoi en matière de RdRD) ? Comment faire de la réduction des risques dans les lieux de traitement ? En centres résidentiels de soins ? En hébergement social ? En prison ? p.91

3.3. Comment prendre en compte les phénomènes émergents (nouveaux produits de synthèse, nouveaux publics, etc.) et trouver des réponses adaptées ? Comment permettre au dispositif de RdRD de s'actualiser/s'adapter en permanence en fonction de l'évolution des usages et des problèmes liés aux usages ? p.98

3.4. Comment intégrer, dans les pratiques, l'accompagnement et les outils de la consommation à moindre risque ? p.102

3.5. Quels outils de RdRD sont adaptés pour intervenir précocement, dès les premiers usages, auprès des jeunes usagers, en particulier les mineurs ? p.105

Références bibliographiques p.111

4. Quatrième partie : Quelles sont les conditions nécessaires au développement de la RdRD ? p.115

4.1. En quoi l'évolution de la société moderne influe-t-elle sur les phénomènes des addictions et son traitement ? p.115

4.2. Comment permettre aux usagers et à leurs associations de jouer un rôle moteur dans la définition et l'application des stratégies de RdRD ? p.118

4.3. Comment organiser le dispositif de prévention, de RDRD et de soins, pour qu'il intègre la RdRD et propose des espaces différenciés mais sans les cloisonner ? p.121

4.4. En quoi le cadre légal et réglementaire actuel est ou n'est pas un obstacle à la RdRD ? Quelles en seraient les évolutions souhaitables pour favoriser la RdRD ? p.124

4.5. Comment modifier les représentations de l'opinion publique et valoriser l'intérêt général de développer la RdRD ? p.132

Références bibliographiques p.134

Annexe 1. Recherche PubMed p.148

Méthode de travail

1. Recherche documentaire

1.1. Méthode documentaire

Cette audition publique concerne la Réduction des Risques et des Dommages (RDRD), sujet qui, bien que connu et discuté depuis quelques décennies, n'a de place dans la sphère scientifique et médicale seulement depuis ces 15 dernières années. De plus, il s'agit d'une approche de santé publique qui est née au sein de différentes communautés, celle des soignants, des intervenants mais également des usagers eux-mêmes. Ainsi, la recherche bibliographique qui vise à nourrir les réponses aux questions posées autour de la RDRD s'étend aussi bien aux articles médico-scientifiques, aux publications en sciences sociales, aux rapports institutionnels qu'à la littérature grise issue des associations d'usagers ou associations d'auto-support.

La recherche a porté sur les sujets proposés dans chaque question et définis en accord avec le comité d'organisation. Cette recherche a été limitée aux publications en langue anglaise et française. Elle a porté essentiellement sur la période des 5 dernières années (de janvier 2011 à décembre 2015) pour les questions qui font l'objet d'une production scientifique importante. Cependant, pour certaines questions plus « historiques », les articles ou rapports peuvent être issus de la littérature des années 80. Une veille a été réalisée jusqu'en mars 2016.

Les sources suivantes ont été interrogées :

pour la littérature internationale : la base de données Medline ;

pour la littérature francophone : les bases de données CAIRN et SantéPsy ;

les sites internet publiant des recommandations et les sites internet des sociétés savantes et des associations compétentes dans le domaine étudié ;

les sources publiant les textes officiels et rapports publics concernant le sujet.

Cette recherche a été complétée par la bibliographie des rédacteurs et les références sélectionnées dans les documents analysés.

1.2. Résultats de la recherche

Nombre de références identifiées :

- PubMed : 2770
- CAIRN : 364

- SantéPsy : 120

Nombre de références retenues :

- PubMed : 180
- CAIRN + SantéPsy : 21
- Littérature grise : 62

1.3. Stratégie de la recherche

Nous avons sélectionné tous les articles les plus pertinents et les plus récents qui permettent de répondre aux questions posées aux différents experts.
Pour la recherche PubMed, des équations bibliographiques ont été construites en utilisant, pour chaque sujet, soit des termes issus d'un thésaurus (descripteurs), soit des termes libres (du titre ou du résumé). Ils sont combinés avec les termes décrivant les types d'études. Les différents tableaux en Annexe 1 présentent la stratégie de recherche dans la base de données Medline pour chaque question correspondante (si cela est pertinent).
Pour la recherche CAIRN, nous avons identifié les articles Pour la recherche SantéPsy, la recherche a consisté à sélectionner tous les articles contenant le terme « Réduction des Risques ».

2. Sélection des données de la littérature

Les critères d'inclusion des publications scientifiques sont les suivants :

· En langue française ou anglaise

· Publiées entre 2011 et 2016, excepté pour l'équation de la partie I (historique) : aucune limite de date antérieure.

Pour les articles de PubMed, ont été sélectionnées essentiellement les études de ce type :

· Recommandations internationales

· Méta-analyses

· Revues systématiques

· Essais cliniques (randomisés ou non, contrôlés, en double aveugle)

· Études de cohorte/longitudinales

· Études transversales (de prévalence et à visée étiologique)

· Études cas-témoins et autres études rétrospectives

· Études diagnostiques, de validation

Certains articles sélectionnés proviennent des références citées dans des rapports nationaux ou internationaux.

La littérature grise comprend tous les articles non référencés, les publications sur des sites internet ainsi que tous les rapports nationaux et internationaux.

Argumentaire

1. Première partie : En quoi et jusqu'où la RdRD est-elle un nouveau paradigme dans le champ des conduites addictives ?

1.1. Quelles définitions des conduites addictives, des risques et de la RdRD ? Quels en sont les principes fondateurs et les objectifs aujourd'hui ?

Préalable

Proposer une définition de la réduction des risques et des dommages, décrire ses « principes », ses « dispositifs », ses « outils », comporte le risque de la figer de la banaliser, alors qu'elle est encore en pleine évolution, riche d'un potentiel de transformation des idées, des représentations dominantes et des pratiques, qu'elles soient de prévention ou de soins (Morel et al. 2012). Par ailleurs, malgré la prudence que l'on aura dans la présentation des différents éléments, la transparence dans la méthodologie de recherche et la neutralité que l'on s'efforcera d'observer dans cet exercice, le principe même de définition et de synthèse des résultats est soumis à la sensibilité subjective de l'expert. A la lumière de ces éléments, il convient donc de considérer cette définition comme une proposition aussi objective que possible mais inévitablement, non neutre.
Nous tenterons ici de considérer l'ensemble des éléments qui ont participé à l'émergence de ces notions et de ce champ et qui concourent aujourd'hui à leur circonscription. Il nous faut pour cela adopter un regard pluriel et intégrer les dimensions historiques, contextuelles mais aussi idéologiques et sociétales qui composent ce paradigme.

La Réduction des Risques (RDR)

Les dommages sanitaires et sociaux associés aux consommations de substances psychotropes licites et illicites ont justifié la mise en place depuis plusieurs années d'une politique de réduction des dommages énoncée en France comme une politique de réduction

des risques. Elle se pense comme une réponse en opposition au cadre politique dominant centré sur le principe de dissuasion qui oriente ses réponses en direction de l'offre (i.e., réduction de l'accès au produit) et de la criminalisation de l'usage (IDPC 2012). A la différence d'autres pays européens, où la RDRD repose sur un postulat global considérant l'usage des produits psychoactifs comme une réalité acceptable, la RDRD s'est imposée en France du fait de l'épidémie de VIH, marquant ainsi durablement sa conception et ses actions, plutôt centrées sur l'usager et les maladies infectieuses.

a) Une diversité de conceptions, une terminologie ambiguë

Le concept de la RDRD recouvre une diversité de conceptions philosophiques et politiques et soulève de nombreux débats concernant la place de l'abstinence, de la morale et de la loi. Il a également évolué dans le temps, et ses définitions peuvent varier selon les contextes d'application, et les conceptions juridiques, philosophiques, ou politiques. Ces variations dans sa terminologie (i.e., Notion de méfait au Canada, de risques en France et en Suisse) et dans sa signification font l'objet de nombreux débats dans la communauté (Riley et al. 1999, Ball 2007, Kleinig 2008, Jourdan 2009, Weatherburn 2009) et de nombreuses tentatives de clarification (Erickson 1995, Heather 1995, Obot 2007) sans pour autant être parvenu à trouver un accord sur sa définition.

La difficulté vient de l'usage du terme *harm reduction* qui est utilisé différemment pour décrire un principe, un concept, une idéologie, une politique, une stratégie, une intervention, un objectif et un mouvement (Ball 2007). Par ailleurs, l'approche se voit d'autant plus fragilisée par l'ambiguïté de sa terminologie et sa traduction. En effet, La terminologie originelle *harm reduction,* lorsqu'elle est traduite par la réduction des risques, renvoie à la notion immédiate de danger et amène à limiter dans l'usage même ce qui serait susceptible de produire les dommages. Alors que la notion de « méfaits » renvoie plus globalement aux notions de dommages, préjudices, problèmes. La question des « méfaits » ou « dommages » englobe à la fois les risques pour soi et les conséquences de l'usage de drogues pour l'environnement social dans lequel vivent les usagers de drogues et leurs relations avec le reste de la population. La réduction des dommages renverrait donc de manière plus fidèle que la réduction des risques à la dimension originelle anglo-saxonne de harm reduction (Inserm 2010b).

b) Deux RDR

Ces aspects mettent en lumière les discordances qui existent toujours au niveau international, quant aux conceptions des stratégies et des objectifs de cette politique centrés sur les buts (dommages) ou les moyens (risques) et aux définitions de ceux-ci. Ce qui nous amène à

considérer la question de l'objectif de cette politique. Pour certains, la finalité reste à terme l'objectif d'abstinence, mais obtenu de manière graduelle, pour d'autres, cet objectif n'est pas une priorité, sauf si l'usager le désire. Une politique gradualiste permet d'inscrire la réduction des risques dans un continuum (et non une opposition) avec la prévention et la prise en charge de la dépendance, mettant l'usager au cœur de son arsenal (Inserm 2010b). En filigrane de ce débat transparaît une tension d'ordre moral et idéologique quant à la question de la consommation qui divise l'ensemble des acteurs et fait émerger deux visions de la réduction des risques : sanitaire et pragmatique ou éthique et politique. Ces deux visions contradictoires fragilisent l'approche de la RDRD qui, sans définition harmonisée ni consensus, restera dans cet équilibre précaire (EMCDDA 2010, Morel et al. 2012).

c) Différents objectifs

Ces différentes acceptions de la RDRD amènent ainsi à définir différemment les notions qui orientent ses actions. En effet, de façon générale, il est d'usage de définir le risque comme la réalisation éventuelle d'un inconvénient ou d'un dommage dont les conditions de survenue sont quantifiables et plus ou moins prévisibles. Le risque s'appréhende dans la tension qui existe entre matérialité des conditions du danger et probabilité de sa réalisation. Pour autant, si l'expertise peut déterminer avec plus ou moins de précision les conditions objectives d'un risque, la subjectivité de l'agent (des institutions, des politiques, des sociétés) et les enjeux psychiques et sociaux (idéologiques, moraux, culturels) mobilisés en situation en complexifient l'évaluation (Morel et al. 2012). Cette tendance s'illustre lorsque nous abordons la question des conduites addictives définies par les autorités de santé surtout sur le versant biogénétique et individuel en officialisant le modèle « maladie chronique du cerveau » appliqué aux addictions (Leshner 1997). Les auteurs A. Morel et M. Couteron dans leur ouvrage « Les conduites addictives-comprendre prévenir, soigner » montrent que les réponses proposées par ces autorités de santé, qui fondent depuis la logique interventionnelle, se sont organisées ainsi autour de l'usager : contrôle des usages et du soin des victimes (e.g., encadrement légal de la consommation de tabac et d'alcool, implantation de l'addictologie comme réponse principale dans les centres de soin) (Morel and Couteron 2008). Ce qui amène à considérer certaines pratiques désignées comme problématiques, sous l'angle du diptyque culpabilité/médicalisation et circonscrire le champ des réponses possibles à celui de l'ordre public et de la santé qui sont devenus les paradigmes dominants des politiques.

Nous pouvons peut être d'ors et déjà considérer le cadre qui nous permet de définir les conduites addictives et introduire dans leur définition la relativité de leur condition. Ainsi la définition des risques et conduites addictives dépend éminemment de l'entité qui offre les réponses à cette question (EMCDDA 2010).

d) Une tentative de consensus : RDRD

De son côté, l'International Harm Reduction Association (IHRA) se positionne clairement dans sa définition en intégrant les différentes réponses sans les opposer : La « Réduction des méfaits » concerne les lois, les programmes et les pratiques qui visent principalement à réduire les conséquences néfastes tant au niveau de la santé qu'au niveau socio-économique, sans nécessairement diminuer la consommation de drogues. La réduction des méfaits bénéficie aux personnes qui consomment des drogues, à leurs familles ainsi qu'à la communauté (…) La réduction des méfaits complète d'autres approches qui ont pour but de prévenir ou de réduire le niveau général de consommation de drogues. » (IHRA 2010)

Dans cette perspective, en France, au-delà d'une discussion assez théorique sur les différences conceptuelles entre réduction des risques et réduction des dommages, il y a maintenant accord sur la nécessité d'une politique de RDRD qui centre son action sur une conception plus objective, perceptible et évaluable (Reynaud 2013). Cette nouvelle conception plus large permet de dépasser les clivages, de redéfinir les notions et concepts qui fondent son action. Elle prend en compte la signification et la dimension adaptative des conduites addictives (de soi à ses besoins internes et à son environnement) et adapte les réponses en fonction.

e) Nouveau paradigme et affirmation des principes fondateurs

Ce travail de définition de la politique de la RDRD est l'un des challenges identifiés par l'expertise internationale (EMCDDA 2010) qui permettra de fournir une base empirique forte pour la mise en œuvre et l'évaluation de mesures (Hall 2007, Leshner 2008). Il s'accompagne d'un réexamen de ces conceptions en intégrant un nouveau paradigme qui s'appuie sur une conception des conduites addictives plus larges que celles liées aux SPA et officialise le principe de responsabilisation (Jonas, 1999) qui invite à anticiper les conséquences néfastes d'une action et à les intégrer dans le processus de décision de la réaliser ou non. Ce principe fait du sujet un acteur respectant ainsi les principes fondamentaux originels de la RDRD :

- Le renoncement à l'idéal d'éradication des drogues
- La démarche de proximité l'outreach et la notion de bas seuil d'exigence
- Le non jugement moral des pratiques d'usage
- La responsabilisation et la participation des usagers (empowerment)

1.2. En quoi la RdRD est-elle un nouveau paradigme ? La place originelle déterminante des usagers est-elle antinomique de son institutionnalisation ?

1) Nouveau paradigme ?

Si nous l'abordons en tant qu'entité institutionnalisée, la RDRD produit un changement paradigmatique fondamental de la politique répressive des drogues menée à l'international et en France depuis les années 70-80. Elle s'inscrit dans une démarche pragmatique de santé publique, objective et évaluable en opposition avec les objectifs prohibitionnistes des politiques idéologiques (Reynaud 2013). Dans cette mesure, elle se centre sur les dommages produits (e.g., sanitaire, sociaux) par les comportements de consommation problématiques, leurs déterminants (i.e., focus sur les populations les plus vulnérables) ainsi que leurs causes (e.g., criminalisation de l'usage). Elle apporte des réponses qui promeuvent la notion de mesure en complément de la seule d'abstinence (Ehrenberg 1996) et prend en compte la dimension de la trajectoire des consommateurs et leurs conditions d'existence (Jauffret-Roustide 2009). De cette manière et en collaboration avec l'ensemble des acteurs impliqués (e.g., usagers, professionnels, institutions), elle est un moyen permettant la reconnaissance de la place des usagers de drogue en tant qu' acteur dans le système de soin et des politiques de santés (i.e., principe de responsabilisation). Ce changement de paradigme implique trois changements majeurs (Reynaud 2013) :

- **une autre philosophie du soin :**

Partir de la demande de l'usager et proposer des réponses graduées en fonction de ces besoins en respectant un continuum qui dépasse la segmentation des dispositifs. L'approche sanitaire de RDRD est basée sur le non-jugement moral des personnes faisant usage de drogues, de leurs pratiques, de leur famille et de leur entourage.

- **une prévention/action ciblée**

Le développement d'une prévention/action ciblée qui donnera la priorité à des stratégies de repérage et d'intervention précoce en direction des acteurs de première ligne (MG, urgentistes, médecins du travail, chirurgiens-dentistes) au bénéfice de tous les consommateurs ; des populations les plus à risques. (e.g., le public « jeunes », milieu festif, les personnes en situation de précarité, les patients atteints de troubles mentaux, le public féminin, les populations incarcérées ou sous-main de justice) ; des situations à risque (conduite automobile ; travail ; dopage).

- **un accès aux soins facilité, un dispositif mieux organisé**

L'aménagement d'un parcours d'accompagnement et de soins cohérent et articulé afin de faciliter l'orientation, l'accès aux soins ainsi que la réduction des risques.

Le pragmatisme de ce paradigme se retrouve plus largement dans l'acceptation du phénomène de consommation de drogue, le considérant comme « inhérents à la condition humaine. Il est donc illusoire voire dangereux de vouloir les faire disparaître » (Reynaud 2013). Armé de cette philosophie d'action et à travers la mobilisation de l'ensemble des acteurs (e.g., tissus associatif, chercheurs, média, politiques) la politique de RDRD œuvre pour offrir aux usagers un nouveau statut, celui d'acteur et de partenaire incontournable de la lutte contre le VIH et les hépatites dans un contexte d'urgence sanitaire (Morel et al. 2012).

2) La reconnaissance de l'usager et l'institutionnalisation de la RDR

a) l'usager avant la politique de RDR

Il est important de rappeler que la RDRD existait avant son institutionnalisation, notamment au travers d'initiatives prises « avant la loi » par des groupes d'usagers activistes autonomes. La RDRD sous cet angle est alors considérée comme une ramification du mouvement des groupes d'entraide d'UD opérationnalisée bien avant sa reconnaissance par les autorités publiques (e.g., première distribution de seringue par Junkiebond à Rotterdam en 1984) (EMCDDA 2010). Face à l'urgence sanitaire, l'activisme des usagers existe et s'organise autour de groupes aux philosophies d'interventions différentes (i.g., groupe d'entraide et groupe de soutien) illustrant la diversité des offres de santé complémentaires possible. Progressivement la parole des usagers se fait entendre et l'apparition de réseaux internationaux d'usager (e.g., International Network of People who Use Drugs ; European Ngo Council On Drug and development) permettent d'imposer le principe du GIPA (Greater Involvement of People living xith HIV/AIDS *: « Ne faites rien pour nous sans nous »).*

b) l'usager pendant l'émergence de la RDR

La reconnaissance institutionnelle de la RDRD, née conjointement de la participation de l'ensemble des acteurs (i.e., groupe d'auto support, réseaux internationaux, collectifs, journalistes, politiques et médecins) permit dans les années 1990 la reconnaissance institutionnelle des groupes d'entraide (e.g., ASUD), la valorisation des savoirs d'usages (life skills) et l'institutionnalisation des usagers (e.g., embauche comme travailleurs pairs) créant ainsi les conditions de « possibilité » de participation des usagers de produits psychoactifs aux politiques publiques (Jauffret-Roustide 2010).

Grâce à leur expérience et leurs compétences ainsi que leur capacité à entrer en contact avec les groupes les plus marginalisés, les usagers constituent une source d'information et d'expertise précieuse pour les responsables politiques (IDPC 2012). La participation du Réseau International des Usagers de Drogues (INPUD) a joué un rôle déterminant dans les

différents forums, en promouvant une politique des drogues humaine et fondée sur les preuves disponibles.

L'engagement constructif des groupes de la société civile[1], dans les débats relatifs à la politique des drogues, comporte de nombreux avantages et permit aux responsables politiques de :

• Fixer des priorités et formuler une politique des drogues mieux documentée, en s'appuyant sur des conseils pratiques et des expériences concrètes.

• Faciliter les échanges entre les responsables politiques et les acteurs principaux de la société civile, en s'assurant que les individus et les communautés soient impliqués dans la planification des interventions qui les concernent.

• Rechercher des partenariats mutuellement bénéfiques avec des organismes de la société civile, afin de garantir une meilleure concertation dans la programmation et la mise en œuvre des projets et d'atteindre les groupes les plus vulnérables et marginalisés.

• Stimuler le développement d'un réseau dynamique d'organisations de la société civile qui pourra soutenir l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de politiques et programmes efficaces sur le long terme.

c) Le paradoxe de l'institutionnalisation de la RDRD

Mais la professionnalisation et l'institutionnalisation des dispositifs de RDRD, (CSAPA et CAARUD en 2005) ne se sont pas accompagnées du renforcement de cette place. La menace qui pèse sur la place de l'usager et la considération de sa parole tient pour origine un retournement politique de ces dix dernières années, redonnant la priorité à la répression et conduisant les programmes à se recentrer sur les objets « classiques » de la RDRD que sont la prévention des contaminations virales et des complications de l'injection. Ce retournement traduit la fragilité dans laquelle se situe ce dispositif ainsi que la précarité de ses avancées. Ainsi, depuis que la menace sérologique du VIH se fait moins sentir, les usagers ne retrouvent pas le même intérêt à intégrer un dispositif resté centré sur les risques infectieux et les dispositifs sont ainsi confrontés à des difficultés dans le recrutement des militants (Morel et al. 2012). Par ailleurs l'investissement dans des groupes d'intérêt militant (type ASUD) trouve peu d'écho auprès des usagers de drogues les plus socialement précaires qui sont soumis à la « culture de la survie » au quotidien ; et auprès d'usagers « insérés » socialement qui ne

[1] le terme de « organisations de la société civile » englobe plusieurs groupes, mais il se réfère en particulier aux communautés (et leurs représentants) qui sont les plus concernées par les politiques des drogues, tels que les usagers de drogues, les personnes vivant avec le VIH, les producteurs de cultures destinées au marché illégal, les populations autochtones, les jeunes, les femmes, les prestataires de services de réduction des risques, les ONG et les universitaires travaillant sur la politique des drogues.

souhaitent pas dévoiler leur usage de drogues, par crainte de la stigmatisation et des conséquences sur leur mode de vie (Jauffret-Roustide 2010).

d) La place de l'usager fragilisée

Par ailleurs, la reconnaissance de l'usager à un niveau institutionnel entre en contradiction avec le cadre légal de la loi de 70 que seule l'urgence sanitaire des années 90 a pu faire temporairement bouger. Les compétences issues de l'expérience des produits psychoactifs et des savoirs d'usage, jugées illégitimes, ne sont pas reconnues institutionnellement. Elles ne font partie d'aucune formation professionnelle, initiale ou continue. S'ajoute à cela la non-reconnaissance des compétences d'usage des conventions collectives du secteur médico-social qui vise à qualifier et professionnaliser le secteur, excluant d'office les usagers (i.e., privilégier les diplômés à l'embauche, engagement des usagers au bas de la grille de salaire) (Morel et al. 2012). De leur côté, les associations d'auto-support (e.g., Techno+, Keep Smiling) et de santé communautaire n'ont ni reconnaissance institutionnelle, ni stabilité financière, ni légitimité (Morel et al. 2012).

Le paradoxe de la réussite de cette politique est qu'elle a finalement entretenu l'idée d'une compatibilité de la RDRD avec une politique répressive et se voit confinée dans le seul domaine de la lutte contre les infections (Morel et al. 2012).

1.3. Quel périmètre et quelles limites doit avoir la RdRD ? Doit-elle porter sur la demande (les usages) ou intervenir aussi sur l'offre (l'accès aux produits et leur qualité) ?

Périmètres et limites de la RDRD

Aujourd'hui la Réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives (RDRD) porte essentiellement sur la demande c'est-à-dire sur les différents usages ou comportements que les personnes peuvent avoir vis-à-vis des substances psycho-actives ou de leurs conduites addictives (Morel et al. 2012). La RDRD a pour premier objectif de réduire les risques et les dommages liés aux comportements addictifs plutôt que de chercher à éliminer ces comportements et les produits qui leurs sont associés. Comme il a été énoncé dans la section I.1, le périmètre défini par la RDRD touche à la prévention, à la prise en charge, aux usagers concernés mais très peu à l'accès aux produits. Historiquement, la RDRD est venue contrebalancer la politique répressive sur les drogues (en France basée sur la loi de 1970 qui réprime tout usage de stupéfiant) qui, elle, s'intéressait surtout à l'offre avec des mesures destinées à réduire l'accès à ces produits (législation basée sur la prohibition). En effet, depuis la création du système international de contrôle des drogues, la stratégie principale utilisée

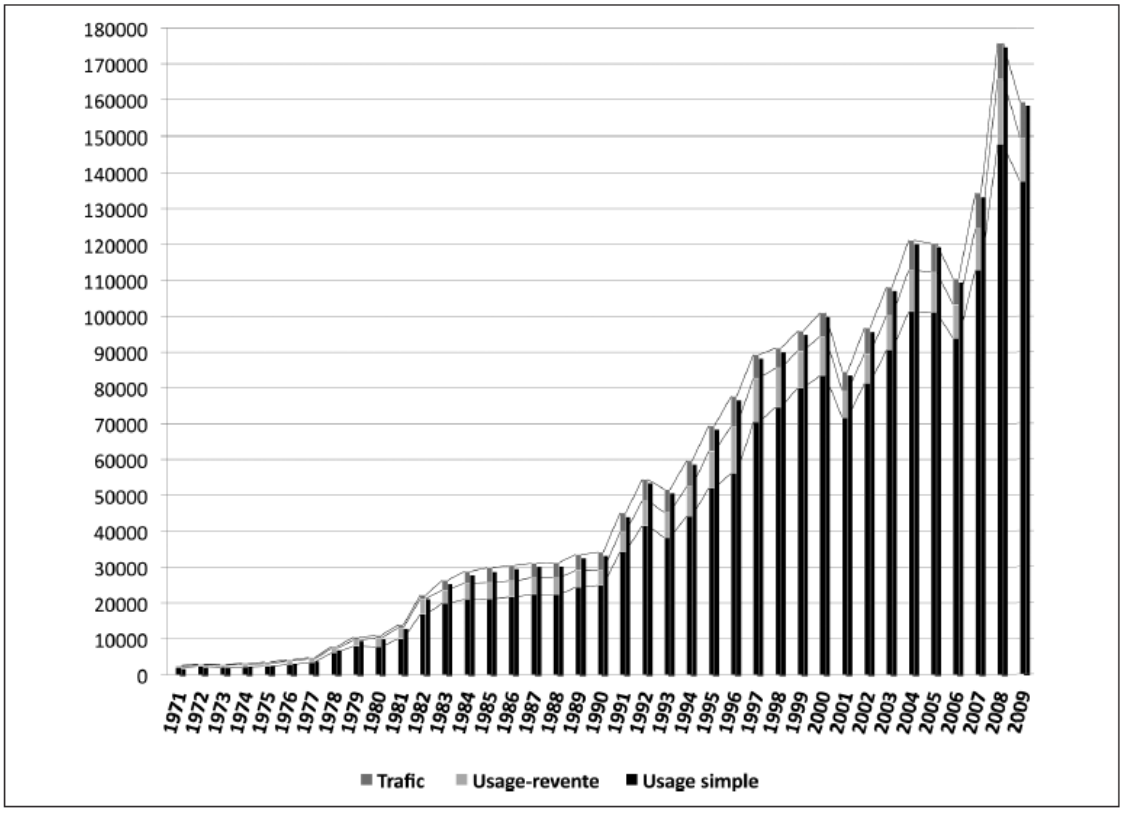
pour réduire l'ampleur des marchés des drogues et leur consommation a été fondée sur le principe de dissuasion et a consisté à adopter et mettre en œuvre des lois sévères interdisant la production, la distribution et la consommation de ces substances contrôlées (IDPC 2012). Les responsables politiques croyaient que cette stratégie, visant à dissuader toute implication dans le marché illégal des drogues, permettrait de réduire, voire d'éliminer, le marché mondial des drogues et les risques sociaux et sanitaires associés. De nombreuses études ont aujourd'hui démontré que les deux éléments principaux de cette stratégie (c'est-à-dire la suppression de l'offre, en contrôlant la production et la distribution, et de la demande, en imposant des peines sévères à l'encontre des consommateurs) n'ont eu qu'un impact limité (Commission européenne 2009). Cette politique a par ailleurs eu des conséquences dévastatrices.

De plus, malgré toutes ces interventions répressives, les consommations de SPA augmentent, se sont diversifiées et entrainent des dommages importants (OFDT 2015a). Ainsi, la question du rôle de la RdRD dans la régulation de l'offre semble pertinente. Il est reconnu que le parcours de consommation des usagers et les pratiques à risque associées évoluent selon la disponibilité des produits (Deering et al. 2011, Horyniak et al. 2015). Pour cela, et comme il était suggéré dans l'ouvrage collectif sur le Réduction des risques (Morel et al. 2012), une nouvelle réflexion est nécessaire sur les cadres légaux et leur évolution.

RDRD et régulation de l'offre

Le dernier plan drogue de l'Union européenne (2013-2020) conserve comme objectifs la réduction de l'offre de SPA illicites et la réduction des dommages dus au trafic qui relèvent essentiellement des missions des services de police à travers la lutte contre les grandes organisations criminelles d'une part et la sécurité de tous les citoyens d'autre part (Costes 2013). Cependant, ces objectifs doivent être en cohérence avec un objectif plus global de protection de la santé des usagers. Or, depuis plusieurs années, nous assistons à une augmentation du nombre d'interpellations, du taux de poursuite et de condamnations pour usage de stupéfiants (Obradovic 2012, OFDT 2015a). La croissance des interpellations pour usage a été continue depuis les années 1970 (Figure 1).

Figure 1. Évolution des interpellations pour infractions à la législation sur les stupéfiants, par catégorie (usage, usage-revente, trafic) (1971-2009) (Obradovic 2012)

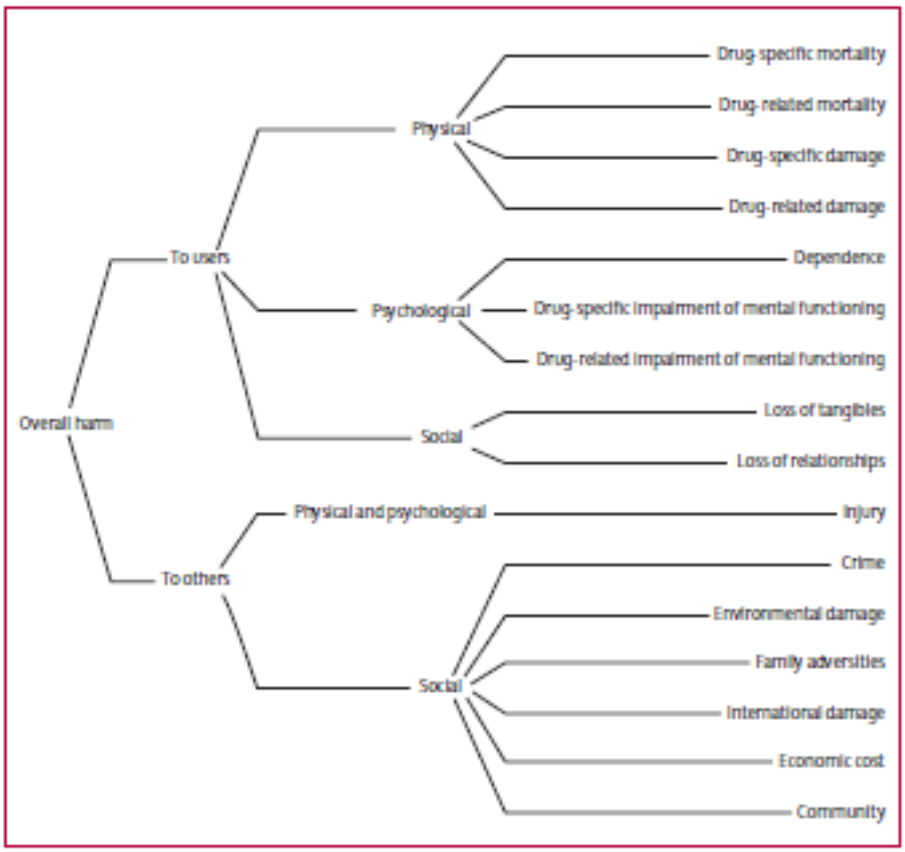


Source : Ministère de l'Intérieur, OCRTIS 2009, 1985-2009.
N.B. : Depuis 1971, les interpellations sont détaillées selon 3 catégories : usage, usage-revente et trafic.

Il est reconnu aujourd'hui, au niveau des Nations Unies par la « Global Commission on Drug Policy », que la criminalisation ou pénalisation des usagers de drogues fait obstacle à la protection de la santé en limitant l'accès aux soins et à la prévention (Global Commission on Drug Policy 2015). Aujourd'hui, un débat semble s'ouvrir sur l'ouverture du champ de la RDRD vers la régulation de l'offre : de l'interdiction à la légalisation. Cependant, il est difficile de prévoir la supériorité du régime d'interdiction sur le régime de légalisation tant cela dépend du contexte local et du produit concerné (Massin 2013). Comme le montre l'analyse coûts/bénéfices des différents objets d'addiction, il n'y a pas de cohérence entre le « profil de risque » des SPA et le classement de ces substances. Van Amsterdam et coll. montrent dans un article publié récemment dans *Journal of Psychopharmacology* le classement des substances selon leur profil de risque, de celle causant le plus de dommages à celle en causant le moins : alcool, héroïne, crack, cocaïne, tabac, cannabis (Nutt et al. 2010, van Amsterdam et al. 2015). Pour définir ce profil de risque, les experts ont identifié tous les

risques associés à chaque substance psycho-active en termes d'effets sur l'usager et sur les autres, à un niveau physique, psychologique et social (Figure 2).

Figure 2. Evaluation des critères classés par dommages sur l'usager sur les autres et par niveau physique, psychologique et social (Nutt et al. 2010)

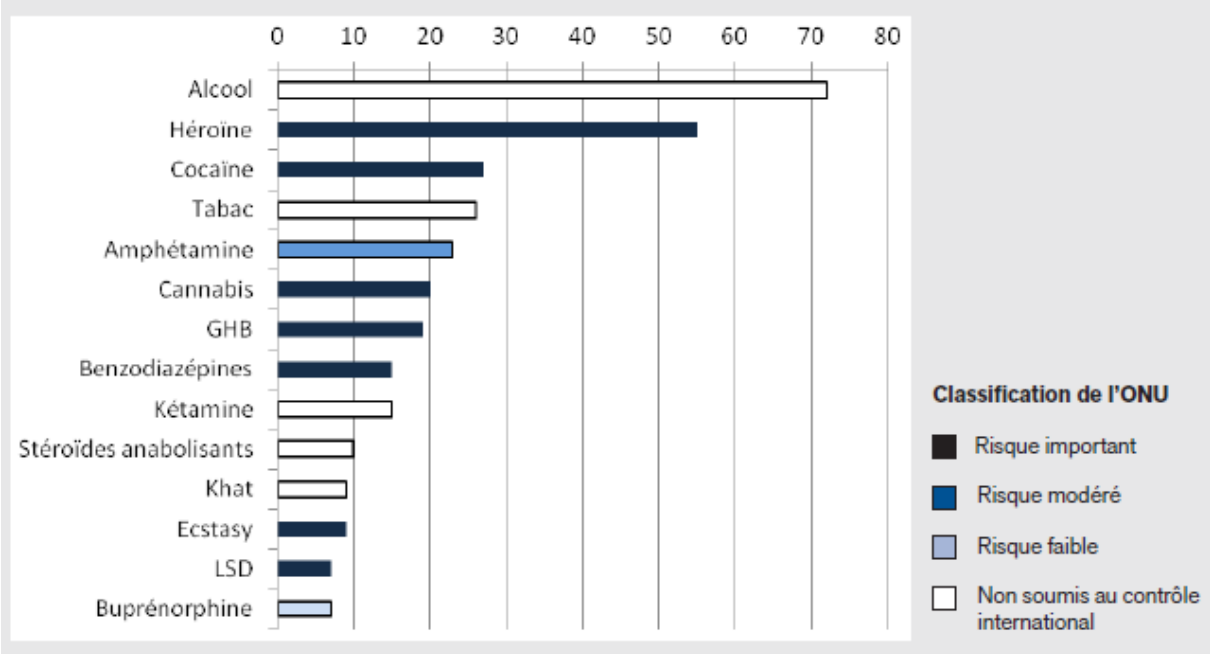


Or, le cannabis en dernière position en termes de dangerosité se trouve aussi criminalisé que les autres SPA illicites et inversement l'alcool qui semble être le plus nocif ne connaît pas de répression au-delà des mineurs. L'analyse du coût social des drogues en France réalisée par Pierre Kopp nous montre également le poids de l'alcool et du tabac comparés aux drogues illicites sur d'une part la santé des individus et d'autre part les coûts pour la société (Kopp 2015). Ainsi, en prenant en compte coût externe (valeur des vies humaines perdues, perte de la qualité de vie, pertes de production) et du coût pour les finances publiques (dépenses de prévention, répression et soins, économie de retraites non versées, et recettes des taxes prélevées sur l'alcool et le tabac), il montre que le coût social du tabac et de l'alcool sont très élevés (environ 118 milliards pour l'alcool et 122 milliards pour le tabac) comparé au coût des drogues illicites (9 milliards d'euros).

Le graphique de la figure 2 utilise les résultats de Nutt et al. publiés en 2010 dans le Lancet sur les risques associés, et les compare au système de classification des SPA établi par les

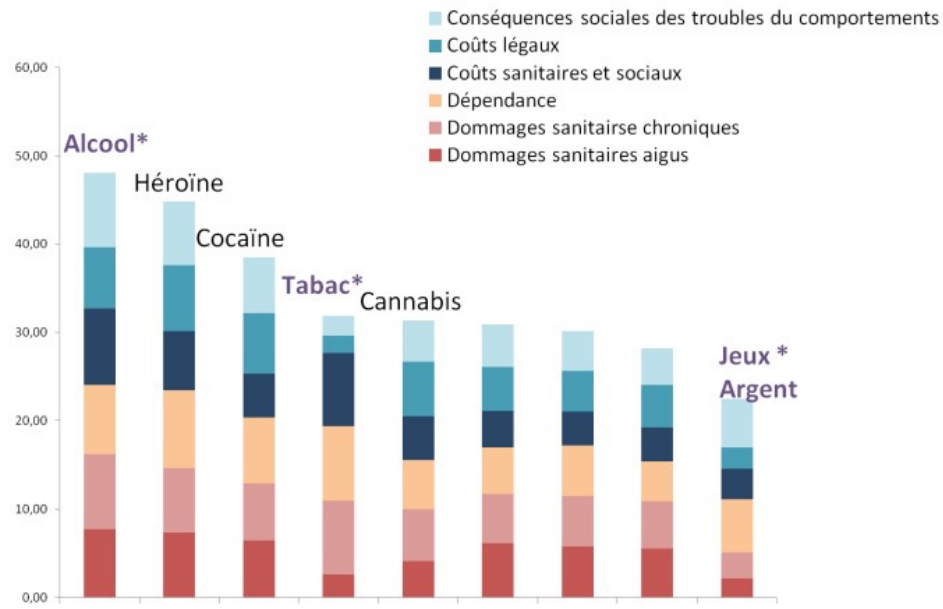
conventions de l'ONU sur les drogues (Commission Mondiale sur la Politique des Drogues 2011).

Figure 3. La classification des drogues par l'ONU mis en contraste avec leur niveau de risque (Commission Mondiale sur la Politique des Drogues 2011)



Cette classification recoupe les résultats d'une étude française où l'alcool se retrouve devant l'héroïne et la cocaïne et où le tabac est classé plus SPA ayant plus de « risques associés » que le cannabis (Bourgain et al. 2012).

Figure 4. Evaluation des dommages globaux (Bourgain et al. 2012)



Ces différentes études mettent en évidence un manque de cohérence entre le statut légal des produits et la gravité des dommages induits par leur consommation. De plus, elles laissent penser que les réponses de notre système légal en termes de politique des drogues ne sont pas cohérentes avec les données économiques et sanitaires. Ainsi, la balance devrait pencher vers une diminution des actions répressives envers les consommateurs de drogues illicites afin de pouvoir répondre différemment aux besoins des usagers en termes d'informations et de prévention des dommages. Dans cette fenêtre-là d'action, un maillon qui pourrait faire partie des actions de RDRD est celui des **usagers-revendeurs de plus en plus concernés par les interpellations** (Obradovic 2012). L'idée serait alors d'agir sur l'offre des SPA illicites à travers les modalités d'usage et de revente et la qualité du produit.

Pour le cannabis, substance la moins dangereuse, la réduction des risque pourrait intervenir au plan pénal afin de modifier les effets néfastes de la criminalisation, les coûts associés et de mieux contrôler le produit lui-même. Les expériences étrangères, de plus en plus nombreuses sur la dépénalisation voire la légalisation, commencent à démontrer la pertinence de cette approche.

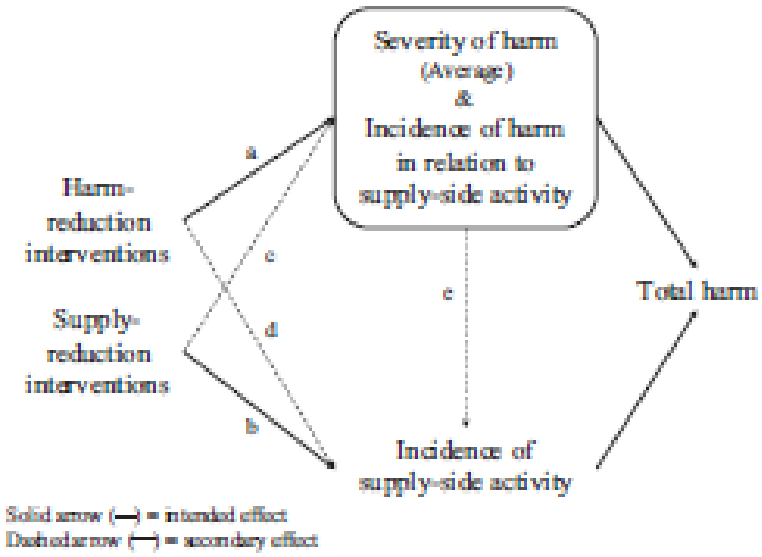
La Déclaration de Vienne (18 Juillet 2010) rédigée par une équipe de chercheurs internationaux dirigée par le Canadien Evan Wood va dans ce sens et promeut la décriminalisation des drogues à travers *« la réorientation des politiques liées aux drogues vers des approches fondées sur des preuves qui respectent, protègent et renforcent les droits humains pourrait éventuellement réduire les préjudices causés par les politiques actuelles et permettrait de rediriger les considérables ressources financières là où on en a le plus besoin,*

c'est-à-dire dans l'adoption et l'évaluation d'interventions scientifiques de prévention, de réglementation, de traitement et de réduction des préjudices » (Wood 2011).

Enfin, si l'on s'intéresse aux différents objets d'addiction des actions de RDRD (SPA ou comportement addictif), la RDRD cible essentiellement aujourd'hui les SPA illicites, objet d'addiction à l'origine même de la RDRD. Les autres objets (tabac, alcool, médicaments, jeu pathologique, …) ne bénéficient pas encore des mêmes moyens de prévention des risques que les SPA illicites et notamment les opiacés. Ainsi, en termes d'actions de RDRD sur les usages, élargir les actions à d'autres objets que les opiacés semble important. Ces questions sur le déploiement du champ d'action de la RDRD à d'autres objets d'addiction (alcool, tabac, médicaments, addictions sans substances, …) seront traitées ultérieurement et plus particulièrement dans la partie II.

Plus généralement et comme il est dit plus haut, le concept de RDRD a traditionnellement été associé à l'ensemble des interventions permettant de réduire les risques de santé accompagnant la consommation de SPA, même si elles ne débouchent pas sur une diminution du niveau global de consommation (IHRA 2010). La réduction des risques s'est avérée efficace pour améliorer les problèmes sociaux et sanitaires. Ainsi, comme le souligne le Consortium International sur les Politiques des Drogues (IDPC) dans son rapport de 2012 (IDPC 2012), **le concept de RDRD devrait être appliqué à tous les aspects de la politique des drogues**. Ainsi, si les méfaits de la criminalisation de l'usage de drogues sont plus importants que ceux liés directement à l'usage de drogues, la question d'une modification de la législation sur les drogues se pose. Les responsables politiques devraient explicitement **définir les risques spécifiques qu'ils cherchent à réduire par leurs politiques de drogues**, concevoir des programmes ayant prouvé leur efficacité à réduire ces risques et attribuer les ressources nécessaires pour leur mise en œuvre. A cet effet et pour finir, un article intéressant fournit une approche théorique de la RDRD qui prend en compte à la fois les interventions sur la demande et sur l'offre (Figure 4) (Greenfield and Paoli 2012).

Figure 5. Modèle de calcul du risque intégrant l'offre (Greenfield and Paoli 2012)



Les auteurs préconisent une analyse en deux étapes basée sur **l'évaluation des interventions de réduction des risques et l'évaluation des interventions visant à réduire/réguler l'offre** pour aboutir au minimum de dommages. Ainsi, la réduction des risques doit également inclure un travail sur une politique raisonnée de l'offre et non pas une politique de réduction de l'offre.

1.4. Quels sont les différents modèles de RdRD ? Quelle place la RdRD doit-elle avoir dans l'ensemble des interventions et dans la politique des drogues et des addictions en France ?

Depuis la diffusion des premières actions de Réduction des Risques en Europe, le champ d'action de cette approche de santé publique a extrêmement évolué. Cette évolution a dessiné différents modèles de RDRD en fonction des contextes locaux et des politiques publiques. La monographie sur la RDRD publiée par l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT) en 2010 permet de décrire les premiers modèles de RDRD ainsi que d'en apprécier l'évolution au cours du début des années 2000 en Europe et ailleurs (EMCDDA 2010).

Naissance des premiers modèles de RDRD

Les modèles de RDRD proposés par chaque pays dépendent de deux paramètres : de la volonté politique de mettre à disposition les outils de RDRD existants et d'en proposer de nouveaux ainsi que de l'approche prédominante dans le domaine des addictions (médicalisée, prévention primaire, prévention secondaire, répression). Deux approches se distinguent selon leur rapport à l'abstinence aux substances psycho-actives. L'une correspond à l'approche

intégrationniste selon laquelle l'abstinence n'est qu'un objectif ultime, l'autre est l'approche gradualiste qui fait de l'abstinence un objectif à part entière intégré dans les objectifs de la RDRD (Kellogg 2003).

Globalement, la politique de RDRD s'inscrit dans le mouvement de la « nouvelle santé publique » des années 1970-1980 qui valorise la capacité des individus à se prendre en charge (INSERM 2010a) et la nécessité des politiques de santé prenant les besoins des individus concernés (Berridge 1999). Cette approche pragmatique de santé publique rompt avec l'approche basée sur l'éradication des drogues et permet ainsi de dépasser la vision moraliste des drogues et de proposer une approche fondée sur le non-jugement (Stafford 2007), contribuant à une vision sanitaire et médicale de l'usage de substances psycho-actives. Cependant, derrière une apparente homogénéité définie par l'International Harm Reduction Association (IHRA) (IHRA 2010), le référentiel de RDRD englobe une diversité de conceptions. En effet, la mise en place d'une politique de RDRD peut se cantonner à la réduction du risque de transmission du VIH ou des virus des hépatites et ainsi consister à la mise à disposition de seringues stériles. Mais elle peut aussi faire partie d'une approche globale de réduction de tous les risques liés à des conduites addictives, et aujourd'hui pas seulement destinée aux substances illicites mais à d'autres objets d'addiction.

Les premiers dispositifs de RDRD se sont mis en place dans le cadre de la lutte contre le VIH. Leur mission était de mettre à disposition du matériel stérile pour les usagers de drogues par voie intraveineuse. Ainsi, à travers la libéralisation de l'accès aux seringues, naissaient les premiers programmes échange de seringues (PES) qui aujourd'hui existent dans de nombreux pays. C'est aux Pays-Bas que le premier PES est apparu en 1984 (Stimson 2007) et dans la foulée le pays a décidé de financer les PES à travers des centres bas-seuils dédiés aux usagers de drogues (O'Hare 2007). Cependant, ce n'est qu'en 1987, en Grande-Bretagne, que la « *reduction of drug related harm »,* c'est-à-dire la réduction des risques ou des dommages liés à l'usage de drogues, est conceptualisée. En 1990, 14 pays européens avaient sur leur territoire des PES dont 12 qui les finançaient publiquement et après le début des années 2000 28 pays finançaient de tels programmes étoffés par de nouveaux services tels que les équipes mobiles, les interventions par les pairs ou autres actions communautaires (EMCDDA 2010).

Parallèlement et malgré l'approche basée sur l'abstinence que défendent certains pays, les traitements de substitution aux opiacés (TSO) ont peu à peu été reconnus comme un outil de RDRD grâce à leur impact majeur sur l'épidémie de VIH et l'accès aux soins des usagers de drogues par voie intraveineuse (Wilson et al. 2015). Les deux traitements principaux, la méthadone et la buprénorphine orale, font partie depuis le début des années 2000 de la liste des médicaments essentiels de l'OMS (WHO 2013).

A partir de ces deux composantes à l'origine des fondements de la RDRD se sont développés plusieurs types de modèles de RDRD. Le rapport Marlatt de 2012 sur la réduction des risques décrit les principaux modèles qui ont jalonné l'histoire de la RDRD (Marlatt et al. 2012).

Le modèle anglais et le rapport Rolleston

LA RDRD est née plus précocement encore en Grande-Bretagne au moment de l'apparition d'une réponse à l'usage de drogues dans les années 20. Elle était même reconnue par la loi et intégrée aux pratiques médicales (Ashton and Seymour 2010). Très tôt dans l'histoire des drogues en Grande-Bretagne, les professionnels de santé, en particulier médecins et pharmaciens, prescrivaient et fournissaient de l'opium selon les besoins individuels des patients et donnaient ainsi accès aux premiers traitements de substitution aux opiacés (TSO) (Anderson and Berridge 2000). Puis la loi sur les drogues s'est durcie, prenant le pas des américains en termes de politique des drogues. Devant les difficultés des médecins à répondre aux besoins des personnes et à rester dans une pratique légale, la communauté médicale s'est mobilisée sous l'impulsion du Dr Rolleston pour rédiger un rapport Rolleston justifiant la possibilité pour les médecins de prescrire cocaïne et dérivés de l'opium à des patients préalablement enregistrés comme ayant des problèmes d'addiction (Berridge 1984). Ce rapport issu d'une collaboration étroite entre le gouvernement et la communauté médicale a permis d'initier une approche pragmatique dans le domaine de la prise en charge des addictions. Ce modèle collaboratif incluant cette approche RDRD a perduré jusqu'à ce que le nombre d'usagers de drogues devienne trop important. Alors que la population des usagers de drogues se mêlait aussi à la classe des travailleurs, un modèle basé sur l'abstinence a commencé à se développer. Cependant, le modèle britannique a reconnu assez tôt qu'il ne fallait pas criminaliser l'usage de drogues. L'héritage du rapport Rolleston se retrouve aujourd'hui à travers l'accès à l'héroïne médicalisée.

Le modèle hollandais et le Junkiebond

Très tôt dans l'histoire de la politique des drogues en Hollande, il est recommandé la décriminalisation de l'usage personnel de drogues (versus revente et traffic). Puis, sont également différenciés les produits dérivés du cannabis et les drogues dures selon les risques associés à leur usage. Les différents comités recommandaient aussi que la politique pénale des drogues soit compatible avec la politique sociale et que les actions de prévention primaire et secondaire soient prioritaires par rapport aux sanctions légales. Cette approche a été impulsée à travers des programmes de prévention de l'hépatite B, avant même l'arrivée de l'épidémie de VIH. La première politique RDRD est officiellement lancée en 1976 avec la décriminalisation de l'usage de drogues dites « douces » (Ossebaard 1996). Puis, dans les

années 80, le gouvernement hollandais a introduit l'approche RDRD pour toutes les drogues et surtout cocaïne et opiacés en montrant que cette politique des drogues n'augmentait pas la consommation (Engelsman 1989).

La naissance d'un groupe d'activiste les Junkiebond a permis d'accélérer la construction du modèle de RDRD hollandais grâce aux plaidoyers mis en place pour améliorer l'accès aux soins et à la prévention et notamment avec l'arrivée de l'épidémie de VIH. Ces activistes ont permis de développer une approche communautaire basée sur la participation des usagers aux différentes actions proposées ainsi qu'à une collaboration étroite avec cliniciens et chercheurs (Grund et al. 1992). L'un des faits marquants de l'histoire de la RDRD en Hollande est l'ouverture par Junkiebond du premier PES au monde financé par l'Etat (INSERM 2010a). Au vu des résultats probants sur la santé publique, l'Etat a proposé de nouveaux financements pour mettre en place d'autres actions et programmes de RDRD (Friedman et al. 2007). Même si ces PES seuls n'ont pas eu l'impact escompté (van Ameijden et al. 1994), les hollandais reconnaissent aujourd'hui que les efforts de RDRD fournis ont permis de réduire l'épidémie de VIH (Van Den Berg et al. 2007). En 2007, l'association Junkiebond administrait 35 centres RDRD dans 28 villes en Hollande. Le succès de leur participation active à la politique des drogues montre l'intérêt de l'activisme et de l'implication des usagers dans la RDRD. Il s'agit ici de l'origine de l'auto-support des usagers de drogues qui s'appuie sur la promotion de l'éducation par les pairs (Friedman and Sherman 2006) et de l'usager en tant qu' « expert » de son propre vécu et qui vient nourrir le plaidoyer autour de la démocratie sanitaire et de l'empowerment des usagers (Friedman et al. 2007).

Le modèle suisse (IDPC 2012)

Dans les années 80, la Suisse a développé des programmes non résidentiels pour les personnes présentant un problème d'addiction aux drogues. Puis, sont apparus les premiers services bas-seuil comprenant les programmes échange de seringues (PES) (Klingemann 1996). En 1994, le gouvernement suisse a adopté une nouvelle stratégie de décentralisation en matière de drogue, intégrant les objectifs de sécurité publique, de santé et de cohésion sociale. Elle comprend quatre piliers, aujourd'hui une référence en matière de politique de réduction des risques : les programmes de prévention, de traitement, de réduction des risques et de maintien de l'ordre. La stratégie a été élaborée en consultation avec les représentants des secteurs du maintien de l'ordre, de la santé publique et de la communauté. Cette nouvelle politique prévoit notamment la prescription d'opiacés (entre autres l'héroïne) pour traiter la dépendance. La mise en œuvre progressive de cette stratégie a conduit à une diminution significative des problèmes liés à la consommation de drogue. Dans un premier temps, la consommation d'héroïne a connu une baisse significative entre 1990 et 2005. Dans un

deuxième temps, la politique a provoqué une réduction significative du nombre de décès par overdose et de décès indirectement liés à l'usage de la drogue, tels que ceux dus au SIDA et aux maladies associées au SIDA ou aux hépatites. Entre 1991 et 2004 le taux de mortalité lié à la drogue a chuté de plus de 50%. Troisièmement, les niveaux de contamination par le sida, via l'injection de drogue, ont été réduits de 80% en 10 ans. Enfin, la fréquence des délits liés à la propriété privée a baissé de 85%, et le trafic de drogues « dures » par les clients des programmes de prescription d'héroïne a diminué de 90%. La Suisse est considérée comme un pays novateur en matière de RDRD à travers sa volonté d'expérimenter des programmes de RDRD innovants tels que les salles d'injection supervisée et l'héroïne médicalisée. Cette dernière initiative s'est développée de manière locale, à travers la construction d'un consensus avant de permettre son acceptation nationale (Uchtenhagen 2010). Ainsi, ces initiatives ont abouti à une diffusion de ces dispositifs dans tout le pays et à leur reconnaissance dans la politique de RDRD.

Le modèle de Liverpool

Dans les années 80, la ville de Liverpool connaît une augmentation des cas de VIH chez les usagers de drogues et comprend le lien entre l'injection et la transmission du VIH. C'est alors que des acteurs du Mersey Regional Health Authority s'intéressent aux techniques de RDRD et proposent un modèle de prévention afin de diminuer l'impact de l'usage de drogues par voie intraveineuse sur la santé des personnes et de la collectivité (O'Hare 2007, Ashton and Seymour 2010). Le modèle Mersey est basé sur un impératif de santé publique de type descendant mais en incitant les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI) à définir eux-mêmes les besoins de leur communauté en termes de prévention et de soins à travers 3 objectifs principaux : 1) faciliter le contact avec les populations difficiles à atteindre grâce à des équipes mobiles ; 2) maintenir le contact avec les UDVI ; et 3) d'aider les UDVI à modifier leurs pratiques pour diminuer les risques. En 1985, MRHA met en place un centre de formation et d'information (Mersey Drug Training and Information Center) facile d'accès avec délivrance de matériel stérile et adapté à la population des UDVI. Des prescriptions de TSO étaient aussi accessibles, méthadone et pour les plus difficiles des cas, héroïne comme il était déjà possible dans le rapport Rolleston. Cette approche permet à des médecins référents de contrôler la qualité, la quantité, et la dispensation des opiacés, ce qui diminuent les risques inhérents aux drogues de rue (excipients, produits de coupe, pureté inconnue, participation au marché noir). Cette approche unique et pragmatique a pour objectif de renforcer le sens de la communauté parmi les usagers de drogues et ainsi de concourir à réduire les risques à la fois pour la communauté et pour les individus eux-mêmes.

Le modèle français

Comme l'explique le rapport du CRIPS PACA (CRIPS 2007), dès le début des années 1980, la France apparaît comme une exception au sein de l'Europe : l'opposition à la réduction des risques y reste forte car celle-ci entre en contradiction avec le dispositif de lutte contre la drogue. La prévention, le traitement des usagers de drogues et la répression s'inscrivent dans un même but : éradiquer la drogue et la toxicomanie. L'objectif plus modeste de la réduction des risques, qui est de réduire les dommages liés à l'usage de drogues, implique l'acceptation au préalable de l'usage de drogues et le renoncement à la guerre contre la drogue. Ainsi, il faudra attendre le décret n°87-328 du 13 mai 1987, dit « décret Barzach » pour voir apparaître les premières mesures officielles de réduction des risques infectieux liés à l'usage de drogues en France. Ce texte ouvre la voie à la mise en vente libre des seringues en pharmacie aux personnes majeures et les premiers programmes d'échange de seringues voient le jour à la fin des années 80. Le premier PES est lancé par Médecins du Monde en 1988 puis continuera à en ouvrir d'autres dans la clandestinité. En 1992, l'Association d'Auto-support des Usagers de Drogues (ASUD) est créée. Suite au plan gouvernemental de Simone Veil en 1993 des mesures de Réduction des Risques sont proposées incluant l'ouverture de PES. L'association AIDES ouvrent 26 PES de 1993 à 1995, MdM en ouvre 5 ainsi que 3 programmes méthadone (CRIPS 2007).

Il faut rappeler que les mesures de Réduction des Risques sont officialisées en France dans la lutte contre le sida qu'à partir de 1999, sans toutefois que cela remette en cause les fondements de la politique de lutte contre la drogue. Et c'est seulement en 2004 que la loi de santé publique reconnaît officiellement la politique de réduction des risques approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques auprès des usagers de drogues, complétant ainsi le code de la santé publique en introduisant « un axe de réduction des risques dans la politique sanitaire de la toxicomanie entre la prévention primaire et le soin ».

Aujourd'hui, la loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016 dans son article 9 améliore l'accès aux dispositifs de RDRD afin de s'adapter aux profils nouveaux des usagers de drogues avec l'expérimentation des salles de consommation, la possibilité de réaliser de l'accompagnement et de l'éducation aux risques liés à l'injection ainsi qu'une amélioration de l'accès aux outils de RDRD en milieu carcéral. Ainsi, la France rejoint peu à peu les Pays-Bas et la Suisse dans son accès aux dispositifs de RDRD. Cependant, elle **manque encore de volonté de faire participer les usagers aux décisions prises en matière de prévention et de soins**, tel que les Pays-Bas l'ont proposé très tôt dans l'histoire de sa politique de RDRD. La tribune publiée dans le journal d'ASUD par son directeur le 18 juillet 2013 illustre bien les lacunes de notre système qui à un *rapport sur l'évaluation des*

dommages liés aux addictions et les stratégies validées de réduction de ces dommages n'a pas associé les représentants des usagers (Olivet 2013). De plus, notre pays **manque d'initiatives en termes d'évaluation d'actions innovantes dans le champ de la RDRD** à l'image de ce que la Suisse a pu proposer depuis de nombreuses années. Enfin, la politique de la France doit s'ancrer dans une vision gradualiste qui crée un continuum entre les approches de réduction des risques et le sevrage (Jauffret-Roustide 2011) et doit **mieux prendre en compte le contexte de vie des individus,** agir sur la dimension structurelle du risque, dans un objectif de réduction des inégalités sociales de santé et d'amélioration de la qualité de vie.

Références

Anderson, S., and V. Berridge. 2000. Opium in 20th-century Britain: pharmacists, regulation and the people. Addiction **95**:23-36.

Ashton, J. R., and H. Seymour. 2010. Public Health and the origins of the Mersey Model of Harm Reduction. Int J Drug Policy **21**:94-96.

Ball, A. L. 2007. HIV, injecting drug use and harm reduction: a public health response. Addiction **102**:684-690.

Berridge, V. 1984. Drugs and social policy: the establishment of drug control in Britain 1900-30. Br J Addict **79**:17-29.

Berridge, V. 1999. Histories of harm reduction: illicit drugs, tobacco, and nicotine. Subst Use Misuse **34**:35-47.

Bourgain, C., B. Falissard, L. Blecha, A. Benyamina, L. Karila, and M. Reynaud. 2012. A damage/benefit evaluation of addictive product use. Addiction **107**:441-450.

Commission européenne, T. I., Rand Europe. 2009. A report on global illicit drug markets 1998-2007. (Luxembourg: European Communities).

Commission Mondiale sur la Politique des Drogues. 2011. La guerre aux drogues : Rapport de la Commission mondiale pour la politique des drogues.

Costes, J. M. 2013. De la guerre à la drogue à la prévention des addictions : àquand l'ouverture de l'impossible débat ? Psychotropes **19**:9-26.

CRIPS. 2007. "Réduction des Risques : Bilan et Perspectives". CRIPS PACA.

Deering, K. N., J. Shoveller, M. W. Tyndall, J. S. Montaner, and K. Shannon. 2011. The street cost of drugs and drug use patterns: relationships with sex work income in an urban Canadian setting. Drug Alcohol Depend **118**:430-436.

Ehrenberg, A. 1996. Comment vivre avec les drogues ? Questions de recherche et enjeux politiques. Communications **62**:5-26.

EMCDDA. 2010. Harm Reduction: evidence, impacts and challenges. EMCDDA.

Engelsman, E. L. 1989. Dutch policy on the management of drug-related problems. Br J Addict **84**:211-218.

Erickson, P. G. 1995. Harm reduction: what it is and is not. Drug Alcohol Rev **14**:283-285.

Friedman, S. R., W. de Jong, D. Rossi, G. Touze, R. Rockwell, D. C. Des Jarlais, and R. Elovich. 2007. Harm reduction theory: users' culture, micro-social indigenous harm reduction, and the self-organization and outside-organizing of users' groups. Int J Drug Policy **18**:107-117.

Friedman, S. R., and S. G. Sherman. 2006. Public health principles for the HIV epidemic. N Engl J Med **354**:877-878; author reply 877-878.

Global Commission on Drug Policy. 2015. UNGASS ON THE WORLD DRUG PROBLEM: PEOPLE, PUBLIC HEALTH AND HUMAN RIGHTS AT THE CENTRE. Global Commission on Drug Policy.
Greenfield, V. A., and L. Paoli. 2012. If supply-oriented drug policy is broken, can harm reduction help fix it? Melding disciplines and methods to advance international drug-control policy. Int J Drug Policy **23**:6-15.
Grund, J. P., P. Blanken, N. F. Adriaans, C. D. Kaplan, C. Barendregt, and M. Meeuwsen. 1992. Reaching the unreached: targeting hidden IDU populations with clean needles via known user groups. J Psychoactive Drugs **24**:41-47.
Hall, W. 2007. What's in a name? Addiction **102**:692.
Heather, N. 1995. Groundwork for a research programme on harm reduction in alcohol and drug treatment. Drug Alcohol Rev **14**:331-336.
Horyniak, D., M. Stoove, L. Degenhardt, C. Aitken, T. Kerr, and P. Dietze. 2015. How do drug market changes affect characteristics of injecting initiation and subsequent patterns of drug use? Findings from a cohort of regular heroin and methamphetamine injectors in Melbourne, Australia. Int J Drug Policy **26**:43-50.
IDPC. 2012. Guide sur les politiques des drogues. Consortium International sur les Politiques des Drogues.
IHRA. 2010. What is Harm Reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association. IHRA Briefing.
INSERM. 2010a. Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues Institut national de la santé et de la recherche médicale.
Inserm, E. c. 2010b. Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues Institut national de la santé et de la recherche médicale.
Jauffret-Roustide, M. 2009. Un regard sociologique sur les drogues : décrire la complexité des usages et rendre compte des contextes sociaux. La revue lacanienne **5**:109-118.
Jauffret-Roustide, M. 2010. Narcotiques Anonymes, une expertise profane dans le champ des conduites addictives centrée sur le rétablissement, la gestion des émotions et l'entre-soi communautaire. Pensée plurielle **23**:93-108.
Jauffret-Roustide, M. 2011. Réduction des risques. Succès et limites du modèle à la française. ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE **33**:101-110.
Jourdan, M. 2009. Casting light on harm reduction: introducing two instruments for analysing contradictions between harm reduction and 'non-harm reduction'. Int J Drug Policy **20**:514-520.
Kellogg, S. H. 2003. On "Gradualism" and the building of the harm reduction-abstinence continuum. J Subst Abuse Treat **25**:241-247.
Kleinig, J. 2008. The ethics of harm reduction. Subst Use Misuse **43**:1-16.
Klingemann, H. K. 1996. Drug treatment in Switzerland: harm reduction, decentralization and community response. Addiction **91**:723-736.
Kopp, P. 2015. Le coût social des drogues en France.*in* OFDT, editor.
Leshner, A. I. 1997. Addiction is a brain disease, and it matters. Science **278**:45-47.
Leshner, A. I. 2008. By now, "harm reduction" harms both science and the public health. Clin Pharmacol Ther **83**:513-514.
Marlatt, G. A., M. Larimer, and K. Witkiewitz. 2012. Harm Reduction : Pragmatic strategies for managing high-risk behaviors.
Massin, S. 2013. Approches économiques normatives et positives de la législation sur les drogues. Psychotropes **19**:49-63.
Morel, A., P. Chappard, and J.-P. Couteron. 2012. L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie. 978-2-10-058215-0, Dunod.
Morel, A., and J. Couteron. 2008. Les conduites addictives : comprendre, prévenir, soigner. Dunod, Paris.
Nutt, D. J., L. A. King, L. D. Phillips, and D. Independent Scientific Committee on. 2010. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. Lancet **376**:1558-1565.

O'Hare, P. 2007. Merseyside, the first harm reduction conferences, and the early history of harm reduction. Int J Drug Policy **18**:141-144.
Obot, I. S. 2007. Harm reduction: what is it? Addiction **102**:691.
Obradovic, I. 2012. La pénalisation de l'usage de stupéfiants en France au miroir des statistiques administratives Médecine & Hygiène **36**:441-469.
OFDT. 2015. Drogues, Chiffres clés.
Olivet, F. 2013. Dommages pour les risques : Lettre ouverte au Professeur Reynaud. ASUD **53**.
Ossebaard, H. C. 1996. Netherlands' cannabis policy. Lancet **347**:767-768.
Reynaud, M. 2013. LES DOMMAGES LIES AUX ADDICTIONS ET LES STRATEGIES VALIDEES POUR REDUIRE CES DOMMAGES (Rapport remis à Madame Daniele Jourdain-Menninger Présidente de la MILDT).
Riley, D., E. Sawka, P. Conley, D. Hewitt, W. Mitic, C. Poulin, R. Room, E. Single, and J. Topp. 1999. Harm reduction: concepts and practice. A policy discussion paper. Subst Use Misuse **34**:9-24.
Stafford, N. 2007. Using words: the harm reduction conception of drug use and drug users. Int J Drug Policy **18**:88-91.
Stimson, G. V. 2007. "Harm reduction--coming of age": a local movement with global impact. Int J Drug Policy **18**:67-69.
Uchtenhagen, A. 2010. Heroin-assisted treatment in Switzerland: a case study in policy change. Addiction **105**:29-37.
van Ameijden, E. J., A. R. van den Hoek, and R. A. Coutinho. 1994. Injecting risk behavior among drug users in Amsterdam, 1986 to 1992, and its relationship to AIDS prevention programs. Am J Public Health **84**:275-281.
van Amsterdam, J., D. Nutt, L. Phillips, and W. van den Brink. 2015. European rating of drug harms. J Psychopharmacol **29**:655-660.
Van Den Berg, C., C. Smit, G. Van Brussel, R. Coutinho, and M. Prins. 2007. Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users. Addiction **102**:1454-1462.
Weatherburn, D. 2009. Dilemmas in harm minimization. Addiction **104**:335-339.
WHO. 2013. WHO Model List of Essential Medicines - 18th edition. WHO.
Wilson, D. P., B. Donald, A. J. Shattock, D. Wilson, and N. Fraser-Hurt. 2015. The cost-effectiveness of harm reduction. Int J Drug Policy **26 Suppl 1**:S5-11.
Wood, E. 2011. Texte de la Déclaration de Vienne (18 Juillet 2010). Multitudes **44**:39-41.

2. Deuxième partie : Quelles sont les données probantes sur l'efficacité de la RDRD ?

2.1. Quelles connaissances avons-nous sur l'efficience/l'efficacité des politiques de RDRD qui se sont développées à l'étranger et en France depuis une trentaine d'années ?

Les politiques de RDRD développées jusqu'à aujourd'hui concernent principalement les substances illicites et en particulier les opiacés. Par ailleurs, il existe peu d'évaluations globales des politiques de RDRD combinant plusieurs interventions.
L'impact d'une politique de RDRD peut se mesurer par l'évolution de marqueurs directs ou indirects, individuels ou collectifs. Les marqueurs directs peuvent être une réduction de la mortalité, des overdoses fatales et non fatales, de l'incidence et/ou la prévalence de VIH, VHC, d'autres maladies transmissibles, des comorbidités. Les marqueurs indirects qui reflètent une diminution des risques ou qui peuvent y contribuer sont : une amélioration de la connaissance des usagers, une augmentation des unités de matériel stérile consommées, une amélioration de la qualité de vie, du statut psychosocial, de l'insertion professionnelle, une réduction de la criminalité, une amélioration de l'accès aux soins et aux dépistages, une amélioration de la prise en charge des comorbidités (Morel et al. 2012).

- **Politiques visant l'usage de substances psychoactives**

La loi de 1970 illustre le **caractère moral de la politique des drogues en France**, en pénalisant l'usage privé des stupéfiants, elle est aujourd'hui en totale contradiction avec les politiques de RDRD. En effet sa logique de privilégier les sanctions de l'usager plutôt que la défense de la santé publique et la lutte contre la criminalité, va à l'encontre des mesures visant à accompagner les usagers pour réduire les risques. L'épidémie de Sida va fortement ébranler cette politique de pénalisation des usages, la santé publique et la préservation de la santé des usagers s'imposant alors comme les nouvelles priorités (Morel et al. 2012).

Dans les années 1970, le **gouvernement hollandais a appliqué une politique de dépénalisation de facto vis-à-vis du cannabis**. La possession et la consommation du cannabis restent illégales, mais la possession de moins de cinq grammes de cannabis ne fait plus l'objet d'interventions répressives. Depuis les années 1980, l'achat et la revente de petites quantités de cannabis ont été autorisés dans des « coffee shops » pourvus d'une licence, et soumis à une réglementation stricte (IDPC 2012). Une étude de 2004 comparant la consommation de cannabis à Amsterdam et à San Francisco, où la politique des drogues

réprime l'usage, a conclu que le **risque potentiel de sanction n'avait aucun effet sur le niveau de consommation** (Reinarman et al. 2004).
Le **régime britannique d'avertissement pour possession de cannabis** introduit en 2004 permet à la police d'adopter une approche par étapes pour des infractions liées à la possession de petites quantités de cannabis. Les individus arrêtés en possession de cannabis pour la première fois reçoivent un «avertissement pour possession de cannabis», signifié sur le champ et ne donnant pas lieu à une arrestation ou à une inscription au casier judiciaire. Lors de la deuxième interpellation, le contrevenant doit payer une amende pour atteinte à l'ordre public sans inscription à son casier judiciaire. Une personne arrêtée pour la troisième fois fera l'objet d'une mise en garde ou sera poursuivie en justice. En cas de circonstances aggravantes, le régime décrit ci-dessus ne s'applique pas. Certaines données montrent que **depuis 2004, la consommation du cannabis a chuté de manière significative au Royaume Uni**, en particulier parmi les jeunes (IDPC 2012).

Un grand nombre de preuves scientifiques indique que les politiques basées seulement sur le renforcement des lois sans prendre en compte la santé publique et les droits humains augmentent les risques sanitaires pour les usagers de SPA par voie intraveineuse. La mise en place de politiques publiques qui visent à **promouvoir la santé publique plutôt que la criminalisation de l'usage de drogues et des usagers** semble nécessaire (Strathdee et al. 2015).
Une étude a comparé l'association entre les politiques nationales réglementant les SPA et les niveaux de consommation de ces substances (autres que le cannabis) chez les jeunes en Europe (Vuolo 2013). Dans les pays où il n'y a pas de restriction concernant la possession et l'usage personnel de SPA, les risques liés à l'usage de SPA au cours du dernier mois sont moins élevés. Ces résultats indiquent que les chercheurs devraient **prendre en compte le contexte de réglementation nationale** dans les études d'usages de SPA.

- **Politiques de prévention**

La plupart des politiques nationales concernant les SPA ont traditionnellement été guidées par le **principe de dissuasion** (voir réponse I.3). Cependant, il n'existe aucune preuve attestant que ces politiques aient protégé les jeunes contre la tentation de consommer des SPA, ou contribué à réduire la production de cultures destinées au marché illégal (IDPC 2012).
Malgré l'engouement de certains groupes politiques pour des messages « musclés » sur les risques liés à la consommation de SPA, les actions de **marketing social de masse et les programmes scolaires de prévention** se sont révélés coûteux et inefficaces dans la

réduction de la consommation parmi les groupes qu'ils ont cherché à cibler. Ils peuvent même avoir des effets négatifs sur la prévalence de l'usage de SPA. Ces campagnes consistent le plus souvent à diffuser des annonces publiques anti-drogue à la télévision et à la radio. Toutefois, les campagnes de marketing social ont récemment étendu leur rayon d'action en ayant recours à de nouveaux médias. Par exemple, les vidéos sur Internet et les pages web consacrées à la diffusion de messages anti-drogue sont devenues un moyen de prévention de plus en plus fréquent et sophistiqué. Aux Etats-Unis, une campagne nationale de marketing social anti-drogue a coûté plus de 1,3 milliards de dollars depuis 1998. Une évaluation demandée par l'Institut National sur l'Abus de Drogue (NIDA) aboutit à la conclusion suivante :

que cette campagne n'avait eu aucun effet sur les jeunes qui avaient déjà commencé à consommer du cannabis

que le nombre de jeunes, exposés de façon intensive à ce type de campagne, et qui s'étaient mis à consommer de la drogue, avait augmenté de façon significative

que la campagne avait peut-être eu pour effet de discréditer la perception qu'avaient les jeunes ciblés des normes anti-cannabis

que, même si des changements, tant positifs que négatifs, avaient été observés chez les jeunes ciblés vis-à-vis de la drogue, rien ne prouvait que la campagne elle-même était responsable de ces évolutions.

Les programmes de prévention à base communautaire visent non seulement à modifier des comportements individuels, mais aussi à atteindre des objectifs plus larges, orientés vers un changement global et une responsabilisation de la communauté elle-même (IDPC 2012). Ils mettent l'accent sur le renforcement des facteurs de protection qui permettront de réduire la consommation de SPA au sein des communautés, en particulier chez les jeunes (Aguirre-Molina and Gorman 1996). Les objectifs variés de ces programmes nécessitent la participation d'un ensemble d'acteurs. Cependant, la responsabilisation des communautés est un travail de longue haleine qui peut sembler difficile à évaluer. Les stratégies de prévention à base communautaire comportent souvent un ensemble complexe d'éléments qui interagiront pour prévenir l'usage de SPA, ce qui ajoute encore à la complexité d'évaluation de ces actions. Toutefois, ces programmes à long terme ont donné des résultats encourageants dans la lutte contre les facteurs de risque qui conduisent à l'usage de SPA, et dans le renforcement des facteurs de protection contre ces risques au sein de la communauté.

Les actions de prévention émanant des pairs visent à instaurer un dialogue direct avec les membres de la communauté touchée afin d'atteindre les individus marginalisés, exposés au risque de consommation de SPA. Dans ces approches, les pairs sont souvent perçus comme étant plus à même de transmettre des messages de prévention à des groupes difficilement

accessibles. À ce jour, peu de recherches scientifiques ont été menées sur la prévention assurée par les pairs (UNODC 2003). Le nombre limité d'évaluations peut s'expliquer par le fait que, à l'instar des interventions communautaires, les actions menées par les pairs ont souvent pour objectif la diffusion d'informations ou une amélioration générale de la confiance en soi, c'est-à-dire des résultats qui ne répondent pas nécessairement à l'objectif premier de la prévention (IDPC 2012). Malgré l'absence de preuves suffisantes, les études disponibles tendent à montrer que les interventions menées par les pairs peuvent contribuer à réduire les taux de consommation de SPA. De plus, des projets de recherches ont montré meilleure efficacité des programmes de sensibilisation aux comportements à risque de transmission du VIH lorsque ceux ci étaient menés par des pairs (Ritter and Cameron 2006).
Les politiques de prix de l'alcool bien conçues peuvent constituer des instruments efficaces pour réduire les dommages liés à l'alcool, notamment chez les personnes à faibles revenus et les jeunes (Comité économique et social européen 2009).

Les programmes de prévention en matière de substances psychoactives impliquant le **marketing social de masse** et les **interventions en milieu scolaire** axées sur la dissuasion ne sont pas efficaces dans la réduction de la consommation (IDPC 2012). Les interventions communautaires qui cherchent à traiter les causes socio-économiques sous-jacentes de l'usage de substances psychoactives et les interventions faisant appel aux pairs seraient plus efficaces.

- **Politiques facilitant l'accès aux soins**

Jusqu'en 1994, la France a suivi une approche répressive des substances psychoactives. Il y avait autour de 500 décès par an par overdose d'héroïne et une prévalence du VIH de 40% parmi les usagers injecteurs de SPA. Face à ce constat, la France a changé sa politique en privilégiant la réduction des risques afin de répondre efficacement à l'épidémie de VIH. Des Programmes d'échanges de seringues (PES), un accès aux traitements de substitution pour la dépendance aux opiacés (TSO) dans les centres spécialisés et les prisons et la buprénorphine en médecine de ville ont ainsi été établis. Les bénéfices de santé publique sont indéniables : les morts par overdose d'héroïne ont diminués de 80% tout comme la criminalité qui y est associée, la prévalence de HIV parmi les IDU a diminué pour passer de 40 à 11% et depuis 2004 près de 3500 vies ont été sauvées (Carrieri and Spire 2008).
Une autre étude a montré qu'en **France, sur une période de temps qui inclut des changements dans les politiques françaises** de santé, a été observé un déclin coïncidant

entre le partage du matériel d'injection et la prévalence de HIV parmi les injecteurs ainsi qu'une baisse de prévalence de HCV mais non significative (Fatseas et al. 2012).

L'étude Coquelicot (Jauffret-Roustide et al. 2006), transversale et multicentrique, avait pour objectif de mesurer la prévalence d'infection par le VIH et le VHC parmi les usagers de SPA qui s'injectent et d'examiner les déterminants de comportements à risque. L'étude montre que la politique de réduction des risques semble avoir eu un impact important sur la transmission du VIH parmi les usagers de SPA mais un impact beaucoup plus limité sur la transmission du HCV.

Le Subutex, que tous les médecins généralistes peuvent prescrire a **été mis sur le marché en France en 1996.** L'impact le plus significatif de la buprénorphine à haut dosage (BHD) concerne la baisse des overdoses d'héroïne (Inserm 2010b). En effet, une évaluation nationale de 4 ans (96-99) a mis en évidence une chute des overdoses de 80%. De plus, le taux de nouvelles contaminations des usagers est passé de 30% à 4% en 2001 et une diminution de la délinquance associée à l'usage d'héroïne a été observée (Morel et al. 2012).

Dans une revue de la littérature autour de la buprénorphine (Carrieri et al. 2006), la **politique française d'accessibilité de la buprénorphine en médecine ville** a montré ses bénéfices comparée aux autres politiques d'accès au TSO dans le monde. Une participation de 20% de l'ensemble des médecins de ville à l'accès à la buprénorphine a permis une couverture de plus de 50% des personnes dépendantes aux opiacés (Fatseas and Auriacombe 2007). Une cohorte de 919 patients traités par buprénorphine par des médecins généralistes a montré qu'après 2ans, 55% des participants étaient encore suivis par le même médecin et 12% par un autre médecin de ville ou hospitalier (Duburcq et al. 2000). Parmi les patients suivis par le même médecin généraliste, une réduction des risques liés à l'usage de drogue a été observée.

- **Politiques en faveur des programmes multi-composantes**

- Pays Bas : programme multi-composantes TSO + PES

Les études écologiques ont plus de chance de rapporter une association positive car il est difficile d'isoler l'effet d'une intervention seule dans ce type d'étude et qu'elles mesurent l'effet de plusieurs interventions. Cela est illustré par l'étude de cohorte « Amsterdam Cohort Study (ACS)" qui a montré que les PES ou les programmes de traitement par méthadone seuls n'étaient pas associés à la séroconversion VIH ou VHC. Seule la participation aux deux programmes était associée à une plus faible incidence des infections VIH et VHC, suggérant que c'est la **combinaison de ces interventions** qui serait efficace pour réduire la transmission de ces infections (Van Den Berg et al. 2007).

- La politique des « quatre piliers » en Suisse : prévention, répression, soins et réduction des dommages

En 1994, le gouvernement suisse a adopté une nouvelle stratégie en matière de drogue, intégrant les objectifs de sécurité publique, de santé et de cohésion sociale. Elle comprend quatre piliers (IDPC 2012) : les programmes de prévention, de traitement, de réduction des risques et de maintien de l'ordre. La stratégie a été élaborée en consultation avec les représentants des secteurs du maintien de l'ordre, de la santé publique et de la communauté. Cette nouvelle politique prévoit notamment la prescription d'opiacés (entre autres l'héroïne) pour traiter la dépendance. La mise en œuvre progressive de cette stratégie a conduit à une diminution significative des problèmes liés à la consommation de drogue (réduction de la consommation d'héroïne, des overdoses et du VIH/hépatites).

- **Limites**

A l'échelle mondiale, les campagnes lancées et les engagements pris par les Nations Unies pour éliminer ou réduire de manière sensible les marchés des SPA, n'ont pas atteint leurs objectifs, et ce malgré un important soutien politique et financier. Le succès d'opérations, dans un certain nombre de pays ciblés ou à l'encontre de certains groupes de trafiquants, a rapidement été contrebalancé par « l'effet ballon » : les activités illégales, éliminées grâce aux actions de maintien de l'ordre, ont été rapidement relocalisées dans d'autres régions. Ces dilemmes stratégiques ne signifient pas que les organismes de maintien de l'ordre doivent abandonner tout effort de contrôle des marchés de drogues, mais plutôt que les responsables politiques devront adopter des stratégies plus efficaces (IDPC 2012).

Les politiques publiques ne privilégient pas les interventions visant les comportements addictifs de manière globale. Pourtant, les addictions sans substance sont responsables de problématiques nouvelles et de dommages qui méritent une évolution du cadre juridique et de la conception de la RDRD. Les problèmes liés au jeu pathologique représentent en effet un réel problème de santé publique mais les recherches sur l'efficacité des mesures de RDRD sont en retard sur les autres troubles addictifs. Pourtant un grand nombre des politiques publiques mises en place pour les SPA pourraient être adaptées aux conséquences préjudiciables liées au jeu (Gainsbury et al. 2014).

2.2. La RDRD est-elle efficace et quelles sont ses limites en matière de drogues illicites ?

- **Les risques liés à l'usage de substances psychoactives**

L'usage de SPA entraine différents types de risque, des risques liées à la substance en elle même (toxicité à court et long terme, potentiel addictif) et des risques liés au mode de consommation de cette substance (par ordre décroissant de sévérité : injection, voie fumée, ingestion/inhalation).

Les risques liés à la pratique d'injection de SPA sont nombreux et concernent principalement les usagers d'héroïne, de cocaïne, de buprénorphine, de morphine et d'amphétamines. Le risque majeur de cette pratique est la survenue d'overdose, en effet l'injection est le mode de consommation le plus susceptible de générer des overdoses. Le matériel d'injection est potentiellement contaminant et peut être porteur d'infections virales (VIH, VHC et VHB principalement) en cas de partage ou d'infections bactériennes et fongiques à cause du manque d'hygiène lors de la préparation et de l'injection (abcès, infections générales, infection fongique). L'usager peut également subir des épisodes fébriles d'origine septique, inflammatoire ou allergique. Les injections répétées de comprimés peuvent provoquer des pathologies inflammatoires liées à la présence d'additifs dans les produits injectés, ces complications sont appelées "syndrome de popeye" et correspondent à un gonflement des avant bras, les injections répétées entrainent aussi une dégradation du capital veineux (Morel et al. 2012). Le risque d'infection par le VIH et le VHC liés au partage de matériel d'injection a été démontré dans de nombreuses études et le partage de petit matériel (particulièrement les filtres) peut également être source de contamination très importante par le VHC (Thibault et al. 2011).

Les risques liés au sniff proviennent de la matière des pailles qui est un facteur important de saignements, d'accidents (casse et de problème d'hygiène), de blessures liées à l'acidité de la poudre, et de la contamination par VHC lié à l'échange de paille, ce risque est objet de controverse selon plusieurs études (Scheinmann et al. 2007). Enfin la consommation par *sniffing* ne protège pas du risque d'overdose et d'addiction.

Les risques en fumant ou inhalant une substance proviennent de l'absorption de substances toxiques (goudron) qui peuvent entrainer des expectorations sanglantes, douleurs thoraciques, détresse pulmonaire, embolie, œdème aigu du poumon, cancer. La consommation de cannabis entraine des risques supplémentaires : des accidents de voiture chez les usagers qui conduisent intoxiqués, le développement d'une dépendance, d'une psychose, une augmentation des risques pour les maladies respiratoires (EMCDDA 2010). Lors de la consommation de crack les séquences de préparation peuvent constituer des portes d'entrée pour la contamination par le VHC. Les outils utilisés lors de la préparation provoquent des lésions mains-bouche, des coupures aux doigts, des infections, l'utilisation du doseur à pastis comme pipe entraine des brulures, plaies, lésions ulcérées et coupures sur les lèvres et dans la bouche, le partage de pipe à crack est une voie possible de contamination à

cause des plaies buccales (Hagan et al. 2005) et potentiellement vecteur de transmission de l'hépatite C (Howe et al. 2005). L'inhalation de *poppers* ou de solvants peut s'accompagner de troubles respiratoires, et peut être un facteur de risque de cancer (la leucémie peut être favorisée par certains solvants).

Il existe certains risques liés à l'ingestion de substances, en effet certaines substances sont corrosives pour les muqueuses buccales et les dents (LSD, amphétamines...), l'ingestion peut également entrainer des réactions de malaise ou vomissements et le fait que le temps d'apparition des effets soit très variable peut conduire à re-consommer sans attendre, ce qui peut accentuer les effets (Morel et al. 2012).

- **Les outils de RDRD**

Des outils de RDRD ont été développés spécifiquement au mode de consommation, pour les risques liés à l'injection ont été mis en place : un kit d'injection (stéribox en pharmacie et kit+ distribué dans les CAARUD, CSAPA, autres PES et automates), des seringues, des stéricup (cuillère, filtre en coton, tampon sec post injection) introduit dans la stéribox pour lutter contre hépatite C après identification du rôle du partage du petit matériel dans la contamination du VHC, de l'acide ascorbique et citrique, un champ de soin, de la pommade cicatrisante, des garrots et des traitements substitutifs opiacés qui permettent de réduire l'occurrence des injections chez les personnes dépendante à ces substances. Les outils pour réduire les risques liés au sniff ont également été développés sur le même modèle que pour les pratique d'injection avec le "strawbag" (paille en plastique, notice, message de prévention, mouchoir, plateau pour sniffer, cotons tiges imbibés d'huiles essentielles, champ pour poser le matériel) progressivement abandonné au profit du "roule ta paille" (bloc de papier "post-it") (Morel et al. 2012).

- **Les interventions de RDRD pour les usagers de substances psychoactives illicites**

De nombreuses mesures ont été mises en place pour réduire les risques liés à l'usage de SPA et plus particulièrement chez les usagers injecteurs.

Les interventions de RDRD en matière de SPA illicites sont principalement : les PES, l'accès aux TSO, les salles de consommation à moindre risque ou centre d'injection supervisée (CIS), la médecine de ville et la prescription de buprénorphine, la distribution de naloxone, les nouveaux traitements pour les dépendance (notamment pour les stimulants), le *counseling*, l'accompagnement pour la prise en charge des femmes enceintes dépendantes aux opiacés, l'accès aux ARV dans le traitement du VIH, les traitements antituberculeux et de l'hépatite C, l'aide au logement et à la réinsertion socio-professionnelle.

L'efficacité des PES, des TSO, des salles de consommation supervisées, la distribution de naloxone peut être mesurée par le biais de leur impact sur la mortalité par overdose et sur la prévalence ou l'incidence du VIH et de l'hépatite C (EMCDDA 2010).

-Programmes Echange de Seringues (PES) : La pratique de réduction des risques la plus connue est sans doute celle qui consiste à fournir un matériel d'injection stérile aux usagers de SPA afin de réduire les risques de propagation du sida et d'autres infections transmissibles par voie sanguine. Les PES visent également à empêcher les infections de la peau et des tissus mous (telles que des abcès et des inflammations) qui peuvent être évitées en utilisant un matériel d'injection stérile. Les Programmes d'Echange de Seringues (PES) servent par ailleurs de passerelle d'accès à un grand nombre de services sociaux et sanitaires, dont les services de santé généralistes, le traitement de la dépendance à la substance psychoactive, etc (IDPC 2012).

L'impact des PES a été observé essentiellement au niveau écologique et indirect, il est donc difficile à évaluer. Concernant les comportements à risque (partage de matériel d'injection et fréquence d'injection), toutes les études concluent que la participation à un PES réduit les comportements à risque liés à l'injection (Aspinall et al. 2014). Des études écologiques, des modèles mathématiques et d'autres approches de simulation, toutes ont démontré un effet positif significatif des PES pour réduire la prévalence et l'incidence du VIH (Ritter and Cameron 2006). Les revues ne montrent pas d'effets secondaires non désirés des PES tels que l'augmentation de la fréquence d'injection, de l'usage de substance psychoactive, du prêt de seringues à d'autres usagers ou des seringues jetées. Il n'y a pas non plus d'attraction de nouveaux usagers, de baisse de motivation à la réduction de l'usage ou d'augmentation de la transition non injection à injection ou encore d'augmentation des délits liés à l'acquisition de substance psychoactive (Ritter and Cameron 2006). Par ailleurs, l'orientation vers les services de santé et les services sociaux est améliorée, et le recours des usagers des PES à d'autres services, généraux et spécifiques, semble augmenter (Inserm 2010b).

En 2005, Emmanuelli et Desenclos ont exploité les données du Système d'Information sur l'Accessiblité au Matériel Officinal d'Injection et de Substitution (SIAMOIS) recueillis de 96 à 2003 concernant les **ventes de seringues et les TSO** comme indicateurs d'accès aux services de la RDRD (Emmanuelli and Desenclos 2005). Ils ont comparé ces variations à celles observées sur la santé des usagers en termes de nombre annuel d'overdoses mortelles, de prévalence de VIH et VHC et de pratiques à risque. Les résultats montrent que les usagers ont eu un large accès aux seringues stériles avec une augmentation de 21% entre 96 et 99. L'accès aux TSO a augmenté jusqu'à une couverture de 150 000 usagers. Parallèlement a été observée une diminution de la prévalence de VIH chez les usagers de SPA de 40 à 10% (Jauffret-Roustide et al. 2013b), une diminution des overdoses et des

arrestations liées à l'usage d'héroïne. La prévalence du VHC est quant à elle restée stable, ce qui démontre une persistance des pratiques à risque et une efficacité incomplète des PES (Carrieri and Spire 2008).

L'accès en pharmacie à du matériel d'injection stérile apporterait un bénéfice supplémentaire aux PES (Wodak and Cooney 2006), cependant cela est basé sur un faible nombre d'études qui comportent des limites méthodologiques.

Les automates attireraient une population différente de celles des pharmacies, plus jeune, avec moins de ressources financières, moins prise en charge pour sa dépendance aux opiacés et plus à risque de détourner la buprénorphine (Morel et al. 2012). Mais les preuves sont insuffisantes pour affirmer ou réfuter leur efficacité dans la réduction de la transmission du VIH chez les usagers injecteurs.

-Salles de consommation de drogues à moindre risque (SCMR) : Les salles de consommations à moindre risque sont des établissements de santé supervisés par des professionnels ou les usagers de SPA peuvent consommer dans des conditions moins risquées et plus hygiéniques (EMCDDA 2010). Depuis 1986 plus de 90 salles de consommations ont été installées en Suisse, aux Pays Bas, en Allemagne, en Espagne, Luxembourg, Norvège, Canada et Australie. L'objectif est d'établir un contact avec une population de consommateurs de SPA difficilement accessible et de fournir un environnement plus hygiénique pour l'usage de SPA, réduire les risques de morbidité et mortalité associés à l'usage de SPA (en particulier les injections dans la rue) et promouvoir l'accès pour les usagers aux services sociaux, de santé et de prise en charge de la dépendance. Elles ont aussi pour but de réduire l'usage de SPA dans les lieux publiques (et les nuisances associées) et d'améliorer les équipements publics à proximité des marchés de drogues urbains. Les salles de consommations permettent différents types de consommations selon les contextes. A Sydney et Vancouver ce sont des salles d'injection tandis qu'en Europe certains sites autorisent l'inhalation de SPA. Ces modes de consommation sont associés à un niveau de risque différent (Rhodes 2009). L'injection est considérée comme ayant le plus haut niveau de risque car elle est associée à des effets plus dangereux sur la santé (McCann and Temenos 2015).

Une évaluation rigoureuse et précoce sur de nombreux critères d'efficacité, a permis de mettre en évidence des bénéfices en santé publique de l'ouverture d'une salle de consommation à moindre risque (Potier et al. 2014). Les études montrent que les SCMR sont capables d'attirer des usagers injecteurs très vulnérables et cumulant les risques mais également des usagers en situation moins précaire. Toutes les SCMR évaluées ont fait la preuve de leur capacité à assurer un fonctionnement stable, garantissant de bonnes conditions d'hygiène et de sécurité pour les usagers et le personnel. Les CIS ont fait leurs preuves sur la réduction de la morbidité

et de la mortalité associées aux overdoses. Ils permettent une intervention rapide et efficace en cas d'overdose, par exemple une étude a montré que le taux de décès dans le quartier autour de la salle de consommation « Insite » (Vancouver) a chuté de 35% durant l'année suivant son ouverture (Marshall et al. 2011). Les études démontrent clairement une diminution des abcès et autres maladies liées à l'injection, une diminution des comportements à risque de transmission du VIH/VHC chez les usagers, avec une probable influence plus large sur la communauté des usagers. Même si une partie non négligeable des usagers sont ou ont déjà été en traitement, certaines études montrent une augmentation du nombre d'usagers entrant en traitement pour leur dépendance (Potier et al. 2014). Il n'existe pas de preuve que la présence de SCMR augmente ou diminue la consommation de SPA chez les usagers ou dans la communauté ou bien qu'elle augmente les rechutes chez les usagers de SPA en traitement. Les études font état d'une diminution rapportée de l'injection en public ainsi que d'une diminution du matériel d'injection et des déchets abandonnés dans l'espace public. Deux études ont exploré l'impact de CIS sur les délits liés à l'acquisition de SPA dans les zones où ils sont implantés et ont conclu à une absence d'effet (positif ou négatif). L'existence sporadique de nuisances telles que rassemblements de consommateurs ou deal aux alentours de CIS a été rapportée. Au regard de tous ces éléments, les CIS peuvent être considérés comme une mesure complémentaire (et non concurrente) à d'autres dans la palette de services proposés aux usagers permettant de répondre à des besoins de réduction des risques spécifiques liés à l'injection. Ils constituent un lieu de refuge et d'accès à des soins de base et un trait d'union vers d'autres services, pour les usagers à très hauts risques (Inserm 2010b).

-Overdoses involontaires, un problème de santé publique mondial : Les overdoses médicamenteuses involontaires représentent un problème majeur de santé publique insuffisamment évalué et appréhendé au niveau mondial. Une augmentation substantielle de leur incidence à été constatée dans plusieurs pays à travers le monde au cours de la dernière décennie, contribuant ainsi à la fois à une augmentation des coûts de santé et de la mortalité. La plupart des études longitudinales sur les taux de mortalité et d'hospitalisation par overdose montrent une augmentation conduisant à un réel pic des taux à l'heure actuelle. Ces dernières années, une tendance générale à l'augmentation des décès par opiacés prescrits sur ordonnance est constatée avec une diminution des décès liés à l'utilisation de SPA illicites. Les auteurs constatent une grande variabilité dans la prévalence de l'overdose, et dans les taux de mortalité qui lui sont attribuables. La prévalence à l'échelon d'une vie entière d'être témoin ou victime d'une overdose parmi les consommateurs (17 études) va de 50 à 96%, avec une moyenne de 73,3%. La prévalence des overdoses non fatales chez les usagers (27 travaux), varie de 16,6 à 68% avec une moyenne de 45,4%. Les taux de mortalité brut par

overdose (28 études) vont de 0,04 à 46,6 pour 100 000 personnes par an. Ces différences sont probablement attribuables à la diversité des régions, des périodes et des populations considérées. Ces overdoses sont non seulement un problème urbain mais elles concernent aussi les zones rurales où le nombre de décès par overdose augmente. La cocaïne, les opiacés sur ordonnance et l'héroïne sont les psychotropes les plus fréquemment à l'origine d'overdoses accidentelles à travers le monde. Les facteurs démographiques et psychiatriques associés à ces overdoses sont globalement similaires (Martins et al. 2015).

-Naloxone : L'overdose à l'héroïne peut être traitée par la naloxone qui est un antagoniste des opiacés déjà utilisé en soin courant et en particulier dans les services d'urgences et de réanimation. Le niveau de preuve d'efficacité des **programmes de distribution de naloxone** dans la réduction des overdoses mortelles est insuffisant. Des études mettent en évidence la faisabilité de ces programmes, et une étude écologique suggère que la mise en place d'un large programme de distribution de naloxone pourraient avoir joué un rôle dans la diminution des overdoses mortelles au niveau de la ville de New York (EMCDDA 2010). Pendant des années, les taux mortalité due aux overdoses n'ont pas cessé d'augmenter parmi les participants à des programmes de réduction des risques à New York. Les prestataires de trois programmes communautaires de réduction des risques de New York ont lancé les premiers programmes de prévention des overdoses en 2004, en distribuant de la naxolone aux usagers d'opioïdes. À la mi-2006, suite à une évaluation des premiers projets, la ville de New York a pris le programme en charge et a contribué à son financement. Dans les deux années qui ont suivi, le taux de mortalité par overdose a chuté de 27% à New York, et des données non publiées indiquent que cette tendance s'est poursuivie (IDPC 2012). Une étude a comparé le coût de la distribution de naloxone à 20% des usagers d'héroïne vs aucune distribution (Coffin and Sullivan 2013). Aux Etats-Unis en 2010, 188 programmes de distributions de « kits » naloxone ont ainsi éduqués 53032 patients et enregistré 10171 overdoses évitées. La naloxone étant un médicament peu coûteux les auteurs ont fait l'hypothèse que la distribution de « kits » naloxone était plus coût-efficace que l'absence d'intervention en prenant le point de vue sociétal. Ils ont « simulé » les conséquences de cette distribution de naloxone chez des usagers d'héroïne à l'aide d'un modèle de Markov dans lequel les conséquences d'une première overdose était prise en compte (décès, légère augmentation de la probabilité d'arrêter l'héroïne et augmentation importante du risque de faire une autre overdose). Dans l'analyse probabiliste, un décès par overdose pourrait être prévenu à chaque fois que « 227 kits » naloxone sont distribués. La distribution de naloxone était coût-efficace dans toutes leurs analyses.

-Accès aux TSO (buprénorphine, méthadone, sulfate de morphine, héroïne médicalisée)

La réduction des consommations d'opiacés entrainée par la mise sous TSO, va permettre à la personne de gérer ses usages et de consommer de manière différente. Le traitement permet d'équilibrer ces consommations si elles se maintiennent, et d'en réduire les dommages. La possible diminution des injections, la réduction de la sensation de manque et du craving figurent parmi les premiers vecteurs de RDR.

Les traitements de substitution aux opiacés (TSO) par méthadone ou « buprénorphine haut dosage » (BHD) sont le gold standard en matières de prise en charge de la dépendance aux opiacés, et s'appuie sur une importante base de preuves concluantes (Mattick et al. 2014). Certains pays prescrivent également de l'héroïne pharmaceutique (appelée diacétylmorphine) comme substitut de l'héroïne habituellement consommée par l'usager. Les programmes de TSO se sont avérés efficaces pour réduire ou mettre fin à l'usage de SPA injectables, réduire la criminalité, et améliorer la santé et le bien-être des usagers. La TSO joue un rôle central dans l'adhésion des usagers dépendants aux opiacés à des traitements du sida, de l'hépatite C et de la tuberculose. Elle représente aussi un outil important pour prévenir les overdoses. En l'absence de thérapies de substitution pour les substances autres que des opioïdes, il existe d'autres formes de traitement, telles que la thérapie cognitive-comportementale et d'autres approches psychosociales, étayées par des études probantes, montrant leurs effets positifs sur la santé des usagers dépendants (IDPC 2012).

Il y a des preuves suffisantes de l'efficacité des TSO pour réduire la transmission du VIH mais les preuves sont plus hésitantes quant à la réduction de la transmission du HCV. Il y a également de robustes études qui apportent la preuve d'efficacité des TSO dans la réduction de la fréquence d'injection, du partage du matériel d'injection, des scores de comportements d'injection à risque, du nombre de décès par overdose d'opiacés (IDPC 2012).

Sur la base de plusieurs critères d'efficacité, la BHD apparaît comparable à la méthadone à l'exception du maintien en traitement pour lequel la méthadone apparaît supérieure à la BHD, en particulier pour les patients présentant une dépendance plus sévère (Inserm 2010b, Mattick et al. 2014). Plusieurs revues et articles montrent le rôle des TSO sur la diminution de la transmission du VIH, la fréquence d'injection et les comportements à risque de transmission du VIH et VHC (Gowing et al. 2011, MacArthur et al. 2012). Comme le souligne Lise Dassieu dans un de ses articles publié dans la revue Psychotropes, même si les TSO ont permis une amélioration sans précédent de la qualité de vie de nombreux usagers d'opiacés, l'organisation de la prise en charge en différents « seuils » (bas-seuil/haut-seuil) témoignent de la difficulté des professionnels (addictologues, médecins généralistes ou pharmaciens) à apporter une réponse adaptée aux patients s'écartant du modèle dominant, par leurs usages jugés non-conformes (Jeanmart 2008). La **remise en question de ces seuils** (à travers une

approche de RDRD) ne permettrait-elle pas de se rapprocher de l'idéal d'en faire des patients « comme les autres » (Dassieu 2013) ?

On estime que 5% des usagers d'opiacés ne répondent pas bien au traitement de substitution par méthadone. Il s'agit souvent d'usagers très marginalisés, souffrant de problèmes psychosociaux et sanitaires, ce qui peut engendrer des coûts élevés lorsqu'ils sont dirigés vers les systèmes de justice pénale et de protection sociale. Dans le contexte d'essais cliniques randomisés menés dans quelques pays, l'héroïne médicalisée apparaît donc comme une option thérapeutique destinée à des personnes dépendantes aux opiacés et «réfractaires» aux traitements classiques, donc à des personnes qui souffrent d'une dépendance sévère et qui ont subi plusieurs échecs thérapeutiques lors de traitements par méthadone ou BHD. Le traitement de la dépendance aux opiacés par l'héroïne médicalisée est actuellement disponible dans plusieurs pays (Royaume-Uni, Suisse, Pays-Bas, Allemagne, Espagne, Canada). Les résultats des études randomisées qui comparent l'héroïne médicalisée à un TSO classique (comme la méthadone) montrent de façon récurrente la supériorité de l'héroïne médicalisée à différents niveaux : réduction de l'usage d'héroïne de rue et de l'usage de benzodiazépines, amélioration de l'état de santé, de la ré-insertion sociale et supériorité du rapport coût-efficacité (Strang et al. 2015). Le principe du traitement à l'héroïne médicalisée est le suivant : chez les personnes présentant une dépendance sévère aux opiacés, il vaut mieux procéder par étapes pour obtenir progressivement des changements. En effet, les usagers de SPA avec une dépendance sévère et de multiples échecs thérapeutiques ont des difficultés à passer d'un produit à action courte (héroïne) à un produit à action longue (TSO), ou à remplacer une substance injectable par une substance orale. Jusqu'à présent, les recherches menées montrent que ces patients arrivent plus facilement à rester en traitement avec l'héroïne médicalisée qu'avec d'autres traitements de substitution aux opiacés, à améliorer leurs situations sanitaire et sociale et à diminuer leurs activités délictuelles liées aux SPA. L'ensemble des résultats positifs des dernières études a conduit l'OMS à adopter une position favorable quant à l'introduction de l'héroïne médicalisée comme option thérapeutique d'une dépendance sévère. L'efficacité est jugée sur des critères tels que la rétention durant le traitement, la diminution de l'utilisation de SPA illicites, des pratiques à risque et de la séroconversion VIH-VHB-VHC ainsi qu'une amélioration de la santé et de l'insertion sociale (Inserm 2010b, IDPC 2012). L'évaluation d'autres formulations de BHD (injectable ou inhalable) chez différents types d'usagers de SPA a été suggérée dans l'expertise collective Inserm (Inserm 2010b).

Plusieurs études ont mis en évidence l'efficacité de l'accès aux TSO pour améliorer l'adhésion et l'observance aux traitements du Sida, de l'hépatite C et de la tuberculose chez les personnes dépendantes aux opiacés (Moatti et al. 2000, Roux et al. 2008). De plus, plus la

durée sous TSO des patients séropositifs dépendants aux opiacés était longue, meilleure était leur réponse virologique aux ARV (critère plus objectif d'efficacité) (Roux et al. 2009). L'efficacité de la mise à disposition des TSO sur la prise en charge du VIH chez les personnes dépendantes aux opiacés est donc établie. Cependant la buprénorphine du fait de son potentiel d'usage détourné par injection mérite une attention particulière pour la prévention des pratiques à risque.

Agoniste aux opiacés, les sulfates de morphine (type Skénan®) représentent une alternative (ou un complément) à la méthadone et à la BHD pour les injecteurs ne pouvant ou ne voulant pas abandonner l'injection. Consommé par défaut ou par choix, il fait l'objet d'usages clandestins et de détournement vers le marché parallèle. Or en plus des risques liés aux gestes d'injection accrus par la fréquence et la répétition des prises, la constitution et la galénique du médicament présentent des risques spécifiques. Il est majoritairement injecté et près de 50% des injecteurs sont porteurs du VHC. Ces injections à risque ont lieu dans de nombreux endroits du territoire, dans des contextes plus ou moins spécifiques, comme à Paris où la scène de revente de Skénan® est «*poreuse*» avec celle du crack, entraînant des polyconsommations risquées. Limiter le recours au Skénan® «*de rue*» pourrait favoriser l'éloignement d'autres consommations. La mise en place d'un protocole de prescription et de délivrance du Skénan® en CSAPA tenant compte d'une expérience de prescription pour certains consommateurs et devant la multiplication des demandes d'usagers et de collègues, le CSAPA Charonne à Paris a élaboré un protocole de prescription et de délivrance du Skénan®. Ce programme a un versant d'accompagnement socio-éducatif avec une déclinaison plus spécifique de la prévention des dommages sociaux. Le protocole Skénan® du CSAPA Charonne formalise des pratiques auparavant plus ponctuelles. Il permet d'expérimenter, de préfigurer ce que pourraient être des pratiques plus larges avec des MSO injectables mis sur le marché, d'adapter l'offre de soin à des usagers particulièrement en difficulté et de personnaliser un projet de RDRD et de soin.

-RDRD pour les stimulants : Les interventions visant à réduire les dommages de l'usage de cocaïne fournissent du matériel et des informations pour un usage plus sûr. Les programmes de distribution des « crack kits » (qui inclut un tube en Pyrex…) évalués à Ottawa (Leonard et al. 2008), diminueraient drastiquement le partage des pipes à crack et entraineraient une réduction d'injection au profit d'une consommation de cocaïne par voie fumée (EMCDDA 2010).

Dans une revue sur l'efficacité de la prévention secondaire et le traitement de l'abus ou de la dépendance au crack publiée en 2015, Fischer et al ont examinés les données d'efficacité des différentes interventions disponibles (Fischer et al. 2015). Du côté de la **prévention**, des interventions psychosociales ou comportementales ont montré leur efficacité en termes de

réduction des pratiques à risque de VIH dans certaines populations comme chez les femmes (Hershberger et al. 2003, Wechsberg et al. 2004). D'autres dispositifs permettent de réduire les risques liés à l'usage de cocaïne par voie intraveineuse tels que les salles de consommations de SPA à moindres risques et sembleraient pouvoir être appliqués aux consommateurs par voie intranasale ou inhalée (forme base) (Strathdee and Navarro 2010). La distribution de matériel stérile, à usage unique ou plus adapté pour les consommateurs de cocaïne par voie inhalée ou intranasale permet également de diminuer les pratiques à risque de VIH et de VHC (Malchy et al. 2011). Parmi les interventions de prévention secondaire on retrouve les interventions comportementales ou psycho-sociale qui ont montré un effet mitigé et à court terme, les interventions sur le matériel/l'environnement (distribution des crack kit) qui ont une efficacité modeste en terme de réduction des risques. Il n'y a pas d'évaluation empirique des interventions sur l'environnement (accès à une salle de consommation à moindre risque) pour les fumeurs de crack. En ce qui concerne les traitements, la prise en charge psycho-social et incluant la gestion du craving ont montré des effets positifs mais limités et à court terme pour réduire la consommation de cocaïne, les risques pour la santé et améliorer les indicateurs sociaux ; les traitements adjuvants (acupuncture, traitement anti-craving, stimulation cérébrale) ont peu d'effets mais il n'y a pas assez d'études sur leur efficacité. Aujourd'hui les espoirs se tournent vers des traitements pharmacologiques pour la dépendance à la cocaïne. C'est pourquoi de nombreuses molécules sont à l'essai, sur la base théorique de 3 différentes approches : l'**approche pharmacodynamique** ou l'impact de la cocaïne sur le système de récompense et sur les neurotransmetteurs impliqués dans la neurobiologie du trouble (Volkow et al. 2002), l'**approche substitutive** avec l'utilisation d'agonistes pharmacologiques et l'**approche pharmacocinétique** avec l'immunothérapie dynamique (Karila et al. 2014, Fischer et al. 2015). En ce qui concerne les **traitements dits « de substitution »**, plusieurs études cliniques sur la d-amphétamine ont montré une diminution du comportement de recherche de cocaïne et de la consommation (Rush et al. 2009, Greenwald et al. 2010). Un essai sur la méthamphétamine à libération immédiate ou prolongée indique que la dernière formulation réduit le craving et la consommation de cocaïne (Mooney et al. 2009). Des preuves mitigées d'effet thérapeutique du méthylphénidate chez les patients dépendants à la cocaïne (plus particulièrement chez ceux souffrant de TDAH) ont été mis en évidence (Schubiner et al. 2002, Levin et al. 2007). Dans une étude évaluant l'immunogénicité, l'efficacité et la sureté du d'un vaccin pour la dépendance à la cocaïne, Kosten et al. (Kosten et al. 2014) n'ont pas mis en évidence de nouvelle preuve d'efficacité quant à la rétention et l'abstinence.

L'efficacité des traitements pharmacologiques et des interventions psycho-sociales dans le cadre de l'usage de l'usage de stimulants reste donc limitée (de Lima et al. 2002, EMCDDA

2007) et les interventions visant à stabiliser et minimiser les conséquences négatives d'un tel usage sont d'une importance primordiale. Les études suggèrent qu'il n'y a pas de difficultés particulières dans l'ajustement des interventions de RDRD habituelles afin de prévenir la transmission des infections chez les usagers de stimulants. Cependant, un large éventail de problèmes sanitaires et sociaux associés à l'usage de stimulants ne sont pas pris en compte par les services actuels (Grau et al. 2002, Kerr et al. 2005).

Les études examinant l'efficacité des thérapies motivationnelles chez les usagers d'ecstasy ont produit des résultats mitigés et aucune n'a examiné si le suivi de ce traitement était associé à une diminution de la consommation. Une étude a examiné l'impact d'une intervention brève sur l'usage d'ecstasy et les dommages associés et la satisfaction des usagers bénéficiant de cette intervention par rapport à une séance de sensibilisation. Les résultats de cette étude n'ont pas montré de différence entre l'intervention brève *vs*. une intervention de sensibilisation seule quant à la consommation d'ecstasy, cependant les participants qui avaient bénéficié de l'intervention brève était plus satisfaits (Norberg et al. 2014).

-Prise en charge des femmes enceintes dépendantes aux opiacés : Une étude a montré que sur 102 cas de naissances de nouveaux nés exposés in utero à la buprénorphine, tous les nouveaux nés sont arrivés à terme avec un poids de naissance similaire à celui des nouveaux nés non exposés (Loustauneau et al. 2002). Dans une étude multicentrique, 259 femmes étaient sous TSO (buprénorphine ou méthadone) pendant la grossesse, une amélioration des soins périnataux et du pronostic social des mères et de leur nouveaux nés par les TSO a été mise en évidence (Lejeune et al. 2006). Enfin, les données d'une revue Cochrane de 2013 montrent qu'il n'y a pas de différence entre méthadone et buprénorphine en termes d'efficacité pour les femmes enceintes dépendantes aux opiacés (Minozzi et al. 2013). Les seules différences seraient que la méthadone permettrait une meilleure rétention et que la buprénorphine entrainerait moins de syndrome de sevrage néonatal.

-Accès aux traitements VIH, VHC et vaccination hépatite B : Comme pour toute autre personne risquant de contracter une maladie sexuellement transmissible, que ce soit le sida ou d'autres MST, les préservatifs, les services de santé et les programmes d'éducation sexuelle doivent être accessibles aux usagers de SPA, à leurs partenaires sexuel(le)s et à la communauté en général. Le dépistage et le traitement des MST sont souvent liés aux services de réduction de risques, en partie parce que les MST peuvent augmenter le risque de transmission du sida. Les programmes offrant des conseils et un dépistage volontaire du sida sont également un service de base pour réduire les risques et devraient être reliés aux efforts visant à orienter les personnes nouvellement diagnostiquées vers des services de soin et de traitement. Les études disponibles ont constaté que les personnes ayant des antécédents de

consommation de SPA injectables avaient un taux de réussite du traitement du sida comparable à celui des personnes non-consommatrices (IDPC 2012).

Les vaccins contre les hépatites A et B sont très efficaces et doivent être mis à la disposition de toutes les personnes présentant un risque d'infection par l'hépatite, en particulier les usagers de SPA injectables. A l'échelle mondiale, environ 90% des nouveaux cas d'hépatite C sont liés à l'usage de SPA injectables. Bien qu'il n'existe pas de vaccin contre l'hépatite C, l'immunisation contre l'hépatite A et B peut améliorer les résultats cliniques pour les personnes atteintes de l'hépatite C. Des avancées majeures ont eu lieu dans le traitement de l'hépatite C et toute personne devrait y avoir accès, indépendamment de son statut de consommateur de SPA (Hellard et al. 2009).

-Cannabis : Des stratégies de réduction de ces risques ont été développées pour l'usage de cannabis, elles comprennent des tests routiers et l'éducation des consommateurs sur les modes d'utilisation qui augmentent les risques de dépendance, une mauvaise santé mentale et des problèmes respiratoires. Il y a peu d'étude sur l'efficacité de ces mesures de réduction des risques liés à la consommation de cannabis. La décriminalisation du cannabis aux Pays Bas en 1976 a pour but de séparer le marché du cannabis des autres SPA illicites. Récemment, le pays a subi des pressions liées au "tourisme de la drogue" de la part de pays voisins, le gouvernement hollandais y a répondu en diminuant le nombre de coffee shops et la quantité de cannabis qui peut y être vendue. Le Portugal a décriminalisé la consommation de toute substance psychoactive illicite en 2001 (la consommation ou la possession reste illégale mais traitée comme "violation administrative") depuis cette réforme il n'a pas été observé de changement significatif dans la consommation de cannabis qui reste basse comparée aux autres pays de l'UE et aux US. Le nombre d'infractions liées à la consommation de SPA reste stable depuis les réformes (Greenwald 2009, Hughes and Stevens 2012). Des recherches sont nécessaires pour évaluer l'efficacité de ces mesures qui tendent à diminuer les dommages liés à la consommation de cannabis.

-Autres substances psychoactives : Nouveaux produits de synthèse (NPS)

L'office des nations unies contre la substance psychoactive et le crime (ONUDC) désigne sous les termes « nouvelles SPA » (NSP ou « new psychoactive substances », NPS), toute substance consommée à des fins abusives, pure ou en préparation, n'étant contrôlée ni par la convention unique des Nations Unies sur les stupéfiants de 1961, ni par la convention des Nations Unies sur les substances psychotropes de 1971 et qui peut représenter une menace pour la santé publique. Un programme de prévention sur internet a été développé afin de réduire les risques liés à l'usage d'ecstasy et de NPS. Un étude de l'efficacité de cette intervention menée en Australie a montré que ce programme réduirait l'intention de

consommer des NPS chez les étudiants et augmente leurs connaissances sur l'ecstasy et les NPS à court terme (Champion et al. 2016).

2.3. La RdRD est-elle efficace et quelles sont ses limites en matière d'alcool ?

- **Données socio-démographiques, méfaits / dommages liés à l'alcool**

L'union européenne est la région la plus consommatrice d'alcool dans le monde (Anderson and Baumberg 2006) et cette consommation est associée à de multiples problèmes sanitaires et sociaux. Dans l'UE selon une estimation, l'alcool serait responsable de 7.4% des invalidités et morts prématurées (Anderson and Baumberg 2006). L'alcool présente des risques spécifiqu es liés à sa toxicité, augmentant les risques d'un grand nombre de cancers, incluant cancer de la bouche, des intestins, de l'estomac, du foie, et du sein. La consommation d'alcool est aussi associée à des troubles psychiatriques, en effet il y a une forte association entre mésusage d' alcool et suicide, l'étude « National confidential inquiry into suicide and homicide by people wit h mental illness » menée en Angleterre a mis en évidence un mésusage d'alcool actuel ou pas sé chez 45% des patient qui se sont suicidé entre 2002 et 2011 (University of Manchester 201 5). Une consommation excessive d'alcool a également des répercutions sur l'entourage et la f amille du buveur et expose l'usager au développement d'une dépendance à l'alcool[2] (EMCDD A 2010).

- **Interventions de RDRD pour l'alcool**

La RDRD pour l'alcool est beaucoup moins développée et évaluée que celle concernant les produits illicites consommés par voie injectable. Elle concerne essentiellement les durées, les répétitions, les quantités et les circonstances de consommation d'alcool (Morel et al. 2012).

-Outils : la réglette d'alcoolémie (estimation du taux d'alcoolémie en fonction du sexe et du poids et du nombre de verres standards bus), l'éthylotest ou alcootest (évaluation de l'alcoolémie par mesure du taux d'alcool dans l'air expiré), le baclofène sont les principaux outils utilisés. Les dommages associés à la consommation d'alcool qui peuvent être traités sont de 3 types : blessures et violences, accidents de la route (conduite en état d'ivresse), dommages sociaux (Ritter and Cameron 2006). Afin de réduire les blessures et violences des études ont montré une relation entre la modification de l'environnement et les dommages liés à la consommation d'alcool (heure de fermeture, gestion des agressions et de la foule, prix, disponibilité) (Anderson et al. 2009)). Pour réduire les accidents de la route la preuve de l'efficacité des campagnes de prévention dans les médias est pauvre voir absente. Les

[2] https://www.gov.uk/government/publications/health-matters-harmful-drinking-and-alcohol-dependence

interventions visant les conducteurs arrêtés en état d'ébriété ont pour objectif de diminuer les infractions et pas nécessairement la consommation d'alcool ou les problèmes liés à l'alcool. Les programmes d'éducation ont été le pilier de la prévention des dommages liés à l'alcool mais les sanctions sembleraient plus efficaces même si cela manque de preuve. Les contrôles d'alcoolémie aléatoires sembleraient augmenter l'effet dissuasif. Selon les données des recherches internationales, les interventions efficaces inclus : les taxes sur l'alcool, la restriction de la disponibilité de l'alcool, les mesures pour réduire l'alcool au volant. Les interventions les moins efficaces sont les mesures d'éducation, les programmes de sensibilisation du publique, les programmes de conducteur désigné et plusieurs approches de réduction des risques (Babor et al. 2003, Anderson et al. 2009, EMCDDA 2010).

-Leadership, prise de conscience et engagement : Selon, l'OMS, il y a lieu de privilégier l'éducation et l'information pour de nombreuses raisons, notamment l'idée selon laquelle une population doit connaître et comprendre le problème de l'usage nocif d'alcool et des risques qu'il comporte pour la santé, même s'il ressort des bases actuelles que les programmes pédagogiques n'ont qu'un effet limité sur le phénomène. Pour être efficace, la pédagogie ne doit pas simplement se borner à fournir des informations sur les risques liés à une consommation nocive mais promouvoir aussi des interventions efficaces et mobiliser l'opinion publique et l'appui en faveur de politiques efficaces concernant l'alcool (OMS 2010).

-Actions des services de santé/interventions brèves : Les données attestant l'efficacité du repérage précoce des personnes qui font un usage dangereux et nocif de l'alcool et de la pratique qui consiste à leur donner de brefs conseils sont nombreuses et proviennent d'un large éventail d'études systématiques effectuées dans différents cadres de soins de santé de divers pays. **Les thérapies cognitivo-comportementales et les thérapies pharmacologiques** ont un effet positif dans le traitement de la dépendance à l'alcool et des problèmes apparentés. Il faut aussi envisager un **traitement intégré** en cas de comorbidité, par exemple en cas d'association avec l'hypertension, la tuberculose et le VIH/sida et tenir compte du rôle des associations d'entraide. L'impact du **dépistage suivi d'intervention brève**, en particulier dans les établissements de soins primaires, dans la réduction la consommation d'alcool dommageable, a été largement documenté comme étant efficace (Babor et al. 2003, Kaner et al. 2007), bien que l'inclusion d'interventions brèves comme une mesure de réduction des risques est contestée (EMCDDA 2010). Il s'agit le plus souvent d'un entretien en face à face, lors d'une session unique, réalisé par exemple au cabinet de médecine générale. Comme les autres stratégies d'interventions précoces elle cible l'aide à l'auto-évaluation des consommations et de ses conséquences, une information sur les risques associés à la consommation, l'aide à l'autodétermination d'objectifs par l'usager (Goutte and Morel 2010). Il s'agit d'entretiens motivationnels dont l'objectif principal est le **retour à une**

consommation modérée. Les usagers ayant bénéficié d'une intervention brève réduiraient en moyenne leur consommation d'alcool d'environ 4 unités d'alcool standard par semaine, le bénéfice se maintenant à long terme (6 mois et 12 mois) (Bertholet et al. 2005). Une méta-analyse Cochrane examinant l'effet d'entretiens motivationnels sur le mésusage d'alcool a été publiée en 2014 et a montré qu'à 4 mois ou plus, des effets modérés ont été mis en évidence quant à la quantité d'alcool consommé, la fréquence de consommation et le pic de concentration d'alcool dans le sang. Un effet marginal a été mis en évidence quand à la diminution des problèmes d'alcool. Dans cette revue Cochrane, l'hétérogénéité des résultats questionnent quant au réel impact de ces interventions sur la diminution de la consommation d'alcool (Foxcroft et al. 2014). Cependant l'analyse faite par Grant et al. indique des effets modestes mais bénéfiques et potentiellement significatifs de ces interventions, en raison de leur brièveté et de leur faible coût (Grant et al. 2015). Cette interprétation est compatible avec les autres commentaires sur les interventions brèves à base d'entretiens motivationnels et sur les interventions brèves de manière plus générale. Les auteurs encouragent donc une ouverture du dialogue sur l'importance clinique des effets des entretiens motivationnels sur l'abus d'alcool pour les jeunes adultes.

-Action communautaire : La sensibilisation dans les médias constitue un aspect important des programmes d'action communautaire dont l'utilité est avérée pour modifier les comportements de consommation des jeunes et les effets de cette consommation sur les accidents de la route et la violence (OMS 2010). Dans les pays à faible revenu, l'action communautaire a également cherché à encourager les communautés à mobiliser l'opinion publique pour agir sur les déterminants locaux d'une consommation nocive accrue d'alcool.

-Politiques et mesures de lutte contre l'alcool au volant : Il est amplement attesté qu'en fixant une limite suffisamment basse pour le taux d'alcoolémie toléré (0,02 à 0,05%) on dispose d'un moyen efficace de réduire le nombre des victimes de l'alcool au volant. Aussi bien le recours intensif aux alcotests sur une base aléatoire que la pratique des alcotests sélectifs qui consiste à arrêter des véhicules et à soumettre à un alcotest les conducteurs suspectés de dépasser la limite tolérée permettent de réduire le nombre des blessés et des tués du fait de l'alcool. Les données montrent que la fixation d'un taux d'alcoolémie plus bas pour les jeunes conducteurs ou les conducteurs inexpérimentés (y compris un taux zéro), le retrait du permis de conduire en cas de dépassement du taux d'alcoolémie autorisé, l'obligation de recevoir des conseils ou de suivre un traitement en cas d'affection liée à l'alcool et l'utilisation d'un coupe-circuit pour les récidivistes sont des mesures qui ont une certaine efficacité. Il est indispensable que la police assure une répression systématique par des alcotests aléatoires ou sélectifs suivis de sanctions efficaces, et cette répression devrait être soutenue par des campagnes de publicité et de sensibilisation durables (OMS 2010). Les

dispositifs de blocage de démarrage du véhicule connectés à un éthylomètre semblent réduire la récidive chez les sujets condamnés pour conduite en été d'alcoolisation. Cependant, le bénéfice disparait à long terme une fois que le dispositif est retiré. L'accroissement des contrôles routiers a aussi un impact positif sur le nombre d'accidents de la circulation et de blessés. Aucune évaluation de l'efficacité d'un conseil sur les risques d'alcoolisation routière en consultation de médecine générale n'a été faite. L'obligation d'avoir un éthylomètre dans tout véhicule automobile est trop récente pour être évaluée (Morel et al. 2012).

-Offre d'alcool : Les données attestent qu'il est important de disposer d'un cadre juridique pour réduire l'accès matériel à l'alcool, recouvrant les restrictions apportées au droit de vendre et de servir de l'alcool (OMS 2010). Lorsque la vente d'alcool est soumise à l'octroi d'une licence, il est possible d'effectuer des contrôles, les infractions à la loi étant susceptibles d'entraîner la révocation de la licence. L'application des lois fixant un âge minimum pour l'achat d'alcool a un effet marqué sur le nombre des victimes de l'alcool au volant et les autres méfaits de l'alcool ; la répression la plus efficace s'exerce sur le vendeur, dont l'intérêt commercial est de préserver son droit de débiter de l'alcool. La densité accrue des points de vente entraîne un accroissement de la consommation d'alcool chez les jeunes, une augmentation des actes de violence et d'autres effets nocifs. En réglementant les jours et les heures où la vente de boissons alcoolisées est autorisée, on réduit les problèmes liés à l'alcool, notamment les homicides et les agressions.

-Marketing des boissons alcoolisées : Les études longitudinales sur les jeunes fournissent un volume croissant de données concernant l'effet de différentes formes de commercialisation de l'alcool sur l'initiation à la boisson et l'adoption de types de consommation présentant davantage de risques (OMS 2010). Certains résultats restent contestés, notamment en raison de difficultés d'ordre méthodologique. Pour être efficaces, les systèmes visant à réglementer la commercialisation doivent se fonder sur des incitations suffisantes ; d'une manière générale, l'efficacité du cadre de réglementation est proportionnelle à la pression exercée par l'État et il ne peut fonctionner que si les plaintes concernant des violations doivent être soumises à un tiers. Les sanctions et la menace de sanctions sont nécessaires pour garantir le respect de la législation.

-Politiques de prix : Plus l'alcool est accessible plus la consommation augmente et avec elle les conséquences nocives, et cette constatation vaut pour les pays à revenu élevé comme pour les pays à faible revenu (OMS 2010). La modélisation montre que la fixation d'un prix minimum par gramme d'alcool permet de réduire la consommation et les effets nocifs. On estime que l'augmentation des prix et la fixation d'un prix minimum ont une influence bien plus grande sur les gros buveurs que sur les consommateurs plus modérés. Les expériences naturelles qui ont suivi l'adoption de traités économiques ont montré qu'à mesure que les

droits sur l'alcool et les prix ont été réduits pour limiter le commerce transfrontières, les ventes, la consommation d'alcool et les effets nocifs qui lui sont liés ont généralement augmenté.

-Réduction des conséquences néfastes de la consommation d'alcool et de l'intoxication alcoolique : Les interventions dans les lieux de consommation peuvent comprendre la mise à disposition de verres renforcés, la formation des serveurs à la préparation de l'ivresse et des violences dans les lieux de consommation, l'accompagnement à domicile de personnes en état d'ébriété. Des études complémentaires paraissent nécessaires pour témoigner de leur efficacité. Leur effet dans le temps s'estompe par ailleurs rapidement une fois l'encadrement de l'intervention levée. Des interventions ciblées auprès d'usagers problématiques d'alcool pour prévenir les violences, accidents de la voie publique et suicides semblent également efficaces mais des études plus vastes seraient nécessaires pour confirmer ces résultats (Morel et al. 2012). Des études observationnelles indiquent que l'environnement peut avoir un impact sur les risques de violences et de blessures. Les initiatives ciblant l'environnement de consommation d'alcool ont été mises en place notamment à travers : la formation des serveurs, sensibilisation des établissements titulaires d'une licence de vente de boissons alcoolisées et l'utilisation de verre en plastique. Une revue systématique récente a conclu qu'il n'y avait pas de preuve fiable que ces interventions soient efficaces pour prévenir les blessures (Ker and Chinnock 2008). Plusieurs pays européens dont l'Espagne, le Royaume-Uni, l'Irlande et les Pays-Bas ont développé des programmes nationaux de responsabilisation de la vente d'alcool dans les établissements licenciés (« national responsible beverage service »)[3]. La responsabilisation de la vente d'alcool est une caractéristique clé de nombreux programmes multi-composantes, avec comme objectif de réduire les ventes aux mineurs, ne pas servir trop d'alcool et diminuer la violence autour des établissements qui vendent de l'alcool. Ces interventions impliquent en général la formation du personnel et l'application stricte des lois existantes sur l'alcool. Les résultats de ces interventions ont été mitigés.

-Femmes enceintes : Les interventions psychologiques et éducatives augmenteraient l'abstinence pour l'alcool et/ou une réduction de sa consommation chez les femmes enceintes. Il reste difficile de préciser les interventions les plus efficaces et des études complémentaires apparaissent nécessaires (Morel et al. 2012).

-Programmes multi-composantes : Les programmes "multi-composantes" impliquent l'identification d'un problème lié à l'alcool au niveau local et la mise en place d'un programme de projets coordonnés afin de résoudre ce problème. L'identification, la coordination, la mobilisation des structures locales, des différents acteurs et de la communauté, sont des éléments clés (Thom and Bayley 2007). De plus, l'évaluation fait partie intégrante des

[3] http://www.nationalbartenders.com/coursetips.asp

programmes à multi-composantes ; à la fois les programmes globaux et les projets individuels qui doivent avoir des objectifs définis et des mesures d'efficacité. Un autre élément clé est que les projets et le programme dans son ensemble devrait avoir un cadre stratégique soutenu par une base théorique. Alors que les objectifs spécifiques des programmes multi-composantes varient, la plupart visent à influencer les systèmes communautaires et changer les normes, et la plupart visent à mobiliser les communautés locales dans le but d'assurer des changements durables à long terme. Par exemple le programme STAD (Stockholm prevents Alcohol and Drug problems), un programme communautaire multi-composantes en Suède qui a eu lieu de 1996 à 2006 inclut la formation de responsables de service de boissons, la mobilisation communautaire et l'application stricte des lois sur l'alcool (Wallin et al. 2003, Mansdotter et al. 2007). Les preuves suggèrent que les programmes multi-composantes auraient de plus grande chance de succès que les programmes autonomes (Thom and Bayley 2007).

-Prise en charge de la dépendance à l'alcool (changement de paradigme) : De multiples études épidémiologiques montrent que chez les patients présentant un usage problématique d'alcool et débutant une prise en charge, l'objectif d'une consommation contrôlée peut-être atteint et se maintenir dans le temps, voire évoluer à terme vers une abstinence (Marlatt and Witkiewitz 2002). Cependant, le retour à un usage problématique d'alcool est plus fréquent chez ces sujets que chez ceux devenus abstinents au cours de la prise en charge initiale. Les médicaments ayant une autorisation de mise sur le marché en France dans le traitement de l'usage problématique d'alcool (acamprosate, naltrexone, disulframe) ont pour indication l'aide au maintien de l'abstinence (Morel et al. 2012).

L'objectif thérapeutique est le résultat d'une décision prise conjointement entre le médecin et le patient. Pour le sevrage d'alcool, les benzodiazépines (BZD) sont recommandées en première ligne. Un sevrage dans un établissement de santé est plus approprié pour les patients avec des antécédents de convulsions, de délirium tremens, comorbidité psychiatrique non-stabilisée ou avec une autre addiction associée. Le dosage de la thiamine (vitamine B1) pendant le sevrage doit être adapté au statut nutritionnel. Pour prévenir les rechutes, l'acamprosate et la naltrexone sont recommandés en première ligne. Le disulframe peut être proposé en deuxième intention chez des patients suffisamment informés et supervisés. Pour **réduire la consommation** d'alcool, le nalméfène est indiqué en première intention. Disponible depuis septembre 2013, son indication est la réduction de la consommation d'alcool chez les patients adultes ayant une dépendance à l'alcool avec une consommation à risque élevé, ne présentant pas de symptômes physiques de sevrage et ne nécessitant pas un sevrage immédiat.

La prescription de baclofène (jusqu'à 300mg/jour) en seconde intention pour prévenir la rechute ou réduire la consommation doit être évaluée suite à la recommandation temporaire

d'utilisation. Le baclofène a montré des résultats prometteurs en tant qu'agent anti-craving, mais son efficacité reste à confirmer (Rolland 2016). Les CSAPA sont nombreux à le prescrire, à des seuils différents, avec ou sans protocole formalisé. Ce médicament n'apparaît pas pour tous comme un outil de réduction des risques. Il permet d'accéder à une gestion de la consommation, et propose une alternative. Sa particularité tient à la responsabilisation et au renouvellement de la place de la personne accueillie dans le suivi. En effet, les pratiques de prescription existantes ont montré que le délai et la posologie varient beaucoup d'une personne à l'autre, l'atteinte d'une réponse thérapeutique paraît moins déterminée par des critères fixes et évaluables (âge, sexe, caractéristiques physiques ou somatiques) que l'expertise de l'usager et son vécu du traitement. Ils sont le principal guide d'une posologie progressive, qui augmente au fil du temps jusqu'à obtention d'une réponse que seul l'usager est à même d'évaluer. Entre connaissances et responsabilité médicales, et expérience individuelle des effets désirables et indésirables du médicament, la prescription et le suivi du traitement par baclofène suppose une alliance thérapeutique à égalité entre médecin et patient (Fédération Addiction 2015).

2.4. La RDRD est-elle efficace et quelles sont ses limites en matière de tabac ?

- **Données épidémiologiques de consommation de tabac**

La proportion de consommateurs de tabac a augmenté entre 2005 et 2010 parmi la population française âgée de 18 à 75 ans, ce qui constitue la première hausse marquée depuis la loi Évin en 1991. Cette évolution semble surtout liée à l'accroissement de l'usage chez les femmes (Reynaud 2013). En effet, alors qu'elle était en baisse depuis plus de 20 ans, la proportion des fumeurs quotidiens apparaît en augmentation (elle est passée de 27% à 29% entre 2005 et 2010), en particulier chez les femmes de 45 à 65 ans. Les résultats restent cependant contrastés car la proportion des fumeurs de plus de dix cigarettes par jour est en baisse. L'interdiction de fumer dans les lieux fermés à usage collectif, et notamment sur les lieux de travail (en 2007), a ainsi pu contribuer à la diminution du nombre de cigarettes fumées quotidiennement par les fumeurs. Par ailleurs, la prise de conscience des risques du tabagisme passif consécutive à cette loi pourrait être responsable de la diminution de la part de fumeurs déclarant fumer à l'intérieur de leur domicile, en particulier en présence d'enfants (en 2010, 48% des fumeurs déclarent qu'ils ne fument jamais ou rarement à leur domicile, contre 41% en 2005). D'autre part, l'initiation au tabagisme semble de plus en plus tardive depuis les années 2000, ce qui est observé également dans les enquêtes menées récemment auprès des adolescents. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette évolution : hausses de prix successives depuis 2007, interdiction de vente de tabac aux moins de 16 ans en 2004, puis à

l'ensemble des mineurs depuis 2009, campagnes médiatiques, actions locales... Comme lors des enquêtes précédentes, le tabagisme apparaît associé à un niveau socio-économique moins élevé et cette différenciation sociale tend à s'accentuer par rapport à 2000 et 2005. En outre, alors que la propension des individus à essayer d'arrêter de fumer se révèle relativement homogène selon le niveau socio-économique, la réussite du sevrage tabagique apparaît très différenciée (elle augmente lorsque celui-ci croît). Il ressort de cette étude que le souci de préserver sa santé semble être un facteur de réussite du sevrage, contrairement à l'influence du prix du tabac qui agit plutôt comme un « déclencheur » de l'envie d'arrêter, sans que celle-ci soit forcément couronnée de succès, selon les déclarations des répondants (INPES 2012).

- **Dommages liés au tabac**

La nicotine est le composant principalement responsable de l'effet psychoactif et addictogène du tabac. Lors de la combustion du tabac se dégagent des milliers d'autres substances particulièrement nocives pour l'organisme (goudrons, monoxyde de carbone…).

Effets et méfaits du tabac fumé : Les effets du tabac sont globalement stimulants (maintien de l'éveil, diminution de l'anxiété et de l'appétit). Les méfaits les plus graves sont induits par l'inhalation des toxiques produits par la combustion :

-cancers (poumon, voies aéro-digestives supérieures, vessie, pancréas)

-effets cardiovasculaires par l'augmentation de la pression artérielle, l'accélération du rythme cardiaque, la détérioration des artères

-effets respiratoires par l'atteinte des capacités pulmonaires, risque de bronchite chronique

-effets digestifs avec augmentation de la sécrétion acide dans l'estomac

-limitation de l'apport d'oxygène au cerveau et aux muscles provoquant des maux de tête, vertiges et une diminution de la résistance à l'exercice

-troubles de la fonction érectile

-risque de dépendance fort notamment à cause de la nicotine (évaluation grâce au test de Fagerstrom : auto-évaluation de la dépendance à la nicotine, plus score élevé plus la dépendance est forte) (Morel et al. 2012).

Environ 70 000 décès par an, soit plus d'un décès sur neuf, peuvent être attribués au tabagisme, essentiellement du fait de cancers des bronches et des poumons, des cancers des voies aérodigestives supérieures, des maladies cardio-vasculaires et des maladies respiratoires. Cette mortalité touche encore principalement des hommes, mais la mortalité des femmes progresse (synthèse Inserm 2013). Le tabac est le produit psychoactif provoquant les conséquences sanitaires les plus importantes sur le plan collectif. Le tabac est impliqué dans la survenue de 6 des 8 principales causes de mort dans le monde selon l'OMS mais le tabac

est aussi responsable comme facteur causal principal ou comme facteur de risque de nombreuses maladies. Une vingtaine de guide des maladies de longue durée de la haute autorité de santé (HAS) place le traitement du tabac comme un traitement essentiel de ces maladies (Reynaud 2013).

- **Politiques de RDRD**

Après le dogme voulant que tout fumeur dépendant n'ait d'autre solution que l'arrêt total et définitif du tabac, les avis ont progressivement évolués quant à la réduction des risques pour le tabac. Un essai mené aux Etats Unis en 1993 « lung health study » (Lagrue 2006) chez des patients bronchitiques chroniques emphysémateux a permis de constater que les personnes qui n'avaient pas atteint l'objectif de sevrage mais qui avaient réduit leur consommation de cigarettes en utilisant les substituts nicotiniques étaient dans un état clinique nettement meilleur (Gross 1994).

Les principes sur lesquels reposent les mesures de RDRD pour le tabac sont :

- La fumée augmente le nombre de dommages liés à l'usage de tabac. La durée de tabagisme est plus importante que la dose et trouver le plus tôt possible une alternative à la voie fumée est donc le moyen le plus efficace pour diminuer les risques
- La nicotine est responsable de l'effet addictogène (avec d'autres composants), l'utilisation de substituts nicotiniques permet donc de limiter les symptômes de sevrage
- La RDRD pour le tabac revient à arrêter de consommer ou lorsque cela n'est pas possible consommer du tabac sans combustion ou simplement de la nicotine.

La diminution du nombre de cigarettes consommées a un effet limité sur la réduction des dommages. En effet le fumeur va faire évoluer sa manière de fumer afin d'obtenir la quantité de nicotine dont il a besoin (plus fortes bouffées en laps de temps plus court) et ce changement de comportement s'avère plus néfaste pour l'organisme. La diminution de la consommation peut cependant devenir source de motivation pour arrêter chez les personnes dépendantes qui ne sont pas prêtes à arrêter brutalement (Morel et al. 2012).

Interventions pour réduire les risques chez les non fumeurs : Interdiction dans les lieux publics

Les non-fumeurs qui sont exposés à la fumée du tabac ont un risque augmenté de développer de nombreuses maladies qui affectent normalement les fumeurs[4] (CDC 2006). Un des domaines de réduction des risques du tabac pour lequel les preuves sont suffisantes et pour

[4] http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/

lequel il y a une entente des experts est le fait que l'interdiction de fumer dans les endroits clos réduit l'exposition aux effets dommageables de la fumée de tabac. Les recherches ont montré que l'interdiction de fumer dans les lieux publiques a été efficace pour réduire l'exposition des non-fumeurs à la fumée de tabac (Hopkins et al. 2001). Ces politiques ont également entrainé une amélioration de la santé des populations (EMCDDA 2010).

Interventions qui visent à réduire les dommages chez les fumeurs (e-cigarette Kalkhoran 2016, tabac à priser, produits à base de nicotine…)

Une mesure de réduction des risques du tabac est la **modification du contenu des cigarettes**. Les industriels du tabac ont commencé à développer des cigarettes modifiées dans les années 50' (Stratton et al. 2001). Une modification du filtre afin de diluer la fumée inspirée a été très populaire chez les fumeurs, cependant cela ne diminuait pas les risques sanitaires car cela entrainait un changement dans la façon de fumer. La "World Health Organization's Study Group of Tobacco Product Regulation (TobReg)" a préconisé de fixer des taux maximum autorisés pour les composants toxiques clés des cigarettes (Burns et al. 2008) et les industriels ont développé du tabac avec de faibles taux de nitrosamines et des filtres en carbone, qui sont sensés exposer les fumeurs à moins de toxines que les cigarettes classiques (Hatsukami et al. 2004, Rees et al. 2008). Un problème principal de cette approche est que la réduction d'une toxine est souvent liée à l'augmentation d'autres substances toxiques (King et al. 2007). Etant donné que la fumée de tabac contient plus de 4000 composés chimiques, il est difficile d'obtenir une réduction significative de toutes celles potentiellement dangereuses (Stratton et al. 2001). De plus il n'y a pas de preuve que réduire ou enlever les substances toxiques connues des cigarettes produirait une réduction observable des cancers du poumon imputables au tabac (Pankow et al. 2007, EMCDDA 2010).

Les substituts nicotiniques sont disponibles en pharmacie sous diverses formes : gommes, patchs, inhaleurs et sprays, depuis plusieurs années. Ces produits sont généralement sains (sauf peut être durant la grossesse), modestement efficaces mais rentables pour aider les fumeurs à arrêter (Bertram et al. 2007, Stead et al. 2008), ou potentiellement une alternative à long terme à la consommation de cigarettes (Warner et al. 1997). Ils ont un risque minimal d'abus en raison de leur design mais pourraient avoir des risques résiduels, telle qu'une augmentation du risque de maladie cardiovasculaire résultant d'un apport chronique en nicotine, et des effets secondaires sur la santé du fœtus lors d'un usage pendant la grossesse mais ces effets sont faibles comparés à ceux de la cigarette (Benowitz and Jacob 2000). Le désavantage majeur est que comme les autres outils d'aide à l'arrêt du tabac (bupropion, varénicline), un certain nombre de fumeurs qui les utilisent ne réussissent pas à arrêter

(Shiffman et al. 2002), et ils n'ont pas été considéré par les fumeurs comme une alternative à la consommation de cigarettes malgré leur grande disponibilité dans de nombreux pays développés. Cela peut être dû au fait que ces produits ont été conçus pour aider à l'arrêt avec pour but de minimiser leur abus en ne délivrant une plus faible dose de nicotine à une vitesse plus faible que les cigarettes (EMCDDA 2010).

La cigarette électronique peut être une autre alternative. C'est un dispositif électronique qui diffuse de la nicotine avec des aromates mais sans produits de brulage, son utilisation nécessite les mêmes gestes que ceux du fumeur de cigarette et dégage du propylène glycol. Les fabricants ne l'ont pas commercialisé en tant que produit d'aide à l'arrêt du tabac et cela a été à l'origine de barrières dans plusieurs pays (comme l'Australie et la Nouvelle Zélande) (New Zealand Public Health Directorate 2006, National Drugs and Poisons Scheduling Committee 2009). Quelques pays membres de l'UE ont défini la cigarette électronique comme un dispositif médical nécessitant l'obtention d'une autorisation de vente (Danemark, Autriche) (EMCDDA 2010). Une évaluation de la sureté d'une marque de cigarette électronique financée par les fabricants suggère que ce produit serait relativement sûr (Laugesen 2010). La cigarette électronique ne diminue pas les risques de dépendance mais aurait peu d'effets toxiques même si nous manquons encore de données (Morel et al. 2012). Les fumeurs utilisent de plus en plus la cigarette électronique pour diverses raisons dont la tentative d'arrêt de la cigarette et l'usage de nicotine dans les lieux où il est interdit de fumer. Une méta-analyse a évalué l'association entre l'usage de la cigarette électronique et les arrêts de consommation de cigarette chez les fumeurs, indépendamment de leur motivation à utiliser la cigarette électronique. Les résultats montrent que les chances d'arrêter de fumer étaient 28% plus faibles chez ceux qui utilisaient la cigarette électronique par rapport à ceux ne l'utilisant pas (Kalkhoran and Glantz 2016). Cette association entre usage de la cigarette électronique et l'arrêt du tabac ne différait pas dans les études menées chez tous les fumeurs utilisant la cigarette électronique (indépendamment de leur volonté d'arrêter de fumer) ou seulement chez les fumeurs souhaitant arrêter le tabac. Cette étude a conclu que dans son usage actuel, la cigarette électronique est associée à moins d'arrêt chez les fumeurs.

Dans son dernier rapport le Haut Conseil de la Santé Publique conclut que la cigarette électronique[5] :

- peut être considérée comme une aide pour arrêter ou réduire la consommation de tabac des fumeurs ;
- pourrait constituer une porte d'entrée dans le tabagisme ;

[5] http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=541

- induit un risque de renormalisation de la consommation de tabac compte tenu de l'image positive véhiculée par son marketing et sa visibilité dans les espaces publics.

Le HCSP recommande :

-d'informer, sans en faire publicité, les professionnels de santé et les fumeurs que la cigarette électronique est une aide à l'arrêt du tabac ; et un mode de réduction des risques du tabac en usage exclusif.

-de maintenir les modalités d'interdictions de vente et de publicité prévues par la loi et d'étendre l'interdiction d'utilisation à tous les lieux affectés à un usage collectif.

Le HCSP invite :

-au **renforcement du dispositif observationnel** du tabagisme, à la réalisation d'études épidémiologiques et cliniques robustes sur la cigarette électronique, ainsi qu'au lancement de recherches en sciences humaines et sociales sur cette question ;

-à clarifier le statut de la cigarette électronique et des flacons de recharge ;

-à poursuivre les efforts de **labellisations et de marquages** pour informer les consommateurs et assurer leur sécurité ;

-à **engager une réflexion sur la création d'une cigarette électronique « médicalisée »**.

Le tabac à chiquer ou à priser diminue les risques mais pas celui de dépendance. En effet les produits de tabac sans fumée ("smokeless tobacco" products) n'entrainent pas de combustion ni vaporisation et donc pas de risque de développer des maladies respiratoires. Ces produits incluent le tabac à mâcher, à priser et des nouveaux produits tels que les pastilles de tabac comprimé, des gommes à mâcher de tabac et des bandelettes de tabac solubles (Hatsukami et al. 2004, Stepanov et al. 2006). La plupart des interventions ont concentré leur attention sur une forme de tabac à mâcher suédois connu sous le nom de "snus". Il contient des taux plus faibles de nitrosamines que celui commercialisé aux Etats Unis et ailleurs (Hoffmann et al. 1995, Osterdahl et al. 2004). L'augmentation de la consommation de snus parmi les hommes suédois a été accompagné par une diminution de la consommation de cigarette et de la mortalité associée au tabac (Foulds et al. 2003, Ramstrom 2003). Il n'y a cependant pas de consensus sur son innocuité et à part en Suède et Norvège sa vente est interdite dans l'Union Européenne (EMCDDA 2010).

Prise en charge de la dépendance au tabac

Les **substituts nicotiniques**, le **bupropion** et la **varénicline** sont approuvés en tant que traitements de première intention dans la dépendance à la nicotine. La **clonidine** et la **nortriptyline** sont recommandées en seconde intention par la "Agency for Healthcare Research and Quality". Des données récentes suggèrent que la varénicline serait plus efficace

que le bupropion pour traiter la dépendance a la nicotine. Malgré tout, la majorité des fumeurs ne réussissent pas à rester abstinents à long terme avec l'aide des traitements actuellement recommandés. Les recherches de nouveaux traitements pour la dépendance à la nicotine restent donc une priorité. Des études sur des molécules qui miment ou atténuent les effets neurobiologiques de la nicotine ou réduisent les symptômes de sevrage sont en cours. Les données actuellement disponibles sont limitées ou contradictoires, cependant il y aurait des preuves d'efficacité de la sélégiline, de la fluoxétine, de la naltrexone et de la mécamylamine chez certains sous-groupes de fumeurs (Schnoll and Lerman 2006).
Le traitement de l'addiction au tabac n'est pas pris en charge à l'heure actuelle par l'assurance maladie, alors que c'est l'addiction qui porte le plus de dommage à la santé des français et à l'économie du pays. La HAS a recommandé dans son rapport de 2006 le remboursement des traitements de la dépendance tabagique (HAS 2006). La Cour des Comptes et un rapport parlementaire 2013 recommandent ce remboursement. Cette mesure allègera le budget de l'état de 23 millions d'euro et bénéficiera à l'assurance maladie (Reynaud 2013).

Le **rôle du médecin généraliste** dans la prise en charge du sevrage tabagique pourrait être renforcé. En effet, plus d'un tiers des fumeurs souhaitant arrêter de fumer envisagent de le faire avec l'aide d'un médecin (37%). La deuxième vague de la cohorte International Tobacco Control (ITC) réalisée en 2008 montrait que dans ce domaine, la France se situait dans le bas du classement des 23 pays avec seulement 28% des fumeurs qui avaient reçu des conseils de leur médecin pour cesser de fumer, au cours d'une visite de routine (INPES 2012).

Le tabac et la grossesse

Parmi les femmes enceintes, selon le Baromètre santé INPES 2010, 24% déclarent fumer quotidiennement et 3% occasionnellement (INPES 2012). Cette proportion est significativement inférieure à celle des femmes qui ne sont pas enceintes, qui comptent 37% de fumeuses quotidiennes et 6% de fumeuses occasionnelles. La France est le pays d'Europe présentant la plus forte prévalence tabagique des femmes enceintes, la plupart des pays affichant des prévalences entre 10 et 15%. Des risques de retard de croissance et de surmortalité au 3ème trimestre peuvent être attribués au tabagisme pour 11%. Le tabac est aussi incriminé dans les causes de mort subite du nourrisson (Reynaud 2013).

Le marketing des industriels du tabac

Depuis quelques décennies et afin de s'adapter aux restrictions publicitaires qui naissent dans différents pays, les industriels du tabac utilisent des supports publicitaires discrets mais efficaces pour toucher les jeunes, attirer des cibles spécifiques (jeunes, femmes). Des

produits du tabac aromatisés à la vanille, fraise, banane, menthe, caramel, rose, etc. et au goût sucré ont été lancés par les industriels pour attirer les jeunes vers la tabagie. Ces tendances incitent les cigarettiers à pénétrer massivement ces nouveaux médias pour détourner les interdictions de publicité, 107 applications téléchargeables sur l'App Store et l'Androïd Market faisant la promotion des produits du tabac. De plus malgré l'interdiction, on constate une forte présence du tabac dans les films. Des études ont également souligné que la publicité sur le lieu de vente des marques de tabac encourage les jeunes à commencer à fumer, banalise et normalise les produits du tabac, dissuade l'arrêt du tabac chez les fumeurs, incite à la reprise chez les ex-fumeurs et encourage les achats d'impulsion. L'industrie du tabac a recours à des stratégies sophistiquées de relations publiques pour améliorer son image et influer sur les lois (Reynaud 2013).

Conclusions

La stratégie la plus prometteuse pour réduire les risques liés au tabac est d'encourager les fumeurs qui ne peuvent ou ne veulent pas arrêter d'opter pour des produits nicotiniques pharmaceutiques ou des produits du tabac sans combustion et à faible taux de nitrosamines. Cette politique est appuyée par les études épidémiologiques menées en Suède. Toutefois, cela reste une politique controversée car du point de vue de certains en ce qui concerne le contrôle du tabac, l'objectif doit être l'élimination de tout usage de nicotine (EMCDDA 2010).

2.5. La RdRD est-elle efficace et quelles sont ses limites en matière d'addiction sans produit (jeux, TCA, etc…) ?

De plus en plus la communauté scientifique considère et traite les troubles du comportement liés aux jeux d'argent (Hautefeuille 2015), médias électroniques, aux achats, à l'alimentation ou encore à la sexualité comme des conduites addictives. Les troubles liés aux jeux d'argent sont ceux qui ont été les mieux étudiés. La prévalence sur la vie est de 1 à 3% (Stucki and Rihs-Middel 2007), la mortalité est inférieure à celle liée aux SPA illicites et à l'alcool mais les répercussions financières notamment touchent 5 à 17 personnes de l'entourage du joueur (Morel et al. 2012). Dans les structures spécialisées, les demandes d'aide pour une addiction au jeu sont de plus en plus fréquentes mais pourtant d'après deux études épidémiologiques menées en Suisse, seulement 1 à 2% des joueurs pathologiques d'un échantillon de la population générale auraient consulté (Morel et al. 2012).

Les cibles de RDRD dans le domaine des addictions comportementales vont être :

- les troubles psychiatriques associés (avec un accent sur la suicidalité). Une étude canadienne portant sur un échantillon de 102 autopsies psychologiques, a montré que 5% des

personnes décédées par suicide présentaient un diagnostic de jeu pathologique. En France, l'étude menée par l'Assurance maladie apporte des données qui vont dans le même sens (Benoit and Facy 2010).

- l'addiction (développement ou amplification)
- les risques financiers,
- les conséquences relatives à l'environnement familial et professionnel
- les conséquences pénales
- les risques liés à un accès tardif aux soins

Différents niveaux d'interventions sont possibles dans le cadre de la prévention des problèmes liés au jeu : **réduire l'accessibilité du produit**, mise en place de politiques publiques de **régulation du marché et apprentissage sociétal** (dénormalisation), mise en contact de la personne avec les ressources lui permettant d'agir au niveau individuel. Les mesures de prévention primaire ou secondaire du jeu excessif peuvent être regroupées en 5 catégories : **interventions auprès des joueurs, paramétrage des jeux électroniques, restriction de l'accès à de l'argent liquide, restriction de la publicité et modification de l'environnement de jeu.**

Interventions auprès des joueurs à risque : des programmes de formation des employés de casino et des dépositaires de loteries électroniques (sensibilisation aux comportements de jeu problématique), des messages de prévention pendant les sessions de jeu incitant à se fixer des limites, des flyers et brochures présentant des informations sur les comportements de jeu problématiques et mentionnant les structures d'aide (visibilité et disponibilité souvent inappropriées) ont été mis en place (Morel et al. 2012). Une étude a évalué la faisabilité et l'efficacité de deux approches pour prévenir les troubles liés au jeu : une intervention motivationnelle utilisant le feedback et une thérapie cognitivo-comportementale. Après 6 mois les deux interventions ont entrainé une diminution des conséquences préjudiciables liées au jeu et du nombre de critères du DSM-IV pour le jeu pathologique par rapport au groupe contrôle. L'intervention de feedback a également entrainé une diminution de la fréquence de jeu. La thérapie cognitivo-comportementale était associée à une diminution de l'illusion de contrôle chez les joueurs tandis que l'intervention de feedback est associé a une diminution de la fréquence de jeu perçue comme normale (Larimer et al. 2012).

Bien que la plupart des joueurs se fixent une limite de dépense lorsqu'ils jouent, beaucoup dépassent cette limite. L'efficacité de deux interventions d'éducation au jeu responsable a été évaluée dans une étude menée auprès de joueurs de machines électroniques : un message d'éducation expliquant le fonctionnement du jeu électronique, un message de rappel lorsque la limite de dépense fixée par le joueur est atteinte. Les joueurs ayant visionné le message d'éducation n'ont pas dépassé la limite qu'ils s'étaient fixé. Parmi ceux qui ont eux le message

de rappel, il n'a pas été mise en évidence de différence entre ceux qui avaient eu le message d'éducation au préalable et ceux qui ne l'avaient pas eu. Cette étude suggère donc qu'il n'y a pas d'effet cumulatif des interventions de responsabilisation des joueurs. Cependant un message apparaissant pour rappeler que la dépense d'argent prévue par le joueur est atteinte serait préférable à la diffusion de message d'éducation plus long (Wohl et al. 2013). Une étude contrôlée a comparé deux types de traitement pour le jeu pathologique, une thérapie cognitivo-comportementale en groupe et un programme en 12 étapes. Les effets des traitements ont été mesurés par le nombre de critères pour le jeu pathologique du DSM-IV, la perception de contrôle, l'envie de jouer et la fréquence des épisodes de jeu. Des améliorations significatives ont été observées dans les deux groupes traités vs le groupe contrôle, et il n'a pas été mis en évidence de différence entre les deux types d'interventions. Ces résultats sont en accord avec les recherches précédentes et confirment l'utilité de ces thérapies dans la prise en charge du jeu pathologique. D'autres études ont suggéré que le topiramate pourrait être efficace dans le traitement de certains troubles impulsifs. Un essai contrôlé en double aveugle a été mené chez des joueurs pathologiques mais il n'a pas été mis en évidence de différence entre les deux groupes mais une diminution de l'impulsivité a été observée dans le groupe traité. Des recherches supplémentaires sont nécessaires afin de déterminer si le topiramate peut entrainer une diminution cliniquement observable de l'impulsivité chez les joueurs pathologiques (Berlin et al. 2013). Malgré l'existence de traitements efficaces, peu de joueurs pathologiques se dirigent spontanément vers ces interventions formelles. Des interventions fournissant des informations et de l'aide et vers lesquelles les joueurs se dirigeraient eux mêmes sont en cours d'évaluation. Ces nouvelles thérapies peuvent par exemple prendre la forme d'une intervention gratuite disponible sur internet (Hodgins et al. 2013).

Paramétrage des offres de jeux électroniques : ralentir leur vitesse, faciliter l'orientation et la perception temporelle via des repères concrets, limiter les montants des mises et des gains, retrait différé du bénéfice suite à un gain important peuvent diminuer les éventuelles pertes de contrôle consécutives à l'enthousiasme suscité par ce gain (Blaszczynski 2009).

Modification des paramètres d'ambiance des lieux de jeux : par exemple bonne visibilité par le personnel et les autres clients favorise la pression sociale et l'intervention de tiers lors de la perte de contrôle de l'activité de jeu (Morel et al. 2012).

En matière de jeux d'argent les politiques publiques poursuivent d'abord des objectifs d'ordre public et économique, justifiant les monopoles d'Etat (loterie et paris) et le régime d'octroi de licences (casinos). Certaines législations cependant comportent de dispositions pour réduire l'incidence du jeu problématique, elles ciblent la disponibilité de l'offre, certaines catégories de

joueurs, la possibilité de fumer du tabac ou consommer de l'alcool pendant les sessions de jeu.

Une étude a examiné les données probantes concernant les meilleures politiques pour fournir un guide de recommandations international de réduction des risques liés au jeu pathologique. Un grand nombre des politiques publiques mises en place pour les SPA peuvent être adaptées aux conséquences préjudiciables liées au jeu. Un âge légal minimal de 18 ans, les licences pour les lieux de jeux, des stratégies de protection des usagers, et des interventions brèves devraient être disponibles pour les personnes à risque de développer des problèmes de jeu. Cependant les résultats sont mitigés concernant l'efficacité de la limitation des heures d'ouverture des établissements de jeu et de l'augmentation des taxes

Les revues de la littérature soulignent finalement le caractère lacunaire ou absent des publications relatives à l'évaluation de la prévention du jeu excessif. De plus, aucun dispositif modérateur n'a été défini dans une perspective de réduction des risques pour les personnes présentant un jeu pathologique avéré. Les mesures de réduction des risques s'adressant à d'autres addictions comportementales que les jeux d'argent demeurent quant à elles anecdotiques (Morel et al. 2012).

2.6. La RdRD est-elle efficace et quelles en sont les limites en matière d'addiction aux médicaments psychotropes et de polyconsommations ?

Sous le terme de médicaments psychotropes sont désignés les **médicaments qui agissent sur l'état du système nerveux central en modifiant certains processus cérébraux**. Il s'agit globalement de médicaments utilisés dans le traitement de troubles mentaux ou dans le cadre du traitement de la douleur.

L'Office Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT) rappelle la classification des différents médicaments psychotropes (OFDT 2015c) :

- les anxiolytiques : ils diminuent l'angoisse et les manifestations de l'anxiété (insomnie, tension musculaire...). Les plus prescrits, notamment pour une durée longue, appartiennent à la famille des benzodiazépines, qui entraînent très rapidement une dépendance physique et induisent une tolérance.
- les hypnotiques : ils sont destinés à provoquer et/ou maintenir le sommeil. De ce fait, ils peuvent diminuer la vigilance. Beaucoup sont des benzodiazépines ;
- les antidépresseurs : destinés à traiter les dépressions, ils donnent rarement lieu à un usage addictif ;
- les antipsychotiques (neuroleptiques), principalement prescrits dans les psychoses (schizophrénie par exemple) ;

- les régulateurs de l'humeur (lithium notamment) ;
- les psychostimulants : méthylphénidate (Ritaline®) et modafinil (Modiodal®).
- les analgésiques opiacés
- les médicaments de substitution aux opiacés (buprénorphine haut dosage, méthadone)

En 2012, la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT, aujourd'hui MILDECA) sollicitait l'INSERM pour la réalisation d'une expertise sur la consommation de médicaments psychotropes (Expertise collective Inserm 2012), les mésusages et les pharmacodépendances associés afin de bénéficier d'un éclairage scientifique sur ces phénomènes assortis de recommandations utiles à l'amélioration des dispositifs de prévention et de soins existants en France. L'expertise INSERM indiquait que la consommation de médicaments psychotropes en France était parmi les plus élevées en comparaison des autres pays européens. Par ailleurs, près d'un quart des assurés du régime général d'Assurance maladie avait bénéficié du remboursement d'au moins un médicament psychotrope en 2000.

Selon le baromètre Santé 2010 (INPES 2012), en France, en population générale, 18% des 18-75 ans déclaraient avoir pris au moins un médicament psychotrope au cours des 12 derniers mois (10% avaient consommé un anxiolytique au cours de l'année, 6% un hypnotique, 6% un antidépresseur, 0,7% un régulateur de l'humeur et 0,9% un neuroleptique), en hausse de 3 points par rapport à 2005. L'usage était nettement plus important chez les femmes (23% contre 13% chez les hommes) et augmentait fortement avec l'âge chez ces dernières, progressant de 11% dans la classe d'âge 18-25 ans à 33% dans celle des 64-74 ans pour régresser ensuite. Chez les hommes, il atteignait un pic à 18% chez les 45-54 ans, pour stagner ensuite aux alentours de 14%.

En 2012, environ 11,5 millions de Français avaient consommé au moins une fois une benzodiazépine. Ils avaient en moyenne 56 ans et 64,2% étaient des femmes. L'alprazolam (Xanax®) était la benzodiazépine la plus consommée.

Parmi les jeunes scolarisés de 16 ans, en 2011, 19% déclaraient avoir déjà pris des tranquillisants ou des somnifères, les filles plus souvent que les garçons (23% contre 14%). Autant de jeunes (environ 1 sur 10) déclarent avoir pris ces médicaments sur ordonnance que sans ordonnance. À 16 ans, 7% des jeunes Français avaient expérimenté la prise concomitante de médicaments et d'alcool « pour planer ou se défoncer ». Il lest à noter que chez les 17 ans, la dernière prise de médicaments psychotropes (anxiolytiques, hypnotiques ou antidépresseurs, tous délivrés sur prescription médicale) ne se faisait à l'initiative d'un médecin que dans 54% des cas. Pour 27%, c'est l'un des parents qui proposait le médicament, alors que 11% l'avaient pris de leur propre initiative.

Dans la population d'usagers de drogues, la prévalence des consommations de médicaments psychotropes (hors traitement de substitution aux opiacés) était de près de 30% en 2010.
Dans cette population, le mésusage de ces médicaments est plus souvent le fait des hommes et des plus jeunes. Il est également lié au fait de souffrir de pathologies psychiatriques (qui favorisent la rencontre avec les médicaments psychotropes prescrits mais aussi la recherche de soulagement), au fait de vivre dans des conditions de grande précarité (usage pour oublier des conditions de vie difficiles ou obtenir une levée d'inhibition pour réussir à mendier, voler…) et d'être davantage polyusager (dans ce cadre, les médicaments peuvent être utilisés pour moduler ou corriger les effets d'autres substances).

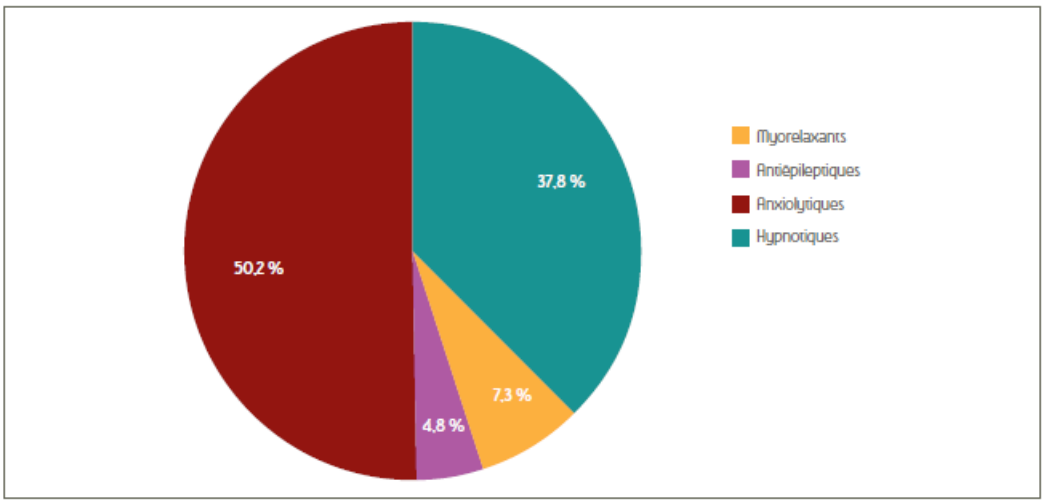
Mésusage, risques et dommages

Le mésusage des médicaments psychotropes recouvre des situations diverses selon qu'il s'agisse de médicaments prescrits ou en vente libre, et selon le type de mésusages qui peut aller de l'usage inapproprié (voie d'administration non-conforme ; durée de prise supérieure à ce qui est prescrit ; indication, dose ou durée de prescription du médecin non respectés) jusqu'au détournement de la prescription à des fins psychoactives variées (ivresse, « défonce ») ; multiplication des prescripteurs ; falsification d'ordonnance ; et jusqu'à l'achat dans un circuit de contrebande.
Si la France reste dans le peloton de tête des pays Européens pour la consommation des médicaments psychotropes, malgré une réduction ces dernières années, l'étendue des dommages liés à ces divers types de mésusages reste imprécise.
Le mésusage de médicaments psychotropes peut entraîner un risque de surdosage aigu ou subaigu avec de nombreux effets psychiques et somatiques et un risque d'abus et de dépendance (Expertise collective Inserm 2012).
Les principaux médicaments psychotropes à risque de mésusage sont les benzodiazépines, opiacés et psychostimulants.
La consommation peut être considérée comme inappropriée lorsque le risque individuel pour le patient est supérieur au bénéfice du traitement (risque de dépression respiratoire, d'aggravation d'une dépression non traitée…).

Benzodiazépines (BZD)

Dans son rapport en 2012, l'AFSSAPS dressait un état des lieux des consommations de BZD en France en rappelant les dommages pouvant être causés par leur usage (AFSSAPS 2012).
Indiquées principalement dans le traitement de l'anxiété, de l'insomnie, des contractures musculaires et de l'épilepsie, les BZD comportent des risques augmentant avec la posologie et la durée de consommation.

Figure 6. Répartition des indications de benzodiazépines en 2010 (AFSSAPS 2012)



Ainsi, l'usage des benzodiazépines peut entraîner :

- une amnésie antérograde (perte de la mémoire des faits récents), qui peut survenir aux doses thérapeutiques. Le risque augmente proportionnellement à la dose ;
- une altération des fonctions psychomotrices pouvant survenir dans les heures suivant la prise ;
- un syndrome associant, à des degrés divers, des troubles du comportement et de la mémoire et une altération de l'état de conscience. Peuvent être ainsi observés les effets suivants : aggravation de l'insomnie, cauchemars, agitation, nervosité, idées délirantes, hallucinations, état confuso-onirique, symptômes de type psychotique, désinhibition avec impulsivité, euphorie, irritabilité, amnésie antérograde et suggestibilité. Ce syndrome peut s'accompagner de troubles potentiellement dangereux pour autrui et pour lui-même tel qu'un comportement inhabituel pour le patient, un comportement violent, notamment si l'entourage tente d'entraver l'activité du patient. Ces manifestations imposent l'arrêt du traitement. Une diminution de la posologie peut, dans certains cas, faire régresser les troubles ;
- une tolérance caractérisée par une diminution progressive de l'effet thérapeutique pour une même dose administrée pendant plusieurs semaines. La tolérance peut conduire à une augmentation des doses pour obtenir l'effet recherché ;
- une dépendance. Tout traitement par les benzodiazépines et apparentées, et plus particulièrement en cas d'utilisation prolongée, peut entraîner un état de pharmacodépendance physique et psychique. Divers facteurs semblent favoriser la survenue de la dépendance : la durée du traitement, la dose et les

antécédents d'autres dépendances médicamenteuses ou non, y compris alcoolique. Une pharmacodépendance peut survenir à doses thérapeutiques et/ou chez des patients sans facteur de risque particulier. L'association de plusieurs benzodiazépines risque, quelle qu'en soit l'indication, d'accroître le risque de pharmacodépendance. L'arrêt du traitement par une benzodiazépine, même prise à posologie normale, peut entraîner un phénomène de sevrage (céphalées, douleurs et faiblesse musculaires, cauchemars, irritabilité, agitation, tremblements, anorexie, nausées, sueurs, diarrhée et plus sévèrement convulsions, changements d'humeur, dépression, dépersonnalisation, désorientation, hallucinations, psychose paranoïde).

Des risques bien spécifiques à certaines situations ont également été identifiés :

- BZD et sujet âgé : la consommation de benzodiazépines expose les sujets âgés à des risques spécifiques en raison des modifications physiologiques liées à l'âge. Ces modifications favorisent une accumulation des métabolites actifs des benzodiazépines et accroissent ainsi le risque de surdosage et d'effets indésirables (essentiellement psychomoteurs et cognitifs)
- BZD et démence : Billioti de Gage et coll. (Billioti de Gage et al. 2014) mettaient en évidence en 2014 une forte association entre une longue exposition aux BZD et l'apparition de démence. D'autres études, citées par l'AFSSAPS, montraient des résultats non concordants. Toutefois, en France, le sujet est particulièrement important du fait de la durée de prescription des BZD dépassant souvent largement celle des recommandations.
- BZD et conduite : L'augmentation du risque d'accidents par les benzodiazépines est démontrée aussi bien chez le sujet âgé que chez des conducteurs plus jeunes.
- BZD et autres psychotropes : la consommation concomitante de BZD et opiacés augmente le risque d'OD en raison d'un effet synergique dépresseur sur le système respiratoire (Jones et al. 2012). L'association avec l'alcool, autre dépresseur, est également connue et largement retrouvée dans les cas de soumission chimique.

Le mésusage et l'addiction aux BZD

L'addiction aux BZD est reconnue depuis près de 30 ans et est reconnue comme risque significatif chez les patients traités sur des périodes supérieures à 1 mois. En France en 2010, les 5 benzodiazépines faisant le plus l'objet d'abus par les patients suivis par les médecins généralistes sont le zolpidem, le bromazépam, l'oxazépam, la zopiclone et l'alprazolam (enquête OPEMA 2010) (ANSM 2012b).

Les BZD peuvent également être mésusés dans le cadre de polyconsommations, dans le but de potentialiser les effets euphorisants des opiacés, alléger la descente de cocaïne, ou interagir avec d'autres mélanges d'amphétamines et autres. Les BZD, comme les autres médicaments psychotropes (hors opiacés) sont majoritairement consommés par voie orale. Les risques liés au mésusage de BZD par voie IV sont les infections virales (dont VIH-VHC) et la nécrose des tissus.

Stratégies de RdRD

Cochrane publiait en 2015 une revue des interventions psychosociales existantes pour traitement de l'usage dommageable de BZD, de l'abus ou de la dépendance, en comparaison d'interventions pharmacologiques, placebo, psychosociales d'autres sorte ou absence d'intervention. 25 études incluant 1666 participants étaient sélectionnées. La revue indiquait que les thérapies cognitives et comportementales (TCC) était la méthode la plus efficace à court terme (3 mois) pour réduire l'usage de BZD. Cependant, cela ne se confirmait pas à 6 mois. Des preuves émergeaient, suggérant l'efficacité de lettres personnalisées données par le médecin traitant (vs lettres génériques) ou de la relaxation (vs *"treatment as usual"*). En revanche, la revue montrait une absence d'évidence en faveur de l'utilisation de l'entretien motivationnel dans la réduction de BZD. Les publications de Vicens et coll (Vicens et al. 2014, Vicens et al. 2016) montraient l'importance du médecin généraliste dans l'acceptation de la diminution des posologies de BZD (notamment par des entretiens structurés avec une part importante accordée à l'éducation aux risques des BZD).

La HAS publiait en 2015 des recommandations spécifiques pour "l'Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : démarche du médecin traitant en ambulatoire" (HAS 2015) : - Respecter les indications et anticiper l'arrêt. Il est recommandé de réserver la prescription de BZD ou de médicaments apparentés aux indications validées et de respecter les durées de prescription prévues par l'AMM. - Dès l'instauration d'un traitement, il est recommandé d'expliquer au patient la durée du traitement, les risques liés au traitement, notamment du risque de dépendance et ses modalités d'arrêt du fait de ces risques. - Il est recommandé de s'interroger sur la mise en œuvre d'un arrêt lors de toute demande de renouvellement du traitement. - Chez tout patient traité quotidiennement depuis plus de 30 jours, il est recommandé de proposer une stratégie d'arrêt de la consommation de BZD ou de médicaments apparentés.

Traitement de la dépendance aux opiacés et analgésiques opiacés

En France, en 2012, près de 150 000 personnes étaient sous traitement de substitution aux opiacés, avec une nette prédominance de la buprénorphine haut dosage (BHD) (70%) devant

la méthadone (Source Siamois/INVS) (OFDT 2014). Environ 15% des usagers en traitement faisaient une utilisation détournée de BHD par injection. Parmi les usagers de BHD et de méthadone interrogés, la proportion d'usagers ayant obtenu le médicament par le marché de rue était respectivement de 35% et 20%.

L'expertise collective de l'INSERM indiquait que la France apparaissait très largement en tête de la consommation d'analgésiques opiacés, avec une consommation de plus de 2 fois supérieure à celle des pays nordiques (Islande, Norvège, Danemark) classiquement reconnus comme ayant un haut niveau d'utilisation (Inserm 2010b). Selon l'enquête OPPIDUM de 2012, réalisée dans des structures prenant en charge des patients présentant un abus ou une pharmacodépendance ou recevant un traitement de substitution aux opiacés, les médicaments psychotropes représentaient 51,9% des substances injectées (ANSM 2012a). Les principaux médicaments injectés étaient la buprénorphine haut dosage (BHD) (54%, n=138), la morphine (30%, n=79), le méthylphénidate, la kétamine (3,5%, n=9) et la méthadone (1,5%, n=4). Les médicaments représentaient 21,5% des substances administrées par voie nasale. Les principaux médicaments « sniffés » sont la buprénorphine haut dosage (80%, n=150), la kétamine (13%, n=24) et la morphine (2,7%, n=5).

L'enquête Ordonnances Suspectes, Indicateur d'Abus Possible (OSIAP) indiquait en 2012 une forte augmentation des citations de tramadol (seul ou en association avec le paracétamol) (6,3% versus 2,7% en 2011) et d'analgésiques morphiniques : codéine+paracétamol (4,4% versus 0,7% en 2011) et morphine (4,1% versus 2,4% en 2011) (Peyriere et al. 2013).

Les principaux dommages encourus par la consommation d'opiacés sont l'overdose et l'addiction. Les Etats-Unis et l'Australie connaissent depuis plusieurs années une explosion de la consommation de ces opiacés analgésiques, la morphine ayant même dépassé l'héroïne comme première substance injectée dans certains territoires.

Hallinan et coll alertaient en 2011 sur l'augmentation de prescription d'opiacés analgésiques, couplée à une recrudescence d'overdoses dans une population peu décrite démographiquement et probablement distincte des populations d'injecteurs de SPA connues jusqu'alors (Hallinan et al. 2011). Hallinan plaide pour la nécessité de réfléchir à de nouvelles stratégies de RDRD adaptées à cette population et à cette consommation spécifique. Selon lui, plusieurs stratégies de RDRD utilisées dans les autres usages pourraient être transférables : programmes d'échange de seringue, salles de consommation supervisée, filtres spécifiques liés aux excipients présents dans ces médicaments, changement de formulation (l'ajout de la naloxone par exemple à la BHD). Une approche réduction des dommages est ici complètement adéquate, puisqu'on ne vise non pas à prévenir l'usage de la substance mais les dommages qu'une utilisation inadéquate pourrait entraîner. Les auteurs insistaient enfin sur l'importance du rôle des professionnels de santé dans l'amélioration de

prescriptions plus adaptées, par le biais notamment de plus de formation et d'appui aux médecins généralistes dans la gestion de la douleur.

Martins et coll. (Martins et al. 2015) synthétisaient à travers une revue systématique de la littérature le profil épidémiologique à l'échelon mondial des overdoses accidentelles en précisant leur prévalence, l'évolution de cette dernière dans le temps, les taux de mortalité, et les facteurs qui leur sont associés. La plupart des études longitudinales sur les taux de mortalité et d'hospitalisation par overdose montraient une augmentation conduisant à un réel pic des taux à l'heure actuelle. Ces dernières années, une tendance générale à l'augmentation des décès par opiacés prescrits sur ordonnance est constatée avec une diminution des décès liés à l'utilisation de SPA illicites. La cocaïne, les opiacés sur ordonnance et l'héroïne sont les psychotropes les plus fréquemment à l'origine d'overdoses accidentelles à travers le monde. Les facteurs démographiques et psychiatriques associés à ces overdoses sont globalement similaires. Cette revue de la littérature permet d'attirer l'attention sur un problème mondial de santé publique, souvent sous estimé. La recherche épidémiologique devrait permettre de comprendre les déterminants environnementaux dans cette augmentation des overdoses à travers le monde afin de renverser cette tendance. Un réel besoin de colliger de façon systématique et continue les prescriptions d'opiacés et de médicaments, ainsi que les hospitalisations secondaires à ces overdoses se manifeste dans divers pays.

Roger Chou (Chou 2009) résumait les recommandations des Guidelines de l'American Pain Society : reconnaissant que l'usage de traitements opiacés chroniques dans le cadre de douleurs chroniques non cancéreuses était en constante augmentation, les guidelines rappelaient la nécessité aux praticiens de disposer des connaissances et du savoir faire nécessaire pour prescrire ces traitements avec une évaluation rigoureuse et globale du patient et une identification des risques encourus avec un monitoring régulier, anticipant les dommages éventuels liés à la consommation.

Psychostimulants :

Les pays nordiques sont les plus grands utilisateurs de psychostimulants. Quant à la France, elle est parmi les pays les moins utilisateurs de ces médicaments (incluant en France, méthylphénidate et modafinil), avec un niveau en 2009 près de 40 fois inférieur à celui de l'Islande et 10 fois inférieur à celui du Danemark. Selon les résultats de l''enquête Oppidum 2012, le nombre de citations de méthylphénidate parmi les substances consommées dans la semaine précédant l'enquête restait faible mais était en augmentation et s'étendait à plusieurs départements : 3 cas en 2009 dans 1 département, 23 cas en 2010 dans 3 départements, 17 cas en 2011 dans 6 départements, et 22 cas en 2012 dans 11 départements. L'administration

par voie IV était rapportée dans 9 cas et une obtention illégale dans 10 cas. Plusieurs sources convergent pour confirmer l'hypothèse de l'installation de mésusages de méthylphénidate (Ritaline®) dans certains sous-groupes de populations précarisées en région PACA (Provence-Alpes-Côte d'Azur) où l'injection du produit serait majoritaire (Frauger et al. 2011).

Les propriétés euphorisantes et l'effet renforçant du méthylphénidate ne seraient ressentis que par l'usage par voie intraveineuse ou sniffée. Le mésusage ou l'usage détourné de ces traitements des troubles déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) tels que le méthylphénidate est plus largement retrouvé parmi les jeunes américains, soit dans un objectif de performance scolaire/professionnelle, soit dans un but récréatif (Graham et al. 2011). Les formulations à libération prolongée sont moins aisées à détourner.

L'impact sur la santé publique de la consommation de médicaments psychotropes dans la population française (accidents, santé des personnes âgées, prévalence de la dépendance en population générale…) est très peu documenté. L'étude des risques liés à ces consommations se trouve limitée par les biais d'indication (pathologie qui a nécessité la prescription) ou par les autres facteurs de risques retrouvés chez les usagers dépendants ou « abuseurs ». Young et coll (Young et al. 2014) publiaient une revue systématique reprenant l'efficacité des Interventions Brèves (IB) (composante du modèle Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment, SBIRT) pour la réduction de l'usage de SPA à but non médical.

En conclusion, Il est important de rappeler que tous les médicaments psychotropes n'entraînent pas forcément un trouble de l'usage. En France, aucune donnée n'existe sur la prévalence du trouble de l'usage en population générale. Seule une approche indirecte via la durée des consommations chroniques permet de révéler différentes situations de dépendance aux médicaments psychotropes. En population générale, selon les données disponibles aux États-Unis et au Canada, 1 à 2% de la population nord-américaine est dépendante aux médicaments psychotropes (Expertise collective Inserm 2012). Des études en population générale sont nécessaires pour mesurer la prévalence en France.

Des études sur les déterminants sociaux, économiques et culturels liés au recours aux benzodiazépines et aux médicaments psychotropes permettraient de mieux comprendre les raisons de la forte consommation de psychotropes en France et ainsi d'adapter les actions mises en œuvre par les autorités sanitaires.

Les experts de l'INSERM appuyaient cette nécessité de vieille et de recherche dans leurs conclusions :

- Reconsidérer dans son ensemble le dispositif d'observation et mieux articuler les différents dispositifs, programmes et réseaux de surveillance ;

- Améliorer le suivi pharmaco-épidémiologique des médicaments psychotropes en le confiant à une organisation indépendante de l'industrie pharmaceutique, sous l'égide des pouvoirs publics de santé ;

- Développer une politique de santé publique appropriée aux médicaments psychotropes fondée sur des recherches pluridisciplinaires et des évaluations, en priorité sur :

- la prévalence de la dépendance aux médicaments psychotropes, en particulier en population générale ;

- l'impact sanitaire et social du mésusage des médicaments psychotropes chez les usagers de drogues ;

- les conséquences neuro-développementales à long terme d'une exposition aux médicaments psychotropes au cours de l'enfance et de l'adolescence, mais également au cours de la grossesse : en France, 6% des femmes enceintes consomment des médicaments psychotropes dont 3% des anxiolytiques et/ou hypnotiques de la famille des benzodiazépines.

Des mesures précédemment mises en place par les autorités sanitaires ont permis de stabiliser voire de diminuer la consommation des benzodiazépines et de favoriser leur bon usage. Il est ainsi nécessaire de poursuivre dans cette voie et de trouver de nouvelles pistes afin d'optimiser leur usage, limiter les risques liés à leur consommation et diminuer leur surconsommation. Des stratégies validées de réduction des dommages peuvent être proposées par analogie avec des stratégies validées vis-à-vis d'autres addictions et les stratégies de réduction des dommages employées à l'avenir devraient faire l'objet d'évaluations qui permettront a posteriori de les valider ou de les améliorer.

Le Rapport 2013 sur les dommages liés aux addictions et les stratégies validées pour les réduire concluait son chapitre sur les médicaments psychotropes ainsi : « En terme de prévention, un message individuel de prévention des risques de mésusage peut être délivré à chaque étape du circuit de délivrance de ces traitements : lors de la consultation médicale, notamment lors de la primoprescription, mais aussi généré de façon automatique sur les ordonnances sécurisées, lors de la délivrance par le pharmacien, sur la notice du médicament. Des messages simples sur le respect de la voie d'administration, de la durée de prescription, sur la nécessité de ne pas céder son traitement, et d'aborder avec son médecin toute situation de dépendance vis-à-vis d'un médicament, méritent d'être évalués y compris pour les médicaments en vente libre dont les abus et dépendance sont souvent méconnus. Ils sont susceptibles de connaître un succès semblable aux mesures d'information ayant permis la réduction des prescriptions d'antibiotiques. Dans des populations particulièrement à risque (patients dépendants à l'alcool ou aux SPA illicites, personnes incarcérées), les messages de prévention concernant le risque d'accidentologie et de décès par surdose accidentelle

notamment lors de mélange d'alcool et/ou de SPA illicites avec des médicaments psychotropes devrait systématiquement être inclus dans les messages de réduction des risques véhiculés par les professionnels de santé et de réduction des risques. »

2.7. Comment organiser/soutenir des recherches et des évaluations multidisciplinaires dans le domaine de la RdRD qui aident le développement des pratiques et qui tiennent compte de ce qui est déjà étudié à l'étranger ?

La Réduction des Risques et Dommages (RDRD) liés à l'usage de SPA (SPA) comprend un ensemble d'interventions adaptées à différents contextes, différentes pratiques et populations. La RdRD concerne les politiques, programmes et pratiques visant à réduire les conséquences négatives (sanitaires, sociales et économiques) liées à l'usage de SPA licites ou illicites. Une évaluation des actions de RDRD est nécessaire afin de permettre le développement de projets innovants efficaces dans ce domaine. La mise en évidence de leur utilité et une analyse coût/efficacité positive sont les garants de leur amélioration et de leur diffusion.
Les actions de RDRD évaluables peuvent être de plusieurs types : politiques publiques, dispositifs, interventions et outils de RDRD. Le niveau de preuve et l'efficacité des actions de RDRD peuvent être évalués de plusieurs façons (Morel et al. 2012) :

- **l'approche expérimentale** : le *gold standard* en matière d'évaluation en recherche médicale est le Randomised Control Trial (RCT) (essai contrôle randomisé) qui la méthode la plus robuste pour démontrer l'effet d'une intervention ou d'un traitement donné ;
- **l'approche observationnelle** : le suivi de cohorte, les enquêtes transversales et rétrospectives ;
- **les études écologiques** fondées sur des données agrégées ou des indicateurs et qui tentent de trouver la relation entre des indicateurs d'accès aux interventions et des indicateurs de santé publique ;
- **les études qualitatives socio-anthropologiques** : utilisent des entretiens ouverts en face à face et permettent d'approfondir la compréhension des effets d'une intervention.

Si l'approche expérimentale est reconnue comme la plus scientifiquement valide pour évaluer l'efficacité d'une intervention, elle se heurte au manque de validité externe d'une telle méthode, les populations intégrant l'essai étant peu représentatives de la population cible dans la vie réelle du fait des critères d'exclusion souvent nombreux.

Les études observationnelles sont ainsi reconnues comme les plus adaptées à ce champ, bien que présentant de nombreux biais et une moindre précision quant à l'efficacité de l'intervention.

L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (EMCDDA) encourage la mise en place de ces études de cohorte d'usagers de SPA illicites pour renseigner les 5 indicateurs clés utilisés par l'OEDT, élaborés en étroite collaboration avec le réseau Reitox, avec des experts de toute l'Union Européenne et avec d'autres organisations. Ces indicateurs, décrits dans un rapport publié par l'OEDT en 2010, servent à analyser le taux de couverture des réponses et des interventions ou à évaluer l'incidence des politiques et des actions (OEDT 2010).

1. Enquêtes en population générale et auprès des jeunes : La prévalence et les modes d'usage de SPA dans la population générale sont mesurés au moyen d'enquêtes probabilistes auprès de la population adulte et scolaire. Les données obtenues fournissent des informations de base qui aident à comprendre les modes de consommation, la perception des risques, les corollaires sociaux et sanitaires et, enfin, les conséquences de l'usage de SPA.

2. Usage problématique de SPA : Cet indicateur clé permet de collecter des données sur la prévalence et l'incidence de l'usage problématique au niveau national et local. La consommation problématique de SPA se définit comme la toxicomanie par voie d'injection ou comme l'usage régulier/de longue durée d'opiacés, de cocaïne et/ou d'amphétamines. La population concernée étant cachée et difficile d'accès, cet indicateur exploite un éventail de méthodes indirectes utilisant différents ensembles de données existants pour extrapoler et produire une estimation du nombre d'usagers problématiques de SPA. Les sources de données servant à calculer les estimations diffèrent d'un pays à l'autre, notamment selon le système d'information existant.

3. Demande de traitement : L'indicateur de demande de traitement sert à décrire la population des toxicomanes problématiques qui entament un traitement tous les ans et le nombre de ceux qui poursuivent un traitement d'une année à l'autre. L'indicateur de demande de traitement consiste en recommandations quant aux méthodes, aux définitions et aux éléments à collecter en lien avec les toxicomanes problématiques se présentant dans des unités de traitement de la toxicomanie. Ces données, collectées et regroupées à l'échelon national, sont fournies tous les ans.

4. Décès liés aux SPA et mortalité parmi les consommateurs de SPA : L'objectif de cet indicateur est d'obtenir des données statistiques sur le nombre et les caractéristiques des personnes qui meurent, directement ou indirectement, du fait de la consommation de drogue. La mortalité liée à la drogue est un phénomène complexe, qui représente un pourcentage considérable de décès parmi les jeunes dans de nombreux pays. Cet indicateur

épidémiologique traite deux éléments : les décès directement causés par l'usage de SPA illicites (décès liés aux SPA) et les taux de mortalité chez les usagers de SPA problématiques. Ces deux composantes peuvent remplir plusieurs objectifs méthodologiques et de santé publique — notamment pour indiquer l'incidence globale de la consommation de drogue sur la santé (et les composantes de cette incidence) —, ainsi qu'identifier des modes de consommation dangereux et, potentiellement, de nouveaux risques.

5. Maladies infectieuses liées aux SPA : Cet indicateur clé permet de collecter des données sur la portée (incidence et prévalence) des maladies infectieuses liées aux SPA — en priorité le virus VIH, l'hépatite C et l'hépatite B —, en particulier chez les consommateurs de SPA par voie intraveineuse (usagers de drogues par voie injectable ou UDVI). Les données sont collectées sur des UDVI chaque année calendaire selon deux principales méthodes : (a) enquêtes auprès d'UDVI (avec test sérologique) et (b) contrôle des tests diagnostiques de routine pour les nouveaux cas de VIH et d'infection par hépatite C et par hépatite B chez des UDVI. En fonction des pays et des régions, il peut s'avérer nécessaire de collecter des données sur d'autres maladies infectieuses liées, directement ou indirectement, à la consommation de drogue ou à l'usage de drogues (tuberculose et maladies sexuellement transmissibles, par exemple).

Des cohortes longues et de grande ampleur couplées à des méthodes statistiques pointues permettent de mesurer l'impact des interventions/actions de RDRD sur les épidémies et la mortalité des usagers de SPA.

De telles cohortes, à l'échelle nationale, existent à l'étranger depuis de nombreuses années :

-la cohorte Drug Addiction Treatment Outcome (DATOS) du National Institute on Drug Abuse (NIDA) aux Etats-Unis (Hubbard et al. 2003) : cette cohorte a été initiée entre 1991 et 1994 et avait pour objectif d'évaluer le traitement d'adultes dépendants dans 11 villes représentatives des USA (et 96 lieux de soins). Les entretiens d'évaluation étaient réalisés à 1, 3, 6 et 12 mois après inclusion de 10 019 patients dans 4 types de programmes : (a) programme méthadone ambulatoire, (b) hospitalisation de courte durée, (c) hébergement de longue durée, et (d) programmes ambulatoires sans pharmacothérapie (thérapies cognitives et comportementales, programmes 12 étapes etc). L'échantillon évalué à 5 ans (Hubbard, 2003) incluaient 1393 individus également évalués à 1 an. Il indiquait une association de la réduction de la prévalence de l'usage de cocaïne avec des temps de maintien en traitement plus long (6 mois ou plus). Des temps de traitement plus longs étaient également associés à une réduction des activités illégales et du chômage.

-la cohorte Australian Treatment Outcome Study (ATOS) en Australie : étude de cohorte australienne prospective de 615 usagers d'héroïne inclus en traitement entre 2001 et 2004 et

suivis sur 11 ans qui a permis d'étudier l'histoire naturelle d'usagers d'héroïne. Des publications issues d'ATOS ont mis en évidence une évolution positive en termes, d'usage d'héroïne, de comportements à risque et d'overdose de la cohorte en traitement au fil des ans. Shane Darke et al. publiaient en 2014 (Darke et al. 2014) une étude issue de cette cohorte ATOS étudiant les facteurs prédictifs d'overdose chez les usagers d'héroïne. A 11 ans de suivi de cohorte, 431 (70,1%) des participants initiaux avaient pu être évalué, parmi lesquels ⅔ avaient déjà eu une overdose dont 21 dans l'année précédent l'évaluation. Les auteurs montraient que les overdoses récentes étaient significativement liées à des poly usages (en particulier benzodiazépines et opiacés autres qu'héroïne) ainsi qu'à une implication "instable" dans le soin. En effet, les données mettaient en évidence l'importance de la prise en charge et du suivi au long cours, les poly consommateurs, avec un parcours de soins chaotique et ayant déjà eu des overdoses étant les plus à risque d'avoir eu des overdoses récentes. Ainsi, bien que la prévalence des OD décline 20 ans après initiation de la consommation d'héroïne, le niveau de polyconsommations et des OD passées sont des marqueurs solides du risque au long terme.

- **la cohorte britannique The National Treatment Outcome Research Study (NTORS) :** NTORS a recruté 1075 usagers en 1995, suite à la demande du Ministère de la santé d'évaluer l'efficacité des services de soins de la dépendance aux SPA (Gossop et al. 2003). Cette étude de cohorte prospective et longitudinale monitorait l'évolution d'usagers entrés dans 4 modalités de traitement résidentiel ou ambulatoire (programme méthadone) et évaluait 3 champs principaux : réduction de l'usage de SPA, amélioration du fonctionnement social et personnel, amélioration en termes de santé public et sécurité. Les évaluations successives avaient lieu à 6 mois, 1 an, 2 ans and 4–5 ans. La cohorte NTORS a montré des résultats positifs avec une augmentation de la prévalence de l'abstinence aux SPA illicites, une réduction de fréquence d'usage, une réduction du crime et une amélioration de l'état de santé des usagers. Les pratiques à risque liées à l'injection diminuaient également substantiellement 1 an après l'entrée en traitement et restaient basses tout au long des 5 ans de suivi (14% à 5%).

S'il n'existe pas en France de cohorte à l'échelle nationale, il en existe une initiée depuis 1994 par l'équipe du Pr Auriacombe : une cohorte prospective incluant les sujets pris en charge pour leur addiction. En 2015, plus de 3500 sujets ont été inclus dans la cohorte ADDICTAQUI. Cette base de données constitue une importante source d'informations pour étudier l'évolution des patients pris en charge pour une addiction et est unique en France. Elle a été à l'origine de nombreuses publications scientifiques (Lavie et al. 2009, Denis et al. 2012, Fatseas et al. 2012, Fatseas et al. 2015).

L'approche RDRD combine différentes interventions dont la mesure de l'impact spécifique nécessite une meilleure collaboration entre les équipes de méthodologie et de gestion, les autorités de santé et les associations et professionnels de santé, afin de favoriser le développement de pratiques innovantes dans ce domaine (Morel et al. 2012).

La recherche actuelle dans le domaine de l'évaluation des interventions/outils/dispositifs de RDRD doit prendre en compte les nouvelles populations d'usagers mais aussi la possibilité de combiner ces interventions.

La recherche interventionnelle, définie comme "l'utilisation des méthodes de la recherche pour produire des connaissances concernant des interventions, qu'elles soient menées ou non dans le champ du système de santé" utilise comme leviers principaux le partenariat entre acteurs de terrain et chercheurs ainsi que les approches interdisciplinaires. L'un des postulats de la recherche interventionnelle est en effet qu'une recherche ne peut se concevoir ni se conduire sans les acteurs qui font, et sont au cœur de l'intervention. Le partenariat chercheurs-acteurs apporte un nouvel éclairage sur les objets de recherche, engendre une dynamique vertueuse en permettant une meilleure valorisation des expériences de terrain pour faire d'une connaissance produite dans un objectif contextuel, une connaissance généralisable et utile à d'autres et enfin, intègre des dispositifs et mesures visant à mettre ses résultats à disposition de utilisateurs potentiels et à les accompagner à leur utilisation (Alla and Kivits 2015).

La recherche communautaire s'inscrit dans la continuité des principes de la démarche communautaire, mais aussi de branches disciplinaires comme la psychologie communautaire (Demange et al. 2012). Cette dernière envisage les individus dans leur environnement social et cherche à promouvoir la justice sociale en se fondant sur la participation des personnes issues de la communauté. La recherche communautaire est une recherche en collaboration entre chercheurs et acteurs communautaires, qui s'inscrivent tous dans un partenariat équilibré. Les partenaires apportent chacun leurs propres expertises, et partagent les responsabilités. La recherche communautaire est issue des besoins des groupes concernés et vise à leur apporter une réponse en associant démarche scientifique et action. Elle a un double objectif :

- ✓ Un objectif scientifique : contribuer aux progrès des connaissances en offrant l'accès à de nouvelles informations et à une diversité d'analyses. Cette contribution à la connaissance est particulièrement prégnante dans le cas de groupes minoritaires, pour lesquels les savoirs existants sont non pertinents et qui relèvent d'approches, de concepts et de modes d'investigations spécifiques.
- ✓ Un objectif d'utilité sociale : renforcer les capacités des communautés impliquées et transformer les résultats des recherches en actions.

La recherche communautaire a pour caractéristiques de mobiliser les acteurs de terrain, par une approche ascendante (des usagers aux décideurs), elle est basée sur le savoir scientifique mais aussi sur le savoir profane (des usagers) et favorise la transformation sociale en répondant aux attentes réelles du terrain.

La première salle de consommation de drogues à moindre risque (centre d'injection supervisée) ouverte en Amérique du Nord, Insite, se trouve dans le quartier de Downtown Eastside de Vancouver depuis 2003. Son évaluation rigoureuse a été réalisée par les chercheurs du British Columbia Centre For Excellence in HIV/AIDS et de la faculté de médecine de l'Université de Colombie-Britannique (Wood et al. 2004). Les résultats de ces recherches évaluatives ont été publiés dans de nombreux articles. Parmi les résultats obtenus, Insite a notamment permis une réduction des comportements à risque de transmission du VIH (Kerr et al. 2006, Milloy and Wood 2009), favorisé l'entrée en traitement de la dépendance (Wood et al. 2007), réduit le risque d'overdose (Marshall et al. 2011), etc…

C'est également à Vancouver qu'est né *l'Urban Health Research Initiative (UHRI)*, centre de recherche ayant pour mission d'améliorer la santé des individus et communautés par le biais d'actions de recherche (en particulier communautaires) destinées à permettre une évolution des politiques de santé. La recherche est ici utilisée pour soutenir, générer et évaluer les initiatives et projets des communautés. Des évaluations de programmes d'éducation par les pairs ont notamment déjà été publiées : elles montraient l'importance de l'outreach par les pairs dans l'accès des UDVIs au dispositif de consommation supervisée (Small et al. 2012).

En France, AIDES s'est engagé dans la recherche communautaire à partir de 2011 en commençant à recueillir des témoignages sur l'usage de SPA par voie injectable lors de pratiques sexuelles chez des gays. L'Etude SLAM qui a suivi s'est donné pour objectif d'appréhender la pratique du *slam* afin de mieux la définir, de fournir une connaissance plus précise répondant aux incertitudes, questions et constats ambigus, de cerner les enjeux de ce phénomène et d'identifier les demandes des usagers. Elle a été publiée dans un rapport de 2013 (AIDES) (Foureur et al. 2013). La méthode utilisée était celle du *Rapid Assessment Process* qui a pour caractéristiques : - d'être inductive (on part du principe qu'on ne sait rien, qu'on n'a pas d'hypothèses à tester) - recueil d'informations par entretiens individuels ou collectifs semi-directifs ; - recueil de la plus grande diversité possible de témoignages (le recueil d'informations s'arrête dès que l'information devient redondante) - entretiens réalisés par l'équipe de recherche (travail collectif sur l'ensemble du processus ; - équipe multidisciplinaire et intègre au moins une personne qui connaît de « l'intérieur » l'objet étudié (insider) ; - méthode souple, elle s'adapte aux besoins de l'étude.

A partir de l'ensemble des demandes identifiées sur le terrain mais aussi à partir du dialogue avec différents acteurs associatifs, quelques pistes de réflexion et d'action pour mieux

répondre aux éventuels besoins liés à cette pratique mais aussi plus largement, à la consommation de produits psychoactifs associés à l'activité sexuelle ont ainsi pu être identifiées.

Une étude récente (Roux et al. 2015) impliquant des acteurs de terrain (Médecins du Monde et AIDES), l'INSERM et des UDVI, avait pour objectif :

- d'évaluer l'efficacité de l'Accompagnement et l'Education aux Risques liés à l'Injection (AERLI) sur l'injection de SPA en termes de pratiques d'injection (et plus précisément les risques associés que sont l'infection par VIH/VHC et les autres dommages ou infections causées par l'injection) ;
- d'évaluer l'acceptabilité et la faisabilité de cette intervention auprès des usagers et intervenants.

L'étude nationale multi-site, réalisée sur 9 CAARUD et d'une durée de 1 an, mettaient en évidence un impact positif d'AERLI sur les pratiques à risque d'infection par le VHC et sur les complications locales sur le site d'injection.

Des études multi-sites, multi-pays et multi-cultures sont importantes pour avancer dans la compréhension de ce qui marche, pour qui et quand.

La RDRD, approche pragmatique à l'origine de nombreuses controverses, nécessite plus que tout autre champ de prouver par l'évaluation scientifique rigoureuse son efficacité. Le groupe d'experts de l'INSERM recommandait en 2010 la création d'une coordination des différentes équipes (secteur académique et acteurs de terrain) travaillant dans le champ des addictions et la RdR. Ceci permettrait d'évaluer les besoins de recherche dans ce domaine des addictions et de la réduction des risques liés à toutes les formes de dépendances (alcool, tabac, SPA licites et illicites, jeu…), d'ouvrir des appels d'offres cohérents en épidémiologie, sciences humaines et sociales, en clinique et recherche fondamentale. Le groupe d'experts recommandait que le budget alloué aux actions et structures dans le champ des addictions comprenne une part réservée à l'évaluation et à la recherche prenant en compte le point de vue des associations opérant dans ce champ et celui des associations représentatives des usagers.

Ainsi, les actions de réduction des risques doivent être conçues sur des bases scientifiques et mises en place de façon à permettre l'évaluation de leur efficacité. En conséquence, les mesures de réduction des risques doivent pouvoir être révisées ou stoppées si elles ne produisent pas les résultats ou bénéfices attendus. L'approche idéologique, toujours très représentée dans le champ de l'usage de substances et le seul label de "réduction des risques" peut parfois rendre certaines mesures inacceptables. Il est nécessaire de cheminer

vers des approches de RDRD basées sur l'évidence scientifique (EMCDDA 2010). Marlatt et coll. publiait en 2010 une revue des programmes de réduction des risques dont l'efficacité avait été évaluée (Marlatt and Witkiewitz 2010). Il concluait en insistant sur les besoins futurs en termes de recherche dans le champ de la RDRD. Il est nécessaire d'initier des recherches s'intéressant aux changements individuels et communautaires résultant des changements de politiques de santé et de réduction des risques liés à l'usage de SPA. Fatséas et coll., en 2011, avaient ainsi mis en évidence, par une étude se déroulant sur 11 ans (avant et après le changement de politique de réduction des risques en France), l'impact de ce changement de politique sur le partage du matériel d'injection en parallèle d'une diminution de la prévalence du VIH (Fatseas et al. 2012).

Références

AFSSAPS. 2012. ÉTAT DES LIEUX DE LA CONSOMMATION DE BENZODIAZÉPINES EN FRANCE. AFSSAPS.

Aguirre-Molina, M., and D. M. Gorman. 1996. Community-based approaches for the prevention of alcohol, tobacco, and other drug use. Annu Rev Public Health **17**:337-358.

Alla, F., and J. Kivits. 2015. La recherche interventionnelle en santé publique : partenariat chercheurs-acteurs, interdisciplinarité et rôle social. Santé Publique **27**.

Anderson, P., and B. Baumberg. 2006. Alcohol in Europe: a public health perspective (A report for the European Commission). Institute of Alcohol Studies, London.

Anderson, P., D. Chisholm, and D. C. Fuhr. 2009. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. Lancet **373**:2234-2246.

ANSM, C.-. 2012a. Observation des Produits Psychotropes Illicites ou Détournés de leur Utilisation Médicamenteuse (OPPIDUM), résultats de l'enquête 24.

ANSM, C.-. 2012b. Résultats enquête 4 OPEMA – janvier – février 2012 - ANSM/CEIP. CEIP - ANSM.

Aspinall, E. J., D. Nambiar, D. J. Goldberg, M. Hickman, A. Weir, E. Van Velzen, N. Palmateer, J. S. Doyle, M. E. Hellard, and S. J. Hutchinson. 2014. Are needle and syringe programmes associated with a reduction in HIV transmission among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis. Int J Epidemiol **43**:235-248.

Babor, T., R. Caetano, S. Casswell, G. Edwards, N. Giesbrecht, K. Graham, W. J. Grube, L. Hill, H. Holder, R. Homel, M. Livingston, E. Österberg, J. Rehm, R. Room, and I. Rossow. 2003. Alcohol: No Ordinary Commodity - Research and Public Policy. Oxford University Press, Oxford.

Benoit, E., and F. Facy. 2010. Prévalence du jeu excessif observé dans un centre de médecine préventive en France. ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE.

Benowitz, N. L., and P. Jacob, 3rd. 2000. Effects of cigarette smoking and carbon monoxide on nicotine and cotinine metabolism. Clin Pharmacol Ther **67**:653-659.

Berlin, H. A., A. Braun, D. Simeon, L. M. Koran, M. N. Potenza, S. L. McElroy, T. Fong, S. Pallanti, and E. Hollander. 2013. A double-blind, placebo-controlled trial of topiramate for pathological gambling. World J Biol Psychiatry **14**:121-128.

Bertholet, N., J. B. Daeppen, V. Wietlisbach, M. Fleming, and B. Burnand. 2005. Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. Arch Intern Med **165**:986-995.

Bertram, M. Y., S. S. Lim, A. L. Wallace, and T. Vos. 2007. Costs and benefits of smoking cessation aids: making a case for public reimbursement of nicotine replacement therapy in Australia. Tob Control **16**:255-260.
Billioti de Gage, S., Y. Moride, T. Ducruet, T. Kurth, H. Verdoux, M. Tournier, A. Pariente, and B. Begaud. 2014. Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study. Bmj **349**:g5205.
Blaszczynski, A. 2009. Problem gambling: we should measure harm rather than 'cases'. Addiction **104**:1072-1074.
Burns, D. M., E. Dybing, N. Gray, S. Hecht, C. Anderson, T. Sanner, R. O'Connor, M. Djordjevic, C. Dresler, P. Hainaut, M. Jarvis, A. Opperhuizen, and K. Straif. 2008. Mandated lowering of toxicants in cigarette smoke: a description of the World Health Organization TobReg proposal. Tob Control **17**:132-141.
Carrieri, M. P., L. Amass, G. M. Lucas, D. Vlahov, A. Wodak, and G. E. Woody. 2006. Buprenorphine use: the international experience. Clin Infect Dis **43 Suppl 4**:S197-215.
Carrieri, M. P., and B. Spire. 2008. Harm reduction and control of HIV in IDUs in France. Lancet **372**:448.
CDC. 2006. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services.
Champion, K. E., N. C. Newton, L. A. Stapinski, and M. Teesson. 2016. Effectiveness of a universal Internet-based prevention program for ecstasy and new psychoactive substances: a cluster randomised controlled trial. Addiction.
Chou, R. 2009. 2009 Clinical Guidelines from the American Pain Society and the American Academy of Pain Medicine on the use of chronic opioid therapy in chronic noncancer pain: what are the key messages for clinical practice? Pol Arch Med Wewn **119**:469-477.
Coffin, P. O., and S. D. Sullivan. 2013. Cost-effectiveness of distributing naloxone to heroin users for lay overdose reversal. Ann Intern Med **158**:1-9.
Comité économique et social européen. 2009. Avis du Comité économique et social européen sur le thème «Comment faire de la stratégie de l'UE relative aux dommages liés à l'alcool une stratégie durable, de long terme et multisectorielle» Journal officiel de l'Union européenne **C 318**.
Darke, S., C. Marel, K. L. Mills, J. Ross, T. Slade, L. Burns, and M. Teesson. 2014. Patterns and correlates of non-fatal heroin overdose at 11-year follow-up: findings from the Australian Treatment Outcome Study. Drug Alcohol Depend **144**:148-152.
Dassieu, L. 2013. Les seuils de la substitution : regard sociologique sur l'accès aux traitements de substitution aux opiacés. Psychotropes **19**:149-172.
de Lima, M. S., B. G. de Oliveira Soares, A. A. Reisser, and M. Farrell. 2002. Pharmacological treatment of cocaine dependence: a systematic review. Addiction **97**:931-949.
Demange, E., E. Henry, and M. Préau. 2012. De la recherche en collaboration à la recherche communautaire: Un guide méthodologique.
Denis, C., M. Fatseas, V. Beltran, C. Bonnet, S. Picard, I. Combourieu, J. P. Daulouede, and M. Auriacombe. 2012. Validity of the self-reported drug use section of the Addiction Severity Index and associated factors used under naturalistic conditions. Subst Use Misuse **47**:356-363.
Duburcq, A., Y. Charpak, P. Blin, and L. Madec. 2000. [Two years follow-up of a heroin users cohort treated with high dosage buprenorphine. Results of the SPESUB study (pharmacoepidemiologic follow-up of general practice Subutex)]. Rev Epidemiol Sante Publique **48**:363-373.
EMCDDA. 2007. Treatment of problem cocaine use: a review of the literature. EMCDDA.
EMCDDA. 2010. Harm Reduction: evidence, impacts and challenges. EMCDDA.
Emmanuelli, J., and J. C. Desenclos. 2005. Harm reduction interventions, behaviours and associated health outcomes in France, 1996-2003. Addiction **100**:1690-1700.

Expertise collective Inserm. 2012. Médicaments psychotropes : consommations et pharmacodépendances. INSERM.
Fatseas, M., and M. Auriacombe. 2007. Why buprenorphine is so successful in treating opiate addiction in France. Curr Psychiatry Rep **9**:358-364.
Fatseas, M., C. Denis, F. Serre, J. Dubernet, J. P. Daulouede, and M. Auriacombe. 2012. Change in HIV-HCV risk-taking behavior and seroprevalence among opiate users seeking treatment over an 11-year period and harm reduction policy. AIDS Behav **16**:2082-2090.
Fatseas, M., F. Serre, J. M. Alexandre, R. Debrabant, M. Auriacombe, and J. Swendsen. 2015. Craving and substance use among patients with alcohol, tobacco, cannabis or heroin addiction: a comparison of substance- and person-specific cues. Addiction **110**:1035-1042.
Fédération Addiction. 2015. Agir en réduction des risques en CSAPA et en CAARUD : Rapport d'enquête. Fédération Addiction.
Fischer, B., P. Blanken, D. Da Silveira, A. Gallassi, E. M. Goldner, J. Rehm, M. Tyndall, and E. Wood. 2015. Effectiveness of secondary prevention and treatment interventions for crack-cocaine abuse: A comprehensive narrative overview of English-language studies. Int J Drug Policy **26**:352-363.
Foulds, J., L. Ramstrom, M. Burke, and K. Fagerstrom. 2003. Effect of smokeless tobacco (snus) on smoking and public health in Sweden. Tob Control **12**:349-359.
Foureur, N., S. Fournier, M. Jauffret-Roustide, V. Labrouve, X. Pascal, G. Quatremère, and D. Rojas-Castro. 2013. Slam. Premiere enquête qualitative en France. AIDES.
Foxcroft, D. R., L. Coombes, S. Wood, D. Allen, and N. M. Almeida Santimano. 2014. Motivational interviewing for alcohol misuse in young adults. Cochrane Database Syst Rev **8**:CD007025.
Frauger, E., M. Spadari, S. Djezzar, L. Charrier, T. Malardé, X. Thirion, J. C. Catusse, and J. Micallef. 2011. Étude des pratiques d'injection intraveineuse et autres détournements du méthylphénidate (région Paca-Corse). Le Courrier des addictions **13**.
Gainsbury, S. M., M. Blankers, C. Wilkinson, K. Schelleman-Offermans, and J. Cousijn. 2014. Recommendations for international gambling harm-minimisation guidelines: comparison with effective public health policy. J Gambl Stud **30**:771-788.
Gossop, M., J. Marsden, D. Stewart, and T. Kidd. 2003. The National Treatment Outcome Research Study (NTORS): 4-5 year follow-up results. Addiction **98**:291-303.
Goutte, S., and A. Morel. 2010. L'intervention précoce.*in* Dunod, editor. L'Aide-mémoire d'Addictologie.
Gowing, L., M. F. Farrell, R. Bornemann, L. E. Sullivan, and R. Ali. 2011. Oral substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. Cochrane Database Syst Rev:CD004145.
Graham, J., T. Banaschewski, J. Buitelaar, D. Coghill, M. Danckaerts, R. W. Dittmann, M. Dopfner, R. Hamilton, C. Hollis, M. Holtmann, M. Hulpke-Wette, M. Lecendreux, E. Rosenthal, A. Rothenberger, P. Santosh, J. Sergeant, E. Simonoff, E. Sonuga-Barke, I. C. Wong, A. Zuddas, H. C. Steinhausen, E. Taylor, and G. European Guidelines. 2011. European guidelines on managing adverse effects of medication for ADHD. Eur Child Adolesc Psychiatry **20**:17-37.
Grant, S., E. R. Pedersen, K. C. Osilla, M. Kulesza, and E. J. D'Amico. 2015. Reviewing and interpreting the effects of brief alcohol interventions: comment on a Cochrane review about motivational interviewing for young adults. Addiction.
Grau, L. E., S. Arevalo, C. Catchpool, and R. Heimer. 2002. Expanding harm reduction services through a wound and abscess clinic. Am J Public Health **92**:1915-1917.
Greenwald, G. 2009. Drug decriminalization in Portugal: lessons for creating fair and successful drug policies. CATO Institute, Whashington DC.
Greenwald, M. K., L. H. Lundahl, and C. L. Steinmiller. 2010. Sustained release d-amphetamine reduces cocaine but not 'speedball'-seeking in buprenorphine-

maintained volunteers: a test of dual-agonist pharmacotherapy for cocaine/heroin polydrug abusers. Neuropsychopharmacology **35**:2624-2637.
Gross, N. J. 1994. The lung health study. Disappointment and triumph. Jama **272**:1539-1541.
Hagan, H., H. Thiede, and D. C. Des Jarlais. 2005. HIV/hepatitis C virus co-infection in drug users: risk behavior and prevention. Aids **19 Suppl 3**:S199-207.
Hallinan, R., M. Osborn, M. Cohen, M. Dobbin, and A. Wodak. 2011. Increasing the benefits and reducing the harms of prescription opioid analgesics. Drug Alcohol Rev **30**:315-323.
HAS. 2006. STRATEGIES THERAPEUTIQUES D'AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE : Efficacité, efficience et prise en charge financière Haute Autorité de Santé.
HAS. 2015. Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : démarche du médecin traitant en ambulatoire. Haute Autorité de Santé.
Hatsukami, D. K., C. Lemmonds, and S. L. Tomar. 2004. Smokeless tobacco use: harm reduction or induction approach? Prev Med **38**:309-317.
Hautefeuille, M. 2015. Les jeux pathologiques. Éditorial. Psychotropes **21**:5-8.
Hellard, M., R. Sacks-Davis, and J. Gold. 2009. Hepatitis C treatment for injection drug users: a review of the available evidence. Clin Infect Dis **49**:561-573.
Hershberger, S. L., M. M. Wood, and D. G. Fisher. 2003. A cognitive-behavioral intervention to reduce HIV risk behaviors in crack and injection drug users. AIDS Behav **7**:229-243.
Hodgins, D. C., G. H. Fick, R. Murray, and J. A. Cunningham. 2013. Internet-based interventions for disordered gamblers: study protocol for a randomized controlled trial of online self-directed cognitive-behavioural motivational therapy. BMC Public Health **13**:10.
Hoffmann, D., M. V. Djordjevic, J. Fan, E. Zang, T. Glynn, and G. N. Connolly. 1995. Five leading U.S. commercial brands of moist snuff in 1994: assessment of carcinogenic N-nitrosamines. J Natl Cancer Inst **87**:1862-1869.
Hopkins, D. P., C. G. Husten, J. E. Fielding, J. N. Rosenquist, and L. L. Westphal. 2001. Evidence reviews and recommendations on interventions to reduce tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke: a summary of selected guidelines. Am J Prev Med **20**:67-87.
Howe, C. J., C. M. Fuller, D. C. Ompad, S. Galea, B. Koblin, D. Thomas, and D. Vlahov. 2005. Association of sex, hygiene and drug equipment sharing with hepatitis C virus infection among non-injecting drug users in New York City. Drug Alcohol Depend **79**:389-395.
Hubbard, R. L., S. G. Craddock, and J. Anderson. 2003. Overview of 5-year followup outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS). J Subst Abuse Treat **25**:125-134.
Hughes, C. E., and A. Stevens. 2012. A resounding success or a disastrous failure: re-examining the interpretation of evidence on the Portuguese decriminalisation of illicit drugs. Drug Alcohol Rev **31**:101-113.
IDPC. 2012. Guide sur les politiques des drogues. Consortium International sur les Politiques des Drogues.
INPES. 2012. Usages de drogues et pratiques addictives en France : Analyses du Baromètre santé 2010. INPES.
Inserm, E. c. 2010. Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues Institut national de la santé et de la recherche médicale.
Jauffret-Roustide, M., J. Emmanuelli, and J. C. Desenclos. 2006. [Limited impact of the harm-reduction policy on HCV among drug-users. The ANRS-Coquelicot survey example]. Rev Epidemiol Sante Publique **54 Spec No 1**:1S53-51S59.
Jauffret-Roustide, M., J. Pillonel, L. Weill-Barillet, L. Léon, Y. L. Strat, S. Brunet, T. Benoit, C. Chauvin, M. Lebreton, F. Barin, and C. Semaille. 2013. Estimation de la séroprévalence du VIH et de l'hépatite C chez les usagers de drogues en France - Premiers résultats de l'enquête ANRS-Coquelicot 2011. BEH **39-40**.

Jeanmart, C. 2008. Substitution sans frontière.. Prescription de méthadone et de Subutex® de part et d'autre de la frontière franco-belge. Psychotropes **14**:21-40.
Jones, J. D., S. Mogali, and S. D. Comer. 2012. Polydrug abuse: a review of opioid and benzodiazepine combination use. Drug Alcohol Depend **125**:8-18.
Kalkhoran, S., and S. A. Glantz. 2016. E-cigarettes and smoking cessation in real-world and clinical settings: a systematic review and meta-analysis. Lancet Respir Med **4**:116-128.
Kaner, E. F., F. Beyer, H. O. Dickinson, E. Pienaar, F. Campbell, C. Schlesinger, N. Heather, J. Saunders, and B. Burnand. 2007. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. Cochrane Database Syst Rev:CD004148.
Karila, L., R. Zarmdini, A. Petit, G. Lafaye, W. Lowenstein, and M. Reynaud. 2014. [Cocaine addiction: current data for the clinician]. Presse Med **43**:9-17.
Ker, K., and P. Chinnock. 2008. Interventions in the alcohol server setting for preventing injuries. Cochrane Database Syst Rev:CD005244.
Kerr, T., J. A. Stoltz, M. Tyndall, K. Li, R. Zhang, J. Montaner, and E. Wood. 2006. Impact of a medically supervised safer injection facility on community drug use patterns: a before and after study. Bmj **332**:220-222.
Kerr, T., E. Wood, E. Grafstein, T. Ishida, K. Shannon, C. Lai, J. Montaner, and M. W. Tyndall. 2005. High rates of primary care and emergency department use among injection drug users in Vancouver. J Public Health (Oxf) **27**:62-66.
King, B., R. Borland, and J. Fowles. 2007. Mainstream smoke emissions of Australian and Canadian cigarettes. Nicotine Tob Res **9**:835-844.
Kosten, T. R., C. B. Domingo, D. Shorter, F. Orson, C. Green, E. Somoza, R. Sekerka, F. R. Levin, J. J. Mariani, M. Stitzer, D. A. Tompkins, J. Rotrosen, V. Thakkar, B. Smoak, and K. Kampman. 2014. Vaccine for cocaine dependence: a randomized double-blind placebo-controlled efficacy trial. Drug Alcohol Depend **140**:42-47.
Lagrue, G. 2006. Arrêter de fumer ? Odile Jacob.
Larimer, M. E., C. Neighbors, T. W. Lostutter, U. Whiteside, J. M. Cronce, D. Kaysen, and D. D. Walker. 2012. Brief motivational feedback and cognitive behavioral interventions for prevention of disordered gambling: a randomized clinical trial. Addiction **107**:1148-1158.
Laugesen, M. 2010. Nicotine electronic cigarette sales are permitted under the Smokefree Environments Act. N Z Med J **123**:103-105.
Lavie, E., M. Fatseas, C. Denis, and M. Auriacombe. 2009. Benzodiazepine use among opiate-dependent subjects in buprenorphine maintenance treatment: correlates of use, abuse and dependence. Drug Alcohol Depend **99**:338-344.
Lejeune, C., L. Simmat-Durand, L. Gourarier, S. Aubisson, and A. Groupe d'Etudes Grossesse et. 2006. Prospective multicenter observational study of 260 infants born to 259 opiate-dependent mothers on methadone or high-dose buprenophine substitution. Drug Alcohol Depend **82**:250-257.
Leonard, L., E. DeRubeis, L. Pelude, E. Medd, N. Birkett, and J. Seto. 2008. "I inject less as I have easier access to pipes": injecting, and sharing of crack-smoking materials, decline as safer crack-smoking resources are distributed. Int J Drug Policy **19**:255-264.
Levin, F. R., S. M. Evans, D. J. Brooks, and F. Garawi. 2007. Treatment of cocaine dependent treatment seekers with adult ADHD: double-blind comparison of methylphenidate and placebo. Drug Alcohol Depend **87**:20-29.
Loustauneau, A., M. Auriacombe, J. P. Daulouede, and J. Tignol. 2002. [Is buprenorphine a potential alternative to methadone for treating pregnant drug users? Inventory of clinical data in the literature]. Ann Med Interne (Paris) **153**:2S31-36.
MacArthur, G. J., S. Minozzi, N. Martin, P. Vickerman, S. Deren, J. Bruneau, L. Degenhardt, and M. Hickman. 2012. Opiate substitution treatment and HIV transmission in people who inject drugs: systematic review and meta-analysis. Bmj **345**:e5945.
Malchy, L. A., V. Bungay, J. L. Johnson, and J. Buxton. 2011. Do crack smoking practices change with the introduction of safer crack kits? Can J Public Health **102**:188-192.

Mansdotter, A. M., M. K. Rydberg, E. Wallin, L. A. Lindholm, and S. Andreasson. 2007. A cost-effectiveness analysis of alcohol prevention targeting licensed premises. Eur J Public Health **17**:618-623.
Marlatt, G. A., and K. Witkiewitz. 2002. Harm reduction approaches to alcohol use: health promotion, prevention, and treatment. Addict Behav **27**:867-886.
Marlatt, G. A., and K. Witkiewitz. 2010. Update on harm-reduction policy and intervention research. Annu Rev Clin Psychol **6**:591-606.
Marshall, B. D., M. J. Milloy, E. Wood, J. S. Montaner, and T. Kerr. 2011. Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study. Lancet **377**:1429-1437.
Martins, S. S., L. Sampson, M. Cerda, and S. Galea. 2015. Worldwide Prevalence and Trends in Unintentional Drug Overdose: A Systematic Review of the Literature. Am J Public Health **105**:e29-49.
Mattick, R. P., C. Breen, J. Kimber, and M. Davoli. 2014. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. Cochrane Database Syst Rev **2**:CD002207.
McCann, E., and C. Temenos. 2015. Mobilizing Drug Consumption Rooms: inter-place networks and harm reduction drug policy. Health Place **31**:216-223.
Milloy, M. J., and E. Wood. 2009. Emerging role of supervised injecting facilities in human immunodeficiency virus prevention. Addiction **104**:620-621.
Minozzi, S., L. Amato, C. Bellisario, M. Ferri, and M. Davoli. 2013. Maintenance agonist treatments for opiate-dependent pregnant women. Cochrane Database Syst Rev **12**:CD006318.
Moatti, J. P., M. P. Carrieri, B. Spire, J. A. Gastaut, J. P. Cassuto, and J. Moreau. 2000. Adherence to HAART in French HIV-infected injecting drug users: the contribution of buprenorphine drug maintenance treatment. The Manif 2000 study group. Aids **14**:151-155.
Mooney, M. E., D. V. Herin, J. M. Schmitz, N. Moukaddam, C. E. Green, and J. Grabowski. 2009. Effects of oral methamphetamine on cocaine use: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Drug Alcohol Depend **101**:34-41.
Morel, A., P. Chappard, and J.-P. Couteron. 2012. L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie. 978-2-10-058215-0, Dunod.
National Drugs and Poisons Scheduling Committee. 2009. Standard for the uniform scheduling of drugs and poisons (SUSDP) No. 23. Commonwealth of Australia.
New Zealand Public Health Directorate. 2006. Classification of medicines notice, schedule 3, pharmacy-only medicines: nicotine. NZ Department of Internal Affairs.
Norberg, M. M., L. Hides, J. Olivier, L. Khawar, R. McKetin, and J. Copeland. 2014. Brief interventions to reduce Ecstasy use: a multi-site randomized controlled trial. Behav Ther **45**:745-759.
OEDT. 2010. Création d'un observatoire national des drogues: manuel conjoint.
OFDT. 2014. Les traitements de substitution aux opiacés en France : données récentes.
OFDT. 2015. Synthèse thématique : médicaments psychotropes.
OMS. 2010. Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool.
Osterdahl, B. G., C. Jansson, and A. Paccou. 2004. Decreased levels of tobacco-specific N-nitrosamines in moist snuff on the Swedish market. J Agric Food Chem **52**:5085-5088.
Pankow, J. S., D. K. Kwan, B. B. Duncan, M. I. Schmidt, D. J. Couper, S. Golden, and C. M. Ballantyne. 2007. Cardiometabolic risk in impaired fasting glucose and impaired glucose tolerance: the Atherosclerosis Risk in Communities Study. Diabetes Care **30**:325-331.
Peyriere, H., C. Eiden, J. Micallef, M. Lapeyre-Mestre, J. L. Faillie, and J. P. Blayac. 2013. Slow-release oral morphine sulfate abuse: results of the postmarketing surveillance systems for psychoactive prescription drug abuse in France. Eur Addict Res **19**:235-244.

Potier, C., V. Laprevote, F. Dubois-Arber, O. Cottencin, and B. Rolland. 2014. Supervised injection services: what has been demonstrated? A systematic literature review. Drug Alcohol Depend **145**:48-68.
Ramstrom, L. 2003. Snus: part of the problem or part of the solution? Addiction **98**:1198-1199; discussion 1204-1197.
Rees, V. W., G. F. Wayne, and G. N. Connolly. 2008. Puffing style and human exposure minimally altered by switching to a carbon-filtered cigarette. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev **17**:2995-3003.
Reinarman, C., P. D. Cohen, and H. L. Kaal. 2004. The limited relevance of drug policy: cannabis in Amsterdam and in San Francisco. Am J Public Health **94**:836-842.
Reynaud, M. 2013. LES DOMMAGES LIES AUX ADDICTIONS ET LES STRATEGIES VALIDEES POUR REDUIRE CES DOMMAGES (Rapport remis à Madame Daniele Jourdain-Menninger Présidente de la MILDT).
Rhodes, T. 2009. Risk environments and drug harms: a social science for harm reduction approach. Int J Drug Policy **20**:193-201.
Ritter, A., and J. Cameron. 2006. A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs. Drug Alcohol Rev **25**:611-624.
Rolland, B. 2016. Pharmacotherapy for Alcohol Dependence: The 2015 Recommendations of the French Alcohol Society. European Federation of Addiction Societies.
Roux, P., M. P. Carrieri, J. Cohen, I. Ravaux, I. Poizot-Martin, P. Dellamonica, and B. Spire. 2009. Retention in opioid substitution treatment: a major predictor of long-term virological success for HIV-infected injection drug users receiving antiretroviral treatment. Clin Infect Dis **49**:1433-1440.
Roux, P., M. P. Carrieri, V. Villes, P. Dellamonica, I. Poizot-Martin, I. Ravaux, and B. Spire. 2008. The impact of methadone or buprenorphine treatment and ongoing injection on highly active antiretroviral therapy (HAART) adherence: evidence from the MANIF2000 cohort study. Addiction **103**:1828-1836.
Roux, P., J. M. Le Gall, M. Debrus, C. Protopopescu, B. Demoulin, C. Lions, A. Haas, M. Mora, B. Spire, M. Suzan-Monti, and M. P. Carrieri. 2015. Innovative community-based educational face-to-face intervention to reduce HIV, HCV and other blood-borne infectious risks in difficult-to-reach people who inject drugs: results from the ANRS-AERLI intervention study. Addiction.
Rush, C. R., W. W. Stoops, and L. R. Hays. 2009. Cocaine effects during D-amphetamine maintenance: a human laboratory analysis of safety, tolerability and efficacy. Drug Alcohol Depend **99**:261-271.
Scheinmann, R., H. Hagan, C. Lelutiu-Weinberger, R. Stern, D. C. Des Jarlais, P. L. Flom, and S. Strauss. 2007. Non-injection drug use and Hepatitis C Virus: a systematic review. Drug Alcohol Depend **89**:1-12.
Schnoll, R. A., and C. Lerman. 2006. Current and emerging pharmacotherapies for treating tobacco dependence. Expert Opin Emerg Drugs **11**:429-444.
Schubiner, H., K. K. Saules, C. L. Arfken, C. E. Johanson, C. R. Schuster, N. Lockhart, A. Edwards, J. Donlin, and E. Pihlgren. 2002. Double-blind placebo-controlled trial of methylphenidate in the treatment of adult ADHD patients with comorbid cocaine dependence. Exp Clin Psychopharmacol **10**:286-294.
Shiffman, S., C. N. Rolf, S. J. Hellebusch, J. Gorsline, C. W. Gorodetzky, Y. K. Chiang, D. S. Schleusener, and M. E. Di Marino. 2002. Real-world efficacy of prescription and over-the-counter nicotine replacement therapy. Addiction **97**:505-516.
Small, W., E. Wood, D. Tobin, J. Rikley, D. Lapushinsky, and T. Kerr. 2012. The Injection Support Team: a peer-driven program to address unsafe injecting in a Canadian setting. Subst Use Misuse **47**:491-501.
Stead, L. F., R. Perera, C. Bullen, D. Mant, and T. Lancaster. 2008. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev:CD000146.

Stepanov, I., J. Jensen, D. Hatsukami, and S. S. Hecht. 2006. Tobacco-specific nitrosamines in new tobacco products. Nicotine Tob Res **8**:309-313.
Strang, J., T. Groshkova, A. Uchtenhagen, W. van den Brink, C. Haasen, M. T. Schechter, N. Lintzeris, J. Bell, A. Pirona, E. Oviedo-Joekes, R. Simon, and N. Metrebian. 2015. Heroin on trial: systematic review and meta-analysis of randomised trials of diamorphine-prescribing as treatment for refractory heroin addictiondagger. Br J Psychiatry **207**:5-14.
Strathdee, S. A., L. Beletsky, and T. Kerr. 2015. HIV, drugs and the legal environment. Int J Drug Policy **26 Suppl 1**:S27-32.
Strathdee, S. A., and J. R. Navarro. 2010. Commentary on Salmon et al. (2010): The case for safer inhalation facilities--waiting to inhale. Addiction **105**:684-685.
Stratton, K., P. Shetty, R. Wallace, and S. Bondurant. 2001. Clearing the smoke: the science base for tobacco harm reduction--executive summary. Tob Control **10**:189-195.
Stucki, S., and M. Rihs-Middel. 2007. Prevalence of adult problem and pathological gambling between 2000 and 2005: an update. J Gambl Stud **23**:245-257.
Thibault, V., J. L. Bara, T. Nefau, and C. Duplessy-Garson. 2011. Hepatitis C transmission in injection drug users: could swabs be the main culprit? J Infect Dis **204**:1839-1842.
Thom, B., and M. Bayley. 2007. Multi-component programmes : An approach to prevent and reduce alcohol-related harm. Joseph Rowntree Foundation, York.
University of Manchester. 2015. The National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness Annual Report 2015: England, Northern Ireland, Scotland and Wales. University of Manchester.
UNODC. 2003. PEER TO PEER : using peer to peer strategies in drug abuse prevention. United Nations office on drugs and crime, Vienna.
Van Den Berg, C., C. Smit, G. Van Brussel, R. Coutinho, and M. Prins. 2007. Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users. Addiction **102**:1454-1462.
Vicens, C., F. Bejarano, E. Sempere, C. Mateu, F. Fiol, I. Socias, E. Aragones, V. Palop, J. L. Beltran, J. L. Pinol, G. Lera, S. Folch, M. Mengual, J. Basora, M. Esteva, J. Llobera, M. Roca, M. Gili, and A. Leiva. 2014. Comparative efficacy of two interventions to discontinue long-term benzodiazepine use: cluster randomised controlled trial in primary care. Br J Psychiatry **204**:471-479.
Vicens, C., E. Sempere, F. Bejarano, I. Socias, C. Mateu, F. Fiol, V. Palop, M. Mengual, S. Folch, G. Lera, J. Basora, and A. Leiva. 2016. Efficacy of two interventions on the discontinuation of benzodiazepines in long-term users: 36-month follow-up of a cluster randomised trial in primary care. Br J Gen Pract **66**:e85-91.
Volkow, N. D., J. S. Fowler, G. J. Wang, and R. Z. Goldstein. 2002. Role of dopamine, the frontal cortex and memory circuits in drug addiction: insight from imaging studies. Neurobiol Learn Mem **78**:610-624.
Vuolo, M. 2013. National-level drug policy and young people's illicit drug use: a multilevel analysis of the European Union. Drug Alcohol Depend **131**:149-156.
Wallin, E., T. Norstrom, and S. Andreasson. 2003. Alcohol prevention targeting licensed premises: a study of effects on violence. J Stud Alcohol **64**:270-277.
Warner, K. E., J. Slade, and D. T. Sweanor. 1997. The emerging market for long-term nicotine maintenance. Jama **278**:1087-1092.
Wechsberg, W. M., W. K. Lam, W. A. Zule, and G. Bobashev. 2004. Efficacy of a woman-focused intervention to reduce HIV risk and increase self-sufficiency among African American crack abusers. Am J Public Health **94**:1165-1173.
Wodak, A., and A. Cooney. 2006. Do needle syringe programs reduce HIV infection among injecting drug users: a comprehensive review of the international evidence. Subst Use Misuse **41**:777-813.

Wohl, M. J., S. Gainsbury, M. J. Stewart, and T. Sztainert. 2013. Facilitating responsible gambling: the relative effectiveness of education-based animation and monetary limit setting pop-up messages among electronic gaming machine players. J Gambl Stud **29**:703-717.

Wood, E., T. Kerr, E. Lloyd-Smith, C. Buchner, D. C. Marsh, J. S. Montaner, and M. W. Tyndall. 2004. Methodology for evaluating Insite: Canada's first medically supervised safer injection facility for injection drug users. Harm Reduct J **1**:9.

Wood, E., M. W. Tyndall, R. Zhang, J. S. Montaner, and T. Kerr. 2007. Rate of detoxification service use and its impact among a cohort of supervised injecting facility users. Addiction **102**:916-919.

Young, M. M., A. Stevens, J. Galipeau, T. Pirie, C. Garritty, K. Singh, F. Yazdi, M. Golfam, M. Pratt, L. Turner, A. Porath-Waller, C. Arratoon, N. Haley, K. Leslie, R. Reardon, B. Sproule, J. Grimshaw, and D. Moher. 2014. Effectiveness of brief interventions as part of the Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT) model for reducing the nonmedical use of psychoactive substances: a systematic review. Syst Rev **3**:50.

3. Troisième partie : La RDRD nécessite-t-elle de nouvelles pratiques et de nouveaux outils ?

3.1. En quoi les pratiques de RDRD peuvent-elles s'intégrer dans les stratégies de prévention et de soin et les améliorer, dans tous les secteurs des addictions ? Quelle place des usagers dans ces modalités d'action ?

1) Pratique RDRD : spécificité ?

Quand nous parlons de pratiques de RDRD, à quoi faisons-nous référence ? Nous pouvons peut être les considérer comme l'ensemble des pratiques qui interviennent dans une logique de réduction des risques et des dommages provoqués par l'usage de produits psychoactifs licites ou illicite (e.g., Informer ; conseiller ; dialoguer ; alerter : accompagner, soigner). Toutes ces pratiques respectent les principes fondamentaux de la RDRD : partir des situations réelles des personnes afin de proposer des solutions réalistes adaptées et pour chacune d'entre elles, respectant d'une certaine manière le serment d'Hippocrate : Le médecin (ou plus largement, l'acteur de santé) doit guérir. S'il ne peut pas guérir, il doit soigner. S'il ne peut pas soigner, il doit accompagner, ne pas abandonner le patient (la personne)" (Morel et al. 2012).

2) En quoi peuvent-elles s'intégrer dans les stratégies de prévention et de soin et les améliorer ?

a) RDRD prévention et soin, l'origine de ce cloisonnement : le dogme de l'abstinence

En France, face aux addictions, ce lien entre « prendre soin » et « soigner » est longtemps resté subordonné au dogme de l'abstinence « totale et définitive » qui a centré le soin sur « la cure de désintoxication ». La survenue de la pandémie du sida a brutalement changé les priorités et imposé la RDRD infectieux comme premier objectif chez les usagers de SPA. Avec l'ensemble des acteurs de la prise en charge, les médecins ont dû prendre conscience de la nécessité de s'intéresser à leur rôle essentiel pour les aider à réduire les risques et les dommages. Pour autant l'alliage entre soins et RDRD n'est pas encore totalement réalisé aujourd'hui. La dichotomie initiale entre une RDRD cantonnée à la prévention des maladies infectieuses et des soins consacrés à obtenir et maintenir l'abstinence conduit encore à limiter la RDRD à une aide minimale « faute de mieux » et, à abandonner à eux-mêmes ou à des lieux caritatif « à bas seuil » les usagers qui ne sont pas « dans une demande de soins » (Morel et al. 2012).

b) RDRD, dépassement du clivage : une démarche graduelle

Dans une logique de RDRD, l'objectif n'est pas défini *a priori* par l'abstinence, mais par l'amélioration de l'état de santé du patient et sa qualité de vie, ce qui passe généralement par un contrôle et une réduction de sa consommation et parfois par l'abstinence. Cette dynamique pédagogique, faite de propositions graduelles adaptées à l'intentionnalité de soin de la personne, va en soutenir la démarche et renforcer les ressources.

L'introduction des traitements de substitution des opiacés (TSO), composante essentielle de la RDR, a contribué à invalider cette séparation, montrant l'intérêt et la faisabilité d'un accompagnement « *step by step* ». Ils démontrent la compatibilité et même la synergie qui peut exister entre un objectif de soin et celui de RDRD au travers de propositions acceptables, « appropriable » par la personne, adaptées à sa temporalité, faites de façon graduelle (Morel et al. 2012). Il s'agit d'une autre philosophie du soin qui part de la demande de l'usager et propose des réponses graduées en fonction de ces besoins en respectant un continuum qui dépasse la segmentation des dispositifs (Reynaud 2013).

La force d'une approche gradualiste est d'offrir une « mosaïque » de possibilités, que les usagers peuvent choisir en fonction de leurs attentes, dans une optique d'ouverture qui permette d'optimiser la prise en charge des personnes usagères de SPA et qui favorise la collaboration entre les professionnels (Jauffret-Roustide 2011).

c) La conception du soin dans la RDRD : l'alliance thérapeutique

Cette conception du soin permet d'adapter les propositions thérapeutiques dans un mode relationnel soignant/soigné respectant les deux principes la RDRD de *congruence* et de *prendre soin* (*take care*). Ce cadre protège l'alliance thérapeutique qui vise à construire avec la personne et non pas pour elle sur la base d'un partage de connaissance (Morel et al. 2012). Ce partage de connaissances donne sa cohérence au soin en contribuant à l'outillage de la personne pour l'aider à augmenter sa qualité de vie, outillage aussi du soignant qui apprend à mieux adapter ses propositions thérapeutiques et l'usage de ses traitements au plus près de la personne. Ainsi, l'efficacité des programmes de RDRD repose sur leur capacité à s'ajuster au plus concret des pratiques de consommations, y compris lorsqu'elles sont cachées et d'évolution très rapide. D'où une double nécessité : s'adosser autant que possible aux savoirs et compétences des consommateurs et leur réserver une place dans le dispose.

3) La place des usagers dans ce continuum

a) participe à la co-construction des offres de soin (éducation thérapeutique partagée)

La force et l'originalité de la RDRD ont reposé sur sa capacité à établir une alliance avec les usagers pour créer et développer le dispositif. Les premiers acteurs ont parié sur la

responsabilité individuelle et collective des usagers à une époque où elle leur était totalement déniée, et ils ont su susciter leur participation aux services et leur soutien à la politique de RDR. Leur implication à pris la forme d'éducation par les pairs, d'intégration d'usager ou d'ex usagers dans les équipes, la création d'association de santé communautaire (e.g., t+ ; aides). Des formes plus politiques, comme les groupes d'auto-support d'usagers ont incarné un statut d'usagers-citoyens revendiquant de participer à l'élaboration des politiques qui les concernent.

b) participe à l'actualisation des connaissances

L'articulation de l'expertise propre aux usagers (i.e., savoirs d'usages ; life skills) au dispositif de RDRD est essentielle pour définir les nouveaux enjeux et les nouvelles politiques, d'abord de la réduction des risques mais aussi de la prévention des soins (Morel et al. 2012). L'exemple des nouveaux produits de synthèses (NPS), a ouvert un nouvel espace de construction de la connaissance par les usagers eux-mêmes (trip reports, forums) qui prend tous les dispositifs experts et institutionnels de court, nous démontrant qu'une fois encore les réponses à cette offre en perpétuelle mutation ne se construisent pas sans le savoir des usagers (Reynaud 2013).

Ainsi, Il convient de s'appuyer sur le savoir-faire des acteurs de médiation (e.g., travailleurs pairs) qui aident à l'adaptation du dispositif aux besoins identifiés, transmettent des messages de prévention et renforcent les liens avec les professionnels du champ sanitaire et social : éducateurs spécialisés, assistant(e)s sociaux, médecins ou infirmier(e)s (Inserm 2010b). Tout récemment, l'association ASUD a mis en place un Observatoire des Droits des Usagers[6], projet de démocratie sanitaire pour les usagers et ex-usagers de SPA qui vise à recueillir l'expression des attentes et des besoins des usagers des dispositifs de soins dans le but d'améliorer l'accès aux soins des usagers de SPA. Ce type de dispositif pourrait permettre de recueillir des informations utiles à l'amélioration des services proposés aux usagers.

c) Nous renseigne sur la dimension adaptative des pratiques

Il est important de rappeler que ce qui peut constituer une mauvaise utilisation du traitement pour le soignant (prises multiples, sniff de BHD) peut constituer une forme d'avancée pour l'usager, une pratique « alternative » (Morel et al. 2012). Ainsi, en considérant que ces conduites ne peuvent être qualifiée simplement de « maladie » ou « problématique » (comme la RDRD le propose), et comportent, peu ou prou, une dimension adaptive (Morel and Couteron 2008), on admet une dimension accessible seulement par l'usager, renforçant ainsi sa place indispensable dans ce dispositif offrant un éclairage nouveau et une grille de lecture

[6]http://www.asud.org/odu/

complémentaire. Ce qui souligne encore une fois la nécessité de l'échange de savoirs et de l'expérience entre soignants et soignés. Plusieurs exemples d'associations d'usagers sont à préciser, l'association ASUD[7], le site PsychoACTIF[8], qui laisse la parole aux usagers sur diverses questions autour de la RDRD et les substances psychoactives, ainsi que l'association AIDUCE[9] pour les questions autour de la cigarette électronique.

4) Recommandations

Le développement de la place des usagers nécessite un changement de la législation : Dans la pratique, la RDRD a modifié la conception et les pratiques de soin et de prévention, et donc la politique de santé dans son ensemble, organisant de nouveaux rapports avec les usagers en accord avec les principes fondamentaux de cette approche. Ces changements n'ont pas été revendiqués car ils impliquent de renoncer à l'objectif d'éradication des drogues, pas encore amorcé partout. L'*empowerment* des usagers et les actions innovantes en la matière ne sont possibles que si l'on peut parler des substances psychoactifs, de leurs modes d'usage et de leurs effets. De ce point de vue, la RDRD se trouve en contradiction directe avec la législation prohibitionniste pénalisant l'usager. La loi de 1970 sur les « stupéfiants » faits des usagers de SPA illicites des délinquants soumis à des sanctions pénales. Dans ce cadre, comment considérer leur participation à l'amélioration des dispositifs ? (Morel et al. 2012)

3.2. Faut-il distinguer des lieux et des acteurs en fonction des modalités d'action (qui fait quoi en matière de RdRD) ? Comment faire de la réduction des risques dans les lieux de traitement ? En centres résidentiels de soins ? En hébergement social ? En prison ?

Le plan gouvernemental en matière de réduction des risques et des dommages sanitaires et sociaux 2013-2017 indiquait : "la politique de réduction des risques doit s'inscrire dans une logique de continuum avec les stratégies thérapeutiques et s'appuyer sur l'ensemble des acteurs qui interviennent dans le champ des addictions. L'approche collective de la réduction des risques doit s'accompagner d'une offre de réponses individualisées permettant de faire face à la diversité des besoins de chaque usager de drogues" (Mildeca 2013). La RDRD a longtemps été associée aux Usagers de Drogues par Voie Intraveineuse (UDVI) à risque d'overdose et infectieux. Elle s'élargit aujourd'hui à tous les produits faisant l'objet d'un usage problématique, tels que le tabac, l'alcool, le cannabis, les polyconsommations.

[7] http://www.asud.org/
[8] https://www.psychoactif.org/forum/index.php
[9] https://www.aiduce.org/

Actuellement en France, les dispositifs participant à ces actions de RdRD sont les suivants : CSAPA et CAARUD, médecine de ville, pharmacies, acteurs associatifs et municipalités. Les lieux d'intervention sont divers : en officine, en cabinet médical, dans un centre d'accueil, dans un bus, dans la rue, les espaces verts, les gares, les squats, en détention ou en milieu festif (grands événements, clubs…). Les modes d'intervention sont également variés : point de contact fixe, équipe mobile, équipe de rue, équipe en milieu festif ou équipe qui intervient en prison.

La RDRD doit donc être proposée dans tous les champs de la santé qui peuvent accueillir des populations ayant des problématiques d'addiction comme dans des lieux spécifiques à certaines populations afin de traiter au mieux les problèmes liés à leurs conduites addictives.

La RDRD en CSAPA s'intègre peu à peu dans le modèle global de soins en addictologie, qui n'a plus pour unique objectif l'abstinence mais le retour à une qualité de vie. Cette nouvelle approche remet en cause les objectifs de soins traditionnels mais aussi le rôle du soignant, avec la question des limites : jusqu'où accompagner les consommations ? Comment travailler dans le soin avec la consommation ? Si des CSAPA travaillaient déjà depuis de nombreuses années dans cette approche, ils étaient loin d'être majoritaires dans le contexte français où l'idéologie l'emportait souvent sur les évidences scientifiques. La Fédération Addiction publiait en Décembre 2015 le rapport "Agir en réduction des risques en CSAPA et CAARUD" issu d'une enquête auprès de CSAPA et CAARUD français : la RDRD semble s'être globalement intégrée de manière efficiente, avec son intégration au projet d'établissement pour la quasi totalité des CSAPA répondant. La très grande majorité (77%) des CSAPA déclarait des partenariats autour de la RDRD avec un CAARUD en particulier (même association gestionnaire pour une partie d'entre eux). S'il n'existe pas, dans la majorité des cas, de professionnel identifié spécifiquement RDRD dans les équipes (un infirmier quand c'est le cas), l'approche RDRD semble s'intégrer dans l'accompagnement individuel des personnes en soin au CSAPA.

La RdRD "résidentielle" : Le versant « soins résidentiels » du dispositif médicosocial spécialisé en addictologie est en cours de structuration pour apporter des offres diversifies et adaptées à différentes populations : Centre Thérapeutiques Résidentiels (CTR), Communautés thérapeutiques (CT), Familles d'accueil (FA), Appartements Thérapeutiques (AT). Ce dispositif de soins résidentiels apporte des outils indispensables pour les accompagnements les plus difficiles.

Concernant les centres de soins résidentiels, La Fédération addiction, dans son Guide "Pratiques professionnelles dans les dispositifs médico-sociaux de soins résidentiels" proposait les recommandations suivantes (Fédération Addiction 2013) :

-le principe de réduction des risques devrait être intégré systématiquement au projet ;

-l'information quant aux lieux dans lesquels les résidents peuvent échanger des seringues (distributeurs, pharmacies) ou autres matériels de consommation (pipes à crack…), ainsi que sur les dispositifs ressources en matière de réduction des risques à l'extérieur du centre, est facilement disponible ;
-l'équipe informe les résidents sur les risques et dommages liés aux addictions (dont les IST). Elle aménage un accès à du matériel de réduction des risques en particulier liés aux rapports sexuels, et est encouragée à aménager un accès à un matériel de réduction des risques liés aux consommations ;
-le centre s'assure de la sécurité des résidents et du personnel en mettant à leur disposition un ou plusieurs récupérateurs de matériels d'injection.
La synthèse de Reynaud et coll. (Reynaud 2013) évoquaient les soins résidentiels dans ses recommandations :
- Développer les capacités d'accueil des services de soins résidentiels sur la base d'une programmation nationale et régionale, garantissant l'égalité d'accès aux différents profils et parcours d'usagers et aux offres correspondantes, et mettre notamment en place une programmation pour, en moyenne par Région, 30 places en Centres Thérapeutiques Résidentiels, 30 places en Communauté Thérapeutique et 10 places en Réseau de Familles d'Accueil.
- Consolider et développer des programmes thérapeutiques de jour, notamment en lien avec des hébergements médico-sociaux.
- Clarifier les fonctions des CHRS, ceux « dit » addictologiques
- Développer des structures ambulatoires et avec hébergement adaptées pour public en situation de précarité sociale notamment en zone urbaine très peuplée, visant la réduction des risques et des dommages.
- Intégrer des dispositifs innovants en direction de populations particulières (notamment des centres de consommations supervisées et des programmes adaptés d'éducation aux risques liés à l'injection), les actions dans les lieux festifs et auprès des publics précaires.

La RDRD en hébergement social : L'accueil et l'accompagnement des personnes consommatrices actives de substances en structures d'hébergement peut être complexe. La Fédération Addiction et la FNARS ont édité en décembre 2015 un guide "Addictions & lutte contre les exclusions : travailler ensemble" qui s'intéressait à cette problématique et dont les conclusions sont reprises ici. La plupart de ces structures ont inscrit l'obligation d'abstinence à leur règlement intérieur, assimilant ainsi abstinence à soin et le soin comme la condition à l'hébergement. L'obligation d'abstinence résulte également d'autres contraintes : troubles du comportement liés à l'usage de substances, vie en collectivité de personnes consommatrices

et d'autres ayant pour objectif le maintien de l'abstinence, nécessitant un cadre sécurisant. Ainsi l'accès à un hébergement représente une réelle difficulté pour les consommateurs actifs de SPA qui se retrouvent alors doublement exclus, du fait de leurs problématiques addictives et de leur difficulté à accéder aux dispositifs d'hébergement et d'inclusion sociale. L'accueil de ces personnes implique d'adapter le cadre institutionnel (règlement de fonctionnement) et de faire en sorte que l'accompagnement proposé en structure d'hébergement s'inscrive dans une visée de réduction des risques. Accompagner en réduction des risques, c'est proposer une approche combinant des exigences adaptées à la situation de chaque personne et au seuil de tolérance de la structure (ce que la structure peut accepter au regard de son règlement et de son fonctionnement). Il peut s'agir de travailler avec la personne sur la gestion de ses consommations (en l'encourageant par exemple à espacer les consommations). Pour mettre en œuvre ces principes, l'établissement peut prendre appui sur les CAARUD et sur leurs équipes pluridisciplinaires, dont l'une des missions est d'«aller vers» les publics et institutions. Pour les équipes des dispositifs d'hébergement, la prise en compte de la réduction des risques permet de lever le tabou lié aux addictions, de pouvoir travailler ensemble, bénéficier de l'appui du dispositif dédié, d'être outillées dans leurs pratiques. De plus, la formation régulière des équipes permet de mettre en place des actions de réduction des risques adaptées aux personnes accueillies et au cadre institutionnel. L'ensemble de ces éléments facilite le travail avec la personne grâce à un accompagnement adapté et spécialisé.
Le dispositif Housing First, développé initialement aux USA, peut être résumé comme "un logement d'abord" : proposer un logement et un accompagnement aux sans abris souffrant de troubles psychiatriques et addictifs, sans condition de traitement ou d'abstinence aux SPA. Housing first a montré des résultats prometteurs à l'étranger (Groton 2013) où 70 à 80% des personnes étaient encore dans leur logement après 4 ans et est développé de façon expérimentale en France depuis 2011, avec des résultats comparables.

La RDRD en prison : L'incarcération est fréquente dans le parcours d'un usager de SPA illicites. Une estimation peut être donnée : dans l'Union européenne (UE), environ 50% des détenus ont des antécédents de consommation de SPA, alors qu'aux Etats-Unis, ce chiffre dépasse 80%. Les UDVIs sont largement surreprésentés, constituant souvent 50% des détenus, alors qu'ils représentent seulement 1 à 3% de la population dans son ensemble (IDPC 2012).
Selon l'enquête RECAP menée en 2011 par l'OFDT, 43% des usagers de SPA pris en charge par un CSAPA pour un problème de SPA illicites autres que le cannabis ont déjà été incarcérés : trois sur cinq l'ont même été plusieurs fois. Parmi les seuls usagers de CAARUD, 14,9% avaient été incarcérés au cours de l'année précédente (Cadet-Taïrou 2012).

Le risque de contamination en prison est d'autant plus élevé que le partage du matériel d'injection, reconnu comme facteur majeur d'infection par le VIH constitue une pratique courante. Ces constats soulignent la nécessité d'une politique de réduction des risques infectieux (RDR) efficace et adaptée au milieu pénitentiaire. L'étude PRIDE montre en effet que les détenus ont peu accès aux dispositifs et outils de RDRD (Michel et al. 2011).

Figure 7. Pays bénéficiant de programmes d'échange de seringues en prison (en 2012) (Obradovic 2013)

Pays, localisation, prison (référence)	Consommation de drogues	Injection de drogues	Partage de seringues	Incidence du VIH/VHC
Allemagne, Hambourg, Am Hasenberge ♂ (Stöver, Nelles, 2003)	Pas d'augmentation	Pas d'augmentation	Diminution importante	Pas de données
Allemagne, Basse-Saxe, Hannöversand ♀ (Stöver, Nelles, 2003)	Pas d'augmentation	Pas d'augmentation	Diminution importante	Pas de données
Allemagne, Berlin, Lehrter Strasse ♂ **et Lichtenberg** ♀ (Stark et al., 2006)	Pas d'augmentation	Pas d'augmentation	Diminution importante	4 séroconversions (1 infection en prison)
Allemagne, Basse-Saxe, Lingen 1 ♂ (Stöver, 2000 ; Jacob, Stöver, 2000)	Pas d'augmentation	Pas d'augmentation	Diminution importante	Pas de séroconversion
Allemagne, Basse-Saxe, Vechta ♀ (Stöver, 2000 ; Jacob, Stöver, 2000)	Pas d'augmentation	Pas d'augmentation	Diminution importante	Pas de séroconversion
Allemagne, État de Hambourg, Vierlande ♀ **et** ♂ (Heinemann, Gross, 2001)	Pas d'augmentation	Pas d'augmentation	Aucun changement	Pas de données
Espagne, Gran Bilbao, Basauri ♂ (Menoyo et al., 2000)	Pas d'augmentation	Pas d'augmentation	Pas de données	Pas de séroconversion
Iran, Téhéran, Ispahan et Hamadan ♂ (Shahbazi et al., 2010)	Pas de données	Pas de données	Diminution importante	Pas de données
Moldavie, Branesti* ♂**, colonie pénitentiaires 4*** ♂ **et 15 de Cricova, Pruncul*** ♂**, Rusca*** ♀ (Hooever, Jürgens, 2009)	Pas d'augmentation	Pas d'augmentation	Pas d'augmentation	Diminution
Suisse, canton de Berne, Hindelbank ♀ (Nelles et al., 1997)	Diminution	Pas d'augmentation	Diminution importante	Pas de séroconversion
Suisse, canton des Grisons, Realta/Cazis ♂ (Nelles et al., 1999)	Diminution	Pas d'augmentation	Cas particuliers	Pas de séroconversion

Source : Heinemann, Gross, 2001 ; Stöver, Nelles, 2003 ; OMS, 2007 ; Hooever, Jürgens, 2009 ; Shahbazi *et al.*, 2010.

N.B. : les prisons pour femmes sont indiquées via le symbole ♀, les prisons pour hommes via ♂ et les prisons accueillant à la fois des hommes et des femmes portent les deux symboles ♀ et ♂; un astérisque distingue les centres de semi-liberté.

Cependant, en 2012, seuls 9 pays avaient implanté des programmes d'échange de seringue (PES) (IRHA, 2012). Les évaluations réalisées dans ces pays précurseurs mettaient en évidence une diminution du partage du matériel d'injection, pas de séroconversion pour le VIH, très peu pour le VHC. Il n'y avait pas d'accroissement du nombre de détenus pratiquant l'injection, ni de la disponibilité des SPA. (Figure 7)

Les traitements de substitution aux opiacés (TSO) ont fait la preuve de leur efficacité dans le traitement de la dépendance aux opiacés, en réduisant significativement l'usage d'opiacés, les pratiques d'injection et le partage du matériel d'injection (Gowing et al. 2008, Hedrich et al. 2012). Les TSO sont prescrits en prison en France depuis 1996 et depuis 2002, la primo-prescription a été étendue aux médecins intervenant en prison. Il existe toutefois une grande hétérogénéité dans l'accès aux TSO dans les établissements pénitentiaires français pour des raisons diverses (réticences du personnel, manque de formation, insuffisance de moyens).

La distribution d'eau de javel et de désinfectants est recensée par l'OMS comme une mesure de seconde ligne par rapport aux PES. Son efficacité dans le contexte de la détention n'a pas été validée. En France, l'eau de javel est délivrée tous les 15 jours à chaque détenu par l'administration pénitentiaire, le rythme de délivrance n'étant pas réellement observé et aucun mode d'emploi clair fourni.

L'accès aux préservatifs est généralisé dans les prisons françaises. L'accès aux traitements antirétroviraux VIH et VHC également, participant à réduire le réservoir viral et les risques infectieux.

Les ateliers d'éducation et d'information sont très peu mis en place. Les facteurs limitatifs souvent cités par les professionnels sont le manque de personnels sanitaires ou de locaux, les conditions de détention et la surpopulation carcérale, l'absence de motivation des personnes détenues, leur « turnover » important, l'absence de communication autour des projets à destination des personnes détenues et des personnels pénitentiaires et enfin, la recherche de financements.

Enfin, la préparation à la sortie fait partie intégrante de la RDRD, avec notamment la rencontre avec les intervenants extérieurs de façon à assurer la continuité des soins.

Le principe d'équivalence des soins et des mesures de prévention entre milieu libre et prison, recommandé par l'OMS, n'est pas respecté en France. L'article 9 des Principes fondamentaux relatifs au traitement des détenus adoptés par l'ONU en 1990 rendait explicite ce principe d'équivalence : "Les détenus ont accès aux services de santé existant dans le pays, sans discrimination aucune du fait de leur statut juridique." Il n'y a pas aujourd'hui de politique de réduction des risques globale dans les prisons françaises.

Le groupe d'experts recommande de promouvoir cohérence et articulation des différentes politiques publiques sanitaires, sociales et pénales pour rendre efficace toute la stratégie de réduction des risques liés à l'usage de drogues. L'approche collective de la réduction des risques doit pouvoir faire face à la diversité des besoins de chaque usager de drogues par une réponse individualisée de la part de chaque soignant. Une politique gradualiste permet d'inscrire la réduction des risques dans une logique de continuum et non d'opposition avec les stratégies de prise en charge de la dépendance.

3.3. Comment prendre en compte les phénomènes émergents (nouveaux produits de synthèse, nouveaux publics, etc.) et trouver des réponses adaptées ? Comment permettre au dispositif de RdRD de s'actualiser/s'adapter en permanence en fonction de l'évolution des usages et des problèmes liés aux usages ?

1) Phénomènes émergents ?

Afin d'être efficace, la politique de réduction des risques doit prendre en compte les évolutions des pratiques (produits, modalités de consommations), des profils des consommateurs ainsi que l'évolution des contextes de consommations. Avec le phénomène de massification et diversification des usages de drogues que connaissent les sociétés occidentales, de nouveaux phénomènes ont pu émerger posant la question de l'adaptabilité des outils et messages de la RDRD (Inserm 2010b).

a) Quels types de phénomènes ?

De façon générale, notons l'augmentation de la consommation de psychostimulant (e.g., cocaïne, d'ecstasy, d'amphétamine) quel que soit le mode d'usage (injecté, sniffé, fumé) . L'injection de cocaïne peut entraîner la prise compulsive et des problèmes sanitaires dus au surdosage sont de plus en plus visibles (e.g., accidents cardiaques, accidents vasculaires cérébraux, atteintes pulmonaires, troubles psychiatriques, sans oublier les risques de transmission des maladies infectieuses (VIH, VHC…). Observons la banalisation du poly-usage, avec de nombreuses interactions dangereuses (e.g., benzodiazépine et alcool ; opiacé et alcool), dont l'alcool tend à favoriser l'expérimentation de nouveaux produits. L'inhalation de crack ainsi que l'utilisation détournée de buprénorphine (BHD) sous forme d'injection, (i.e., 15% des patients qui sont sous traitement) constituent de nouvelles sources de contaminations infectieuses par le VHC en particulier et entraînent d'autres effets sur la santé (e.g., abcès, nécrose tissulaire, œdèmes indurés, hépatite aiguë, hypertension, embolie pulmonaire). L'émergence des « legal highs ». Ces nouvelles drogues de synthèse accessibles en France en majorité par le biais d'internet, la plus part ne sont pas classé stupéfiant en France à l'heure actuelle (Morel et al. 2012) et ne bénéficient pas encore de suffisamment de retour pour permettre de déterminer leur niveau de toxicités et ainsi adapter les messages de RDRD à cette nouvelle pratique. Ces nouveaux produits ont fait une percée considérable dans le marché des drogues depuis 2008. Ils touchent différentes populations d'usagers comme le milieu homosexuel, utilisateur d'internet, consommant dans l'espace festif et lors de parties sexuelles en France et à l'étranger, ayant popularisé la pratique du « slam » ou « chemsex » (consommation de produits psychoactif durant un acte sexuel) (Inserm 2010b, Winstock 2015, Batisse et al. 2016).

b) Quel public ?

Ces pratiques nouvelles ne sont pas l'apanage d'une frange de la population des usagers de drogues mais là aussi, une diversification des profils est notable. Une nouvelle population d'usagers (jeunes, 16-25 ans) de psychostimulants (cocaïne, « free base » ou crack, amphétamines…) émerge en milieu festif et dans les quartiers populaires et les banlieues. Si la population est encore majoritairement masculine, la part des femmes augmente et notamment des très jeunes en grande précarité sociale. La diversité des phénomènes émergents amène à considérer l'étendue des profils d'usagers exposés (e.g., une population marginalisée et fortement dépendante ; usagers de l'espace festif techno « alternatif » ; usager non injecteur) (Inserm 2010b).

Ces alertes, rapportées par de nombreux observatoires européens (e.g., OFDT ; EMCDDA ; Inserm) attestent de l'émergence de ces phénomènes à grande échelle et de l'importance de leur prise en compte dans l'élaboration des politiques des drogues qui doivent s'adapter à l'évolution des nouvelles modalités de consommations.

2) Moyens de s'actualiser ?

D'après la littérature internationale (Inserm 2010b, EMCDDA 2012, Reynaud 2013, OFDT 2015a) qui propose un ensemble de recommandation pour permettre à la RDRD de s'actualiser, nous pouvons organiser l'ensemble des propositions en quatre leviers d'action possible :

(a) La restructuration de l'auto-support : valorisation d'une RDRD 2.0

(b) La standardisation et mise en réseau des outils d'observation

(c) Un cadre légal cohérent : préparation d'une loi « addictions »

(d) Le développement d'une politique des drogues collective et gradualiste : coordination des trois leviers

a) La restructuration de l'auto-support : valorisation d'une RDRD 2.0

L'articulation de l'expertise propre aux usagers (i.e., savoirs d'usages, life skills) au dispositif de RDRD est essentielle pour définir les nouveaux enjeux et les nouvelles politiques, d'abord de la réduction des risques mais aussi de la prévention des soins (Morel et al. 2012). L'exemple des nouveaux produits de synthèses (NPS), a ouvert un nouvel espace de construction de la connaissance par les usagers eux-mêmes (trip reports, forums) qui prend tous les dispositifs experts et institutionnels de court, nous démontrant qu'une fois encore les réponses à cette offre en perpétuelle mutation ne se construiront pas sans le savoir des usagers (Reynaud 2013).

Ainsi, Il convient de s'appuyer sur les savoirs d'usage / savoir-faire des usagers qui aident à l'adaptation du dispositif aux besoins identifiés, transmettent des messages de prévention et renforcent les liens avec les professionnels du champ sanitaire et social : éducateurs spécialisés, assistant(e)s sociaux, médecins ou infirmier(e)s (Inserm 2010b).
Ainsi, la première mesure garantissant un accès privilégié à l'émergence de ces phénomènes est le réinvestissement de la place de l'usager au cœur du dispositif. Le manque de soutien institutionnel, politique, économique à la présence d'usagers au cœur même du dispositif , expose la RDRD à perdre de sa force, liée pour une très grande part à la diversification des acteurs (Morel et al. 2012) et à la rendre aveugle aux déterminants de ces phénomènes nouveaux et leur anticipations. Au-delà du simple soutien, il est nécessaire de mettre en place des mesures qui structurent et pérennisent cette place dans les logiques institutionnelles car les savoirs d'usage changent avec chaque génération, et les usagers d'hier ne sont plus systématiquement capable d'apporter au dispositif l'expérience ou la connaissance des nouvelles pratiques (Morel et al. 2012) d'où la nécessité de pouvoir garantir un renouvellement de cette place constant (et non un remplacement par des professionnels du secteur médico-social).

La valorisation de l'expertise de l'usager passe également par d'autres moyens. Les forums d'usagers ont une place à part. Internet a permis de créer de nouvelles communautés et de renouveler l'éducation par les pairs. Des forums francophones comme Psychonaut, Lucid State ou Psychoactif ou anglophone comme Bluelight ou drug-forum voient le jour. Et l'avènement des NPS amplifie le phénomène. Ces forums deviennent des sources d'information et de partage d'autant plus importantes, que ce sont pratiquement les seules. Ainsi, permettre aux communautés issues d'internet de se structurer (être financées), pour que les nombreux témoignages d'usagers qu'elles hébergent puissent remonter vers les pouvoirs publics et les professionnels. Profiter de la connaissance technique d'internet de ces communautés pour travailler à l'émergence des professionnels sur le web (Reynaud 2013) et encourager le développement d'une RDRD 2.0.

b) La structuration, standardisation et la mise en réseau des outils d'observation

Les outils de Réduction des Risques (RDR) ont été introduits tardivement en France et beaucoup d'usagers de drogues en payent encore les conséquences, en particulier ceux infectés par l'hépatite C. La recherche actuelle dans le domaine de l'évaluation des interventions/outils de RDRD doit prendre en compte les nouvelles populations d'usagers mais

aussi la possibilité de combiner ces interventions[10]. La France s'est dotée depuis une quinzaine d'années d'un ensemble d'outils de surveillance des consommations de drogues parmi les plus performants en Europe : Baromètre Santé (Inpes) ; enquête Escapad (OFDT) ; enquête Espad (OFDT/Inserm) ; enquête Recap (OFDT) ; Ena-Caarud (OFDT) ; Trend-Sintes (OFDT) ; Coquelicot (InVS). Cet ensemble permet de documenter actuellement les grandes évolutions des usages de drogues et de certaines conséquences sanitaires et sociales. Cependant, la plupart de ces enquêtes concernent l'évolution des produits consommés et très peu l'évolution des modalités d'usages. Par ailleurs, ce dispositif de surveillance n'offre que très peu de données sur les nouveaux injecteurs et sur les maladies infectieuses autres que celles fournies par les déclarations des usagers eux-mêmes. Les différents groupes d'experts recommandent (EMCDDA 2010, Inserm 2010b, Reynaud 2013) :

- Pérenniser les moyens nécessaires au maintien et au développement de la recherche
- Augmenter les connaissances dans tous les domaines concernés par l'addictologie
- Utiliser des concepts et méthodologies européens dans tout projet d'étude
- Harmonisation européenne et développement d'une culture commune
- Mise en réseau avec des équipes de recherche académique pour aboutir à l'évaluation d'outils et de stratégies de réduction des risques adaptés aux évolutions.
- Evaluer de nouveaux outils avec une approche scientifique

c) Un cadre légal adapté : préparation d'une loi « addictions »

Mettre en œuvre un cadre législatif permettant de laisser de la place à la parole des usagers en préparant une loi « addictions ». Centrée sur l'ensemble des conduites addictives, problématiques et pathologiques, avec et sans produit, elle définira les différents niveaux d'intervention de la société pour éduquer, protéger, intervenir précocement, soigner, réinsérer puis sera déclinée et adaptée selon les produits et comportements addictifs, adosser la politique de prévention, de soins et de répression aux données scientifiques actualisées.

d) Le développement d'une politique des drogues collective et gradualiste : coordination des trois leviers

- **Développement d'une culture commune**

Il est essentiel de documenter l'impact des programmes disponibles en France sur des indicateurs de risques et de dommages liés aux usages de drogues et d'évaluer si d'autres

[10] Assises de la FFA sur la réduction des risques - recherche et formation – Patrizia Carrieri – 9 octobre 2014

stratégies thérapeutiques et politiques sanitaires en matière de réduction des risques mises en place à l'étranger ou à l'étude peuvent être envisagées afin de les réduire.
La politique de réduction des risques ne peut être considérée comme la seule mise à disposition d'outils, elle doit s'intégrer dans une stratégie plus globale de réduction des inégalités sociales de santé. Dans cet objectif, une culture commune doit être recherchée pour tous les acteurs qui interviennent dans le champ de la toxicomanie : professionnels de santé (médecins libéraux, pharmaciens, médecins hospitaliers…) ; associations ; acteurs du champ médico-social et social. Les « acteurs généralistes » effectuent un travail de fond en assurant un accès aux soins et aux droits alors que des « intervenants spécialisés » interviennent sur des aspects spécifiques pour des populations particulières.

- **Développement d'une politique des drogues gradualiste**

Les évolutions des usages et des dommages confortent la nécessité d'adapter en permanence la réponse sociétale à des comportements « à risques » bien identifiés. Les stratégies de réduction des risques, non entravées par une politique répressive inappropriée, permettent d'assurer un accompagnement social des usagers et une prise en charge de leur santé. Les groupes d'experts recommandent de promouvoir cohérence et articulation des différentes politiques publiques sanitaires, sociales et pénales pour rendre efficace toute la stratégie de réduction des risques liés à l'usage de drogues. L'approche collective de la réduction des risques doit pouvoir faire face à la diversité des besoins de chaque usager de drogues par une réponse individualisée de la part de chaque soignant. Une politique gradualiste permet d'inscrire la réduction des risques dans une logique de continuum et non d'opposition avec les stratégies de prise en charge de la dépendance.

3.4. Comment intégrer, dans les pratiques, l'accompagnement et les outils de la consommation à moindre risque ?

La Réduction des Risques et des Dommages (RdRD) s'applique à l'usage de tous les produits psychoactifs, mais de façon différente selon les caractéristiques propres à chaque substance et à leur mode et circonstances de consommation. La RDRD vise à diminuer les méfaits des substances consommées en donnant aux usagers des conseils pratiques et des moyens concrets pour diminuer les risques spécifiques de leur consommation, qui peuvent être globalement de 3 sortes : toxicité somatique, intensité des effets psychiques, potentiel addictif. Cette approche très pragmatique des problématiques de consommations a révolutionné les pratiques médicales dans le champ du médico-social dès le début des années 90 en France.
L'approche RDRD se base sur l'innovation, sur des expérimentations dont l'efficacité est validée scientifiquement mais également sur l'expertise du consommateur concernant sa

pratique. C'est une approche individualisée, l'intervenant proposant au consommateur des outils et stratégies les plus adaptées à sa situation dans le but de préserver sa santé.
Le caractère innovant de cette approche implique la constante évolution des outils utilisés, différents selon les substances consommées et la nécessité pour les intervenants de s'adapter et de connaître ces outils.
L'objectif primaire de la réduction des dommages liés aux consommations doit partir de la demande de l'usager qui reste le meilleur levier, s'y adapter et l'accompagner dans une démarche progressive dans laquelle chaque changement positif est considéré comme un succès : réduire les consommations, consommer en prenant moins de risque, mieux gérer ses prises, devenir abstinent … sont autant d'objectifs d'amélioration et de réduction des dommages. Cette approche pragmatique permet de graduer les réponses en fonction des besoins en s'attachant à aider la mise en œuvre des options les plus réalisables pour l'usager plutôt que se focaliser sur des options souhaitées par la société ou le soignant mais irréalisable pour l'usager (l'abstinence par exemple).
Il faut parvenir à proposer une approche graduée et progressive créant un continuum entre l'approche de réduction des risques liés aux consommations et de réduction des consommations et l'approche thérapeutique orientée vers l'abstinence. Cette approche graduée est fondée sur le non jugement moral des usagers et de leurs pratiques, mais aussi sur la reconnaissance par les intervenants des bénéfices de ces consommations (Reynaud 2013). L'usager est reconnu comme expert et en droit de choisir la façon dont il entend mener sa vie et s'il entend recevoir une assistance quelconque. Ceci sous tend pour les professionnels intervenants l'acceptation de l'usage de produits psychotropes licites ou illicites, les dommages sociaux liés à la consommation de produits illicites pouvant également être très importants.
Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et conduites addictives 2013-2017 encourageait à ouvrir de nouvelles perspectives dans le domaine de la réduction des risques (Mildeca 2013) :
-Favoriser l'acceptabilité des actions de réduction des risques : en accordant une place importante aux actions de médiation sociale au bénéfice des usagers et des habitants des zones de résidence concernées par les nuisances relevant de la consommation de drogues. Les habitants des quartiers et les élus qui les représentent doivent être associés aux activités relevant de la politique de réduction des risques. Les actions de réduction des risques doivent en effet coupler des objectifs de santé publique et des objectifs de tranquillité publique.
-Etendre le champ de la RDRD à l'ensemble des produits :
• En élargissant faisant l'objet d'un usage problématique, par l'élaboration de référentiels, et en soutenant l'évolution des pratiques professionnelles dans ce cadre. Tout en maintenant

l'objectif prioritaire de la réduction des pathologies infectieuses (VIH, hépatites, maladies sexuellement transmissibles et tuberculose) et des surdoses mortelles, l'élargissement des actions de réduction des risques aux produits tels que l'alcool, le tabac, le cannabis et aux polyconsommations, responsables d'importants dommages sanitaires et/ou sociaux, est aujourd'hui une nécessité. À ce titre, une attention particulière sera accordée au phénomène d'alcoolisation ponctuelle importante des jeunes en milieu festif.

• En renforçant l'analyse des nouveaux produits de synthèse et la diffusion d'informations sur leur composition. Les intoxications liées aux nouveaux produits de synthèse créent en effet de graves problèmes aux services des urgences en raison de l'absence fréquente de corrélation entre le nom commercial du produit et sa composition et la difficulté de poser un diagnostic en l'absence d'analyses toxicologiques identifiant ce produit.

• En étudiant l'intérêt de l'utilisation de la cigarette électronique dans la réduction des risques liés au tabagisme".

Le plan 2013-2017 insistait également sur la formation continue permettant de favoriser le partage et l'harmonisation des cultures professionnelles, tant aux plans de la prévention et des stratégies thérapeutiques que de la RDRD, notamment en organisant des formations communes à partir de situations concrètes ancrées dans la pratique, et en les proposant également aux personnels de la police/justice/santé.

L'intégration dans les pratiques de la RDRD nécessite en effet une mise à jour constante et une formation continue des intervenants susceptibles d'être au contact d'usagers de SPA, les produits consommés et les pratiques liées étant en évolution permanente. Il est nécessaire de disposer d'informations actualisées et basées sur des preuves scientifiques sur les outils à disposition permettant de réduire les risques et dommages liés aux différentes SPA : dispositif e-cigarette, réducteurs de l'appétence pour l'alcool, matériel d'injection stérile

Enfin, le travail en réseau, particulièrement important dans le champ de l'addiction, l'est également dans celui de la RDRD : tout intervenant devrait en effet être en capacité d'orienter au mieux l'usager selon ses besoins et aux différents temps de son parcours : orientation vers un CSAPA, une structure hospitalière, un hébergement social adapté etc.

De façon générale, l'accompagnement doit être multimodal, basé sur les connaissances actualisées de la littérature médicale, de la pratique clinique et de l'expérience des usagers, avec des cliniciens/intervenants ayant intégré la RDRD à leurs pratiques.

Ainsi, l'accompagnement en RDRD nécessite une approche non « jugeante » favorisant l'établissement d'une relation de confiance entre l'usager et le professionnel et permettant une évaluation de la situation individuelle et de la balance bénéfices / dommages liés aux consommations (par le biais notamment de questionnaires standardisé du type AUDIT, CAST etc), un feedback individualisé avec information normative (recommandations) et des

informations validées sur les conséquences sanitaires/psycho/sociales des consommations, le choix de l'usager de poursuivre, réduire, arrêter sa/ses consommations avec l'adaptation du professionnel à cet objectif poursuivi avec proposition de stratégies adéquates pour l'atteindre ou orientation vers les dispositifs requis.

3.5. Quels outils de RdRD sont adaptés pour intervenir précocement, dès les premiers usages, auprès des jeunes usagers, en particulier les mineurs ?

Depuis une quinzaine d'années, sous l'impulsion de l'OFDT, les niveaux d'usage des SPA licites et illicites à l'adolescence, sont appréhendés à travers un ensemble d'enquêtes représentatives en population générale. Ce dispositif d'observation des usages de produits psychoactifs s'appuie notamment sur les enquêtes HBSC (Health Behaviour in School-aged Children)[11], ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs)[12] et ESCAPAD (Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation à la Défense)[13] qui interrogent régulièrement, les adolescents âgés de 11 ans à 17 ans.

Si les expérimentateurs de tabac et de cannabis sont de moins en moins nombreux au fil des ans, il n'en est pas de même avec les usages réguliers. ESCAPAD 2014 mettait ainsi en évidence une hausse franche des usages réguliers de tabac, d'alcool et de cannabis (OFDT/ESCAPAD 2014). L'usage quotidien de **tabac** se situait à 32,4%. L'usage régulier d'**alcool** concernait 12,3% des jeunes (17,5% des garçons et 6,8% des filles). Il est en hausse depuis 2008. Les Alcoolisations Ponctuelles Importantes (API) régulières sont également en hausse constante (3,0% en 2014 vs 2,2% en 2011) et plus fréquentes chez les garçons (4,7% vs 1,3%) (OFDT 2015b). Si les comportements d'API demeurent plus fréquents chez les consommateurs réguliers de boissons alcoolisées, la part de buveurs occasionnels à déclarer une API au cours du mois est en progression continue. Il n'existe pas de recommandations internationales concernant les seuils d'alcool consommés chez les jeunes, très peu de données existent sur les effets d'une consommation faible à modérée. La Victoria Healthy Youth Survey (Thompson et al. 2012) au Canada est une étude longitudinale d'adolescents recrutés entre 2003 et 2010 comportant 4 temps d'évaluation. Cette étude avait porté sur le temps 3 et évaluait 540 jeunes âgés de 16 à 23 ans. Les entretiens d'évaluation portaient sur les consommations d'alcool et les dommages sanitaires et sociaux éventuellement rencontrés. Les auteurs concluaient que les dommages augmentaient de façon linéaire avec les quantités

[11] http://www.hbsc.org/
[12] http://www.espad.org/
[13] http://www.ofdt.fr/enquetes-et-dispositifs/escapad/

et la fréquence de consommation et recommandaient des seuils de 2 verres / occasion et une fréquence d'une consommation hebdomadaire. L'expérimentation de drogues illicites autres que le **cannabis** demeure rare et dépasse rarement 3%. La diffusion de **MDMA/ecstasy**, après une forte hausse début des années 2000 et un plafond en 2011 (1,9%), est remontée à 3,8% en 2014 (OFDT 2015b). En 2014, la **polyconsommation** régulière d'alcool, de tabac ou de cannabis concernait 12,8% des adolescents.

Concernant les comportements à risque d'addiction, en 2011, parmi les 80% des 17 ans déclarant avoir utilisé **Internet** durant les sept derniers jours, environ 1/4 l'utilisaient entre 2 et 5 heures par jour ; moins d'1/5 entre 5 et 10 heures et 1/10 plus de 10 heures par jour. Selon les outils de mesure utilisés et les pays, la prévalence d'utilisation problématique d'Internet par les adolescents varierait de 2 à 12%. En France, en 2011, des premières estimations révèlent que 3 à 5% des adolescents de 17 ans seraient concernés. Parmi les joueurs (tous types de **jeux vidéo**) de 17 ans, 26% disaient avoir rencontré au cours de l'année écoulée, à cause de leur pratique de jeu, des problèmes à l'école ou au travail et environ 4% des problèmes d'argent.

Facteurs associés aux usages problématiques

Ils ont été décrits notamment dans l'expertise collective de l'INSERM (Inserm 2014) : les facteurs psychologiques (mauvaise estime de soi, manque de confiance en soi…), socioéconomiques, scolaires (parcours scolaire perturbé) et familiaux (transmission intergénérationnelle des conduites addictives) concourent aux usages problématiques des substances ou aux pratiques aboutissant à des conduites addictives.

Alors que les adolescents issus de milieux favorisés ont des niveaux d'expérimentation plus élevés, les jeunes issus de milieux sociaux défavorisés ou qui ont des difficultés scolaires ont un risque plus élevé de s'engager dans une consommation régulière excessive de tabac, alcool ou cannabis. De même, les jeunes dont les parents présentent des conduites addictives ont un risque majoré de consommation régulière ou excessive : les enfants de fumeurs sont 2 fois plus souvent eux-mêmes fumeurs, les enfants de consommateurs excessifs d'alcool sont 2 fois plus souvent eux-mêmes consommateurs réguliers d'alcool. Il en est de même au sujet de la pratique des jeux de hasard et d'argent. La **cohésion familiale** (entente entre parents et enfants, connaissance qu'ont les parents de l'entourage et des activités de leurs enfants) réduit le risque de conduites addictives des adolescents. Les experts notent également le rôle influant du **cercle amical** et de l'ensemble des **produits marketing** et des **informations publicitaires** déployés par les industriels qui incitent les jeunes à acheter les produits addictifs

licites (tabac, alcool, jeux dans leur globalité). Ces publicités et outils marketing peuvent par ailleurs limiter l'efficacité des programmes de prévention destinés aux jeunes.

Enfin, il faut souligner le rôle des **facteurs génétiques** dans le risque de dépendance. Selon les études, une part non négligeable du risque de développer une addiction serait attribuable à des facteurs génétiques, parmi lesquels de nombreux gènes candidats ont été identifiés en fonction des produits.

Linda Patia Spear (Spear 2013) rappelait combien le développement cérébral de l'adolescent pouvait avoir de conséquences en termes de prises de risques. En effet, les adolescents seraient plus sensibles aux renforcements positifs tout en étant moins sensibles aux conséquences aversives pouvant survenir suite à des consommations par exemple. Ce décalage peut être exacerbé chez certains individus, les plus à risque d'accumuler les dommages liés. Une meilleure connaissance des variabilités individuelles est essentielle pour développer des interventions individuelles et ciblées plutôt que des interventions largement diffusées à un public d'adolescents tout venant. Des recherches fondamentales sur la plasticité du cerveau adolescent paraissent également indispensables.

L'expertise INSERM 2014 sur les conduites addictives des adolescents préconisait des actions répondant à 3 objectifs principaux (Inserm 2014) :

- prévenir l'initiation ou retarder l'âge des premières consommations
- éviter les usages réguliers et les dommages sanitaires et sociaux
- assurer une coordination nationale et régionale des acteurs territoriaux.

Les actions préconisées pour le volet RdRD étaient : d'améliorer le repérage des usages à risque et les interventions précoces, de renforcer les actions de première ligne telles que les « Consultations Jeunes Consommateurs » en formant le personnel aux méthodes de prise en charge précoce et de former un certain nombre aux thérapies ayant fait preuve de leur efficacité (TCC, thérapie familiale type MDFT). En cas d'échec des soins en ambulatoire, une prise en charge des adolescents présentant des conduites addictives devrait être proposée dans les centres spécialisés et en milieu résidentiel.

L'existence de souffrances ou de troubles psychiques associés à une consommation excessive ou à des pratiques addictives exige de renforcer les liens entre les dispositifs d'addictologie et les services de pédopsychiatrie/psychiatrie, notamment ceux spécialisés dans l'évaluation et l'intervention précoce chez le jeune adulte ainsi qu'avec les maisons des adolescents.

Enfin, le groupe d'experts recommandait d'améliorer la coopération des professionnels de l'éducation, de la santé et de la justice (lien avec les juges pour enfants et la protection judiciaire de la jeunesse) pour optimiser l'orientation et la prise en charge.

La Monographie de 2010 de l'OEDT reprenait les différentes typologies d'intervention de RdRD existantes auprès du public jeunes (EMCDDA 2010) :

1) **Approches de groupe et individuelles**

- Interventions en milieu scolaire : peu d'études randomisées existent. Le programme Unplugged est un programme européen visant à réduire les consommations des jeunes via 12 sessions interactives abordant différents sujets (prise de décision, pensée créative, techniques de communication efficaces, outils de relation, conscience de soi, empathie, stratégies de coping et risques associés à l'usage .Une étude randomisée auprès de 170 écoles de 7 pays européens était non seulement faisable dans des écoles européennes mais pouvait aussi réguler l'usage de cannabis et retarder la progression vers l'usage quotidien de cannabis et les épisodes d'ivresse. Les résultats publiés en 2014 par Vigna-Taglianti et coll. (Vigna-Taglianti et al. 2014) montraient des effets bénéfiques du programme jusqu'à 15 mois après l'intervention (ivresse, problèmes liés à l'alcool et usage de cannabis), lesquels étaient plus importants chez les enfants issus de milieux défavorisés.
  Le programme d'Education pour Résister à l'Usage Illégal de Drogues, également con nu sous le sigle DARE, a été lancé en 1983 et constitue le programme de prévention e n milieu scolaire le plus ambitieux, présent dans plus de 75% des écoles américaines e t mis en application dans 43 pays (Clayton et al. 1996). DARE s'appuie sur la théorie d es « portes d'entrée » à la consommation de SPA, selon laquelle l'usage de SPA telles que l'alcool, le tabac ou le cannabis conduira à la consommation de drogues « plus dur es » comme l'héroïne, la cocaïne et les amphétamines. Ce programme est aussi fondé sur les théories de l'autoprotection efficace, favorisant le développement de compétenc es interpersonnelles et sociales pour armer les jeunes face à l'influence de leurs pairs susceptibles de les initier à l'usage de SPA. De nombreuses évaluations de l'impact de DARE ont conclu que sur le long terme, le programme n'avait eu que des effets limités. Enfin, plusieurs méta-analyses de DARE ont conclu que les effets positifs du program me étaient négligeables ou inexistants (Ennett et al. 1994, Pan and Bai 2009). Le fait q ue DARE soit encore si largement mis en œuvre, malgré les preuves évidentes de son inefficacité, montre bien que de nombreux responsables politiques sont plus intéressés

par le symbole des campagnes de prévention en matière de drogue que par leur impac t. L'expérience de telles approches de prévention devrait nous inciter à les éviter.

- Campagnes média de masse : un outil très utilisé et très populaire parmi les promoteurs de la santé. La MILDECA en France réalise des spots depuis de nombreuses années. Ces campagnes qui ont pour but de réduire les dommages liés aux usages ont rarement été évaluées, voire, quand elles l'ont été, les résultats étaient plutôt contreproductifs. Un nouveau marché s'est développé ces dernières années sur internet avec l'achat en ligne de Nouveaux Produits de Synthèse (NPS). Ce public serait constitué de personnes usagères occasionnelles de drogues, a priori socialement insérées et très peu sensibilisées aux messages de réduction des risques. Les médias qu'ils privilégient, et notamment les technologies du Web et les applications Smartphone, devraient être utilisés pour diffuser des messages adaptés (Beck et al. 2015).

- Interventions brèves : cette approche basée sur le repérage et les interventions brèves visant à un changement de comportement a déjà été évaluée. Cependant, ses effets au long terme sur les adolescents n'ont pas été suffisamment étudiés et ce type d'intervention doit être inclus dans l'approche globale de RdRD. Ce type d'entretien requiert enfin une technicité et un entraînement des intervenants afin d'être reproductible largement. Patton et coll. (Patton et al. 2014) explorait par une revue de la littérature les outils appropriés, les méthodes d'intervention et les lieux les plus appropriés pour intervenir en RdRD liés à l'alcool chez les jeunes. Les auteurs indiquaient ainsi que le questionnaire AUDIT avait la meilleure sensibilité et spécificité de tous les questionnaires utilisés pour le repérage des consommations à risque. L'efficacité de l'IB par internet était limitée en comparaison d'une intervention minimale ou d'aucune intervention, les auteurs encourageaient cependant le développement d'actions utilisant les nouvelles technologies (web / smart phone) et leur évaluation. L'effet le plus puissant retrouvé était une IB réalisée en plusieurs sessions dont une au moins d'entretien motivationnel. Enfin les urgences semblaient être un lieu approprié pour réaliser le repérage et l'IB.

- Développement des jeunes : Ces programmes ciblent des groupes d'adolescents et ont pour objectif de promouvoir le développement personnel, l'estime de soi, les aspirations positives et les relations de qualité avec les adultes afin de réduire les comportements potentiellement dommageables. Les évaluations de ces programmes

montraient des résultats mitigés dû en partie au ciblage des groupes plus à risque. Ces programmes seraient plus efficaces et appropriés dans des contextes de mixité Aux USA, des « after school », basés sur l'engagement civique ont pu montrer leur efficacité en diminuant une large palette de comportements à risque, dont les consommations de drogues et les grossesses précoces. Des exemples européens à citer : Conversas de Rua à Lisbonne (Portugal) et Off the streets à Derry (Irlande du Nord).

2) **Approches « setting-based »**

Le principe-clé de ce type d'approche est qu'il est nécessaire de créer un environnement propice et d'intégrer la promotion de la santé dans la routine du milieu d'origine (OMS 1986).

- Interventions en milieu festif : la prévalence des consommations de drogues est la plus élevée en milieu festif, avec son lot de risques associés dans ce contexte (violences, sexuels, deal etc) caractérisé comme permissif. Plusieurs associations européennes ont créé des guides pour une vie nocturne plus sûre. Ces guides ont pour but de réduire les dommages liés aux consommations de drogues dans les événements festifs : accès à eau froide gratuite, kit de premier secours disponible, travail d'outreach auprès des clubbers/festivaliers … Akbar et coll (Akbar et al. 2011), dans une revue de la littérature, pointaient le manque d'uniformité dans les interventions et le manque d'évaluation des programmes de RdR en milieu festif existant. Kuntsche et coll. (Kuntsche and Gmel 2013) proposaient une revue de la littérature concernant les stratégies efficaces de RdRD en terme de *heavy drinking* ou encore *binge drinking* (consommer 5 unités ou plus en une occasion, généralement définie par 2h), c'est à dire de consommations d'alcool risquées en 1 occasion. Les auteurs insistaient sur l'importance du *predrinking,* l'alcoolisation au domicile ou dans d'autres lieux avant de rejoindre bars/pubs ou boites de nuit. Un programme de prévention Canadien "Prethinking while you are predrinking" proposait ainsi des transports entre les lieux de présoirée et les établissements de nuit. De façon générale, les études indiquaient l'importance du travail de RdRD à engager par les tenanciers des établissements de nuit auprès de leurs jeunes clients. La formation des équipes au repérage des comportements à risque des plus jeunes et le respect des lois en vigueur concernant la vente d'alcool aux mineurs notamment sont à appuyer. L'équipe suisse concluait enfin qu'une stratégie efficace pour prévenir le binge drinking chez l'adolescent / jeune adulte et les dommages associés doit inclure à la fois une tentative de réduire les occasions de binge drinking et des stratégies pour en réduire les risques associés.
- Interventions à l'échelle d'écoles entières : Des programmes plus larges de bien-être à l'école, basés sur des changements dans l'environnement physique, la gestion de

l'établissement, les pratiques d'éducation ont montré des résultats prometteurs pour réduire les comportements à risque (non seulement liés aux drogues mais de tout autre type) en reconnaissant les réussites des élèves, en promouvant le sentiment d'appartenance et en fournissant un appui social supplémentaire. Le projet Gatehouse en Australie est un exemple connu.

La littérature scientifique retrouvée est très importante concernant les consommations d'alcool chez les jeunes. Les services d'urgence, s'ils apparaissent comme un lieu privilégié de repérage des jeunes les plus à risque, ne semblent pas être les lieux les plus adaptés pour des interventions de RdRD, mais des études supplémentaires seraient requises (Taggart et al. 2013, Healey et al. 2014).

L'intervention brève, utilisant les techniques d'entretien motivationnel, très étudié dans la littérature, montre des promesses considérables en pouvant être utilisé dans des milieux très variés, incluant les adolescents ayant les usages les plus importants.

Bertholet et coll. (Bertholet et al. 2015) testaient l'efficacité d'une IB réalisée en ligne dans une étude contrôlée auprès d'un échantillon de jeunes adultes âgés de 21 ans en moyenne présentant des consommations d'alcool à risque. Les jeunes ayant reçu l'IB rapportaient une consommation moindre et des scores AUDIT diminués à 6 mois.

Cunningham et coll. (Cunningham et al. 2015) s'intéressaient à l'efficacité d'une IB réalisée aux urgences, soit par un thérapeute, soit par un ordinateur auprès de jeunes de 14 à 20 ans. Les 2 types d'intervention réduisaient la consommation d'alcool à 3 mois et cette publication mettait en évidence l'intérêt de l'utilisation d'internet ou de technologies de communication dans la réduction des dommages liés la consommation d'alcool.

Des programmes de formations des intervenants aux entretiens motivationnels devraient être largement mis en place afin d'augmenter les capacités d'intervention dans tous les contextes regroupant des jeunes. Les initiatives de médiation par les pairs mises en place dans plusieurs communes en France, semblent également montrer des résultats prometteurs, qui restent cependant à être évalués.

Enfin, l'usage de SPA pendant la grossesse doit être repéré systématiquement. Whittaker et coll. (Whittaker 2013), dans un guide traduit en français, soulignait que tous les professionnels travaillant en contact avec des femmes enceintes ayant des consommations de susbtances psychoactives devrait pouvoir évaluer ces consommations, fournir de l'information sur les risques, évaluer les problèmes liés à ces consommations, fournir des conseils fondés sur les preuves en termes de RdRD et enfin discuter des options de traitements et de prise en charge des problèmes d'usage de SPA pendant la grossesse.

Le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et conduites addictives 2013-2017 faisait de la formation continue des acteurs une de ses priorités notamment (Mildeca 2013) :

• En organisant un module de formation pour tous les acteurs de prévention, qui n'en n'auraient pas bénéficié et qui exercent au contact des jeunes. Cette formation interministérielle à la prévention des addictions, fondée sur un corpus de connaissances commun, devant aboutir à la délivrance d'une attestation nationale.

• En créant des formations spécifiques à la prévention et au traitement des dommages liés à la consommation de drogues en milieu festif, tant à l'égard des professionnels de sécurité et de santé, que des jeunes (associations étudiantes) et des partenaires concernés par l'organisation des événements (professionnels des établissements de nuit, organisateurs de soirée, gestionnaires de débits de boissons temporaires…).

• En développant des programmes de formation au repérage et à l'intervention précoces. Ces formations s'adresseront aux professionnels de santé, de l'éducation, du social et de la justice, placés en contact avec les publics prioritaires, et plus spécifiquement les jeunes et les femmes enceintes.

Références

Akbar, T., A. Baldacchino, J. Cecil, M. Riglietta, B. Sommer, and G. Humphris. 2011. Poly-substance use and related harms: a systematic review of harm reduction strategies implemented in recreational settings. Neurosci Biobehav Rev **35**:1186-1202.

Batisse, A., M. Gregoire, M. Marillier, M. Fortias, and S. Djezzar. 2016. [Cathinones use in Paris]. Encephale.

Beck, F., J. B. Richard, R. Guignard, O. Le Nézet, and S. Spilka. 2015. Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2014. OFDT, Saint-Denis.

Bertholet, N., J. A. Cunningham, M. Faouzi, J. Gaume, G. Gmel, B. Burnand, and J. B. Daeppen. 2015. Internet-Based Brief Intervention to Prevent Unhealthy Alcohol Use among Young Men: A Randomized Controlled Trial. PLoS ONE **10**:e0144146.

Cadet-Taïrou, A. 2012. Résultats ENa-CAARUD 2010 : Profils et pratiques des usagers OFDT.

Clayton, R. R., A. M. Cattarello, and B. M. Johnstone. 1996. The effectiveness of Drug Abuse Resistance Education (project DARE): 5-year follow-up results. Prev Med **25**:307-318.

Cunningham, R. M., S. T. Chermack, P. F. Ehrlich, P. M. Carter, B. M. Booth, F. C. Blow, K. L. Barry, and M. A. Walton. 2015. Alcohol Interventions Among Underage Drinkers in the ED: A Randomized Controlled Trial. Pediatrics **136**:e783-793.

EMCDDA. 2010. Harm Reduction: evidence, impacts and challenges. EMCDDA.

EMCDDA. 2012. Drug-related research in Europe: recent developments and future perspectives. EMCDDA.

Ennett, S. T., N. S. Tobler, C. L. Ringwalt, and R. L. Flewelling. 1994. How effective is drug abuse resistance education? A meta-analysis of Project DARE outcome evaluations. Am J Public Health **84**:1394-1401.

Fédération Addiction. 2013. Pratiques professionnelles dans les dispositifs médico-sociaux de soins résidentiels.

Gowing, L., M. Farrell, R. Bornemann, L. Sullivan, and R. Ali. 2008. Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. Cochrane Database Syst Rev:CD004145.

Groton, D. 2013. Are Housing First Programs Effective? A Research Note. Journal of Sociology & Social Welfare **XL**:51-63.
Healey, C., A. Rahman, M. Faizal, and P. Kinderman. 2014. Underage drinking in the UK: changing trends, impact and interventions. A rapid evidence synthesis. Int J Drug Policy **25**:124-132.
Hedrich, D., P. Alves, M. Farrell, H. Stover, L. Moller, and S. Mayet. 2012. The effectiveness of opioid maintenance treatment in prison settings: a systematic review. Addiction **107**:501-517.
IDPC. 2012. Guide sur les politiques des drogues. Consortium International sur les Politiques des Drogues.
Inserm, E. c. 2010. Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues Institut national de la santé et de la recherche médicale.
Inserm, E. c. 2014. Conduites addictives chez les adolescents - Usages, prévention et accompagnement.
Jauffret-Roustide, M. 2011. Réduction des risques. Succès et limites du modèle à la française. ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE **33**:101-110.
Kuntsche, E., and G. Gmel. 2013. Alcohol consumption in late adolescence and early adulthood--where is the problem? Swiss Med Wkly **143**:w13826.
Michel, L., M. Jauffret-Roustide, J. Blanche, O. Maguet, C. Calderon, J. Cohen, and P. M. Carrieri. 2011. Limited access to HIV prevention in French prisons (ANRS PRI2DE): implications for public health and drug policy. BMC Public Health **11**:400.
Mildeca. 2013. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017. Mildeca.
Morel, A., P. Chappard, and J.-P. Couteron. 2012. L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie. 978-2-10-058215-0, Dunod.
Morel, A., and J. Couteron. 2008. Les conduites addictives : comprendre, prévenir, soigner. Dunod, Paris.
Obradovic, I. 2013. Programmes d'échange de seringues en milieu pénitentiaire. Revue internationale des expériences. Psychotropes **19**:173-195.
OFDT. 2015a. Drogues, Chiffres clés.
OFDT. 2015b. Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2014. Saint-Denis.
OFDT/ESCAPAD. 2014. Estimations 2014 des consommations de produits psychoactifs à 17 ans.
OMS. 1986. Les jeunes et la santé : défi pour la société. OMS.
Pan, W., and H. Bai. 2009. A multivariate approach to a meta-analytic review of the effectiveness of the D.A.R.E. program. Int J Environ Res Public Health **6**:267-277.
Patton, R., P. Deluca, E. Kaner, D. Newbury-Birch, T. Phillips, and C. Drummond. 2014. Alcohol screening and brief intervention for adolescents: the how, what and where of reducing alcohol consumption and related harm among young people. Alcohol Alcohol **49**:207-212.
Reynaud, M. 2013. LES DOMMAGES LIES AUX ADDICTIONS ET LES STRATEGIES VALIDEES POUR REDUIRE CES DOMMAGES (Rapport remis à Madame Daniele Jourdain-Menninger Présidente de la MILDT).
Spear, L. P. 2013. Adolescent neurodevelopment. J Adolesc Health **52**:S7-13.
Taggart, I. H., M. L. Ranney, J. Howland, and M. J. Mello. 2013. A systematic review of emergency department interventions for college drinkers. J Emerg Med **45**:962-968.
Thompson, K. D., T. Stockwell, and S. MacDonald. 2012. Is there a 'low-risk' drinking level for youth? The risk of acute harm as a function of quantity and frequency of drinking. Drug Alcohol Rev **31**:184-193.
Vigna-Taglianti, F. D., M. R. Galanti, G. Burkhart, M. P. Caria, S. Vadrucci, F. Faggiano, and E. U.-D. S. Group. 2014. "Unplugged," a European school-based program for substance use prevention among adolescents: overview of results from the EU-Dap trial. New Dir Youth Dev **2014**:67-82, 11-62.

Whittaker, A. 2013. Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse. Drugscope.
Winstock, A. 2015. New health promotion for chemsex and gamma-hydroxybutyrate (GHB). Bmj **351**:h6281.

4. Quatrième partie : Quelles sont les conditions nécessaires au développement de la RdRD ?

4.1. En quoi l'évolution de la société moderne influe-t-elle sur les phénomènes des addictions et son traitement ?

Une des approches philosophiques de la société moderne suggère que l'esprit moderne est un esprit d'affranchissement, de libération, d'autonomisation. La modernité apparaît comme la possibilité historique de la liberté selon Vincent Citot (Citot 2005). Il décrit l'affirmation de l'individualité face aux normes et aux exigences de la société comme une des caractéristiques de la modernité. Cependant, il précise bien que cette autonomisation ou cette individualisation n'implique pas la désocialisation ou le repli sur soi mais bien au contraire qu'elle cherche une forme de socialisation compatible avec le respect de la liberté individuelle. Ainsi, la modernité consiste entre autres à une **autonomisation**, une **libération de l'individu** des institutions et des dépendances sociales.

Alors quelle est la place des conduites addictives et de la RDRD dans cette société moderne où se mêlent autonomisation et diversification des pratiques et des choix individuels ? Il semblerait que face à la modernité le rôle de la RDRD se rapproche des objectifs du « vivre ensemble » en limitant les risques associés à cette entreprise. Il s'agit de *conjuguer universalisme et individualisme*, comme l'écrit V.Citot. *La modernité consiste ainsi à se représenter l'organisation politique comme un fait de culture émané de la libre entente des individus. Ainsi donc, il n'y a plus de hiérarchie politique naturelle ou prédéterminée : tout est à faire. »*

Aujourd'hui, étant donné que la RDRD répond directement à des besoins exprimés par les individus et qu'elle vient s'ajouter à l'arsenal de prévention et de soins pour les individus, il semblerait qu'elle soit légitime dans la construction de la politique des drogues mais plus largement des politiques publiques. En effet, comme il est dit plus haut, les pratiques de RDRD consistent à partir des situations réelles des personnes afin de proposer des solutions réalistes adaptées et pour chacune d'entre elles…… S'il (l'intervenant) ne peut pas guérir, il doit soigner. S'il ne peut pas soigner, il doit accompagner, ne pas abandonner le patient (la personne) (Morel et al. 2012).

Cependant, la modernité à travers autonomisation et individualisation entraine aussi des bouleversements sociaux importants : explosion démographique, accélération nette de l'urbanisation, apparition d'une catégorie sociale nouvelle (« les jeunes ») avec des modes de vies nouveaux (estudiantins) ; croissance économique soutenue (société de consommation) et restructuration du marché de l'emploi.

Dans cette société moderne, **les conduites addictives se multiplient**, se diversifient et ne trouvent pas de réponses adaptées de la part des institutions. Ainsi, comme l'auteur le souligne*, la morale a remplacé la politique. Dépolitisation des esprits d'une part et retour de la morale d'autre part, sous de multiples formes : préoccupations humanitaires, « solidarité » avec les pauvres, les exclus, etc. Cette conscience morale est une bonne chose en soi ; le problème étant qu'elle tend à se substituer à la conscience politique.*

Ainsi, les actions de RDRD viennent apporter une réponse pragmatique aux conduites addictives des personnes concernées. Il serait temps d'instiller le pragmatisme de la RDRD aux actions politiques dédiées à cette société moderne qui se caractérise par des phénomènes de plus en plus marqués.

Internet, la virtualité et la cyberdépendance

Il semblerait que cette société moderne influence les addictions par de nouveaux phénomènes d'individualisation, d'esprit de performance, de marginalisation plus radicale. Nous observons via internet **une circulation aisée de substances récréatives, l'émergence de l'addiction aux jeux, de la sexualité addictive, d'une addiction liée aux achats compulsifs.** Comme le souligne V.Citot, *l'individu hypermoderne n'est plus le baba-cool tranquille et relax : il est au contraire hyperactif, hyperconnecté, hyperbranché et, du coup, hyperstressé.* Cet environnement moderne fait le nid des comportements addictifs et intensifie le rapport de l'homme autonome aux objets d'addiction. Cet homme est *un hyperconsommateur et un hypercommuniquant. Il connaît une véritable addiction à la communication (téléphone portable, répondeur, mail, etc.)… L'individu hypermoderne est aussi pluridisciplinaire, curieux de tout, voyageur, avide de culture et d'expériences nouvelles (Citot 2005)*. Il y a là encore un nid pour les conduites addictives à travers la dépendance à certains comportements sans substances mais aussi la recherche de sensations nouvelles et l'utilisation des nouvelles drogues de synthèse.

Ainsi, comme le rappelle Lipovetsky, ces mutations ont modifié les modes de socialisation, le rapport à l'autre et la nature même du **lien social** (Lipovetsky 1989). Elles ont aussi affecté le vécu de la temporalité et la perception des sensations (Obradovic 2015). Comme Obradovic les cite, *de nombreux travaux sociologiques, cliniques ou anthropologiques cherchent à rendre compte de ces évolutions, qui font écho à cette notion d'« hypermodernité », symptôme de l'avènement d'une culture addictogène façonnée par l'hyperconsommation* (Morel and Couteron 2011). Selon eux, l'usage de tabac, d'alcool et de cannabis est devenu un élément de cette culture quotidienne pour de nombreux adolescents, entre recherche hédoniste de sensations fortes, injonction à améliorer ses performances (scolaires, sociales, sexuelles...), recherche identitaire et quête du plaisir immédiat. Parallèlement, le souci de l'adolescent d' «

expérimenter » va se déployer dans une offre sociale où les nouvelles technologies numériques viennent aiguiser ses potentialités et ses compétences dans le registre de la virtualité (Wawrzyniak 2008). C'est ainsi qu'aujourd'hui, chez les plus vulnérables, chez ceux qui ont du mal à se confronter à l'épreuve de la réalité dans une société du virtuel et de l'éphémère (Couteron 2015), nous assistons au passage de l'utilisation d'internet à la cyberdépendance. L'avènement de ce nouveau monde virtuel ne traduit pas simplement une crise profonde de la représentation, mais il touche à l'image de soi-même et modifie le sens de la finalité existentielle (Véléa 2009). Ainsi, cette conduite addictive traduit une immaturité socio-affective, qui détermine l'impossibilité de se construire une identité psychosociale véritable, solide. Et cet état de fragilité psycho-sociale semble avoir à faire ne fois de plus avec la perte du lien social.

Modernité, précarité

Cette hypermodernité ne concerne pas tout le monde et traine derrière elle une vaste population de laissés pour compte. Ainsi, comme le souligne Alain Ehrenberg dans son article « La société du malaise », les professionnels – psychologues, travailleurs sociaux, psychiatres, infirmiers, etc. – sont confrontés de plus en plus à des populations chez lesquelles problèmes sociaux de pauvreté, d'inégalités, d'injustice d'une part, et problèmes psychologiques et psychopathologiques d'autre part, sont intriqués (Ehrenberg 2011). Il parle de ***déclin de la vie en commun***, tel que cela a déjà été décrit comme une des conséquences de la modernité. Des auteurs américains envisagent la RDRD comme approche pour les laissés pour compte et notamment pour les sans-abris présentant des conduites addictives (Pauly et al. 2013). La théorie de Rhodes sur l'environnement à risque montre que les conditions socio-politiques jouent un rôle important dans la vulnérabilité aux risques liés aux conduites addictives (Rhodes 2009). Ainsi, **l'hébergement peut être aussi un outil de RDRD** au même titre que les autres dispositifs de RDRD. L'initiative « Housing First » peut être un programme pertinent pour certaines populations dans le cadre d'actions de RDRD (Collins et al. 2012).

Le malaise que connaît notre société a accompagné les transformations des manières de « faire société » avec l'idée que nous faisons face à une transformation de l'individualisme qui se retourne contre la société et contre l'individu lui-même. Cet **affaiblissement du lien social** serait à l'origine de la souffrance psychique des individus qui serait ainsi une souffrance d'origine sociale. Appliquées au champ des conduites addictives, les solutions proposées par la RDRD semblent être pertinentes et notamment à travers des **pratiques de l'interface, de la médiation, de la relation** entre usager et intervenant. De plus, il est important que la

politique de RDRD s'inscrive plus globalement dans un objectif de **réduction des inégalités sociales de santé**.

4.2. Comment permettre aux usagers et à leurs associations de jouer un rôle moteur dans la définition et l'application des stratégies de RDRD ?

Au niveau international, l'expertise des usagers est de plus en plus reconnue comme un fondement incontournable dans un parcours de soins de qualité. L'expérience des addictions, l'expérience d'une maladie deviennent même une compétence professionnelle en soi. Mais les facteurs institutionnels, législatifs et parfois culturels et idéologiques peuvent constituer des freins à l'investissement de l'usager dans la co-construction des offres de santé le réinvestissement de leur expertise dans le développement des dispositifs. Pour autant, la revue internationale de la littérature permet de faire remonter une série de mesures offrant de nouvelles possibilités. Elles peuvent s'organiser en 4 leviers d'action (un cadre légal adapté, une redéfinition du champ d'action, une évolution des dispositifs existants et une ouverture de l'expertise des usagers à d'autres modalités d'intervention).
Comme expliqué dans la partie 3.3., le réengagement des usagers dans la co-construction des offres de santé et par la même le réamorçage de la dynamique originelle de la RDR, ne peut se penser sans (1) la décriminalisation des usagers et à *fortiori* de l'usage (Morel et al. 2012). Par ailleurs, (2) un travail de réévaluation harmonisé de sa définition apparait lui aussi indispensable pour délivrer un message univoque et cohérent à l'ensemble de la société et des acteurs associés (politiques, institutions). Ainsi, les premières mesures permettant la réintégration des usagers dans processus de définition et application des stratégies de RDRD sont de :

1) Proposer un cadre légal adapté

Il s'agit en premier lieu de permettre à ce que les usagers puissent jouer un autre rôle que celui de patient-délinquant en offrant un cadre légal (loi addiction) qui ne criminalise pas ces acteurs.

2) Redéfinir le champ d'action

Comme développé dans la partie 1.1. Il s'agit d'un travail de fond visant le dépassement des clivages et l'harmonisation à l'international de ses conceptions proposant une conception des conduites addictives plus larges que celles liées aux SPA et officialise le principe de responsabilisation (Jonas 1999).

3) Faire évoluer les dispositifs existants[14] (Morel et al. 2012)

- **Evaluation :**

Il apparait nécessaire de proposer aux dispositifs les moyens de leur évaluation à l'occasion de recherches articulant approches quantitative et qualitative permettant d'aborder les contextes d'existence, les modes et parcours de vie des usagers afin de cerner leurs besoins et d'y répondre par des interventions adaptées. Ces interventions s'inscrivent dans une démarche d'évaluation participative et de mutualisation des savoirs, favorisant la responsabilité des individus concernés et l'implication des pouvoirs publics. L'expertise internationale recommande que le budget alloué aux actions et structures dans le champ des addictions comprenne une part réservée à l'évaluation et à la recherche prenant en compte le point de vue des associations opérant dans ce champ et celui des associations représentatives des usagers.

- **Intervention :**

Dans la perspective du renforcement de l'alliance thérapeutique l'expertise internationale recommande l'ajustement des programmes au plus concret des pratiques de consommations, y compris lorsqu'elles sont cachées et d'évolution très rapide. D'où une double nécessité : s'adosser autant que possible aux savoirs et compétences des consommateurs et leur réserver une place dans le dispositif. Comme développé dans la partie 3.1, l'intervention doit se penser de concert avec les usagers afin de comprendre et anticiper les effets indésirables et proposer des ajustement pertinent (e.g., cas du mésusage ; effets secondaires du traitement).

- **Coordination :**

L'expertise internationale recommande de faciliter l'installation et l'acceptation des structures et des actions entreprises, par le biais de coordination des acteurs, susceptibles d'intervenir dans ce champ : répertoire des réseaux, connaissance et agrément des médecins généralistes et pharmaciens, liste des associations… L'expertise internationale préconise la création d'une coordination des différentes équipes (secteur académique et acteurs de terrain) travaillant dans le champ des addictions et de la réduction des risques. Ceci permettrait d'évaluer les besoins de recherche dans ce domaine des addictions et de la réduction des risques liés à toutes les formes de dépendances (alcool, tabac, drogues licites et illicites,

[14] Assises de la FFA sur la réduction des risques - Expertise des usagers et données probantes: données sur les fonctions et bénéfices de l'implication individuelle et collective des usagers – Tim Greacen – 8 octobre 2014

jeu…), d'ouvrir des appels d'offres cohérents en épidémiologie, sciences humaines et sociales, en clinique et recherche fondamentale.

4) **Ouvrir l'expertise des usagers à d'autres modalités d'intervention** (Morel et al. 2012, Reynaud 2013)

- **Usager-formateur :**

L'expertise internationale recommande la prise en compte de l'expertise des usagers et propose l'émergence de nouveaux profils en association. Les personnes vivant avec un trouble de santé ou une addiction peuvent s'organiser pour se former et former leurs pairs afin de devenir des témoins de leur expérience[15]. Ils peuvent également co-animer des formations à l'usage des professionnels de l'accompagnement médico-social ou de l'insertion. Il s'agirait d'utiliser les savoirs issus de leur vécu avec un problème de santé pour investir les services de soins, mais aussi la communauté en général, et même l'université en devenant usagers-formateurs.

- **Usager-chercheur :**

La présence des usagers peut se penser même dans les milieux scientifiques et académiques, orientant ainsi les programmes d'enseignement et de recherche vers des objectifs définis pour et avec les usagers. L'expertise internationale préconise de développer des recherches-actions qui s'appuient sur l'expérience et le savoir des acteurs de terrains, des associations intervenant dans le champ, celles représentatives d'usagers. La mise en réseau avec des équipes de recherche académique s'avère indispensable pour aboutir à l'évaluation d'outils et de stratégies de réduction des risques adaptés aux évolutions.

- **Usager modérateur :**

L'évolution des pratiques et consommation (e.g., NPS) ont pu faire apparaitre de nouvelles forme de groupes d'entraide et l'émergence de nouvelles communauté. La valorisation d'une RDR 2.0, comme développé dans la question 3.3., s'avère un formidable moyen d'accéder aux phénomène émergeants, de permettre aux communautés issues d'internet de se structurer (être financées) et de faire rentrer les usagers dans la conception même des stratégies de RDRD pour des pratiques encore inatteignable pour les autorités de santé. C'est

[15] Assises de la FFA sur la réduction des risques - Expertise des usagers et données probantes: données sur les fonctions et bénéfices de l'implication individuelle et collective des usagers – Tim Greacen – 8 octobre 2014

un moyen d'organiser l'ascension des informations de terrain vers les pouvoirs publics et professionnels pour des actions plus pertinentes.

4.3. Comment organiser le dispositif de prévention, de RDRD et de soins, pour qu'il intègre la RdRD et propose des espaces différenciés mais sans les cloisonner ?

Aujourd'hui la question de l'intégration de la RDRD dans le système de santé est cruciale puisqu'elle va conditionner l'efficacité des actions de RDRD et leur diffusion à d'autres objets que seules les substances illicites. La question est de savoir s'il faut proposer des actions ou des postures de RDRD dans n'importe quel espace qui touche à la santé ou s'il faut cloisonner les actions de RDRD à des espaces spécifiques.
Il semblerait que la réponse ne soit pas tournée vers un modèle plutôt qu'un autre mais que la RDRD doit être proposée à la fois dans tous les champs de la santé qui peuvent accueillir des populations ayant des problématiques d'addiction comme dans des lieux spécifiques à certaines populations afin de traiter au mieux les problèmes liés à leurs conduites addictives.
Les principes d'organisation des services dédiés aux addictions s'articulent aujourd'hui en trois pôles principaux (Morel et al. 2012) :

Le pôle médico-social longtemps associé au champ dit spécialisé de l'addictologie. Il s'adresse initialement à un public précaire en proposant des réponses à la fois médicales et sociales. Il est caractérisé par des équipes pluridisciplinaires proposant *une « réponse addictologique » complète, de premiers recours autant que d'accompagnement de longue durée, de prévention autant que de réduction des risques, ambulatoire ou résidentiel*. Il s'agit aujourd'hui des Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et des Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues (CAARUD). La mission des CAARUD est assez évidente en termes de RDRD, cependant la position des CSAPA vis-à-vis de la RDRD est plus complexe. Le dernier rapport d'enquête mené par la FFA « Agir en Réduction des Risques »[16] publié en décembre 2015 montre en effet que près de la moitié des CSAPA ne délivrent pas de kits d'injection. Le rapport explique : « Des intervenants, notamment des médecins délivrant des traitements de substitution, interrogent une «injonction paradoxale» entre aide à la diminution et à la substitution et abord d'une pratique d'usage dans un même lieu : *« Ils viennent pour se faire soigner, leur objectif normalement il est là ». « Je délivre un traitement de substitution, je ne peux pas faire les 2. Il y aurait sinon une injonction paradoxale, voire incitative. On se limite à*

[16] file:///C:/Users/utilisateur/Downloads/Agir-en-reduction-des-risques-1.pdf

« faites attention, utilisez des seringues propres» pour ceux qui reconsomment ». Les solutions sont donc diverses : proposition du matériel en entretien, dès l'accueil, par un intervenant tiers. En effet, tous les intervenants peuvent être amenés à parler de consommations avec la personne et sont donc à même de proposer au terme de l'entretien un outil de RDR.

Les acteurs de la ville, médecin, pharmacien, travailleurs sociaux, offrent un recours différent de proximité. Le médecin généraliste, de par sa place spécifique dans le système de santé, est un acteur de première ligne, consulté par le patient dès les premiers symptômes. Il est accessible rapidement et se trouve en contact avec un public varié fait d'adultes, d'enfants et de différentes catégories sociales. Il peut suivre sur le long terme les patients atteints de pathologies chroniques. Ainsi, il est un acteur clé de l'addictologie pour le repérage précoce des consommations et abus de produits tabac, alcool, cannabis. Il peut intervenir à travers des interventions brèves et la dispensation de conseils minimaux et notamment concernant la consommation d'alcool de jeunes et d'adultes non dépendants. Il pratique le suivi au long terme de patients dépendants aux opiacés, assure la prescription de TSO et le suivi des patients alcoolo-dépendants. Il est aussi un acteur d'un réseau de soins autour du patient avec les CSAPA, les CAARUD, les ELSA et autres services hospitaliers. Ainsi, le rôle du médecin dans la RDRD est crucial et en voie d'élargissement vers d'autres interventions avec notamment :

-la mise à disposition des tests de dépistage rapide (TROD) en médecine générale en vue d'un dépistage précoce de l'hépatite C des patients consommateurs d'opiacés et de cocaïne et l'accès aux nouveaux traitements antiviraux

-la primo-prescription de méthadone en médecine de ville

-le développement de l'intervention brève en médecine générale pour la consommation d'alcool

-mais aussi la dispensation d'autres conseils et outils de RDRD selon le patient reçu.

Du côté du pharmacien, ces acteurs jouent un rôle important par le biais de la vente de seringues, de trousses de prévention en officine mais aussi par la dispensation des TSO, avec 150 000 personnes ayant eu une délivrance de TSO en officine de ville en 2012 (OFDT 2014). Par ces contacts fréquents avec les usagers, les pharmaciens représentent un maillon important du système de santé dédié aux personnes dépendantes aux opiacés et plus généralement aux personnes présentant des conduites addictives. Une étude menée par ASUD et SAFE auprès des pharmaciens de ville, l'enquête Pharmasud (Duplessy 2011), ainsi que les témoignages de patients nous montrent que certains pharmaciens ne souhaitent plus dispenser ce traitement et une lettre adressée à l'Ordre des Pharmaciens signée par la

première adjointe au maire du 2e arrondissement de Paris vient illustrer ce désengagement des pharmaciens d'officine vis-à-vis de la dispensation des TSO[17]. Au plan international, une revue de la littérature conduite sur le rôle des pharmaciens dans la réduction des méfaits suggère que « *les pharmaciens sont sensibles au rôle qu'ils jouent dans la réduction des méfaits et ont indiqué que le manque de temps, de formation et de communications interdisciplinaires sont les principaux obstacles à la mise en œuvre» (Watson and Hughes 2012).* Ces données appuient la nécessité de développer l'information et la formation à la RDRD des professionnels de santé ainsi tous les professionnels qui peuvent être en contact avec ces populations.

La médecine de ville mérite d'être mieux préparée à recevoir les personnes qui consomment des SPA, qui injectent des drogues (Islam et al. 2012) tout comme toutes les personnes présentant des conduites addictives à travers des formations à la RDRD.

Le dispositif hospitalier

L'hôpital est un « lieu de passage » de nombreux utilisateurs de SPA. Il assure une réponse médicalisée, légitimement centrée sur l'aspect « maladie » des conduites addictives ou sur les complications induites. Il propose à la fois des lits de sevrage, pour des sevrages simples ou complexes, participe à l'entrée dans le soin par l'action transversale des Equipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA). En fonction des pathologies présentées (ou des circonstances de vie, telles que la grossesse..), un service sera particulièrement concerné par la réponse thérapeutique immédiate et aura l'opportunité de poser des bases d'une prévention et d'un accès aux soins plus spécifique.

Une étude menée dans une clinique à Toronto sur l'évaluation d'un programme de prise en charge des femmes enceintes usagères de drogues (T-CUP program) a montré l'efficacité de cette approche en termes de données de santé materno-fœtale. Il s'agit de proposer à ces femmes enceintes des services pré et post-nataux, un soutien psychosocial, des consultations d'addictologie, adaptés à leur histoire et à leur situation de consommation actuelle de drogues ou d'alcool (Ordean and Kahan 2011). Du fait d'un taux élevé d'usage de méthamphétamine, l'Etat de Hawaii a financé la mise en place d'une clinique pilote en médecine prénatale pour les femmes enceintes consommatrices de ces substances. Cette clinique fonctionne sur un modèle de RDRD comprenant des soins pré et post-nataux, service social, planning familial, interventions motivationnelles, médecin addictologue. L'évaluation de cette clinique donne des résultats positifs avec un taux d'enfants prématurés aussi élevé que dans la population

[17] http://media.lepharmaciendefrance.fr/doc/courrier_tso_ordre_idf.pdf

générale. Cette expérience montre l'intérêt de ce type de structure pour les femmes enceintes consommatrices de SPA (Wright et al. 2012).

Une étude européenne permet de comprendre l'importance de définir des normes pour la RDRD au niveau national et européen comme il existe pour les traitements de la dépendance. Cette étude a consisté à étudier près de 350 documents officiels et à interroger des représentants des institutions. Elle montre que les experts ont une très bonne acceptation à 80% de ces normes pour les traitements de la dépendance alors que les normes pour la RDRD font beaucoup moins consensus auprès des experts européens (Schaub et al. 2013).

En résumé, la littérature s'accorde sur l'importance de :
-Proposer et améliorer les services RDRD dédiés à des populations spécifiques afin d'adapter les réponses à leurs conduites addictives.
-Instiller la RDRD dans tous les pans du système où les conduites addictives peuvent être en question.

4.4. En quoi le cadre légal et réglementaire actuel est ou n'est pas un obstacle à la RdRD ? Quelles en seraient les évolutions souhaitables pour favoriser la RdRD ?

Le cadre légal et réglementaire

Aujourd'hui, au plan international, le cadre juridique de la majorité des substances psychoactives est défini par trois conventions internationales, convoquées par l'ONU et ratifiées par plus de 180 pays (Massin 2013) : la **Convention unique sur les stupéfiants de 1961**, la **Convention sur les substances psychotropes de 1971** et la **Convention contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988**. La première visait principalement à mettre fin aux usages traditionnels des drogues « naturelles » comme la coca, l'opium et le cannabis et à limiter leur usage à des fins médicales. La deuxième a étendu ces prescriptions aux drogues synthétiques. La troisième est apparue en réponse à l'extension du trafic international de drogues illicites et vise à encadrer le système de sanction ainsi que la coopération internationale en matière de lutte contre le trafic illicite (Jelsma 2010).

Il est important de savoir que ces trois conventions laissent aux pays signataires une flexibilité considérable en ce qui concerne des infractions mineures liées à la possession de drogues pour usage personnel (Bewley-Taylor and Jelsma 2012). En effet, elles permettent aux gouvernements d'adopter des mesures pour le traitement, l'éducation, le suivi médical, la réhabilitation et la réinsertion sociale des individus dépendants aux substances illicites et

ayant commis des infractions liées à ces substances (IDPC 2012). Ces contrevenants peuvent être encouragés à suivre des programmes de traitement en remplacement ou en complément de sanctions pénales[18]. Il n'existe aucune condition spécifique requérant la pénalisation de la consommation de drogues dans les conventions. La réduction des peines pénales et/ou la dépénalisation de la possession et ou de la production de drogues pour usage personnel (ces deux concepts sont expliqués plus bas) est donc possible, en vertu des conventions de l'ONU sur les drogues.

Bien que ces conventions imposent des obligations aux gouvernements, les Etats signataires gardent leur pouvoir discrétionnaire et une certaine souplesse, quant à la manière dont les lois nationales sur la drogue peuvent être conçues et mises en œuvre. En appliquant les conventions de l'ONU sur les drogues, les gouvernements doivent avant tout garder à l'esprit que leur objectif principal est d'améliorer « la santé et le bien-être de l'humanité »,14 et ensuite qu'ils sont tenus de respecter leurs obligations en vertu d'autres traités internationaux, en particulier les conventions de protection des droits humains et des libertés fondamentales.

Depuis la création du système international de contrôle des drogues, la stratégie principale utilisée pour réduire l'ampleur des marchés des drogues et leur consommation a été fondée sur le principe de dissuasion et a consisté à adopter et mettre en œuvre des lois sévères interdisant la production, la distribution et la consommation de ces substances contrôlées. Les responsables politiques croyaient que cette stratégie, visant à dissuader toute implication dans le marché illégal des drogues, permettrait de réduire, voire d'éliminer, le marché mondial des drogues et les risques sociaux et sanitaires associés (IDPC 2012).

Les conséquences du système de contrôle des substances illicites

De nombreuses études ont aujourd'hui démontré que les deux éléments principaux de cette stratégie (c'est-à-dire la suppression de l'offre, en contrôlant la production et la distribution, et de la demande, en imposant des peines sévères à l'encontre des consommateurs) n'ont eu qu'un impact limité. Cette politique a par ailleurs eu des conséquences dévastatrices. En 2008 l'ex-Directeur de l'ONUDC a présenté une liste des conséquences négatives imprévues découlant du système de contrôle des drogues et dont voici un résumé ci-dessous[19] :

[18] Articles 36 et 38 de la Convention de 1961, articles 20 et 23 de la Convention de 1971 et article 3 de la Convention de 1988.

[19] Costa, A.M. (Mars 2008), Making drug control 'fit for purpose': building on the UNGASS decade', E/CN.7/2008/CRP.17 (Vienne: Commission des Stupéfiants), http://www.idpc.net/sites/default/files/library/DrugControl_FFP_Bldg_UNGASSdecade.pdf

• **La création d'un marché noir** immense, lucratif et exploité par de puissantes organisations criminelles. Les actions répressives contre ces marchés peuvent créer les conditions mêmes qui encouragent les criminels à devenir plus violents et impitoyables.

• **Une mauvaise affectation des ressources disponibles** : les ressources déjà limitées, destinées à mettre un frein au marché des drogues, sont affectées à des interventions de maintien de l'ordre inefficaces. En conséquence, les programmes de santé publique et socio-économiques bénéficient de ressources très restreintes.

• **La relocalisation géographique** : aussi connue sous le nom d'« effet ballon », elle signifie qu'une opération réussie contre une zone de production de drogues conduira nécessairement à une augmentation de la production de substances contrôlées dans une autre partie du pays, de la région ou du monde. Les analystes ont noté qu'une opération réussie contre un réseau de trafiquants spécifique pouvait aussi conduire à une augmentation de la violence puisque de nouveaux groupes rivaux de trafiquants se battront pour prendre possession du « territoire » laissé vacant.

• **Une évolution du type de drogues consommées** : Lorsqu'une action de réduction de l'offre ou de la demande vise une substance spécifique, les dealers et les consommateurs se tournent vers d'autres substances, parfois plus nocives.

• La pénalisation des usagers de drogues aggrave **leur marginalisation et leur stigmatisation**. Les actions répressives à l'encontre des consommateurs de drogues et la désapprobation sociale dont ils sont l'objet sont souvent contre-productives, entravant leur accès aux services sociaux et sanitaires dont ils ont souvent besoin et privant la société de leur force productive. La pénalisation des consommateurs rompt aussi les liens familiaux et communautaires positifs qu'ils ont pu tisser et les coupes d'un accès à l'emploi et à l'éducation. Les groupes minoritaires sont particulièrement touchés, car ils sont souvent les premières cibles des interventions répressives.

Le système de contrôle des drogues a eu bien d'autres conséquences négatives, telles que le problème posé par les lois interdisant la distribution de matériel de consommation de drogues (dissuadant les usagers de drogues d'accéder à des programmes d'échange de seringues), les lois limitant l'accès à certaines substances contrôlées (dont le cannabis, l'ecstasy, la morphine, la méthadone, et la buprénorphine) utilisées à des fins médicales ou scientifiques, empêchant des millions de gens de traiter leur dépendance aux opiacés et d'atténuer la

douleur modérée ou aigue à laquelle ils sont confrontés, et l'imposition de peines disproportionnées pour les infractions liées à la drogue (IDPC 2012).

Le cas français et les possibles réformes

Comme l'explique Sophie Massin (Massin 2013), *en France, la législation actuelle concernant les stupéfiants date de 1970. Elle prévoit des peines pouvant aller jusqu'à un an de prison et 3 750 euros d'amende pour l'usage simple et jusqu'à vingt ans de prison et 7 500 000 euros d'amende pour des actes de trafic comme la production et/ou la fabrication de stupéfiants. Elle n'opère aucune distinction concernant les substances, le cannabis étant traité de la même manière que l'héroïne ou la cocaïne par exemple. De ce fait, en ce qui concerne l'usage simple de cannabis, il s'agit (dans les textes en tout cas) d'une des législations les plus répressives d'Europe. L'idée de réformer cette loi – au moins pour le cannabis – est régulièrement évoquée dans le débat public.* Cependant, comme l'article précédent, il règne encore une grande confusion autour *des options de réformes envisageables – et plus précisément autour des termes « contraventionnalisation », « dépénalisation » et « légalisation », qui ont été alternativement utilisés dans les différentes interventions. La* Figure 8 proposé dans l'article de S.Massin permet une clarification des options de réformes envisageables afin de permettre à chacun de se faire une idée claire des modalités et des enjeux de la réforme.

Figure 8. Caractérisation juridique des principaux actes liés aux drogues en droit français et aperçu des réformes envisageables (Massin 2013)

Annexe. Caractérisation juridique des principaux actes liés aux drogues en droit français et aperçu des réformes envisageables

Remarque 1 : la légalisation est en quelque sorte « hors champ » de ce schéma puisque les actes liés aux drogues (production, vente, consommation) ne seraient alors plus incriminés, mais organisés par la loi.
Remarque 2 : au sens strict, le terme « dépénalisation » indique la suppression des sanctions pénales ; il est cependant parfois utilisé dans un sens élargi, comme une réduction des sanctions prévues (la contraventionnalisation étant alors considérée comme une forme de dépénalisation). De même, on évoque souvent la « dépénalisation du cannabis ». Il s'agit d'un abus de langage puisque la dépénalisation s'applique formellement à un type d'infraction précis. En l'occurrence, dans les débats actuels, c'est généralement la dépénalisation de l'usage de cannabis qui est envisagée.
Remarque 3 : l'utilisation de termes anglais contribue à complexifier encore davantage le tableau et à renforcer la confusion du fait de l'existence de faux amis : *depenalization* peut être vu comme l'équivalent de contraventionnalisation alors que *decriminalization* peut être vu comme l'équivalent de dépénalisation.
Schéma réalisé par l'auteur à partir de différentes sources dont : Fédération Française d'Addictologie, 2011 ; Obradovic, 2011 ; Room *et al.*, 2010 ; Single, 1999.

Ainsi, il est important de redonner les définitions des différentes réformes possibles sur la politique des drogues (IJDPC, 2012) :

Réduction des peines pénales : Réduction de la sévérité des peines à l'encontre des infractions liées à la drogue. Les peines restent dans le cadre du droit pénal.

Dépénalisation de facto : La consommation de drogues, ou leur possession pour usage personnel reste illégale en vertu de la loi mais, en pratique, la personne qui consomme ou possède cette drogue ne sera ni arrêtée ni poursuivie en justice.

Dépénalisation : La consommation de drogues et/ou la possession, la production et la culture de drogues pour usage personnel ne font plus l'objet de sanctions pénales, mais les infractions pour trafic de drogue restent une infraction pénale. En vertu de ce régime juridique, les sanctions peuvent être administratives ou complètement abolies.

Réglementation légale : Aucune infraction liée à la drogue n'est assujettie au droit pénal. Cependant, la production, la distribution et la consommation de ces substances sont strictement réglementées dans le cadre des lois administratives, comme c'est le cas pour le tabac ou l'alcool.

Actuellement, l'une des barrières les plus évidentes de la RDRD est le cadre que pose la loi du 31 décembre 1970, dont les dispositions sont intégrées dans le code pénal et le code de la santé publique, et qui soumet les drogues illicites à un régime d'interdiction. Toutes les actions proposées dans un but de réduire les risques liés l'usage d'un stupéfiant sont soumises au fait que l'usage de stupéfiants est un délit.

Il existe aussi 5 modèles de base pour réglementer l'accès aux drogues (IDPC 2012) :

- **Modèle de prescription médicale ou de lieux supervisés** : pour des substances contrôlées (drogues injectables, y compris l'héroïne, et des stimulants plus puissants comme la méthamphétamine).
- **Modèle de vente au détail en pharmacie** : l'accès à des substances à risque modéré (par exemple l'amphétamine, la cocaïne en poudre et l'ecstasy), dont la quantité est contrôlée à la vente, par un usager spécifique ayant l'autorisation de les consommer.
- **La vente au détail sous licence** : ceci inclut des niveaux de réglementation appropriés aux risques associés au produit et aux besoins locaux. Ce modèle de réglementation peut être utilisé pour des drogues à risque plus faible et pour des préparations, telles que des boissons à base de stimulants moins forts.
- **Des établissements détenteurs de licence pour la vente et la consommation** : similaires aux commerces de proximité autorisés à vendre l'alcool et aux « coffee shops » hollandais vendant du cannabis. Ce système pourrait être utilisé pour fumer de l'opium et boire du thé à base de pavot.

- **Les ventes sans permis** : une réglementation minimale pour les produits à moindres risques, tels que les boissons à base de caféine et le thé de coca.

Quels sont les exemples étrangers qui proposent une nouvelle définition de la loi sur la politique des drogues ?

Le modèle portugais : la dépénalisation

Depuis 2001, le Portugal a dépénalisé la consommation de toutes les drogues. Pour le gouvernement, la dépénalisation implique un changement de paradigme : les consommateurs ne sont plus considérés comme des délinquants, mais comme des citoyens avant tout. La consommation de drogue ne relève plus du ministère de justice et police, mais de celui de la santé. Ainsi, l'argent investit dans les traitements médicaux est largement compensé par les économies (frais de police, de justice et de prison)[20].

Bien que dépénalisée, la possession de drogue pour usage personnel est passible d'une infraction administrative et les consommateurs interpellés doivent se présenter devant une commission de dissuasion. Celle-ci se compose de conseillers juridiques, de psychiatres et de travailleurs sociaux. Elle peut imposer des amendes (environ 10% des cas) ou des services communautaires. Mais son rôle est surtout de persuader ceux qui en ont besoin de s'inscrire à un programme de traitement. Environ 30% des consommateurs examinés (toutes drogues confondues) sont évalués ainsi et réorientés vers les services de santé.

Un article publié en 2012 confronte les résultats contradictoires de deux publications concernant l'impact de la réforme portugaise (Hughes and Stevens 2012) et tente de déconstruire deux visions opposées de cette réforme : la vision négative de M. Pinto Coelho (Pinto Coelho 2010) et la vision positive de G. Greenwald (Greenwald 2009). L'étude de ce dernier, parue en avril 2009, montre qu'au cours des cinq années suivant la dépénalisation l'usage de drogues chez les adolescents portugais a baissé, ainsi que les taux d'infection VIH causée par le partage de seringues, tandis que le nombre de demandes de traitement contre la toxicomanie avait plus que doublé. « *Selon tous les critères, la décriminalisation au Portugal s'est révélée un succès retentissant, déclare Glenn Greenwald, juriste et écrivain maniant parfaitement la langue portugaise, qui a dirigé l'enquête. Elle a permis au gouvernement de gérer et contrôler le problème des drogues beaucoup mieux que tout autre pays occidental.* »

Comme le souligne Hughes & Stevens, il faut rester prudent sur les résultats présentés par les deux camps qui ne reflètent pas totalement la réalité. Chacun s'est emparé d'un morceau de

[20] http://www.grea.ch/le-modele-portugais-la-depenalisation

l'histoire des effets de la réforme portugaise pour en révéler leur propre version (Hughes and Stevens 2012).

Les changements observés depuis la dépénalisation sont les suivants et sont globalement positifs [21] :

- Légère augmentation de la consommation de drogues illicites chez les adultes, mais forte diminution chez les adolescents (15-19 ans).
- Réduction du fardeau des délinquants toxicomanes sur le système de justice pénale.
- Augmentation du nombre de traitements médicamenteux.
- Réduction des décès liés aux opiacés et des maladies infectieuses.
- Augmentation des saisies de drogues par les autorités.

Le modèle Uruguayen

En décembre 2013, le président uruguayen José Mujica a approuvé un projet de loi visant à créer un marché réglementé du cannabis. Il devient ainsi le premier chef d'Etat à autoriser la production et la vente — dans un réseau de pharmacies — d'une drogue interdite ailleurs. Avec cette loi, « l'État prendra le contrôle et la régulation des activités d'importation, exportation, plantation, culture, récolte, production, acquisition, entrepôt, commercialisation et distribution du cannabis et de ses dérivés ». La loi permet également la création de clubs de production de cannabis et la culture de jusqu'à six plants par personne. C'est une proposition sans précédent au niveau international, même si dans certains pays européens l'autoproduction n'est pas criminalisée ; aux Pays-Bas la vente dans les coffee shops est permise ; dans d'autres États la formation des clubs d'approvisionnement en cannabis est règlementée ; la vente médicinale est souvent tolérée. La loi uruguayenne se rapproche plutôt des mesures intégrales adoptées dans les états étasuniens de Washington et du Colorado, où la régulation d'un marché pour la consommation récréative ayant une stratégie commerciale complète les mesures de supervision étatique, de l'autoproduction et de la formation des clubs (Aguiar and Arocena 2014).

Un article récent propose une analyse comparative de ces différents modèles d'offre et de demande de cannabis licite, précisant bine que les gouvernement devront laisser une certaine flexibilité à leur modèle afin de pouvoir s'adapter aux évolutions de la société (Pardo 2014).

[21] http://www.grea.ch/le-modele-portugais-la-depenalisation

Plus généralement, les recommandations récentes faites par IJDPC sont les suivantes (IDPC 2012) :

1) Une révision exhaustive des lois nationales relatives à la drogue est nécessaire, à la lumière des évolutions observées dans les tendances de consommation de drogue et au regard des leçons tirées des stratégies de maintien de l'ordre passées.

2) Dans le cadre de ce processus, les gouvernements et les agences internationales devraient procéder à des évaluations de l'impact des lois actuelles sur les drogues et de leur mise en œuvre.

3) Lors de l'élaboration ou de la révision des lois nationales en matière de drogue, les gouvernements devront déterminer quels aspects du marché des drogues sont les plus nuisibles à la société et ajuster leurs lois, avec pour objectif la réduction des risques.

4) Les nouvelles lois et réformes en matière de drogue devraient comporter des dispositions permettant de distinguer les différents acteurs opérant au sein du marché des drogues, en accordant une protection particulière aux consommateurs de drogues, de façon à apporter une réponse appropriée à chacun de ces groupes. Des solutions autres que l'emprisonnement, telles que des amendes, ou un processus d'orientation vers des services de soin et de traitement, doivent être conçues pour les petits dealers et les usagers dépendants.

5) Les nouvelles lois et réformes en matière de drogue doivent établir un catalogue précis et structuré des drogues auxquelles elles font référence, s'appuyant sur des données scientifiques concernant le degré de nocivité constaté pour chaque substance, et mettre en place un processus simple pour ajouter, déplacer ou retirer certaines substances de telle ou telle catégorie.

6) Les nouvelles lois et réformes en matière de drogue doivent être soigneusement élaborées afin de renforcer, au lieu d'affaiblir, les programmes sanitaires et sociaux. Les actions de réduction des risques, telles que les PES et la TSO, doivent être particulièrement encouragées.

4.5. Comment modifier les représentations de l'opinion publique et valoriser l'intérêt général de développer la RdRD ?

Les sujets de société tels que les substances illicites suscitent des prises de position franches de la part de la société civile, des associations et des politiques. En effet, la consommation de stupéfiants appartient à l'ensemble de ces *sujets « sensibles » (comme peut-être l'avortement, l'homosexualité ou l'euthanasie) qui renvoient les peuples à leurs traditions nationales les plus singulières (Bergeron 2009)*. Ainsi, la réduction des risques ne fait pas l'unanimité dans sa

légitimité auprès des usagers de drogues alors qu'elle a démontré l'efficacité décrite plus haut. L'interférence politique dans les initiatives de RDRD a été documentée dans différents contextes l'opinion publique négative peut jouer un rôle important dans la séparation entre science et politique (Tzemis et al. 2013). Les salles de consommation de drogues à moindre risque en sont un bon exemple. Ce dispositif de RDRD a montré son efficacité dans plusieurs contextes et surtout dans le contexte canadien à travers la salle d'injection supervisée Insite à Vancouver (Wood et al. 2004). Or, l'opinion publique française reste frileuse quant aux salles de consommation de drogues à moindre risque. Deux enquêtes d'opinion ont été menées en 2008 et 2010, avant l'arrivée du débat sur la scène publique (Jauffret-Roustide et al. 2013a). La première enquête, EROPP (Enquête sur les représentations, opinions et perceptions relatives aux psychotropes), menée par l'OFDT et soutenue par la Mildeca, a montré que 73% des enquêtés n'étaient pas favorables à l'ouverture des salles de consommation de drogues à moindre risque (OFDT 2010). La question posée était la suivante : « *Pour prévenir les risques, certaines personnes pensent qu'il faudrait mettre à disposition des consommateurs d'héroïne des locaux et du matériel spécial pour s'injecter leur propre drogue. Etes-vous tout à fait d'accord…pas du tout d'accord ?* Cette étude montre que *« certains facteurs individuels ou socio-démographiques structurent les perceptions et les opinions des individus sur les drogues ou les politiques publiques menées en ce domaine. Ainsi, les milieux sociaux favorisés, les personnes ayant une éducation scolaire supérieure, les adultes actifs et les personnes ayant une « certaine proximité » (consommant ou ayant déjà consommé) avec les produits sont plus « libérales », plus tolérantes vis-à-vis des produits, relativisant un peu leur dangerosité. Dans le domaine des drogues illicites, ces personnes sont plus favorables que les autres à la démarche de réduction des risques comme elles sont également moins majoritairement attachées au régime de prohibition. »*

La deuxième étude, KABP (Connaissances, Attitudes, Croyances et Pratiques) menée par le CERMES3 et financée par l'Agence Nationale de Recherche contre le Sida et les hépatites, a utilisé la question suivante : « *Dans certains pays européens, il existe des locaux médicalisés où les usagers de drogues peuvent injecter leur drogue dans des conditions hygiéniques satisfaisantes dans le but de limiter la transmission du VIH et des hépatites. Personnellement, seriez-vous (complètement, assez, pas vraiment, pas du tout) favorable à ce que ces lieux ouvrent en France ?* ». Cette étude montre que 66% de la population enquêtée pense que la mesure est socialement acceptable.

Après ces 2 enquêtes, deux autres études ont été menées au moment où le débat a commencé à émerger, une en 2010 puis en 2012 où le débat s'est intensifié. Elles ont consisté à étudier seulement l'acceptabilité des salles de consommation de drogue à moindre

risque en utilisant une question combinant les deux questions précédentes. « *Dans certaines villes européennes, il existe des lieux financés par les pouvoirs publics où les usagers de drogues peuvent venir prendre leur drogue de manière supervisée et dans des conditions hygiéniques. Personnellement, seriez-vous favorable, assez, pas vraiment, pas du tout favorable à ce que ces lieux ouvrent en France ?* ». L'opinion est passée de 53% de personnes favorables en 2010 à 45% en 2012.

Cette étude nous montre d'abord que la manière dont la question est posée influence le type de réponse donnée par la population générale. Ainsi, l'information fournie aux personnes sur l'intérêt de ce dispositif peut modifier l'opinion publique.

Plusieurs études ont montré que l'opinion publique est souvent favorable aux services de Réduction des Risques, et notamment aux programmes échange de seringues (Treloar and Fraser 2007, Tzemis et al. 2013), alors que les politiques utilisent souvent le prétexte d'une opinion publique défavorable (Treloar and Fraser 2007). L'étude canadienne précise que ce soutien est plus marqué chez les personnes plus éduquées et plus jeunes (Tzemis et al. 2013). En effet, les personnes plus exposées à un savoir socio-scientifique comprennent mieux les enjeux éthiques et scientifiques de ces services de RDRD (Chowning et al. 2012). Elle montre aussi qu'à la question : « *Soutenez-vous les PES dans votre quartier ? »* beaucoup de personnes n'ont pas répondu, reflétant l'attitude « not-in-my-backyard » (NIMBY). Pour les répondants à cette question, ils sont plus à même de changer de passer d'une attitude NIMBY vers une attitude disant « yes in my backyard » s'ils sont impliqués en amont et ont discuté des enjeux de ces services proposés (Bernstein and Bennett 2013).

Ainsi, pour modifier les représentations de la population et valoriser les actions de RDRD, **la diffusion d'informations adaptées est nécessaire pour améliorer les connaissances des individus** sur la RDRD. Pour cela, **l'information publique mais aussi les médias** ont un rôle à jouer afin de fournir des informations justes et pertinentes pour la bonne compréhension des personnes quant à l'impact des services de RDRD. Aujourd'hui, il est reconnu que les médias sont encore dominés par des conceptions moralistes qui influencent les personnes qui les consultent (Tzemis et al. 2013).

Il est suggéré par ces données que **l'implication de la société civile dans les discussions ayant cours en amont de la mise en place de ces services est nécessaire**.

Références

AFSSAPS. 2012. ÉTAT DES LIEUX DE LA CONSOMMATION DE BENZODIAZÉPINES EN FRANCE. AFSSAPS.

Aguiar, S., and F. Arocena. 2014. Menant la marche : l'Uruguay et ses trois lois avant-gardistes. Cahiers des Amériques latines **77**:69-86.

Aguirre-Molina, M., and D. M. Gorman. 1996. Community-based approaches for the prevention of alcohol, tobacco, and other drug use. Annu Rev Public Health **17**:337-358.

Akbar, T., A. Baldacchino, J. Cecil, M. Riglietta, B. Sommer, and G. Humphris. 2011. Poly-substance use and related harms: a systematic review of harm reduction strategies implemented in recreational settings. Neurosci Biobehav Rev **35**:1186-1202.

Alla, F., and J. Kivits. 2015. La recherche interventionnelle en santé publique : partenariat chercheurs-acteurs, interdisciplinarité et rôle social. Santé Publique **27**.

Anderson, P., and B. Baumberg. 2006. Alcohol in Europe: a public health perspective (A report for the European Commission). Institute of Alcohol Studies, London.

Anderson, P., D. Chisholm, and D. C. Fuhr. 2009. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. Lancet **373**:2234-2246.

Anderson, S., and V. Berridge. 2000. Opium in 20th-century Britain: pharmacists, regulation and the people. Addiction **95**:23-36.

ANSM, C.-. 2012a. Observation des Produits Psychotropes Illicites ou Détournés de leur Utilisation Médicamenteuse (OPPIDUM), résultats de l'enquête 24.

ANSM, C.-. 2012b. Résultats enquête 4 OPEMA – janvier – février 2012 - ANSM/CEIP. CEIP - ANSM.

Ashton, J. R., and H. Seymour. 2010. Public Health and the origins of the Mersey Model of Harm Reduction. Int J Drug Policy **21**:94-96.

Aspinall, E. J., D. Nambiar, D. J. Goldberg, M. Hickman, A. Weir, E. Van Velzen, N. Palmateer, J. S. Doyle, M. E. Hellard, and S. J. Hutchinson. 2014. Are needle and syringe programmes associated with a reduction in HIV transmission among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis. Int J Epidemiol **43**:235-248.

Babor, T., R. Caetano, S. Casswell, G. Edwards, N. Giesbrecht, K. Graham, W. J. Grube, L. Hill, H. Holder, R. Homel, M. Livingston, E. Österberg, J. Rehm, R. Room, and I. Rossow. 2003. Alcohol: No Ordinary Commodity - Research and Public Policy. Oxford University Press, Oxford.

Ball, A. L. 2007. HIV, injecting drug use and harm reduction: a public health response. Addiction **102**:684-690.

Batisse, A., M. Gregoire, M. Marillier, M. Fortias, and S. Djezzar. 2016. [Cathinones use in Paris]. Encephale.

Beck, F., J. B. Richard, R. Guignard, O. Le Nézet, and S. Spilka. 2015. Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2014. OFDT, Saint-Denis.

Benoit, E., and F. Facy. 2010. Prévalence du jeu excessif observé dans un centre de médecine préventive en France. ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE.

Benowitz, N. L., and P. Jacob, 3rd. 2000. Effects of cigarette smoking and carbon monoxide on nicotine and cotinine metabolism. Clin Pharmacol Ther **67**:653-659.

Bergeron, H. 2009. IV. Interdiction, contrôle et régulation, . Page 79 *in* L. Découverte, editor. Sociologie de la drogue.

Berlin, H. A., A. Braun, D. Simeon, L. M. Koran, M. N. Potenza, S. L. McElroy, T. Fong, S. Pallanti, and E. Hollander. 2013. A double-blind, placebo-controlled trial of topiramate for pathological gambling. World J Biol Psychiatry **14**:121-128.

Bernstein, S. E., and D. Bennett. 2013. Zoned Out: "NIMBYism", addiction services and municipal governance in British Columbia. Int J Drug Policy **24**:e61-65.

Berridge, V. 1984. Drugs and social policy: the establishment of drug control in Britain 1900-30. Br J Addict **79**:17-29.

Berridge, V. 1999. Histories of harm reduction: illicit drugs, tobacco, and nicotine. Subst Use Misuse **34**:35-47.
Bertholet, N., J. A. Cunningham, M. Faouzi, J. Gaume, G. Gmel, B. Burnand, and J. B. Daeppen. 2015. Internet-Based Brief Intervention to Prevent Unhealthy Alcohol Use among Young Men: A Randomized Controlled Trial. PLoS ONE **10**:e0144146.
Bertholet, N., J. B. Daeppen, V. Wietlisbach, M. Fleming, and B. Burnand. 2005. Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. Arch Intern Med **165**:986-995.
Bertram, M. Y., S. S. Lim, A. L. Wallace, and T. Vos. 2007. Costs and benefits of smoking cessation aids: making a case for public reimbursement of nicotine replacement therapy in Australia. Tob Control **16**:255-260.
Bewley-Taylor, D., and M. Jelsma. 2012. TNI/IDPC Series on Legislative Reform of Drug Polices Nr. 18 - The UN drug control conventions: The limits of latitude. Transnational Institute & Consortium International sur les Politiques des Drogues.
Billioti de Gage, S., Y. Moride, T. Ducruet, T. Kurth, H. Verdoux, M. Tournier, A. Pariente, and B. Begaud. 2014. Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study. Bmj **349**:g5205.
Blaszczynski, A. 2009. Problem gambling: we should measure harm rather than 'cases'. Addiction **104**:1072-1074.
Bourgain, C., B. Falissard, L. Blecha, A. Benyamina, L. Karila, and M. Reynaud. 2012. A damage/benefit evaluation of addictive product use. Addiction **107**:441-450.
Burns, D. M., E. Dybing, N. Gray, S. Hecht, C. Anderson, T. Sanner, R. O'Connor, M. Djordjevic, C. Dresler, P. Hainaut, M. Jarvis, A. Opperhuizen, and K. Straif. 2008. Mandated lowering of toxicants in cigarette smoke: a description of the World Health Organization TobReg proposal. Tob Control **17**:132-141.
Cadet-Taïrou, A. 2012. Résultats ENa-CAARUD 2010 : Profils et pratiques des usagers OFDT.
Carrieri, M. P., L. Amass, G. M. Lucas, D. Vlahov, A. Wodak, and G. E. Woody. 2006. Buprenorphine use: the international experience. Clin Infect Dis **43 Suppl 4**:S197-215.
Carrieri, M. P., and B. Spire. 2008. Harm reduction and control of HIV in IDUs in France. Lancet **372**:448.
CDC. 2006. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services.
Champion, K. E., N. C. Newton, L. A. Stapinski, and M. Teesson. 2016. Effectiveness of a universal Internet-based prevention program for ecstasy and new psychoactive substances: a cluster randomised controlled trial. Addiction.
Chou, R. 2009. 2009 Clinical Guidelines from the American Pain Society and the American Academy of Pain Medicine on the use of chronic opioid therapy in chronic noncancer pain: what are the key messages for clinical practice? Pol Arch Med Wewn **119**:469-477.
Chowning, J. T., J. C. Griswold, D. N. Kovarik, and L. J. Collins. 2012. Fostering critical thinking, reasoning, and argumentation skills through bioethics education. PLoS ONE **7**:e36791.
Citot, V. 2005. Le processus historique de la Modernité et la possibilité de la liberté (universalisme et individualisme). Le Philosophoire **25**:35-76.
Clayton, R. R., A. M. Cattarello, and B. M. Johnstone. 1996. The effectiveness of Drug Abuse Resistance Education (project DARE): 5-year follow-up results. Prev Med **25**:307-318.
Coffin, P. O., and S. D. Sullivan. 2013. Cost-effectiveness of distributing naloxone to heroin users for lay overdose reversal. Ann Intern Med **158**:1-9.
Collins, S. E., S. L. Clifasefi, E. A. Dana, M. P. Andrasik, N. Stahl, M. Kirouac, C. Welbaum, M. King, and D. K. Malone. 2012. Where harm reduction meets housing first: exploring alcohol's role in a project-based housing first setting. Int J Drug Policy **23**:111-119.

Comité économique et social européen. 2009. Avis du Comité économique et social européen sur le thème «Comment faire de la stratégie de l'UE relative aux dommages liés à l'alcool une stratégie durable, de long terme et multisectorielle» Journal officiel de l'Union européenne **C 318**.
Commission européenne, T. I., Rand Europe. 2009. A report on global illicit drug markets 1998-2007. (Luxembourg: European Communities).
Commission Mondiale sur la Politique des Drogues. 2011. La guerre aux drogues : Rapport de la Commission mondiale pour la politique des drogues.
Costes, J. M. 2013. De la guerre à la drogue à la prévention des addictions : àquand l'ouverture de l'impossible débat ? Psychotropes **19**:9-26.
Couteron, J.-P. 2015. La réduction des risques. Comment prendre soin d'un usager-citoyen. VST - Vie sociale et traitements **126**:52-58.
CRIPS. 2007. "Réduction des Risques : Bilan et Perspectives". CRIPS PACA.
Cunningham, R. M., S. T. Chermack, P. F. Ehrlich, P. M. Carter, B. M. Booth, F. C. Blow, K. L. Barry, and M. A. Walton. 2015. Alcohol Interventions Among Underage Drinkers in the ED: A Randomized Controlled Trial. Pediatrics **136**:e783-793.
Darke, S., C. Marel, K. L. Mills, J. Ross, T. Slade, L. Burns, and M. Teesson. 2014. Patterns and correlates of non-fatal heroin overdose at 11-year follow-up: findings from the Australian Treatment Outcome Study. Drug Alcohol Depend **144**:148-152.
Dassieu, L. 2013. Les seuils de la substitution : regard sociologique sur l'accès aux traitements de substitution aux opiacés. Psychotropes **19**:149-172.
de Lima, M. S., B. G. de Oliveira Soares, A. A. Reisser, and M. Farrell. 2002. Pharmacological treatment of cocaine dependence: a systematic review. Addiction **97**:931-949.
Deering, K. N., J. Shoveller, M. W. Tyndall, J. S. Montaner, and K. Shannon. 2011. The street cost of drugs and drug use patterns: relationships with sex work income in an urban Canadian setting. Drug Alcohol Depend **118**:430-436.
Demange, E., E. Henry, and M. Préau. 2012. De la recherche en collaboration à la recherche communautaire: Un guide méthodologique.
Denis, C., M. Fatseas, V. Beltran, C. Bonnet, S. Picard, I. Combourieu, J. P. Daulouede, and M. Auriacombe. 2012. Validity of the self-reported drug use section of the Addiction Severity Index and associated factors used under naturalistic conditions. Subst Use Misuse **47**:356-363.
Duburcq, A., Y. Charpak, P. Blin, and L. Madec. 2000. [Two years follow-up of a heroin users cohort treated with high dosage buprenorphine. Results of the SPESUB study (pharmacoepidemiologic follow-up of general practice Subutex)]. Rev Epidemiol Sante Publique **48**:363-373.
Duplessy, C. 2011. Résultats de l'enquête Pharmasud. ASUD Journal **48**.
Ehrenberg, A. 1996. Comment vivre avec les drogues ? Questions de recherche et enjeux politiques. Communications **62**:5-26.
Ehrenberg, A. 2011. La société du malaise. Une présentation pour un dialogue entre clinique et sociologie. Adolescence **77**:553-570.
EMCDDA. 2007. Treatment of problem cocaine use: a review of the literature. EMCDDA.
EMCDDA. 2010. Harm Reduction: evidence, impacts and challenges. EMCDDA.
EMCDDA. 2012. Drug-related research in Europe: recent developments and future perspectives. EMCDDA.
Emmanuelli, J., and J. C. Desenclos. 2005. Harm reduction interventions, behaviours and associated health outcomes in France, 1996-2003. Addiction **100**:1690-1700.
Engelsman, E. L. 1989. Dutch policy on the management of drug-related problems. Br J Addict **84**:211-218.
Ennett, S. T., N. S. Tobler, C. L. Ringwalt, and R. L. Flewelling. 1994. How effective is drug abuse resistance education? A meta-analysis of Project DARE outcome evaluations. Am J Public Health **84**:1394-1401.
Erickson, P. G. 1995. Harm reduction: what it is and is not. Drug Alcohol Rev **14**:283-285.

Expertise collective Inserm. 2012. Médicaments psychotropes : consommations et pharmacodépendances. INSERM.
Fatseas, M., and M. Auriacombe. 2007. Why buprenorphine is so successful in treating opiate addiction in France. Curr Psychiatry Rep **9**:358-364.
Fatseas, M., C. Denis, F. Serre, J. Dubernet, J. P. Daulouede, and M. Auriacombe. 2012. Change in HIV-HCV risk-taking behavior and seroprevalence among opiate users seeking treatment over an 11-year period and harm reduction policy. AIDS Behav **16**:2082-2090.
Fatseas, M., F. Serre, J. M. Alexandre, R. Debrabant, M. Auriacombe, and J. Swendsen. 2015. Craving and substance use among patients with alcohol, tobacco, cannabis or heroin addiction: a comparison of substance- and person-specific cues. Addiction **110**:1035-1042.
Fédération Addiction. 2013. Pratiques professionnelles dans les dispositifs médico-sociaux de soins résidentiels.
Fédération Addiction. 2015. Agir en réduction des risques en CSAPA et en CAARUD : Rapport d'enquête. Fédération Addiction.
Fischer, B., P. Blanken, D. Da Silveira, A. Gallassi, E. M. Goldner, J. Rehm, M. Tyndall, and E. Wood. 2015. Effectiveness of secondary prevention and treatment interventions for crack-cocaine abuse: A comprehensive narrative overview of English-language studies. Int J Drug Policy **26**:352-363.
Foulds, J., L. Ramstrom, M. Burke, and K. Fagerstrom. 2003. Effect of smokeless tobacco (snus) on smoking and public health in Sweden. Tob Control **12**:349-359.
Foureur, N., S. Fournier, M. Jauffret-Roustide, V. Labrouve, X. Pascal, G. Quatremère, and D. Rojas-Castro. 2013. Slam. Premiere enquête qualitative en France. AIDES.
Foxcroft, D. R., L. Coombes, S. Wood, D. Allen, and N. M. Almeida Santimano. 2014. Motivational interviewing for alcohol misuse in young adults. Cochrane Database Syst Rev **8**:CD007025.
Frauger, E., M. Spadari, S. Djezzar, L. Charrier, T. Malardé, X. Thirion, J. C. Catusse, and J. Micallef. 2011. Étude des pratiques d'injection intraveineuse et autres détournements du méthylphénidate (région Paca-Corse). Le Courrier des addictions **13**.
Friedman, S. R., W. de Jong, D. Rossi, G. Touze, R. Rockwell, D. C. Des Jarlais, and R. Elovich. 2007. Harm reduction theory: users' culture, micro-social indigenous harm reduction, and the self-organization and outside-organizing of users' groups. Int J Drug Policy **18**:107-117.
Friedman, S. R., and S. G. Sherman. 2006. Public health principles for the HIV epidemic. N Engl J Med **354**:877-878; author reply 877-878.
Gainsbury, S. M., M. Blankers, C. Wilkinson, K. Schelleman-Offermans, and J. Cousijn. 2014. Recommendations for international gambling harm-minimisation guidelines: comparison with effective public health policy. J Gambl Stud **30**:771-788.
Global Commission on Drug Policy. 2015. UNGASS ON THE WORLD DRUG PROBLEM: PEOPLE, PUBLIC HEALTH AND HUMAN RIGHTS AT THE CENTRE. Global Commission on Drug Policy.
Gossop, M., J. Marsden, D. Stewart, and T. Kidd. 2003. The National Treatment Outcome Research Study (NTORS): 4-5 year follow-up results. Addiction **98**:291-303.
Goutte, S., and A. Morel. 2010. L'intervention précoce.*in* Dunod, editor. L'Aide-mémoire d'Addictologie.
Gowing, L., M. Farrell, R. Bornemann, L. Sullivan, and R. Ali. 2008. Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. Cochrane Database Syst Rev:CD004145.
Gowing, L., M. F. Farrell, R. Bornemann, L. E. Sullivan, and R. Ali. 2011. Oral substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. Cochrane Database Syst Rev:CD004145.

Graham, J., T. Banaschewski, J. Buitelaar, D. Coghill, M. Danckaerts, R. W. Dittmann, M. Dopfner, R. Hamilton, C. Hollis, M. Holtmann, M. Hulpke-Wette, M. Lecendreux, E. Rosenthal, A. Rothenberger, P. Santosh, J. Sergeant, E. Simonoff, E. Sonuga-Barke, I. C. Wong, A. Zuddas, H. C. Steinhausen, E. Taylor, and G. European Guidelines. 2011. European guidelines on managing adverse effects of medication for ADHD. Eur Child Adolesc Psychiatry **20**:17-37.
Grant, S., E. R. Pedersen, K. C. Osilla, M. Kulesza, and E. J. D'Amico. 2015. Reviewing and interpreting the effects of brief alcohol interventions: comment on a Cochrane review about motivational interviewing for young adults. Addiction.
Grau, L. E., S. Arevalo, C. Catchpool, and R. Heimer. 2002. Expanding harm reduction services through a wound and abscess clinic. Am J Public Health **92**:1915-1917.
Greenfield, V. A., and L. Paoli. 2012. If supply-oriented drug policy is broken, can harm reduction help fix it? Melding disciplines and methods to advance international drug-control policy. Int J Drug Policy **23**:6-15.
Greenwald, G. 2009. Drug decriminalization in Portugal: lessons for creating fair and successful drug policies. CATO Institute, Whashington DC.
Greenwald, M. K., L. H. Lundahl, and C. L. Steinmiller. 2010. Sustained release d-amphetamine reduces cocaine but not 'speedball'-seeking in buprenorphine-maintained volunteers: a test of dual-agonist pharmacotherapy for cocaine/heroin polydrug abusers. Neuropsychopharmacology **35**:2624-2637.
Gross, N. J. 1994. The lung health study. Disappointment and triumph. Jama **272**:1539-1541.
Groton, D. 2013. Are Housing First Programs Effective? A Research Note. Journal of Sociology & Social Welfare **XL**:51-63.
Grund, J. P., P. Blanken, N. F. Adriaans, C. D. Kaplan, C. Barendregt, and M. Meeuwsen. 1992. Reaching the unreached: targeting hidden IDU populations with clean needles via known user groups. J Psychoactive Drugs **24**:41-47.
Hagan, H., H. Thiede, and D. C. Des Jarlais. 2005. HIV/hepatitis C virus co-infection in drug users: risk behavior and prevention. Aids **19 Suppl 3**:S199-207.
Hall, W. 2007. What's in a name? Addiction **102**:692.
Hallinan, R., M. Osborn, M. Cohen, M. Dobbin, and A. Wodak. 2011. Increasing the benefits and reducing the harms of prescription opioid analgesics. Drug Alcohol Rev **30**:315-323.
HAS. 2006. STRATEGIES THERAPEUTIQUES D'AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE : Efficacité, efficience et prise en charge financière Haute Autorité de Santé.
HAS. 2015. Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : démarche du médecin traitant en ambulatoire. Haute Autorité de Santé.
Hatsukami, D. K., C. Lemmonds, and S. L. Tomar. 2004. Smokeless tobacco use: harm reduction or induction approach? Prev Med **38**:309-317.
Hautefeuille, M. 2015. Les jeux pathologiques. Éditorial. Psychotropes **21**:5-8.
Healey, C., A. Rahman, M. Faizal, and P. Kinderman. 2014. Underage drinking in the UK: changing trends, impact and interventions. A rapid evidence synthesis. Int J Drug Policy **25**:124-132.
Heather, N. 1995. Groundwork for a research programme on harm reduction in alcohol and drug treatment. Drug Alcohol Rev **14**:331-336.
Hedrich, D., P. Alves, M. Farrell, H. Stover, L. Moller, and S. Mayet. 2012. The effectiveness of opioid maintenance treatment in prison settings: a systematic review. Addiction **107**:501-517.
Hellard, M., R. Sacks-Davis, and J. Gold. 2009. Hepatitis C treatment for injection drug users: a review of the available evidence. Clin Infect Dis **49**:561-573.
Hershberger, S. L., M. M. Wood, and D. G. Fisher. 2003. A cognitive-behavioral intervention to reduce HIV risk behaviors in crack and injection drug users. AIDS Behav **7**:229-243.
Hodgins, D. C., G. H. Fick, R. Murray, and J. A. Cunningham. 2013. Internet-based interventions for disordered gamblers: study protocol for a randomized controlled trial

of online self-directed cognitive-behavioural motivational therapy. BMC Public Health **13**:10.
Hoffmann, D., M. V. Djordjevic, J. Fan, E. Zang, T. Glynn, and G. N. Connolly. 1995. Five leading U.S. commercial brands of moist snuff in 1994: assessment of carcinogenic N-nitrosamines. J Natl Cancer Inst **87**:1862-1869.
Hopkins, D. P., C. G. Husten, J. E. Fielding, J. N. Rosenquist, and L. L. Westphal. 2001. Evidence reviews and recommendations on interventions to reduce tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke: a summary of selected guidelines. Am J Prev Med **20**:67-87.
Horyniak, D., M. Stoove, L. Degenhardt, C. Aitken, T. Kerr, and P. Dietze. 2015. How do drug market changes affect characteristics of injecting initiation and subsequent patterns of drug use? Findings from a cohort of regular heroin and methamphetamine injectors in Melbourne, Australia. Int J Drug Policy **26**:43-50.
Howe, C. J., C. M. Fuller, D. C. Ompad, S. Galea, B. Koblin, D. Thomas, and D. Vlahov. 2005. Association of sex, hygiene and drug equipment sharing with hepatitis C virus infection among non-injecting drug users in New York City. Drug Alcohol Depend **79**:389-395.
Hubbard, R. L., S. G. Craddock, and J. Anderson. 2003. Overview of 5-year followup outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS). J Subst Abuse Treat **25**:125-134.
Hughes, C. E., and A. Stevens. 2012. A resounding success or a disastrous failure: re-examining the interpretation of evidence on the Portuguese decriminalisation of illicit drugs. Drug Alcohol Rev **31**:101-113.
IDPC. 2012. Guide sur les politiques des drogues. Consortium International sur les Politiques des Drogues.
IHRA. 2010. What is Harm Reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association. IHRA Briefing.
INPES. 2012. Usages de drogues et pratiques addictives en France : Analyses du Baromètre santé 2010. INPES.
INSERM. 2010a. Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues Institut national de la santé et de la recherche médicale.
Inserm, E. c. 2010b. Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues Institut national de la santé et de la recherche médicale.
Inserm, E. c. 2014. Conduites addictives chez les adolescents - Usages, prévention et accompagnement.
Islam, M. M., L. Topp, C. A. Day, A. Dawson, and K. M. Conigrave. 2012. The accessibility, acceptability, health impact and cost implications of primary healthcare outlets that target injecting drug users: a narrative synthesis of literature. Int J Drug Policy **23**:94-102.
Jauffret-Roustide, M. 2009. Un regard sociologique sur les drogues : décrire la complexité des usages et rendre compte des contextes sociaux. La revue lacanienne **5**:109-118.
Jauffret-Roustide, M. 2010. Narcotiques Anonymes, une expertise profane dans le champ des conduites addictives centrée sur le rétablissement, la gestion des émotions et l'entre-soi communautaire. Pensée plurielle **23**:93-108.
Jauffret-Roustide, M. 2011. Réduction des risques. Succès et limites du modèle à la française. ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE **33**:101-110.
Jauffret-Roustide, M., J. Emmanuelli, and J. C. Desenclos. 2006. [Limited impact of the harm-reduction policy on HCV among drug-users. The ANRS-Coquelicot survey example]. Rev Epidemiol Sante Publique **54 Spec No 1**:1S53-51S59.
Jauffret-Roustide, M., G. Pedrono, and N. Beltzer. 2013a. Supervised consumption rooms: the French Paradox. Int J Drug Policy **24**:628-630.
Jauffret-Roustide, M., J. Pillonel, L. Weill-Barillet, L. Léon, Y. L. Strat, S. Brunet, T. Benoit, C. Chauvin, M. Lebreton, F. Barin, and C. Semaille. 2013b. Estimation de la

séroprévalence du VIH et de l'hépatite C chez les usagers de drogues en France - Premiers résultats de l'enquête ANRS-Coquelicot 2011. BEH **39-40**.
Jeanmart, C. 2008. Substitution sans frontière.. Prescription de méthadone et de Subutex® de part et d'autre de la frontière franco-belge. Psychotropes **14**:21-40.
Jelsma, M. 2010. The development of international drug control: Lessons learned and strategic challenges for the future. Global Commission on Drug Policies, Geneva.
Jonas, H. 1999. Le principe de responsabilité : une éthique pour la civilisation techniologique. Flammarion.
Jones, J. D., S. Mogali, and S. D. Comer. 2012. Polydrug abuse: a review of opioid and benzodiazepine combination use. Drug Alcohol Depend **125**:8-18.
Jourdan, M. 2009. Casting light on harm reduction: introducing two instruments for analysing contradictions between harm reduction and 'non-harm reduction'. Int J Drug Policy **20**:514-520.
Kalkhoran, S., and S. A. Glantz. 2016. E-cigarettes and smoking cessation in real-world and clinical settings: a systematic review and meta-analysis. Lancet Respir Med **4**:116-128.
Kaner, E. F., F. Beyer, H. O. Dickinson, E. Pienaar, F. Campbell, C. Schlesinger, N. Heather, J. Saunders, and B. Burnand. 2007. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. Cochrane Database Syst Rev:CD004148.
Karila, L., R. Zarmdini, A. Petit, G. Lafaye, W. Lowenstein, and M. Reynaud. 2014. [Cocaine addiction: current data for the clinician]. Presse Med **43**:9-17.
Kellogg, S. H. 2003. On "Gradualism" and the building of the harm reduction-abstinence continuum. J Subst Abuse Treat **25**:241-247.
Ker, K., and P. Chinnock. 2008. Interventions in the alcohol server setting for preventing injuries. Cochrane Database Syst Rev:CD005244.
Kerr, T., J. A. Stoltz, M. Tyndall, K. Li, R. Zhang, J. Montaner, and E. Wood. 2006. Impact of a medically supervised safer injection facility on community drug use patterns: a before and after study. Bmj **332**:220-222.
Kerr, T., E. Wood, E. Grafstein, T. Ishida, K. Shannon, C. Lai, J. Montaner, and M. W. Tyndall. 2005. High rates of primary care and emergency department use among injection drug users in Vancouver. J Public Health (Oxf) **27**:62-66.
King, B., R. Borland, and J. Fowles. 2007. Mainstream smoke emissions of Australian and Canadian cigarettes. Nicotine Tob Res **9**:835-844.
Kleinig, J. 2008. The ethics of harm reduction. Subst Use Misuse **43**:1-16.
Klingemann, H. K. 1996. Drug treatment in Switzerland: harm reduction, decentralization and community response. Addiction **91**:723-736.
Kopp, P. 2015. Le coût social des drogues en France.*in* OFDT, editor.
Kosten, T. R., C. B. Domingo, D. Shorter, F. Orson, C. Green, E. Somoza, R. Sekerka, F. R. Levin, J. J. Mariani, M. Stitzer, D. A. Tompkins, J. Rotrosen, V. Thakkar, B. Smoak, and K. Kampman. 2014. Vaccine for cocaine dependence: a randomized double-blind placebo-controlled efficacy trial. Drug Alcohol Depend **140**:42-47.
Kuntsche, E., and G. Gmel. 2013. Alcohol consumption in late adolescence and early adulthood--where is the problem? Swiss Med Wkly **143**:w13826.
Lagrue, G. 2006. Arrêter de fumer ? Odile Jacob.
Larimer, M. E., C. Neighbors, T. W. Lostutter, U. Whiteside, J. M. Cronce, D. Kaysen, and D. D. Walker. 2012. Brief motivational feedback and cognitive behavioral interventions for prevention of disordered gambling: a randomized clinical trial. Addiction **107**:1148-1158.
Laugesen, M. 2010. Nicotine electronic cigarette sales are permitted under the Smokefree Environments Act. N Z Med J **123**:103-105.
Lavie, E., M. Fatseas, C. Denis, and M. Auriacombe. 2009. Benzodiazepine use among opiate-dependent subjects in buprenorphine maintenance treatment: correlates of use, abuse and dependence. Drug Alcohol Depend **99**:338-344.

Lejeune, C., L. Simmat-Durand, L. Gourarier, S. Aubisson, and A. Groupe d'Etudes Grossesse et. 2006. Prospective multicenter observational study of 260 infants born to 259 opiate-dependent mothers on methadone or high-dose buprenophine substitution. Drug Alcohol Depend **82**:250-257.
Leonard, L., E. DeRubeis, L. Pelude, E. Medd, N. Birkett, and J. Seto. 2008. "I inject less as I have easier access to pipes": injecting, and sharing of crack-smoking materials, decline as safer crack-smoking resources are distributed. Int J Drug Policy **19**:255-264.
Leshner, A. I. 1997. Addiction is a brain disease, and it matters. Science **278**:45-47.
Leshner, A. I. 2008. By now, "harm reduction" harms both science and the public health. Clin Pharmacol Ther **83**:513-514.
Levin, F. R., S. M. Evans, D. J. Brooks, and F. Garawi. 2007. Treatment of cocaine dependent treatment seekers with adult ADHD: double-blind comparison of methylphenidate and placebo. Drug Alcohol Depend **87**:20-29.
Lipovetsky, G. 1989. L'ère du vide. Essais sur l'individualisme contemporain. Gallimard.
Loustauneau, A., M. Auriacombe, J. P. Daulouede, and J. Tignol. 2002. [Is buprenorphine a potential alternative to methadone for treating pregnant drug users? Inventory of clinical data in the literature]. Ann Med Interne (Paris) **153**:2S31-36.
MacArthur, G. J., S. Minozzi, N. Martin, P. Vickerman, S. Deren, J. Bruneau, L. Degenhardt, and M. Hickman. 2012. Opiate substitution treatment and HIV transmission in people who inject drugs: systematic review and meta-analysis. Bmj **345**:e5945.
Malchy, L. A., V. Bungay, J. L. Johnson, and J. Buxton. 2011. Do crack smoking practices change with the introduction of safer crack kits? Can J Public Health **102**:188-192.
Mansdotter, A. M., M. K. Rydberg, E. Wallin, L. A. Lindholm, and S. Andreasson. 2007. A cost-effectiveness analysis of alcohol prevention targeting licensed premises. Eur J Public Health **17**:618-623.
Marlatt, G. A., M. Larimer, and K. Witkiewitz. 2012. Harm Reduction : Pragmatic strategies for managing high-risk behaviors.
Marlatt, G. A., and K. Witkiewitz. 2002. Harm reduction approaches to alcohol use: health promotion, prevention, and treatment. Addict Behav **27**:867-886.
Marlatt, G. A., and K. Witkiewitz. 2010. Update on harm-reduction policy and intervention research. Annu Rev Clin Psychol **6**:591-606.
Marshall, B. D., M. J. Milloy, E. Wood, J. S. Montaner, and T. Kerr. 2011. Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study. Lancet **377**:1429-1437.
Martins, S. S., L. Sampson, M. Cerda, and S. Galea. 2015. Worldwide Prevalence and Trends in Unintentional Drug Overdose: A Systematic Review of the Literature. Am J Public Health **105**:e29-49.
Massin, S. 2013. Approches économiques normatives et positives de la législation sur les drogues. Psychotropes **19**:49-63.
Mattick, R. P., C. Breen, J. Kimber, and M. Davoli. 2014. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. Cochrane Database Syst Rev **2**:CD002207.
McCann, E., and C. Temenos. 2015. Mobilizing Drug Consumption Rooms: inter-place networks and harm reduction drug policy. Health Place **31**:216-223.
Michel, L., M. Jauffret-Roustide, J. Blanche, O. Maguet, C. Calderon, J. Cohen, and P. M. Carrieri. 2011. Limited access to HIV prevention in French prisons (ANRS PRI2DE): implications for public health and drug policy. BMC Public Health **11**:400.
Mildeca. 2013. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017. Mildeca.
Milloy, M. J., and E. Wood. 2009. Emerging role of supervised injecting facilities in human immunodeficiency virus prevention. Addiction **104**:620-621.

Minozzi, S., L. Amato, C. Bellisario, M. Ferri, and M. Davoli. 2013. Maintenance agonist treatments for opiate-dependent pregnant women. Cochrane Database Syst Rev **12**:CD006318.
Moatti, J. P., M. P. Carrieri, B. Spire, J. A. Gastaut, J. P. Cassuto, and J. Moreau. 2000. Adherence to HAART in French HIV-infected injecting drug users: the contribution of buprenorphine drug maintenance treatment. The Manif 2000 study group. Aids **14**:151-155.
Mooney, M. E., D. V. Herin, J. M. Schmitz, N. Moukaddam, C. E. Green, and J. Grabowski. 2009. Effects of oral methamphetamine on cocaine use: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Drug Alcohol Depend **101**:34-41.
Morel, A., P. Chappard, and J.-P. Couteron. 2012. L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie. 978-2-10-058215-0, Dunod.
Morel, A., and J. Couteron. 2008. Les conduites addictives : comprendre, prévenir, soigner. Dunod, Paris.
Morel, A., and J. Couteron. 2011. Drogues : faut-il interdire ? Dunod, Paris.
National Drugs and Poisons Scheduling Committee. 2009. Standard for the uniform scheduling of drugs and poisons (SUSDP) No. 23. Commonwealth of Australia.
New Zealand Public Health Directorate. 2006. Classification of medicines notice, schedule 3, pharmacy-only medicines: nicotine. NZ Department of Internal Affairs.
Norberg, M. M., L. Hides, J. Olivier, L. Khawar, R. McKetin, and J. Copeland. 2014. Brief interventions to reduce Ecstasy use: a multi-site randomized controlled trial. Behav Ther **45**:745-759.
Nutt, D. J., L. A. King, L. D. Phillips, and D. Independent Scientific Committee on. 2010. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. Lancet **376**:1558-1565.
O'Hare, P. 2007. Merseyside, the first harm reduction conferences, and the early history of harm reduction. Int J Drug Policy **18**:141-144.
Obot, I. S. 2007. Harm reduction: what is it? Addiction **102**:691.
Obradovic, I. 2012. La pénalisation de l'usage de stupéfiants en France au miroir des statistiques administratives Médecine & Hygiène **36**:441-469.
Obradovic, I. 2013. Programmes d'échange de seringues en milieu pénitentiaire. Revue internationale des expériences. Psychotropes **19**:173-195.
Obradovic, I. 2015. Usages de drogues et société addictogène. Adolescence **T.33 1**:177-192.
OEDT. 2010. Création d'un observatoire national des drogues: manuel conjoint.
OFDT. 2010. Dix ans d'évolution des perceptions et des opinions des Français sur les drogues (1999-2008). OFDT.
OFDT. 2014. Les traitements de substitution aux opiacés en France : données récentes.
OFDT. 2015a. Drogues, Chiffres clés.
OFDT. 2015b. Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2014. Saint-Denis.
OFDT. 2015c. Synthèse thématique : médicaments psychotropes.
OFDT/ESCAPAD. 2014. Estimations 2014 des consommations de produits psychoactifs à 17 ans.
Olivet, F. 2013. Dommages pour les risques : Lettre ouverte au Professeur Reynaud. ASUD **53**.
OMS. 1986. Les jeunes et la santé : défi pour la société. OMS.
OMS. 2010. Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool.
Ordean, A., and M. Kahan. 2011. Comprehensive treatment program for pregnant substance users in a family medicine clinic. Can Fam Physician **57**:e430-435.
Ossebaard, H. C. 1996. Netherlands' cannabis policy. Lancet **347**:767-768.
Osterdahl, B. G., C. Jansson, and A. Paccou. 2004. Decreased levels of tobacco-specific N-nitrosamines in moist snuff on the Swedish market. J Agric Food Chem **52**:5085-5088.
Pan, W., and H. Bai. 2009. A multivariate approach to a meta-analytic review of the effectiveness of the D.A.R.E. program. Int J Environ Res Public Health **6**:267-277.

Pankow, J. S., D. K. Kwan, B. B. Duncan, M. I. Schmidt, D. J. Couper, S. Golden, and C. M. Ballantyne. 2007. Cardiometabolic risk in impaired fasting glucose and impaired glucose tolerance: the Atherosclerosis Risk in Communities Study. Diabetes Care **30**:325-331.
Pardo, B. 2014. Cannabis policy reforms in the Americas: a comparative analysis of Colorado, Washington, and Uruguay. Int J Drug Policy **25**:727-735.
Patton, R., P. Deluca, E. Kaner, D. Newbury-Birch, T. Phillips, and C. Drummond. 2014. Alcohol screening and brief intervention for adolescents: the how, what and where of reducing alcohol consumption and related harm among young people. Alcohol Alcohol **49**:207-212.
Pauly, B. B., D. Reist, L. Belle-Isle, and C. Schactman. 2013. Housing and harm reduction: what is the role of harm reduction in addressing homelessness? Int J Drug Policy **24**:284-290.
Peyriere, H., C. Eiden, J. Micallef, M. Lapeyre-Mestre, J. L. Faillie, and J. P. Blayac. 2013. Slow-release oral morphine sulfate abuse: results of the postmarketing surveillance systems for psychoactive prescription drug abuse in France. Eur Addict Res **19**:235-244.
Pinto Coelho, M. 2010. The 'resounding success' of Portuguese drug policy: the power of an attractive fallacy. Asso-ciação para uma Portugal livre de drogas, Lisboa.
Potier, C., V. Laprevote, F. Dubois-Arber, O. Cottencin, and B. Rolland. 2014. Supervised injection services: what has been demonstrated? A systematic literature review. Drug Alcohol Depend **145**:48-68.
Ramstrom, L. 2003. Snus: part of the problem or part of the solution? Addiction **98**:1198-1199; discussion 1204-1197.
Rees, V. W., G. F. Wayne, and G. N. Connolly. 2008. Puffing style and human exposure minimally altered by switching to a carbon-filtered cigarette. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev **17**:2995-3003.
Reinarman, C., P. D. Cohen, and H. L. Kaal. 2004. The limited relevance of drug policy: cannabis in Amsterdam and in San Francisco. Am J Public Health **94**:836-842.
Reynaud, M. 2013. LES DOMMAGES LIES AUX ADDICTIONS ET LES STRATEGIES VALIDEES POUR REDUIRE CES DOMMAGES (Rapport remis à Madame Daniele Jourdain-Menninger Présidente de la MILDT).
Rhodes, T. 2009. Risk environments and drug harms: a social science for harm reduction approach. Int J Drug Policy **20**:193-201.
Riley, D., E. Sawka, P. Conley, D. Hewitt, W. Mitic, C. Poulin, R. Room, E. Single, and J. Topp. 1999. Harm reduction: concepts and practice. A policy discussion paper. Subst Use Misuse **34**:9-24.
Ritter, A., and J. Cameron. 2006. A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs. Drug Alcohol Rev **25**:611-624.
Rolland, B. 2016. Pharmacotherapy for Alcohol Dependence: The 2015 Recommendations of the French Alcohol Society. European Federation of Addiction Societies.
Roux, P., M. P. Carrieri, J. Cohen, I. Ravaux, I. Poizot-Martin, P. Dellamonica, and B. Spire. 2009. Retention in opioid substitution treatment: a major predictor of long-term virological success for HIV-infected injection drug users receiving antiretroviral treatment. Clin Infect Dis **49**:1433-1440.
Roux, P., M. P. Carrieri, V. Villes, P. Dellamonica, I. Poizot-Martin, I. Ravaux, and B. Spire. 2008. The impact of methadone or buprenorphine treatment and ongoing injection on highly active antiretroviral therapy (HAART) adherence: evidence from the MANIF2000 cohort study. Addiction **103**:1828-1836.
Roux, P., J. M. Le Gall, M. Debrus, C. Protopopescu, B. Demoulin, C. Lions, A. Haas, M. Mora, B. Spire, M. Suzan-Monti, and M. P. Carrieri. 2015. Innovative community-based educational face-to-face intervention to reduce HIV, HCV and other blood-borne

infectious risks in difficult-to-reach people who inject drugs: results from the ANRS-AERLI intervention study. Addiction.
Rush, C. R., W. W. Stoops, and L. R. Hays. 2009. Cocaine effects during D-amphetamine maintenance: a human laboratory analysis of safety, tolerability and efficacy. Drug Alcohol Depend **99**:261-271.
Schaub, M. P., A. Uchtenhagen, and E. E. Group. 2013. Building a European consensus on minimum quality standards for drug treatment, rehabilitation and harm reduction. Eur Addict Res **19**:314-324.
Scheinmann, R., H. Hagan, C. Lelutiu-Weinberger, R. Stern, D. C. Des Jarlais, P. L. Flom, and S. Strauss. 2007. Non-injection drug use and Hepatitis C Virus: a systematic review. Drug Alcohol Depend **89**:1-12.
Schnoll, R. A., and C. Lerman. 2006. Current and emerging pharmacotherapies for treating tobacco dependence. Expert Opin Emerg Drugs **11**:429-444.
Schubiner, H., K. K. Saules, C. L. Arfken, C. E. Johanson, C. R. Schuster, N. Lockhart, A. Edwards, J. Donlin, and E. Pihlgren. 2002. Double-blind placebo-controlled trial of methylphenidate in the treatment of adult ADHD patients with comorbid cocaine dependence. Exp Clin Psychopharmacol **10**:286-294.
Shiffman, S., C. N. Rolf, S. J. Hellebusch, J. Gorsline, C. W. Gorodetzky, Y. K. Chiang, D. S. Schleusener, and M. E. Di Marino. 2002. Real-world efficacy of prescription and over-the-counter nicotine replacement therapy. Addiction **97**:505-516.
Small, W., E. Wood, D. Tobin, J. Rikley, D. Lapushinsky, and T. Kerr. 2012. The Injection Support Team: a peer-driven program to address unsafe injecting in a Canadian setting. Subst Use Misuse **47**:491-501.
Spear, L. P. 2013. Adolescent neurodevelopment. J Adolesc Health **52**:S7-13.
Stafford, N. 2007. Using words: the harm reduction conception of drug use and drug users. Int J Drug Policy **18**:88-91.
Stead, L. F., R. Perera, C. Bullen, D. Mant, and T. Lancaster. 2008. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev:CD000146.
Stepanov, I., J. Jensen, D. Hatsukami, and S. S. Hecht. 2006. Tobacco-specific nitrosamines in new tobacco products. Nicotine Tob Res **8**:309-313.
Stimson, G. V. 2007. "Harm reduction--coming of age": a local movement with global impact. Int J Drug Policy **18**:67-69.
Strang, J., T. Groshkova, A. Uchtenhagen, W. van den Brink, C. Haasen, M. T. Schechter, N. Lintzeris, J. Bell, A. Pirona, E. Oviedo-Joekes, R. Simon, and N. Metrebian. 2015. Heroin on trial: systematic review and meta-analysis of randomised trials of diamorphine-prescribing as treatment for refractory heroin addictiondagger. Br J Psychiatry **207**:5-14.
Strathdee, S. A., L. Beletsky, and T. Kerr. 2015. HIV, drugs and the legal environment. Int J Drug Policy **26 Suppl 1**:S27-32.
Strathdee, S. A., and J. R. Navarro. 2010. Commentary on Salmon et al. (2010): The case for safer inhalation facilities--waiting to inhale. Addiction **105**:684-685.
Stratton, K., P. Shetty, R. Wallace, and S. Bondurant. 2001. Clearing the smoke: the science base for tobacco harm reduction--executive summary. Tob Control **10**:189-195.
Stucki, S., and M. Rihs-Middel. 2007. Prevalence of adult problem and pathological gambling between 2000 and 2005: an update. J Gambl Stud **23**:245-257.
Taggart, I. H., M. L. Ranney, J. Howland, and M. J. Mello. 2013. A systematic review of emergency department interventions for college drinkers. J Emerg Med **45**:962-968.
Thibault, V., J. L. Bara, T. Nefau, and C. Duplessy-Garson. 2011. Hepatitis C transmission in injection drug users: could swabs be the main culprit? J Infect Dis **204**:1839-1842.
Thom, B., and M. Bayley. 2007. Multi-component programmes : An approach to prevent and reduce alcohol-related harm. Joseph Rowntree Foundation, York.

Thompson, K. D., T. Stockwell, and S. MacDonald. 2012. Is there a 'low-risk' drinking level for youth? The risk of acute harm as a function of quantity and frequency of drinking. Drug Alcohol Rev **31**:184-193.
Treloar, C., and S. Fraser. 2007. Public opinion on needle and syringe programmes: avoiding assumptions for policy and practice. Drug Alcohol Rev **26**:355-361.
Tzemis, D., J. Campbell, M. Kuo, and J. A. Buxton. 2013. A cross-sectional study of public attitudes towards safer drug use practices in British Columbia, Canada. Subst Abuse Treat Prev Policy **8**:40.
Uchtenhagen, A. 2010. Heroin-assisted treatment in Switzerland: a case study in policy change. Addiction **105**:29-37.
University of Manchester. 2015. The National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness Annual Report 2015: England, Northern Ireland, Scotland and Wales. University of Manchester.
UNODC. 2003. PEER TO PEER : using peer to peer strategies in drug abuse prevention. United Nations office on drugs and crime, Vienna.
van Ameijden, E. J., A. R. van den Hoek, and R. A. Coutinho. 1994. Injecting risk behavior among drug users in Amsterdam, 1986 to 1992, and its relationship to AIDS prevention programs. Am J Public Health **84**:275-281.
van Amsterdam, J., D. Nutt, L. Phillips, and W. van den Brink. 2015. European rating of drug harms. J Psychopharmacol **29**:655-660.
Van Den Berg, C., C. Smit, G. Van Brussel, R. Coutinho, and M. Prins. 2007. Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users. Addiction **102**:1454-1462.
Véléa, D. D. 2009. Mésusages d'Internet et cyberaddiction : réalité ou fiction ? Annales des Mines - Réalités industrielles **Mai 2009**:67-76.
Vicens, C., F. Bejarano, E. Sempere, C. Mateu, F. Fiol, I. Socias, E. Aragones, V. Palop, J. L. Beltran, J. L. Pinol, G. Lera, S. Folch, M. Mengual, J. Basora, M. Esteva, J. Llobera, M. Roca, M. Gili, and A. Leiva. 2014. Comparative efficacy of two interventions to discontinue long-term benzodiazepine use: cluster randomised controlled trial in primary care. Br J Psychiatry **204**:471-479.
Vicens, C., E. Sempere, F. Bejarano, I. Socias, C. Mateu, F. Fiol, V. Palop, M. Mengual, S. Folch, G. Lera, J. Basora, and A. Leiva. 2016. Efficacy of two interventions on the discontinuation of benzodiazepines in long-term users: 36-month follow-up of a cluster randomised trial in primary care. Br J Gen Pract **66**:e85-91.
Vigna-Taglianti, F. D., M. R. Galanti, G. Burkhart, M. P. Caria, S. Vadrucci, F. Faggiano, and E. U.-D. S. Group. 2014. "Unplugged," a European school-based program for substance use prevention among adolescents: overview of results from the EU-Dap trial. New Dir Youth Dev **2014**:67-82, 11-62.
Volkow, N. D., J. S. Fowler, G. J. Wang, and R. Z. Goldstein. 2002. Role of dopamine, the frontal cortex and memory circuits in drug addiction: insight from imaging studies. Neurobiol Learn Mem **78**:610-624.
Vuolo, M. 2013. National-level drug policy and young people's illicit drug use: a multilevel analysis of the European Union. Drug Alcohol Depend **131**:149-156.
Wallin, E., T. Norstrom, and S. Andreasson. 2003. Alcohol prevention targeting licensed premises: a study of effects on violence. J Stud Alcohol **64**:270-277.
Warner, K. E., J. Slade, and D. T. Sweanor. 1997. The emerging market for long-term nicotine maintenance. Jama **278**:1087-1092.
Watson, T., and C. Hughes. 2012. Pharmacists and harm reduction: A review of current practices and attitudes. Can Pharm J (Ott) **145**:124-127 e122.
Wawrzyniak, M. 2008. Nouvelles addictions et virtualité à l'adolescence. Perspectives Psy **47**:16-21.
Weatherburn, D. 2009. Dilemmas in harm minimization. Addiction **104**:335-339.

Wechsberg, W. M., W. K. Lam, W. A. Zule, and G. Bobashev. 2004. Efficacy of a woman-focused intervention to reduce HIV risk and increase self-sufficiency among African American crack abusers. Am J Public Health **94**:1165-1173.
Whittaker, A. 2013. Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse. Drugscope.
WHO. 2013. WHO Model List of Essential Medicines - 18th edition. WHO.
Wilson, D. P., B. Donald, A. J. Shattock, D. Wilson, and N. Fraser-Hurt. 2015. The cost-effectiveness of harm reduction. Int J Drug Policy **26 Suppl 1**:S5-11.
Winstock, A. 2015. New health promotion for chemsex and gamma-hydroxybutyrate (GHB). Bmj **351**:h6281.
Wodak, A., and A. Cooney. 2006. Do needle syringe programs reduce HIV infection among injecting drug users: a comprehensive review of the international evidence. Subst Use Misuse **41**:777-813.
Wohl, M. J., S. Gainsbury, M. J. Stewart, and T. Sztainert. 2013. Facilitating responsible gambling: the relative effectiveness of education-based animation and monetary limit setting pop-up messages among electronic gaming machine players. J Gambl Stud **29**:703-717.
Wood, E. 2011. Texte de la Déclaration de Vienne (18 Juillet 2010). Multitudes **44**:39-41.
Wood, E., T. Kerr, E. Lloyd-Smith, C. Buchner, D. C. Marsh, J. S. Montaner, and M. W. Tyndall. 2004. Methodology for evaluating Insite: Canada's first medically supervised safer injection facility for injection drug users. Harm Reduct J **1**:9.
Wood, E., M. W. Tyndall, R. Zhang, J. S. Montaner, and T. Kerr. 2007. Rate of detoxification service use and its impact among a cohort of supervised injecting facility users. Addiction **102**:916-919.
Wright, T. E., R. Schuetter, E. Fombonne, J. Stephenson, and W. F. Haning, 3rd. 2012. Implementation and evaluation of a harm-reduction model for clinical care of substance using pregnant women. Harm Reduct J **9**:5.
Young, M. M., A. Stevens, J. Galipeau, T. Pirie, C. Garritty, K. Singh, F. Yazdi, M. Golfam, M. Pratt, L. Turner, A. Porath-Waller, C. Arratoon, N. Haley, K. Leslie, R. Reardon, B. Sproule, J. Grimshaw, and D. Moher. 2014. Effectiveness of brief interventions as part of the Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT) model for reducing the nonmedical use of psychoactive substances: a systematic review. Syst Rev **3**:50.

ANNEXE 1

Tableau recherche Medline (PubMed)

Equation n°1

"Harm Reduction"[Mesh] OR harm reduction[TI] OR harm minimization[TI]

Search	Add to builder	Query	Items found
#19	Add	Search **#7 AND #18 NOT (#11 OR #13 OR #15 OR #17)** Filters: **Publication date from 2011/01/01; English; French**	55
#18	Add	Search **review[TI] OR review[PT]** Filters: **Publication date from 2011/01/01; English; French**	457912
#17	Add	Search **#7 AND #16 NOT (#11 OR #13 OR #15)** Filters: **Publication date from 2011/01/01; English; French**	17
#16	Add	Search **clinical trial*[TI] OR comparative stud*[TI] OR versus[TI] OR Clinical Trial[Publication Type:NoExp] OR Comparative Study[PT]** Filters: **Publication date from 2011/01/01; English; French**	262655
#15	Add	Search **#7 AND #14 NOT (#11 OR #13)** Filters: **Publication date from 2011/01/01; English; French**	41
#14	Add	Search **cohort*[TI] OR longitudinal stud*[TI] OR follow-up stud*[TI] OR prospective stud*[TI] OR retrospective stud*[TI] OR cohort studies[MH] OR longitudinal studies[MH] OR follow-up studies[MH] OR prospective studies[MH] OR Retrospective Studies[MH]** Filters: **Publication date from 2011/01/01; English; French**	386177
#13	Add	Search **#7 AND #12 NOT #11** Filters: **Publication date from 2011/01/01; English; French**	59
#12	Add	Search **random*[TIAB] OR random allocation[MH] OR double-blind method[MH] OR single-blind method[MH] OR cross-over studies[MH] OR randomized controlled trial[PT] OR Controlled Clinical Trial[PT] OR multicenter study[PT]** Filters: **Publication date from 2011/01/01; English; French**	341028
#11	Add	Search **#7 AND #10** Filters: **Publication date from 2011/01/01; English; French**	25
#10	Add	Search **metaanalys*[TI] OR meta-analys*[TI] OR meta analysis[TI] OR systematic review*[TI] OR systematic overview*[TI] OR systematic literature review*[TI] OR systematical review*[TI] OR systematical overview*[TI] OR systematical literature review*[TI] OR systematic literature search[TI] OR meta-analysis[PT] OR cochrane database syst rev[TA]** Filters: **Publication date from 2011/01/01; English; French**	67170
#9	Add	Search **#7 AND #8** Filters: **Publication date from 2011/01/01; English; French**	14

Search	Add to builder	Query	Items found
#8	Add	Search **recommendation*[TI] OR guideline*[TI] OR statement*[TI] OR consensus[TI] OR position paper[TI] OR health planning guidelines[MH] OR practice guideline[PT] OR guideline[PT] OR Consensus Development Conference[PT] OR Consensus Development Conference, NIH[PT]** Filters: **Publication date from 2011/01/01; English; French**	31522
#7	Add	Search **#1 NOT (#2 OR #3)** Filters: **Publication date from 2011/01/01; English; French**	712
#6	Add	Search **#1 NOT (#2 OR #3)** Filters: **Publication date from 2011/01/01; English**	705
#5	Add	Search **#1 NOT (#2 OR #3)** Filters: **Publication date from 2011/01/01**	728
#4	Add	Search **#1 NOT (#2 OR #3)**	1814
#3	Add	Search **"Animals"[Mesh] NOT "Humans"[Mesh]**	4063250
#2	Add	Search **letter[PT] OR editorial[PT] OR news[PT] OR comment[PT] OR case stud*[TI] OR case report*[TI] OR case reports[PT]**	3232848
#1	Add	Search **"Harm Reduction"[Mesh] OR harm reduction[TI] OR harm minimization[TI]**	2188

Equation n°2

("Harm Reduction"[Mesh] OR harm reduction[TIAB] OR harm minimization[TIAB]) AND ("Public Policy"[Mesh] OR "Health Policy"[Mesh] OR polic*[TI])

Search	Add to builder	Query	Items found
#6	Add	Search **#1 AND #2** Filters: **Publication date from 1990/01/01; English; French**	490
#5	Add	Search **#1 AND #2** Filters: **Publication date from 1990/01/01; English**	485
#4	Add	Search **#1 AND #2** Filters: **Publication date from 1990/01/01**	502
#3	Add	Search **#1 AND #2**	504
#2	Add	Search **"Public Policy"[Mesh] OR "Health Policy"[Mesh] OR polic*[TI]**	139941
#1	Add	Search **"Harm Reduction"[Mesh] OR harm reduction[TIAB] OR harm minimization[TIAB]**	3755

Equation n°3

("Substance-Related Disorders "[Mesh] OR opiate*[TI] OR opioid*[TI] OR narcotic*[TI] OR cocain[TI] OR cannabis[TI] OR marijuana[TI] OR heroin[TI] OR amphetamine[TI] OR methamphetamine[TI] OR ecstasy[TI] OR illicit drug*[TI] OR ketamine[TI] OR cathinone[TI])

AND ("Harm Reduction"[Mesh] OR harm reduction[TI] OR harm minimization[TI] OR "prevention and control" [Subheading] OR prevention[TI] OR control*[TI] OR "Opiate Substitution Treatment"[Mesh] OR "Buprenorphine/therapeutic use"[Mesh] OR "Naltrexone/therapeutic use"[Mesh] OR "Methadone/therapeutic use"[Mesh] OR opioid substitution[TI] OR replacement therap*[TI] OR methadone[TI] OR naltrexone[TI] OR buprenorphine[TI]) **AND** ("Treatment Outcome"[Mesh] OR treatment outcome*[TI] OR effectiveness[TI] OR efficacy[TI])

earch	Add to builder	Query	Items found
#25	Add	Search #15 AND #24 NOT (#17 OR #19 OR #21 OR #23) Filters: Publication date from 2011/01/01; English; French	28
#24	Add	Search review[TI] OR review[PT] Filters: Publication date from 2011/01/01; English; French	462281
#23	Add	Search #15 AND #22 NOT (#17 OR #19 OR #21) Filters: Publication date from 2011/01/01; English; French	26
#22	Add	Search clinical trial*[TI] OR comparative stud*[TI] OR versus[TI] OR Clinical Trial[Publication Type:NoExp] OR Comparative Study[PT] Filters: Publication date from 2011/01/01; English; French	265914
#21	Add	Search #15 AND #20 NOT (#17 OR #19) Filters: Publication date from 2011/01/01; English; French	97
#20	Add	Search cohort*[TI] OR longitudinal stud*[TI] OR follow-up stud*[TI] OR prospective stud*[TI] OR retrospective stud*[TI] OR cohort studies[MH] OR longitudinal studies[MH] OR follow-up studies[MH] OR prospective studies[MH] OR Retrospective Studies[MH] Filters: Publication date from 2011/01/01; English; French	390163
#19	Add	Search #15 AND #18 NOT #17 Filters: Publication date from 2011/01/01; English; French	339
#18	Add	Search Search random*[TIAB] OR random allocation[MH] OR double-blind method[MH] OR single-blind method[MH] OR cross-over studies[MH] OR randomized controlled trial[PT] OR Controlled Clinical Trial[PT] OR multicenter study[PT] Filters: Publication date from 2011/01/01; English; French	177546
#17	Add	Search #15 AND #16 Filters: Publication date from 2011/01/01; English; French	32
#16	Add	Search metaanalys*[TI] OR meta-analys*[TI] OR meta analysis[TI] OR systematic review*[TI] OR systematic overview*[TI] OR systematic literature review*[TI] OR systematical review*[TI] OR systematical overview*[TI] OR systematical literature review*[TI] OR systematic literature search[TI] OR meta-analysis[PT] OR cochrane database syst rev[TA] Filters: Publication date from 2011/01/01; English; French	67313
#15	Add	Search #11 NOT (#12 OR #13 OR #14) Filters: Publication date from 2011/01/01; English; French	683
#14	Add	Search "Chronic Pain"[Mesh] OR "Neoplasms"[Mesh] OR cancer*[TI] OR pain[TI] OR alcohol*[TI] OR drink*[TI] OR "Anesthesia"[Mesh] OR anesthesi*[TI] OR tobacco[TI]	613614

earch	Add to builder	Query	Items found
		OR "Smoking"[Mesh] Filters: Publication date from 2011/01/01; English; French	
#13	Add	Search "Animals"[MH] NOT "Humans"[MH] Filters: Publication date from 2011/01/01; English; French	492629
#12	Add	Search letter[PT] OR editorial[PT] OR news[PT] OR comment[PT] OR case stud*[TI] OR case report*[TI] OR case reports[PT] Filters: Publication date from 2011/01/01; English; French	591970
#11	Add	Search #6 AND #7 Filters: Publication date from 2011/01/01; English; French	1262
#10	Add	Search #6 AND #7 Filters: Publication date from 2011/01/01; English	1256
#9	Add	Search #6 AND #7 Filters: Publication date from 2011/01/01	1324
#8	Add	Search #6 AND #7	4156
#7	Add	Search "Treatment Outcome"[Mesh] OR treatment outcome*[TI] OR effectiveness[TI] OR efficacy[TI]	863478
#6	Add	Search #3 OR #5	46115
#5	Add	Search #1 AND #4	11795
#4	Add	Search "Opiate Substitution Treatment"[Mesh] OR "Buprenorphine/therapeutic use"[Mesh] OR "Naltrexone/therapeutic use"[Mesh] OR "Methadone/therapeutic use"[Mesh] OR opioid substitution[TI] OR replacement therap*[TI] OR methadone[TI] OR naltrexone[TI] OR buprenorphine[TI]	28497
#3	Add	Search #1 AND #2	35991
#2	Add	Search "Harm Reduction"[Mesh] OR harm reduction[TI] OR harm minimization[TI] OR "prevention and control" [Subheading] OR prevention[TI] OR control*[TI]	1467689
#1	Add	Search "Substance-Related Disorders "[Mesh] OR opiate*[TI] OR opioid*[TI] OR narcotic*[TI] OR cocain[TI] OR cannabis[TI] OR marijuana[TI] OR heroin[TI] OR amphetamine[TI] OR methamphetamine[TI] OR ecstasy[TI] OR illicit drug*[TI] OR ketamine[TI] OR cathinone[TI] OR "Street Drugs"[Mesh] OR street drug*[TI] OR recreational drug*[TI] OR drugs of abuse[TI] OR abuse drug*[TI]	293188

Equation n°4

("Alcohol-Related Disorders"[Mesh] OR alcohol abuse[TIAB] OR alcohol dependence[TIAB] OR alcohol use disorder*[TIAB] OR alcohol*[TI] OR drink*[TI]) AND ("Harm Reduction"[Mesh] OR harm reduction[TI] OR harm minimization[TI] OR "prevention and control" [Subheading] OR prevention[TI] OR control*[TI]) AND ("Treatment Outcome"[Mesh] OR treatment outcome*[TI] OR effectiveness[TI] OR efficacy[TI])

Search	Add to builder	Query	Items found
#20	Add	Search (#10 AND #19) NOT (#12 OR #14 OR #16 OR #18) Filters: Publication date from 2011/01/01; English; French	20
#19	Add	Search review[TI] OR review[PT] Filters: Publication date from 2011/01/01; English; French	463083
#18	Add	Search (#10 AND #17) NOT (#12 OR #14 OR #16) Filters: Publication date from 2011/01/01; English; French	9
#17	Add	Search clinical trial*[TI] OR comparative stud*[TI] OR versus[TI] OR Clinical Trial[Publication Type:NoExp] OR Comparative Study[PT] Filters: Publication date from 2011/01/01; English; French	266099
#16	Add	Search (#10 AND #15) NOT (#12 OR #14) Filters: Publication date from 2011/01/01; English; French	39
#15	Add	Search cohort*[TI] OR longitudinal stud*[TI] OR follow-up stud*[TI] OR prospective stud*[TI] OR retrospective stud*[TI] OR cohort studies[MH] OR longitudinal studies[MH] OR follow-up studies[MH] OR prospective studies[MH] OR Retrospective Studies[MH] Filters: Publication date from 2011/01/01; English; French	390916
#14	Add	Search (#10 AND #13) NOT #12 Filters: Publication date from 2011/01/01; English; French	287
#13	Add	Search random*[TIAB] OR random allocation[MH] OR double-blind method[MH] OR single-blind method[MH] OR cross-over studies[MH] OR randomized controlled trial[PT] OR Controlled Clinical Trial[PT] OR multicenter study[PT] Filters: Publication date from 2011/01/01; English; French	343369
#12	Add	Search #10 AND #11 Filters: Publication date from 2011/01/01; English; French	21
#11	Add	Search metaanalys*[TI] OR meta-analys*[TI] OR meta analysis[TI] OR systematic review*[TI] OR systematic overview*[TI] OR systematic literature review*[TI] OR systematical review*[TI] OR systematical overview*[TI] OR systematical literature review*[TI] OR systematic literature search[TI] OR meta-analysis[PT] OR cochrane database syst rev[TA] Filters: Publication date from 2011/01/01; English; French	67510
#10	Add	Search #7 NOT (#8 OR #9) Filters: Publication date from 2011/01/01; English; French	423
#9	Add	Search "Animals"[MH] NOT "Humans"[MH] Filters: Publication date from 2011/01/01; English; French	493465

#8	Add	Search letter[PT] OR editorial[PT] OR news[PT] OR comment[PT] OR case stud*[TI] OR case report*[TI] OR case reports[PT] Filters: Publication date from 2011/01/01; English; French	592724
#7	Add	Search #1 AND #2 AND #3 Filters: Publication date from 2011/01/01; English; French	455
#6	Add	Search #1 AND #2 AND #3 Filters: Publication date from 2011/01/01; English	453
#5	Add	Search #1 AND #2 AND #3 Filters: Publication date from 2011/01/01	475
#4	Add	Search #1 AND #2 AND #3	1302
#3	Add	Search "Treatment Outcome"[Mesh] OR treatment outcome*[TI] OR effectiveness[TI] OR efficacy[TI]	864036
#2	Add	Search "Harm Reduction"[Mesh] OR harm reduction[TI] OR harm minimization[TI] OR "prevention and control" [Subheading] OR prevention[TI] OR control*[TI]	1468403
#1	Add	Search "Alcohol-Related Disorders"[Mesh] OR alcohol abuse[TIAB] OR alcohol dependence[TIAB] OR alcohol use disorder*[TIAB] OR alcohol*[TI] OR drink*[TI]	180909

Equation n°5

("Tobacco Use"[Majr] OR "Tobacco Use Disorder"[Majr] OR "Tobacco Use Cessation Products"[Majr] OR "Tobacco Use Cessation"[Majr] OR tobacco[TI] OR nicotine[TI] OR smok*[TI]) **AND** ("Harm Reduction"[Mesh] OR harm reduction[TI] OR harm minimization[TI] OR "prevention and control" [Subheading] OR prevention[TI] OR control*[TI]) **AND** ("Treatment Outcome"[Mesh] OR treatment outcome*[TI] OR effectiveness[TI] OR efficacy[TI])

Search	Add to builder	Query	Items found
#20	Add	Search **#10 AND #19 NOT (#12 OR #14 OR #16 OR #18)** Filters: **Publication date from 2011/01/01; English; French**	25
#19	Add	Search **review[TI] OR review[PT]** Filters: **Publication date from 2011/01/01; English; French**	463083
#18	Add	Search **#10 AND #17 NOT (#12 OR #14 OR #16)** Filters: **Publication date from 2011/01/01; English; French**	16
#17	Add	Search **clinical trial*[TI] OR comparative stud*[TI] OR versus[TI] OR Clinical Trial[Publication Type:NoExp] OR Comparative Study[PT]** Filters: **Publication date from 2011/01/01; English; French**	266099
#16	Add	Search **#10 AND #15 NOT (#12 OR #14)** Filters: **Publication date from 2011/01/01; English; French**	56
#15	Add	Search **cohort*[TI] OR longitudinal stud*[TI] OR follow-up stud*[TI] OR prospective stud*[TI] OR retrospective stud*[TI] OR cohort studies[MH] OR longitudinal studies[MH] OR follow-up studies[MH] OR prospective studies[MH] OR Retrospective Studies[MH]** Filters:	390916

Search	Add to builder	Query	Items found
		Publication date from 2011/01/01; English; French	
#14	Add	Search **#10 AND #13 NOT #12** Filters: **Publication date from 2011/01/01; English; French**	310
#13	Add	Search **random*[TIAB] OR random allocation[MH] OR double-blind method[MH] OR single-blind method[MH] OR cross-over studies[MH] OR randomized controlled trial[PT] OR Controlled Clinical Trial[PT] OR multicenter study[PT]** Filters: **Publication date from 2011/01/01; English; French**	343369
#12	Add	Search **#10 AND #11** Filters: **Publication date from 2011/01/01; English; French**	21
#11	Add	Search **metaanalys*[TI] OR meta-analys*[TI] OR meta analysis[TI] OR systematic review*[TI] OR systematic overview*[TI] OR systematic literature review*[TI] OR systematical review*[TI] OR systematical overview*[TI] OR systematical literature review*[TI] OR systematic literature search[TI] OR meta-analysis[PT] OR cochrane database syst rev[TA]** Filters: **Publication date from 2011/01/01; English; French**	67510
#10	Add	Search **#7 NOT (#8 OR #9)** Filters: **Publication date from 2011/01/01; English; French**	544
#9	Add	Search **"Animals"[MH] NOT "Humans"[MH]** Filters: **Publication date from 2011/01/01; English; French**	493465
#8	Add	Search **letter[PT] OR editorial[PT] OR news[PT] OR comment[PT] OR case stud*[TI] OR case report*[TI] OR case reports[PT]** Filters: **Publication date from 2011/01/01; English; French**	592724
#7	Add	Search **#1 AND #2 AND #3** Filters: **Publication date from 2011/01/01; English; French**	570
#6	Add	Search **#1 AND #2 AND #3** Filters: **Publication date from 2011/01/01; English**	569
#5	Add	Search **#1 AND #2 AND #3** Filters: **Publication date from 2011/01/01**	594
#4	Add	Search **#1 AND #2 AND #3**	1576
#3	Add	Search **"Treatment Outcome"[Mesh] OR treatment outcome*[TI] OR effectiveness[TI] OR efficacy[TI]**	864036
#2	Add	Search **"Harm Reduction"[Mesh] OR harm reduction[TI] OR harm minimization[TI] OR "prevention and control" [Subheading] OR prevention[TI] OR control*[TI]**	1468403
#1	Add	Search **"Tobacco Use"[Majr] OR "Tobacco Use Disorder"[Majr] OR "Tobacco Use Cessation Products"[Majr] OR "Tobacco Use Cessation"[Majr] OR tobacco[TI] OR nicotine[TI] OR smok*[TI]**	119653

Equation n°6

("Gambling"[Mesh] OR "Video Games"[Mesh] OR "Eating Disorders"[Mesh] OR gambl*[TI] OR videogame*[TI] OR video game*[TI] OR computer games*[TI] OR eating disorder*[TI] OR appetite disorder*[TI] OR anorexia*[TI] OR bulimia*[TI] OR compulsive buying[TI] OR "Behavior, Addictive"[Mesh] OR "Impulse Control Disorders"[Mesh] OR "Compulsive Behavior"[Mesh] OR (("Sexual Behavior"[Mesh] OR "Sexual Dysfunctions, Psychological"[Mesh]) AND ("Behavior, Addictive"[Mesh] OR "Impulse Control Disorders"[Mesh] OR "Compulsive Behavior"[Mesh] OR "Obsessive-Compulsive Disorder"[Mesh]) OR sex addict*[TI] OR sexual addict*[TI] OR hypersexuality[TI])) **AND** ("Harm Reduction"[Mesh] OR harm reduction[TI] OR harm minimization[TI] OR "prevention and control" [Subheading] OR prevention[TI] OR control*[TI] OR "Opiate Substitution Treatment"[Mesh] OR "Buprenorphine/therapeutic use"[Mesh] OR "Naltrexone/therapeutic use"[Mesh] OR "Methadone/therapeutic use"[Mesh] OR opioid substitution[TI] OR replacement therap*[TI] OR methadone[TI] OR naltrexone[TI] OR buprenorphine[TI]) **AND** ("Treatment Outcome"[Mesh] OR treatment outcome*[TI] OR effectiveness[TI] OR efficacy[TI])

Search	Add to builder	Query	Items found
#21	Add	Search **#11 AND #20 NOT (#13 OR #15 OR #17 OR #19)** Filters: **Publication date from 2011/01/01; English; French**	9
#20	Add	Search **review[TI] OR review[PT]** Filters: **Publication date from 2011/01/01; English; French**	463083
#19	Add	Search **#11 AND #18 NOT (#13 OR #15 OR #17)** Filters: **Publication date from 2011/01/01; English; French**	4
#18	Add	Search **clinical trial*[TI] OR comparative stud*[TI] OR versus[TI] OR Clinical Trial[Publication Type:NoExp] OR Comparative Study[PT]** Filters: **Publication date from 2011/01/01; English; French**	266099
#17	Add	Search **#11 AND #16 NOT (#13 OR #15)** Filters: **Publication date from 2011/01/01; English; French**	7
#16	Add	Search **cohort*[TI] OR longitudinal stud*[TI] OR follow-up stud*[TI] OR prospective stud*[TI] OR retrospective stud*[TI] OR cohort studies[MH] OR longitudinal studies[MH] OR follow-up studies[MH] OR prospective studies[MH] OR Retrospective Studies[MH]** Filters: **Publication date from 2011/01/01; English; French**	390916
#15	Add	Search **#11 AND #14 NOT #13** Filters: **Publication date from 2011/01/01; English; French**	120
#14	Add	Search **random*[TIAB] OR random allocation[MH] OR double-blind method[MH] OR single-blind method[MH] OR cross-over studies[MH] OR randomized controlled trial[PT] OR Controlled Clinical Trial[PT] OR multicenter study[PT]** Filters: **Publication date from 2011/01/01; English; French**	343369
#13	Add	Search **#11 AND #12** Filters: **Publication date from 2011/01/01; English; French**	2
#12	Add	Search **metaanalys*[TI] OR meta-analys*[TI] OR meta analysis[TI] OR systematic review*[TI] OR systematic overview*[TI] OR systematic**	67510

Search	Add to builder	Query	Items found
		literature review*[TI] OR systematical review*[TI] OR systematical overview*[TI] OR systematical literature review*[TI] OR systematic literature search[TI] OR meta-analysis[PT] OR cochrane database syst rev[TA] Filters: **Publication date from 2011/01/01; English; French**	
#11	Add	Search **#7 NOT (#8 OR #9 OR #10)** Filters: **Publication date from 2011/01/01; English; French**	165
#10	Add	Search **stroke[TI]** Filters: **Publication date from 2011/01/01; English; French**	24906
#9	Add	Search **"Animals"[MH] NOT "Humans"[MH]** Filters: **Publication date from 2011/01/01; English; French**	493465
#8	Add	Search **letter[PT] OR editorial[PT] OR news[PT] OR comment[PT] OR case stud*[TI] OR case report*[TI] OR case reports[PT]** Filters: **Publication date from 2011/01/01; English; French**	592724
#7	Add	Search **#1 AND #2 AND #3** Filters: **Publication date from 2011/01/01; English; French**	190
#6	Add	Search **#1 AND #2 AND #3** Filters: **Publication date from 2011/01/01; English**	190
#5	Add	Search **#1 AND #2 AND #3** Filters: **Publication date from 2011/01/01**	196
#4	Add	Search **#1 AND #2 AND #3**	415
#3	Add	Search **"Treatment Outcome"[Mesh] OR treatment outcome*[TI] OR effectiveness[TI] OR efficacy[TI]**	864036
#2	Add	Search **"Harm Reduction"[Mesh] OR harm reduction[TI] OR harm minimization[TI] OR "prevention and control" [Subheading] OR prevention[TI] OR control*[TI]**	1468403
#1	Add	Search **"Gambling"[Mesh] OR "Video Games"[Mesh] OR "Eating Disorders"[Mesh] OR gambl*[TI] OR videogame*[TI] OR video game*[TI] OR computer games*[TI] OR eating disorder*[TI] OR appetite disorder*[TI] OR anorexia*[TI] OR bulimia*[TI] OR compulsive buying[TI] OR "Behavior, Addictive"[Mesh] OR "Impulse Control Disorders"[Mesh] OR "Compulsive Behavior"[Mesh] OR (("Sexual Behavior"[Mesh] OR "Sexual Dysfunctions, Psychological"[Mesh]) AND ("Behavior, Addictive"[Mesh] OR "Impulse Control Disorders"[Mesh] OR "Compulsive Behavior"[Mesh] OR "Obsessive-Compulsive Disorder"[Mesh]) OR sex addict*[TI] OR sexual addict*[TI] OR hypersexuality[TI])**	33700

Equation n°7

("Psychotropic Drugs"[Majr] OR "Benzodiazepines"[Majr] OR "Antidepressive Agents"[Majr] OR "Hypnotics and Sedatives"[Majr] OR "Anti-Anxiety Agents"[Majr] OR psychotrop*[TI] OR benzodiazep*[TI] OR polysubstance*[TI] OR polytoxicoman*[TI] OR polydrug*[TI]) **AND** ("Harm Reduction"[Mesh] OR harm reduction[TI] OR harm minimization[TI] OR "prevention

and control" [Subheading] OR prevention[TI] OR control*[TI]) **AND** ("Treatment Outcome"[Mesh] OR treatment outcome*[TI] OR effectiveness[TI] OR efficacy[TI]))
OR
(("Psychotropic Drugs"[Majr] OR "Benzodiazepines"[Majr] OR "Antidepressive Agents"[Majr] OR "Hypnotics and Sedatives"[Majr] OR "Anti-Anxiety Agents"[Majr] OR psychotrop*[TI] OR benzodiazep*[TI] OR polysubstance*[TI] OR polytoxicoman*[TI] OR polydrug*[TI]) **AND** ("Harm Reduction"[Mesh] OR harm reduction[TI] OR harm minimization[TI] OR "prevention and control" [Subheading] OR prevention[TI] OR control*[TI]) **AND** ("Substance-Related Disorders "[Mesh] OR dependen*[TI] OR abuse*[TI] OR nonmedical use*[TI] OR non-medical use*[TI]))
OR
((("Prescription Drug Misuse"[Mesh] OR "Prescription Drugs"[Mesh]) AND ("Psychotropic Drugs"[Mesh] OR "Benzodiazepines"[Mesh])) OR ((psychotropic drug*[TI] OR benzodiazep*[TI]) AND (abuse*[TI] OR dependence*[TI] OR nonmedical use*[TI] OR non-medical use*[TI])) **AND** ("Harm Reduction"[Mesh] OR harm reduction[TI] OR harm minimization[TI] OR "prevention and control" [Subheading] OR prevention[TI] OR control*[TI]))

Search	Add to builder	Query	Items found
#25	Add	Search **#15 AND #24 NOT (#17 OR #19 OR #21 OR #23)** Filters: **Publication date from 2011/01/01; French; English**	41
#24	Add	Search **review[TI] OR review[PT]** Filters: **Publication date from 2011/01/01; French; English**	463083
#23	Add	Search **#15 AND #22 NOT (#17 OR #19 OR #21)** Filters: **Publication date from 2011/01/01; French; English**	7
#22	Add	Search **clinical trial*[TI] OR comparative stud*[TI] OR versus[TI] OR Clinical Trial[Publication Type:NoExp] OR Comparative Study[PT]** Filters: **Publication date from 2011/01/01; French; English**	266099
#21	Add	Search **#15 AND #20 NOT (#17 OR #19)** Filters: **Publication date from 2011/01/01; French; English**	44
#20	Add	Search **cohort*[TI] OR longitudinal stud*[TI] OR follow-up stud*[TI] OR prospective stud*[TI] OR retrospective stud*[TI] OR cohort studies[MH] OR longitudinal studies[MH] OR follow-up studies[MH] OR prospective studies[MH] OR Retrospective Studies[MH]** Filters: **Publication date from 2011/01/01; French; English**	390916
#19	Add	Search **(#15 AND #18) NOT #17** Filters: **Publication date from 2011/01/01; French; English**	468
#18	Add	Search **random*[TIAB] OR random allocation[MH] OR double-blind method[MH] OR single-blind method[MH] OR cross-over studies[MH] OR randomized controlled trial[PT] OR Controlled Clinical Trial[PT] OR multicenter study[PT]** Filters: **Publication date from 2011/01/01; French; English**	343369
#17	Add	Search **#15 AND #16** Filters: **Publication date from 2011/01/01; French; English**	61
#16	Add	Search **metaanalys*[TI] OR meta-analys*[TI] OR meta analysis[TI] OR systematic review*[TI] OR systematic overview*[TI] OR systematic**	67510

Search	Add to builder	Query	Items found
		literature review*[TI] OR systematical review*[TI] OR systematical overview*[TI] OR systematical literature review*[TI] OR systematic literature search[TI] OR meta-analysis[PT] OR cochrane database syst rev[TA] Filters: **Publication date from 2011/01/01; French; English**	
#15	Add	Search **#14 OR #12** Filters: **Publication date from 2011/01/01; French; English**	688
#14	Add	Search **#13 NOT (#10 OR #11)** Filters: **Publication date from 2011/01/01; French; English**	154
#13	Add	Search **(#1 AND #5 AND #7) OR (#5 AND #8)** Filters: **Publication date from 2011/01/01; French; English**	192
#12	Add	Search **#9 NOT (#10 OR #11)** Filters: **Publication date from 2011/01/01; French; English**	561
#11	Add	Search **"Animals"[MH] NOT "Humans"[MH]** Filters: **Publication date from 2011/01/01; French; English**	493465
#10	Add	Search **letter[PT] OR editorial[PT] OR news[PT] OR comment[PT] OR case stud*[TI] OR case report*[TI] OR case reports[PT]** Filters: **Publication date from 2011/01/01; French; English**	592724
#9	Add	Search **#1 AND #5 AND #6** Filters: **Publication date from 2011/01/01; French; English**	605
#8	Add	Search **(("Prescription Drug Misuse"[Mesh] OR "Prescription Drugs"[Mesh]) AND ("Psychotropic Drugs"[Mesh] OR "Benzodiazepines"[Mesh])) OR ((psychotropic drug*[TI] OR benzodiazep*[TI]) AND (abuse*[TI] OR dependence*[TI] OR nonmedical use*[TI] OR non-medical use*[TI]))** Filters: **Publication date from 2011/01/01; French; English**	408
#7	Add	Search **"Substance-Related Disorders "[Mesh] OR dependen*[TI] OR abuse*[TI] OR nonmedical use*[TI] OR non-medical use*[TI]** Filters: **Publication date from 2011/01/01; French; English**	82355
#6	Add	Search **"Treatment Outcome"[Mesh] OR treatment outcome*[TI] OR effectiveness[TI] OR efficacy[TI]** Filters: **Publication date from 2011/01/01; French; English**	268353
#5	Add	Search **"Harm Reduction"[Mesh] OR harm reduction[TI] OR harm minimization[TI] OR "prevention and control" [Subheading] OR prevention[TI] OR control*[TI]** Filters: **Publication date from 2011/01/01; French; English**	311764
#4	Add	Search **"Psychotropic Drugs"[Majr] OR "Benzodiazepines"[Majr] OR "Antidepressive Agents"[Majr] OR "Hypnotics and Sedatives"[Majr] OR "Anti-Anxiety Agents"[Majr] OR psychotrop*[TI] OR benzodiazep*[TI] OR polysubstance*[TI] OR polytoxicoman*[TI] OR polydrug*[TI]** Filters: **Publication date from 2011/01/01; French; English**	19343
#3	Add	Search **"Psychotropic Drugs"[Majr] OR "Benzodiazepines"[Majr] OR**	195

Search	Add to builder	Query	Items found
		"Antidepressive Agents"[Majr] OR "Hypnotics and Sedatives"[Majr] OR "Anti-Anxiety Agents"[Majr] OR psychotrop*[Tl] OR benzodiazep*[Tl] OR polysubstance*[Tl] OR polytoxicoman*[Tl] OR polydrug*[Tl] Filters: **Publication date from 2011/01/01; French**	
#2	Add	Search **"Psychotropic Drugs"[Majr] OR "Benzodiazepines"[Majr] OR "Antidepressive Agents"[Majr] OR "Hypnotics and Sedatives"[Majr] OR "Anti-Anxiety Agents"[Majr] OR psychotrop*[Tl] OR benzodiazep*[Tl] OR polysubstance*[Tl] OR polytoxicoman*[Tl] OR polydrug*[Tl]** Filters: **Publication date from 2011/01/01**	20591
#1	Add	Search **"Psychotropic Drugs"[Majr] OR "Benzodiazepines"[Majr] OR "Antidepressive Agents"[Majr] OR "Hypnotics and Sedatives"[Majr] OR "Anti-Anxiety Agents"[Majr] OR psychotrop*[Tl] OR benzodiazep*[Tl] OR polysubstance*[Tl] OR polytoxicoman*[Tl] OR polydrug*[Tl]**	142386