

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

M. Fabrice Perez*

* Chargé de communication AFR / ASUD / Techno+, Paris. Courriel : fabrice@culturedrogues.fr

Comment prendre en compte les phénomènes émergents (nouveaux produits de synthèse, nouveaux publics...) et trouver des réponses adaptées ?

Comment permettre au dispositif de RdRD de s'actualiser/s'adapter en permanence en fonction de l'évolution des usages et des problèmes liés aux usages ?

Trouver la bonne distance pour observer et s'adapter

Résumé

En France, depuis 30 ans, des générations de consommateurs de drogues militants ont créé puis façonné la politique de réduction des risques (RdR) liés aux drogues au-delà de la loi. Malgré la reconnaissance aujourd'hui unanime des professionnels et des pouvoirs publics du rôle central de ces acteurs dans le repérage des phénomènes nouveaux et des réponses à y apporter, il n'existe aucune volonté politique de généraliser la santé communautaire ni de sortir du régime prohibitionniste. Cet article propose de considérer un élargissement de la RdR au-delà du secteur médico-social afin de répondre au mieux à tous les usages. Il suggère que le lien entre la veille et l'opérationnel soit renforcé. Enfin, il invite à développer les actions de RdR à distance, l'analyse des produits et l'intégration de la RdR aux actions de promotion de santé portées par Santé publique France.

Mots-clés

Réduction des risques (RdR) – Santé communautaire – Veille – Innovation – Service à distance.

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

Summary

How should we take into account emerging phenomena (new synthetic drugs, new populations...) and find appropriate responses? How can we help the risk reduction programs (RRP) to constantly renew and adapt with respect to evolving patterns of use and the problems related to them? Finding the appropriate distance to observe and to adapt

For the past 30 years in France, generations of militant drug users have created and shaped harm and risk reduction (HRR) policies in relation to drugs outside the law. Despite today's unanimous recognition by professionals and public authorities of the central role of these actors in identifying new phenomena and responses, there is no political will to generalize community health care or to repeal current prohibition. This article suggests that spreading HRR beyond the medico-social sector may enable us to better respond to all users. It suggests that the relations between surveillance and action should be reinforced. Finally, it suggests further developments to HRR actions, such as product analysis and integrating HRR into health promotion campaigns by the French Public Health system (Santé Publique France).

Key words

Harm and risk reduction (HRR) – Public health – Watching – Innovation – Distant services.

“Il faut sans cesse s'appuyer sur une avant-garde agissante. Il n'existe jamais de consensus préalable à l'innovation. On n'avance pas à partir d'une opinion moyenne qui est, non pas démocratique, mais médiocratique ; on avance à partir d'une passion créatrice.

Toute innovation transformatrice est d'abord une déviance.” (1)

A cteur de terrain avant tout, formé sur le tas, auto-Didacte sur de nombreux sujets, il est probable que ce rapport pêche par son manque de formalisme académique. Je suis reconnaissant de l'occasion qui m'est donnée ici de partager mon expérience de 15 ans sur de nombreux projets que l'on peut qualifier d'innovants, ou tout du moins de novateurs. Cette recherche permanente de faire évoluer les pratiques de réduction des risques (RdR) est la seule raison légitime qui me place ici au rang des experts auprès de la commission d'audition. Ma présence sonne donc comme la volonté de prendre en compte une histoire de la RdR, ses valeurs et ses méthodes que je vais tâcher de représenter au mieux.

Après tout ce temps, je suis encore étonné de constater à quel point notre secteur spécialisé est friand, à l'affût des phénomènes émergents, mais en même temps tellement frileux et sclérosé dès qu'il s'agit de les prendre en compte et d'évoluer pour cela. Dans mon parcours, j'ai entendu mille excuses la part de collègues, de partenaires, de dirigeants ou de décideurs publics ou privés pour ne pas avoir à porter la responsabilité d'innover malgré le vif intérêt pour les phénomènes émergents pour lesquels j'ai été mille fois encouragé et remercié d'avoir porté à leur connaissance. “Trop risqué juridiquement”, “les gens ne sont pas prêts”, “cela va inciter à la consommation”, “ce qui se fait ailleurs n'est pas applicable ici”, “nous n'avons pas les moyens ou les ressources suffisants”... Bien sûr, à chaque fois le projet était “très intéressant”. Ce paradoxe est à l'image de l'intense fascination que notre société entretient pour les drogues et les drogués qu'elle garde à bonne distance dans son collimateur fait de science et d'opinions et qui, une fois face à la tangibilité du pouvoir d'agir, ne sait plus quoi dire ni quoi faire sauf remettre de la distance et revenir dans sa zone de confort. Pour la question qui m'a été posée, je crois que la notion de distance est essentielle.

En tant que bénévole puis professionnel, j'ai pu participer à la conception ou l'évolution de projets (que je ne détaillerai pas ici) et parfois même les porter tels que :

- l'action en milieu festif alternatif techno, sa transposition aux scènes officielles dont les établissements de nuit ;

- l'analyse des produits, du *testing* à TEDI (*Trans european drug information*, projet du réseau NEWnet – safernightlife.org – des opérateurs de RdR festive) en passant par la CCM (chromatographie sur couche mince) et SINTES (Système d'identification national des toxiques et substances) ;
- les espaces de consommations et l'accompagnement de celles-ci ;
- l'envoi postal de matériel de RdR et plus généralement les moyens de mener des actions à distance, via internet notamment en utilisant le web, la vidéo, les médias sociaux et les applications smartphone ;
- la RdR pour les revendeurs de drogues ;
- des actions en lien avec les RC (*research chemicals*)/NSP (nouvelles substances psychoactives) ;
- etc.

Précision importante : ces projets ont tous été menés dans des équipes que je qualifie d’“au plus près des usages” dans une démarche de santé communautaire.

J'insiste sur cet aspect qui, sans être l'unique voie, m'a convaincu de sa remarquable efficacité à pouvoir répondre à lui seul à la triple question posée ici : le repérage des phénomènes émergents, la construction d'une réponse adaptée et la pérennisation du processus évolutif.

Dans la démarche de santé communautaire, il est intéressant de constater que les pratiques émergentes liées aux drogues et les pratiques émergentes de RdR se superposent.

L'adéquation devient alors naturelle entre les besoins exprimés des utilisateurs de drogues et les réponses de santé des intervenants. Elle est sublimée lorsque ces deux groupes n'en font plus qu'un. Sans cela, la réponse RdR (voire la réponse tout court) est en retard ou inexistante. J'ai pu constater, au sein de groupes spécifiques dans les milieux festifs ou les communautés virtuelles, que la réponse communautaire, que l'on pourrait qualifier de RdR mais qui souvent ignore ce terme en réalité, se fait totalement en dehors du dispositif institutionnel de RdRD (dans ce document, les expressions “dispositif de RdRD” et “dispositif institutionnel de RdRD” désignent les opérateurs médico-sociaux agréés. L'expression “RdR” toute seule désigne les principes de la réduction des risques indépendamment du statut de l'acteur qui les met en œuvre). Ces réponses RdR existantes sont tout aussi invisibles que les fameux usagers cachés. Trouver les unes revient souvent à trouver les autres et inversement. Ceci est d'autant

plus vrai qu'aujourd'hui, sans commune mesure avec le contexte 15 ans en arrière dans lequel j'ai commencé, l'information précise et objective, premier maillon de la réponse RdR, est largement disponible. L'idée de la RdR elle-même, en tant qu'accompagnement des consommations, est naturellement intégrée par les nouvelles générations d'utilisateurs de drogues, que l'on peut qualifier de natifs de la RdR. Cela permet individuellement ou collectivement d'élaborer une stratégie de consommation. Avec un minimum de 17 millions d'expérimentateurs de drogues illicites en France en 2014 (2), on est en droit d'imaginer que de nombreuses réponses RdR n'ont pas encore été identifiées, pas plus que les phénomènes nouveaux et les publics concernés. Les observatoires et le déploiement de la RdR ont donc une marge d'évolution considérable.

Rappelons-nous également que l'usage de drogues, mais aussi le transport, la production, la présentation sous un jour favorable, la facilitation de l'usage, etc. sont sévèrement sanctionnés par la loi, faisant ainsi de facto un lien intrinsèque entre la clandestinité et tout acte lié aux drogues, y compris ceux en rapport avec la préservation de la santé. À cela s'ajoute pour l'opinion public un jugement moral réprobateur de l'usage de drogues. Cette double caractéristique non négligeable rend l'observation et le repérage des phénomènes plus difficiles qu'ailleurs et complique également la construction des réponses par le dispositif de RdRD, surtout si ces réponses doivent s'officialiser. Le risque juridique et le rejet moral n'étant jamais nuls, j'ai pu constater que ce n'est qu'en s'en affranchissant que les réponses les plus adaptées surgissent et peuvent se généraliser.

Comment les actions de RdR ont-elles évolué depuis 30 ans avec les usages ?

L'enjeu est de faire sortir de la clandestinité les phénomènes émergents, voire les pratiques innovantes de RdR. Franchir ce pas n'est pas aisé et nécessite des conditions particulières permettant ou justifiant cette prise de risque. Distinguons les trois grandes vagues générationnelles, pas spécifiques à la France, qui ont permis au dispositif de RdR de s'actualiser.

1. La génération sida des années 1980 : la communauté des injecteurs subie gravement l'épidémie de VIH et réclame le droit de survivre. Des professionnels à leur contact, "au plus près des usages", constatent les dégâts

et s'engagent à leur côté. L'importance de l'urgence sanitaire surpasse le cadre légal qui libère la créativité des intervenants (professionnels et communautaires) en mettant en œuvre les actions nécessaires. Acteurs emblématiques de la démarche : Médecins du monde, AIDES, ASUD, Limiter la casse...

2. La génération festive des années 1990 : la culture techno, dont l'usage de drogues fait partie intégrante, devient un phénomène de masse. Cette tendance est désignée par les médias et les politiques comme un problème sécuritaire et sanitaire. L'éducation et la prise en charge orale et discrète par les pairs des nouveaux venus ne sont plus suffisantes. Des acteurs du mouvement musical décident d'assumer cet aspect de leur culture, deviennent intervenants et profitent à la fois de la brèche ouverte par la génération précédente et du caractère éphémère des événements pour s'affranchir du cadre légal en créant et dispensant des informations, du matériel et des services d'accompagnement des consommations avant, pendant, après. Acteurs emblématiques de la démarche : le Tipi, Techno+, Keep smiling, Spiritek... D'autres acteurs de la génération précédente leur emboîtent ensuite le pas.

3. La génération internet des années 2010 : l'anonymat que procure internet est propice à la constitution de communautés virtuelles autour de la consommation de drogues sans craindre le cadre légal. D'abord *underground* dans les années 2000, ces communautés accumulent un important savoir autour des substances allié à une grande réactivité vis-à-vis des nouveaux phénomènes. Elles adaptent au média internet les actions menées par les générations RdR précédentes. Ces communautés jouent aujourd'hui un rôle très important dans la promotion de la RdR auprès d'un large public et façonnent le rapport aux drogues de milliers, peut-être de millions de natifs de la RdR (3). L'arrivée sur le devant de la scène médiatique de l'offre de drogues en ligne et la vague des fameux RC/euphorisants légaux imposent ces communautés virtuelles comme des références en la matière nettement en avance à la fois sur les intervenants de terrain et les connaissances scientifiques. Acteurs emblématiques de la démarche : Psychonaut.com, Lucid-state.org, Psychoactif.fr, Not for human...

Dans cette chronologie notons que la dernière vague de transformation n'est pas terminée. Et pour la question qui nous intéresse ici, savoir si le dispositif de RdRD peut s'adapter, cela revient à se demander s'il est capable d'intégrer dans son ADN les évolutions de la dernière

génération. Pour cela, demandons-nous si les générations précédentes ont été correctement intégrées ? C'est-à-dire en respectant les différents critères énoncés : être au plus près de l'usage, favoriser une démarche communautaire, savoir s'affranchir du cadre moral et légal dominant sur l'usage de drogue.

Le difficile processus d'intégration et de reconnaissance

La première génération, à considérer comme fondatrice, a bataillé ferme pour sa reconnaissance légale et sa pérennisation. La distribution des seringues et autres matériels, la diffusion d'information, la participation des utilisateurs de drogues aux actions, etc. Autant de principes consacrés par la Loi de santé de 2004 tant qu'il s'agit de réduire les risques... infectieux. La génération suivante, pour laquelle le risque infectieux est loin d'être prioritaire, a été oubliée. Le cadre visant à transformer les boutiques RdR bas-seuil de l'époque en CAARUD (centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues) et les intervenants en travailleurs sociaux a exclu la quasi-totalité des acteurs spécialisés des milieux festifs. En effet, le cahier des charges des établissements médico-sociaux est en grande partie très contraignant voire incompatible avec l'intervention en milieux festifs, qui n'est qu'une mission annexe : nécessité d'un lieu d'accueil fixe ou régulier, travail le week-end et de nuit sur de longues plages horaires, diplômes spécifiques... sans compter l'interdiction légale du *testing*, outil phare de cette génération, ou encore le mode de gestion, souvent communautaire et/ou bénévole, de ses programmes festifs rentrant difficilement dans les grilles organisationnelles imposées. La seconde génération a survécu, mais il y a eu de la déperdition. Tandis que pour la première se pose la question de son héritage car aucune formation spécifique à la RdRD n'entre dans le cursus des travailleurs sociaux amenés à y travailler. L'offre de formation déjà limitée avant l'arrêt des activités de l'AFR est quasi exclusivement interne au secteur. La transmission des stratégies et des techniques de RdR repose donc sur les opérateurs eux-mêmes au risque de créer d'importantes disparités de pratiques d'un organisme à un autre, d'un territoire à un autre. Les référentiels d'intervention en milieux festifs commandés par la MILDT dès 2000 (4) ou la Direction générale de la santé (DGS) en 2011 (5) n'ont ni été traduits dans les textes légaux, ni permis de pérenniser les acteurs du milieu festif à la hauteur de

leurs prédécesseurs. Le plan actuel de la MILDECA prévoit un nouveau référentiel des actions en milieux festifs. Aura-t-il plus d'impact ?

Il aura fallu presque dix ans pour commencer à voir un modèle intégrant cette génération au dispositif actuel. Ce modèle est celui d'une équipe mêlant professionnels et bénévoles communautaires, chapeauté par un salarié référent au sein d'un CAARUD ou d'un groupement d'établissements. Le rattachement d'une mission festive à un CAARUD est trop souvent artificiel (décalage de posture entre l'accueil en boutique et celui en festif) ou trop souvent atrophie (l'activité festive reste anecdotique) pour que l'équipe qui en a la charge puisse prendre du recul sur sa pratique et développer vraiment cette activité. Ce sont des choix de politique interne et/ou des tutelles.

Faute d'avoir pu totalement intégrer le dispositif institutionnel de RdRD, les actions de RdR festive ont pris de nouvelles formes. Les lacunes juridiques de la Loi de 2004 ont rendu la RdR festive suspecte. Pour dépasser cela, des acteurs de la RdR festive qui ont voulu développer leur action dans les milieux officiels (festivals, boîtes de nuit, bars, salle de concert...), sauf contexte local plus favorable, ont dû procéder à de nouveaux montages de projets incluant les pouvoirs publics locaux (villes, agences régionales de santé – ARS, préfetures). Ces projets locaux intégrés – dont la RdR liés aux usages de drogues (alcool et tabac compris) est bien souvent l'objectif principal – ne s'en revendiquent pas toujours et préfèrent se présenter comme des actions de prévention généraliste ou de promotion de la santé. Fêtez clairs (fetez-clairs.org) à Paris ou Plus belle la nuit (www.plusbellelanuit.org) à Marseille sont des exemples de cette démarche.

À côté de cela, principalement les programmes issus des milieux étudiants ou ceux du secteur de l'alcoologie ont au fil du temps intégré les actions, outils et services de RdR sans forcément s'en revendiquer, préférant, comme les projets locaux intégrés cités précédemment, s'inclure dans une démarche plus large de prévention ou de promotion de la santé.

Actuellement, on peut déjà considérer que le dispositif de RdRD ne recouvre pas l'ensemble des opérateurs menant des actions de RdR car un nombre non négligeable d'entre eux ne s'identifient pas au sein du champ médico-social ni dans le mouvement plus large de la RdR ou alors d'assez loin.

Autrement dit, il semble sage de se poser la question de la pertinence à vouloir englober l'ensemble des actions de RdR dans un cadre médico-social. Or aujourd'hui, c'est le cadre le plus pérenne qui est offert aux acteurs de RdRD. À part le CAARUD Spiritek à Lille issu de la génération festive et essentiellement dédié à ce domaine d'action, aucun des opérateurs spécialisés n'est aujourd'hui pérennisé à ce niveau. J'avais déjà pu porter ce constat accompagné de recommandations auprès de la MILDECA lors de la préparation du dernier plan gouvernemental (6).

Ce qui s'est passé pour la génération festive montre bien les difficultés d'adaptation puisque des solutions ont dû être trouvées hors du dispositif de RdRD.

“La RdR n'est pas hors-la-loi, elle est avant la loi.” Phrase entendue de nombreuses fois dans les colloques spécialisés. La loi a mis 20 ans pour reconnaître la RdR de la génération sida (Loi du 9 août 2004), encore 20 ans pour reconnaître la RdR de la génération festive (Loi du 26 janvier 2016). Et nous sommes bien partis pour qu'elle mette 20 ans à reconnaître la RdR de la génération internet.

Légalement, la RdR sort à peine officiellement des risques infectieux et reconnaît l'analyse des produits comme l'un de ses outils. Ce changement, certes extrêmement important, est-il suffisant pour répondre aux défis posés par les phénomènes actuels liés aux drogues ?

Il est très probable que non. L'institutionnalisation et sa base légale, telle qu'elle a été conçue, constituent un frein important à l'innovation en définissant (figeant ?) ce qui était de la RdR, sous-entendu que le reste n'en est pas, malgré l'article X de l'annexe 31-2 du Code de la santé publique (décret référentiel du 14 avril 2005) qui prévoit l'expérimentation de nouveaux outils ou stratégies. L'“effet mammoth” est flagrant ces dernières années pour la mise en place ou l'évolution d'outils ou de stratégies que l'on peut pourtant considérer comme issus de la première génération, tels les espaces de consommations, les trousses pour l'injection, les kits base, les TSO (traitements de substitution aux opiacés)... Pour les autres stratégies non liées aux risques infectieux, c'est pire !

À l'échelle nationale nous avons un bloc monolithique très difficile à faire évoluer. À l'échelle locale, nous avons une logique gestionnaire de regroupement des opéra-

teurs qui favorise les opérateurs uniques multi-cartes et l'exclusion des nouveaux porteurs de projets innovants plus spécialisés. Or, l'histoire nous a montré que l'innovation vient rarement de l'intérieur du système mais de sa marge.

Le rôle fondamental des observatoires

Après ce long constat qui ne se veut pas défaitiste mais qui au contraire permettra, je l'espère, de mieux mesurer l'ampleur de la tâche et les conditions structurelles requises pour cela, voyons comment mieux repérer et mesurer les évolutions des phénomènes liés aux drogues.

Les phénomènes émergents sont le plus souvent des phénomènes de contournement et/ou de réaction au changement du cadre d'usage. Le cadre légal tient une place particulièrement importante car le contournement de ce cadre est à l'origine de nombreuses évolutions (toutes substances confondues). Les observatoires ont pour habitude de rapporter les déterminants environnementaux responsables de ces évolutions. Voici quelques exemples :

- Le cadre légal ou réglementaire et son application :
 - . L'essor des RC, ces substances sans statut juridique, est une réponse au nombre croissant de substances classées comme stupéfiants.
 - . Avec la mise en place des dépistages salivaires, certaines consommations de produits ont été reportées sur des substances non détectées par ces tests.
- L'offre de produits (accessibilité, diversité, qualité, prix) : l'achat de drogues en ligne sur le web ou le darknet attire un nouveau public de consommateurs pour lesquels tout un éventail de produits est disponible pour un risque judiciaire faible.
- La finalité de l'usage (récréative, spirituelle, thérapeutique, dopante) : la recherche d'une défonce puissante mène à des techniques permettant l'absorption rapide de produits les plus concentrés possible comme l'injection pour les produits solubles ou le dab pour le cannabis.
- Les perceptions sociales du produit, de l'usage (dans la population générale, dans des groupes de populations spécifiques) :
 - . La consommation de cocaïne est une norme dans certains milieux professionnels qui banalise sa consommation.
 - . La pratique de l'injection est très stigmatisée chez les consommateurs récréatifs du milieu techno, ce qui rend difficile le travail auprès de ce public.

Une piste, que je suis tenté de soumettre à la commission d'audition, est de prévenir les phénomènes émergents plutôt que de les attendre comme des fatalités. Cette voie proactive ce révélera trop rapidement bouchée malheureusement car menant sans surprise à une réforme radicale de notre politique des drogues visant à en finir avec l'approche prohibitionniste. En accord avec les travaux de Nutt (7), je plaiderais pour la recherche de drogues légales les moins nocives possibles en remplacement de l'offre l'actuelle, y compris l'offre légale d'alcool et de tabac. N'est-ce pas finalement l'enjeu du débat sur la cigarette électronique ?

Mais la voie réactive est aujourd'hui l'approche consensuelle, attardons-nous donc sur elle...

L'OFDT mène un travail de veille, de synthèse et de diffusion, rigoureux et de qualité sur l'ensemble de des déterminants listés plus haut au niveau national. Les observatoires régionaux de santé, les centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance, les centres d'addicto-vigilance, les groupes de recherches spécialisés... lorsqu'ils existent, sont aussi précieux au niveau local. Mais cet enchevêtrement des réseaux de veille ne devrait pas affecter la fluidité de la circulation de l'information indispensable à la réactivité des actions. Cela nécessite de la coordination et de partager un format commun de recueil d'informations voire les mêmes bases de données.

Connaître est une condition nécessaire mais pas suffisante pour prendre en compte, réagir face à des phénomènes émergents. La prise en compte doit ensuite se décliner aux niveaux politique et opérationnel. Comme le répètent inlassablement les personnes qui y travaillent, "l'OFDT n'est pas un outil de RdR".

Pourtant, tout ce qui permet à l'OFDT d'observer les phénomènes des drogues et le fait que la plupart de ses productions soient publiques favorisent grandement l'adaptation du dispositif de RdRD et de ses satellites les plus proches. Les acteurs de RdR les plus proactifs en matière de réponse aux phénomènes émergents sont mis en réseau d'une manière ou d'une autre par des programmes TREND (Tendances récentes et nouvelles drogues) et SINTES. La structuration du recueil des données nécessaires à l'OFDT est la première brique de la structuration d'un réseau des acteurs de RdR les plus réactifs ; ceux-là n'ont pas besoin des rapports de l'OFDT pour détecter les nouveautés puisqu'ils les vivent et les co-construisent. Il serait extrêmement

intéressant de se pencher sur les profils des enquêteurs TREND, des collecteurs SINTES et de leurs coordinateurs, comme le CESDIP s'était penché sur les intervenants de RdR (8). Pour ce que j'en connais, nous retrouvons dans ces avant-postes de la politique des drogues les mêmes ingrédients précédemment évoqués comme catalyseur de l'évolution de cette même politique : proximité de l'usage, démarche communautaire, dépassement, au nom de la science cette fois-ci, du cadre légal et moral sur l'usage de drogue. C'est bien cette matière première, mélangée à d'autres sources, que l'OFDT transforme en données scientifiques qui auto-alimentent le cercle vertueux de la connaissance des phénomènes émergents auprès de son propre réseau, mais aussi auprès des électrons libres de la RdR. L'OFDT a par ailleurs une bonne réputation auprès de la génération internet qui s'y abreuvent abondamment. Réciproquement, l'OFDT s'intéresse via le projet I-TREND à cette génération et à ses pratiques liées à internet et aux NSP, contrairement au dispositif de RdRD qui peine à évoluer en ce sens. I-TREND (9), qui vise à créer une méthodologie d'observation, partiellement automatisée, du marché des drogues en ligne, est remarquable par ses ambitions et son actualité.

Le rôle des programmes TREND et SINTES est fondamental. J'émet donc l'hypothèse que la façon dont vont évoluer ces programmes impactera significativement le dynamisme du dispositif de RdRD, sa capacité d'adaptation et sa cohérence globale. Néanmoins, ces programmes vieillissent et n'ont que très peu évolué méthodologiquement depuis leur création. Il convient expressément de les maintenir en les rénovant.

Ce qui fait de TREND et SINTES un élément à part est l'implication requise par les équipes de RdR. L'OFDT ne peut se contenter d'observer de loin. Les personnes chargées de faire remonter les informations prennent appui sur les intervenants et réciproquement SINTES, l'analyse des produits, est mis à profit par les équipes comme un service annexe. C'est ce rapport gagnant-gagnant entre observation scientifique et service rendu qu'il faut étendre à de nouvelles approches. On peut de plus questionner le fait que ces programmes ne soient présents que partiellement sur le territoire national.

Sans rien retirer à ce que je viens de décrire, les observatoires pourraient compléter l'existant par des modalités de recueil de données directement à partir des consommateurs eux-mêmes. En effet, le modèle pyramidal par cooptation souffre de nombreux défauts

qui limitent l'accès à certains publics et la possibilité de recevoir certains signaux. La méthodologie d'enquête sur laquelle s'appuie la *Global drug survey* (GDS – www.globaldrugsurvey.com) pour quantifier et qualifier le phénomène des drogues (toutes substances confondues) est très intéressante. On peut la comparer à une sorte de Baromètre santé annuel dédié à la population des consommateurs de produits psychoactifs dont le questionnaire en ligne est auto-administré. Le recrutement des répondants se fait par voie de presse (en France, *Libération*, *Les Inrocks*, *Vice*, *20 minutes* y participent) et se double d'un relais d'information par les acteurs de l'addictologie, surtout ceux de la RdR, mais aussi par les communautés de consommateurs. Cette méthodologie inclut une pédagogie auprès du public cible dont il faut gagner la confiance pour répondre sur un tel sujet. Là où réside l'innovation pour ce type de recherche, c'est dans le fait que les répondants peuvent tout de suite voir leur intérêt à répondre à ce genre d'enquête. Ce n'est plus un service que l'on fait pour l'intérêt général qui peut-être nous bénéficiera. Les outils d'enquêtes de la GDS sont aussi des services aux consommateurs. Son but affiché est d'ailleurs de "rendre les drogues, légales ou non, plus sûres pour ceux qui en prennent". Pour cela, la GDS propose diverses applications pour téléphones et rubriques d'information sur son site web directement puisées dans l'analyse des réponses dans le plus pur style actuel des agrégats massifs de données personnelles anonymisées. Le répondant peut alors situer sa consommation par rapport aux autres, consulter les statistiques sur les effets négatifs des drogues ou la popularité de certaines stratégies de consommation visant à réduire les risques.

Voici deux autres exemples étrangers nationaux qui associent veille sur les produits en circulation et service aux consommateurs.

Au Pays-de-Galles, depuis 2009, le programme WE-DINOS (*Welsh emerging drugs and identification of novel substances* – wedinos.org), porté par l'Institut de santé public gallois, propose aux consommateurs, via une centaine de points de collecte, d'analyser des échantillons de produits accompagnés d'un questionnaire. Les résultats sont mis publiquement en ligne en moins d'une semaine. En Australie, un service équivalent s'appelle ACTINOS (actinos.org).

Aux Pays-Bas, le programme DIMS (www.drugs-test.nl/dims), mené par l'institut Trimbos, dispose de 30 points de collecte dans lesquels n'importe quel consom-

mateur peut venir déposer un échantillon de produit qui sera analysé en une semaine. Le résultat est donné par téléphone. Pour les comprimés et les papiers buvards, après mesure, pesée et description visuelle, le résultat est souvent immédiat. Une base de données nationale commune des résultats d'analyse mise à jour de façon hebdomadaire est consultée sur place. La fiabilité de cette méthode a été confirmée à 99 % conforme aux résultats de laboratoire. Elle permet de répondre sans délais à 30 % des demandes d'analyse. Vous comprendrez aisément qu'avec ce genre de service, les centres d'accueil pour usagers de drogues touchent davantage les consommateurs jeunes à but récréatif que le dispositif français.

L'observation des phénomènes émergents comme un service gagnant-gagnant auquel participeraient directement les consommateurs. Faire de TREND et SINTES des outils de RdR aussi faciles d'accès à tous que Drogues info service, sans rien enlever à leur caractère scientifique et leur objectif de veille. Voilà une piste d'avenir.

La question de l'innovation

Innover, c'est faire à la fois un pas de côté et un bond en avant. Évoluer, c'est s'éloigner d'un cadre tout en faisant en sorte que celui-ci nous rattrape. Il y a plusieurs façons de faire le pas de côté qui permet de prendre du recul et d'envisager différemment les choses. Nous venons de voir que les observatoires y contribuent fortement par les informations qu'ils apportent aux acteurs. L'autre condition nécessaire est que les acteurs à leur niveau aient la possibilité de prendre le temps du recul, ce qui va souvent de paire avec une culture de l'(auto-)évaluation. Il peut s'agir d'une dynamique d'équipe, de formation, de colloques... tout ce qui permet de lever le nez du guidon pour réfléchir à sa pratique individuelle ou collective, la partager, la confronter à celle des autres. Enfin, le dernier élément indispensable est la capacité à expérimenter, à tester, à tenter de nouveaux outils et nouvelles stratégies de RdR. Cette étape n'est autre le fruit de toutes les précédentes. Elle doit non seulement être encouragée mais aussi accompagnée, avec objectivité et bienveillance. C'est à cette étape précise, qui ne peut viscéralement être autre chose que du bricolage, du tâtonnement, un pari, qu'en général les réticences se manifestent.

“À celui qui ne reproduit que des pratiques traditionnelles, on ne demande rien. Il peut avoir 9 % d'échec sans encourir

le moindre reproche. En revanche à l'innovateur on ne pardonnera pas la moindre marge d'échec ou d'incertitude. Un innovateur doit réussir à 100 %... ou bien c'est que son innovation est mauvaise !" Dans cet extrait, Meirieu (10), professeur émérite en sciences de l'éducation, fait référence à un mammouth bien connu, l'Éducation nationale. Cette comparaison animale n'est pas dû tant à sa taille (un million de fonctionnaires), qu'au caractère éminemment politique de la mission dont ce service public a la charge. Chaque évolution y fait l'objet de débats, de combats idéologiques comme scientifiques, qui en limitent fortement la faculté d'adaptation nécessaire pour remplir sa mission. L'Éducation nationale n'est pas le seul éléphantidé du pays.

En s'institutionnalisant, la RdR est devenue l'un des mammouths du grand troupeau étatique aux côtés d'autres spécimens plus âgés consacrés à la politique des drogues. Preuve en est l'immense difficulté à évoluer et plus encore à innover du dispositif de RdRD quand on pense aux espaces de consommation, aux TSO, au contenu des trousseaux pour l'injection, aux actions sur internet, aux NSP, etc.

Ces résistances en interne sont complétées par d'autres composantes externes. Plus la connaissance des principes et pratiques de RdR se diffusent largement, plus les gens peuvent la mettent en pratique par eux-mêmes et deviennent experts, plus il rivalisent avec le système institutionnel qui a dû mal à se remettre en cause et/ou se trouve dépassé.

Pourtant, l'origine même de la RdR a produit en une petite dizaine d'années, de fin 1980 à fin 1990, un nouveau paradigme d'accompagnement des usages de drogues en inventant des outils, des services, des processus et des aptitudes qui sont aujourd'hui les bases de la mise en œuvre de la RdRD. La capacité d'innover voire d'évoluer est aujourd'hui fortement limitée, très mal coordonnée et les processus de généralisation/pérennisation inexistantes.

Je ne reviens pas sur l'aspect limité, il a été largement évoqué précédemment. Organe exécutif placé auprès du Premier ministre, on est en droit d'attendre de la MILDECA qu'elle favorise et coordonne les expérimentations. Cela fait partie de ses missions. Mais ne devrait-elle pas aussi s'assurer que les expérimentations concluantes qu'elle a soutenues puissent perdurer ? Tout opérateur de la politique des drogues peut constater que la MILDECA et ses représentations locales, la DGS et

les ARS, et les services de santé des collectivités locales ont beaucoup de mal à s'accorder sur la mise en œuvre des actions de RdR en dehors du dispositif institutionnel de RdRD. Il n'est pas rare que ces institutions face à une réponse innovante se renvoient la balle. Quant aux projets de RdR soutenus par la Commission européenne, leur prise en compte par les institutions françaises est quasi nulle alors que l'échange avec d'autres pays est générateur de nouvelles idées essentielles à l'actualisation du dispositif de RdR.

La place des consommateurs ou la démocratisation de l'expertise

Il s'opère actuellement à grande échelle un basculement de l'expertise. Si depuis les débuts de la RdR, les consommateurs ont souvent eu une meilleure connaissance des drogues que les professionnels, ils n'ont jamais eu autant de moyens à leur disposition pour s'en servir. Le phénomène des NPS/RC/euphorisant légaux en a apporté la preuve.

Il s'est forgé une impressionnante culture alternative des drogues basée sur des références solides préexistantes principalement états-uniennes. Albert Hofmann, Timothy Leary, Terence McKenna, mais surtout Alexander et Ann Shulgin incarnent alors ces repères. Des savants qui remettent en cause le dogme moral des drogues avec une approche rationnelle et qui ne nient en rien le plaisir et les potentialités qu'apportent ces produits. Leur modèle a forgé des communautés de consommateurs psychonautes capables d'apprendre à dompter collectivement une nouvelle substance. Le fer de lance de ces communautés en ligne est Erowid fondé dès 1995.

Au début de la RdR, les consommateurs des années 1980/1990 redécouvraient des produits déjà connus et étudiés auparavant par la médecine et/ou l'armée. Les pionniers de la RdR de l'époque devaient alors mettre à disposition du plus grand nombre les nombreuses informations existantes sur ces produits, mais difficiles d'accès du fait de la Loi de 1970 et l'incrimination de présentation sous un jour favorable et d'incitation.

Mais aujourd'hui, nous sommes face à des produits qui n'ont jamais été étudiés, bien moins connus. Ce sont les consommateurs lambda qui ensemble, tels des milliers d'Alexander Shulgin sur internet, expérimentent et in-

forment sur telle ou telle substance. Les professionnels de la RdR et des drogues n'ont donc, une fois de plus, comme aux débuts des scènes ouvertes ou des rave-parties, plus aucun repère théorique auquel se raccrocher et ne peuvent qu'apprendre eux-mêmes des amateurs éclairés de ces nouvelles substances pour mener des actions de RdR pertinentes. Quand ce ne sont pas ces amateurs eux-mêmes qui proposent leurs services.

Il est frappant de constater aujourd'hui dans les colloques et les formations consacrés à la RdR combien il est courant de citer comme sources fiables d'information les communautés en ligne de consommateurs (voir la webographie dans les références en fin de document). De plus en plus d'intervenants du dispositif institutionnel orientent également vers ces communautés, voire les consultent pour répondre à leurs usagers.

Les défis d'aujourd'hui

Dans ce contexte, je vois mal comment le dispositif de RdRD va pouvoir s'adapter efficacement à la génération internet. Cette dernière pour être mise en œuvre nécessite plusieurs critères qui ne sont pas dans les habitudes du secteur :

1. Considérer internet comme un territoire d'action, ce qui revient pour ce cas à dé-territorialiser la politique de santé après avoir récemment consacré les régions via les ARS comme échelons de référence.
2. Valider la fourniture de service RdR à distance et donc que les critères médico-sociaux puissent concevoir l'existence d'un modèle virtuel de CAARUD comme il a fallu un jour concevoir l'aide et l'orientation à distance en créant Drogue info service.
3. Savoir développer considérablement l'accès aux analyses de produits dans un marché noir plus diversifié que jamais.
4. Briser le tabou du travail en direct avec les revendeurs de drogues tant l'offre en ligne qui leur garantit un certain anonymat permet de nouvelles approches en ce sens (9).

Les deux premiers items soulèvent surtout des problèmes techniques et administratifs qui n'en sont pas moins compliqués à admettre et résoudre. Quant aux deux derniers, ils amènent inévitablement des questions sociétales, morale et juridiques, au moins équivalentes à l'acceptation des espaces de consommation. Sacrés défis !

Conclusions

Une politique R&D pour la RdRD

Si le dispositif de RdRD était une organisation unique, étant donné sa taille et son domaine d'action, il aurait forcément un service de recherche et développement (R&D). Aujourd'hui, cette activité est morcelée, mal soutenue et peu efficace. À quoi ressemble un service R&D ? Il y a 15 ans, j'ai travaillé dans un tel service, au département de la veille concurrentielle, chez une importante compagnie aérienne. J'ai pu apprendre comment l'observation fine et continue des organisations similaires à la mienne et l'environnement commun pouvait être un formidable moyen d'anticipation, d'évolution et d'adaptation. Les acteurs économiques, pourtant en concurrence, passent leur temps s'échanger de précieuses informations. Donnant-donnant. Et bien sûr, parfois les idées se font aussi voler. Cet exercice permet un gain de temps précieux aux entreprises, leur permet de se situer par rapport aux autres et favorise les alliances et les partenariats.

Pourquoi en matière de drogue en général et de RdR en particulier est-il si difficile d'en faire autant ? Pire, adapter une solution étrangère en France semble faire perdre plus de temps que d'en développer une qui nous soit propre. L'histoire de la salle de consommation est symptomatique de cet état d'esprit.

Il est urgent de sortir de cette logique et d'accentuer la veille sur ce qui se fait à l'étranger, de capitaliser sur ces expériences et d'ouvrir la voie à des coopérations aux applications concrètes. Il existe des organismes internationaux de référence à commencer par l'OEDT mais aussi : European Forum on Urban Security, Harm Reduction International, Transnational Institute, International Drug Policy Consortium, Correlation, NEWnet... tous voués aux partages des expériences. La prise en compte sérieuse de ces travaux doit se faire à tous les niveaux, de l'acteur de terrain au décideur politique.

De plus, la R&D doit favoriser l'inventivité en interne et en externe de l'organisation, la canaliser, l'organiser et démultiplier le cas échéant. Il ne suffit pas de se contenter d'adapter l'existant déjà identifié ailleurs. La R&D doit savoir repérer les nouveautés à fort intérêt. Comme expliqué, ces nouveautés prennent naissance "au plus près des usages". C'est une raison pour soutenir

la démarche communautaire, rénover les programmes TREND et SINTES en tant que service aux consommateurs, pour se rapprocher des phénomènes émergents. Il faut aussi organiser les rencontres de réflexion entre consommateurs, intervenants et décideurs et pas seulement entre professionnels.

Un service R&D d'aujourd'hui est bien différent d'il y a 15 ans. L'innovation est passé d'un modèle diffusionniste internalisé à un modèle systémique partagé (11). L'innovation, qu'elle soit technologique ou sociale, s'élabore collectivement et en temps réel. Les outils du web 2.0 ont permis cela à une immense échelle inédite. Dans une culture de l'évaluation constante à la fois à l'intérieur d'un service et par ceux qui en bénéficient, l'expérimentation devient permanente. C'est en ces termes qu'il faut traduire dans les textes réglementaires, dans les processus décisionnels et opérationnels, la fluidité et la proximité indispensables au dispositif de RdRD pour s'adapter/s'actualiser en fonction de l'évolution des usages et des problèmes liés aux drogues.

Il faudrait avoir à l'échelle du territoire national des structures spécialisées dans l'expérimentation, qui sauront mener la veille nécessaire sur leur périmètre d'action et au-delà et qui pourront se consacrer à l'évaluation de leur action et sa réflexion afin de l'adapter en permanence. Ces pôles de références nationaux en RdRD doivent pouvoir disposer d'une pérennité équivalente à celle des établissements médico-sociaux purement opérationnels et que l'expérimentation de nouvelles voies soit inscrite dans leur ADN.

(Re)Trouver la bonne distance

Actuellement, le dispositif de RdRD tourne en rond en s'adressant principalement à un seul type de public précaire et dépendant. La politique de RdR doit aller à la rencontre de tous les publics. L'urgence sanitaire et sociale d'une époque et les logiques en œuvre depuis trop longtemps dans le champ des drogues ont conduit à concevoir un dispositif qui s'incarne aujourd'hui dans les CAARUD et les CSAPA (centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) et qui ne s'adresse qu'à une infime minorité des usagers de drogues (selon Adam Winstock, le fondateur de GDS, 90 % des consommateurs ne sont pas dépendants ou n'ont pas de problèmes majeurs avec les drogues, or tout le système est basé sur les 10 % restants). Les autres types de consommateurs, les récréatifs, les insérés, les

thérapeutiques, les dopés, les non-problématiques, les primo-consommateurs et même les futurs consommateurs... ne peuvent s'identifier à ce dispositif ancré dans le champ médico-social.

Le Pr Amine Benyamina et le Dr Alain Morel ont écrit dans l'éditorial du programme de l'Audition publique qu'avec *“l'intégration de la RdRD qui vise en priorité à prévenir et à diminuer les conséquences négatives, sanitaires et sociales des conduites addictives. Au-delà des méthodes, ce sont les fondements et les objectifs de l'intervention socio-sanitaire, jusque-là centrés sur l'abstinence, qui sont interrogés”*.

C'est au tour du champ de l'intervention en prévention/promotion de la santé de se réinventer. Ses fondements et objectifs en matière de drogues basés sur la prévention de l'usage doivent être passés au crible de la RdR et devenir une éducation aux usages (12).

Il est temps à présent de prendre les mesures nécessaires à la construction dans le champ de la prévention/promotion de la santé d'un dispositif équivalent à ce qui a été fait dans ceux du soin et du travail social pour tous les consommateurs. S'adresser à tous n'est pas qu'une question de démocratie sanitaire, c'est une question de pertinence de la réponse publique. Son adéquation avec les besoins des consommateurs est la condition sine qua non pour trouver la bonne distance avec les usages de drogues afin de prendre en compte les phénomènes émergents et élaborer des réponses adaptées.

Pour retrouver la proximité avec tous les usagers, il faut d'abord regagner leur confiance dans le système officiel dont ils perçoivent avant tout les missions liées à la répression de l'usage de drogues.

Saisissons l'opportunité de la création l'Agence nationale de santé publique reprenant entre autres les missions de l'INPES. Le rapport de préfiguration annonce une orientation résolument moderne basée sur le marketing social, les big data et souhaite *“Donner une nouvelle impulsion à la prévention/promotion de la santé”* en *“identifiant les programmes prometteurs, les évaluer et les déployer”* (13).

La promotion de la santé relative à la consommation de drogues ne dispose ni d'une organisation nationale ni d'une couverture territoriale adaptées à la réalité des besoins. Les quelques programmes existants essentiellement dédiés aux usages récréatifs ou à la prévention de l'usage ne suffisent pas à couvrir l'ensemble de la

population et des thèmes concernés. Or, dans le champ des drogues, il semble que seules les structures médico-sociales et hospitalières pour le volet sanitaire ou policières et militaires pour le volet sécuritaire bénéficient d'une volonté politique de généralisation sur tout le territoire. Il en est de même pour certains secteurs spécifiques comme la prévention en milieu scolaire ou encore la prévention routière pour ce qui est de la conduite sous l'influence de produits psychoactifs.

Faire entrer la RdR à l'Agence nationale de santé publique au niveau national et de façon systématique dans les IREPS (instances régionales d'éducation et de promotion de la santé) et les départements ad hoc des ARS et des collectivités locales serait l'application la plus appropriée du "renforcement de l'action communautaire" (14) stipulée dans Charte d'Ottawa qui fonde la promotion de la santé. L'institutionnalisation, d'une part, des actions ponctuelles et informatives, réunies sous la bannière unique de l'éducation aux substances psychoactives et, d'autre part, de la généralisation de la démarche communautaire sur tout le territoire permettrait la structuration et la pérennisation de la partie non médico-sociale du dispositif de RdRD. C'est le prérequis pour réduire au minimum la distance entre les usages des drogues et la réponse, pour être "au plus près des usages".

Parmi tout ce qui a été évoqué dans les pages qui précèdent, il me semble que les chantiers suivants devraient être prioritairement ouverts : la reconnaissance et l'intégration des actions de RdR à distance et la mise en place et la généralisation d'un réseau national d'analyse des produits.

Les actions de RdR à distance par correspondance et sur internet

Il faut premièrement reconnaître internet comme un territoire d'action et pas seulement comme un moyen de communication. Cela revient à devoir inclure ce territoire dans les schémas stratégiques des politiques de santé et à désigner des tutelles et des opérateurs pour y intervenir. C'est la suite logique des services téléphoniques spécialisés en santé mis en place il y a 25 ans, qui ont évolué en sites web il y a 15 ans. La recherche ICI Drogues (15) à laquelle j'ai participé a conclu notamment qu'il fallait :

- recenser, coordonner, mutualiser et soutenir les actions existantes ;

- développer de nouvelles actions via des appels à projets ciblés sur ce thème ;
- donner les moyens aux services les plus appropriés, compétents sur l'information et l'aide à distance et ayant déjà une présence en ligne, Drogues info service en tête, d'étendre leurs activités en faisant de la veille et des interventions d'*outreach* sur les espaces numériques interactifs.

La dernière génération de RdR, celle d'internet, nous a appris que l'anonymat de ce média permettait de s'affranchir des peurs morales et légales qu'ont les consommateurs pour s'organiser entre eux et échanger librement sur le sujet. Cette même caractéristique peut être utilisée très largement, étant donné la dominance de ce média dans la population générale, pour aller au-devant d'une foule de publics que les actions classiques n'ont pas réussi à toucher. Loin d'être un gadget, l'action en ligne peut couvrir tout le spectre de l'information au soin, en passant par l'éducation aux usages et l'accompagnement. L'OEEDT a compilé dans un document (16) qui mériterait d'être actualisé ces types d'actions en ligne.

Intervenir en ligne ne signifie pas être seulement dans le virtuel. Il s'agit aussi de proposer à distance des services classiques tels que la fourniture de matériel (l'association communautaire Techno+ le fait depuis 2005), la réassurance par téléphone ou par messagerie instantanée de personnes sous l'effet de produit (l'association communautaire anglo-saxonne Tripsit propose une permanence dédiée aux urgences sous forme de chat) ou encore l'analyse de produits (le programme communautaire espagnol Energy Control analyse les produits des consommateurs du darknet et du deepweb), le suivi thérapeutique (la Suisse via le programme e-addictions expérimente la cyber-consultation – lire la présentation sur le site d'Infor drogue : www.infodrog.ch). Étendre les activités de Drogues info service à ce genre de nouvelles missions aurait tout son sens.

Le dispositif de RdRD aurait tout à gagner à apprendre à travailler à distance, c'est-à-dire sans distance, avec le plus grand nombre de consommateurs.

L'analyse des produits : une connaissance utile à tous

Les enjeux liés à la diversification de l'offre de substances et à la création de lien avec les nouveaux publics placent les services d'analyse des produits au centre

d'une réponse possible de la part des institutions. Alors que nous savons qu'il existe une demande importante de ce genre de service de la part des consommateurs (17, 18), mais aussi de la part des intervenants de RdR et des pouvoirs publics (c'est la raison d'être de SINTES.), pourquoi ne pas utiliser cet intérêt croisé pour réduire au minimum la distance entre les trois bénéficiaires directs d'un tel service ?

Pour ce faire, il convient de structurer au niveau national un réseau de collecte et d'analyse des échantillons, possiblement sous l'égide de l'OFDT, en remettant à plat le rôle actuel de SINTES, celui des CEIP et des laboratoires publics d'analyse dans un système de données harmonisé et coopératif, y compris avec les services en charge de la répression. De nombreux exemples étrangers existent déjà, dont ceux décrits dans ce document, au Pays-de-Galles et aux Pays-Bas. La nouvelle Loi de santé de janvier 2016 (article L3411-8 du Code de la santé publique) ouvre la voie à l'analyse comme outil de RdR et la sécurise juridiquement. Il faut à présent en définir les modalités sans tomber dans les écueils connus.

Pour que l'action permette à tous les niveaux d'adapter en permanence le dispositif de RdRD, le socle commun doit se faire grâce à une base de données standardisée, partagée avec différents niveaux d'information selon les publics, mais sans en restreindre complètement l'accès comme la situation actuelle. Ensuite, il faut que chaque technique (physique, chimique, spectrométrique) trouve sa place selon les contextes ou les acteurs en fonction de ses avantages et de ses défauts. Leur accès doit être favorisé par une couverture intégrale du territoire national. Un dispositif à distance peut venir compléter ce maillage. L'analyse doit aussi pouvoir se décliner de façon itinérante là où elle semble nécessaire. Dans les milieux festifs bien sûr, mais aussi dans les événements sportifs, sur les lieux de travail, etc.

La MILDECA aura un rôle important de coordination à jouer. Il sera nécessaire d'obtenir la coopération des industriels et fabricants pour que les techniques d'analyse s'adaptent au mieux aux besoins des bénéficiaires du dispositif. Une homologation d'État devra être mise en place pour les appareils et en assurer le suivi par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) comme des dispositifs de santé. La MILDECA pourrait aussi coordonner une harmonisation/rationalisation des outils de dépistage utilisés entre les services de santé et d'application de

la loi, tout en s'assurant que les acteurs de RdR et les consommateurs puissent aussi y avoir accès.

Sur le modèle de la sécurité routière lié à l'alcool et des auto-tests de dépistage divers et variés déjà existants, le dispositif global d'analyse ne devra pas oublier de fournir les moyens aux consommateurs de pouvoir tester un produit de façon individuelle ou d'auto-dépister (tests salivaires et urinaires). Dans une logique de veille et d'évaluation systémique, il faut enfin envisager la participation des consommateurs eux-mêmes à l'alimentation de la base de données selon leur propres analyses. ■

Post-scriptum. – L'exercice demandé n'était pas évident. De nombreux sujets pourraient être approfondis. Ce rapport reste une synthèse d'une expérience subjective de la RdR. Je souhaite qu'il ait pu vous apporter une meilleure clarté de vision sur ce défi permanent qu'est la réponse publique en matière de drogues. Sans naïveté, les réponses suggérées ici demandent, par dessus tout, une réelle volonté politique pour être réalisées à la hauteur de leurs ambitions, mais aussi une "passion créatrice", selon la citation d'Edgar Morin en début de texte. J'espère vous avoir communiqué la mienne et reste disponible pour échanger au sujet de ce document.

F. Perez

Comment prendre en compte les phénomènes émergents (nouveaux produits de synthèse, nouveaux publics...) et trouver des réponses adaptées ? Comment permettre au dispositif de RdRD de s'actualiser/s'adapter en permanence en fonction de l'évolution des usages et des problèmes liés aux usages ? Trouver la bonne distance pour observer et s'adapter.

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) : 300-312

Références

Références bibliographiques

- 1 - Morin Edgar. interview. *Le Monde*. 2013 ; 25 octobre.
- 2 - Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Synthèse thématique : vue d'ensemble / toutes drogues. Saint-Denis : OFDT ; 2015.
- 3 - Thimoreau J. Les défis de la réduction des risques face à Internet. L'exemple des forums d'usagers de drogues. Paris : Université Paris-Est ; 2014.
- 4 - Association Française de Réduction des Risques. Cahier des charges des "interventions liées aux usages de produits psychoactifs en milieu et lieux festifs", à la demande de la MILDT. Pantin : AFR ; 2001.
- 5 - Association Française de Réduction des Risques (Pôle Festif). Référentiel national des interventions de RdR en milieu festifs. Pantin : AFR ; 2012.
- 6 - Association Française de Réduction des Risques, Techno+. Recommandations en matière de politique des drogues pour la France et l'Europe. Pantin : AFR ; 2012.
- 7 - Nutt D. *Drugs without the hot air*. Cambridge : UIT Cambridge ; 2012.
- 8 - Barré MD, Bénec'h-Le Roux P. Approche sociologique des acteurs de première ligne, travaillant dans le cadre de la politique de réduction des risques liés à la toxicomanie. Guyancourt : CESDIP ; 2004.
- 9 - Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies. The internet and drug markets. Lisbonne : OEDT ; 2016.
- 10 - Meirieu P. Sur la "crise" de la pédagogie : envers et contre tout. *Cahiers pédagogiques*. 1986 ; (241) : 35-7.
- 11 - Badillo PY. Une lecture communicationnelle et interdisciplinaire de l'innovation – Du modèle "émetteur" au modèle communicationnel. Les enjeux de l'information et de la communication ; 17 juin 2013.
- 12 - Roy A. Une éducation nationale à la consommation de drogues s'impose. *ASUD journal*. 2014 ; (55).
- 13 - Bourdillon F. Rapport de préfiguration. Saint-Maurice : Santé Publique France ; 2015.
- 14 - Organisation Mondiale de la Santé. Renforcement de l'action communautaire. Charte d'Ottawa. Genève : OMS ; 1986.
- La promotion de la santé passe par la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé. Au cœur même de ce processus, il y a la dévolution de pouvoir aux communautés considérées comme capables de prendre en main leurs destinées et d'assumer la responsabilité de leurs actions.
- Le développement communautaire puise dans les ressources humaines et matérielles de la communauté pour stimuler l'auto-assistance et le soutien social et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public en matière de santé. Cela exige un accès total et permanent à l'information et aux possibilités d'acquisition de connaissances concernant la santé, ainsi qu'une aide financière.
- 15 - Association Française de Réduction des Risques, ICI Drogues. Identifier, comprendre et intervenir dans les espaces sociaux numériques en lien avec les drogues. Paris : AFR ; 2016 (a-f-r.org).
- 16 - Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies. Internet-based drug treatment interventions. Best practice and applica-

tions in EU Member States. Lisbonne : OEDT ; 2009.

17 - Médecins Du Monde. No testing. Paris : MDM ; 2005.

18 - Beauchet A. Enquête exploratoire "Consommation de drogues de synthèse et représentations du testing chez les participants aux soirées festives en Rhône-Alpes durant l'année 2013". Lyon : PFRA ; 2015.

Autres références

- Benschop A, Rabes M, Korf DJ. Pill testing. Ecstasy & prevention. A scientific evaluation in three european cities. Amsterdam : Rozenberg Publishers ; 2002.
- Benso V, Perez F. Comment décliner l'outreach sur le web. *SWAPS*. 2013 ; (71).
- Chappard P, Lacoste M. In : Supplément technique : les nouveaux produits de synthèse. Paris : Fédération Addiction et Psychoactif ; 2014.
- Galvan H. L'aspect communicationnel du testing. 2005.
- Halett J, Brown G, Langdon P, Toussaint N. Internet outreach / a guide for health promoters & peer educators. Bentley : Western Australian Centre for Health Promotion Research, Curtin University of Technology ; 2006.
- Halpern J, Pope H. Hallucinogens on the Internet: a vast new source of underground drug information. *American Journal of Psychiatry*. 2001 ; 158 (3) : 481-3.
- Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé. Prévention et aide à distance en santé. *La Santé de l'Homme*. 2012 ; (422).
- Collectif. CUT (Guide des produits de coupe). Liverpool : Liverpool John Moores University ; 2010.
- National Coalition of STD Directors. Guidelines for Internet outreach. Washinton : NCSO ; 2008.
- Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies. Internet-based drug treatment interventions. Best practice and applications in EU Member States. Lisbonne : OEDT ; 2009.
- Organisation Mondiale de la Santé. L'Internet au service de l'abus de drogues. Genève : OMS ; 2014.
- Soussan S, Kjellgren A. Harm reduction and knowledge exchange – a qualitative analysis of drug-related Internet discussions forums. *Harm Reduction Journal*. 2014 ; 11 : 25.
- Tackett-Gibson M. Constructions of risk and harm in online discussions of ketamine use. *Addiction Research and Theory*. 2008 ; 16 (3) : 245-57.
- Visiers C, Valverde C. On-line and telephone counselling a practical guide. Barcelona : Generalitat de Catalunya ; 2010.

Webographie

- a-f-r.org
- asud.org
- bluelight.org
- drugs-test.nl
- erowid.org
- fetez-clairs.org
- globaldrugsurvey.com
- infodrog.ch
- lucid-state.org
- neurosoup.com
- plusbellelannuit.org
- psychoactif.fr
- psychonaut.com
- safernightlife.org
- technoplus.org
- tripsit.me
- wedinos.org