

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

M. François Beck\*, Mme Cristina Diaz-Gomez, Dr Anne-Claire Brisacier, Dr Agnès Cadet-Tairou, Mme Ivana Obradovic

\* Directeur, OFDT, Paris, France. Courriel : Francois.Beck@ofdt.fr

# Éléments sur l'efficacité des politiques de réduction des risques et des dommages développées en France et à l'étranger depuis 30 ans

## Résumé

Les politiques de réduction des risques et des dommages (RdRD) envers les usagers de drogues se sont fortement développées à partir des années 1980, en réponse à l'émergence du virus de l'immunodéficience humaine (VIH). La littérature sur l'impact des mesures les plus emblématiques (programmes d'échange de seringues, traitements de substitution...) sur la mortalité, la transmission des risques infectieux et les comportements à risque des usagers de drogues s'avère assez vaste. Cet article dresse l'état des connaissances sur l'efficacité de ces mesures phares, ainsi que d'autres interventions scientifiquement validées à partir des éléments de preuve les plus solides à l'échelon international, isolant les actions sur lesquelles de nouvelles recherches seraient nécessaires. La revue de la littérature scientifique est complétée par une analyse spécifique du dispositif national de RdRD et assortie d'un bilan général de l'impact de la politique menée en France depuis le milieu des années 1980. Enfin, l'article met en évidence un certain nombre de conditions nécessaires à l'efficacité des politiques (place des usagers dans la démarche d'accompagnement et de soins, principe d'aller au-devant des usagers les plus éloignés des soins, diversification et adaptation de l'offre des prestations de RdRD, acceptabilité des actions de RdRD) et pointe des défis majeurs (RdRD en milieu carcéral, élargissement de la RdRD aux nouveaux produits de synthèse, au cannabis, à l'alcool, au tabac et aux addictions comportementales).

## Mots-clés

Réduction des risques et des dommages (RdRD) – Efficacité – Évaluation – Drogue illicite – Alcool – Tabac.

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

## Summary

**The effectiveness of the harm reduction policies developed in France and abroad for 30 years: a review**

Harm reduction (HR) policies towards drug users have been substantially implemented since the 1980s, in response to the emergence of Human immunodeficiency virus (HIV). The scientific literature on the impact of the most emblematic measures (needle exchange programs, substitution treatments, etc.) on mortality, transmission of infectious risks and risk behaviours of drug users is quite extensive. This article reviews the state of knowledge on the effectiveness of these flagship measures as well as other evidence-based interventions at international level. It also aims to focus on actions on which further research would be needed. The scientific literature review is complemented by a specific analysis of the French HR framework and a general assessment of the impact of the policy implemented in France since the mid-1980s. Finally, this article highlights some essential factors contributing to the effectiveness of HR policies (users' role in providing support and care, outreach programmes towards users furthest from care, diversification and adaptation of HR provision, acceptability of HR measures) and identifies major challenges (HR in prison, taking into account new psychoactive substances, cannabis, alcohol, tobacco and behavioural addiction in HR issues).

## Key words

Harm reduction – Effectiveness – Evaluation – Illicit drug – Alcohol – Tobacco.

D'après la définition de l'International harm reduction association (IHRA), les termes de réduction des risques (RdR) se réfèrent à *“des politiques, programmes et pratiques qui visent à réduire les conséquences sanitaires, sociales et économiques liées à la consommation de substances psychoactives, licites ou illicites)”* et qui reposent sur *“la forte volonté de protéger la santé publique et les droits de l'homme”* (1). En France, la définition de la RdRD présente dans la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé indique : *“La politique de réduction des risques et des dommages en direction des usagers de drogues vise à prévenir les dommages sanitaires, psychologiques et sociaux, la transmission des infections, la mortalité par surdose liés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants”* (Art. L. 3411-8) (2).

C'est à partir du milieu des années 1980 que l'approche de la RdRD s'est fortement développée, face à l'émergence du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) (3). La littérature sur l'efficacité des réponses apportées en matière de RdRD s'avère assez vaste. Toutefois, il est important d'en préciser la nature et les contours. Il n'existe pas dans la littérature scientifique d'étude d'impact permettant de démontrer l'efficacité ou l'inefficacité des politiques globales de RdRD en France ou à l'étranger ou d'en comparer les résultats. Les difficultés méthodologiques pour évaluer scientifiquement l'efficacité d'une politique regroupant plusieurs actions et répondant à des besoins hétérogènes sont nombreuses. Une difficulté majeure à laquelle les chercheurs se heurtent est celle liée aux biais d'imputabilité des effets observés. Plus la politique est complexe, plus il est laborieux de faire émerger la preuve de son efficacité et plus le coût en est dissuasif. La question de l'efficacité est ainsi abordée au moyen de méthodologies plus classiques (notamment des études contrôlées randomisées – ECR et/ou des études observationnelles de cohorte) qui s'appliquent à des mesures spécifiques. Les études disponibles évaluent donc les mesures séparément et utilisent des critères d'appréciation spécifiques.

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

la preuve d'un impact sur les pratiques à risque est plus facile à faire émerger que celle sur la prévalence du virus de l'hépatite C – VHC). Cet état de l'évaluation de l'efficacité des actions de RdRD au plan international fera l'objet du premier chapitre.

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

## Littérature internationale sur l'efficacité de la RdRD

Cette partie repose notamment sur l'état des connaissances dressé par l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (EMCDDA – [www.emcdda.europa.eu/best-practice](http://www.emcdda.europa.eu/best-practice)) sur les interventions validées en matière de politiques de réduction des risques. Il s'appuie sur les résultats issus des dernières méta-analyses, méta-synthèses et revues systématiques de la littérature (4).

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

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

L'analyse de la littérature internationale montre que les interventions les plus efficaces face aux risques de

transmission du VIH sont les TSO (5) et la distribution d'aiguilles et de seringues stériles (6).

Les travaux de recherche internationaux (des études portant exclusivement sur la méthadone) ont montré que les TSO contribuent également de façon efficace à réduire la mortalité parmi les usagers de drogues injectables (UDI) d'opiacés (5, 7, 8) et à prévenir des comportements à risque liés à l'injection (5, 9, 10).

Enfin, une récente revue de la littérature qui a porté sur 25 revues antérieures a mis en évidence l'efficacité des PES pour réduire les pratiques à risque liées à l'injection, déclarées par les UDI (11).

Il existe par ailleurs dans la littérature des éléments de preuve moins robustes sur l'efficacité de certains programmes ou pratiques (12). Cependant, les chercheurs qui ont conduit ces recherches s'accordent pour conclure qu'il est probable que ces interventions soient efficaces. Il s'agit de :

- La délivrance de TSO et les PES menés en parallèle en vue de réduire les contaminations par le VIH et le VHC (13) (méta-analyse portant sur cinq études observationnelles).
- Les salles de consommation à moindre risque (SCMR) pour réduire les comportements à risque liés à l'injection (12, 14) (N = 7 études, 4 positives (15), 3 absences d'association).
- La distribution de la naloxone associée à des interventions d'éducation sur son usage pour limiter le risque de surdose mortelle (16) (revue systématique reposant sur 13 études dont une étude (N = 2 900 sujets, durée du suivi = 7 ans) qui a conclu à l'efficacité (17) du programme et 12 autres études qui ont montré des taux de survie élevés en cas de surdose).
- L'administration intranasale de naloxone lorsque l'injection n'est pas possible pour prévenir les surdoses mortelles (18) (N = 2 études, positives).
- Les TSO pour réduire la transmission du VHC (12) (N = 12 études, 4 positives, 8 absences d'association).
- La démarche d'"aller vers l'utilisateur" et l'éducation à l'usage à moindre risque pour modifier les pratiques à risque liées à l'injection (12) (N = 28 études, 18 positives, 10 absences d'association).
- Les PES en pharmacie en vue de réduire les pratiques à risque liées à l'injection (12) (N = 13 études, 8 positives, 2 négatives, 3 absences d'association).
- La distribution du petit matériel d'injection pour réduire les comportements à risque liés à l'injection (11) (N = 15 études, 10 positives, 5 absences d'association).

- Les interventions de type "aller vers l'utilisateur" mises en œuvre dans des endroits "cachés" (comme par exemple, la mobilisation de pairs ou les PES dans des lieux spécifiques où il existe des pratiques d'injection à risque) ou dans des lieux dédiés (les SCMR par exemple) efficaces pour rentrer et rester en contact avec des usagers de drogues très marginalisés (19) (méta-synthèse réalisée sur 21 études qualitatives).

Enfin, s'agissant des interventions s'adressant aux UDI d'opiacés qui n'ont pas été validées, les éléments disponibles dans la littérature sont insuffisants pour prouver que les TSO améliorent l'adhésion au traitement de l'hépatite C ou qu'ils contribuent à de meilleurs résultats de ce dernier (20, 21).

### ***Prévention des risques spécifiques liés à l'injection de stimulants***

Les usagers de drogues qui s'injectent des stimulants encourrent un niveau de risque supérieur à ceux pris par les consommateurs d'opiacés, notamment du fait d'une pratique d'injection plus fréquente et souvent compulsive (21-25). Cette spécificité doit être prise en compte en adoptant les programmes et outils de RdRD destinés à ce public. Les travaux d'évaluation ciblant spécifiquement cette population d'usagers sont pourtant peu courants. Certaines modalités d'intervention (comme la délivrance de matériel d'injection stérile adapté ou des actions d'éducation pour des injections plus sûres dans le pli inguinal) demeurent rares, controversées et ne sont souvent ni soutenues, ni même autorisées. Les travaux de recherche sont par conséquent peu nombreux. À ce jour, une unique ECR a porté sur des injecteurs de crack (26). Elle a conclu que les programmes de type "aller vers l'utilisateur" sont efficaces pour réduire les problèmes de santé mentale liés aux comportements à risque chez ces usagers.

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

- La distribution d'une large quantité de matériel d'injection stérile et de préservatifs spécifiquement pour des UDI de stimulants.
- La délivrance de kits d'injection adaptés aux pratiques individuelles de l'utilisateur en situation sociale de précarité (volume de la seringue adaptée aux produits injectés,

conditions d'hygiène dégradées, injection "précipitée" dans la rue...).

- S'agissant des usagers moins précaires, la délivrance de matériel d'injection stérile et de petit matériel adaptés aux usagers injecteurs qui préparent et s'injectent à domicile (des champs stériles, des seringues différentes pour la préparation de la prise et pour son injection...).
- La diffusion d'information sur des techniques d'injection plus sûres, des conseils simples d'hygiène (se laver les mains, se couper les ongles), des conseils sur l'entretien des veines et le soin des blessures et, enfin, la distribution de crèmes antibactériennes.

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

Les modes de consommation par inhalation ou sniff font encourir aux usagers de drogues des risques spécifiques (27). Les ECR existantes sont plutôt abondantes, mais les revues de la littérature sont bien moins nombreuses. La plus récente a été réalisée par Fischer et al. en 2015 et porte sur une population d'usagers de cocaïne et de crack (28). La durée de suivi limitée des études recensées dans cette revue de la littérature, ainsi que leur hétérogénéité ont amené les auteurs à ne pas conclure formellement sur les résultats d'évaluation recueillis. De nouveaux travaux de recherche s'avèrent

nécessaires, notamment sur l'efficacité des approches comportementales pour réduire les comportements à risque de transmission du VIH, telles les interventions de RdRD "boule de neige" via les pairs (telles que *Each one teach one*), les actions d'éducation à l'usage à moindre risque ou les programmes standard de prévention du VIH, ou encore pour réfuter ou confirmer les premiers résultats des travaux déjà menés sur l'efficacité de la délivrance du petit matériel pour fumer du crack et sur la prévention des problèmes de santé et des surdoses.

### Prévention des risques en milieu festif

En milieu festif, la consommation de substances psychoactives, licites ou illicites, et le phénomène des polyconsommations peuvent entraîner des risques spécifiques (29). La littérature internationale s'est surtout intéressée à l'efficacité des interventions pour prévenir les intoxications, les blessures et les accidents routiers liés à l'alcool. Ainsi, les travaux de recherche ont montré que les campagnes de communication sont efficaces pour réduire les accidents routiers liés à l'alcool dans un contexte festif (30-33), ainsi que les interventions dédiées à la prévention de l'alcool au volant telles que le service de transport gratuit après consommation (*Drink-driving service*) (34) pour prévenir les blessures et les accidents mortels. Par ailleurs, la littérature s'accorde sur l'effica-

Tableau I : Synthèse des résultats d'évaluation internationale des outils de RdRD (source : données EMCDDA, synthèse OFDT)

		Prévention des risques liés à l'injection et à d'autres modes d'usage										
Champs évalués	Résultats évalués	PES	PES en pharmacie	Distribution du petit matériel	SCMR	Éducation à l'injection à moindre risque	TSO	PES + TSO	Programme de distribution de naloxone	Naloxone intra-nasale	"Aller vers"	Éducation à la consommation à moindre risque (autre que l'injection)
Résultats	Décès									Naloxone		
	Contamination VIH											
	Contamination VHC											
	Problèmes de santé mentale liés aux comportements à risque											Crack
	Nuisances urbaines											
Modification des comportements (facteurs de risque)	Comportements à risque liés à l'injection											
	Comportements de consommation à risque autre que l'injection											
	Adhésion au traitement VHC											
	Résultats du traitement VHC											
Moyens	Contacts établis											

■ efficacité solidement démontrée ; ■ probablement efficaces ; ■ preuves insuffisantes.

citée des interventions de sensibilisation et de formation à la vente et à la distribution responsable de boissons alcoolisées (*Responsible beverage service*) dans le cadre des approches multistratégiques basées sur la mobilisation communautaire (mobilisation collective des différents publics et acteurs impliqués dans la vente et la consommation d'alcool) pour réduire les consommations d'alcool et éviter les états d'alcoolisation aiguë (35, 36).

L'efficacité des actions de prévention des risques en milieu festif ciblant les substances illicites est bien moins documentée que celle des interventions en matière d'alcool. L'EMCDDA recense actuellement deux revues de la littérature qui examinent la question de l'efficacité des interventions en milieu festif (31, 36). La revue de la littérature la plus récente fait état de seulement deux évaluations sur l'efficacité de ces interventions (37, 38). Les experts s'accordent par conséquent pour affirmer que les travaux d'évaluation sont en nombre et de qualité insuffisants (39). Afin d'améliorer la connaissance des évaluations d'efficacité existantes, la Commission européenne finance le projet *The healthy nightlife toolbox* (40) qui vise à développer un site internet recensant les recherches disponibles sur l'efficacité des actions ciblant les usages récréatifs de substances illicites.

Les études réalisées n'ont pas montré de résultats positifs en faveur de l'efficacité des actions suivantes :

- La seule délivrance d'informations (hors campagnes

de communication) pour prévenir les problèmes liés aux drogues illicites et à l'alcool (31, 39, 41).

- Les interventions d'éducation à la consommation à moindre risque dans les espaces festifs pour influencer les attitudes et les comportements de consommation de drogues illicites (ecstasy et GHB) (36).

Toutefois, des résultats prometteurs ont été rapportés dans le cadre d'une étude suédoise qui s'adressait aux responsables des établissements nocturnes, au personnel en contact avec les clients et en particulier aux portiers de discothèque et d'établissements festifs (36).

Compte tenu du faible nombre d'études menées et de leur *design* non expérimental (des études non randomisées et non contrôlées), les conclusions sont à interpréter avec précaution. De nouvelles évaluations devraient permettre d'apporter de nouveaux éléments de preuve.

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

La prison est un lieu à haut risque infectieux, où la population présente également un état de santé précaire et des troubles psychiatriques majeurs (42). En milieu carcéral, les études d'évaluation ont porté principalement sur l'efficacité des TSO et des PES sur la prévention de la réduction de la mortalité parmi les

Tableau II : Synthèse des résultats d'évaluation internationale des outils de RdRD pour le contexte festif (source : données EMCDDA, synthèse OFDT)

Champs évalués	Résultats évalués	Campagne de prévention (campagnes de communication)	Service de transport gratuit après consommation	Sensibilisation locale / Formation à la vente et distribution d'alcool / Bonne application de l'interdiction de vente : approche multistratégique et communautaire	Simple délivrance d'information sur place	Interventions à vocation éducative sur place
Résultats	Réduction de l'accidentologie routière liée à l'alcool (blessures, admissions hospitalières, accidents mortels)					
	Diminution des consommations d'alcool et des ivresses					
	Réduction des infractions violentes liées aux consommations					
	Hausse de refus de vente de boissons alcoolisées à des mineurs					
	Réduction des problèmes sanitaires liés à la consommation d'alcool et aux drogues illicites					
Modification des attitudes et comportements	Comportements à risque liés à la consommation d'alcool, GHB et ecstasy					

■ efficacité solidement démontrée ; ■ inefficacité solidement démontrée.



détenus et des comportements à risque liés à l'injection. La littérature s'est également intéressée aux effets des interventions psychosociales pour réduire les risques liés aux réincarcérations chez les personnes en détention, consommatrices de drogues. Il existe également une abondante littérature sur la prise en charge de la population carcérale au sein des communautés thérapeutiques en milieu fermé en vue de prévenir la rechute et la réincarcération.

Il ressort de la littérature, selon une étude de cohorte qui a suivi presque 17 000 détenus pendant plus de dix ans, que les TSO sont un facteur de protection face à la mortalité parmi les usagers de drogues d'opiacés incarcérés pendant leur séjour en prison, mais aussi pendant les quatre premières semaines après l'incarcération (43). En outre, les interventions psychosociales menées en prison auprès des femmes détenues sont pointées dans le cadre d'une récente revue systématique de la littérature, comme des actions efficaces pour réduire le risque de réincarcération par rapport à la prise en charge dans le cadre de traitements pharmacologiques (44). La supériorité de la naltrexone (antagoniste des opiacés) par rapport aux traitements non pharmacologiques (*counseling*, entretien motivationnel...) pour réduire le risque de réincarcération a été démontrée à un niveau de preuve suffisant (44). Par ailleurs, la litté-

rature s'accorde sur l'efficacité de la prise en charge en communauté thérapeutique pour réduire le risque de rechute et de réincarcération (45). La continuité de la prise en charge des usagers de drogues à la sortie dans le cadre des traitements pour réduire le risque de mortalité parmi ces populations a été également prouvée avec un niveau de preuve suffisant (46).

En revanche, les chercheurs s'accordent pour affirmer qu'il n'y a pas d'éléments suffisants (47) dans la littérature sur l'efficacité des interventions ou dispositifs suivants. L'inefficacité de ces réponses n'a pas été pour autant démontrée :

- Les TSO pour réduire le risque de transmission de VIH et de VHC en prison (9) (revue systématique de la littérature). Une autre revue systématique plus récente conclut toutefois que les TSO sont fort probablement efficaces pour réduire les comportements à risque liés à l'injection en prison (48).
- Les PES pour réduire le risque de transmission de VIH et de VHC et les pratiques à risque liées à l'injection en prison (49, 50).
- Les approches psychosociales auprès des femmes détenues pour réduire les consommations et le risque de récidive, comparées aux traitements pharmacologiques (44).
- La prise en charge en communauté thérapeutique pour réduire le risque d'interpellation (45).

Tableau III : Synthèse des résultats des évaluations internationale des outils de RdRD pour le milieu carcéral (source : données EMCDDA, synthèse OFDT)

Champs évalués	Résultats évalués	TSO	Supériorité des interventions : les approches psychosociales comparées aux traitements pharmacologiques	PES	Communautés thérapeutiques	Continuité de la prise en charge à la sortie
Résultats	Réduction de la mortalité en prison	■				
	Réduction de la mortalité à la sortie	■				■
	Diminution des consommations illicites en prison ou rechute		■		■	
	Risque de réincarcération		■ Les approches psychosociales s'avèrent plus efficaces que les traitements pharmacologiques parmi la population incarcérée féminine. ■ La naltrexone s'avère plus efficace que les approches psychosociales.		■	
	Risque de récidive		■		■	
	Risque de transmission du VIH	■			■	
	Risque de transmission du VHC	■			■	
Modification des comportements	Problèmes de santé liés à l'injection					
	Comportements à risque lors de l'injection	■				

■ efficacité solidement démontrée ou efficacité très probable.  
 ■ preuves insuffisantes (conclusions tirées en absence de méta-analyse ou dans le cadre des "synthèses narratives").

Par ailleurs, la supériorité des traitements pharmacologiques (buprénorphine haut dosage - BHD, méthadone et naltrexone) par rapport aux approches psychosociales (*counseling*, entretien motivationnel...) pour réduire la consommation de substances psychoactives ou faire diminuer la récidive parmi la population carcérale (risque d'interpellation et de réincarcération) (44) n'a pas été démontrée.

### **De l'évaluation à la mise en œuvre d'actions**

Si chaque intervention de RdRD est évaluée le plus souvent de façon individuelle, l'OMS préconise dans ses recommandations l'adoption d'un ensemble complet de mesures. Les actions mises en avant sont celles ayant le plus grand impact en termes de prévention ou de RdRD et celles étayées par des preuves scientifiques. Les recommandations émises ces dernières années dans le champ de la RdRD par l'OMS combinant plusieurs actions ont porté sur les interventions relatives au VIH parmi les usagers de drogues injecteurs (51), notamment chez les jeunes (52), ou en prison (53), le dépistage, les soins et le traitement des personnes infectées par le virus de l'hépatite C (54) et la réduction de l'usage nocif de l'alcool (55).

Malgré un niveau de preuves scientifiques très faible, des recommandations fortes fondées sur un accord d'experts peuvent néanmoins être émises en raison d'autres facteurs comme le rapport bénéfices-risques et le rapport coût-efficacité. Ainsi, l'OMS a formulé des recommandations fortes sur les programmes de distribution de naloxone auprès des usagers de drogues et de leur entourage (56), en dépit d'un faible niveau d'évidence scientifique.

## **La RdRD en France : mise en œuvre et accessibilité**

Le dispositif de RdRD en France comprend diverses structures et acteurs assurant des missions de prévention auprès des populations d'usagers de drogues à haut risque (57). Le cadre réglementaire en vigueur confie la mise en œuvre de ces activités aux dispositifs suivants : le dispositif officinal, la médecine de ville, le dispositif médico-social spécialisé constitué par les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) en complémen-

tarité avec les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), ainsi que des acteurs associatifs en dehors du champ médico-social et des dispositifs municipaux.

Le dispositif institutionnel de RdRD repose principalement sur des activités de prévention visant la diffusion de matériel (matériel d'injection stérile, mais aussi d'autres outils de prévention de la transmission de maladies infectieuses, tels que le matériel pour fumer ou inhaler la cocaïne, le crack ou l'héroïne, ou encore le matériel de prévention des maladies sexuellement transmissibles ou de prévention des accidents routiers). D'autre part, le dispositif de RdRD s'appuie sur les activités visant l'accès au dépistage des maladies infectieuses et aux traitements (TSO, traitement des hépatites virales) et de promotion de l'éducation à la santé. Enfin, il comprend des actions de première urgence, d'accès aux soins, aux droits, au logement et à l'insertion sociale et professionnelle (58). Cette partie est consacrée aux données d'activité les plus récentes relatives aux dispositifs de RdRD à l'échelle nationale, dans l'ordre chronologique de leur apparition et en terminant par un bilan de la RdRD en milieu pénitentiaire.

Une part de ces dispositifs n'a pas bénéficié d'évaluations qui permettraient une reconnaissance de leur efficacité au plan international. En outre, sur le territoire national, si la politique de RdRD a incontestablement montré des résultats positifs, en particulier sur les décès et les contaminations virales, il est difficile de déterminer la responsabilité précise de chaque élément mis en œuvre. C'est pourquoi, les résultats les plus facilement mesurables de la RdRD en France, la prévalence des hépatites et de l'infection à VIH et les décès liés à l'usage de drogues seront traités séparément dans une deuxième partie.

### **PES et distribution du matériel d'injection**

Les PES sont disponibles dans tous les pays membres de l'Union Européenne (UE). L'Allemagne et les Pays-Bas ont été les premiers à les introduire en 1984, tandis que Chypre est le dernier pays à avoir mis en place les PES en 2007. En France, une libéralisation de l'accès aux seringues en pharmacie s'est amorcé dès 1987, suivie au début des années 1990 par l'ouverture de PES et de boutiques pour les usagers de drogues. 20 ans après cette période de libéralisation, de nouveaux enjeux ont émergé pour améliorer son efficacité : assurer

l'accès au matériel à une population qui s'est dispersée et réinterroger l'adaptation du matériel à des pratiques et des risques qui ont également évolué (VHC hautement contaminant et plus résistant que le VIH dans le milieu extérieur, substances nécessitant des grosses seringues...).

### **Diffuser le matériel**

En 2008, en rassemblant les différentes sources d'information, on a pu estimer que près de 14 millions de seringues avaient été vendues ou distribuées aux usagers de drogues en France (y compris les seringues vendues à l'unité en pharmacie). Rapportée au nombre d'usagers de drogues utilisant la voie injectable (80 000 utilisateurs injecteurs récents), cette donnée produit un ratio d'environ 170 seringues par an et par usager (59). Cet ordre de grandeur indiquait néanmoins une assez grande accessibilité des seringues en France pour les usagers de drogues pratiquant l'injection. Cependant, il n'est pas possible de confronter cette donnée à une estimation des besoins qui fait encore défaut.

Depuis 2008, aucune estimation complète du nombre de seringues vendues ou distribuées n'a pu être réalisée, notamment parce que le nombre de seringues vendues à l'unité en pharmacie à destination des usagers de drogues est difficile à évaluer. Certaines données sont néanmoins disponibles. Ainsi, en officine, la vente de Stéribox 2® (trousses contenant du matériel d'injection stérile) apparaît en baisse depuis 2008 avec 2,2 millions de kits Stéribox 2® vendus en 2011 (dernière année où des données sont disponibles), ce qui correspond à 4,5 millions de seringues (deux seringues par kit). Les CAARUD (60) ont distribué en 2014 près de 6,8 millions de seringues (à l'unité ou dans des trousses données en mains propres, via des automates ou des PES en pharmacie), chiffre en augmentation par rapport à 2010. En outre, les CSAPA ont distribué environ 400 000 seringues en 2014 (61). Le dispositif d'automates hors CAARUD a permis la distribution de 500 000 seringues en 2014 d'après les données de l'association Safe, chiffre en baisse par rapport à 2008 et à 2011.

À la suite d'une forte augmentation jusqu'à la fin des années 1990, les ventes de seringues aux usagers de drogues en pharmacie ont sensiblement diminué (dernière estimation complète en 2008). Cette baisse n'a été que partiellement compensée par l'augmentation de la diffusion du matériel d'injection par les CAARUD. Plu-

sieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer cette baisse dans un contexte où le développement de l'injection de stimulants aurait pu, au contraire, entraîner un accroissement de ce nombre.

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

Une autre explication peut être l'abandon des usagers de drogues de l'usage intraveineux du fait de la diffusion de la substitution ou, pour certains, une diminution de la fréquence des injections, celles-ci n'étant plus utilisées que de manière occasionnelle. En effet, si l'on a observé un accroissement du nombre d'usagers de drogues entre 1999 et 2005, la part des injecteurs semble être globalement décroissante, à l'exception de certains groupes spécifiques (62, 63).

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

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

### **Améliorer l'accès au matériel d'injection**

L'accès difficile au matériel stérile d'injection pour certaines populations d'usagers de drogues a conduit à un renouvellement de la réflexion sur ses modes de distribution. Ainsi, l'association Safe a débuté l'expérimentation d'un programme alternatif d'accès au matériel de consommation par voie postale en 2011. L'utilisateur prend contact par téléphone ou mail avec l'association



et une évaluation de sa consommation et de ses besoins est faite, en s'assurant qu'il est suivi par un professionnel. Le PES par voie postale propose gratuitement un envoi personnalisé de matériels de consommation. Un message de prévention est délivré, avec une orientation vers un CAARUD ou un CSAPA quand cela est désiré ou possible. En 2014, le PES postal compte dans sa file active 300 usagers de drogues et 177 000 seringues ont été expédiées. Les motivations des usagers sont structurelles (éloignement géographique, horaires inadaptés, besoin de matériel spécifique – filtre toupie, acide ascorbique – non disponible en CAARUD) ou personnelles (recherche d'anonymat, difficulté pour l'utilisateur d'évoquer en CSAPA le fait qu'il s'injecte son médicament de substitution) (64). De son côté, la Direction générale de la santé (DGS) s'est engagée depuis 2011 dans une valorisation des PES PEMI (programmes d'échanges de matériel d'injection) en pharmacie, en finançant notamment des actions de communication et l'échange de pratique autour de ces programmes (65).

La mise en œuvre par les CAARUD d'antennes et d'équipes mobiles a également constitué un élément de "l'aller vers". Si aucune étude évaluative ne vient encore valider l'impact positif de ces démarches en France, d'autres programmes s'inscrivant dans ce courant sont considérés comme "probablement efficaces" pour réduire les comportements à risque lors de l'injection (19).

### **Améliorer la composition des kits d'injection**

La composition des kits d'injection, introduits à titre expérimental en 1992 et disponibles en pharmacie dès 1994, n'a pas changé depuis 1999. Dans le cadre de l'enquête Coquelicot 2011, une évaluation des outils de RdRD (kits d'injection) a été réalisée, suivie de recommandations visant à faire évoluer le contenu de ces kits (66) :

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

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

Suite à ces recommandations, deux nouveaux kits d'injection, les Kits Exper' 1 ml et 2 ml, ont été conçus à l'initiative des pouvoirs publics. Leur acceptabilité par les usagers a été évaluée dans le cadre d'une expérimentation menée en 2015. Au vu des résultats, il apparaît que le filtre toupie (filtre à membrane 0,22 µ) est au cœur de l'acceptabilité des nouveaux kits. L'acceptation du filtre par les usagers est conditionnée par quatre critères-clés : sa maniabilité, la vitesse de filtration, la conservation du produit et la recherche de sensations. Les bénéfices sanitaires du filtre sont connus par les usagers, mais ne sont pas suffisants pour inciter à un changement de pratique s'ils ont des difficultés à manipuler le filtre ou la crainte de perdre du produit ou du plaisir. Faciliter l'appropriation du nouveau filtre implique d'emporter la conviction des usagers. La mobilisation des pairs dans le cadre de formations à son utilisation est un vecteur important de changement de pratiques : le partage d'expérience et de savoirs profanes donne à leur intervention une force de conviction qui a plus d'impact sur les usagers que la seule parole des professionnels des structures (67).

### **Déploiement des TSO en France**

Apparus dès la fin des années 1960 dans des pays comme le Royaume-Uni, les Pays-Bas ou le Danemark, les TSO ont été introduits tardivement en France (en 1995-1996). Aujourd'hui, la France se situe parmi les pays européens ayant le plus grand nombre de patients traités par TSO rapporté à sa population. Reposant sur un accès large et facilité à la BHD, le modèle français de substitution (68, 69) assure, en second recours ou pour les usagers plus précaires, une entrée vers la méthadone. La France se distingue ainsi des autres pays européens par le fait que la BHD est le principal médicament de substitution aux opiacés (MSO), comme en Grèce, en République Tchèque, à Chypre et en Finlande. Ailleurs en Europe, la méthadone est le MSO le plus courant, à l'exception de l'Autriche où la morphine à libération prolongée domine. Au total, les TSO sont disponibles dans tous les pays membres de

l'UE et près des trois quarts des patients en traitement de substitution reçoivent de la méthadone.

Le système français permet aussi par le développement des réseaux et des pratiques de relais, entre le milieu spécialisé et la médecine de ville, une certaine fluidité dans le parcours des usagers.

En 20 ans, les TSO associés à d'autres mesures de RdRD ont contribué à la réduction des décès par surdose d'opiacés, au contrôle de l'épidémie de VIH-sida parmi les usagers de drogues par voie injectable et plus généralement à l'amélioration de l'état de santé et des conditions de vie des personnes dépendantes des opiacés. Parmi les écueils apparus avec la mise en place des TSO en France, figurent l'injection de la BHD et la primo-consommation de MSO (consommer des MSO en amont des opiacés, voire des stimulants), notamment en lien avec la vente de rue des MSO. Si le bilan français apparaît largement positif par son accès large et facilité à la BHD, avec notamment un nombre de décès par surdose moindre que dans les pays voisins comme le Royaume-Uni ou l'Allemagne qui utilisent presque exclusivement la méthadone comme TSO, un certain niveau de mésusage semble en constituer le revers négatif : injection par les usagers ne pouvant renoncer à cette pratique, marché noir ou encore usage en remplacement d'opiacés illicites. La politique de contrôle de l'Assurance maladie et le rééquilibrage en faveur de la méthadone sont les réponses apportées pour tenter de corriger les défauts du système français et d'améliorer la situation et la santé des usagers dépendants des opiacés.

D'après les données de la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM-TS) issues de l'Échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB), 147 000 personnes ont bénéficié de remboursements pour un TSO en médecine de ville en 2014. Le nombre de bénéficiaires d'un TSO, qui n'avait cessé d'augmenter depuis leur introduction en 1995, a amorcé une stabilisation depuis 2013 avec un arrêt de la croissance du nombre de bénéficiaires de BHD (70). Plus précisément, en 2014, 99 000 personnes ont eu des remboursements de BHD (Subutex® ou génériques), 49 000 des remboursements de méthadone et 6 500 des remboursements de BHD en association avec la naloxone (Suboxone®). La prédominance de la BHD, représentant 69 % de l'ensemble, reste encore très nette. De plus, 20 000 patients ont eu une dispensation de méthadone en CSAPA en 2010 (71). Au total, en rassemblant les différentes sources de

données, on peut estimer le nombre de patients ayant eu une prescription de TSO en 2014 à environ 160 000.

La part de la méthadone continue d'augmenter, conformément aux recommandations de la Conférence de consensus sur les traitements de substitution (72). La mise sur le marché de la forme gélule en 2008 y a contribué. Parmi les 49 000 personnes ayant bénéficié d'un remboursement de méthadone en 2014, pour la première fois, la forme sirop n'est plus prédominante, même si elle reste très prescrite (de façon exclusive à 42 % des bénéficiaires d'un remboursement de méthadone versus 47 % pour la forme gélule). Par ailleurs, 11 % des bénéficiaires ont été remboursés des deux formes (données EGB, CNAM-TS). En 2014, la forme sirop représente 48 % (contre 55 % en 2013) de la méthadone vendue (en poids) et la forme gélule 52 % (contre 45 % en 2013). De plus, 78 % des quantités sont délivrées en ville, tandis que 22 % le sont en CSAPA ou en hôpital (données de vente du laboratoire Bouchara-Recordati).

L'évolution des quantités de MSO remboursées poursuit sa croissance en 2013 et 2014, malgré la stabilisation du nombre de bénéficiaires. En 2014, les quantités de BHD remboursées (en poids) se répartissent entre le Subutex® pour 73 %, les génériques pour 23 % et le Suboxone® pour 4 %. Le taux de pénétration des génériques (en nombre de boîtes) se stabilise à 34 % en 2014, après une augmentation régulière depuis l'introduction des génériques en 2006 jusqu'en 2013 (73).

L'initiation d'un traitement à la méthadone ne peut être réalisée en France que par un médecin exerçant dans un CSAPA ou à l'hôpital. Cette restriction a cependant fait l'objet de débats et les pouvoirs publics se sont interrogés sur les avantages et les inconvénients qu'il y aurait de permettre l'initiation d'un traitement à la méthadone par les médecins de ville. Les résultats de l'étude Méthaville publiés en novembre 2014 sont venus conforter les partisans de l'extension de l'initiation des traitements à la méthadone à la médecine de ville. Dans cette étude randomisée (74), des personnes dépendantes des opiacés et souhaitant bénéficier d'un traitement par méthadone ont été réparties en deux groupes de façon aléatoire : dans le premier (155 personnes), le traitement a été initié par un médecin généraliste en ville et dans le second (66 personnes), l'initiation s'est déroulée dans le cadre d'un CSAPA. La comparaison entre les deux groupes fait apparaître au bout d'un an des résultats similaires pour les deux groupes en

ce qui concerne l'abstinence aux opioïdes et la rétention dans le traitement, et une meilleure satisfaction des patients pris en charge en médecine de ville. Les auteurs de l'étude soulignent cependant que ce résultat est conditionné par le volontariat des médecins de ville, par l'accès à une formation spécifique à la prescription de méthadone et à la collaboration avec un CSAPA et un pharmacien de référence. Le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 (75) prévoit la mise en place de la primo-prescription de méthadone en médecine de ville (action 39 du Plan d'actions 2016-2017 ; voir également page 36 du Plan gouvernemental 2013-2017, partie relative à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients sous TSO).

D'autres outils visant l'élargissement des options thérapeutiques disponibles pour substituer les opiacés font actuellement l'objet de discussions. Ils sont destinés en particulier à des usagers en échec avec les traitements actuels, qui ne peuvent notamment abandonner la pratique de l'injection ou la recherche d'une sensation à la prise du produit. Il s'agit de l'autorisation d'utiliser le sulfate de morphine comme MSO selon des modalités moins étroites et ambiguës que les conditions actuelles (76), de la disponibilité d'un traitement de substitution injectable pouvant éventuellement prendre la forme d'un programme d'héroïne médicalisée (77).

Au plan international, les études menées autour de la prescription de sulfate de morphine à libération prolongée en tant que TSO n'apportent pas d'éléments de preuve de l'efficacité de cette option, faute de méthodologies suffisamment solides (78-80). En revanche, les évaluations des dispositifs de soins par héroïne médicalisée à destination des patients en échec avec les autres MSO montre une amélioration des usagers sur les dimensions sanitaires et sociales, et notamment une diminution des activités criminelles et une baisse du recours à l'héroïne de rue (81, 82).

### **Accès au dépistage et au traitement des hépatites et du VIH**

Par le biais de la diminution de la prévalence virale dans les populations à risque, le traitement des hépatites B et C, ainsi que celui de l'infection par le VIH et le dépistage préalable, qui peut mener au traitement, constituent des mesures de RdRD. En outre, le dépistage peut également jouer le rôle de sensibilisation au risque (83).

### **Niveaux de dépistage des usagers de drogues en France**

L'étude ENa-CAARUD montre qu'en 2012 une grande majorité des usagers fréquentant ces structures a déjà pratiqué un dépistage pour l'infection par le VIH et l'infection par le VHC au moins une fois (respectivement 91 % et 87 %). Cependant, parmi les personnes qui ont déjà pratiqué l'injection au moins une fois dans leur vie, 6 % n'ont jamais été dépistés pour l'infection par le VIH et 8 % pour l'infection par le VHC (84).

La part des usagers des CAARUD n'ayant jamais pratiqué de dépistage a diminué entre 2006 et 2012. Toutefois, si les conduites à risque persistent, ces dépistages sont rapidement obsolètes. Or, pour plus de la moitié de ceux qui ont reçu un résultat négatif, celui-ci date d'au moins six mois. Cette part régresse néanmoins depuis 2008 pour le VIH (59 % à 52 % entre 2008 et 2012) et le VHC (57 % à 53 %).

La mise en œuvre des dépistages continue donc de monter en charge progressivement. Pour faciliter la réalisation régulière de ces tests chez les usagers de drogues et en faciliter l'accès aux plus éloignés du système de RdRD ou de soins, la France s'engage actuellement dans le développement des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) (voir infra).

Il s'avère actuellement difficile d'estimer l'évolution de la couverture vaccinale des usagers de drogues pour l'hépatite B. Des questions concernant leur statut par rapport à l'hépatite B ont été posées aux usagers dans l'étude ENa-CAARUD. Elles montrent une méconnaissance de leur statut sérologique de la part des usagers. En 2012, 12 % des usagers déclarent avoir déjà été infectés par l'hépatite B, 74 % ne pas l'avoir été et 13 % ne pas savoir. Parmi les usagers déclarant ne pas avoir déjà été infectés ou ne sachant pas, 57 % se disent vaccinés contre l'hépatite B, 24 % déclarent ne pas l'être et 19 % ne pas savoir. Toutefois, seuls 44 % des usagers se déclarant vaccinés le sont totalement (trois injections), un tiers a débuté une vaccination (une à deux injections, 32 %) et 24 % ignorent le nombre d'injections pratiquées (84).

### **Accès au traitement**

Les données recueillies en 2012 auprès des usagers des CAARUD montrent que la majorité des usagers se déclarant infectés par le VIH sont suivis médicalement,

puisque 86 % d'entre eux ont bénéficié d'au moins une consultation médicale en relation avec cette infection dans l'année. Seuls 73 % ont reçu un traitement prescrit pour cette infection. La faiblesse des effectifs ne permet toutefois pas d'observer d'évolutions statistiquement significatives.

Cette même enquête montre en 2012 que les deux tiers (64 %) des personnes enquêtées s'étant déclarées positives au test pour l'hépatite C avaient eu au moins une consultation relative à cette infection dans les 12 mois précédant l'enquête. Un peu plus du tiers (36 %) a, ou a eu, un traitement prescrit pour cette infection.

### **Mise en œuvre des TROD**

Concernant les TROD pour le VHC, la Haute autorité de santé (HAS) a émis en mai 2014, à la demande de la DGS, des recommandations sur leur place dans la stratégie de dépistage de l'hépatite C (85). Compte tenu

de leurs performances et de leurs avantages (utilisation simple, rapidité de résultat, acceptabilité, absence de prélèvement veineux initial, utilisation dans un cadre délocalisé), la HAS positionne les TROD comme une offre de dépistage complémentaire intéressante à destination notamment des usagers de drogues. L'utilisation des TROD VHC peut être envisagée en CSAPA et en CAARUD par des professionnels de santé ou non médicaux, à condition que ces derniers aient suivi au préalable une formation (commune pour le VIH et le VHC). En cas de positivité, une confirmation systématique par une méthode immuno-enzymatique (Elisa de 3<sup>e</sup> génération) sur prélèvement veineux est nécessaire. Il est néanmoins indispensable que soit mis en place au préalable un réseau de soins en aval facilitant à la fois l'accès des patients dépistés positifs et la coordination de l'ensemble des acteurs et des professionnels de santé impliqués dans le parcours de prise en charge de l'hépatite C.

### **Annexe 1. – SCMR : l'expérience déjà accumulée à l'étranger**

En Europe, cinq pays de l'Union Européenne, la Suisse et la Norvège proposent actuellement de telles salles, ce qui représente 80 structures environ. Elles sont implantées au Danemark (5 dans 3 villes), en Allemagne (24 dans 15 villes), en Espagne (12 dans 2 villes), au Luxembourg (1), aux Pays-Bas (31 dans 25 villes) en Suisse (12 dans 8 villes) et en Norvège (1). Par ailleurs, une salle aujourd'hui fermée a existé en Grèce et devrait réouvrir après discussion autour de son statut légal. De telles structures ont également été implantées en Australie, aux États-Unis et au Canada. Ces salles ont été implantées dans les villes où il existait des scènes ouvertes de consommation et de deal avec des difficultés à faire face aux problèmes sociaux notamment, liés à ces scènes.

En Europe, trois types de salles existent : salles intégrées aux structures de bas seuil, salles spécialisées et des "antennes" mobiles (à Berlin et Barcelone).

Bien que la politique de RdR soit de plus en plus acceptée en Europe, des difficultés ont pu se faire jour dans différents pays quant aux craintes suscitées par d'éventuelles conséquences de l'ouverture de telles structures : conséquences en termes de hausse des consommations, d'incitation à la consommation, de retard dans la mise en œuvre de traitements et d'aggravation des problèmes occasionnés par les marchés locaux des drogues illicites.

Une récente analyse au niveau européen a cependant montré que ces salles ont, là où elles existent, un impact positif en termes d'hygiène et de sécurité, notamment pour ceux qui les fréquentent régulièrement (91). En parallèle, la consommation de drogues dans la rue a baissé, de même que les nuisances et troubles à l'ordre public qui y sont associés, et il n'existe pas de preuve selon laquelle ces salles augmenteraient l'usage des drogues ou la fréquence des injections. Les SCMR sont aussi des espaces utiles pour mettre en contact les usagers difficiles à atteindre avec les services sociaux et de santé.

Ces résultats confirment ce qui a pu être observé au cours des années 2000 en Australie avec le Sydney medically supervised injecting centre (MSIC) (92-94) ou à Vancouver avec l'expérience Insite (95-98). Dans ce dernier cas, il faut noter que l'évaluation de l'impact de la SCMR a été primordiale, l'équipe de chercheurs multipliant les publications dans les revues les plus prestigieuses et les natures de preuve de l'efficacité du dispositif : estimation du nombre de cas de VIH évités chaque année, diminution de la proportion de surdoses mortelles dans le secteur de la SCMR, augmentation des demandes de substitution ou de sevrage, coût efficacité du programme Insite (99, 100). Dans le cas du programme Insite, il faut noter l'existence, sur le même lieu, de l'initiative Onsite qui propose le sevrage aux usagers de la SCMR lorsque ceux-ci s'y sentent prêts.

En Suisse et en Espagne, certaines salles ont été fermées, en raison notamment de la baisse de l'injection d'héroïne et d'un moindre besoin de telles structures (parfois en raison de la mise en œuvre d'autres programmes en direction des usagers). Outre cette baisse de la "demande", des raisons de coût entrant elles aussi en ligne de compte sont également évoquées par l'analyse. Enfin, il peut être souligné que sur l'ensemble des SMCR ouvertes dans le monde, aucune surdose mortelle n'a été enregistrée.



Reprenant les recommandations de la HAS, l'article 39 de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 étend la pratique des TROD, au-delà des seuls professionnels de santé, aux personnels de structures de prévention ou associatives ayant reçu une formation adaptée. Les TROD VIH et VHC peuvent ainsi être effectués dans les CAARUD et les CSAPA (86).

Les autotests de dépistage de l'infection par le VIH (TROD pour lesquels le prélèvement et l'interprétation sont effectués directement par l'intéressé) sont disponibles en pharmacie depuis le 15 septembre 2015. Ces tests ne se substituent pas aux autres dispositifs de dépistage, ils viennent compléter l'arsenal disponible pour répondre à des besoins spécifiques.

Ces tests ont surtout à ce jour donné lieu à une abondante littérature sur leur efficacité clinique, sur leur acceptabilité, leur capacité à élargir le dépistage à des individus n'ayant pas accédé au dépistage classique et leur capacité à modifier le parcours des individus testés en cas de positivité (examens complémentaires, prise en charge). Il n'existe pas d'études ayant évalué l'impact des TROD sur les épidémies de VIH-sida et d'hépatite C (85, 87).

### **Mise en place d'un programme de distribution de naloxone en France**

L'efficacité de la naloxone sur la prévention des décès par overdose d'opiacés a été reconnue au plan international (voir première partie).

L'OMS recommande d'améliorer l'accès à la naloxone pour les personnes susceptibles d'être confrontées à un problème d'overdose dans leur entourage : amis, famille, partenaires de consommateurs de drogues et travailleurs sociaux (56). En Europe, plusieurs programmes de mise à disposition de la naloxone ont vu le jour (notamment en Allemagne, Danemark, Espagne, Estonie, Italie, Norvège et Royaume-Uni) depuis le début des années 2000. Les facteurs de réussite identifiés sont l'absence de prescription individuelle, une distribution dans des centres de RdRD auprès de groupes d'usagers et le recours à de brèves sessions de formation.

En France, la mise en place d'un programme de distribution de la naloxone auprès d'usagers de drogues ou de tiers pour réduire la mortalité par overdoses aux opiacés a fait l'objet d'un avis favorable de la Commission addictions de la DGS du 26 novembre 2008, ainsi que

de la Commission nationale des stupéfiants et psychotropes de l'ANSM du 8 janvier 2009. Cette dernière s'est prononcée en février 2015 en faveur de l'utilisation de la voie nasale pour l'administration de la naloxone par les usagers de drogues et les tiers. Les usagers prioritaires sont les détenus à leur sortie de prison, ainsi que les usagers après un sevrage aux opiacés. Un arrêté du 13 octobre 2015 exonère la naloxone utilisée par voie nasale de la liste I des substances vénéneuses, autorisant ainsi sa distribution sans ordonnance médicale (88). La Commission des stupéfiants et psychotropes a rendu en décembre 2015 un avis favorable à sa dispensation dans les structures qui ne disposent ni de médecin, ni de pharmacien, telles que les CAARUD (89) (A1).

### ***Dispositifs innovants de consommation à moindre risque : SCMR, AERLI, "Change le programme"***

Les méta-analyses ou revues de la littérature ont pu prouver la probable efficacité d'un certain nombre de programmes dans le changement de comportement lors de l'injection (voir première partie), en particulier concernant les SCMR.

### **L'expérimentation des SCMR**

Des salles de consommation de drogues à moindre risque existent en Europe depuis environ 30 ans, la première ayant ouvert à Berne (Suisse) en 1986. Historiquement, en dehors de la Suisse, les premières salles ont été mises en place dans des villes allemandes et hollandaises (annexe 1).

Les objectifs des SCMR sont multiples (90) :

- Réduire la morbidité et la mortalité (notamment les surdoses) des usagers de drogues les plus précarisés.
- Chercher à réduire les usages de drogues en public et améliorer le cadre de vie dans les lieux proches des zones de deal.
- Faciliter l'accès aux services de santé, aux services sociaux et aux traitements pour des usagers difficiles à atteindre, qui n'envisagent pas encore un arrêt de leurs consommations.

En France, l'expérimentation des SCMR, pour une durée maximale de six ans, est inscrite dans la loi de modernisation du système de santé adoptée par l'Assemblée nationale en décembre 2015. Cette expérimentation figure dans le Plan d'actions 2016-2017 de la



MILDECA (action 54) et se déroulera dans trois villes (Paris, Bordeaux, Strasbourg). Ces salles seront portées par des CAARUD. La personne qui détient pour son seul usage personnel et consomme des stupéfiants à l'intérieur d'une SCMR ne pourra pas être poursuivie pour usage illicite et détention illicite de stupéfiants. Le professionnel intervenant à l'intérieur de la SCMR ne pourra pas être non plus être poursuivi pour complicité d'usage illicite de stupéfiants et facilitation de l'usage illicite de stupéfiants.

Confiée à l'INSERM, l'évaluation de l'expérimentation portera notamment sur son impact sur la santé publique, à partir de la cohorte d'usagers de drogues COSINUS (COhorte pour l'évaluation des Salles d'INjection/inhalation dédiées aux USagers de drogues) et sur l'acceptabilité sociale du dispositif et la réduction des nuisances dans l'espace public.

### **Le projet AERLI – Accompagnement et éducation aux risques liés à l'injection**

Ce projet fait suite à la mission ERLI mise en œuvre par l'association Médecins du monde (MdM) depuis 2009, après plusieurs années d'élaboration et d'expérimentation (pour en savoir plus, voir [http://www.sfsp.fr/tmp/20121112\\_481514\\_3296.pdf](http://www.sfsp.fr/tmp/20121112_481514_3296.pdf)), ainsi qu'à l'expérience d'Accompagnements à l'injection (AAI) développée par AIDES à la même période. Le principe d'ERLI et de l'AAI réside dans un apprentissage, pour des usagers de drogues déjà injecteurs, des pratiques d'injection à moindre risque dans le cadre de sessions commençant par l'observation de l'utilisateur s'injectant lui-même son produit habituel. Les risques pris en compte incluent non seulement la transmission virale (VIH et VHC), mais également les complications locales de l'injection. Ces projets ont été évalués dans le cadre de l'étude ANRS (Agence nationale de recherche sur le sida) AERLI, réalisée conjointement par les associations AIDES, MdM et l'unité INSERM U912 dans huit CAARUD participants et neuf CAARUD témoins. Les premiers résultats délivrés en juillet 2014 ont montré une évolution différenciée des groupes "participants" et "témoins". À la stabilité des 129 témoins s'oppose, chez les 113 usagers ayant bénéficié de l'intervention, une diminution significative en six mois de la part des usagers réalisant une injection risquée vis-à-vis de la transmission virale, de même qu'une chute, en 12 mois, de la présence de complications au point d'injection (101).

### **Agir dès l'initiation à l'injection, le projet "Change le programme"**

Adaptation du programme anglais *Break the cycle*, l'ambition de l'intervention "Change le programme" est d'éviter l'initiation à l'injection ou du moins la retarder et la sécuriser. Le principe est d'agir sur les primo-injections en intervenant auprès des usagers déjà injecteurs, potentiels initiateurs, en les aidant à mieux percevoir ce qui dans leur comportement peut constituer une incitation à l'injection, en augmentant leur capacité à savoir gérer les demandes d'initiation, soit par le refus, le report, soit en étant capable de transmettre des pratiques à moindre risque. Déjà évaluée positivement au Royaume-Uni (102), cette intervention est actuellement en cours d'évaluation en France, dans le cadre d'un projet porté par le RESPADD en collaboration avec l'Observatoire de santé d'Île-de-France (ORS-IDF) et Santé publique France.

### **Bilan de la RdRD en milieu pénitentiaire**

L'incarcération est un événement très fréquent dans le parcours des usagers de drogues. En France, parmi les usagers de drogues (opiacés, cocaïne et autres substances illicites, hors cannabis) faisant l'objet d'une prise en charge spécialisée, la part de ceux qui ont déjà été incarcérés est évaluée entre 51 % (RECAP 2014) et 61 % (Coquelicot 2006). D'après l'enquête ENACAARUD 2012, 15 % des usagers vus dans les CAARUD ont été incarcérés au cours de l'année. Il s'agit plus fréquemment d'hommes et d'usagers précaires (84).

Alors qu'en principe la continuité et l'équivalence des soins et de la prévention doivent être assurées entre le milieu carcéral et l'extérieur (103), les stratégies sanitaires et dispositifs de RdRD proposés en prison apparaissent notoirement insuffisants (42, 104, 105), voire inefficaces (106). Pourtant, les pratiques d'usage y sont fréquentes (107). Ainsi, 8 % des usagers des CAARUD ayant été incarcérés dans l'année ont déclaré s'être injectés, 38 % avoir sniffé et 1,4 % avoir partagé une "seringue" (étant donné qu'il n'existe pas de PES en prison, d'autres objets, comme les stylos, peuvent être utilisés pour l'injection) durant leur incarcération (84).

Par ailleurs, dans un contexte de surpopulation carcérale (12 652 détenus en surnombre et un taux de surpopulation de 114 %) (108), le risque de propagation des

infections est important. Les prisons sont des lieux de haute prévalence du VIH et des hépatites virales : selon les sources (109-113), ces prévalences varient, en France, entre 0,6 % et 2,0 % pour le VIH (trois à quatre fois plus qu'en population générale) et entre 4,2 % et 6,9 % pour le VHC (quatre à cinq fois plus). Si la plupart des détenus infectés par le VIH ont contracté le virus avant d'être incarcérés, le séjour en prison constitue une période à risque, en particulier pour les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI) exposés au risque de partager leur matériel d'injection. Ces constats soulignent la nécessité d'une politique de RdRD infectieux efficace et adaptée au milieu pénitentiaire.

En France, l'accessibilité aux TSO a nettement progressé et l'accès aux préservatifs est garanti, mais l'absence de PES en milieu pénitentiaire situe le pays en deçà des recommandations de l'OMS (103), mais aussi en rupture avec la loi de santé publique du 18 janvier 1994 qui préconise une équivalence des soins en prison et en milieu libre. Depuis le premier PES mis en place en Suisse en 1992, l'expérimentation de ce type de programmes s'est étendue à une centaine de prisons. On ne compte pourtant que neuf pays où la possibilité d'accéder à un PES existe en prison, dix fois moins qu'en milieu libre. Aucune étude ne relève pourtant de conséquences négatives liées à leur mise en place en détention, et les rapports d'évaluation mettent en évidence le rapport coût-efficacité avantageux de ce type de programmes et soulignent leur intérêt dans des établissements à forte proportion d'injecteurs, en rappelant l'importance de les intégrer dans un ensemble de mesures de RdRD et de les généraliser dans des établissements de grande taille.

La revue des expériences étrangères en matière de RdRD en milieu pénitentiaire démontre un défaut général de mobilisation, voire d'adhésion à la politique de RdRD (105), qui se retrouve en France. Cette faible implication des acteurs peut s'expliquer par différents facteurs : un relâchement de la préoccupation pour le VIH depuis l'apparition des multithérapies ; les conditions de la détention (surpeuplement et insuffisance d'effectifs d'encadrement), rendant difficile toute approche de prévention ; les représentations sociales négatives à l'égard des détenus, des usagers de drogues et des problématiques liées au VIH, qui se traduisent par une faible acceptabilité sociale des programmes de prévention et de soins destinés aux détenus ; l'insuffisance des recherches dans ce domaine, enfin, qui ne permet pas d'actualiser les arguments en faveur d'une

politique de RdRD globale et cohérente en prison. Par ailleurs, comme le soulignait récemment l'expertise collective conduite par l'INSERM (42), la RdRD en prison achoppe sur la question de l'usage de drogues durant l'incarcération, sujet politiquement sensible qui touche aux fondements des lois internationales pénalisant la détention, voire, dans certains pays (dont la France), le seul usage.

### **Accès aux TSO**

La possibilité d'accéder aux TSO en prison n'existe que dans 38 pays sur 80 qui bénéficient de TSO en milieu libre (114), principalement en Europe. Ce chiffre témoigne d'une évolution rapide : en 2008, seuls 29 pays prévoyaient un accès aux TSO en prison. Au sein de l'UE-27, la quasi-totalité des États membres (N = 21) sont aujourd'hui dotés de tels programmes. En dehors de l'UE, 18 pays seulement rendent les TSO théoriquement accessibles en prison, la plupart étant situés en Europe ou dans le monde anglo-saxon (Australie, Canada, États-Unis, Nouvelle-Zélande).

Si, dans un nombre restreint de pays, l'accessibilité de ces traitements est garantie dans la plupart des établissements (France, Royaume-Uni, Autriche, Belgique, Croatie, Danemark, Luxembourg, Malte, Portugal, Espagne, Australie, Nouvelle-Zélande), l'accès aux TSO est le plus souvent limité à une fraction (plus ou moins réduite) d'établissements pénitentiaires (114, 115). Au sein de l'UE, la plupart des systèmes carcéraux européens prévoient une accessibilité aux traitements quasi exclusivement à base de méthadone. La France fait partie des rares pays qui rendent la BHD accessible en prison – de même que la Suède, certains Länder en Allemagne, certains États américains et certains territoires d'Australie (sous certaines conditions). Elle se distingue même par une prédominance des traitements par BHD, qui ne se retrouve dans nul autre pays.

Enfin, de fortes disparités existent dans les pratiques de renouvellement ou d'initiation de ces traitements. Si la plupart des pays, surtout en Europe, prévoient à la fois la possibilité de poursuivre les traitements prescrits avant l'incarcération et d'en initier en cours de détention, un autre groupe de pays se limitent à assurer la continuité des traitements amorcés avant l'entrée en prison. En outre, le nombre de "places" méthadone ou BHD peut faire l'objet de limitations et les TSO sont parfois réservés à un accompagnement du sevrage aux opiacés. Du fait de cette disponibilité encore variable,

la proportion de détenus sous TSO s'avère relativement faible, comparée aux prévalences d'usage de drogues.

### **Accès aux préservatifs**

La sexualité, difficile à évaluer en prison, y est néanmoins présente. Selon les enquêtes françaises (rares et anciennes), entre 7 % et 29 % des détenus déclarent des rapports hétérosexuels avec pénétration pendant la détention et moins de 2 % déclarent des rapports homosexuels avec pénétration anale (115, 117). Par ailleurs, les détenus UDI semblent avoir plus de rapports hétérosexuels non protégés en détention que les usagers de drogues non injecteurs et ceux ne déclarant pas d'usage de drogues (15,3 % vs 11,6 % et 4,7 % respectivement) (118). Dans ce contexte, la mise à disposition de préservatifs pour les détenus est fortement recommandée par l'OMS.

Aujourd'hui, le principe de l'accès aux préservatifs en détention est acquis dans un grand nombre de pays, même si la garantie d'une accessibilité effective ne va pas de soi. En France, l'accès aux préservatifs est généralisé dans les prisons (à 95 %), mais dans des conditions incertaines : seul un établissement sur cinq prévoit la possibilité d'accéder aux préservatifs en dehors de l'UCSA (bibliothèque, permanence associative ou parloir) ; elle rend aussi compte d'un niveau d'information inégal des détenus quant à la possibilité de disposer de préservatifs, plus d'un quart des établissements n'estimant pas que les détenus sont bien informés de la possibilité et du mode d'accès aux préservatifs. Outre ce déficit d'accessibilité, l'accès aux lubrifiants se révèle plus difficile encore : il n'est prévu que dans la moitié des établissements (51 %). Enfin, l'accès aux préservatifs féminins est encore moins présent, dans un établissement sur cinq accueillant des femmes détenues (21 %) (119).

## **Observation des conséquences du développement d'une politique de RdRD en France**

Cette partie s'intéresse aux résultats globaux attribuables à la politique de RdRD en France. Elle présente les données épidémiologiques sur les maladies infectieuses et la mortalité parmi la population d'usagers de drogues, issues des dispositifs d'observation réguliers existant en France.

### **Maladies infectieuses liées à l'usage de drogue**

Le nombre de nouveaux cas de sida et le nombre de décès au stade sida chez les UDI ont connu une chute particulièrement prononcée entre 1995 et 1997. Celle-ci était liée notamment à l'introduction des traitements par trithérapie retardant l'entrée dans la phase symptomatique de l'infection, mais aussi à la diminution du nombre de contaminations par le VIH chez les UDI. Ensuite, le rythme de diminution du nombre de nouveaux cas de sida liés à l'usage de drogues par voie intraveineuse a été plus faible mais assez régulier jusqu'en 2009. Depuis 2009, ce nombre est stable autour d'une centaine chaque année. En 2013, les UDI représentent 8 % de l'ensemble des nouveaux cas de sida contre 29 % en 1993. Le nombre de décès par sida parmi les UDI, qui était de plus de 1 200 en 1994, se situe depuis 2009 sous le seuil de 100 décès annuels (120). Parallèlement, la prévalence du VIH a nettement diminué. En 2011, elle est stable par rapport à 2004 (13,3 % versus 11,3 %) parmi les usagers de drogues ayant injecté au moins une fois dans leur vie (107).

Si les infections à VIH ont été globalement bien maîtrisées grâce à la série de mesures de RdRD initiées par la vente libre des seringues en 1987, les infections à VHC restent en revanche actuellement à des niveaux de prévalence particulièrement élevés, atteignant les deux tiers des usagers de drogues ayant déjà eu recours à l'injection en 2011. Il faut néanmoins souligner que la prévalence biologique du VHC apparaît en baisse par rapport à 2004 chez les UDI (64 % vs 74%) (107). Ces tendances sont identiques aux évolutions des prévalences déclarées du VHC et du VIH parmi les usagers de drogues injecteurs vus en CSAPA (de 48 % en 2008 à 44 % en 2012, stable à près de 8 % pour le VIH) et dans les CAARUD (de 40 % en 2008 à 33 % en 2012, stable à 6-7 % pour le VIH) (84). La diminution de la séropositivité déclarée au VHC est particulièrement notable dans les CAARUD chez les moins de 25 ans injecteurs au cours de la vie : elle est passée de 22,5 % en 2006 à 8,5 % en 2010 et 7,6 % en 2012 (84).

Ces baisses de prévalence résultent de plusieurs facteurs : l'impact des mesures de santé publique (notamment de RdRD) prises en France, l'accessibilité plus grande des traitements, un accès élargi au dépistage, et l'évolution des pratiques des usagers de drogues, notamment le recul de l'injection (121). Parmi les usagers de drogues fréquentant les CAARUD, la proportion

d'injecteurs au cours du dernier mois a baissé de 50 % en 2006 à 46 % en 2008 et est stable depuis (84).

### **Décès induits par l'usage de drogues (surdoses)**

Le nombre de décès par surdose a commencé à chuter avec la mise en place des TSO en 1995 en France, cette évolution ayant été observée dans l'ensemble des pays (Europe, Amérique du Nord, Australie...) qui ont entamé une politique de délivrance de MSO. En France, le nombre annuel de décès par surdose recensés par le registre des décès du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc, INSERM) est passé de plus de 451 en 1994 à moins de 200 à la fin des années 1990. Si ces chiffres sous-estiment l'ampleur réelle du phénomène en raison d'une part des décès par surdose classée en cause inconnue, l'évolution est pour sa part bien réelle, le biais de sous-estimation pouvant raisonnablement être considéré comme constant au cours de cette période.

Dans les années suivantes, le nombre annuel de décès par surdose a augmenté, mais sans jamais retrouver le niveau du milieu des années 1990. La baisse observée à partir de 2011 n'est pas interprétable en raison de changements méthodologiques (voir ci-dessous). La remontée régulière du nombre de décès au cours des années 2000 soulève cependant des interrogations. Pourquoi les décès sont-ils repartis à la hausse alors que la disponibilité des MSO s'est accrue et que le dispositif de RdRD a été pérennisé et consolidé ?

Avant d'envisager des hypothèses explicatives relatives à l'évolution des comportements addictifs, il faut s'interroger sur les limites des données disponibles. Celles du CépiDc ne permettent pas, dans la plupart des cas, de connaître les substances en cause dans les décès et d'en suivre l'évolution. Or, si le décès d'une personne âgée de 30 ou 40 ans mettant en cause une substance telle que l'héroïne peut clairement être classé parmi les décès liés à une addiction, ce classement est plus discutable pour une personne plus âgée décédée en raison d'une surdose à un médicament opiacé utilisé pour lutter contre la douleur. Les décès par surdose peuvent ainsi frapper différents types d'utilisateurs de substance, tous ne relevant pas forcément d'un comportement addictif tel qu'on l'entend habituellement. Les données du CépiDc font apparaître une proportion croissante au cours des années 2000 de décès de personnes âgées

de plus de 64 ans, qui ne sont très probablement pas, pour la plupart, usagères de drogues. Dès lors, il paraît plus raisonnable, pour suivre l'évolution des décès par surdose des usagers de drogues, de se limiter aux 15-49 ans. La hausse du nombre de décès au cours des années 2000 pour cette tranche d'âge est moins importante mais reste néanmoins substantielle. Mais même dans ce cas, il y a matière à s'interroger. La brusque diminution des décès entre 2010 et 2012 est expliquée par les services du CépiDc par un meilleur examen des causes de décès, ce qui a permis d'exclure un ensemble de décès par surdose morphinique survenus dans un contexte de soins palliatifs ou accidentels en lien avec une pathologie ayant mené à la prescription d'antalgiques opiacés. Il n'est pas abusif, compte tenu de cette information, de se demander si l'augmentation au cours des années 2000, y compris chez les 15-49 ans, n'est pas en partie liée à la hausse du nombre de décès de personnes ne relevant pas d'un comportement addictif. Dans cette hypothèse, on peut raisonnablement conclure que l'augmentation des décès dans ces années a été beaucoup plus limitée que ce que semble montrer les données du CépiDc.

C'est en grande partie pour combler la lacune d'information sur les substances en cause dans les décès du CépiDc qu'a été mis en place le recueil sur les Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances (DRAMES, ANSM), qui est lui, exclusivement basé sur des résultats d'analyse toxicologique. Ce recueil a cependant été mis en place trop tardivement pour donner un réel éclairage sur les évolutions au cours des années 2000. Il a débuté en 2002 mais, compte tenu d'une montée en charge progressive, il paraît difficile de comparer les données des années 2000 avec celles collectées dans les années 2010. Les évolutions ne peuvent être réellement suivies que depuis la fin des années 2000. Les données de DRAMES montrent que les opiacés licites ou illicites sont les principaux produits responsables, impliqués dans 84 % des décès en 2013, cette part étant restée à peu près constante depuis la fin des années 2000. La proportion de décès attribuables aux MSO (notamment la méthadone responsable de 39 % des décès en 2013, mais aussi la BHD en cause dans 16 % des décès cette même année) a fortement augmenté durant la période 2009-2013 de 34 % à 54 % des décès, avec un pic à 60 % en 2012 (89, 122). La part des décès liés à l'héroïne a fortement diminué, passant de 40 % en 2008 et 2009 à 20 % en 2013. Elle apparaît d'année en année relativement corrélée aux variations de la disponibilité et de la pureté de l'héroïne disponible. Ainsi, le taux de pureté de cette dernière a chuté



de 13 % à 7 % entre 2010 et 2012 puis est remontée à 15 % en 2014 (84). Les variations dans le temps de la part de la méthadone suivent quasiment en miroir celles de l'héroïne, ce qui laisse penser qu'elles sont corrélées. Les cas de mésusage des MSO (obtention illégale, prise occasionnelle, notamment par des sujets naïfs), qui augmente le risque de décès, ne font que remplacer les cas d'usage d'héroïne. Le risque de décès est ainsi reporté de l'héroïne vers la méthadone. On peut raisonnablement poser l'hypothèse que le nombre de surdoses serait supérieur si l'héroïne, substance aux taux de pureté variables et imprévisibles pour l'utilisateur, reprenait une place centrale dans les consommations d'opiacés.

## **Éléments de conclusion et perspectives : principaux défis à relever par la politique de RdRD en France**

Les interventions de RdRD ont très largement montré leur efficacité face aux conséquences sanitaires et sociales des usages de drogues. Cependant, cette efficacité est suspendue à un certain nombre de conditions indispensables : d'abord, la prise en compte des usagers dans la conception et mise en œuvre des outils et des dispositifs afin de garantir leur utilisation effective, leur utilité et leur pertinence. La capacité de la politique de la RdRD à "aller vers l'utilisateur" constitue également une condition préalable de succès. Il s'agit de renforcer la capacité des acteurs et des structures à atteindre réellement les publics visés : souvent en situation de grande vulnérabilité et/ou "cachés" dans des espaces de vie peu accessibles, ils sont, par conséquent, fréquemment exclus du champ de l'action directe des intervenants. En outre, l'évolution constante des pratiques d'usage implique d'adapter en continu les réponses et d'innover. Cela revient à diversifier et parfois combiner les mesures proposées (typiquement PES et TSO, ou encore PES postal et antennes de CAARUD en milieu rural pour aller au-devant des usagers les plus isolés), au plus près des besoins et attentes des usagers.

Enfin, l'efficacité de tels programmes et interventions repose fortement sur leur acceptabilité sociale (123). Des efforts constants doivent être consacrés à la médiation sociale entre les différents intervenants des lieux de vie où les dispositifs sont implantés (forces de l'ordre, riverains...), d'une part, et vers des actions spécifiques d'information auprès du grand public et en particulier, dans les quartiers d'implantation afin de faire évoluer

les représentations et expliquer le bien-fondé de cette approche, d'autre part.

L'élargissement de la RdRD à d'autres substances, en particulier à l'alcool, au tabac et au cannabis, représente un second défi majeur de la politique actuelle, ainsi que du milieu carcéral. L'absence de PES dans les prisons françaises situe le pays en deçà des recommandations de l'OMS, mais aussi en rupture avec la loi de santé publique du 18 janvier 1994 qui préconise une équivalence des soins en prison et en milieu libre. Ces trois points sont ici développés.

### ***Les conditions de l'efficacité des actions***

Toutes les actions ou programmes évalués l'ont été dans des contextes nationaux précis, relatifs aux types de pratiques, de populations, mais aussi dans un cadre particulier de repérage, de diagnostic et d'accompagnement défini et d'écoute des usagers. La transposition d'actions doit s'efforcer de prendre en compte ces paramètres en appréciant leur rôle et importance afin d'adapter les réponses aux spécificités des publics effectivement visés (transférabilité).

### **La prise en compte du point de vue des usagers dans la conception des programmes et des outils**

L'efficacité des politiques de RdRD dépend avant tout de leur capacité à prendre en compte le point de vue des usagers dans la conception des programmes et des outils.

Il s'agit de s'adapter aux pratiques et à leurs évolutions, mais également d'intégrer les éléments concrets de la vie des usagers, susceptibles d'impacter la mise en œuvre des mesures proposées. Ainsi, l'insertion de champs propres dans les kits d'injection peut permettre à l'utilisateur qui injecte son produit dans la précipitation, dans la rue où un logement de fortune, de ne pas contaminer son matériel. De même, l'accès aux représentations et croyances des injecteurs permet de mieux comprendre et de s'adapter à certaines limites à l'acceptabilité des matériels de RdRD. La place des usagers dans la conception de ces politiques est donc essentielle.

À cet égard, les risques de stigmatisation liés à l'utilisation des outils ou programmes proposés doivent être minimisés, pour obtenir l'adhésion des usagers à des outils qui ne seront efficaces que si ces derniers s'en emparent. Ainsi, les usagers, en particulier les plus



précaires fréquemment exposés aux interpellations, expriment régulièrement leur crainte d'être porteurs de matériel de RdRD, les désignant ostensiblement comme des usagers de drogues (63). La question se pose également de manière aiguë en milieu carcéral où le fait d'être identifié comme usagers de drogues est un signe de fragilité face aux autres détenus et où recevoir un traitement de substitution signifie parfois s'exposer aux pressions (42).

L'importance accordée au point de vue des usagers conduit à envisager des actions ciblées selon les besoins de différents publics. Ainsi, de même que pour la prise en compte des inégalités de santé en général, la mise en œuvre d'actions proactives ciblant spécifiquement les usagers les plus précaires, telles que l'expérimentation des SCMR, apparaît comme une mesure appropriée. Les femmes, les plus jeunes, les migrants, les usagers isolés constituent autant de publics nécessitant des approches adaptées.

### **Innover par la diversification : améliorer la capacité des outils et des programmes à atteindre leurs publics pour engager un dialogue**

Il s'agit également de s'assurer de la capacité des outils à atteindre les usagers concernés (124).

Par exemple, la mise en œuvre des actions de RdRD visant les injecteurs de stimulants ne peut être efficace, en termes de santé publique, que s'il existe une démarche spécifique d'identification de ces injecteurs de stimulants, lesquels ne mettront pas forcément en avant cette pratique s'ils sont déjà injecteurs d'opiacés.

Plus largement, la littérature montre que les démarches qui permettent d'établir un contact avec des usagers en situation de vulnérabilité qui ne s'adressent pas spontanément aux personnes susceptibles de les aider sont efficaces pour initier la prise en charge (125-127). Le renouvellement des générations est, notamment, un défi permanent pour les structures de RdRD.

Une autre approche qui permet d'établir un contact avec des usagers, pratiquée en espace festif depuis plus de dix ans, prend actuellement un essor nouveau en s'étendant au-delà de cet espace festif vers les structures d'accueil des usagers de drogues : la démarche d'analyse avant consommation par chromatographie sur couche mince (CCM). Méthode de séparation des molécules, elle permet de distinguer les différentes substances qui

composent un produit. Elle présente un double intérêt. Tout d'abord, celui d'indiquer à l'utilisateur si son produit contient des substances différentes de celles attendues ou une substance inconnue et donc d'identifier un certain nombre de situations dangereuses. Mais le dispositif, dans les configurations d'utilisation habituelles, permet surtout d'entamer grâce à l'analyse fournie un dialogue avec l'utilisateur sur sa consommation et ainsi de lui transmettre des messages de RdRD.

Face notamment à la circulation de nouveaux produits de synthèse (NPS) sur internet, des services d'analyse de produits en ligne ou par correspondance se développent progressivement. Ainsi, par exemple, depuis 2005, l'association espagnole ABD (proche des mouvements d'auto-support et communautaires) met à disposition des internautes (<http://energycontrol.org/>) les services d'analyse de son plateau technique, Energy control : les échantillons peuvent être envoyés par la poste, moyennant l'envoi d'un questionnaire téléchargeable en ligne et d'un règlement de 50 euros pour les échantillons venant hors d'Espagne. Les résultats sont postés en ligne et retournés par e-mail à l'expéditeur. Le délai prévu est de dix jours à trois semaines selon les demandes. Au-delà du milieu associatif, le gouvernement écossais finance un autre service d'analyse de produits par correspondance (<http://www.wedinos.org/>) né en 2009 avec l'appui d'une unité hospitalière. Les consommateurs peuvent télécharger un questionnaire en ligne et le retourner par la poste une fois complété. Les résultats des analyses sont ensuite mis en ligne (128).

En France, les analyses quantitatives prévues dans le cadre du dispositif de veille SINTES (Système d'identification national des toxiques et des substances) de l'OFDT sont réalisées sous condition de respect de critères précis : substances ayant entraîné des effets inattendus et/ou indésirables, produits présentant un caractère de nouveauté ou bénéficiant d'une surveillance spécifique, et enfin les produits non identifiés après une analyse par CCM. La finalité de ce dispositif gratuit, bien que le résultat soit toujours délivré à l'utilisateur ayant cédé le produit, est avant tout d'informer sur les produits circulant, notamment s'ils sont particulièrement dangereux ou nouveaux, et non de répondre au besoin d'information individuel des usagers. Cela n'empêche pas, bien au contraire, d'utiliser le moment du rendu de résultat pour échanger avec l'utilisateur sur sa consommation et ses pratiques et lui transmettre des messages de RdRD. D'autre part, bien que les échanges puissent être optimisés, le dispositif SINTES collabore déjà avec

plusieurs structures pratiquant l'analyse par CCM dans une réelle complémentarité.

Outre la création d'équipes d'intervenants mobiles, le développement d'interventions à distance (PES postal, antennes de CAARUD en espace rural...) qui permettent d'aller chercher le contact avec les usagers élargissent le public bénéficiaire des actions efficaces (129). De même, la diversification, au cours de ces dernières années du matériel de consommation proposé (kits base, "alu", "roule ta paille", seringues de gros volumes...), indépendamment de l'intérêt propre des outils, a permis aux structures d'attirer de nouveaux usagers, inaccessibles auparavant, en engageant un dialogue.

Le développement des nouvelles technologies constitue actuellement une opportunité pour atteindre facilement les nouvelles générations d'usagers et pour faciliter les interactions. De nombreux outils à visée préventive, destinés à évaluer sa consommation ou encore à la réduire, sont déjà accessibles via internet ou sur supports mobiles. Visant fréquemment les jeunes, ils concernent avant tout l'alcool, le tabac et le cannabis, mais les preuves d'efficacité sont encore limitées (130). La rencontre du champ numérique et de celui des substances psychotropes a ouvert un nouvel espace d'échanges d'information et d'interventions en ligne, notamment par le développement de conseils entre pairs sur les forums d'usagers, trop récent pour donner lieu à des évaluations de programmes au niveau international.

Par ailleurs, les réponses axées sur l'hébergement ou sur l'insertion professionnelle comme Housing first (un chez soi d'abord) ou TAPAJ (Travail alternatif payé à la journée) constituent également des formes innovantes de RdRD qui s'adressent à des personnes présentant des problématiques sociales spécifiques (personnes en situation de précarité sans domicile fixe, jeunes en errance sans qualification ou expérience professionnelle particulière...). Centrés sur la réhabilitation sociale, ces dispositifs visent à créer les conditions nécessaires afin de trouver des voies adaptées pour sortir progressivement des usages à risque.

### **L'acceptabilité des actions de RdRD : un enjeu crucial qui nécessite des moyens**

Les initiatives de RdRD entreprises dans le monde ont largement montré l'importance de la concertation préalable avec les acteurs locaux et les riverains en amont

de la mise en place des services de RdRD (131), et du niveau d'acceptabilité d'un tel projet dans l'opinion publique (132).

Ce fut le cas notamment pour l'implantation des SCMR à San Francisco (133, 134) ou à Sydney où les riverains se sont montrés sensibles à la régulation mise en place autour de la salle d'injection (étude avant-après) (92, 94). En Ontario, une étude menée en 2003 a montré une population majoritairement (60 %) favorable aux SCMR (135). Concernant les PES, en Australie, certains décideurs ont volontiers invoqué une opinion publique négative, alors que les enquêtes d'opinion montraient des attitudes largement positives (136). Dans une étude menée auprès des riverains à Baltimore, malgré l'inquiétude suscitée par la fréquentation du voisinage par les usagers de drogues, 65 % d'entre eux étaient favorables à l'échange de seringues (137). En Suisse, entre 1991 et 1997, la population s'est progressivement éloignée d'une préférence pour les mesures répressives pour adhérer majoritairement à la politique des "quatre piliers" incluant la RdRD (138, 139). Soulignons enfin que l'argument du coût-efficacité des PES, démontré dans plusieurs contextes (Australie, Canada, Yunnan...) (99, 140, 141), constitue un argument complémentaire à ceux de la réduction des inégalités, de l'insécurité et des risques sanitaires.

En France, le grand public n'a pas forcément connaissance de la notion de RdRD, ce qui ne l'empêche pas néanmoins d'avoir une représentation de la question des drogues et des addictions qui fasse écho aux principes de la RdRD. Par exemple, l'Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EROPP), menée à quatre reprises par l'OFDT depuis 1999, a permis de mesurer à quel point l'éventualité d'un monde sans drogue est illusoire pour une majorité de la population (142). Les Français sont par ailleurs de plus en plus en accord avec l'idée d'informer les usagers de drogues sur la façon la moins dangereuse de consommer afin de diminuer les risques pour la santé (83 % en 2012 contre 70 % en 2008).

### **Renforcement de la RdRD en milieu carcéral**

Un point faible de la politique de RdRD en France est le timide développement du dispositif en milieu carcéral. Pourtant, les expériences internationales insistent sur la nécessité de développer une politique qui associe l'ensemble des mesures de RdRD et de soins suivant les

recommandations de l'OMS, consistant notamment à :

- rendre les préservatifs (masculins et féminins) et les lubrifiants accessibles plus facilement et plus discrètement dans divers endroits des établissements pénitentiaires ;
- faciliter l'accès à une palette de traitements contre la dépendance aux opiacés aussi large que possible, en généralisant et en homogénéisant l'accès aux traitements de substitution dans les établissements, en développant éventuellement d'autres voies (communautés thérapeutiques, unités sans drogues, programmes de *counseling*), voire en expérimentant, le cas échéant, de nouvelles formes de prise en charge – à l'instar des programmes d'héroïne médicalisée, développés dans deux prisons suisses, dont l'évaluation coût-efficacité semble satisfaisante pour certains types d'usagers ;
- développer des programmes dont l'efficacité a été démontrée par des recherches.

Le développement des PES en particulier, l'adoption des mesures visant à prévenir les overdoses à la sortie de détention, ainsi que l'expérimentation des formes innovantes de RdRD en détention figurent parmi les actions nouvelles inscrites dans le Plan gouvernemental 2013-2017 (action 52 du Plan d'actions 2016-2017). L'accompagnement et l'évaluation de ces mesures représentent un enjeu majeur.

### **L'élargissement du champ de la RdRD : un défi pour l'avenir ?**

Le Plan gouvernemental 2013-2017 envisage d'étendre le champ de la RdRD à l'ensemble des produits impliqués dans les usages problématiques (action 46 du Plan d'actions 2016-2017), avec notamment l'objectif d'élaborer des référentiels de RdRD pour l'ensemble des produits et des addictions comportementales.

Si la RdRD a fait la preuve de son efficacité dans le cadre de la lutte contre les maladies infectieuses, en particulier le VIH, elle a également, plus tardivement, contribué à un certain nombre de changements de représentations sur d'autres produits. Sur les drogues de synthèse dans les années 1990, les espaces de discussion ouverts dans les stands de RdRD et de testing en milieu festif ont permis de modifier la perception du risque lié à la méconnaissance du contenu des comprimés d'ecstasy (voir "Les conditions de l'efficacité des actions"). Depuis l'adoption de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé, les usagers

peuvent demander des informations sur la composition des substances psychoactives (143).

Plus récemment, l'apparition des NPS, molécules au statut légal éphémère et déclinables à l'envi pour contourner la loi, a ouvert un nouvel espace de construction de la connaissance par les usagers eux-mêmes (trip reports, forums) qui prend tous les dispositifs experts et institutionnels de court, démontrant qu'une fois encore les réponses à cette offre en perpétuelle mutation ne se construiront pas sans le savoir "profane" des usagers.

Le cannabis est pour sa part, en France comme ailleurs en Europe, le produit pour lequel les actions de RdRD sont les moins nombreuses, alors même que l'évolution des politiques de régulation du cannabis en cours dans plusieurs États constitue un terrain favorable au développement de mode d'usage à moindre risque sanitaire, tels que la vaporisation. Dans sa monographie sur la réduction des risques, l'EMCDDA souligne le besoin en recherche sur ce point du mode d'administration, ainsi que sur l'intérêt d'inciter les usagers à éviter un usage plus fréquent qu'hebdomadaire et à ne pas en consommer avant de conduire ou d'utiliser un engin (144).

L'introduction à la fin des années 1990 de la notion d'usage à risque sanitaire et social, concernant une minorité des usagers de cannabis, a permis de renouer le dialogue avec les usagers militant pour la reconnaissance d'un usage récréatif aux risques limités. L'objectivation par un outil tel que le *Cannabis abuse screening test* (CAST) proposé par l'OFDT, validé d'un point de vue à la fois clinique et épidémiologique, d'une population d'usagers à risque a permis en creux la reconnaissance d'une large population en ayant un usage non problématique (144, 145). Les démarches mises en œuvre dans le cadre des Consultations jeunes consommateurs (CJC), créées en 2004 par le Ministère de la santé en réponse à la forte hausse de l'usage régulier de cannabis observé parmi les jeunes au début des années 2000, s'inscrivent en grande partie dans une logique de RdRD. En parallèle, la question de la précocité est devenue, au même titre que pour les autres produits, centrale. De ce point de vue, les derniers résultats des enquêtes de l'OFDT, qui montrent que les entrées dans les usages de cannabis sont désormais plutôt plus tardives, sont encourageants (146). En revanche, les niveaux qui apparaissent en hausse à la fin de l'adolescence, avec des fréquences d'usage et des teneurs en THC parfois élevées, militent pour une approche en termes de RdRD pour les grands adolescents et les jeunes adultes. Il n'en reste pas moins

à évaluer l'efficacité des actions, que celles-ci s'appuient sur une alliance thérapeutique ou sur les "nouvelles" technologies de l'information.

Concernant l'alcool, la littérature internationale a permis d'identifier un certain nombre de mesures portant principalement sur l'offre et la législation, telles que l'augmentation des taxes, la fixation d'un prix minimum, d'un âge limite pour l'achat ou encore la diminution du nombre de points de vente, mais aussi des mesures telles que l'intervention brève à destination des consommateurs à risque (39). En France, le regard porté sur l'alcool a aussi évolué d'un paradigme de l'abstinence, qui a pu sembler immuable à une certaine époque, à l'idée que la régulation de la consommation pouvait se faire de manière moins brutale (boire moins, c'est mieux) autour d'une prise en compte des attentes de l'utilisateur (avec l'objectif, global, de vivre mieux). Ce nouveau regard porté sur les dommages liés à l'alcool a notamment permis le développement d'approches telles que le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB), ainsi que la mise en place de stratégies s'appuyant sur les objectifs qui sont, au moins dans un premier temps, moins ambitieux et irréalistes, mais plus atteignables que l'abstinence totale. Ce paradigme s'appuie sur une dynamique d'accompagnement reposant sur une mise en avant des ressources de l'individu pour mettre de côté les "faiblesses" qui l'ont conduit à perdre le contrôle du produit. Dans un tout autre registre, il y a actuellement, face à des populations clairement déterminées à consommer de l'alcool en contexte festif avec un objectif de recherche d'ivresse voire de défoncé, un enjeu évident à évaluer l'efficacité des nombreuses initiatives françaises visant à réduire les quantités consommées et les situations les plus à risque.

Pour le tabac enfin, une offre conséquente de produits de substitution nicotinique existe, mais elle n'a pu empêcher, en France, le maintien d'un tabagisme à un niveau élevé. Alors que la plupart des experts restent sceptiques sur l'intérêt sanitaire d'une diminution de la consommation (147), nombre de fumeurs se sont emparés de la cigarette électronique pour tenter, souvent avec succès, de diminuer leur tabagisme, de reprendre le contrôle à défaut de parvenir à un arrêt totale de la consommation. Ainsi, en 2014, 82 % des vapofumeurs indiquaient avoir réussi à diminuer leur consommation de tabac grâce à la cigarette électronique, de neuf cigarettes par jour en moyenne (148). En cela, elle a constitué un outil typique de RdRD puisque les usagers se le sont approprié par eux-mêmes, et au final 400 000

fumeurs sur les 13 millions estimaient en 2014 avoir réussi à arrêter de fumer par ce biais. Si sa toxicité apparaît très inférieure à celle du tabac, les études n'ont à ce jour pas montré une très grande efficacité de la cigarette électronique en regard d'autres moyens d'aide à l'arrêt, en particulier parmi les jeunes adultes (149), mais d'autres recherches sont nécessaires, notamment parce que la plupart ont pour l'heure été menées sur des modèles de cigarettes électroniques de première génération, moins performantes (réservoirs plus petits et délivrance de nicotine moins rapide) que les suivantes.

### ***Quelques points saillants pour conclure***

Les conditions de l'efficacité des actions sont les suivantes :

- L'accès aux représentations et croyances des usagers.
- La recherche du contact avec des usagers en situation de vulnérabilité, qui ne s'adressent pas spontanément aux personnes susceptibles de les aider, est efficace pour initier la prise en charge.
- Le défi des nouvelles générations : maintenir les acquis face aux nouveaux publics : migrants d'Afrique, d'Europe de l'Est, slam, milieu festif gay...
- Le développement d'interventions à distance, notamment par le biais des nouvelles technologies.
- La prise en compte des usagers dans la conception et mise en œuvre des outils et des dispositifs est indispensable.
- La capacité de la politique de la RdRD à "aller vers l'utilisateur".
- L'évolution constante des pratiques d'usage implique d'adapter en continu les réponses et d'innover.
- L'efficacité des interventions de RdRD repose fortement sur leur acceptabilité sociale.
- L'importance de la combinaison et de la diversification des actions.
- L'importance d'un renforcement de la RdRD en milieu carcéral.
- La notion de transférabilité : un programme qui a bien fonctionné dans certaines circonstances doit parfois être adapté au contexte et à la culture locale, raison pour laquelle l'engagement et les compétences des acteurs de la RdRD sont absolument centrales dans l'efficacité des dispositifs. ■

**Remerciements.** – Les auteurs remercient Isabelle Michot pour son aide dans la recherche bibliographique, ainsi que Julie-Émilie Adès et Christophe Palle pour leur relecture attentive.



F. Beck, C. Diaz-Gomez, A.-C. Brisacier, A. Cadet-Tairou, I. Obradovic  
Éléments sur l'efficacité des politiques de réduction des risques et des dommages développées en France et à l'étranger depuis 30 ans  
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 (4) : 349-374

## Notes et bibliographie

- 1 - IHRA. What is harm reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association. London : International Harm Reduction Association ; 2009.
- 2 - République Française. Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. NOR : AFSX1418355L. *JORF*. 2016 ; (27 janvier, 0022).
- 3 - Cook C, Bridge J, Stimson GV. The diffusion of harm reduction in Europe and beyond. In: EMCDDA. Harm reduction: evidence, impacts and challenges. Luxembourg : Publications Office of the European Union, coll. Scientific Monograph Series ; 2010. p. 37-56.
- 4 - Les programmes ou outils n'ayant pas fait l'objet de méta-analyses, méta-synthèses ou de revues systématiques de littérature ne sont pas évoqués dans cette première partie.
- 5 - Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009 : CD002209. 10.1002/14651858.CD002209.pub2.
- 6 - Aspinall EJ, Nambiar D, Goldberg DJ, Hickman M, Weir A, Van Velzen E, Palmateer N, Doyle JS, Hellard ME, Hutchinson SJ. Are needle and syringe programmes associated with a reduction in HIV transmission among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Epidemiology*. 2014 ; 43 (1) : 235-48.
- 7 - Bargagli A, Davoli M, Minozzi S, Vecchi S, Perucci C. A systematic review of observational studies on treatment of opioid dependence. Background document prepared for 3<sup>rd</sup> meeting of Technical Development Group (TDG) for the WHO "Guidelines for psychosocially assisted pharmacotherapy of opioid dependence", 17-21 September 2007. Genève : World Health Organization ; 2007.
- 8 - Mathers BM, Degenhardt L, Bucello C, Lemon J, Wiessing L, Hickman M. Mortality among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*. 2013 ; 91 (2) : 102-23.
- 9 - Gowing L, Farrell M, Bornemann R, Sullivan L, Ali R. Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2008 ; (2) : CD004145.
- 10 - WHO. Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. Genève : World Health Organization ; 2009.
- 11 - Macarthur GJ, van Velzen E, Palmateer N, Kimber J, Pharris A, Hope V, Taylor A, Roy K, Aspinall E, Goldberg D, Rhodes T, Hedrich D, Salminen M, Hickman M, Hutchinson SJ. Interventions to prevent HIV and Hepatitis C in people who inject drugs: a review of reviews to assess evidence of effectiveness. *International Journal of Drug Policy*. 2014 ; 25 (1) : 34-52.
- 12 - Les résultats des méta-analyses, des méta-synthèses et des revues synthétiques de la littérature ici présentés ont pu porter sur l'analyse des données issues de schémas d'étude différents (études contrôlées randomisées, études cliniques contrôlées, études observationnelles...). Ceci explique que les résultats ne soient pas restitués de façon identique (absence ou non d'association, risque relatif...).
- 13 - Turner KM, Hutchinson S, Vickerman P, Hope V, Craine N, Palmateer N, May M, Taylor A, De Angelis D, Cameron S, Parry J, Lyons M, Goldberg D, Allen E, Hickman M. The impact of needle and syringe provision and opiate substitution therapy on the incidence of hepatitis C virus in injecting drug users: pooling of UK evidence. *Addiction*. 2011 ; 106 (11) : 1978-88.
- 14 - Potier C, Laprévotte V, Dubois-Arber F, Cottencin O, Rolland B. Supervised injection services: what has been demonstrated? A systematic literature review. *Drug and Alcohol Dependence*. 2014 ; (145) : 48-68.

- 15 - Lorsque les études n'ont pas trouvé de lien statistique entre les variables caractérisant l'intervention et celles décrivant son efficacité, il est indiqué "absence d'association". Lorsque les résultats sont significatifs, il est entendu que, dans le cas d'une relation inverse entre les variables, on se réfère à une association "négative" et, au cas contraire, à une association "positive".
- 16 - EMCDDA. Preventing fatal overdoses: a systematic review of the effectiveness of take-home naloxone. Luxembourg : Publications Office of the European Union, coll. EMCDDA Papers ; 2015.
- 17 - Cette conclusion repose sur des analyses de séries temporelles réalisées à partir de deux échantillons de sites différents selon le degré d'implantation du programme. Les analyses conduites ont montré que le risque relatif de surdose mortelle est inférieur dans le groupe de sites où le programme est mieux implanté (RR ajusté = 0,54 ; IC à 95 % = 0,39-0,76 contre RR ajusté = 0,73 ; IC à 95 % = 0,57-0,91).
- 18 - Robinson A, Wermeling DP. Intranasal naloxone administration for treatment of opioid overdose. *American Journal of Health-System Pharmacy*. 2014 ; 71 (24) : 2129-35.
- 19 - McNeil R, Small W. 'Safer environment interventions': a qualitative synthesis of the experiences and perceptions of people who inject drugs. *Social Science and Medicine*. 2014 ; (106) : 151-8.
- 20 - Hellard M, Sacks-Davis R, Gold J. Hepatitis C treatment for injection drug users: a review of the available evidence. *Clinical Infectious Diseases*. 2009 ; 49 (4) : 561-73.
- 21 - ECDC, EMCDDA. ECDC and EMCDDA guidance. Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs. Stockholm : European Centre for Disease Prevention and Control ; 2011.
- 22 - Santibanez SS, Garfein RS, Swartzendruber A, Kerndt PR, Morse E, Ompad D, Strathdee S, Williams IT, Friedman SR, Ouellet LJ. Prevalence and correlates of crack-cocaine injection among young injection drug users in the United States, 1997-1999. *Drug and Alcohol Dependence*. 2005 ; 77 (3) : 227-33.
- 23 - Lankenau SE, Clatts MC, Goldsamt LA, Welle D. Crack cocaine injection practices and HIV risk: findings from New York and Bridgeport. *Journal of Drug Issues*. 2004 ; (34) : 319-32.
- 24 - Tyndall MW, Currie S, Spittal P, Li K, Wood E, O'Shaughnessy MV, Schechter MT. Intensive injection cocaine use as the primary risk factor in the Vancouver HIV-1 epidemic. *Aids*. 2003 ; 17 (6) : 887-93.
- 25 - Van Beek I, Dwyer R, Malcolm A. Cocaine injecting: the sharp end of drug-related harm! *Drug and Alcohol Review*. 2001 ; 20 (3) : 333-42.
- 26 - Henskens R, Garretsen H, Bongers I. Effectiveness of an outreach treatment program for inner city crack abusers: compliance, outcome, and client satisfaction. *Substance Use Misuse*. 2008 ; (43) : 1464-75.
- 27 - INSERM. Pratiques à risque chez les fumeurs de crack (chapitre 7). In : Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. Paris : INSERM, coll. Expertise collective ; 2010. p. 119-30.
- 28 - Fischer B, Blanken P, Da Silveira D, Gallassi A, Goldner EM, Rehm J, Tyndall M, Wood E. Effectiveness of secondary prevention and treatment interventions for crack-cocaine use: a comprehensive narrative overview of English-language studies. *International Journal of Drug Policy*. 2015 ; 26 (4) : 352-63.
- 29 - INSERM. Usage des drogues en France et principaux dommages associés (chapitre 3). In : Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. Paris : INSERM, coll. Expertise collective ; 2010. p. 29-56.
- 30 - Calafat A. Prevention interventions in recreational settings. Strasbourg : Pompidou Group, Council of Europe ; 2010.
- 31 - Calafat A, Juan M, Duch MA. Preventive interventions in nightlife: a review. *Adicciones*. 2009 ; 21 (4) : 387-413.
- 32 - Faggiano F, Vigna-Taglianti F. Drugs, illicit - Primary prevention strategies. In : Heggenhougen K, Quah S. International encyclopedia of public health. San Diego : Academic Press ; 2008. p. 249-65.
- 33 - Tay R. Mass media campaigns reduce the incidence of drinking and driving. *Evidence-based Healthcare and Public Health*. 2005 ; 9 (1) : 26-9.
- 34 - Ker K, Chinnock P. Interventions in the alcohol server setting for preventing injuries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2008 (3) : CD005244. 10.1002/14651858.CD005244.pub3.
- 35 - Jones L, Hughes K, Atkinson AM, Bellis MA. Reducing harm in drinking environments: a systematic review of effective approaches. *Health and Place*. 2011 ; 17 (2) : 508-18.



- 36 - Bolier L, Voorham L, Monshouwer K, Van Hasselt N, Bellis M. Alcohol and drug prevention in nightlife settings: a review of experimental studies. *Substance Use and Misuse*. 2011 ; 46 (13) : 1569-91.
- 37 - Gripenberg J, Wallin E, Andreasson S. Effects of a community-based drug use prevention program targeting licensed premises. *Substance Use and Misuse*. 2007 ; 42 (12-13) : 1883-98.
- 38 - Whittingham JR, Ruiter RA, Bolier L, Lemmers L, Van Hasselt N, Kok G. Avoiding counterproductive results: an experimental pretest of a harm reduction intervention on attitude toward party drugs among users and nonusers. *Substance Use and Misuse*. 2009 ; 44 (4) : 532-47.
- 39 - EMCDDA, Van Hasselt N, Hughes K, Burkhart G, Gyarmathy VA. Responding to drug use and related problems in recreational settings. *Lisbonne : EMCDDA, coll. Thematic Papers ; 2012.*
- 40 - European Society for Prevention Research. The healthy nightlife toolbox. <http://euspr.org/healthy-nightlife-toolbox/> [accédé le 11/04/2016].
- 41 - Paglia A, Room R. Preventing substance use problems among youth: a literature review and recommendations. *Journal of Primary Prevention*. 1999 ; 20 (1) : 3-50.
- 42 - INSERM. Réduction des risques en milieu pénitentiaire (chapitre 18). In : Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. Paris : INSERM, coll. Expertise collective ; 2010. p. 309-40.
- 43 - Larney S, Gisev N, Farrell M, Dobbins T, Burns L, Gibson A, Kimber J, Degenhardt L. Opioid substitution therapy as a strategy to reduce deaths in prison: retrospective cohort study. *BMJ Open*. 2014 ; 4 (4) : e004666.
- 44 - Perry AE, Neilson M, Martyn-St James M, Glanville JM, Woodhouse R, Godfrey C, Hewitt C. Pharmacological interventions for drug-using offenders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015 ; (6) : CD010862.
- 45 - Galassi A, Mpofu E, Athanasou J. Therapeutic community treatment of an inmate population with substance use disorders: post-release trends in re-arrest, re-incarceration, and drug misuse relapse. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2015 ; 12 (6) : 7059-72.
- 46 - Degenhardt L, Larney S, Kimber J, Gisev N, Farrell M, Dobbins T, Weatherburn DJ, Gibson A, Mattick R, Butler T, Burns L. The impact of opioid substitution therapy on mortality post-release from prison: retrospective data linkage study. *Addiction*. 2014 ; 109 (8) : 1306-17.
- 47 - Il faut entendre par ceci que l'ensemble des études examinées dans le cadre des méta-analyses, des méta-synthèses ou des revues de la littérature ici présentées n'ont pas toutes montré des résultats positifs ou qu'elles sont en nombre, durée de suivi ou qualité insuffisants.
- 48 - Hedrich D, Alves P, Farrell M, Stover H, Moller L, Mayet S. The effectiveness of opioid maintenance treatment in prison settings: a systematic review. *Addiction*. 2012 ; 107 (3) : 501-17.
- 49 - Dolan KA, Shearer J, White B, Zhou J, Kaldor J, Wodak AD. Four-year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, re-incarceration and hepatitis C infection. *Addiction*. 2005 ; 100 (6) : 820-8.
- 50 - Stöver H, Nelles J. Ten years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons. *International Journal of Drug Policy*. 2003 ; 14 (5-6) : 437-44.
- 51 - WHO Regional Office for South-East Asia, WHO Regional Office for the Western Pacific, UNODC Regional Centre for East Asia and the Pacific. Guidance on testing and counselling for HIV in settings attended by people who inject drugs: improving access to treatment, care and prevention. Genève : World Health Organization ; 2009.
- 52 - WHO. HIV and young people who inject drugs. Genève : World Health Organization ; 2015.
- 53 - WHO, UNODC, UNAIDS. Effectiveness of interventions to address HIV in prisons. Genève : World Health Organization ; 2007.
- 54 - WHO. Guidelines for the screening, care and treatment of persons with hepatitis C infection. Genève : World Health Organization ; 2014.
- 55 - OMS. Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool. Genève : Organisation Mondiale de la Santé ; 2010.
- 56 - WHO. Community management of opioid overdose. Genève : World Health Organization ; 2014.
- 57 - Pour en savoir plus, les missions confiées au dispositif de "RdR" en France sont détaillées dans le chapitre 1<sup>er</sup> du titre II du livre 1<sup>er</sup> de la troisième partie du Code de la santé publique (Art. L. 3121-4. – II).
- 58 - INSERM. Dispositifs de réduction des risques en France (chapitre 15). In : Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. Paris : INSERM, coll. Expertise collective ; 2010. p. 255-72.
- 59 - Costes JM, Vaissade L, Colasante E, Palle C, Legleye S, Janssen E, Toufik A, Cadet-Tairou A. Prévalence de l'usage problématique de drogues en France - estimations 2006. Saint-Denis : OFDT ; 2009.
- 60 - Diaz Gómez C, Milhet M. Les CAARUD en 2014 : couverture, publics et matériels de RdRD distribués. *Tendances*. 2016 ; (113).
- 61 - Palle C, Rattanatrav M. Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en 2014. Situation en 2014 et évolutions sur la période 2005-2014. Saint-Denis : OFDT ; à paraître.
- 62 - Bello PY, Cadet-Tairou A, Halfen S. L'état de santé des usagers problématiques. In : Costes JM. Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND. Saint-Denis : OFDT ; 2010. p. 38-50.
- 63 - Cadet-Tairou A, Gandilhon M, Lahaie E, Chalumeau M, Coqueulin A, Toufik A. Drogues et usages de drogues en France. État des lieux et tendances récentes 2007-2009. Neuvième édition du rapport national du dispositif TREND. Saint-Denis : OFDT ; 2010.
- 64 - Duplessy C, Pourchon F. Bilan de 3 ans d'expérimentation de la réduction des risques à distance (2011-2014). Paris : Association SAFE ; 2015.
- 65 - Voir les différentes actions menées dans ce domaine par le Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions (RESPADD) depuis 2011.
- 66 - Jauffret-Roustide M, Benoit T, Santos A. Évaluation des outils de réduction des risques liés à l'injection. Paris : Cermes3 (Inserm U988) et InVS ; 2013.
- 67 - Milhet M. Évaluation de l'acceptabilité des kits EXPR' par les usagers de drogues. Saint-Denis : OFDT ; 2016.
- 68 - Poloméni P, Schwan R. Management of opioid addiction with buprenorphine: French history and current management. *International Journal of General Medicine*. 2014 ; (7) : 143-8.
- 69 - Robinet S. Communiqué du 19 septembre 2012 du président de l'association Pharm'addict : 50 000 patients sous méthadone en juillet 2012 !! Trop ou trop peu ? <http://a-f-r.org/50-000-patients-sous-methadone-en-juillet-2012-trop-ou-trop-peu/> [accédé le 19/02/2016].
- 70 - Brisacier AC, Collin C. Les traitements de substitution aux opiacés en France : données récentes [Opioid substitution treatments in France: recent data]. *Tendances*. 2014 ; (94).
- 71 - Palle C, Rattanatrav M. Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en 2010. Situation en 2010 et évolutions sur la période 2005-2010. Saint-Denis : OFDT ; 2013.
- 72 - FFA, ANAES. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution. Textes des recommandations. Conférence de consensus ; Lyon ; 23-24 juin 2004. Saint-Denis : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé ; 2005.
- 73 - Assurance Maladie. Medic'AM 2012-2014. 2015. <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/medicament/medic-am/medic-am-2012-2014.php> [accédé le 11/12/2015].
- 74 - Carrieri PM, Michel L, Lions C, Cohen J, Vray M, Mora M, Marcellin F, Spire B, Morel A, Roux P, the Methaville Study Group. Methadone induction in primary care for opioid dependence: a pragmatic randomized trial (ANRS Methaville). *PLoS ONE*. 2014 ; 9 (11) : e112328.
- 75 - MILDT. Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017. Paris : Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie ; 2013.
- 76 - Le sulfate de morphine est théoriquement utilisable dans le cas de la circulaire Girard du 27 juin 1996, émanant de la DGS, qui autorise la prescription de sulfate de morphine après accord du médecin conseil de la CPAM, en cas d'échec des traitements de substitution ayant une AMM (BHD, méthadone) ou en cas de contre-indications de ceux-ci. Ce texte réglementaire reste néanmoins peu connu.
- 77 - Il existe peu d'études d'efficacité sur les traitements en deuxième intention. Pour le sulfate de morphine per os, voir : [http://www.ths-biarritz.com/wp-content/uploads/2011/12/jeudi\\_pleniere1\\_PM\\_lapeyre.pdf](http://www.ths-biarritz.com/wp-content/uploads/2011/12/jeudi_pleniere1_PM_lapeyre.pdf). Pour l'héroïne injectable supervisée, voir : [http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/690/Heroin\\_In-sight\\_335259.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/690/Heroin_In-sight_335259.pdf).
- 78 - Eder H, Jagsch R, Kraigher D, Primorac A, Ebner N, Fischer G. Comparative study of the effectiveness of slow-release morphine

- and methadone for opioid maintenance therapy. *Addiction*. 2005 ; 100 (8) : 1101-09.
- 79 - Jegu J, Gallini A, Soler P, Montastruc JL, Lapeyre-Mestre M. Slow-release oral morphine for opioid maintenance treatment: a systematic review. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 2011 ; (71) : 12.
- 80 - Kraigher D, Jagsch R, Gombas W, Ortner R, Eder H, Primorac A, Fischer G. Use of slow-release oral morphine for the treatment of opioid dependence. *European Addiction Research*. 2005 ; 11 (3) : 145-51.
- 81 - EMCDDA, Strang J, Groshkova T, Metrebian N. New heroin-assisted treatment. Recent evidence and current practices of supervised injectable heroin treatment in Europe and beyond. Luxembourg : Publications Office of the European Union, coll. EMCDDA Insights n°11 ; 2012.
- 82 - NHS. Injectable heroin (and injectable methadone). Potential roles in drug treatment. London : National Treatment Agency, National Treatment Agency for Substance Misuse ; 2003.
- 83 - INSERM. Parcours de soins des usagers de drogues (chapitre 13). In : Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. Paris : INSERM, coll. Expertise collective ; 2010. p. 231-40.
- 84 - Cadet-Taïrou A, Saïd S, Martinez M. Profils et pratiques des usagers des CAARUD en 2012. *Tendances*. 2015 ; (98).
- 85 - HAS. Place des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans la stratégie de dépistage de l'hépatite C. Recommandation en santé publique. Saint-Denis : Haute Autorité de Santé ; 2014.
- 86 - Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Arrêté du 1<sup>er</sup> août 2016 fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2) et de l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) en milieu médico-social ou associatif. NOR : AFSP1622318A. *JORF*. 2016 ; (5 août, 0181).
- 87 - Ireps Haute-Normandie. Les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD). Bibliographie indicative. Rouen : Ireps Haute-Normandie ; 2014.
- 88 - Ministère de la Santé. Arrêté du 13 octobre 2015 modifiant l'arrêté du 22 février 1990 portant exonération à la réglementation des substances vénéneuses destinées à la médecine humaine. NOR : AFSP1524271A. *JORF*. 2015 ; (16 octobre, 0240).
- 89 - ANSM. Compte rendu de la séance n° 12 du 15 octobre 2015 de la Commission des stupéfiants et des psychotropes. Saint-Denis : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de Santé ; 2015.
- 90 - Diaz Gomez C. Les salles de consommation en Europe. Synthèse de la revue de littérature internationale. Note de synthèse. Saint-Denis : OFDT ; 2009.
- 91 - EMCDDA. Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence. Perspectives on drugs. Lisbonne : EMCDDA ; 2015. <http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/drug-consumption-rooms> [accédé le 2016/01/29].
- 92 - Kimber J, Dolan K. Shooting gallery operation in the context of establishing a medically supervised injecting center: Sydney, Australia. *Journal of Urban Health*. 2007 ; 84 (2) : 255-66.
- 93 - Kimber J, Palmateer N, Hutchinson S, Hickman M, Goldberg D, Rhodes T. Harm reduction among injecting drug users - evidence of effectiveness. In : EMCDDA, Rhodes T, Hedrich D. Harm reduction: evidence, impacts and challenges. Luxembourg : Office for Official Publications of the European Communities, coll. Scientific Monograph Series n° 10 ; 2010 : 115-63.
- 94 - Salmon AM, Thein HH, Kimber J, Kaldor JM, Maher L. Five years on: what are the community perceptions of drug-related public amenity following the establishment of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre? *International Journal of Drug Policy*. 2007 ; 18 (1) : 46-53.
- 95 - Marshall BDL, Milloy MJ, Wood E, Montaner JSG, Kerr T. Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study. *The Lancet*. 2011 ; 377 (9775) : 1429-37.
- 96 - Wood E, Kerr T, Small W, Li K, Marsh DC, Montaner JSG, Tyndall MW. Changes in public order after the opening of a medically supervised safer injecting facility for illicit injection drug users. *Canadian Medical Association Journal*. 2004 ; 171 (7) : 731-4.
- 97 - Wood E, Tyndall MW, Lai C, Montaner J.S, Kerr T. Impact of a medically supervised safer injecting facility on drug dealing and other drug-related crime. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. 2006 ; 1 (13).
- 98 - Wood E, Tyndall MW, Zhang R, Montaner J.S, Kerr T. Rate of detoxification service use and its impact among a cohort of supervised injecting facility users. *Addiction*. 2007 ; 102 (6) : 916-9.
- 99 - Bayoumi AM, Zaric GS. The cost-effectiveness of Vancouver's supervised injection facility. *Canadian Medical Association Journal*. 2008 ; 179 (11) : 1143-51.
- 100 - Enns EA, Zaric GS, Strike CJ, Jairam JA, Kolla G, Bayoumi AM. Potential cost-effectiveness of supervised injection facilities in Toronto and Ottawa, Canada. *Addiction*. 2016 ; 111 (3) : 475-89.
- 101 - Roux P, Le Gall JM, Debrus M, Protopopescu C, Ndiaye K, Demoulin B, Lions C, Haas A, Mora M, Spire B, Suzan-Monti M, Carrieri PM. Innovative community-based educational face-to-face intervention to reduce HIV, hepatitis C virus and other blood-borne infectious risks in difficult-to-reach people who inject drugs: results from the ANRS-AERLI intervention study. *Addiction*. 2016 ; 111 (1) : 94-106.
- 102 - Hunt N, Stillwell G, Taylor C. Evaluation of brief intervention to prevent initiation into injecting. *Drug Education Prevention and Policy*. 1998 ; (5) : 185-94.
- 103 - WHO. WHO Guidelines on HIV infection and AIDS in prisons. Genève : World Health Organization ; 1993.
- 104 - Michel L. Le point sur la réduction des risques en milieu pénitentiaire. *Acta*. 2013 ; (13) : 52-5.
- 105 - Obradovic I. Programmes d'échange de seringues en milieu pénitentiaire. *Revue internationale des expériences. Psychotropes*. 2013 ; 19 (3) : 173-95.
- 106 - Sannier O, Verfaillie F, Lavielle D. Réduction des risques et usages de drogues en détention : une stratégie sanitaire déficiente et inefficace. *La Presse Médicale*. 2012 ; (41) : 375-85.
- 107 - Jauffret-Roustide M, Pillonel J, Weill-Barillet L, Léon L, Le Strat Y, Brunet S, Benoit T, Chauvin C, Lebreton M, Barin F, Semaille C. Estimation de la séroprévalence du VIH et de l'hépatite C chez les usagers de drogues en France. Premiers résultats de l'enquête ANRS-Coquelicot 2011 [Estimation of HIV and hepatitis C prevalence among drug users in France - First results from the ANRS-Coquelicot 2011 Survey]. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. 2013 ; (39-40) : 504-9.
- 108 - Tournier PV. OPALE – Observatoire de la privation de liberté et des sanctions et mesures appliquées dans la communauté. OPALE 1 : État de la population sous écrou au 1<sup>er</sup> novembre 2015 et évolution sur un an. Paris : Ministère de la Justice ; 2015.
- 109 - Debeauvais J. Circulaire DHOS/02 n°2003-254 du 27 mai 2003 relative à l'enquête "un jour donné" au cours de la semaine du 23 au 27 juin 2003 sur les personnes détenues infectées par le VIH ou le VHC connues des équipes médicales intervenant dans les établissements pénitentiaires (unités de consultations et de soins ambulatoires – UCSA). *BO Santé*. 2003 (18 octobre, 2003/40) : 171-84.
- 110 - DGS. Enquête PREVACAR - Volet offre de soins : VIH, hépatites et traitements de substitution en milieu carcéral. Paris : Direction Générale de la Santé ; 2011.
- 111 - Semaille C, Le Strat Y, Chiron E, Chemlal K, Valantin MA, Serre P, Cate L, Barbier C, Jauffret-Roustide M, Groupe Prevacar. Prevalence of human immunodeficiency virus and hepatitis C virus among French prison inmates in 2010: a challenge for public health policy. *Eurosurveillance*. 2013 ; 18 (28) : art. 20524.
- 112 - Remy AJ, Benhaïm S, Khemissa F. Prise en charge de l'hépatite C en prison. *La Revue du Praticien*. 2003 ; (17) : 1325-7.
- 113 - InVS. Surveillance et prévention des hépatites B et C en France : bilan et perspectives. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. 2009 ; (20-21) : 193-220.
- 114 - Stoicescu C. The global state of harm reduction 2012. Towards an integrated response. London : Harm Reduction International ; 2012.
- 115 - EMCDDA. Trends in injecting drug use in Europe. Selected issue. Lisbonne : EMCDDA ; 2010.
- 116 - Rotily M, ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur. Stratégies de réduction des risques de l'infection à VIH et des hépatites en milieu carcéral : synthèse. In : Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral. Paris : Direction de l'Administration Pénitentiaire, Direction Générale de la Santé ; 2000 : 35-51.
- 117 - Rotily M, Weilandt C, Bird SM, Kall K, Van Haastrecht HJ,

- landolo E, Rousseau S. Surveillance of HIV infection and related risk behaviour in European prisons. A multicentre pilot study. *European Journal of Public Health*. 2001 ; 11 (3) : 243-50.
- 118 - Rotily M, Delorme C, Ben Diane MK. Réduction des risques de l'infection à VIH et des hépatites en milieu carcéral : prévalence des pratiques à risques et analyse des contraintes et de la faisabilité des programmes de réduction des risques en milieu carcéral. Marseille : ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur ; 1998.
- 119 - Michel L, Jauffret-Roustide M, Blanche J, Maguet O, Calderon C, Cohen J, Taieb C, Carriero P, Groupe de travail ANRS PRI<sup>2</sup>DE. Prévention du risque infectieux dans les prisons françaises. L'inventaire ANRS-PRI<sup>2</sup>DE. 2009. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. 2011 ; (39) : 409-12.
- 120 - Cazein F, Pillonel J, Le Strat Y, Pinget R, Le Vu S, Brunet S, Thierry D, Brand D, Leclerc M, Benyelles L, Da Costa C, Barin F, Lot F. Découvertes de séropositivité VIH et SIDA, France. 2003-2013. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. 2015 (9-10) : 152-61.
- 121 - Si l'on considère l'ensemble des usagers de drogues, il est clair que la part des injecteurs faiblit, même en l'absence de données en population générale, puisque l'usage de substances psychoactives s'est étendu, au cours des 20 dernières années, à des consommations récréatives majoritairement par voie orale, en sniff ou encore par inhalation à chaud. Si l'on se centre sur les usagers problématiques, la tendance est plus difficile à apprécier puisque le taux mesuré dans les structures de soins et de RdR dépend à tout moment du type de public reçu, tous n'ayant pas les mêmes pratiques. Ainsi, le taux d'injection peut évoluer par dilution des populations d'usagers injecteurs dans de nouveaux groupes d'usagers (usagers problématiques de cannabis dans les CSAPA, usagers attirés par l'offre de kit pour fumer dans les CAARUD, par exemple), sans que, dans l'absolu, leur nombre baisse. Les données concernant les modes de consommation par produit montrent clairement que l'héroïne est maintenant majoritairement consommée en sniff, mais à l'inverse, l'injection de stimulants s'est développée dans certaines populations. Il semble cependant que l'injection ne soit plus le mode d'entrée dans les consommations et que de jeunes usagers peuvent, par exemple, connaître une dépendance à l'héroïne sans jamais avoir injecté.
- 122 - Centres d'Évaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance, Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé. DRAMES. Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances. Résultats de l'enquête 2011. Saint-Denis : ANSM ; 2013.
- 123 - Le Naour G, Hamant C, Chamard-Coquaz N. Faire accepter les lieux de réduction des risques : un enjeu quotidien. Lyon: Centre d'Étude et de Recherche sur les Pratiques et l'Espace ; 2014.
- 124 - Ben Lakhdar C, Milhet M, Diaz Gomez C. Réduction des risques : transmission du VHC, efficacité des outils et acceptabilité par les usagers. *Revue de littérature*. Saint-Denis : OFDT ; 2008.
- 125 - Connolly JA, Joly LE. Outreach with street-involved youth: a quantitative and qualitative review of the literature. *Clinical Psychology Review*. 2012 ; 32 (6) : 524-34.
- 126 - Ritter A, Cameron J. A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug and Alcohol Review*. 2006 ; 25 (6) : 611-24.
- 127 - Tommasello AC, Myers CP, Gillis L, Treherne LL, Plumhoff M. Effectiveness of outreach to homeless substance abusers. *Evaluation and Program Planning*. 1999 ; 22 (3) : 295-303.
- 128 - OFDT, Pôle TREND. Guide SINTES (2<sup>e</sup> édition). Saint-Denis : OFDT ; 2015.
- 129 - À ce jour, l'efficacité de ces actions n'a pas été démontrée, mais les usagers y adhèrent fortement. Voir <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/ActesJournneeCAARUD2015.pdf>.
- 130 - Le Garjean N, Vivier-Rousselot V. Conduites addictives. Mieux utiliser Internet et le mobile en prévention et réduction des risques. État des lieux : revue de littérature et recensement des outils francophones. Rennes : AIRDDS Bretagne ; 2013.
- 131 - Strike C, Watson TM, Kolla G, Penn R, Bayoumi AM. Ambivalence about supervised injection facilities among community stakeholders. *Harm Reduction Journal*. 2015 ; 12 : 26.
- 132 - Dube E, Masse R, Noel L. Acceptabilité des interventions en réduction des méfaits : contributions de la population aux débats éthiques de santé publique. *Can J Public Health*. 2009 ; 100 (1) : 24-8.
- 133 - Kral AH, Wenger L, Carpenter L, Wood E, Kerr T, Bourgeois P. Acceptability of a safer injection facility among injection drug users in San Francisco. *Drug and Alcohol Dependence*. 2010 ; 110 (1-2) : 160-3.
- 134 - Wenger LD, Martinez AN, Carpenter L, Geckeler D, Colfax G, Kral AH. Syringe disposal among injection drug users in San Francisco. *American Journal of Public Health*. 2011 ; 101 (3) : 484-6.
- 135 - Cruz MF, Patra J, Fischer B, Rehm J, Kalousek K. Public opinion towards supervised injection facilities and heroin-assisted treatment in Ontario, Canada. *International Journal of Drug Policy*. 2007 ; 18 (1) : 54-61.
- 136 - Treloar C, Fraser S. Public opinion on needle and syringe programmes: avoiding assumptions for policy and practice. *Drug and Alcohol Review*. 2007 ; 26 (4) : 355-61.
- 137 - Keyl PM, Gruskin L, Casano K, Montag H, Junge B, Vlahov D. Community support for needle exchange programs and pharmacy sale of syringes: a household survey in Baltimore, Maryland. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*. 1998 ; 18 (Suppl. 1) : S82-8.
- 138 - Uchtenhagen A. Harm reduction: the case of Switzerland. *European Addiction Research*. 1995 ; 1 (3) : 86-91.
- 139 - Bergman M, Cattacin S, Lucas B, Wernli B. Libéraliser, réduire les risques, soigner ou réprimer ? L'opinion de la population suisse à l'égard de la politique en matière de drogue. Genève : Université de Genève, coll. Travaux et communications du département de science politique n° 8 ; 1997.
- 140 - Kwon JA, Anderson J, Kerr CC, Thein HH, Zhang L, Iversen J, Dore GJ, Kaldor JM, Law MG, Maher L, Wilson DP. Estimating the cost-effectiveness of needle-syringe programs in Australia. *Aids*. 2012 ; 26 (17) : 2201-10.
- 141 - Zhang L, Yap L, Xun Z, Wu Z, Wilson DP. Needle and syringe programs in Yunnan, China yield health and financial return. *BMC Public Health*. 2011 ; 11 (250).
- 142 - Tovar ML, Le Nézet O, Bastianic T. Perceptions et opinions des Français sur les drogues. *Tendances*. 2013 ; (88).
- 143 - L'article 41 de la loi stipule que les actions de RdR visent à "participer à l'analyse, à la veille et à l'information, à destination des pouvoirs publics et des usagers, sur la composition, sur les usages en matière de transformation et de consommation et sur la dangerosité des substances consommées" (Article L3411-8-II, 5<sup>e</sup> alinéa du CSP).
- 144 - Beck F, Legleye S. Measuring cannabis related problems and dependence at the population level. In : EMCDDA, Rödner Sznitman S, Olsson B, Room R. A cannabis reader: global issues and local experiences. Perspectives on cannabis controversies, treatment and regulation in Europe. Luxembourg : Office for official publications of the European communities ; 2008. p. 29-57.
- 145 - Legleye S, Guignard G, Richard JB, Kraus L, Pabst A, Beck F. Psychometric and screening properties of the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) in the general population. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 2015 ; 24 (2) : 170-83.
- 146 - Beck F. Jeunes et addictions. Saint-Denis : OFDT ; 2016.
- 147 - Une revue de littérature sur ce thème est en cours à l'INPES.
- 148 - Beck F, Andler R, Lermenier-Jeannet A. La cigarette électronique en France : entre principe de précaution et réduction des risques. *Dépendances*. 2015 ; (56) : 15-7.
- 149 - Gmel G, Baggio S, Mohler-Kuoef M, Daeppen JB, Studera J. E-cigarette use in young Swiss men: is vaping an effective way of reducing or quitting smoking? *Swiss Medical Weekly*. 2016 ; 146 : w14271.

#### Actualisation

A1 - La naloxone par voie nasale est désormais disponible dans le cadre d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) de cohorte depuis juillet 2016. Cependant, seuls les médecins exerçant en CSAPA, en service d'addictologie à l'hôpital, dans un service des urgences, dans tout autre service bénéficiant de l'intervention d'une équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) et en unité sanitaire en milieu pénitentiaire peuvent inclure les patients dans l'ATU de cohorte. La délivrance est réservée aux pharmaciens en charge de la dispensation dans les pharmacies hospitalières et dans les CSAPA hospitaliers.