

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

Dr Jean-Michel Delile*

* Directeur du CEID, Bordeaux. Courriel : jm.delile@wanadoo.fr

En quoi les pratiques de RdRD peuvent-elles s'intégrer dans les stratégies de prévention et de soin et les améliorer, dans tous les secteurs des addictions ?

Quelle place des usagers dans ces modalités d'action ?

Résumé

L'épidémie de sida chez les usagers de drogues au cours des années 1980 mit en évidence que les pratiques de soins des addictions, orientées jusqu'alors vers la seule abstinence, étaient pour partie responsables du problème. Cela conduisit à un véritable changement de paradigme avec le développement d'actions pragmatiques de réduction des risques (RdR) s'appuyant notamment sur les programmes d'échange de seringues et les traitements de substitution aux opiacés. Ces évolutions ne se firent pas sans heurts et, dans une certaine mesure, ces approches apparemment contradictoires connurent des développements séparés. Pour autant et face aux nouveaux défis présentés notamment par l'hépatite C chez les usagers de drogues, les données actuelles indiquent que ce sont bien les interventions combinées, offrant à la fois l'accès à des services de prévention, de soins et de RdR, qui sont les plus efficaces. Cette approche intégrative, soutenue par les usagers-pairs, apparaît également être la plus pertinente dans l'ensemble des addictions et pas seulement dans le domaine des toxicomanies par voie injectable.

Mots-clés

Réduction des risques et des dommages (RdRD) – Abstinence – Modération – Intervention combinée – Approche intégrative.

Summary

How can we integrate harm and risk reductions practices into prevention and care strategies? Can we improve these practices? In all areas of addiction? What is the user's role in these actions?

During the AIDS epidemic among drug users in the 80s, addiction care was centered primarily on abstinence. This was also partially responsible for the problem. This led to a paradigm shift toward developing pragmatic risk reduction programs based on needle exchanges and opioid substitution therapy. Changes occurred with a few bumps along the way and, to a certain extent, these seemingly contradictory approaches developed separately. However, in order to face new challenges among drug users such as hepatitis C, actual data indicate that combined interventions, offering access to prevention, to care and to risk reduction, are indeed the most effective. This integrative approach, supported by peer-users, appears to be the most pertinent approach in all addictions and not just injecting drug users.

Key words

Harm and risks reduction – Abstinence – Moderation – Combined Intervention – Integrative approach.

Historiquement, les interventions de réduction des risques et des dommages (RdRD) se sont développées au cours des années 1980 dans le champ des addictions en réponse à l'épidémie de sida chez les usagers de drogues injecteurs (UDI). Ce contexte particulier éclaire les tensions initiales, parfois assez vives et tout particulièrement en France, entre les promoteurs de ces innovations, souvent des organismes communautaires ou humanitaires, et les acteurs "traditionnels" de la prévention et du traitement des toxicomanies. Le traumatisme initial dans notre pays est dû au lien évident entre l'épidémie de sida chez les UDI et les difficultés d'accès aux seringues, difficultés en partie dues au décret du 13 mars 1972 qui, dans la lignée de la loi du 31 décembre 1970, restreignait de façon drastique l'accès aux seringues. Or ce décret, adopté en accord avec certaines figures historiques du soin aux toxicomanes, avait pour objectif essentiel, comme la loi de 1970, de "prévenir" le passage des jeunes à l'injection et à la toxicomanie... Ce constat conduisit nombre de partisans de la RdRD à penser que les avancées qu'elle permettait en santé publique ne pouvaient se construire et se développer qu'en rupture avec les pratiques traditionnelles de prévention et de soin visant à l'abstinence, qu'ils rendaient responsables d'avoir contribué à la diffusion du VIH chez les UDI. RdRD et prévention/soin des toxicomanies semblaient donc s'opposer. Pour les plus radicaux des "militants" de la RdRD, les risques liés aux drogues semblaient d'ailleurs plus liés à leur prohibition qu'aux produits eux-mêmes. La "prévention" ou le "traitement" de la toxicomanie pouvaient dès lors être lus de surcroît comme une "stigmatisation" ou une "pathologisation" de ces conduites et donc être nécessairement et intrinsèquement contre-productifs. De ce point de vue, la seule intervention qui pourrait être radicalement efficace serait la légalisation. De leur côté, beaucoup d'acteurs de la prévention et du soin voyaient dans les premières initiatives de RdRD (programmes d'échange de seringues – PES, traitements de substitution aux opiacés – TSO...) un risque de banalisation du danger des drogues, une renonciation totale à tout projet d'abstinence, de "guérison" réelle, au seul bénéfice d'une normalisation sociale.

La volonté de rupture et les conflits entre acteurs semblaient donc imposer à tout le moins des évolutions séparées entre les champs de la RdRD, de la prévention et des soins des addictions, entre les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD, 2005) et les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addic-

tologie (CSAPA, 2007)... Pour autant, la force des réalités – et, en l'espèce, la complexité des problèmes d'addiction – amenait très vite les acteurs à repérer les limites de toute approche séparée et à mesurer au contraire l'apport d'interventions combinées. Si en effet, sous la pression du VIH, nombre d'acteurs du soin se rallièrent aux PES et aux TSO, y compris à des fins de RdRD (1), de leur côté les acteurs de la RdRD ne purent que mesurer leurs difficultés dans la prévention de l'épidémie de VHC chez les UDI ou, à l'inverse, l'efficacité des traitements antirétroviraux dans la prévention et la RdRD du VIH chez les UDI. Les lignes bougeaient, chacun pouvait observer que des actions de RdRD facilitaient l'accès aux soins de sujets qui en étaient très éloignés et, à l'inverse, que des traitements pouvaient faire œuvre de RdRD. L'heure était donc venue d'expérimenter des approches combinées "*cherchant à conjuguer les deux concepts dans une même trajectoire des personnes*" (2) et de "*mettre fin (enfin !) au clivage entre soigner et réduire les risques*" (3).

Introduction

Initialement mises en œuvre de manière isolée – certains acteurs parlaient de RdRD "pure", les interventions de RdRD sont de plus en plus souvent combinées avec des actions de prévention et de soin pour améliorer encore leur efficacité dans le cadre d'une approche intégrative. D'autre part, si la RdRD a été développée à ses origines pour réduire l'impact dramatique du sida chez les UDI, les pratiques addictives se sont diversifiées depuis les années 1980 avec la montée en puissance notamment des usages problématiques de cannabis, de cocaïne, de nouveaux produits de synthèse (NPS)... Plus récemment, elle a également pu faire la preuve de son utilité dans le cadre d'addictions comportementales ou d'addictions à des psychotropes légaux (alcool, tabac). Enfin, la RdRD a dans bien des pays été inventée et promue par les usagers de drogues (UD) eux-mêmes et leurs organisations (4), et l'une de ses richesses essentielles, même quand elle est portée par des professionnels, est bien le rôle central qu'y jouent les usagers, leurs attentes et leur expertise dans une dynamique de promotion de la santé. C'est l'une des voies par laquelle la RdRD a le plus positivement influencé les pratiques soignantes. Là encore, on retrouve l'approche intégrative, loin d'avancer séparés parfois même dans un climat de tension ou d'opposition, professionnels et usagers visent à être co-acteurs et co-auteurs d'actions de santé publique sur la base d'une collaboration non hiérarchisée.

Ce rapport sur l'approche intégrative vise donc à préciser en quoi les pratiques de RdRD peuvent s'intégrer dans les stratégies de prévention et de soin et les améliorer. Dans une première partie, il abordera cette question dans le champ initial de la RdRD (injecteurs de drogues et risque infectieux : sida, hépatites) ; dans une deuxième, cette réflexion sera élargie à tous les secteurs des addictions avant, dans la troisième partie, de souligner le rôle essentiel qu'ont joué et que doivent jouer les usagers de drogues dans toutes ces initiatives.

La RdRD comme intervention intégrée – *combination intervention* (5, 6)

Comme le rappelle Ball (5, 7), l'usage de drogues est associé à des risques et dommages sur la santé à la fois multiples et changeants, ce qui requiert des réponses sans cesse plus diversifiées et complexes. Il y a un consensus émergent selon lequel les programmes de RdRD doivent être globaux et flexibles s'ils veulent obtenir des résultats significatifs en santé publique. L'exemple de la prévention et du traitement du VIH puis du VHC chez les UDI illustre bien l'importance d'adopter une définition élargie plutôt que restrictive de la RdRD. Les programmes de RdRD sur le terrain doivent dépasser de simples interventions spécifiques (telles que des PES ou des TSO), délivrées de manière isolée, pour aller vers un ensemble d'interventions combinées et incluses dans un ensemble global d'interventions sanitaires et sociales qu'ils viennent enrichir. C'est ainsi que doit se concevoir une dynamique réellement intégrative.

En tant qu'approche intégrée, la RdRD comprend un ensemble d'interventions adaptées à un espace et des personnes ayant des besoins d'intervention particuliers, incluant l'accès à des soins de l'addiction. Dans le domaine de la réduction des risques liés aux injections par exemple, un "package" RdRD peut combiner des TSO, un PES, des espaces ou des salles de consommation à moindres risques (SCMR), un soutien psychosocial et des interventions par des pairs aussi bien que du lobbying pour des changements politiques.

Supériorité des interventions combinées

Envisager la RdRD comme une intervention intégrée n'est pas seulement une approche pragmatique et portée

par la nécessité, elle est aussi *evidence-based*, fondée sur les preuves. L'évidence montre que l'impact des services de RdRD est augmenté quand ils travaillent de manière combinée avec des approches de prévention et de soin.

En effet, tandis que de nombreuses études épidémiologiques ont montré l'efficacité des PES dans la réduction de l'incidence et de la transmission du VIH (8-12), les preuves concernant l'efficacité de ces interventions dans le domaine du VHC étaient plus modestes (11-14) compte tenu du pouvoir infectant élevé de ce virus et de sa forte résistance. C'est alors que l'étude de Van Den Berg et al. à Rotterdam (15) mit en évidence l'intérêt des programmes combinés, PES et TSO. Cette étude fondamentale montre ainsi que ni les TSO seuls (méthadone) ni l'échange de seringues à lui seul ne sont associés avec une réduction de l'incidence du VHC, seule la participation complète à des actions combinées, associant TSO et échange de seringues, contribue à un tel résultat quand elle s'intègre à un programme global, médico-psychosocial. L'expérience du Royaume-Uni (16) va dans le même sens, en examinant les effets indépendants et combinés de TSO et de PES : il apparaît que ce sont les interventions combinées qui réduisent le plus la transmission du VHC.

Les études de cohorte et de modélisation montrent également de leur côté que l'impact des TSO ou des PES sur la réduction de l'incidence des maladies infectieuses chez les UDI est minimal quand ces interventions sont délivrées de manière isolée, en *stand-alone*, mais qu'il est beaucoup plus important quand elles sont délivrées de manière combinée avec un réel engagement des participants dans les deux approches (15, 17). Néanmoins, les études de modélisation laissent envisager un impact assez limité sur la prévalence globale (18).

D'autre part, de même que l'efficacité des TSO et des PES est augmentée quand ces services sont proposés de manière combinée, de même la participation à un programme TSO améliore l'adhésion à des soins et traitements du VIH chez les UDI (19-21). Or, l'amélioration de l'accès aux traitements du VIH a un effet préventif sur l'infection par le VIH (7, 22). L'évidence suggère également une augmentation de l'impact des traitements des VIH et VHC quand ils sont combinés à un meilleur accès à des services de soins des addictions et à des services sociaux (23, 24). Là encore, tout démontre que, loin de s'opposer, RdRD, soins et prévention se confortent mutuellement, la RdRD favorisant l'accès aux soins et les soins renforçant l'efficacité de la RdRD.

De la même manière, un accès bas seuil à des possibilités de dépistage VIH/VHC doit être un élément important des dispositifs combinés de RdRD. Ces possibilités de dépistage, de diffusion d'information et de *counselling* sur les maladies infectieuses doivent être associées aux PES et aux soins, dans les CSAPA, dans les CAARUD, pour trouver leur pleine efficacité. Les nouveaux dispositifs biologiques de dépistage tels que les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) permettent un usage avancé dans des services de RdRD ne disposant pas de plateau technique, en particulier les programmes mobiles. Avec les TROD, la biologie se délocalise ainsi auprès du patient selon les principes du *point of care testing* (POCT).

De même enfin, il convient d'intégrer des services de prévention et de traitement de la tuberculose aux interventions de RdRD, ainsi que des interventions portant sur les risques sexuels.

Élargir le champ de la RdRD et améliorer son impact

Si nous gardons l'exemple originel du risque infectieux (VIH et VHC) chez les UDI, il faut donc élargir le champ de la RdRD à la prévention, au traitement et aux soins, mais jusqu'où élargir ses concepts et ses pratiques ? D'un point de vue général, le rapport récent de la Global Commission on Drug Policy (25), faisant la synthèse de différentes expériences internationales, conclut également que plus les actions de santé publiques orientées vers les usagers de drogues sont accessibles et diversifiées, meilleurs sont les résultats dans la prévention de l'hépatite C.

Dans le contexte du VIH/VHC chez les UDI, il y a de multiples points d'intervention où les risques et dommages liés à ces virus peuvent être réduits, notamment en réduisant la vulnérabilité des personnes, le risque de contamination, en prévenant la transmission, en dépistant et en traitant les personnes infectées, en atténuant l'impact du VIH et du VHC sur les communautés.

Vulnérabilités

Considérant une hiérarchie d'objectifs de RdRD, les interventions peuvent tout d'abord se centrer sur les individus et les populations vulnérables, celles qui sont les plus susceptibles d'adopter des comportements à risque VIH/VHC (tels que par exemple passer d'un usage de

drogues par d'autres voies à des usages par injection) ou qui sont exposées à des situations ou contextes à risque VIH (adversité sociale, fragilité psychosociale, incarcération...) sans avoir déjà eu des comportements à risque. Le but de telles interventions est de réduire leur vulnérabilité en abordant les problèmes de stigmatisation, de discrimination, de marginalisation, d'inégalités de genre et de criminalisation – UNAIDS, 2008 (26) – dans une logique de promotion de la santé.

C'est dans ce cadre qu'il est tout particulièrement important de développer des actions de prévention du passage à l'injection, qui peuvent avoir un réel impact en matière de RdRD. Concernant le risque de contamination par le VHC par exemple, la question des toutes premières injections est en effet cruciale. L'étude Coquelicot (27, 28) a bien montré que si la prévalence VHC était d'environ 60 % chez les usagers de drogues, 27 % de ces personnes ignoraient leur séropositivité VHC. Les données internationales confirment que ce sont plutôt les nouveaux usagers qui connaissent mal l'existence de risques lors du partage du petit matériel (coton, récipient). Le partage du petit matériel reste élevé chez les usagers des CAARUD (25 % dans le mois écoulé, 38 % chez les moins de 25 ans) (29). Chez les usagers de crack, le partage de la pipe à crack atteint 80 % dans le dernier mois (28).

Les toutes premières injections sont particulièrement à risque car elles se font souvent dans le cadre d'initiations par des pairs plus âgés, potentiellement contaminés par le VHC et qui peuvent l'ignorer. L'étude de Roy (30) a ainsi montré que la première injection était majoritairement réalisée non par soi-même mais par une autre personne (deux tiers des cas) et que 62 % seulement des primo-injecteurs avaient utilisé du matériel de préparation propre. Cet enjeu décisif doit amener à creuser toutes les pistes susceptibles de réduire l'initiation à l'usage de la voie veineuse ou, à défaut, de lui permettre de se faire dans les conditions les moins périlleuses possible. Il est donc fondamental d'aider les usagers expérimentés qui eux peuvent être connus des services de soins et de prévention à avoir des pratiques responsables quand ils se trouvent sollicités pour initier un jeune aux injections.

Dans cette perspective, l'Inpes (31) a proposé, à la suite de l'enquête Priminject (32) menée par internet auprès d'usagers de drogues sur les contextes de la première injection, de mettre en place une recherche interventionnelle (EVAL-CLP) portée par le Respadd qui vise

à évaluer un nouvel outil de réduction des risques liés à l'usage de drogues : Change le programme. Change le programme est l'adaptation française de l'intervention d'origine britannique *Break the cycle* (BTC) mise au point par Hunt (33). Son objectif est de faire baisser le nombre d'initiations à l'injection ou, à défaut, de les retarder et de les sécuriser. L'intervention s'adresse ainsi aux injecteurs et vise, dans le cadre d'un entretien basé sur les principes de l'entretien motivationnel, à faire en sorte qu'ils soient plus conscients de l'influence qu'ils exercent sur les usagers non injecteurs et mieux armés pour refuser ou différer les demandes d'initiation. Dans le cadre d'EVAL-CLP, l'intervention Change le programme est en cours d'expérimentation dans sept CAARUD de France.

Cette intervention de prévention s'appuie donc fondamentalement sur des principes liés à la RdRD : non-jugement, implication des usagers eux-mêmes dans l'action, objectifs de RdRD et non d'éradication d'usages de substances, etc.

Réduction du risque de contamination chez les UDI : le cœur de la RdRD historique !

Dans le cœur même de la RdRD, l'intégration avec des actions de soins de prévention et de soins devient l'évidence, y compris avec des supports médicamenteux (TSO, naloxone, prophylaxie pré-exposition – PrEP).

• Accessibilité et diversification des matériels de RdRD

Pour ceux qui sont déjà engagés dans des pratiques à risque VIH/VHC, les interventions doivent cibler ces comportements pour réduire les risques, par exemple avec des TSO ou avec des PES, afin de réduire le partage de matériel injectable. Certains usagers injecteurs sont plus vulnérables que d'autres tels que les femmes, les prisonniers, les résidents en zones rurales parce que ces situations gênent leur accès à des pratiques plus sûres ou à des services de prévention. Cela peut conduire à des programmes spécifiques (PES rural, PES postal, réseaux de pharmaciens, PES en milieu carcéral...) Pour ceux qui injectent, il importe de développer les actions de réduction des risques déjà engagées : information sur les risques liés au partage ou à la réutilisation de matériels, remise de matériels de consommation par injection, inhalation ou snif, diversification de ces matériels, meilleure intégration de ces programmes à des approches combinées avec la possibilité d'accès aux TSO.

• TSO et RdRD

Dans ce cadre, il est important de rappeler que si les TSO, prescrits dans un cadre global et contrôlé, concourent à la réduction des risques infectieux en aidant à diminuer les pratiques d'injection, ils ne les annulent ni chez tous les patients, ni complètement, ni très vite : de nombreux patients sous méthadone s'injectent de la cocaïne ou des opiacés, d'autres s'injectent la buprénorphine haut dosage (BHD) qui leur est prescrite ou qu'ils achètent dans la rue... Ces phénomènes sont fréquemment observés chez les usagers marginalisés rencontrés en CAARUD où les pratiques d'injection (45 % au cours du mois) et de partage de matériel (23 % au cours du mois) restent à un niveau élevé (29). La BHD est parfois le premier opiacé "de rue" utilisé, par détournement, souvent en snif ou par voie intraveineuse, dans un contexte à haut risque de contamination.

Les TSO peuvent avoir un réel impact en RdRD quand ils sont réellement utilisés comme un traitement qui aide les personnes secondairement à réduire leur *craving* pour les opiacés et donc leurs pratiques à risque. Loin de se contrarier, les objectifs et les effets thérapeutiques des TSO concourent plutôt à leur efficacité d'un point de vue de RdRD.

Une bonne rétention en TSO peut conduire à réduire la fréquence et les risques des injections, et cette action combinée avec des dispositifs intégrés de réduction des risques, permettant des pratiques d'injection plus sûres, peut avoir un effet bénéfique de réduction de la transmission du VHC (14) comme le montre bien l'étude d'Amsterdam (15). Ce sont bien les interventions combinées qui réduisent le plus la transmission du VHC même si les études de modélisation laissent envisager un impact assez limité sur la prévalence globale (18).

La question des TSO démontre parfaitement que leur impact direct en RdRD VHC est faible (transmission du VHC à l'occasion d'injections de BHD facilement accessible en France dans des objectifs de RdRD...), mais que ces traitements sont d'autant plus efficaces en RdRD qu'ils sont intégrés à un programme global de prise en charge, accessible et assurant une bonne rétention.

Les usagers et les professionnels (cliniciens et spécialistes de santé publique) ne peuvent donc placer que des espoirs relatifs dans l'efficacité directe de ces traitements

dans le domaine de la prévention de l'infection par le VHC, mais ils peuvent y concourir indirectement. Ils permettent en effet à de nombreux patients d'accéder aux soins (y compris en proposant des galéniques diversifiées, adaptées à leurs attentes elles-mêmes diverses), de mieux prendre en charge les usagers et d'améliorer la compliance et donc l'efficacité des traitements de l'hépatite C quand ils sont mis en œuvre. Chez les usagers de drogues "actifs", non traités par TSO, les interruptions prématurées de traitements sont plus fréquentes (34).

Concernant la cocaïne, diverses études canadiennes (35, 36) tendent à démontrer que le risque de séroconversion VHC est supérieur chez les injecteurs de cocaïne comparés aux injecteurs d'héroïne. Enfin, ces contaminations précoces concernent souvent des injecteurs "débutants" dont l'étude de Roy (30) indique que si les deux tiers d'entre eux avaient déjà utilisé le même produit auparavant (cocaïne ou héroïne en général), ils l'avaient fait par d'autres voies d'administration et sans en être dépendants pour la majorité (deux tiers) d'entre eux. Or l'indication des TSO est la dépendance aux opiacés, pas le simple usage ni l'abus, ce qui pose des problèmes d'ordre à la fois réglementaire et éthique.

• TSO injectables

Les limites relevées avec les TSO dans le domaine du VIH (1, 37) sont encore plus nettes avec un virus rapidement contaminant comme le VHC (38). Les efforts doivent donc se poursuivre dans le sens d'une diversification de l'offre de TSO avec une meilleure accessibilité à des médicaments peu ou pas injectables (méthadone, BHD en films ou implants, combinats avec antagonistes...) et à l'inverse de possibilités de substitution prescrite par voie injectable et supervisée (39). C'est ainsi que commencent à être proposées de nouvelles stratégies d'accès aux soins et de réduction des risques s'appuyant sur le développement de possibilités de traitements de substitution par voie injectable (3). Malgré des progrès indéniables depuis le développement des TSO il y a près de 20 ans, les problèmes sanitaires et sociaux posés par l'usage répété d'opioïdes par injection (héroïne, TSO détournés, sulfate de morphine...) restent en effet à des hauts niveaux de fréquence et de risques dans notre pays.

À la suite de nombreux rapports d'experts, l'expertise collective sur la réduction des risques de l'Inserm de juin 2010 (40) préconisait d'"élargir la palette des options

thérapeutiques en particulier pour les populations présentant une dépendance sévère" et pour cela d'"envisager (après évaluation) dans un cadre médical strict d'autres options thérapeutiques" dont "l'héroïne médicalisée pour disposer d'une option de traitement par injection". La Commission nationale des stupéfiants et psychotropes a donné un avis favorable dans sa séance du 17 décembre 2010 "à la mise en place d'une expérimentation sur la prise en charge, par un médicament de substitution injectable, des patients dépendants aux opiacés et en échec thérapeutique avec les traitements de substitution par voie orale".

Pour améliorer les résultats socio-sanitaires des TSO et en diminuer les "mésusages", trois stratégies sont à mener :

- Améliorer l'offre de TSO déjà existants en augmentant la couverture géographique, en améliorant l'alliance thérapeutique entre le prescripteur, le dispensateur et le patient, et en améliorant l'accessibilité et la qualité des services.
- Donner accès à des médicaments pas ou peu injectables : ce qui a été entrepris pour la méthadone (gélule, projet de primo-prescription en médecine de ville sous réserve de bonnes conditions de sécurité) et pour la buprénorphine (Suboxone® et autres galéniques en voie de développement).
- Donner accès à de nouveaux médicaments de substitution aux opiacés et à d'autres voies d'administration (intraveineuse et intranasale) avec des stratégies thérapeutiques nouvelles, adaptées à de nouveaux besoins repérés et à de nouvelles populations.

Cet objectif de diversification de la gamme des TSO incluant des possibilités d'utiliser certains médicaments par voie injectable est clairement une illustration de l'influence des approches de RdRD sur les pratiques de soins. En l'état actuel des données, aucune de ces pistes (recommandation temporaire d'utilisation – RTU sulfate de morphine, buprénorphine intraveineuse) n'a pu réellement être évaluée ni dégager des perspectives très convaincantes dans le domaine de la prévention directe de la contamination par le VHC, mais le chantier doit être ouvert car les améliorations possibles en termes d'alliance thérapeutique, d'accès aux soins et de sécurisation des pratiques d'injection pourraient avoir un effet bénéfique indirect.

• Sécurisation des injections

Au-delà, les expériences d'accompagnement et d'éducation aux risques liés à l'injection telles que dans le

programme ANRS-AERLI semblent très prometteuses (41). Ces interventions éducatives visent à observer les pratiques d'injection d'usagers et à leur donner en face-à-face des informations sur des pratiques d'injection à moindres risques en fonction des éléments observés.

De même, une réflexion s'est développée sur les salles d'injection dans les suites de l'expertise collective Inserm sur la réduction des risques (40, 42). Les centres d'injection supervisée (CIS) ou SCMR ont montré leur aptitude à recevoir les usagers les plus marginalisés, à faciliter l'accès aux soins et à réduire la mortalité directe par overdose. Leur efficacité directe en matière de réduction de l'incidence du VHC n'a pu encore être mise en évidence (43), en partie du fait de la précocité des séroconversions VHC. Dans la perspective d'une action en amont, ces dispositifs, sous forme fixe et/ou mobile (44), pourraient être expérimentés en les ciblant sur des sites (scènes ouvertes) ou sur des populations marginalisées, à très hauts risques de contamination (VHC, co-infection VIH-VHC), notamment les squatteurs d'immigration récente. Certaines initiatives pourraient également être couplées (SCMR et BTC).

Les SCMR constituent un outil important en matière de réduction des risques liés à l'usage des drogues avec une double finalité initiale : réduire les risques sanitaires de la consommation de drogues et réduire les troubles à l'ordre public. La première a été ouverte à Berne en Suisse en 1986 et si c'est d'abord en Europe que ces établissements se sont développés, des villes d'Australie (Sydney) et du Canada (Vancouver) ont également franchi le pas (44-50). Il existe ainsi près d'une centaine de salles de consommation dans le monde dont la plupart en Europe. Elles ont chacune leur spécificité, mais leur objectif principal est de réduire les risques liés à l'usage de drogues, tout particulièrement par voie injectable (mais aussi par snif ou par inhalation), en milieu urbain et pour les populations les plus précaires. Cette proposition, complémentaire des dispositifs existants, s'adresse donc plus spécialement aux personnes encore éloignées des dispositifs de soins mais aussi des dispositifs de réduction des risques et d'accès aux soins tels que les CAARUD.

Le *Lancet* relève que "*ces programmes sauvent des vies !*" (51) : en permettant un premier contact avec des populations difficiles à atteindre ou cachées ; en offrant de meilleures conditions de sécurité et d'hygiène pour les consommations de personnes n'étant pas à même de les interrompre ; réduction des pratiques à risques (52) ; en

réduisant les décès associés à l'usage de drogues lorsque l'accessibilité aux salles de consommation est appropriée (horaires d'ouverture, proximité avec lieux d'usages et de deal, facilité d'accès bas seuil, couverture géographique adaptée, etc.) (53, 54) ; en permettant un accès effectif des usagers en situation de très grande précarité et extrêmement marginalisés à des services adaptés (soin, conseil, dépistage, orientation...). Ces dispositifs de RdRD jouent ainsi un rôle déterminant dans l'accès aux soins sous réserve d'une bonne intégration au dispositif de soins. Là aussi, la dynamique intégrative doit être de règle pour que ces SCMR soient pleinement efficaces.

Au niveau de l'hépatite C (55), si les études ne sont pas toutes concluantes, l'évaluation finale de la salle d'injection de Sydney montre que les nouveaux cas diagnostiqués d'hépatite C ont continué à augmenter dans tout Sydney, sauf dans le quartier de King Cross, qui est le quartier de la salle d'injection où les nouveaux cas sont restés stables. Ceci indique que les salles de consommation peuvent avoir un impact sur l'épidémie d'hépatite C chez les personnes qui les fréquentent même si cet impact n'est pas suffisant pour pouvoir être repéré par les études en population générale. L'évaluation du site de Vancouver indique qu'il reçoit beaucoup d'usagers à haut risque de contamination VHC et qu'il peut faire bénéficier d'actions de réduction des risques (56, 57). L'expertise collective de l'Inserm (40) relevait qu'aucune étude ou revue n'a permis de mettre en évidence un impact direct des CIS sur la réduction de l'incidence des maladies infectieuses. Ceci tient notamment au fait que les CIS n'ont qu'une couverture faible par rapport à celle des autres interventions visant à modifier les comportements à risque de transmission des maladies infectieuses, leur éventuel impact est par conséquent difficile à isoler.

Il est permis aussi de penser que, pour les raisons précédemment évoquées, plus que leur action isolée de RdRD "pure" (matériel stérile...), ce qui sera le plus efficace dans ces programmes, c'est leur dimension intégrée à un programme d'accès à des soins globaux médico-psychosociaux dont elles constitueraient une intéressante porte d'entrée pour des populations marginalisées.

Ces projets revêtant un caractère sensible politiquement et complexe techniquement nécessitent une évaluation de qualité comme cela a pu être le cas au plan international (58-62). L'impact du dispositif et l'adéquation des moyens mis en place seront mesurés en se référant

aux objectifs présentés dans ce texte et en intégrant le point de vue des usagers (63). Les aspects relatifs à l'implantation de la structure dans le voisinage doivent faire partie intégrante des questions d'évaluation.

En France, suite à la publication de l'expertise de l'Inserm, plusieurs projets ont été construits par différentes équipes à Paris, Strasbourg et Bordeaux notamment. Toutefois, la France restait hésitante vis-à-vis de ces dispositifs innovants, en partie pour des raisons politiques, de sensibilité de l'opinion (64). Il a donc fallu attendre une loi, la Loi de santé du 27 janvier 2016, pour que cette expérimentation puisse être lancée. Elle autorise en effet dans son article 43 l'expérimentation pour une durée de six ans des SCMR dans le cadre d'un cahier de charges national arrêté par le ministre chargé de la Santé.

- Prévention des overdoses : *take-home* naloxone

Si les dispositifs de RdRD étaient à leurs origines centrés sur les risques de contamination VIH/VHC chez les UDI, les intervenants et les usagers ont toujours su que d'autres menaces planaient sur les usagers de drogues et tout particulièrement sur les injecteurs d'opiacés : les décès par overdose (OD) restent un risque majeur. Les interventions de RdRD, surtout les TSO en la matière, ont d'emblée eu un impact favorable sur ce plan particulièrement en France. Néanmoins, les mésusages croissants de TSO détournés, de sulfate de morphine ou de médicaments opioïdes antalgiques viennent tempérer ce résultat (DRAMÉS 2011, ANSM) et ce phénomène a pris une ampleur dramatique en Europe (6 000 à 8 000 morts/an) et surtout aux États-Unis (44 000 morts/an, plus que par AVP) conduisant à un total de près de 70 000 morts/an dans le monde. C'est la deuxième cause de mortalité chez les UDI.

La plupart des OD surviennent à domicile en présence de témoins : amis, partenaires, famille, relations... Le décès peut être évité par des gestes simples de premiers secours/réanimation et/ou l'administration d'un antagoniste opioïde tel que la naloxone. La rapidité d'intervention est une condition de succès, or l'accès à la naloxone est réservé aux professionnels de santé et, souvent, aux seuls services d'urgence. Des initiatives se sont donc développées dans plusieurs pays pour faciliter l'accès à la naloxone en pharmacie (sans prescription), aux services recevant des UDI, aux personnes susceptibles d'être témoins d'OD, aux UDI sortant de prison, etc. (65). L'OMS a formulé des recommandations le 5

novembre 2014 (66) visant à offrir un accès plus large à la naloxone pour éviter des décès par surdose d'opioïdes.

Vingt études fournissent des données sur la remise de naloxone à des témoins possibles d'OD (*take-home* naloxone). Aux États-Unis, sur la base de 50 000 doses remises, les taux de mortalité estimés par OD en présence de personnes à qui l'on a remis de la naloxone est d'environ 1 % (contre 2 à 4 % habituellement dans les communautés sans naloxone). La fréquence de sevrages aigus était de 7,6 % après naloxone, les seuls événements indésirables étaient des crises convulsives (dans 0,45 % des réanimations d'OD).

Ainsi, selon l'OMS, les personnes susceptibles d'assister à une surdose d'opioïdes, notamment d'héroïne, devraient avoir accès à la naloxone et être formées à son administration en urgence, avec des voies d'administration adaptées, ce qui permettrait de réduire les décès par surdose. Pour cela, il faudrait que les personnes à risque d'OD et leur entourage (amis, famille, compagnes/compagnons, etc.) puissent avoir accès à la naloxone, ainsi que les professionnels au contact des usagers (lieux d'accueil et de soins, travailleurs sociaux, policiers, organismes communautaires, équipes de rue, etc.).

“La distribution de naloxone aux profanes réduirait le délai d'administration et réduirait ainsi la mortalité”, considère l'OMS dans un document de près de 90 pages. “Le panel a considéré que la distribution et les interventions pour la formation sont coût-efficaces dans un éventail de contextes socio-économiques pour traiter des surdoses hors hôpital.”

Aux États-Unis depuis 1996, divers programmes de prévention communautaire des OD ont donc commencé à proposer aux “profanes” potentiellement témoins d'OD, une formation et des kits naloxone. L'enquête de la Harm Reduction Coalition (HRC) en 2014 auprès de 136 organisations sur 644 sites a montré que de 1996 à 2014, des kits naloxone ont été remis à 152 283 personnes et que cela a permis de traiter 26 463 OD. Au plan international, les évaluations sont également très favorables (65, 67).

La France, après de nombreux avis favorables de la Commission des stupéfiants (ANSM) et de la Commission T2RA (DGS), va accorder une RTU à un dispositif intranasal de naloxone qui sera accessible aux usagers via les CSAPA-CAARUD en 2016.

Réduction de la transmission et PrEP

Quand les individus sont directement exposés aux VIH/VHC, on doit considérer l'intérêt de prévenir ou réduire le risque de transmission, par exemple en utilisant des traitements antirétroviraux en prophylaxie post-exposition ou, en l'absence de vaccins, en PrEP.

Le rôle des traitements antirétroviraux dans la prévention de la transmission VIH est un autre exemple majeur de l'intérêt des approches combinées. Ces traitements médicamenteux peuvent jouer un rôle essentiel en prévention et en RdRD : en prophylaxie post-exposition en milieu non professionnel (68), chez les UDI par exemple, mais aussi en prophylaxie pré-exposition PrEP (69). Des études montrent que la suppression de la charge virale grâce aux traitements antirétroviraux diminue le risque de transmission dans les couples sérodiscordants, et beaucoup d'études de modélisation montrent l'efficacité de ces traitements dans la prévention de la transmission sexuelle du VIH (22, 70) et dans le contrôle de l'épidémie VIH chez les UDI (71). C'est ainsi qu'avec la RTU du Truvada® en prévention, la PrEP VIH vient d'être autorisée en France dans le contexte de pratiques sexuelles à risque (mais aussi d'injections avec le slam) suite notamment à l'étude Ipergay (72). Évaluée face à un placebo, la PrEP prise à la demande a démontré une efficacité de 86 % dans le cadre de l'essai ANRS Ipergay : un participant prenant la PrEP a sept fois moins de risque d'être infecté par le VIH qu'un participant ayant pris le placebo. L'efficacité de la PrEP est directement liée à l'observance (prise correcte du traitement).

Il s'agit donc bien d'un autre exemple de traitement ayant un fort impact préventif de la contamination et donc de RdRD ; là aussi les cloisons tombent.

Après la contamination : dépistage, traitement et prévention positive

Quand la contamination a déjà eu lieu, les interventions peuvent viser à protéger la santé de ces usagers de drogues vivant avec le VIH/VHC et à prévenir le risque de transmission vers leurs partenaires sexuels ou d'usages de drogues et vers leurs enfants au travers d'interventions de "prévention positive" – WHO/OMS, 2008 (73).

Mais, fondamentalement, ce sont le traitement et les soins qui peuvent réduire la morbidité et la mortalité liées au VIH/VHC, protéger la qualité de vie et préve-

nir ou faire face aux co-infections et aux comorbidités (74). Finalement comme avec le VIH, l'un des éléments centraux de la prévention de la diffusion du VHC chez les usagers de drogues est bien de traiter les sujets porteurs (75-77), surtout dans le contexte actuel de progrès thérapeutiques décisifs qui permettent d'envisager de réelles avancées en prévention également. La réduction du réservoir contaminant par des traitements efficaces est en effet un facteur majeur de prévention pour l'avenir, comme cela a déjà été le cas avec le sida.

Les études de modélisation (78) indiquent qu'une réduction sensible de la prévalence de l'hépatite C peut être obtenue en traitant les usagers infectés, alors que les résultats des modélisations fondées sur l'impact des TSO et des PES restaient beaucoup plus limités (18).

Treatment as prevention ! Mais pour traiter, il faut d'abord dépister ; c'est tout l'enjeu de la généralisation du dépistage, notamment grâce aux TROD.

Les programmes de RdRD doivent donc bénéficier des nouveaux développements dans le traitement du sida et des hépatites virales chroniques. Il est de mieux en mieux établi que plus l'initiation du traitement antirétroviral VIH est précoce, meilleure est l'efficacité du traitement. Cela conduit à prioriser le dépistage dans les programmes de RdRD afin que le statut sérologique des usagers de drogues puisse être connu le plus tôt possible pour que l'initiation du traitement et les actions de prévention puissent être optimisées. De même avec le VHC, les traitements permettant d'obtenir la guérison des patients dans près de 100 % des cas quel que soit leur profil, le traitement généralisé permettrait d'éradiquer l'épidémie. La promotion d'actions de dépistage et de *counselling* réalisées à l'initiative du soignant dans le cadre de services de RdRD (*provider-initiated HIV testing and counselling* – PITC) (79) et l'usage de tests rapides de dépistage tels que les TROD sont donc particulièrement pertinents pour les programmes de RdRD, étant donné de plus que le suivi de ces patients peut être difficile – WHO, UNODC, 2009 (80).

Les alternatives aux tests de dépistage de l'hépatite C par prélèvements veineux se sont développées avec diverses techniques ayant fait l'objet d'essais en CSAPA et CAARUD : microprélèvements, salivettes, buvards (81) et enfin les TROD (82, 83). Ces nouveaux dispositifs non invasifs permettent de lever plusieurs obstacles à la généralisation du dépistage dans les structures : la faible médicalisation des CSAPA et CAARUD, l'éloignement

des centres de prélèvement et des plateaux techniques, mais aussi le mauvais état du réseau veineux des usagers de drogues dû à la répétition des injections souvent réalisées dans de très mauvaises conditions techniques.

Les TROD VIH sont validés depuis 2010, leurs conditions de réalisation sont fixées par le décret du 9 novembre 2010. La Haute autorité de santé a validé en 2014 des recommandations précisant la place des TROD VHC dans la stratégie de dépistage de l'hépatite C (84) et l'article 39 de la Loi de santé du 27 janvier 2016 encadre l'utilisation des TROD et des autotests.

Interventions communautaires

Et enfin, des interventions peuvent chercher à atténuer l'impact socio-économique du VIH sur les usagers de drogues, leur famille et les communautés, par exemple grâce à des systèmes adaptés d'assurances (santé, familiales, sociales, professionnelles).

Élargir le champ de la RdRD

Malgré ces multiples possibilités et à différents niveaux d'intervention de RdRD VIH/VHC chez les UDI, la plupart des programmes de RdRD se concentrent sur un nombre limité d'interventions, particulièrement sur celles qui ciblent spécifiquement les comportements à risque VIH/VHC et tout particulièrement les injections.

Depuis le milieu des années 1980, les *big three* étaient donc la communication sur la RdRD (en particulier via des interventions communautaires, la lutte contre la stigmatisation, la criminalisation...), les PES et les traitements de la dépendance aux drogues (TSO en particulier, pour les opiacés). L'efficacité de ces interventions et la faisabilité de leur mise en œuvre ont pu être démontrées de manière robuste et répétée, y compris dans les contextes les plus difficiles (9, 10, 85, 86). Ces dernières années, les traitements du VIH puis du VHC ont été ajoutés à la liste avec le constat de mieux en mieux établi que des usagers de drogues vivant avec le VIH peuvent avoir une qualité de vie correcte grâce au traitement antirétroviral (21) et que l'infection par le VHC pouvait être guérie, concourant ainsi à réduire secondairement la transmission du virus et à contrôler l'épidémie.

L'OMS, l'UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) et l'UNAIDS-ONUSIDA (Joint United

Nations Programme on HIV/AIDS) ont donc défini un plus large package d'interventions pour la RdRD liés au VIH incluant des interventions de prévention, de traitement et de soins des UDI en ajoutant cinq interventions supplémentaires, dont le dépistage, pour en arriver à neuf interventions prioritaires (87) dont les *big five* :

- PES.
- Traitements de la dépendance (TSO).
- Communication sur le changement de comportement.
- Traitement et soin du VIH et des hépatites virales.
- Dépistage des VIH/VHC et *counselling*.

Interventions auxquelles doivent s'ajouter la promotion des préservatifs, la prévention et le traitement des maladies sexuellement transmissibles (MST) et de la tuberculose.

Il faut de plus construire un vrai cadre programmatique pour mettre ces interventions à niveau, incluant des stratégies pour construire une politique publique et un environnement favorables à la RdRD, pour mieux impliquer la société civile et de nouveaux partenaires, pour construire des services solides de RdRD et pour renforcer l'information et les données pour mieux guider les réponses. Dans ce cadre, la France a été pionnière en donnant une assise législative et réglementaire solide à la RdRD avec la Loi de santé publique de 2004, avec le référentiel national de 2005, la création des CAARUD, établissements médico-sociaux dédiés à la RdRD, en 2005, l'inscription de la RdRD dans les missions obligatoires des CSAPA en 2007 et avec enfin la consolidation de la politique de RdRD dans l'article 41 de la Loi de santé de 2016.

Unité de lieu, les CSAPA et CAARUD comme espaces possibles de décroisement prévention/soins/RdRD

Les CSAPA et les CAARUD accueillent régulièrement les usagers de drogues. Ces structures, à faible plateau technique mais réellement de première ligne, peuvent ainsi concourir à améliorer les taux de dépistage (88, 89), la régularité des contrôles sérologiques (à répéter tous les six mois), mais aussi l'accès aux soins en hépatologie. Certains proposent dorénavant des consultations avancées d'hépatologie sur place, d'autant plus utiles que les TSO souvent mis en œuvre également contribuent à une meilleure compliance (34). Cette unité de lieu peut produire des gains considérables dans les délais de prise en charge et dans sa régularité, avec donc

un impact favorable en matière de traitement et, de ce fait, dans la prévention des contaminations secondaires. Ce sont donc des éléments essentiels du dispositif de RdRD précisément du fait de leur approche pluridisciplinaire et intégrative (2).

Un “guichet unique” consiste à proposer dans les locaux du CSAPA ou du CAARUD l’ensemble de la prise en charge des hépatites : la prévention, le dépistage, le FibroScan®, la consultation d’hépatologie, la mise en place et le suivi du traitement. Les usagers qui viennent pour un suivi de TSO, un suivi médico-social ou pour des prestations de réduction des risques ont ainsi accès également et directement sur place à des services en hépatologie :

- La prévention est réalisée par la mise en place d’informations et d’actions de réduction des risques. Elle sera proposée à tous les usagers, mêmes guéris pour prévenir d’éventuelles recontaminations.
- Le dépistage des hépatites virales peut être réalisé au sein de la structure par l’équipe infirmière ou par des laboratoires partenaires. L’intérêt des TROD est évident dans ce cadre, comme mentionné plus haut.
- La réalisation d’un FibroScan® au sein de la structure d’addictologie est une véritable prise de conscience de la maladie hépatique par l’usager. Son côté à la fois technique et non invasif participe certainement à sa bonne acceptation par les usagers.
- La consultation d’hépatologie au sein des structures d’addictologie est particulièrement importante pour les usagers. La structure d’addictologie leur est familière, la consultation peut avoir lieu en présence d’un référent addictologue du centre. La flexibilité des horaires et les reports de visites “ratées” permettent de s’adapter au mieux à la vie des usagers. Ils viennent et (re)viennent plus facilement. Le partage d’information sur l’usager facilite également le travail de toute l’équipe.
- La mise en place d’un traitement des hépatites virales devient beaucoup plus facile grâce à toutes les étapes précédentes. L’éducation thérapeutique et l’accompagnement du patient favorisent un suivi régulier, une meilleure compliance et observance : le taux de réponse au traitement est équivalent à celui des non-usagers de drogues.
- L’efficacité du traitement est optimisée par les possibilités de prise en charge globale, médico-psychosociale in situ.

Au total, il est fondamental de promouvoir des lieux permettant de proposer des réponses globales, pluridisciplinaires (voire transdisciplinaires quand les res-

sources existent) et coordonnées aussi bien addictologiques (TSO et RdRD) que virologiques (dépistage, suivi, traitement), sociales et psychologiques. Ces lieux doivent être disponibles et aisément accessibles par les usagers ; les CSAPA et CAARUD offrent donc d’excellentes possibilités en coordination avec les services hospitaliers.

Une attention particulière doit être apportée à des populations spécifiques telles que les femmes (prévention de la transmission mère-enfant, prise en compte des problèmes de violences de genre), le milieu carcéral, les immigrés notamment issus de pays en transition (Europe de l’Est) (90). Il convient aussi que les programmes de RdRD prennent en compte les importants besoins de santé des usagers de drogues vivant avec le VIH, prévention et traitement des infections opportunistes (tuberculose notamment), des co-infections (incluant les hépatites virales et les MST), les comorbidités (telles que les troubles mentaux) et les questions liées à la sexualité et à la reproduction.

Intervention populationnelle

Pendant que l’attention se porte sur les nouveaux traitements et de nouvelles technologies comme les TROD, il ne faut pas perdre de vue la palette beaucoup plus large d’interventions qui permettent d’obtenir une réponse réellement globale incluant notamment les interventions structurelles pour réduire la vulnérabilité aux usages de drogues et au VIH/VHC, et notamment des actions de protection sociale pour les familles et les communautés menacées – UNAIDS, 2008 (26, 90).

RdRD et santé publique

Aujourd’hui, en ces temps de crise économique et de concurrence entre les priorités, il est nécessaire de prioriser les investissements et de définir les packages d’interventions essentiels. Cela doit être l’occasion d’examiner de plus près les actions de RdRD en s’assurant qu’elles s’inscrivent bien dans des objectifs de santé publique : accès universel, égalité de santé et de protection sociale. Certainement, la priorité doit être donnée à protéger les investissements dans des interventions dont le haut niveau d’impact a été déjà établi, telles que les PES, les TSO ou la généralisation des dépistages et des traitements anti-infectieux. Mais il faut essentiellement soutenir les modèles les plus efficaces et efficaces de RdRD et donc les modèles intégratifs. Les interventions de RdRD ne doivent pas se limiter

au périmètre traditionnel de la RdRD, mais s'élargir à des actions complémentaires de prévention et de soins qui contribuent à l'efficacité globale. De même, les lieux d'intervention ne doivent pas se limiter aux services dédiés à la RdRD, eux-mêmes décloisonnés, mais s'étendre à d'autres services de santé tels que la médecine de première ligne, les centres de santé, les centres de planning familial, les services de santé mentale, etc. La RdRD doit s'inscrire dans une dynamique globale de santé. Pour obtenir un large soutien, il faut continuer à démontrer que les services et les programmes intégrés de RdRD contribuent à renforcer la santé publique dont ils sont des acteurs majeurs.

La RdRD dans les autres secteurs des addictions

La RdRD est donc à la fois une politique de santé publique et un ensemble d'interventions visant à réduire les dommages secondaires à l'usage de drogues. Initiée dans le champ des drogues illicites injectables, les bénéfices obtenus ont conduit à expérimenter cette approche dans d'autres addictions et notamment dans celles à haute prévalence et à hauts niveaux de dommages : alcool, tabac, cannabis... Une revue de la littérature portant sur plus de 650 articles (91) a tenté de préciser l'efficacité et l'efficacité des interventions de RdRD dans ces différents domaines. Si les données sont nombreuses et très robustes dans le domaine des drogues illicites, elles sont nécessairement plus éparpillées dans ces autres addictions car ce champ d'investigation est plus récent. Mais déjà, les plus nettement établies concernent l'impact bénéfique des approches de RdRD sur les risques d'accidents routiers liés à l'alcool (*safer drinking*) et sur les risques liés aux fumées toxiques pour le tabac et le cannabis (e-cigarettes, vaporisateurs). Dans le cas du cannabis, la situation est rendue encore plus complexe du fait de différents types de risques qui peuvent rendre certaines interventions utiles par rapport à un risque particulier, potentiellement contre-productives pour un autre, avec la difficulté d'évaluer un rapport bénéfices/risques global.

D'autres pistes se dégagent également qui reposent notamment sur le développement d'objectifs de RdRD, réduction ou modération de la consommation par exemple, dans des domaines où ce type d'objectifs n'apparaissait tout simplement pas pensable auparavant tant le dogme de l'abstinence restait prévalent. Or, dans

bien des cas, ce sont des traitements (entretiens motivationnels, psychothérapies, médicaments) qui peuvent produire ces résultats de RdRD, illustrant bien une nouvelle fois l'intérêt d'approches décloisonnées.

Alcool

Les approches de RdRD pour faire face aux problèmes d'alcool ont fait l'objet de vives controverses aussi bien chez les spécialistes que dans le grand public. Et pourtant, plusieurs études montrent bien qu'il est possible de contrôler ou de réduire des consommations d'alcool et que des traitements visant à la modération peuvent être plus efficaces que des approches fondées exclusivement sur des objectifs d'abstinence (92-94). Dans cette perspective, de nombreuses interventions peuvent concourir à des objectifs de RdRD : prévention universelle, prévention sélective et indiquée chez les adolescents, approches communautaires centrées sur des objectifs de modération, repérages précoces et interventions brèves (RPIB), entretiens motivationnels, interventions psychosociales et traitements médicamenteux visant à réduire ou modérer les consommations, etc.

Concernant la réduction des consommations, les travaux de Rehm (95) montrent bien que les dommages secondaires à la consommation d'alcool, dans tous les domaines et particulièrement les dommages sanitaires, augmentent de manière non pas linéaire mais exponentielle avec les quantités consommées. Cela signifie à l'inverse que les interventions qui réduisent les consommations massives d'alcool (*heavy drinking*) peuvent réduire massivement les dommages secondaires, même sans parvenir à l'abstinence.

Cette approche (96, 97) est intéressante dans la mesure où elle s'intéresse à la réduction des niveaux de consommation auto-évalués, comme la tension artérielle, sans considération de diagnostic, de trouble ou de maladie. Elle réduit donc aussi les risques de stigmatisation ou d'étiquetage comme alcoolodépendant ou addict et s'inscrit ainsi pleinement dans une logique de RdRD.

Globalement, les études démontrent que ces approches de RdRD sont au moins aussi efficaces que les approches visant exclusivement à l'abstinence, aussi bien pour réduire le niveau de consommation d'alcool que pour réduire les dommages secondaires dont la mortalité attribuable (95-97). Cela a entraîné un réel changement de paradigme aux États-Unis et au plan

international (98-102). Suite à ces avancées, une importance croissante est accordée à l'individualisation des interventions pour les adapter au mieux aux besoins et aux attentes des personnes. La RdRD "alcool" va au-devant des personnes pour soutenir les changements positifs de comportement qu'ils souhaitent, qu'il s'agisse de réduire les consommations, de les modérer, de les pratiquer de manière plus sûre ou de les arrêter (*safer drinking, reduced drinking, moderate drinking, quitting completely*).

Les nouveaux médicaments autorisés dans le traitement du trouble de l'usage d'alcool (99) – baclofène et nalméfène – s'inscrivent particulièrement bien dans cette dynamique puisqu'à la différence de leurs prédécesseurs (disulfirame, acamprosate, naltrexone), ils ne sont pas seulement indiqués dans le maintien de l'abstinence après un sevrage, mais bien dans des objectifs de réduction des consommations. Dans les études, les effets des médicaments sur les troubles de l'usage d'alcool sont évalués par leur impact sur la quantité totale d'alcool consommé ou sur le nombre de jours de consommation massive et non plus, comme par le passé, sur la durée de l'abstinence. De ce point de vue, ces médicaments, ces traitements sont donc bien des agents de RdRD.

Mais la RdRD a également eu un impact sur les campagnes de prévention qui complètent les campagnes traditionnelles (visant à une réduction universelle des niveaux de consommation) d'actions ciblées, adaptées à des populations particulières, comme celle des jeunes pratiquant le *binge drinking* par exemple. C'est ainsi que l'étude de Bouthoorn et al. (103) sur 813 jeunes de 11 à 17 ans, hospitalisés en réanimation suite à une ivresse éthylique, indiquait que l'une des actions les plus efficaces semblait être la mise en place de polycliniques spécialisées permettant l'évaluation et l'accompagnement global des jeunes concernés en relais de la prise en charge hospitalière. Le décloisonnement prévention/repérage/accès aux soins/réduction des risques permet dans ce domaine également d'obtenir les meilleurs résultats.

Tabac et e-cigarettes

Plus encore que dans le domaine de l'alcool, l'abstinence totale est longtemps restée le seul horizon du soin en "tabacologie", tout usage était en fait perçu comme un trouble de l'usage, l'idée même d'une gestion des usages de tabac fumé semblait aberrante du fait du potentiel addictif majeur du tabac fumé et de ses consé-

quences désastreuses sur la santé. L'utilisation croissante et bénéfique des patchs nicotiques à des fins non plus d'abstinence totale mais de simple réduction ou de gestion de la consommation a fait une première brèche dans ce dogme, puis les progrès de la technique avec l'invention des e-cigarettes et la demande des usagers ont achevé de le faire voler en éclats.

Pour autant, les avis spécialisés étaient pour le moins contrastés (104) : certains y voyaient un progrès immense de la RdRD appliquée au tabac, alors que d'autres au nom du principe de précaution (*The Wingspread statement on the precautionary principle*, janvier 1998), qui est aussi à sa manière une version radicale de la RDR, considéraient qu'en l'absence de données établies d'innocuité de ces nouveaux dispositifs, il convenait de s'en abstenir ou, à tout le moins (pour éviter que le principe de précaution ne devienne un "principe de paralysie" selon la formule de Cass Sustein) de les réglementer sévèrement. Deux visions de la RdRD s'affrontent donc, une version absolue (tout risque doit être prévenu, dans le doute il faut s'abstenir) et une version relative (face à un risque majeur établi, il vaut mieux tolérer un risque moindre et/ou incertain). L'affaire est d'autant plus complexe que dans un monde incertain où les risques sont multiples, comme le rappelle Weiner, "*les précautions prises contre un risque particulier peuvent en accroître d'autres ainsi que leurs dommages*" (105).

Au final, les tenants de la RdRD furent déçus mais non surpris par la décision de l'OMS en 2014 qui demandait aux États d'adopter des mesures très sévères et restrictives à l'encontre des e-cigarettes et de leur publicité. À l'inverse, une revue récente (106) concluait à l'intérêt d'utiliser les e-cigarettes, même si leur totale innocuité n'était pas démontrée, comme un moindre risque pour des fumeurs, surtout quand leur état de santé nécessite des traitements lourds, chirurgie ou radiothérapie. De même, la première *Revue Cochrane* sur les e-cigarettes publiée en décembre 2014 (107) relevait leur potentiel comme outils de sevrage et leur bénéfice global sur la santé de leurs utilisateurs. Un matériel réclamé par les usagers pouvait donc à la fois avoir des conséquences positives en matière de RdRD et de soins, y compris dans des objectifs d'abstinence.

Le clash entre la RdRD et le principe de précaution ne s'est pas limité aux e-cigarettes. Les discussions sont vives aux États-Unis et en Europe sur le snuff (tabac prisé) ou sur la demande d'autorisation par les Suédois du snus (poudre de tabac humide à placer entre la lèvre

et la gencive supérieures pendant plusieurs minutes ou même quelques heures) comme un produit du tabac à risque modifié (*modified-risk tobacco product*, MRTTP). Les lignes de front sont les mêmes entre les tenants du risque 0 (le tabac prisé en snus augmenterait le risque de cancer du pancréas...) et ceux de la RdRD arguant qu'au final les bénéfices sur la santé seraient importants (substitution, aide au sevrage, voie non fumée, etc.). Les labels sur les emballages contiendraient la formule suivante, très RdRD : *"No tobacco product is safe, but this product presents substantially lower risks to health than cigarettes"*. Aucun produit à base de tabac n'est sûr, mais ce produit est nettement moins dangereux pour la santé que des cigarettes.

Au final, il importerait d'agir à la hauteur du problème majeur de santé publique posé par le tabac fumé. En la matière, le refus total au nom du principe de précaution de tout compromis par rapport à des produits dérivés du tabac et liés aux industriels semble être une impasse aussi bien en termes de santé qu'en termes de coûts. Les processus décisionnels doivent dégager un équilibre entre ces principes en recherchant sans idées préconçues les meilleurs rapports bénéfices/risques et en les réévaluant régulièrement.

Cannabis

Le développement de la vaporisation ("vapotage") comme moyen d'administration du cannabis suscite les mêmes interrogations que celles débattues en santé publique au sujet des e-cigarettes (108, 109). Nous ne disposons pas de bonnes données épidémiologiques sur le vapotage de cannabis, mais avec la tendance actuelle, notamment aux États-Unis, à tolérer socialement voire à légaliser l'usage médical ou récréatif de cannabis, la controverse sur le vapotage du cannabis exige des études spécifiques. Comme avec les e-cigarettes, le fait de "vapoter" du cannabis peut laisser présager d'éventuels bénéfices sur la santé en réduisant les risques et les dommages liés à l'inhalation de fumée toxique (110, 111). De fait, les dispositifs de vapotage du cannabis sont déjà vendus comme permettant une administration moins risquée (ou même "plus sûre", *safer*) du cannabis, malgré l'absence de données sur les effets au long cours de cette méthode d'administration. D'autres avantages sont mentionnés par les utilisateurs : meilleur goût, effets plus intenses, prix de revient moins élevé et une plus grande discrétion qui en autorise l'usage dans plus d'emplacements. Un autre intérêt de ces dispositifs est

de permettre aux usagers qui le souhaitent de cesser de consommer du tabac en "joint" avec le cannabis pour se limiter à la seule consommation de cannabis (112), ce qui limite évidemment les nombreux effets négatifs liés à la polyintoxication tabac et cannabis (113).

Mais ces avantages relatifs risquent d'aller de pair avec des inconvénients, notamment un risque accru d'expérimentation du cannabis, un âge de début plus précoce, des expériences initiales plus agréables, plus faciles, et des usages plus fréquents, tous ces éléments accroissant le risque d'usage problématique ou d'addiction (114). Ces préoccupations sont parallèles avec celles relevées au sujet de l'usage des e-cigarettes par les jeunes avec le risque supplémentaire lié aux effets délétères du tétrahydrocannabinol (THC) sur la santé, notamment aux plans cognitif, psychosocial voire psychiatrique et tout particulièrement chez les plus jeunes (115). À la différence du tabac, les risques majeurs liés au cannabis ne se limitent pas en effet aux risques pulmonaires ou cardiovasculaires, mais concernent également des risques liés directement au THC (accidents de la route, du travail, problèmes neuropsychologiques, complications psychiatriques, etc.) et non à la fumée (116). De plus, les vaporisateurs permettent d'utiliser non seulement du cannabis végétal mais aussi de nouveaux composés à forte concentration (huile, cire...) recommandés par les distributeurs de matériel, notamment sur internet. Les effets combinés de produits très actifs et de dispositifs de vaporisation, qui en maximisent encore l'extraction et donc la puissance, sont une source de préoccupation tout particulièrement dans un contexte où des données récentes indiquent que l'usage fréquent de cannabis fortement concentré est corrélé à un risque accru de développer plus précocement un trouble psychotique (117). Cette modalité de RdRD "pulmonaire" peut donc risquer d'aggraver d'autres risques, une illustration des dilemmes que pose parfois la RdRD (118).

Ce dilemme, promouvoir ou non le vapotage de cannabis en tant qu'intervention de RdRD, nécessite donc des investigations complémentaires approfondies afin de pouvoir dégager une politique de santé publique globale et efficace concernant le vapotage.

De son côté, le *dabbing* permet l'inhalation de produits concentrés en THC par une extraction au butane grâce à une sorte de pipe à crack très thermorésistante qui vaporise le produit sur une surface très chaude en titane, quartz ou céramique. Ces techniques permettent d'utiliser des concentrations record ; on a pu parler au Colo-

rado de teneurs en THC comprises entre 70 et 90 %, ce qui permettrait d'utiliser des quantités moindres. Néanmoins, nombre d'observateurs et d'usagers pensent que c'est un mode d'administration pire que la voie fumée et semblent s'en méfier... (119).

À l'inverse, les utilisations par voie orale avec différentes formes comestibles (infusions, bonbons, barres de chocolat, gâteaux...) continuent à se développer rapidement, tout particulièrement dans les États ayant légalisé l'usage récréatif de cannabis aux États-Unis, comme le Colorado, en bénéficiant d'une image positive de sécurité d'emploi. Cependant, la grande variabilité des effets d'une forme à l'autre, leur longue durée d'action, la fréquence croissante d'intoxications aiguës sévères, volontaires ou accidentelles, notamment pédiatriques, amènent à étudier de manière approfondie la balance bénéfiques/risques de ces formes réputées moins à risque (119). Le Colorado envisagerait ainsi d'interdire les bonbons au cannabis compte tenu de l'effet attractif de cette forme sur les enfants.

En matière de prévention et comme dans les autres domaines des addictions, l'impact de la RdRD est indiscutablement positif car il a permis de ne plus limiter les interventions à des actions de prévention orientées sur la seule abstinence, avec un impact médiocre, pour permettre de développer des actions de RPIB ciblées sur des jeunes consommateurs, complétées d'actions de soutien à leur entourage familial. Ces actions sont notamment développées dans des espaces dédiés, les consultations jeunes consommateurs (CJC), mais cette question est largement développée par ailleurs.

Cocaïne, ecstasy, stimulants

La RdRD dans le champ des psychostimulants est de développement récent, ce qui explique le faible nombre d'interventions spécifiques, notamment pour les usagers de crack, en partie du fait du manque de connaissances concernant ces usages relativement récents dans notre pays, les usagers et leurs besoins particuliers. Une récente revue a néanmoins été réalisée (120), qui donne quelques pistes.

Globalement, les injecteurs ou les fumeurs de crack bénéficient des mêmes services de RdRD que les usagers d'opiacés, d'autant que les injections de cocaïne sont souvent à haut risque car encore plus répétées et peuvent entraîner des collapsus veineux et des injections

dans d'autres parties du corps (jambes, mains, aine...). Des conseils spécifiques doivent donc pouvoir être donnés, et le matériel remis en grandes quantités, ainsi que des pipes à crack.

Une grande difficulté est liée au fait que les usagers de stimulants, a fortiori les non-injecteurs, ne sont pas nécessairement inscrits dans une culture "toxico" dont ils se démarquent volontiers. Il faut donc aller au-devant d'eux dans d'autres espaces festifs ou urbains avec des messages adaptés pour renforcer la sensibilisation de publics souvent jeunes, festifs et naïfs. C'est bien la culture RdRD de l'*outreach* qui est ici particulièrement utile, ainsi que la non-stigmatisation, la non-pathologisation, approche particulièrement nécessaire pour des populations souvent correctement insérées et très défensives par rapport à toute image de "toxico".

Vis-à-vis des NPS ou des RC (*research chemicals*), et comme autrefois avec l'ecstasy (121), une partie des incertitudes porte sur la nature exacte des produits achetés par le deal ou des commandes sur internet, ce qui conduit à poursuivre les actions d'analyse de substances par des dispositifs publics tels que TREND-SINTES (OFDT) ou par des pratiques de *testing* autogérées par les consommateurs ou favorisées par des associations communautaires ou humanitaires, avec toutes les limites de ce type d'approches qui ne vont pas sans risques : par exemple en laissant penser à tort qu'un produit est sûr quand il est pur... (122)

Addictions comportementales

Dans le domaine du jeu pathologique, seule addiction comportementale validée dans le DSM-5, les expériences de RdRD restent encore embryonnaires en dehors des outils de contrôle et de régulation, type "jeu responsable", mis en place par les opérateurs publics comme la Française des jeux (FDJ), le PMU ou par l'Autorité de régulation des jeux en ligne (ARJEL). La littérature en la matière reste très parcellaire.

Certaines initiatives récentes révèlent cependant des premières avancées de RdRD dans ce champ. Il s'agit d'actions d'*outreach* et de repérage précoce de perte de contrôle chez des joueurs en lien avec des organisateurs. Par exemple, aux Pays-Bas, un dépistage automatisé des joueurs potentiellement problématiques est mis en œuvre dans les casinos (123). Si l'ordinateur qui contrôle les cartes d'identité indique une fréquence de

passages anormalement élevée (plus de 30 fois/mois dans les trois mois écoulés), la personne est approchée pour voir si elle souhaite mettre en place une autolimitation ou une auto-exclusion. Seulement 18,5 % de ces approches étaient perçues négativement par les clients.

Une expérimentation comparable dans des points de vente volontaires de la FDJ est actuellement en cours dans quatre sites en France grâce à un partenariat FDJ, Fédération Addiction, Agence du service civique, Ligue française de santé mentale et SEDAP, avec le soutien institutionnel de la MILDECA. Les volontaires vont au-devant des personnes ainsi repérées dans les points de vente, les informent et, le cas échéant, leur proposent une orientation.

Ces premières dynamiques d'«aller vers», de prévention et d'accès aux soins s'inscrivent bien dans une dynamique de RdRD appliquée à un secteur particulier.

Quelle place des usagers dans ces modalités d'action ?

Un rôle central dans l'émergence et la mise en œuvre des interventions de RdRD

Les usagers de drogues et tout particulièrement les injecteurs ont joué un rôle central dans le développement des initiatives de RdRD. La tendance générale en santé publique est en effet à l'implication croissante des usagers dans le fonctionnement des services de soins et dans l'élaboration des politiques de santé qui les concernent, ne serait-ce qu'en raison du constat relevant que l'offre institutionnelle de soins bien souvent n'arrive pas à atteindre les bénéficiaires qui en auraient le plus besoin. C'est tout particulièrement vrai avec des populations stigmatisées ou criminalisées comme les UDI. Dans ce contexte, l'implication de pairs est apparue très tôt absolument indispensable. : travailleurs-pairs, pairs-aidants, etc.

Les grands axes d'intervention de ces pairs ont été l'échange de seringues, l'éducation à la RdRD, le soutien par les pairs et les initiatives communautaires (recherche, interface avec les institutions, lobbying...) ; de plus, travailler dans des équipes de RdRD a également un impact positif sur la santé des travailleurs-pairs eux-mêmes.

Des interventions diversifiées

Une récente revue générale de la littérature concernant le rôle des UDI dans les initiatives de RdRD (124) a pu ainsi identifier 36 différents rôles joués par des pairs en RdRD que les auteurs ont regroupé en cinq grandes catégories : éducation à la RdRD ; participation à des services de RdRD et de santé publique ; soutien/*counselling*/accompagnement/orientation ; assistance à des projets de recherche ; participation à des instances consultatives (représentation, avis, lobbying).

D'autre part, un autre axe de classification des interventions par les pairs concerne leur autonomie d'action. Dans certains cas, ils se contentent d'être seulement consultés dans le cadre de services structurés par des professionnels, dans d'autres ils y interviennent directement (membres de l'équipe, animation de groupes de pairs...), dans d'autres enfin, ce sont les usagers qui pilotent et contrôlent des programmes autonomes (4, 124), ce qui permet un encore plus grand *empowerment*.

Au final, il apparaît que les usagers interviennent à tous les niveaux de la RdRD depuis la prévention (éducation, conseils...) jusqu'aux soins (groupes de pairs, participation à des programmes méthadone, naloxone...) sans se limiter au noyau originel de la RdRD (PES, espaces de consommation à moindres risques, *testing*).

À cet égard, le rôle central des usagers dans le projet Change le programme (*Break the cycle*) de prévention du passage à l'injection est parfaitement illustratif de cette implication fondamentale d'usagers dans un programme combiné de prévention et de RdRD. Rappelons à ce propos que son initiateur au plan international, Neil Hunt, se présente comme un ex-usager de drogues favorable à leur légalisation. C'est donc typiquement un programme conçu par des UDI engagés dans la RdRD et animé par des UDI et des professionnels autour d'objectifs fédérateurs où chacun peut se retrouver.

Un rôle central aussi dans le développement d'approches de soins

Cette implication des usagers à tous les niveaux des parcours de santé des personnes souffrant d'addiction est tout aussi évidente quand on ne limite pas leur intervention aux seuls programmes spécifiques de RdRD. C'est ainsi que les usagers de drogues et/ou d'alcool ont joué un rôle essentiel également dans le domaine

des soins, mais avec d'autres modes d'organisation et d'intervention que dans la RdRD. Leur rôle fut par exemple central et décisif dans les modèles initiaux d'entraide (*self-help*) conduisant à inventer des modalités thérapeutiques où les usagers jouent un rôle central voire même parfois exclusif – Alcooliques anonymes, Narcotiques anonymes (125), communautés thérapeutiques (126, 127).

Ce sont également des usagers qui ont obtenu de réelles avancées thérapeutiques en réclamant du corps médical, souvent réticent (notamment les sociétés savantes), la prescription de traitements visant à un meilleur contrôle des usages et pas nécessairement à l'abstinence – Temgésic® au début des années 1990, baclofène au début des années 2010 (128, 129) – voire même à la prévention de risques associés à des comportements (Truvada® en PrEP). Dans le même ordre d'idées, et même s'il ne s'agit pas en la matière de dispositifs médicaux, il faut souligner que ce sont les usagers eux-mêmes, sans intervention "soignante", qui ont permis le développement des e-cigarettes aussi bien dans des objectifs de RdRD (vapoter plutôt que fumer) que de soins (aide au sevrage tabagique), favorisant ainsi un exemple en vraie grandeur d'approche intégrée et graduée RdRD/soins.

C'est ainsi que les usagers et leurs organisations ont fait réellement avancer des approches très diversifiées, en s'impliquant certains dans des actions typiques de RdRD, d'autres dans des dispositifs autogérés fondés sur l'abstinence, d'autres encore dans des projets thérapeutiques incluant des médicaments aidant à réduire ou contrôler les consommations... La RdRD contribue à fournir des réponses adaptées à la diversité des usagers, elle doit donc s'ouvrir également aux usagers demandeurs de soins, y compris orientés vers l'abstinence.

En effet, au point où nous en sommes arrivés, la prochaine étape sera sans doute d'arriver là aussi à mieux combiner ces approches dans une perspective globale d'adaptation aux parcours des personnes. Un grand défi consiste, par exemple, à faciliter l'émergence de l'approche RdRD dans les centres de soins résidentiels (CSAPA résidentiels ou communautés thérapeutiques) qui se sont construits historiquement sur un projet exclusif d'abstinence mais aussi, bien souvent au plan international, dans une dynamique *user-led*, dirigée par les usagers eux-mêmes. De nombreuses expériences actuellement conduites dans notre pays permettent de penser que, comme en ambulatoire, les approches

combinées pourraient être encore plus efficaces, ne serait-ce que dans la mesure où elles permettraient de faire bénéficier de ces dispositifs de soins "intensifs" (130) des usagers qui, en pratique, en sont tenus à l'écart parce qu'ils ne peuvent pas ou ne souhaitent pas s'engager dans un objectif d'abstinence à ce moment-là de leur parcours.

Conclusions

Les interventions de RdRD se sont souvent construites en réponse à certaines pratiques de soins ou de prévention qui avaient pu être génératrices elles-mêmes de dommages secondaires. Les données actuelles indiquent qu'il est temps de dépasser ce clivage initial ; ce sont bien les approches combinées qui sont les plus efficaces. Des traitements peuvent faire œuvre de prévention et de RdRD, des interventions de RdRD peuvent permettre l'accès aux soins. Les approches combinées, décloisonnées sont les mieux adaptées à la diversité des parcours des personnes.

Les addictions sont en effet associées à des risques et dommages à la fois multiples et changeants, en fonction notamment des différents produits consommés, ce qui requiert des réponses diversifiées et complexes. Les précautions prises par rapport à un risque particulier peuvent en effet en accroître d'autres et l'évaluation globale du rapport bénéfices/risques de ces interventions doit être faite préalablement et réévaluée périodiquement.

Les programmes de RdRD doivent également être globaux et flexibles s'ils veulent obtenir des résultats significatifs en santé publique. Il faut dépasser de simples interventions spécifiques de RdRD, délivrées de manière isolée, pour aller vers un ensemble d'interventions combinées, inclus lui-même dans un ensemble global d'interventions sanitaires et sociales qu'elles viennent enrichir, et réciproquement, dans une dynamique mutuelle.

De même, les lieux d'intervention ne doivent pas se limiter aux seuls services dédiés spécifiquement à la RdRD, eux-mêmes décloisonnés, mais s'étendre à d'autres services de santé tels que la médecine de première ligne, les centres de santé, la médecine au travail, les maternités, les hôpitaux, les services de santé mentale, etc. Mais aussi dans la communauté, les services sociaux, les lieux d'hébergement, les dispositifs d'insertion

tion, etc. La RdRD doit s'inscrire dans une dynamique globale de santé centrée sur les besoins et attentes des personnes.

Enfin, l'une des richesses essentielles de la RdRD est bien le rôle central qu'y jouent les usagers, leurs attentes et leur expertise dans une dynamique de promotion de la santé. C'est l'une des voies par laquelle elle a le plus positivement influencé les pratiques soignantes. Là encore, on retrouve l'approche intégrative, loin d'avancer séparés parfois même dans un climat de tension ou d'opposition, professionnels et usagers visent à être co-acteurs et co-auteurs d'actions de santé publique sur la base d'une collaboration non hiérarchisée.

Au final, l'approche intégrative doit permettre à tout patient de bénéficier des services les mieux adaptés à ses besoins et attentes, dans l'idéal en tout lieu et à tout moment de son parcours. Cela passe notamment par le transfert au système de santé du fardeau de la coordination des interventions qui reste trop souvent à la charge du patient et de son entourage. ■

J.M. Delile

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

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. 2017 ; 39 (3) : 246-265

Références bibliographiques

- 1 - Delile JM. Quels sont les éléments fondamentaux permettant de définir de bonnes pratiques d'utilisation des traitements de substitution aux opiacés ? *Alcoologie et Addictologie*. 2004 ; 26 (Suppl. 4) : 2775-845.
- 2 - Fédération Addiction. Agir en réduction des risques en CSAPA et en CAARUD. In : Couteron JP, Reiller B, Lacoste M. Rapport d'enquête. Paris : FA ; 2015.
- 3 - Morel A. L'avenir de la substitution : mettre fin (enfin !) au clivage entre soigner et réduire les risques. *Acta*. 2013 ; (13) : 56-8.
- 4 - Hunt N, Albert E, Montanes Sanchez V. User involvement and user organising in harm reduction. In : Rhodes T, Hedrich D, Editors. Harm reduction: evidence, impacts and challenges. Lisbon : EMCDDA ; 2010. p. 333-54.
- 5 - Ball AL. Broadening the scope and impact of harm reduction for HIV prevention, treatment and care among injecting drug users. In : Rhodes T, Hedrich D, Editors. Harm reduction: evidence, impacts and challenges. Lisbon : EMCDDA ; 2010. p. 89-94.
- 6 - Rhodes T, Hedrich D. Harm reduction: evidence, impacts and challenges. EMCDDA Monographs. Lisbon : EMCDDA ; 2010.

- 7 - Ball AL. HIV, injecting drug use and harm reduction: a public health response. *Addiction*. 2007 ; 102 (5) : 684-90.
- 8 - Gibson DR, Flynn N, Perales D. Effectiveness of syringe exchange programs in reducing HIV risk behavior and HIV conversion among injecting drug users. *AIDS*. 2001 ; 15 : 1329-41.
- 9 - Wodak A, Cooney A. Effectiveness of sterile needle and syringe programmes. *International Journal of Drug Policy*. 2005 ; 16 : 31-44.
- 10 - Farrell M, et al. Effectiveness of drug dependence treatment in HIV prevention. *International Journal of Drug Policy*. 2005 ; 16 : 67-75.
- 11 - Palmateer N, et al. Evidence for the effectiveness of sterile injecting equipment provision in preventing hepatitis C and human immunodeficiency virus transmission among injecting drug users: a review of reviews. *Addiction*. 2010 ; 105 (5) : 844-59.
- 12 - Kimber J, et al. Harm reduction among injecting drug users – evidence of effectiveness. In : Rhodes T, Hedrich D, Editors. Harm reduction: evidence, impacts and challenges. Lisbon : EMCDDA ; 2010. p. 115-63.
- 13 - Muga R, et al. Significant reductions of HIV prevalence but not of hepatitis C virus infections in injection drug users from metropolitan Barcelona: 1987-2001. *Drug & Alcohol Dependence*. 2003 ; 82 (Suppl. 1) : S29-33.
- 14 - Hagan H, Pouget ER, Des Jarlais DC. A systematic review and meta-analysis of interventions to prevent hepatitis C virus infection in people who inject drugs. *The Journal of Infectious Diseases*. 2011 ; 204 : 74-83.
- 15 - Van Den Berg C, et al. Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users. *Addiction*. 2007 ; 102 (9) : 1454-62.
- 16 - Turner KM, et al. The impact of needle and syringe provision and opiate substitution therapy on the incidence of hepatitis C virus in injecting drug users: pooling of UK evidence. *Addiction*. 2011 ; 106 (11) : 1978-88.
- 17 - Hickman M. HCV prevention – a challenge for evidence-based harm reduction. In : Rhodes T, Hedrich D, Editors. Harm reduction: evidence, impacts and challenges. Lisbon : EMCDDA ; 2010. p. 85-9.
- 18 - Vickerman P, et al. Can needle and syringe programmes and opiate substitution therapy achieve substantial reductions in hepatitis C virus prevalence? Model projections for different epidemic settings. *Addiction*. 2012 ; 107 (11) : 1984-95.
- 19 - Malta M, et al. Adherence to antiretroviral therapy for human immunodeficiency virus/acquired immune deficiency syndrome among drug users: a systematic review. *Addiction*. 2008 ; 103 (8) : 1242-57.
- 20 - Palepu A, et al. Antiretroviral adherence and HIV treatment outcomes among HIV/HCV co-infected injection drug users: the role of methadone maintenance therapy. *Drug & Alcohol Dependence*. 2006 ; 84 (2) : 188-94.
- 21 - Lert F, Kazatchkine MD. Antiretroviral HIV treatment and care for injecting drug users: an evidence-based overview. *International Journal of Drug Policy*. 2007 ; 18 (4) : 255-61.
- 22 - Montaner JSG, et al. The case for expanding access to highly active antiretroviral therapy to curb the growth of the HIV epidemic. *The Lancet*. 2006 ; 368 (9534) : 531-6.
- 23 - Grebely J, et al. Treatment for hepatitis C virus infection among people who inject drugs attending opioid substitution treatment and community health clinics: the ETHOS Study. *Addiction*. 2016 ; 111 (2) : 311-9.
- 24 - Birkhead GS, et al. Integrating multiple programme and policy approaches to hepatitis C prevention and care for injection drug users: a comprehensive approach. *International Journal of Drug Policy*. 2007 ; 18 (5) : 417-25.
- 25 - Global Commission on Drug Policy. L'impact négatif de la guerre contre la drogue sur la santé publique : l'épidémie cachée d'hépatite C. Geneva : GCDP ; 2013.
- 26 - UNAIDS. Addressing societal causes of HIV risk and vulnerability, in report on the global AIDS epidemic. Geneva : UNAIDS ; 2008.
- 27 - Jauffret-Roustide M, Emmanuelli J, Desenclos JC. L'impact limité de la réduction des risques sur la transmission du VHC chez les usagers de drogues. L'exemple de l'étude ANRS-Coquelicot. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2006 ; 54 (Hors-série 1) : 1553-9.
- 28 - Jauffret-Roustide M, et al. A national cross-sectional study among drug-users in France: epidemiology of HCV and highlight

- on practical and statistical aspects of the design. *BMC Infectious Diseases*. 2009 ; 9 (1) : 113.
- 29 - Cadet-Taïrou A. Résultats ENa-CAARUD 2010. Profils et pratiques des usagers. Saint-Denis : OFDT ; 2012.
- 30 - Roy E, et al. Drug injection among street youth: the first time. *Addiction*. 2002 ; 97 (8) : 1003-9.
- 31 - Guichard A. "Break the Cycle". Un programme pour rompre le cycle de l'injection. *SWAPS*. 2012 ; (67) : 21-3.
- 32 - Guichard A, et al. Changing patterns of first injection across key periods of the French Harm Reduction Policy: PrimiInject, a cross sectional analysis. *Drug & Alcohol Dependence*. 2013 ; 133 (1) : 254-61.
- 33 - Hunt N, et al. Evaluation of a brief intervention to prevent initiation into injecting. *Drugs: Education, Prevention and Policy*. 1998 ; (5) : 185-94.
- 34 - Schaefer M, Heinz A, Backmund M. Treatment of chronic hepatitis C in patients with drug dependence: time to change the rules? *Addiction*. 2004 ; 99 (9) : 1167-75.
- 35 - Maher L, et al. Incidence and risk factors for hepatitis C seroconversion in injecting drug users in Australia. *Addiction*. 2006 ; 101 (10) : 1499-508.
- 36 - Miller CL, et al. Opportunities for prevention: hepatitis C prevalence and incidence in a cohort of young injection drug users. *Hepatology*. 2002 (36) : 737-42.
- 37 - Delile JM, et al. Hépatite C chez les usagers de drogues. Comment améliorer l'efficacité de la prévention et de la prise en charge ? *Alcoologie et Addictologie*. 2008 ; 30 (4) : 385-94.
- 38 - Crofts N, et al. Methadone maintenance and hepatitis C virus infection among injecting drug users. *Addiction*. 1997 ; 92 (8) : 999-1006.
- 39 - Delile JM. Le "Léthé" (Lieu expérimental de traitement avec l'héroïne). *Interventions (Revue de l'ANIT)*. 2002 ; 19 (3) : 119-28.
- 40 - INSERM. Réduction des risques chez les usagers de drogues. Expertises collectives. Paris : INSERM ; 2010.
- 41 - Roux P, et al. Innovative community-based educational face-to-face intervention to reduce HIV, hepatitis C virus and other blood-borne infectious risks in difficult-to-reach people who inject drugs: results from the ANRS-AERLI intervention study. *Addiction*. 2016 ; 111 (1) : 94-106.
- 42 - Chappard P, Couteron JP. Salle de shoot. Les salles d'injection supervisée à l'heure du débat français. Paris : La Découverte, Les empêcheurs de penser en rond ; 2013.
- 43 - Aubisson S, et al. Quels nouveaux outils pour prévenir et évaluer les pratiques à risque chez les injecteurs de drogue face au VHC ? Réflexions sur les salles d'injection et les outils de mesure des prises de risques. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2006 ; (Hors-série 1) : 1S69-75.
- 44 - Dietze P, Winter R, Pedrana A. Mobile safe injecting facilities in Barcelona and Berlin. *International Journal of Drug Policy*. 2012 ; 23 : 257-60.
- 45 - Bardsley J, Turvey J, Blatherwick J. Vancouver's needle exchange program. *Canadian Journal of Public Health*. 1990 ; 81 : 39-45.
- 46 - Broadhead R, et al. Safer injection facilities in North America: their place in public policy and health initiatives. *Journal of Drug Issues*. 2002 ; 32 : 329-55.
- 47 - Dolan K, et al. Drug consumption facilities in Europe and the establishment of supervised injecting centres in Australia. *Drug and Alcohol Review*. 2000 ; 19 : 337-46.
- 48 - 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.
- 49 - de Jong W, Wever U. The professional acceptance of drug use: a closer look at drug consumption rooms in the Netherlands, Germany, and Switzerland. *International Journal of Drug Policy*. 1999 ; 10 : 99-108.
- 50 - Kemmesies U. Final report: the open drug scene and the safe injection room offers in Frankfurt am Main. Münster : Indo ; 1999.
- 51 - Beyrer C. Safe injection facilities save lives. *The Lancet*. 2011 ; 377 (9775) : 1385-6.
- 52 - Stoltz JA, et al. Changes in injecting practices associated with the use of a medically supervised safer injection facility. *Journal of Public Health*. 2007 ; 29 (1) : 35-9.
- 53 - Marshall BDL, et al. Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study. *The Lancet*. 2011 ; 377 (9775) : 1429-37.
- 54 - Van Beek I, Dakin A, Kimber J. Drug overdoses in a supervised injecting room setting. In : 14th International Conference on Reduction of Drug Related Harm. Chiang Mai, Thailand ; April 6-10, 2003.
- 55 - Wodak A, Crofts N. Once more unto the breach: controlling hepatitis C in injecting drug users. *Addiction*. 1996 ; 91 (2) : 181-4.
- 56 - Wood E, et al. Do supervised injecting facilities attract higher-risk injection drug users? *American Journal of Preventive Medicine*. 2005 ; 29 (2) : 126-30.
- 57 - Wood E, et al. Prevalence and correlates of hepatitis C infection among users of North America's first medically supervised safer injection facility. *Public Health*. 2005 ; 119 : 1111-5.
- 58 - Wood E, et al. The potential public health and community impacts of safer injecting facilities: evidence from a cohort of injection drug users. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2003 ; 32 : 2-8.
- 59 - Wood E, et al. Changes in public order after the opening of a medically supervised safer injecting facility for illicit injection drug users. *CMAJ*. 2004 ; 171 (731) : 734.
- 60 - Wood E, et al. Methodology for evaluating Insite: Canada's first medically supervised safer injection facility for injection drug users. *Harm Reduction Journal*. 2004 ; 1 (1) : 9.
- 61 - Wood E, et al. Rationale for evaluating North America's first medically supervised safer injecting facility. *The Lancet Infectious Diseases*. 2004 ; 4 : 301-6.
- 62 - Des Jarlais D, Lyles C, Crepaz N. Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions: the TREND statement. *American Journal of Public Health*. 2004 ; 94 : 361-6.
- 63 - Petrar S, et al. Injection drug users' perceptions regarding use of a medically supervised safer injecting facility. *Addictive Behaviors*. 2007 ; 32 (5) : 1088-93.
- 64 - Jauffret-Roustide M, Pedrono G, Beltzer N. Supervised consumption rooms: the French paradox. *The International Journal on Drug Policy*. 2013 ; 24 : 628-30.
- 65 - McAuley A, Aucott L, Matheson C. Exploring the life-saving potential of naloxone: a systematic review and descriptive meta-analysis of take home naloxone (THN) programmes for opioid users. *International Journal of Drug Policy*. 2015 ; 26 (12) : 1183-8.
- 66 - WHO. Community management of opioid overdose, in Management of substance abuse. Geneva : WHO ; 2014.
- 67 - EMCDDA. Preventing fatal overdoses: a systematic review of the effectiveness of take-home naloxone. Lisbon : EMCDDA ; 2015.
- 68 - WHO, ILO. Post-exposure prophylaxis to prevent HIV infection: joint WHO/ILO guidelines on post-exposure prophylaxis (PEP) to prevent HIV infection. Geneva : WHO ; 2007.
- 69 - McCarthy M. HIV pre-exposure prophylaxis could help 1.2 million in US. *BMJ*. 2015 ; 351.
- 70 - Granich RM, et al. Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for elimination of HIV transmission: a mathematical model. *The Lancet*. 2009 ; 373 (9657) : 48-57.
- 71 - Bastani P, Hogg R, Marshall BD. Highly active antiretroviral therapy eliminates HIV epidemics in a network model of an injecting drug user community. In : Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI) ; San Francisco ; 2010.
- 72 - Molina JM, et al. On-demand preexposure prophylaxis in men at high risk for HIV-1 infection. *New England Journal of Medicine*. 2015 ; 373 (23) : 2237-46.
- 73 - WHO. Essential prevention and care interventions for adults and adolescents living with HIV in resource-limited settings. Geneva : WHO ; 2008.
- 74 - Ball AL. Universal access to HIV/AIDS treatment for injecting drug users: keeping the promise. *International Journal of Drug Policy*. 2007 ; (18) : 241-5.
- 75 - Matser A, et al. The effect of hepatitis C treatment and human immunodeficiency virus (HIV) co-infection on the disease burden of hepatitis C among injecting drug users in Amsterdam. *Addiction*. 2012 ; 107 (3) : 614-23.
- 76 - Lucidarme D, et al. Évolution de l'incidence de l'infection par le virus de l'hépatite C chez les usagers de drogues en France. *Hépatogastro & Oncologie Digestive*. 2012 ; (19) : 105-16.
- 77 - Martin N, et al. Can antiviral therapy for hepatitis C reduce the prevalence of HCV among injecting drug user populations? A

- modeling analysis of its prevention utility. *Journal of Hepatology*. 2011 ; (54) : 1137-44.
- 78 - Cheatle MD. Depression, Chronic pain, and suicide by overdose: on the edge. *Pain Medicine*. 2011 ; 12 : S43-8.
- 79 - OMS, ONUSIDA. Guide du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé. In : Programme VIH-SIDA. Genève : OMS ; 2007.
- 80 - WHO, UNODC. Guidance on testing and counselling for HIV in settings attended by people who inject drugs: improving access to treatment, care and prevention. Manila : WHO ; 2007.
- 81 - Tuailon E, et al. Dried blood spot for hepatitis C virus serology and molecular testing. *Hepatology*. 2010 ; 51 (3) : 752-8.
- 82 - Chevaliez S, Pawlotsky JM. Méthodes alternatives au prélèvement sanguin pour le diagnostic de l'infection par le virus de l'hépatite C. *BEHWeb*. 2011 ; (1, 25 mai).
- 83 - Jewett A, et al. Field-based performance of three pre-market rapid hepatitis C virus antibody assays in STAHR (Study to Assess Hepatitis C Risk) among young adults who inject drugs in San Diego, CA. *Journal of Clinical Virology*. 2012 ; 54 (3) : 213-7.
- 84 - Haute Autorité de Santé. Place des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans la stratégie de dépistage de l'hépatite C. In : Recommandation en santé publique. Saint-Denis : HAS ; 2014.
- 85 - Institute of Medicine. Preventing HIV infection among injecting drug users in high-risk countries: an assessment of the evidence. In : Institute of Medicine Committee on the Prevention of HIV Infection among Injecting Drug Users in High-Risk Countries, T.N.A. Press, Editor. Washington, DC : The National Academies Press ; 2007.
- 86 - Needle RH, et al. Effectiveness of community-based outreach in preventing HIV/AIDS among injecting drug users. *International Journal of Drug Policy*. 2007 ; 16 : 45-57.
- 87 - WHO, UNODC, UNAIDS. Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users. Geneva : WHO ; 2009.
- 88 - Foucher J. Intérêt du FibroScan pour le dépistage et la prise en charge des hépatites chroniques B et C chez les usagers de drogues. Bordeaux : CHU de Bordeaux, CEID ; 2005.
- 89 - Foucher J, et al. FibroScan used in street-based outreach for drug users is useful for hepatitis C virus screening and management: a prospective study. *Journal of Viral Hepatitis*. 2009 ; 16 : 121-31.
- 90 - Rhodes T, Simic M. Transition and the HIV risk environment. *BMJ*. 2005 ; 331 (7510) : 220-3.
- 91 - 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.
- 92 - Marlatt GA. Harm reduction: pragmatic strategies for managing high-risk behaviors. New York : Guilford Press ; 1998.
- 93 - Marlatt GA, Witkiewitz K. Harm reduction approaches to alcohol use: health promotion, prevention, and treatment. *Addictive Behaviors*. 2002 ; 27 (6) : 867-86.
- 94 - Marlatt GA, Witkiewitz K. Update on harm-reduction policy and intervention research. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2010 ; 6 (1) : 591-606.
- 95 - Rehm J, et al. Epidemiology and alcohol policy in Europe. *Addiction*. 2011 ; 106 : 11-9.
- 96 - Nutt DJ, Rehm J. Doing it by numbers: a simple approach to reducing the harms of alcohol. *Journal of Psychopharmacology*. 2014 ; 28 (1) : 3-7.
- 97 - Rehm J, et al. Modeling the impact of alcohol dependence on mortality burden and the effect of available treatment interventions in the European Union. *European Neuropsychopharmacology*. 2013 ; 23 (2) : 89-97.
- 98 - Delile JM. NIAAA-APA research-based track: "Integrating treatment for alcohol related problems and co-occurring conditions in psychiatric care: challenges and successes". *Alcoologie et Addictologie*. 2012 ; 34 (3) : 249-52.
- 99 - Aubin HJ, Daepfen JB. Emerging pharmacotherapies for alcohol dependence: a systematic review focusing on reduction in consumption. *Drug & Alcohol Dependence*. 2013 ; 133 (1) : 15-29.
- 100 - Thom B. From alcoholism treatment to the alcohol harm reduction strategy for England: an overview of alcohol policy since 1950. *The American Journal on Addictions*. 2005 ; 14 (5) : 416-25.
- 101 - Loxley W, et al. Alcohol policy and harm reduction in Australia. *Drug and Alcohol Review*. 2005 ; 24 (6) : 559-68.
- 102 - Anderson P, Chisholm D, Fuhr DC. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *The Lancet*. 2009 ; 373 (9682) : 2234-46.
- 103 - Bouthoorn S, van Hoof J, van der Lely N. Adolescent alcohol intoxication in Dutch hospital centers of pediatrics: characteristics and gender differences. *European Journal of Pediatrics*. 2011 ; 170 (8) : 1023-30.
- 104 - Fairchild AL, Bayer R. Smoke and fire over e-cigarettes. *Science*. 2015 ; 347 (6220) : 375-6.
- 105 - Weiner JB. In : Paustenbach DJ, Editor. Human and ecological risk assessment: theory and practice. New York : Wiley ; 2002. p. 1509-31.
- 106 - Dautzenberg B, Garelik D. Patients with lung cancer: are electronic cigarettes harmful, useful? *Lung Cancer*. 2015 ; (Dec 24). This article has been withdrawn.
- 107 - McRobbie H, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation and reduction. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014 ; (12).
- 108 - Budney AJ, Sargent JD, Lee DC. Vaping cannabis (marijuana): parallel concerns to e-cigs? *Addiction*. 2015 ; 110 (11) : 1699-704.
- 109 - Hall W, Fischer B. Harm reduction policies for cannabis. In : Rhodes T, Hedrich D, Editors. Harm reduction: evidence, impacts and challenges. Lisbon : EMCDDA ; 2010. p. 235-52.
- 110 - Abrams DI, et al. Vaporization as a smokeless cannabis delivery system: a pilot study. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*. 2007 ; 82 (5) : 572-8.
- 111 - Tashkin DP. How beneficial is vaping cannabis to respiratory health compared to smoking? *Addiction*. 2015 ; 110 (11) : 1706-7.
- 112 - Gartner CE. Mull it over: cannabis vaporizers and harm reduction. *Addiction*. 2015 ; 110 (11) : 1709-10.
- 113 - Agrawal A, Budney AJ, Lynskey MT. The co-occurring use and misuse of cannabis and tobacco: a review. *Addiction*. 2012 ; 107 (7) : 1221-33.
- 114 - Cooper ZD, Haney M. Cannabis reinforcement and dependence: role of the cannabinoid CB1 receptor. *Addiction Biology*. 2008 ; 13 (2) : 188-95.
- 115 - Volkow ND, et al. Adverse health effects of marijuana use. *New England Journal of Medicine*. 2014 ; 370 (23) : 2219-27.
- 116 - Fischer B, Russell C, Tyndall MW. Cannabis vaping and public health – some comments on relevance and implications. *Addiction*. 2015 ; 110 (11) : 1705-6.
- 117 - Di Forti M, et al. Daily use, especially of high-potency cannabis, drives the earlier onset of psychosis in cannabis users. *Schizophrenia Bulletin*. 2014 ; 40 (6) : 1509-17.
- 118 - Weatherburn D. Dilemmas in harm minimization. *Addiction*. 2009 ; 104 (3) : 335-9.
- 119 - Subritzky T, Pettigrew S, Lenton S. Issues in the implementation and evolution of the commercial recreational cannabis market in Colorado. *International Journal of Drug Policy*. 2016 ; 27 : 1-12.
- 120 - Grund JP, et al. The fast and the furious: cocaine, amphetamines and harm reduction. In : Rhodes T, Hedrich D, Editors. Harm reduction: evidence, impacts and challenges. Lisbon : EMCDDA ; 2010. p. 191-232.
- 121 - Delile JM, Gachie JP. Ecstasy et réduction des risques. La place du testing et des analyses de substances. *Alcoologie et Addictologie*. 2002 ; 24 (4) : 311-18.
- 122 - Winstock AR, Wolff K, Ramsey J. Ecstasy pill testing: harm minimization gone too far? *Addiction*. 2001 ; 96 (8) : 1139-48.
- 123 - Caillon J. Comment prévenir le jeu excessif ? Exemples de réponses étrangères. *SWAPS*. 2012 ; (64/65) : 17-9.
- 124 - Marshall Z, et al. Peering into the literature: a systematic review of the roles of people who inject drugs in harm reduction initiatives. *Drug & Alcohol Dependence*. 2015 ; 151 : 1-14.
- 125 - Delile JM. Narcotiques anonymes. *Interventions (Revue de l'ANIT)*. 1994 ; (44) : 3-8.
- 126 - Delile JM. Les communautés thérapeutiques arrivent en France : pourquoi (seulement) maintenant ? *Psychotropes*. 2011 ; 17 (3-4) : 25-53.
- 127 - Delile JM, Bourgeois M. Les communautés thérapeutiques aux USA. *Interventions (Revue de l'ANIT)*. 1994 ; (46) : 28-33.
- 128 - Delile JM. Baclofène : assez tergiversé ! In : Supplément technique 1. Paris : Fédération Addiction ; 2012.
- 129 - Association Baclofène. Baclofène. La fin de notre addiction. Les alcooliques ne sont plus anonymes... Paris : Éditions J. Lyon ; 2015.
- 130 - Delile JM, Couteron JP. Réflexions sur le traitement résidentiel des addictions. *Alcoologie et Addictologie*. 2009 ; 31 (1) : 27-35.