

Réduction des risques et des dommages (RdRD) liés aux conduites addictives

Mme Anne Coppel*

* Présidente d’honneur de l’Association Française pour la Réduction des Risques, Paris, France. Courriel : coppel.anne@gmail.com

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

Pour la construction d’un consensus sur la définition de la RdRD

Principes fondateurs, pratiques professionnelles et objectifs

Résumé

La RdRD est un concept qui fait aujourd’hui consensus dans le champ des addictions. Traduit de l’anglais *harm reduction of drug use*, ce concept s’est d’abord appliqué à la politique de santé publique pour les usages de drogues illicites sous la formulation “réduction des risques” (RdR), mais la démarche qui se propose de limiter les conséquences nocives s’applique désormais à toutes les conduites addictives. Huit principes ont été retenus : 1) l’usager, acteur de sa santé ; 2) la reconnaissance des droits humains ; 3) des principes communs à toute politique de santé publique ; 4) la priorité de santé et la hiérarchie des risques ; 5) la promotion de la santé et la participation communautaire ; 6) une offre de services adaptés aux prises de risque ; 7) l’exigence de résultats et l’évaluation ; 8) des politiques de drogues fondées sur des faits. Les pratiques professionnelles de la RdRD comprennent : 1) l’accueil et l’accompagnement : la construction de l’alliance ; 2) la mobilisation individuelle et collective des ressources, ou *empowerment* ; 3) la négociation des priorités de l’action, une approche pragmatique et progressive ; 4) les pratiques de médiation et RdRD pour l’environnement ; 5) les expérimentations, nouvelles pratiques et *empowerment* des équipes. Il reste à diffuser l’information dans le milieu des professionnels de santé comme dans le grand public, à développer la démarche de santé communautaire et à favoriser le décloisement des services.

Mots-clés

Réduction des risques et des dommages (RdRD) – Santé publique – Santé communautaire – Droits de l’homme – Promotion de la santé – Expérimentation – Évaluation.

À l’initiative de la Fédération Française d’Addictologie,
 7-8 avril 2016, Paris.

Summary

How are addictive behaviors, risks and risk and harm reduction (RdRD) defined? What are its basic principles and current objectives? In favor of drafting a consensus: RdRD definition, basic principles, professional practices and objectives

Today, the risk and harm reduction (*réduction des risques et des dommages* – RdRD) concept represents a consensus throughout all addictions. Translated from the English concept of “harm reduction from drug use”, it was first applied to public health policies towards illegal drug use in the form of “risk reduction” (*réduction des risques* – RdR). This strategy limits negative consequences and currently extends to all addictions. Eight principles have been proposed: 1) the user acts in favor of his own health; 2) human rights are recognized; 3) its principles are common to all public health policies; 4) health is a priority with a hierarchy of risks; 5) health is promoted and the community involved; 6) services are adapted to the risks taken; 7) results must be evaluated; 8) drug policies are based on facts. RdRD professional practices include: 1) receiving and accompanying; building alliance; 2) empowerment to mobilize individual and collective resources; 3) negotiating priorities for actions using a pragmatic and progressive approach; 4) mediation and RdRD practices within the environment; 5) experiments and new practices as well as team empowerment. This information must then be transmitted to health professionals and the general public in order to develop a community health approach and to tear down the walls between services.

Key words

Risk and harm reduction – Public health – Community health – Human rights – Health promotion – Experimentation – Evaluation.

Construire un consensus sur la définition de la réduction des risques et des dommages (RdRD), tel est l'objectif assigné à l'Audition publique organisée par la Fédération française d'addictologie (FFA), 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 réduction des risques (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 drogues 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 inscrites 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'ONUSIDA, 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 le *guideline* de l'OEDT sur la RdRD, 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 référerai en particulier à deux publications récentes sur la RdRD (4). La mise en cohérence de la politique 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.

Les principes au fondement de la RdRD

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 du sida, chercheurs et praticiens se sont retrouvés dans une impasse. À 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 1980, 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 leurs seringues. Ainsi, les usagers injecteurs pouvaient protéger leur santé, ne serait-ce qu'à minima pour poursuivre leurs consommations. Ces résultats communiqués lors de 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 (fréquence, quantité, 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 en 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.

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 drogues étaient exclus des services de droit commun dès qu'ils étaient identifiés. L'exclusion est redoublée pour les usagers appartenant à des groupes vulnérables, usagers souffrant de troubles mentaux, prostitués, minorités ethniques, plus souvent exclus de l'hébergement social. La cure de désintoxication était devenue un préalable au traitement des patho-

logies 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 qu'"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 18^e 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'ONUSIDA et l'ONU DC ont d'abord recommandé ensemble la mise en œuvre des politiques de RdRD (16), puis, outre l'OMS, l'ONU DC 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 charte de l'ONU sur les Droits universels, l'emportent sur toute autre considération (17).

Des principes communs à toute politique 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 risque 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.

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-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. À condition que les études soient menées. Le suivi épidémiologique de la mortalité liée au 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 première cause de mortalité des 18-34 ans en Île-de-France avec deux indicateurs, les overdoses 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 puisque l’on savait que 60 à 70 % des injecteurs étaient contaminés.

À 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 overdoses fait partie des objectifs du dispositif, mais, en l’absence de données précises, la baisse de la mortalité et de la morbidité, toutes causes 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 dépendants de l’héroïne est essentiellement due au recours aux traitements de substitution aux opiacés (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 autorisation de mise sur le marché (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, la buprénorphine haut dosage (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 liées 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 programmes d’échange de seringues (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 intervenues 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 l'une des préoccupations des usagers qui ont apprécié le testing, ou analyse des produits, 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 piercing 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 toujours interdit dans les événements (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

privilegié 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 de 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 officiellement contrainte à limiter l'expertise collective aux risques infectieux dans une logique exclusivement sanitaire. Ainsi, l'expertise a dû exclure de son champ d'investigation les risques et les dommages liés 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 la 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'utilisateur 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'utilisateur 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.

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 charte 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 l'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'utilisateur 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).

Une offre de services adaptés aux prises de risque

Face à l'épidémie de sida chez les injecteurs, les experts britanniques ont, dès 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 chez les usagers injecteurs était de 10 %, mais la comparaison des résultats par région montrait des différences importantes selon les sites. À 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 1980. Autre résultat particulier, la ville de Liverpool obtenait un taux de prévalence particulièrement bas de 1 % parmi les 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 privilégié 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 questions 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 infections sexuellement transmissibles (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 RdRD :

- 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 de 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 événements 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 événements 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 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 autres 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 recherches-actions, souvent à l'origine des expérimentations, ont sollicité leur expertise. Le dispositif TREND de l'OFDT 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 comportements de RdRD.

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 dû 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 1980, 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 Médecins du monde, 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 overdoses 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 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 overdoses mortelles, mais une étude évalue de 2 392 à 4 750 le nombre de vies épargnées par les TSO de 1996 à 2003 (43). À 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 1980 devenus demandeurs de soin et la désaffection progressive de l'héroïne au cours des années 1990, mais la recherche démontre que le facteur déterminant de l'amélioration de la santé n'est pas dû 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 dû 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 des seringues 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 risque, les détournements des TSO, des outils inadéquats pour les consommations de crack et de cocaïne et surtout pour les poly-usages 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 révélerait incapable de répondre aux évolutions des consommations et des prises de risque, 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 dû 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 de 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 d'hépatites C aiguës depuis 2006, avec une offre de services diversifiés et une bonne intégration dans le système de santé. Encore faut-il continuellement adapter l'offre de services aux évolutions des prises de risque 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).

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'ONUSIDA ou dans la lutte contre les drogues et la criminalité avec l'ONUDD. L'ONUDD 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 Courtwright qui fait de *“la révolution psychoactive”* l'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 psychoactives 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 associations d'auto-support.

3) Donner un large accès aux prescriptions médicales (*controlled medicine*) : 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 drogues 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 ans 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.

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 boîte noire" du traitement méthadone, c'est-à-dire aux façons de faire des praticiens qui n'avaient jamais été étudiées, pour comprendre pourquoi certains programmes obtenaient de meilleurs résultats que d'autres : la recherche a démontré 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 risque, les mauvais résultats obtenus dans deux programmes canadiens ont été expliqués par la méconnaissance des prises de risque dans leur contexte (59). Des recherches validées sur les actions de la 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 *counselling*. 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 de développer les compétences complexes nécessaires à l'action.

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'utilisateur 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'utilisateur 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'utilisateur 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'utilisateur. Il faut donc avoir une connaissance aussi précise que possible des pratiques de consommation et des prises de risque 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'utilisateur. Encore faut-il parvenir à un dialogue sur la réalité des prises de risque. La consommation de drogues, l'injection, le détournement des prescriptions médicales sont des pratiques interdites et stigmatisées, que l'utilisateur tient habituellement secrètes. Hors institution, le travail de proximité est confronté

à cette première difficulté. Les usagers de drogues se connaissent entre eux, ils échangent des informations sur les produits et la façon de les consommer, mais ils ne voient pas a priori la nécessité d'en parler avec un professionnel. L'utilisateur 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'utilisateur pour que l'échange devienne possible. Il doit commencer par reconnaître que l'utilisateur a ses raisons pour agir comme il le fait et adopter le point de vue de l'utilisateur. 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'utilisateur 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'utilisateur 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'utilisateur 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 recommandation 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 1980, 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 risque. L'alliance se noue d'abord entre l'usager, le professionnel et le service, mais si les prises de risque 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.

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 drogues 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 leurs usages 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 amélioreraient 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, relatives à l'usage de drogues, à la prostitution, à la transsexualité, aux 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.

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 identifiées aujourd'hui selon les contextes (urbains, festifs, prison, monde du travail) et plus ou moins explorées 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 risque 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 personnels. 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 interpersonnelles et

sociales. Le professionnel et l'utilisateur doivent unir leurs forces pour que ce système relationnel évolue et apporte un soutien à l'utilisateur 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 1980 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'utilisateur 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'utilisateur, 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 toutes les personnes sans domicile fixe (70). Le risque d'une sanction judiciaire est vécu par l'utilisateur 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 impliquent 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.

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 européennes 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. L'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 de 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 intervenant 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).

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'éducation 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 risque, 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 défailtantes, 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 de 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 nationales 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 : publications de *guidelines*, journées d'information nationales, participation aux colloques européens et internationaux, journaux, revues, réseaux sociaux et information sur Internet.

- 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'expérience 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 psychoactives, 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.

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 auxquelles 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 et la mobilisation des équipes, 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 dû mobiliser aux temps héroïques lorsque la RdR n'était pas un dispositif. Mais, entretemps, 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 lorsque l'on ne peut se fier aux fonctionnements habituels des services et administrations 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 sans drogue, 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 partenariat 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'ONUDDC 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 dû 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. ■

A. Coppel

Quelles définitions des conduites addictives, des risques et de la RdRD ? Quels en sont les principes fondateurs et les objectifs aujourd'hui ? Pour la construction d'un consensus sur la définition de la RdRD. Principes fondateurs, pratiques professionnelles et objectifs

In : Audition publique à l'initiative de la FFA "Réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives", 7-8 avril 2016, Paris.

Alcoologie et Addictologie. 2016 ; 38 (3) : 207-227

Notes et bibliographie

- 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, treatment and care for injecting drug users. 2012 revision. Geneva : WHO ; 2012.
- 3 - Rhodes T, Herdich D. Harm reduction: evidence, impacts and challenges. Lisbon : EMCDDA ; 2010.
- 4 - Ce tournant est pris avec le Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2000-2001 ; Paris : La Documentation française ; 2000). Morel A, Chappard P, Couteyron JP. L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie. Paris : Dunod ; 2012. Médecins du Monde. Histoire et principes de la réduction des risques. Entre santé publique et changement social. Paris : Publications MDM ; 2013.
- 5 - INSERM. Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. Expertise collective. Paris : Les éditions Inserm ; 2010.
- 6 - Edelmann F, Quivy V. Dix clefs pour comprendre l'épidémie. Dix années de lutte avec ARCAT-Sida. Paris : Le Monde édition ; 1996.
- 7 - Pierret J. Les malades d'hier, malades d'aujourd'hui. Paris : Payot ; 1991.
- 8 - Lert F. La toxicomanie : vers une évaluation de ses traitements. Paris : La Documentation française ; 1989.
- 9 - Des Jarlais D, Friedman S. AIDS and legal access to sterile drug injection equipment. *Annals of the American Academy*. 1992 ; 521 : 42-64.
- 10 - Lindesmith AR. The addict and the law. Bloomington : Indiana University Press ; 1965.
- 11 - Zinberg N. Drug, set, and setting: the basis for controlled intoxicant use. New Haven : Yale University Press ; 1986. Pour une présentation en France de l'ensemble des recherches sociologiques : Bergeron H. Sociologie de la drogue. Paris : La Découverte ; 2009.
- 12 - Ingold R, Ingold S. Les effets de la libéralisation de la vente des seringues. Paris : IREP ; 1988. Facy F, Lowenstein W, Ingold R, Ingold S. L'héroïnomanie, la seringue et le sida. *Retrovirus*. 1988 ; septembre.
- 13 - OMS. Santé et droits de l'homme. *Aide-mémoire*. 2015 ; (323) (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/fr/>).
- 14 - "Politique des drogues" est une traduction littérale de *drug policy*, mais *policy* pourrait aussi se traduire par "modes de gestion" ou "stratégies en matière de produits psychoactifs".
- 15 - Grover A. 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 assembly, 6 August 2010. New York : UN, Human Rights Council ; 2010.
- 16 - Collectif. Déclaration de Vienne. Déclaration officielle de la XVIII^e Conférence internationale sur le sida (SIDA 2010) ; Vienne ; 18-23 juillet 2010.
- 17 - 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. Geneva : WHO ; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77969/1/9789241504379_eng.pdf).
- 18 - UNODC. UNODC and the promotion and protection of human rights. Position paper. Vienne : UNODC ; 2012 (https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/UNODC_Human_rights_position_paper_2012.pdf).
- 19 - Berridge V. Histories of harm reduction: illicit drugs, tobacco, and nicotine. *Substance Use & Misuse*. 1999 ; 34 (1) : 35-47.

- 19 - Stimson G. HIV, drugs, and public health, new words, old tunes. *The International Journal of the Addictions*. 1991 ; 26 (12) : 1263-77.
- 20 - Roques B. La Dangersité des drogues. Paris : Odile Jacob ; 1998.
- 21 - Advisory Council on the Misuse of Drugs. Recommendations to UK government on the control of dangerous or otherwise harmful drugs. London : ACMD ; 1988.
- 22 - Lecomte D. Décès par usage de stupéfiant en Île-de-France. *BEH*. 1994 ; 35 : 159-61.
- 23 - Henrion R. Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie. Paris : La Documentation française ; 1995.
- 24 - Techno+. Actualités (<http://www.technoplus.org/t,5/1040/actualite>). AFR. Référentiel national des interventions de RdR en milieux festifs (<http://a-f-r.org/referentiel-national-des-interventions-de-rdr-en-milieux-festifs-2/>). RESTIM. Psychostimulants et drogues de synthèse. Problèmes cliniques et thérapeutiques. État des lieux et propositions. RESTIM ; 2003 (<http://www.technoplus.org/t,5/1040/actualites>, http://www.doc.hubsante.org/opac/doc_num.php?explnum_id=636).
- 25 - Desplanques L. La réduction des risques relaxée. *SWAPS*. 2005 ; (38) (http://pistes.fr/swaps/38_372.htm).
- 26 - Le testing en milieu festif avait été expérimenté par la mission Rave de Médecins du Monde. Il reste une revendication des associations communautaires. Beauchet A. Testing : le péché originel. Historique et état des lieux en France. Journée thématique AFR ; Paris ; 6 novembre 2015 (<http://a-f-r.org/wp-content/uploads/sites/3/2015/09/2015-11-06-Inter@ktion-Anthony-Beauchet-Testing-le-peché-originel-Historique-et-état-des-lieux-en-France.pdf>).
- 27 - Sites interactifs sur les nouvelles drogues de synthèse (<https://www.psychoactif.org/forum/p120016-p1-Hier-19-46.html>).
- 28 - Coppel A. Drogues et médicalisation, entre expertise et demande sociale. *Multitude*. 2011 ; (44).
- 29 - Bergeron H, Castel P. Sociologie de la politique de santé. Paris : PUF ; 2015.
- 30 - Gourmelon N. Les boutiques ou dispositifs bas seuil : une nouvelle approche des toxicomanes en temps de sida. Sous le financement du Ministère du Travail et des Affaires Sociales, DGS, Division Sida ; 1997. Au niveau national : Élus locaux contre le sida (<http://www.eltics.fr>) ; Élus, Santé Publique & Territoires (<http://www.espt.asso.fr/>) ; Forum Européen pour la Sécurité Urbaine (www.ffmpeg.org).
- 31 - Pour l'humanitaire : Lebeau B, Coppel A. Drogues, toxicomanie et action humanitaire. In : Lebas J, Veber F, Brückner G. Médecine humanitaire. Paris : Flammarion, Médecine-Sciences ; 1994. p. 55-8. Pour le sida : Maguet O, Caldéron C. Aides, une réponse communautaire à l'épidémie de sida. Pantin : AIDES ; 2007.
- 32 - Carpentier J. Des toxicomanes et des médecins, un drame en trois actes et quarante-sept tableaux. Rencontres cliniques, REPCUD-ECIMUD. Paris : L'Harmattan ; 1998.
- 33 - Toufik A, Jauffret M. Les groupes d'auto-support des usagers de drogues. *Toxibase*. 1997 ; (4). Southwell M. People who use drugs and their rôle in harm reduction. In : Harm reduction: evidence, impacts and challenges. Lisbon : EMCDDA ; 2010. p101-4.
- 34 - Coppel A. L'invention des traitements de substitution, quand le changement des pratiques précède le changement des croyances. In : Peut-on civiliser les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques. Paris : La Découverte ; 2002. p. 199-211.
- 35 - Pour la démocratie sanitaire : ARS Île-de-France. Qu'est-ce que la démocratie sanitaire ? (<http://ars.iledefrance.sante.fr/Democratie-sanitaire.81526.0/>). Aldrich M. L'expertise profane dans les associations de patients, un outil de démocratie sanitaire. *Santé publique*. 2012 ; 24 (1). Jouet E. La reconnaissance des savoirs des malades : obstacles et facilitateurs à l'institutionnalisation du fait social. In : Séminaire Oppélia ; Paris ; 28 novembre 2013 (http://www.oppelia.fr/sites/default/files/la_reconnaissance_des_savoirs_des_malades_.e.jouet_.pdf).
- 36 - Robertson R. The arrival of HIV. in : Strang J, Gossop M, editors. Heroin addiction and drug policy, the British System. Oxford : Oxford University Press ; 1994.
- 37 - OMS. VIH/sida. Aide-mémoire N° 360. Genève : OMS ; 2009, actualisé en 2015 (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/fr/>).
- 38 - Des Jarlais D, Friedman SR. HIV infection among intravenous drug users: epidemiology and risk reduction. *AIDS*. 1988 ; 2 : S65-70.
- 39 - EMCDDA. Understanding and responding: to drug use the role of qualitative research. Scientific Monograph, Summary. Lisbon : EMCDDA ; 2000.
- 40 - Lalande A. Savoir des usagers, de quoi parle-t-on ? *Vacarme*. 2009 ; (46) : 84-8.
- 41 - Mino A, Arsever S. J'accuse les mensonges qui tuent les drogués. Paris : Calmann-Levy ; 1996. Pour le déficit de santé publique en France, révélé par le scandale du sang contaminé : Morelle A. La défaite de la santé publique. Paris : Flammarion ; 1998.
- 42 - Emmanuelli J. Contribution à l'évaluation de la politique de réduction des risques sanitaires. Rapport SIAMOIS. Paris : InVS ; 2000. Emmanuelli J. Contribution à l'évaluation de la politique de réduction des risques sanitaires chez les usagers de drogues intraveineux. *Tendances*. 2001 ; (12) (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/tend12.pdf>).
- 43 - Kopp P, Geoffron P, Tecco J. Du point de vue économique, quel est le rapport coût-efficacité des traitements de substitution aux opiacés ? In : Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution. *Alcoologie et Addictologie*. 2004 ; 26 (4S) : 75S-84S. Rappelons que le nombre de décès épargnés est évalué sur la base des overdoses, les autres causes étant inconnues.
- 44 - CNS (<http://www.cns.sante.fr/spip.php?article79&artpage=2-3>).
- 45 - En particulier : InVS. Enquête Coquelicot 2004-2007 (http://www.invs.sante.fr/publications/2008/enquete_coquelicot/plaquette_coquelicot.pdf). Pialoux G. Réduction des risques. Enquête Coquelicot 2011 : les nouveaux chiffres de la RdR drogue. *vih.org* ; 29 novembre 2013.
- 46 - Olin N, Plaisait B. 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. Paris : Sénat ; 2003.
- 47 - Lalande A, Chappard P. Réduction des risques, savoir profane et professionnalisant. In : L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie. Paris : Dunod ; 2012.
- 48 - INSERM. Hépatite C. Dossier d'information. Paris : INSERM ; 2014.
- 49 - OFSP. Hépatite C. Liebefeld : OFSP ; 2015 (<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 : Morel A, Couteyron JP. Drogues : faut-il interdire ? Paris : Dunod ; 2011.
- 51 - UNODC. Placing health and welfare at the heart of drug policy. Vienne : UNODC ; 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. 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. Geneva : WHO ; 2016 (<http://www.who.int/hiv/pub/du/ungass-drgs-2016/en/>).
- 53 - Courtwright DT. De passion à poison, les drogues et la construction du monde moderne. Laval : PUL ; 2008.
- 54 - Ingold FR, Sueur C, Kaplan CD. Contribution à une exploration des propriétés thérapeutiques du cannabis. *Annales Médico-Psychologiques*. 2015 ; 173 (5) : 453-9.
- 55 - Jobard F, Lévy R, Lamberth J, Névanen S. Mesurer les discriminations selon l'apparence : une analyse des contrôles d'identité. *Population-F*. 2012 ; 67 (3) : 423-52 (<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00781605>).
- 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 ans après (<http://www.federationaddiction.fr/decriminalisation-drogues-au-portugal-resultats-edifiants/>). En France, il n'y a pas d'étude précise sur le nombre d'usagers incarcérés, parce que la détention est assimilée au trafic, mais selon un tra-

vail effectué par le CESDIP en 2005, le nombre d'usagers incarcérés pour usage s'élèverait selon les années entre 2 000 et 3 000 pour usage simple sans détention et entre 5 000 et 8 000 si l'on y ajoute la détention.

- 57 - Le Feuvre N, Benelli N, Rey S. Métiers de service. Nouvelles questions féministes n° 2. Lausanne : Éditions Antipodes ; 2012.
- 58 - Ball JC, Ross A. The effectiveness of methadone, maintenance treatment. New York : Springer ; 1991.
- 59 - Lovell A. Les facteurs limitant l'efficacité des programmes d'échanges de seringues. *Transcriptase*. 1998 ; (70).
- 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 - Touret Turgis C. Le counselling. Paris : PUF, Que sais-je ? ; 1997. Il n'y a pas en français de publication sur le *counselling* aux usagers de drogues licites et illicites, contrairement à la Grande-Bretagne. À titre d'exemple : NICE. Drug use disorders in adults. Quality standard [QS23]. London : NICE ; 2012.
- 62 - FA, FNARS. Addictions et lutte contre les exclusions : travailler ensemble. Paris : FA ; 2015.
- 63 - Tronto J. Un monde vulnérable, pour une politique du *care*. Paris : La Découverte ; 2009.
- 64 - Advisory Council on the Misuse of Drugs. Recommendations to UK government on the control of dangerous or otherwise harmful drugs. London : ACMD ; 1988.
- 65 - Le concept d'*empowerment* ou développement de la capacité d'agir est utilisé dans le développement, dans le management, 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. Santé Participative. Santé communautaire et *empowerment* (<http://www.sante-participative.org/#!empowerment-et-verticalisation/crxc>). Pour la santé mentale : Centre Collaborateur OMS. *Empowerment* des usagers des services de santé mentale et des aidants (<http://www.ccomssantementalelillefrance.org/?q=content/santé-mentale-intra-communautaire>).
- 66 - Carpentier J. La toxicomanie à l'héroïne en médecine générale. Paris : Ellipses ; 1994.
- 67 - Le premier dossier sur la méthadone du journal ASUD a été publié en juin 1994.
- 68 - Goffman E. Stigmate, les usages sociaux des handicaps. Paris : Édition de Minuit ; 1975.
- 69 - Coulon P. Les groupes d'entraide, une thérapie contemporaine. Paris : L'Harmattan ; 2010. Sur l'alcool : SFA. L'avenir de l'addictologie : le patient, son entourage et les groupes d'entraide. Réunion ; Paris ; 18-19 octobre 2012 (<http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/AA2012-4-SFAoctobre.pdf>). Pour les troubles psychiques : Girard V, Driffin K, Musso S, Row M, Davidson L, Novell A. La relation thérapeutique sans le savoir, approche anthropologique de la rencontre entre travailleurs pairs et personnes sans chez-soi ayant une cooccurrence psychiatrique. *L'Évolution Psychiatrique*. 2010 ; 71 (1) : 75-85.
- 70 - Girard V, Estecahandy P, Chauvin P. La santé des personnes sans chez soi, plaider et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen. Paris : La Documentation française ; 2010. FNARS. Un chez soi d'abord dans quatre villes françaises (<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 - Kubler D. Politique de la drogue dans les villes suisses entre ordre et santé. Paris : L'Harmattan ; 2000.
- 72 - Sur la méthodologie du traitement de controverses : cours de Latour B. Cartographie de controverses (<http://www.bruno-latour.fr/fr/node/31>). Pour un exemple de controverses, la consultation citoyenne, organisée par la Mairie du 19^e à Paris en 2003 : Coppel A. Le panel citoyen dans le quartier de Stalingrad à Paris, une expérience de démocratie locale. *Cosmopolitiques*. 2004 ; (7) (<http://www.annecoppel.fr/panel-citoyen-quartier-stalingrad-paris-experience-democratie-locale/>).
- 73 - Amaouche M. Processus d'inscription dans l'économie de la rue : quelles stratégies de prévention. Enquête ethnographique

- dans le nord de Paris, à Stains, Saint-Ouen et en Seine-Saint-Denis. Levens : Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale (GRVS) ; 2009. Duport C. L'Intervention sociale à l'épreuve des trafics. Marseille : Adapt ; 2013.
- 74 - IDPC. Guide des politiques de drogues. Londres : IDPC ; 2012 (<http://idpc.net/fr/publications/2010/09/idpc-guide-fr>). Pour la France : FFSU, Martineau H, Lowenstein W. La future politique française des drogues. Paris : FFSU 2011.
- 75 - FFSU (<http://www.ffmpeg.org>). Korf DJ, Riper H, Freeman M, Lewis R, Grant I, Jacob E, Mouglin C, Nilson M. Outreach work among drug users in Europe: concepts, practice and terminology. Lisbon : EMCDDA ; 1999.
- 76 - IDPC. International harm reduction development program. London : IDPC (<http://idpc.net/profile/international-harm-reduction-development-program-ihrd>).
- 77 - Sommet des Amériques ; Carthagène des Indes ; 14-15 avril 2012 (<http://www.courrierinternational.com/article/2012/04/13/un-sommet-de-chefs-d-etat-decisif-a-carthagene>). Coppel A, Doubre O. L'échec de la guerre à la drogue sur le continent américain. in : Sortir de l'impasse, expérimenter des alternatives à la prohibition. Paris : La Découverte ; 2012.
- 78 - Global Commission on Drug Policy. The negative impact of drug control on public health: the global crisis of avoidable pain. Geneva : Global Commission on Drug Policy ; 2014.