

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

**M. Jean-Pierre Couteron\***

\* Président, Fédération Addiction, 9, rue des Bluets, F-75011 Paris. Courriel : couteronjp@wanadoo.fr

# Comment organiser le dispositif de prévention, de RdR et de soins, pour qu'il intègre la RdRD et propose des espaces différenciés mais sans les cloisonner ?

## Résumé

Après une présentation d'exemples d'organisation intégrée de réduction des risques, prévention et soins en Europe, sont abordés le contexte français et la problématique de l'extension de la réduction des risques qui affronte trois objections héritées de son contexte d'installation et qui ont pesé sur son organisation. Pour organiser le dispositif de prévention, de réduction des risques et des dommages (RdRD) et de soins, afin qu'il intègre la RdRD et propose des espaces différenciés mais sans les cloisonner, les recommandations vont reposer sur la valorisation de sa dimension gradualiste et de son double versant santé publique et sécurité publique, tout en continuant de l'étendre à l'ensemble de l'addictologie en préservant sa spécificité d'auto-support pour ne pas la limiter à ses liens aux soins et à la prévention. Ainsi, quatre recommandations sont proposées : diffuser une définition complète de la RdRD ; déployer les pratiques dans des dispositifs assurant la complémentarité des acteurs et des missions prévention et soin dans un même continuum ; garantir la dimension d'auto-support ; garantir des modalités d'expérimentation et de création de nouveaux outils ou de nouvelles pratiques, entre prévention et soin.

## Mots-clés

Réduction des risques et des dommages – Dispositif – Prévention – Soins – Auto-support.

## Summary

**Organizing prevention, risk reduction and healthcare in order to integrate harm and risk reduction (HRR) and propose specific but not separate spaces**

We first present examples of European organizations integrating risk reduction, prevention and care. The French context is then described; the issues surrounding the extension of risk reduction practices are discussed with respect to three initial objections that have hindered its organization. In order to integrate HRR into prevention, risk reduction and healthcare plans, specific but not separated areas should be offered. Our recommendations will highlight its progressive dimensions and its dual aspects of public health and public safety. We propose extending these recommendations to the entire field of addiction while preserving the specificity of its self-supporting nature in order to avoid limiting it to healthcare and prevention. We propose four recommendations: to communicate a complete definition of HRR; to implement practices in institutions that ensure complementarity among providers and their missions of prevention and care along a continuum; ensure its self-supporting nature; protect modalities of experimentation and the creation of new tools and practices, between prevention and healthcare.

## Key words

Harm and risk reduction – Plan – Prevention – Care – Self-support.

La notion de “risque”, pour les usagers de drogues, recouvre, selon le Comité national d’éthique, trois dimensions (1) : la dimension du risque sanitaire (les décès par overdose, les contaminations par le VIH et par le VHC et autres hépatites, les complications psychiatriques), la dimension du risque social (la désinsertion sociale et professionnelle) et la dimension des comportements à risque (partage des seringues, pratiques sexuelles extensives et non protégées). Elle se situe dans un positionnement original, entre question de santé et problématique de sécurité publique.

## Perspective européenne des liens entre réduction des risques, soins et prévention des addictions

Anne Coppel situe l’origine de la réduction des risques (RdR) dans l’abandon du partage des seringues par les héroïnomanes de rue observé par l’ethnographe Samuel Friedman. Friedman et Don Des Jarlais (2) vont promouvoir cet auto-support, montrant que le message se transmet mieux d’usager à usager. À l’échelle européenne, le terme va s’appliquer à l’approche en santé publique mise en œuvre pour répondre à l’épidémie par le VIH/sida. Elle valorise les capacités de chacun à se prendre en charge. Son efficacité est renforcée par l’ajout d’outils validés scientifiquement, programmes d’échanges de seringues stériles (PES) et traitements de substitution aux opiacés (TSO) (3). Cette approche sera complétée sur un versant de sécurité publique, par une prise en compte du rôle de la RdR dans la gestion de l’espace public et des difficultés qu’y génère l’usage : *“In the early 1990s, neighbourhood protests were a major obstacle to the implementation of the harm reduction model. In the face of such a stalemate, some moderate harm reduction advocates began to question the adequacy of their priorities. They began to consider that, if the harm reduction approach was to be preserved, the facilities needed to be managed in a way that drastically reduced public disturbances. This is how the idea of Stadtverträglichkeit (city compatibility) emerged as a guiding principle for harm reduction (for details, see Kübler 2000: 215-24). This concept postulates that harm reduction interventions should place equal emphasis on drug users’ health and on public order issues. It attempts to find an equilibrium in which a certain level of police repression maintains public order, without impeding the accessibility of harm reduction facilities for drug users”*. Cette idée était aussi au cœur du débat mené par le collectif à l’origine de la relance

du débat sur les Salles de consommation à moindre risque (SCMR) (4, 5).

Selon les pays, ce déploiement se fera plus ou moins dans la continuité d’actions déjà amorcées, dans un contexte plus ou moins transdisciplinaire (6), et alors que les premiers programmes de régulation de la consommation d’alcool (7) ouvrant des alternatives à l’abstinence se mettent timidement en place. À partir des années 1980, l’ampleur de l’épidémie du virus du sida va accélérer le mouvement. En France, ce déploiement sera tardif (1987 pour la vente libre des seringues et 1995-96 pour l’accès élargi aux TSO), souvent en rupture avec l’existant, provoquant des clivages décrits par Jauffret-Roustide (8). Durant les années 1990 et 2000, la RdR va bénéficier d’une reconnaissance croissante dans la pratique et dans la loi. En 2004, la Loi de santé votée en France intègre la RdR dans le cadre de la lutte contre les infections, et la Loi de modernisation du système de santé qui vient d’être adoptée en 2015 en étend le bénéfice à l’ensemble des addictions.

## Exemples d’organisation intégrée RdR, prévention et soins

### Pays-Bas

La RdR y a été initiée dès les années 1970, avec les usagers comme partenaires (9) et dans la suite de la commission Baan qui en impose les principes pragmatiques (10). En 1985, le rapport Engelsman (11) promeut la notion de “nuisances” et achève l’intégration de la RdR dans une politique dont le but est d’équilibrer la réponse entre santé publique, ordre public, en restant dans le cadre des traités internationaux. Son organisation gradualiste intègre les valeurs de la RdR, avec une différenciation pragmatique de la dangerosité des produits et des mesures visant à en réguler l’usage récréatif – dont la régulation de la vente de cannabis –, et le traitement des usages problématiques et des dépendances (12). En 1995, le rapport “Politique en matière de drogue aux Pays-Bas : continuité et changement” (13) en fait un bilan positif : taux de consommation parmi les plus faibles d’Europe, nombre d’overdoses très bas (42 pour l’année 1991, contre 411 en France) (14). Il est plus critique vis-à-vis d’un système de soin et de prévention resté trop centré sur l’abstinence alors *“... qu’il existe différents groupes de toxicomanes... dont la situation fait que*

*l'abstinence ne peut pas être considérée comme une option réaliste... le seul besoin réel... est le repos et une possibilité de se remettre. Si... l'abstinence est fixée comme objectif, un nombre considérable de clients – la pratique l'a montré – arrêtent immédiatement le traitement ou l'interrompent à un stade précoce* (15). Le rapport recommande plus d'intégration des dispositifs et une offre plus diversifiée, la création d'une clinique médico-légale en alternative à la peine, et plus d'attention à la prévention et à la socialisation des personnes ainsi que l'ouverture d'un programme d'héroïne médicalisée (16).

Dans le cadre de la Stratégie pour le soutien social, les mesures de RdR sont intégrées à des dispositifs qui engagent un large spectre d'acteurs, du logement aux compagnies d'assurance, en passant par les acteurs de santé, les acteurs judiciaires et la police. Ces dispositifs sont pilotés et mis en œuvre par des services municipaux et/ou des médecins généralistes pour les traitements infectieux et la RdR, les TSO et les soins psychiatriques, et des associations pour les activités de jour, l'hébergement et l'accompagnement social. Le système a un versant ambulatoire, avec des "bureaux de Consultations pour l'alcool et les drogues" (CAD) qui mettent en œuvre une mission très large et intégrée de "prévention, consultation et assistance", avec ou sans division des tâches entre programme de substitution, abri de nuit pour toxicomanes, consultations psychothérapeutiques, actions de prévention, projets de coopération avec la police, assistance spécialisée en prison... La buprénorphine est peu prescrite et les traitements de méthadone sont délivrés par des médecins généralistes et par les CAD. L'héroïne médicalisée (enregistrée comme médicament depuis 2007) est prescrite dans le cadre de traitement spécifique par certains CAD. Les CAD portent aussi des "abris", dispositifs d'accueil de jour et d'accueil de nuit, qui proposent un accueil et une orientation de type "bas seuil", similaire aux Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues (CAARUD) avec *sleep in*. Pour certains, un espace d'usage est accessible pour les consommations des personnes. Les 37 SCMR, situées (17) dans une quinzaine de villes (18), sont portées par des structures associatives et/ou municipales d'accueil dit "bas seuil" et intégrées aux dispositifs déjà existants. Le soin résidentiel repose sur 20 cliniques (la moitié rattachée à des hôpitaux psychiatriques), lieux de sevrage et d'aide au maintien de l'abstinence suivant le principe pragmatique de la RdR et des méfaits. Les services et programmes de prévention font donc aussi partie des missions des CAD, en collaboration avec

des associations non gouvernementales et grâce aux financements directs du Ministère de la santé. Ils visent en majorité les publics jeunes, enfants de personnes consommatrices et/ou dépendantes, en milieu scolaire ou sur les interventions en rue et en maraude pour les publics spécifiques (jeunes en errance, milieu festif...). Ils sont menés par des travailleurs sociaux (19).

### Suisse

À partir de 1990, la Suisse adopte une approche qui ne se limite plus aux soins et qui donnera la politique des quatre piliers : prévention, répression, soins et réduction des dommages (20). Guy-Olivier Segond, magistrat en charge des affaires sanitaires et sociales à Genève, a convaincu le Conseil d'État d'autoriser des mesures, dont l'ouverture du Bus itinérant prévention sida (BIPS) pour s'intéresser au présent des consommations, sans redouter d'en être complice. Cette étape s'est faite avec la mobilisation du réseau des professionnels, et notamment du Dr Annie Mino, alors médecin cheffe de la Division d'abus de substances des HUG, et celle de Christophe Mani qui mettra sur pied les structures d'accueil Bips, Boulevards et Quai 9. Elle sera complétée par un pôle "festif", des dispositifs de "maraudes" et par un pôle "valorisation des compétences sociales des usagers" sur des actions de type "petits jobs", visant la réinsertion des personnes par l'emploi, dans le cadre de l'accompagnement. La recherche d'un équilibre objectifs de santé/objectifs de sécurité publique va être constante (21). Ainsi, l'impact de ces programmes sur les vols et autres délits sera pris en compte avec autant d'attention que les éléments permettant de cerner l'impact sur la santé (22).

### Grande-Bretagne

De par son histoire avec l'opium, la Grande-Bretagne avait permis (23) aux médecins généralistes de prescrire des substances classées comme stupéfiants aux personnes qui ne parvenaient pas à devenir ou rester abstinentes, pour les aider à s'insérer et à "limiter les effets secondaires" de leur dépendance. En 1971, le *Misuse of drugs act* établit une classification de base des produits suivant leur dangerosité. En 1986, les premiers PES sont lancés. L'année suivante, un rapport officiel fait du sida un danger sanitaire plus important que la dépendance, déclenchant la conceptualisation en tant que politique publique de la "RdR" (*harm reduction*) ;

c'est en Grande-Bretagne que le terme voit le jour. Les prestations sont intégrées, campagnes d'informations et de prévention, accueil et accompagnement, délivrance et récupération de matériel de consommation, dépistage, vaccination et traitements antirétroviraux VIH et VHC, naloxone et formation à son utilisation sont délivrées par des centres publics – Public Health England – et par des collectivités locales, financées par le National Health Service. Le matériel de RdR (seringues et petit matériel) est ainsi accessible dans toutes les régions, principalement en pharmacies et dans les centres de traitements spécialisés, mais aussi via les unités mobiles d'*outreach* – bus ou équipes.

### **Portugal**

La législation portugaise s'est modernisée durant les années 1970 et 1980. À la chute de la dictature, une évaluation des services et de la criminalisation de l'usage produit des données scientifiquement validées, qui conduiront à privilégier (24) une approche de santé médico-psycho sociale. En 2001, tout en maintenant leur caractère illégal, la décriminalisation de l'usage et des actes liés aux drogues illicites est retenue pour répondre à l'essor des consommations et overdoses, ainsi que des infections par le VIH. Une personne arrêtée pour usage ou possession d'une petite quantité de drogues (équivalent à dix jours de consommation quotidienne moyenne) est orientée vers une commission de dissuasion des addictions. Celle-ci, composée d'un avocat, d'un médecin et d'un travailleur social, évalue les besoins en santé afin de proposer une aide au rétablissement pour la personne, qui ne dédouane pas d'une possible sanction.

La RdR est l'un des éléments des "services publics du traitement de la dépendance aux produits stupéfiants" associant la prévention, le traitement de la dépendance, la réinsertion socioprofessionnelle, gérés par des administrations régionales du Ministère de la santé, équivalentes à nos Agences régionales de santé (ARS). Des associations non gouvernementales financées par l'État peuvent également gérer des centres, notamment pour les traitements antirétroviraux du VIH et du VHC et les prestations et outils de RdR. Les dispositifs sont situés dans les zones où la densité de consommations est la plus forte, pour y réduire les risques de désaffiliation, d'infections ou de délinquance. Ils intègrent plusieurs espaces et services : délivrances de TSO à bas seuil d'accessibilité, équipes mobiles d'aller-vers, prestations

d'accueil et de RdR, personnels dédiés à l'insertion professionnelle (accompagnement vers l'emploi, chantiers d'insertion), dispositifs d'hébergement et/ou de sevrage (type Communautés thérapeutiques – CT).

La RdR fait aussi l'objet de programmes complémentaires, en réseau, autour de l'échange de seringues, de l'accueil, de l'accompagnement et des traitements de substitution "bas seuil". Le plus grand de ces programmes d'échanges de matériel, qui présente un volet d'information et d'éducation, est porté par l'association nationale des pharmacies.

La prévention des usages de substances psychoactives est interministérielle, sous forme de programmes adaptés par publics et financés par le Ministère concerné par l'action (éducation nationale pour les interventions en milieu scolaire, emploi pour celles ayant lieu en milieu professionnel...). Inscrits dans le Plan national contre les drogues et les dépendances, déclinés en Programme d'intervention ciblée (25), ils sont mis en œuvre par des équipes pluridisciplinaires issues des Centres de réponse intégrée, garantissant une approche incluant tous les axes de l'accompagnement : prévention des premiers usages, sensibilisation et responsabilisation, RdR, traitement et réinsertion.

### **Conclusion : une intégration gradualiste dominante en Europe**

Avec l'émergence du sida, des pays européens ont adapté leur perception des usages de drogues, le changement de paradigme allant même jusqu'à impacter le point de vue légal (comme au Portugal ou aux Pays-Bas). Ce renouveau s'est cristallisé sur le pragmatisme et l'efficacité de la RdR. En Europe, cette approche par les pairs, fondée sur le non-jugement et l'accompagnement individuel, s'est intégrée à la médecine de ville autant qu'aux dispositifs plus spécialisés, et selon une logique gradualiste (26). Qu'en est-il en France ?

## **Le contexte français**

### **Un regard sur les drogues qui met du temps à changer**

En France, la RdR arrive alors que dominant les logiques juridique et thérapeutique de la loi de 1970. La

première, au nom de la protection de la personne et de la société, différencie le “stupéfiant” dont elle prohibe l’usage de celui de l’alcool ou du tabac qu’elle régule ; la seconde fait de la perte de contrôle de l’usage le symptôme d’une souffrance psychique à soigner, ajoutant à la menace pénale les conséquences somatiques ou psychiques de l’usage. Jusqu’à l’arrivée de la logique RdR (27), ces deux logiques vont séparer les acteurs entre santé et sécurité, et entre légal et illégal, focalisant le soin sur l’abstinence. En 1978, le rapport Pelletier, première évaluation de la loi de 1970, affirme encore que “*la toxicomanie n’est pas un problème de santé publique*”. La mortalité des toxicomanes y est jugée négligeable et l’usage de drogues est abordé comme une déviance. Le trajet de soin se déroule dans un temps linéaire, enchaînant la rencontre autour de la demande d’arrêt de l’usage, du traitement des conséquences sociales et/ou d’écoute de la souffrance psychique, puis le sevrage, temps d’abandon du produit et de sortie de la dépendance ; enfin, en résidentiel ou en ambulatoire, aidé ou pas par les groupes néphalistes, la réhabilitation et le retour à la société. Ce trajet rend secondaire de s’intéresser à l’usage. Il vise à l’adoption d’un mode de vie sain et à une sortie de l’usage par inculcation normative, ainsi que la nomme Soulet (28), permettant d’échapper à l’emprise du produit en rompant avec un monde pour aller vers un autre. Cesser d’être toxicodépendant revient à changer de vie par une conversion identitaire, devenue la norme de la guérison et le seul chemin proposé à la diversité des usages et usagers, et en en laissant plus d’un sur le côté.

Le sida va imposer de diversifier ce parcours de soin et d’en déplacer les points d’entrée et de sortie, élargissant d’autant le champ des usagers rencontrés, souvent loin de la prise en charge, hors du champ médical, dans les sphères festive ou sociale, à des usagers précaires, marginalisés ou au contraire insérés et engagés dans d’autres modes de vie. La naissante RdR est portée par des acteurs, usagers et professionnels, regroupés notamment dans le collectif Limiter la casse (29), contre une part des acteurs du soin aux toxicomanes. La demande de sevrage n’est plus l’unique porte d’entrée, on peut rencontrer l’usager avant et ailleurs, grâce à l’aller-vers. La RdR va s’intéresser à l’usage comme à un acte, avec ses risques et ses évolutions possibles. Elle propose aux injecteurs ses outils : PES et distribution de matériel stérile, accès aux TSO.

En 1994, elle n’a encore qu’un statut expérimental, simple appendice d’une lutte contre la drogue qui ne devait pas être abandonnée “sous prétexte de sida”. Ses

résultats scientifiquement validés lui permettront d’être intégrée aux politiques officielles dans la Loi de santé de 2004, et des dispositifs seront créés dans les années suivantes, qui sépareront les Centre de soins, d’accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), médicalisés, pour les soins dont les TSO, et les CAARUD, non médicalisés, dédiés à la RdR et au matériel stérile. L’échange de seringues, initié par des acteurs associatifs (AIDES notamment), des pharmaciens d’officine, des militants de l’auto-support ou par les professionnels des premières “boutiques” (31), devient l’une des sept missions du CAARUD (l’accueil, l’accès aux soins, l’accès aux droits sociaux, le contact avec l’usager, la médiation, l’accès aux outils de prévention et l’alerte sur les phénomènes émergents). En 2014, le RES-PADD (32) recense 49 PES en pharmacie. L’enquête de 2015 de la Fédération addiction estime à près de 50 % les CAARUD portant un PES en pharmacies, pour la plupart à l’échelle de leur département. Toutes les structures délivrent de l’information et du matériel d’injection, sous la forme de trousse d’injection pour 82 % d’entre eux et/ou de matériel en vrac pour 89 % d’entre eux. Les six autres missions sont assurées selon la taille et les moyens des équipes.

Les médicaments de substitution aux opiacés (MSO) ont été proposés en ville par des médecins généralistes pour la buprénorphine et par des militants venus de l’humanitaire (notamment Médecins du Monde), dans une logique de seuil adapté, pour la méthadone. Dans la suite des autorisations de mise sur le marché délivrées en 1995-1996 pour le traitement de la dépendance aux opiacés, la prescription en première intention de la méthadone est donc devenue l’une des deux missions obligatoires des CSAPA. La même enquête de la Fédération addiction révèle que 98 % des CSAPA répondant considèrent les TSO comme un outil de RdR et 91 % ont inscrit la RdR à leur projet d’établissement.

Au-delà de cette double accessibilité, la RdR va ouvrir un espace qui redonne à l’usager une citoyenneté et l’aide à prendre soin de lui-même en prenant en compte ses usages, dans leur diversité, de l’injection au sniff. Elle permet à de nouveaux acteurs, usagers de l’auto-support ou professionnels, d’investir cet espace entre usage et abstinence, celui du prendre soin. “*Cette inclusion des usagers dans le champ thérapeutique de la toxicomanie est une marque de fabrique, celle de la réduction des risques réagissant à la “psychologisation” des questions de drogues*” (33). Devenir “abstinents” n’est plus la seule sortie, une sortie par subjectivation s’invente, que Soulet associe à

changer sa vie, pour la mettre en cohérence avec ce que l'on fait, ce que l'on éprouve et pense, grâce à un travail sur soi : "On... doit... changer la façon dont l'histoire est agissante en soi, par une négociation identitaire qui suppose la prégnance du récit comme moyen de traiter les contradictions de son histoire, pour soi et pour les autres" (34).

La RdR devient tout à la fois une partie des dispositifs de réponse aux addictions, dans une logique de soins, et un axe de l'accompagnement des personnes faisant usage de substances, quel qu'il soit, dans une logique de santé, ainsi que cela se manifeste dans une grande partie de ce qui fonde la spécificité de la RdR en milieu festif. Elle permet d'aller à la rencontre de tout type d'usagers, expérimentateur ou usager quotidien ou occasionnel. Elle s'appuie sur une transversalité de l'accompagnement alliant prévention, RdR, approche expérientielle et soins. Elle peut provoquer la rencontre d'acteurs aux horizons variées (professionnels, auto-support, usagers de la fête, idéalement là encore, acteurs de la sécurité publique), assurant ainsi une capitalisation et une convergence des expériences. Cette évolution s'est faite difficilement, pour partie dans l'opposition à la définition du soin et à nombre de ses acteurs, pour partie sans cohérence avec les options de sécurité publique.

### **Diversifier les approches pour répondre aux évolutions sociétales**

Plus progressif que le choc du sida, une autre évolution va toucher les acteurs de la promotion de la santé. Sortis des batailles des années 1950 gagnées contre les épidémies à coups de vaccination et de quarantaines, ils découvrent qu'une part importante des maladies chroniques et dégénératives est liée aux styles de vie : usages de substances, manque d'exercice physique, exposition au soleil. La santé "devient un devoir" et la prévention nécessite de faire les bons choix (35), d'éclairer les décisions, de s'adresser aux compétences autoréflexives d'un citoyen autonome et responsable afin qu'il transforme ses comportements. Or, ce citoyen raisonnable se révèle difficile à rencontrer, soumis qu'il est à l'impact des inégalités sociales, ainsi qu'à diverses influences sociétales, dont un marketing et une publicité de plus en plus "prescriptifs". D'autant que dans les années 1990, cette mutation des styles de vie s'accélère dans un moment où les transformations économiques et techniques s'ajoutent les unes aux autres. L'imbrication de quatre évolutions, mutation généralisée des institutions et des rituels sociaux et communautaires, primauté d'une

culture de l'intensité, de l'excès et de l'accès immédiat à l'objet du désir, injonction de gestion de soi (autonomie, performance et authenticité) et aggravation des déséquilibres économiques et de la précarisation, dessinent un courant addictogène (36). Accompagner au mieux cette évolution nécessite d'organiser autrement les régulations et pratiques. L'addictologie naissante va placer les acteurs de l'alcoologie et de la toxicomanie dans des dispositifs communs, avec les mêmes enjeux : associer les compétences sans nier les particularités des produits et expériences. Avec les Lois Veil et Évin et la circulaire de mai 2007 (37), les substances légales commencent à perdre leur fausse réputation de "moindre danger". Il faudra les rapports Roques et Parquet à la fin des années 1990 pour réévaluer complètement la dangerosité des drogues licites et illicites. La prévention ne se limite plus à un "non à la drogue" ; l'usage est distingué de l'abus ou de la dépendance.

Cette dynamique, la volonté d'étendre les bénéfices de la RdR à l'ensemble des effets délétères et risques sociaux qu'accroît le courant addictogène, celle de continuer de rencontrer d'autres usagers oubliés vont pousser à intégrer encore plus la RdR dans la posture professionnelle, ainsi qu'à en diversifier ses outils : RdR pour d'autres modes d'usage que l'injection, RdR alcool, RdR tabac. La réforme du statut des jeux de hasard et d'argent, l'arrivée des problèmes d'abus d'écrans finissent de faire advenir un paysage bien différent. Cette période est celle de l'extension du domaine de la RdR... L'arrivée du baclofène et de l'e-cigarette montre le rôle que continuent de jouer les usagers pour faire émerger des solutions plus proches de leurs modes de vie et répondant mieux aux variétés de situations rencontrées. Le milieu festif permet de repérer les nouvelles pratiques de consommation et les nouvelles substances en circulation. C'est le cas des *research chemicals* (RC) qui apparaissent souvent par ce biais. Ce fut pour le *binge*, cette modification des comportements face à l'usage d'alcool chez un public adolescent en recherche d'intensité rapide, que la pluralité des contextes approchés dans le milieu festif, son appropriation des zones "off" et sa connaissance des codes qui y sont rattachés ont permis de mieux cerner. Ces différents aspects sont des facteurs importants de la veille sanitaire.

### **L'organisation des dispositifs et acteurs**

Elle va ensuite être modelée par le Plan addiction 2007-2011 et ses six priorités, ses 14 objectifs et 26 me-

tures. Il concernait les trois secteurs, ville, médico-social et hôpital, dont les modes de gestion et d'organisation différents, y compris budgétairement, déterminaient la complémentarité des missions et pratiques de soins, prévention et RdR. Il est donc utile de revoir rapidement comment il organisait la naissante RdR.

Les hôpitaux, très engagés, dans le sevrage du malade alcoolique et ses soins de suite, notamment les troubles cognitifs, étaient plus en retrait quant à l'accueil des toxicomanes, hors les "passages aux urgences". Ils n'avaient donc que peu participé à l'accessibilité du matériel stérile et des MSO, malgré le rôle pilote de certains services et l'ouverture de la possibilité d'initialiser le traitement méthadone faite en 2002 (38). Le Plan addiction les dotera d'un "niveau de proximité", de consultation d'addictologie et d'une équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA), avec mission de repérer et aider les patients en difficulté pendant leur hospitalisation (39). Le niveau de "recours" est celui des services d'hospitalisation, pour sevrage simples ou complexes, complété par de la consultation, de la liaison et un hôpital de jour (40). Les pôles hospitalo-universitaires d'addictologie, centres régionaux de référence, de formation et de recherche coordonnent la clinique avec les structures de recherche institutionnelles (INSERM, CNRS...) et la recherche fondamentale.

Le dispositif médico-social, où s'étaient cristallisées les tensions de l'arrivée de la RdR, se voit confier l'accompagnement sur la durée des prises en charge globales, une part de l'intervention précoce (IP) en amont de la maladie et du temps hospitalisation, ainsi que "la poursuite de la politique de réduction des risques". Le plan annonce les CSAPA (essentiellement par fusion des dispositifs alcool et toxicomanies), la création de places de CT et d'Appartements de coordination thérapeutique (ACT) et "la mise en conformité des CAARUD", confirmant une "institutionnalisation" de la RdR. Pour améliorer "l'accessibilité aux TSO, lutter contre le trafic et agir contre leur mésusage", il reprenait les préconisations de la conférence de consensus de septembre 2004 : équilibrer méthadone et buprénorphine haut dosage, nouvelles galéniques pour la méthadone, notamment forme sèche, primo-prescription de la méthadone en médecine de ville. Il demandait aussi que soient évalués "les outils de réduction des risques et les dispositifs médicaux de réduction des risques".

L'offre de soins en ville était vue sous l'angle du repérage précoce et de ses liens aux autres secteurs. Les

mesures évoquées étaient la création des réseaux en addictologie, dotés d'un rôle important dans l'articulation et la coordination des différents secteurs, des schémas régionaux d'addictologie, l'installation de la "Commission addictions" de la Direction générale de la santé et une audition publique de la Haute autorité de santé sur "Abus, dépendances, polyconsommations : stratégie de soins". Dans les faits, médecine de ville et pharmaciens d'officine continuaient d'assurer l'essentiel de l'accessibilité aux MSO, notamment à la buprénorphine, les officines contribuant en plus à l'accessibilité au matériel stérile. La priorité "prévention" comportait une campagne nationale, la mobilisation de cinq régions sur le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB) alcool et le développement des pratiques d'intervention précoce, intégrées aux Consultations pour jeunes consommateurs (CJC) des CSAPA.

Les rapports entre RdR, soins et prévention se sont développés dans ce cadre, managés par les naissantes ARS et dans un contexte de mise en concurrence économique des opérateurs, qui ne sera pas sans difficultés. Le passage à une programmation régionale qui finance les dispositifs (CAARUD ou CSAPA, CJC, ELSA, Soins de suite et de réadaptation prenant en charge les affections liées aux conduites addictives – SSRA CT et Centres thérapeutiques résidentiels – CTR, ACT et AT) selon leurs missions est parfois retardé par la persistance d'un financement par opérateur qui laisse de côté toute une part des dispositifs pourtant concernés par la mission, entraînant des confusions rencontrées de façon répétées au gré des enquêtes (41-45) :

- des établissements médico-sociaux en gestion hospitalière se transforment en consultations "externes" d'addictologie ;
- des lieux de soins "généralistes" restés centrés sur la seule spécialité "licite", se limitant à une adjonction d'une activité "addiction sans substance" ou "cannabis" ou CJC ;
- des CSAPA en restent à leur identité "thérapeutique", systémique, psychanalytique ou autre et négligent les missions d'accessibilité aux traitements ou au matériel de RdR ;
- le RPIB est confondu avec l'IP, l'action en milieu festif est coupée des acteurs des CJC et autres ELSA ou services d'urgence.

Conscient de ces problèmes, le Plan 2013-2017, décliné en deux phases, s'est attaché à cibler des populations vulnérables et à clarifier les missions, tout en assurant dans la Loi de santé la sécurisation et l'extension de la RdR.

## Problématique de l'extension de la RdR en France

Cette extension au-delà de ses missions et territoires d'origine a placé la RdR à la jonction de la prévention et des soins, dans un espace jusqu'alors délaissé par les politiques sanitaire et pénale. La RdR y affronte trois objections héritées de son contexte d'installation qui ont pesé sur son organisation.

### **La RdR affaiblit-elle l'interdit de l'usage ?**

Du côté de la prévention, l'objection est de faciliter la transgression de l'interdit d'usage posé par la loi, en atténuant le risque. Aller vers l'usager et ses usages, ses premières expérimentations, dans ses univers de vie est le cœur des nouvelles actions de prévention, dans la ligne de "l'outreach" de la RdR. Les questions posées au cadre légal par l'analyse de produits (refus du *testing* par exemple dans la Loi de 2004) ou par l'accès aux salles de consommation, comme celles posées à la médecine pour déterminer des seuils d'usage "raisonnable", notamment d'alcool, montrent les limites de l'approche binaire où la "prévention RdR" affaiblirait l'interdit en affaiblissant les raisons d'avoir peur. Les SCMR sont accusées d'incitation à l'usage comme le furent les PES ou le *testing*, les campagnes de type SAM ("Sans accident mortel") est une campagne française contre l'alcool au volant, ciblant les jeunes conducteurs avec le slogan "celui qui conduit, c'est celui qui ne boit pas", lancée pour les fêtes de fin d'année 2005 : SAM, personnage affublé d'une grosse tête, mais resté sobre, ramène ses amis vivants en voiture) autoriseraient la défonce à l'alcool, et l'e-cigarette serait une porte d'entrée au tabagisme. Dans ce cas particulier, la difficulté à faire reconnaître la logique de RdR est même particulièrement spectaculaire.

Cette objection repose sur une conception de l'interdit réduit à la seule crainte de la sanction ou de la maladie. Si elle diminue, la transgression augmenterait mécaniquement. Dans les faits, la RdR n'affaiblit pas l'interdit préventif qu'elle complète par de l'information sur les risques et par la protection des personnes, apportant une attention à l'autre qui autonomise la prévention de la seule dimension "punitivité" à laquelle elle est souvent réduite.

La RdR est un tiers bienveillant qui mobilise le "prendre soin". D'autant que prévenir nécessite d'accepter la diversité des postures et de leur complémentarité : l'adulte peut tout à la fois, en tant que parent, interdire à un mineur d'aller faire telle ou telle expérience, et souhaiter que s'il transgresse l'interdit, il soit protégé des conséquences extrêmes. D'où une conjugaison logique, par la posture de l'intervenant, de la RdR et de la prévention de la dépendance. La RdR diversifie la prévention, l'aidant à répondre à une société plus diverse, aux comportements d'usage multiples et précoces.

### **La RdR remplace-t-elle "soigner" par "laisser faire" ?**

Sur l'axe du soin, l'objection est l'absence d'intentionnalité de changement, la "passivité" face au comportement d'usage. La RdR déresponsabiliserait l'usager en atténuant les dommages de l'usage. Cette objection mobilise une conception de la motivation au changement comme résultat d'un épuisement du plaisir, d'une dégradation des conditions de vie. La RdR montre qu'il n'est pas nécessaire d'attendre la dégradation de la personne pour l'engager dans le changement, son accueil inconditionnel, certes dénué d'intention de "soigner l'usage", privilégie la rencontre des usagers "là où ils en sont", du plus festif au plus précaire, du plus intégré au plus marginalisé. Rencontrer est l'autre enjeu de la RdR, complémentaire de la production et diffusion d'outils pour agir sur les pratiques à risque. Il ouvre à une clinique qui voit la consommation comme un aménagement, une solution bricolée pour se soutenir dans la vie, améliorer son travail, accompagner son plaisir. Cette solution comporte des effets bénéfiques sur l'économie interne, mais aussi un "trop", un "excès" qui peut faire symptôme. Cette dimension d'accompagnement individuel prend le contre-pied d'une conception du soin fondée sur la demande et l'idée qu'il faudrait "toucher le fond" pour quitter l'enfer de la drogue.

La RdR assume pleinement cette intentionnalité de la rencontre et de l'accompagnement des personnes et de leurs usages. Elle se place du côté de la santé, du prendre soin de soi et pas comme une simple étape en amont d'un parcours de soin prédéfini. Elle aide à arbitrer les attentes contradictoires propres à la nature humaine dont elle assume l'ambivalence, entre plaisir et risque, entre ascèse et hubris, elle veut éviter les accidents de vie, ces événements indésirables qui se cachent derrière l'usage.

### **La RdR est-elle trop “médicalisée”, trop “institutionnalisée” ?**

Sur l'axe de la RdR même, l'objection est celle de sa trop forte “médicalisation”, qu'illustre l'extension aux dommages. Son origine dans la lutte contre le VIH l'a liée aux savoirs de la médecine, comme l'évoque Coppel : *“En France, nous étions persuadés que la toxicomanie n'était pas une maladie mais le symptôme d'une souffrance psychique. Il y a désormais des médecins convaincus que la dépendance est une maladie qui est traitée par un médicament – et que le médicament se suffit à lui-même... Les interprétations univoques sont dangereuses. Elles conduisent à des politiques simplistes qui se limitent au médicament ou [...] aux outils ; elles conduisent à négliger l'essentiel, c'est-à-dire la façon dont les hommes s'en servent”* (46). La crainte que la réponse chimique, après la réponse psychothérapeutique, se substitue aux approches éducatives ou sociales, nuisant au rétablissement des compétences de contrôle, d'autonomie et de responsabilité nécessaires à l'évolution des styles de vie, est réelle. Debrus et Avril expliquent que si *“la réduction des risques est efficace, c'est parce qu'elle agit avant même l'apparition des dommages et parce qu'elle tient compte de la perception des risques de la personne... Même s'il est nécessaire de s'appuyer sur des éléments scientifiquement éprouvés, il paraît important de ne pas pour autant s'enfermer dans un dictat des sciences et de l'épidémiologie où les individus devraient se conformer à des normes et ne seraient perçus que comme des sujets à risque : risque de se contaminer, risque de devenir dépendants. C'est la réduction des risques qui en perdrait son essence... L'approche retenue ici apparaît donc principalement comme médicale : le “cure” semblant encore prendre le dessus du “care”* (47).

La même inquiétude d'une perte de la spécificité de la RdR, notamment de sa spécificité d'auto-support, transparait dans le reproche d'une trop forte “institutionnalisation” résultant de la Loi de santé de 2004. Son intégration au dispositif médico-social lui ferait perdre la possibilité d'employer des usagers sur des postes salariés. Elle deviendrait l'affaire de professionnels, éducateurs spécialisés ou infirmiers, ignorant des usages et centrés sur une logique “thérapeutique” plus que d'accompagnement. Les débats entre “festif” et “trou noir de la précarité” ont pu figer les positions.

La force de la RdR est de s'intéresser à la trajectoire de vie plus qu'au trajet de soin. Elle accompagne l'utilisateur, prend en compte son expertise quant aux pratiques pour y trouver des points d'articulation et des hypothèses

de travail partagées, au regard d'un “déjà su” professionnel, médical, mais pas exclusivement. Ainsi que le rappelle Coppel (48), la RdR ne peut se résumer à la “sanitarisation” de la politique des drogues résultant de l'introduction des traitements de substitution selon la formule de Bergeron (49). Il ne s'agit pas de récuser le rôle de la médecine, mais de ne pas réduire la réponse à l'addiction à la réponse médicale, en oubliant tout le versant ouvert par l'auto-support et les pratiques alternatives qu'il explore.

Ces trois objections sont héritées de la Loi de 1970 et d'une installation de la RdR en opposition aux pratiques de soin et de prévention. Elles ont contribué à en faire une “pratique à part”, à chercher à se justifier par une visée essentiellement sanitaire et d'accès au soin, et rendu plus complexe son intégration dans une culture commune, sanitaire et sociale, du prendre soin et du faire ensemble, sur un même continuum. La RdRD pose pourtant la question d'un possible nouvel agencement des dispositifs et des acteurs. Le développement de ses logiques de “seuils” et sa dimension palliative (50) ont modifié l'accompagnement, le centrant sur la réhabilitation de l'individu en tant que personne et de ses capacités d'action nécessaires à la gestion du quotidien, notamment du pouvoir-agir. L'intervention de RdR associe un accueil sans condition de l'utilisateur, dans ses préoccupations du moment et sans le tirer vers l'autonomie par la logique du projet, et un accompagnement qui ne fait pas du mouvement un préalable. Elle n'est pas centrée sur le soin, mais sur la création d'un espace de réconfort et de première protection, de parole et de convivialité permettant l'énonciation des besoins et de la souffrance ou de toute autre problématique (51). La RdR laisse l'utilisateur être “l'assembler” de diverses propositions, dans un dialogue avec le professionnel rencontré, respectant l'idée qu'à la diversité des usages et des trajectoires de vie doit répondre celle des trajectoires de soin.

### **Organiser le dispositif de prévention, RdR et soins pour qu'il intègre la RdRD et propose des espaces différenciés sans les cloisonner ?**

Le développement de la RdR en Europe montre l'intérêt d'une organisation “gradualiste” et intégrée que les difficultés d'installation et les objections formulées ont

contrariée en France, laissant place à des dispositifs différenciés (52). Cet agencement séparé lui a permis de croître “en univers protégé”, mais il a contrarié son intégration et sa diversification sur deux registres :

- celui de l'évolution avec les objections d'affaiblissement de l'interdit préventif, du manque d'intentionnalité de soin et d'excessive centration médicale ;
- celui de la diversification, le clivage RdR, soins et prévention, renforcé par la concurrence d'opérateurs et de filières, a instauré une ignorance réciproque des pratiques, conduisant à des confusions de dispositifs et missions qui estompent le changement de paradigme apporté par la RdR, quitte à laisser de côté, comme dans la période pré-sida, une partie des publics et des usages.

Cela est d'autant plus regrettable qu'à l'opposé :

- l'approche gradualiste permet une trajectoire plus fluide et naturelle à l'usager tout en organisant une circulation plus dynamique des acteurs, savoirs et pratiques ;
- le clivage des dispositifs CSAPA/CAARUD s'est atténué (53 % partagent la même association gestionnaire et 77 % travaillent en partenariat), ce qui facilite les échanges de pratiques, de formations initiales, continues et par l'expérience, ainsi que les orientations réciproques.

Les obstacles restent de trois registres :

- Obstacles réglementaires et statutaires qu'illustre par exemple l'intervention de RdR en milieu festif. Pour beaucoup d'institutions, face à la difficulté de s'adapter au droit du travail (horaires de nuit, du week-end, longueur des interventions) pour une mission que les tutelles hésitent parfois à valider, la résumant à un simple lieu d'intervention ou/et à une action de prévention, la tentation est alors forte de ne pas s'y engager. Des freins similaires expliquent la difficulté de lier CJC et intervention festive dans un contexte de développement budgétaire limité et alors même que le Plan d'action de la MILDECA 2013-2015 citait le milieu festif comme lieu d'action recommandé.
- Obstacles d'organisation des dispositifs qu'illustrent les liens premier recours et secteur spécialisé : le déploiement de la RdR entre soins et prévention en a renouvelé les conceptions, apportant des outils nouveaux (éducation aux risques de l'injection, analyse de produits, pipe à crack, RdR alcool, e-cigarette, SCMR). L'arrivée de l'addictologie, loin de se résumer à une

médicalisation, a accentué les échanges de pratiques et de travaux sur la demande d'aide (53), l'entretien motivationnel et les techniques de repérage (54), conduisant à l'intervention précoce des CJC (55, 56) et à des programmes comme le PAACT (57) pour les jeunes consommateurs qui associent les acteurs du premier recours et du secteur spécialisé.

Pour autant, ces liens entre premiers recours et acteurs spécialisés sont à renforcer, en y intégrant mieux l'ensemble des apports de la RdR. Entre médecine générale et pharmacie d'officine, la RdR avait bénéficié d'une dynamique permettant sa diffusion avec les PES et les TSO. L'implication dans le repérage, commencée avec le RPIB alcool, avait montré son lien avec la possibilité d'aider la personne par des savoir-faire simples à acquérir, telle l'intervention brève. Les actuelles difficultés pour trouver un médecin prescripteur de TSO et/ou un pharmacien alertent sur la nécessité de compléter ce lien première et deuxième lignes, afin que les situations complexes détectées n'embolissent pas des dispositifs dont ils ne sont pas l'objet spécifique. Les savoirs motivationnels et les thérapies brèves ne suffisent pas à traiter ces cas qui relèvent d'accompagnements impliquant des acteurs spécialisés (58) dans leur diversité, des consultations ambulatoires spécialisées jusqu'aux CTR, des structures de SSRA aux Réseaux de famille d'accueil ou aux CT, des équipes mobiles de RdR aux divers hébergements d'usagers actifs. Les différentes stratégies thérapeutiques en font un élément incontournable de l'accompagnement (59) de ces usagers, dont la problématique s'origine sur des facteurs de vulnérabilités spécifiques, psychotraumatismes par exemple, ou se complique de comorbidités psychiatriques. Les réseaux addictions et/ou la fonction de pivot du CSAPA, les expérimentations diversifiées de micro-structures, y compris avec des pharmaciens, les vidéo-consultations, la prochaine primo-prescription de méthadone en médecine de ville (PPMV) avec ses conventions médecins/pharmaciens/CSAPA, mais aussi la diversification de l'intervention festive vont dans cette même logique d'une intervention précoce diversifiée, liant premier recours et secteur spécialisé, sanitaire et médico-social, au-delà du seul RPIB.

Enfin, les formules déclinées à partir du 2.0, comme le PES postal, qui font le lien avec les différents acteurs de proximité, sont des accélérateurs d'intégration et des facilitateurs de diffusion des pratiques. Le développement du site internet Psychoactif.org et de ses forums en est un exemple. Ce type d'outil est encore largement

sous-utilisé, trop souvent limité au rôle de complément des dispositifs existant, alors qu'ils sont en eux-mêmes un point d'accès au matériel de RdR et de diffusion des bonnes pratiques.

• Obstacles de pratique professionnelle : l'extension de la RdR a fait inutilement craindre une perte de sa logique et la dénaturation de celles de prévention et de soin : en allant vers les risques liés aux modes de vie, la RdR rejoint les préoccupations de santé publique ; en s'intéressant à la diversité des usages, elle reste fidèle à son origine, au risque autant qu'au dommage. Mais sur un plan de l'exercice, son accueil inconditionnel a profondément modifié l'intervention professionnelle, générant des difficultés et résistances chez certains acteurs : le cadre plus ouvert de la relation d'accompagnement qu'elle instaure, sa faible régulation des échanges et l'incertitude de sa finalité, la labilité des situations soumettent les acteurs professionnels à ce que Soulet nomme des "épreuves de professionnalité" (60), sortes de défis pour inventer des arrangements et trouver des compromis en situation (61). Ces épreuves de professionnalité renvoient à trois types d'enjeux :

- Liés à la durée : les intervenants de RdR proposent une intervention sans visée transformatrice de l'autre dans un temps qui s'écoule sans finalisation formalisée. Elle fonctionne moins comme une mise en mouvement orientée et planifiée que comme des "pas de côté" qui sont autant de déplacements de sens, lieu et occasion de production de liens sociaux. Elle s'inscrit dans une temporalité de la présence, sans s'enfermer dans une attente sans espoir, conjuguant temps compté et temps ouvert.

- Liés aux finalités : l'intervention est confrontée à l'indétermination des fins et à l'incertitude des moyens, à des contextes prenant la forme d'épreuves plus que de situations balisées par des normes. La décriminalisation du "drogué" et la dépathologisation du "dépendant" ont réhabilité l'*empowerment* qui vise la reconstruction d'une "autonomie-capacité" de personnes capables de jugement, d'action, d'engagement, de puissance comme d'émotions, sans faire l'économie des comorbidités et autres facteurs de vulnérabilité qu'elles peuvent porter. L'intervention va aider à l'intégration sociale en travaillant à partir de l'identification partagée des problèmes rencontrés. Le travail sur l'engagement, la réflexivité professionnelle, la gestion situationnelle soulignent le jeu qui travaille et expose le professionnel.

- Liés à l'intégration des savoirs d'expérience : reconnaître l'utilisateur comme doté de compétences, construire avec lui une définition partageable de la situation problématique pour élaborer des perspectives appropriées

et s'appuyer sur des savoirs accumulés à partir de son expérience concrète remettent en cause la position d'expertise de celui qui sait par statut, ainsi que la domination d'une seule logique, médicale, psychothérapeutique ou sociale. En se dégageant de la restrictive alternative malade/délinquant, l'accompagnement promeut un continuum de pratiques d'usages et de savoirs, associant praticiens, usagers et théoriciens, et la constitution d'un corpus de savoirs cliniques et sociaux, évolutifs et transférables.

Ces tensions participent de ce qui peut mettre en difficulté les acteurs concernés, soit qu'ils se refusent à ces pratiques au nom de leur corpus théorique de formation, soit qu'ils expriment leurs difficultés à intégrer ce mode de travail impliquant.

## Recommandations

Les recommandations pour organiser le dispositif de prévention, de RdRD et de soins, afin qu'il intègre la RdRD et propose des espaces différenciés mais sans les cloisonner, vont reposer sur la valorisation de sa dimension gradualiste et de son double versant santé publique et sécurité publique, tout en continuant de l'étendre à l'ensemble de l'addictologie en préservant sa spécificité d'auto-support pour ne pas la limiter à ses liens aux soins et à la prévention.

### 1. Diffuser une définition complète de la RdRD

• Enseigner la RdRD dans les métiers du soin et du social comme dans ceux de la justice et du maintien de l'ordre, en mobilisant la génération d'acteurs qui a contribué à son déploiement, sur un programme validé par les instances académiques et dégagé du conflit historique. Il poserait un socle commun sur son double versant, santé et sécurité, soin autant qu'auto-support.

• Soutenir les pratiques d'auto-support et les alternatives qu'elles initient : elles sont les plus menacées, car souvent considérées sous le seul angle du "mésusage". La dimension auto-support du vapotage est difficilement reconnue. La même dimension auto-support apparaît dans des régulations de la consommation d'alcool, au-delà des actions sur les dommages en termes de prévention routière. Des usages alternatifs de TSO hors protocoles et prescriptions médicales revêtent un sens singulier et constituent des tentatives de réappro-

priation du médicament par les usagers, pour l'intégrer à leur mode de vie et l'inscrire dans une certaine cohérence par rapport à leur trajectoire biographique et à leurs savoirs expérientiels (62).

## **2. Déployer les pratiques dans des dispositifs assurant la complémentarité des acteurs et des missions prévention et soin dans un même continuum**

- Garantir l'intégralité de la diversité des missions et pratiques sur l'axe vertical d'intensité de la trajectoire addictive et l'axe horizontal de la diversité des dimensions de la personne (63). Verticalement, les dispositifs se répartissent du plus généraliste au plus spécifique. Horizontalement, ils couvrent les différentes facettes de la vie, la dimension multifactorielle de l'usage et les problèmes qui facilitent/complexifient la réponse : troubles mentaux, problèmes légaux, sociaux, contextes de vie, parentalité ou vie professionnelle. La RdRD doit être présente sur ces deux axes, avec ses pratiques variées et complémentaires, dans une logique transdisciplinaire qui associe les ressources de dispositifs sociaux, scolaires, culturels, sportifs, de santé mentale et d'acteurs de la sécurité publique. Elle contribue à une "alliance organisationnelle" (64) qui transcende les clivages et incarne pragmatiquement l'approche gradualiste. Elle garantit une circulation fluide pour l'usager, au service d'un parcours de santé et de vie, sans l'enfermer, un parcours de soin ou une action de prévention, sans lui imposer des effets de seuil la bloquent.

- Organiser des "pôles médico-sociaux de RdRD" et des "dispositifs nationaux d'auto-support" :

- la gestion et l'organisation commune des dispositifs CSAPA/CAARUD garantit l'autonomie et les moyens nécessaires aux actions de RdRD en direction de publics spécifiques et/ou à des moments des trajectoires de vie, là où l'organisation clivée et/ou des regroupements administratifs imposés ont enlevé sa spécificité d'auto-support et de clinique des modes de vie. Ces "pôles de compétences RdRD" auraient mission de diffuser expériences et savoirs, en lien avec les réseaux de santé, ainsi que le rappelait le rapport n° 2385 du 20 novembre 2014 du Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques (65). Ils contribueraient au continuum des savoirs prévention/soins/RdRD ;

- des réseaux d'associations communautaires ou d'auto-support, y compris sur 2.0, les complèteraient, comme on le voit dans le festif, dans la lutte contre le VIH et

les hépatites, ou le vapotage et la RdRD alcool. Elles apportent des pratiques communautaires nécessaires.

- Les synergies entre ces deux dispositifs permettraient de ne pas reproduire l'actuel clivage. Elles faciliteraient leur connections avec des acteurs moins spécialisés RdRD, mais qui participent largement à la dissémination de ses outils et pratiques, comme les pharmaciens et médecins généralistes pour la ville, ou les Services d'accueil et d'urgence et les ELSA pour l'hospitalier.

## **3. Garantir la dimension d'auto-support**

- Soutenir l'auto-support "2.0" via les nouvelles technologies, internet et ses forums, à l'exemple de Psychoactif.org : il assure une vraie fonction d'auto-support comme on peut le voir tant sur les problèmes posés par certains types d'usage que lors de l'accès aux soins.

- Soutenir l'auto-support issu de la Loi de 2002 : évaluer et relancer ce qui a été fait, dont l'Observatoire des droits des usagers (ODU) porté par ASUD en tant qu'association représentative des usagers du système de santé au sein des structures et hôpitaux, avec AIDES et la Fédération addiction.

- Permettre que des groupes d'usagers explorent leur place nouvelle entre auto-support classique et groupe d'entraides centrés sur l'abstinence, favoriser la reconnaissance des savoirs expérientiels pour qu'ils influent avec les savoirs professionnels et consolident des pratiques.

## **4. Garantir des modalités d'expérimentation et de création de nouveaux outils ou de nouvelles pratiques, entre prévention et soin**

L'intégration des dispositifs facilite l'innovation et le renouvellement des outils nécessaire pour suivre l'évolution des usages, par sa capacité à soutenir les expérimentations avant leur institutionnalisation, à l'exemple des Tests rapides d'orientation diagnostique (TROD), de l'analyse de produit, de l'accompagnement à l'injection, des SCMR, du PES postal, mais aussi des dispositifs d'IP, d'intervention en milieu festif ou autres expérimentations d'hébergement d'usagers actifs. L'expérimentation des programmes Tapaj ou "Un chez soi d'abord" illustre cette même nécessité de dispositifs intégrés, portés par des associations ou établissements

aptes à regrouper les savoirs et pratiques spécifiques. Une fois formalisées et évaluées, ces problématiques ont été transformées en pratiques innovantes qui se déploient ensuite en réseau, avec l'horizontalité nécessaire à l'approche intégrée (psychiatrie avec l'hôpital, logement et social avec le médico-social, évaluation avec les équipes de recherche) (66) et en économisant un dispositif organisationnel supra-opérateur, couche supplémentaire aussi coûteuse que vaine de ce qui apparaît comme un mille-feuille administratif.

## Conclusion

Avec la RdR, les politiques des addictions se donnent comme perspectives la rencontre avec les publics en amont d'une demande maladroitement limitée au seul arrêt de l'usage, dans le cadre du "prendre soin" et l'accompagnement. Par le dialogue qu'elle instaure sur les pratiques d'usage et par ses pratiques transdisciplinaires, elle renouvelle la conception des soins et de la prévention, redonnant une place et une parole inédite aux usagers, les aidant à définir leurs propres usages et limites. Écartant le risque d'un cadre trop normatif qui transformerait en inutile épreuve la nécessaire prise de distance avec un style de vie lié aux substances, la RdR devient une clinique des modes de vie, aussi bien des risques pris que des dommages subis. ■

J.-P. Couteron

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

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*. 2018 ; 40 (1) : 61-74

## Références bibliographiques

- 1 - Frydman N, Martineau H. La drogue : où en sommes-nous ? Paris : La Documentation française, 1998. p. 300-1.
- 2 - Des Jarlais Don C, Friedman Samuel. HIV infectious among intravenous drug users, *Epidemiology and risk reduction. AIDS*. 1987 ; 1 : 67-76.
- 3 - Coppel A. Entre les lignes. *ASUD Journal*. 2009 ; (41, 15 décembre).
- 4 - Lenaour G, Hamant C, Chamard-Coquaz N. Faire accepter les lieux de réduction des risques, un enjeu quotidien. Paris : DGS, CERPE, 2014.
- 5 - Jauffret-Roustide M. Les salles d'injection, à la croisée de la santé publique et de la sécurité publique. *Métropolitiques. Revue internationale de sciences sociales sur les politiques urbaines*. 2011 ; (mars).
- 6 - Zobel F. Usage de drogue et réduction des risques en Europe. In : Communications, Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues, Inserm, Mayenne, octobre 2010. p. 412-5.
- 7 - Cook C, Bridge J, Stimson G. Chapter 2 : The diffusion of harm Reduction in Europe and beyond. In : EMCDDA. Harm reduction: evidence, impacts and challenges. Monograph 10. Luxembourg : Publications Office of the European Union ; 2010. p. 37-54.
- 8 - Jauffret-Roustide M. Succès et limites du modèle de réduction des risques à la française. *Alcoologie et Addictologie*. 2011 ; 33 (2) : 101-10.
- 9 - Martineau H, Gomart E. Politiques et expérimentations sur les drogues aux Pays-Bas. Rapport de synthèse. Paris : OFDT ; 2000. p. 17.
- 10 - Dolin B. Politique nationale en matière de drogues : Pays-Bas. Rapport produit pour le comité sénatorial spécial sur les drogues illicites canadien, Division des affaires politiques et sociales. Bibliothèque du parlement canadien ; août 2001.
- 11 - DRUGTEXT. [www.drugtext.org/reports/wvc/drugnota/0/drugall.htm](http://www.drugtext.org/reports/wvc/drugnota/0/drugall.htm).
- 12 - Martineau H, Gomart E. Politiques et expérimentations sur les drogues aux Pays-Bas, Rapport de synthèse. Lisbonne : EMCDDA ; 2000.
- 13 - Collectif. Politique en matière de drogue aux Pays-Bas : continuité et changement. Document officiel sur la politique gouvernementale des Pays-Bas ; 1995.
- 14 - Holtrop A. Pays-Bas. La politique en matière de drogues douces. *Grande Europe* (La Documentation française). 2009 ; (5, février).
- 15 - Collectif. Politique en matière de drogue aux Pays-Bas : continuité et changement. Document officiel sur la politique gouvernementale des Pays-Bas ; 1995.
- 16 - Dolin B. Politique nationale en matière de drogues : Pays-Bas. Rapport produit pour le comité sénatorial spécial sur les drogues illicites canadien, Division des affaires politiques et sociales. Bibliothèque du parlement canadien ; août 2001.
- 17 - Woods S. Drug consumption rooms in Europe, organisational overview. London : European Harm Reduction Network ; 2014.
- 18 - Bertrand B. Salles de consommation de drogues à moindre risque : le syndrome gaulois. *SWAPS*. 2009 ; (56, 3<sup>e</sup> trimestre).
- 19 - Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies. Rapport par pays. Lisbonne : EMCDDA ; 2015. [www.emcdda.europa.eu/countries](http://www.emcdda.europa.eu/countries).
- 20 - Savary JF. En Suisse, la politique drogue s'est arrêtée au milieu du gué. Les dangers d'une politique qui a renoncé à s'attaquer au marché. Yverdon : GREA ; 2011.
- 21 - Kübler D. Understanding policy change with the advocacy coalition framework: an application to Swissdrugpolicy. *Journal of*

- European Public Policy. 2001 ; 8 (4August) : 623-41.
- 22 - Killias M, Aebi M, Ribeaud D. Effects of heroin prescription on police contacts among drug-addicts. *European Journal on Criminal Policy and Research*. 1998 ; 6 : 433-8.
- 23 - Rapport de la Commission présidée par Humphrey Rolleston ; 1926.
- 24 - European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Drug policy profiles, Portugal, June 2011. Lisbonne : EMCDDA ; 2011. Retrieved 2014-07-27. emcdda.europa.eu.
- 25 - Reitox National Focal Point. 2010 national report (2009 data) to the EMCDDA. Portugal. New development, trends and in-depth information on selected issues. Lisbonne : Institute on Drugs and Drug Addiction ; 2010.
- 26 - Kellogg SH. On "gradualism" and the building of the harm reduction-abstinence continuum. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2003 ; 25 : 241-7.
- 27 - Bergeron H. L'état et la toxicomanie. Histoire d'une singularité française. Paris : PUF ; 1999.
- 28 - Soulet MH. Changer de vie. Un problème social. Fribourg : Academic Press Fribourg ; 2011.
- 29 - Collectif. Appel pour limiter la casse. In : Morel A, Chappard P, Couteron JP. L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie. Paris : Dunod ; 2012.
- 30 - Chappard P, Couteron JP, Morel A. Origines et histoire de la réduction des risques. In : Morel A, Chappard P, Couteron JP. L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie. Paris : Dunod ; 2012.
- 31 - Chappard P, Coppel A, Couteron JP, Morel A. Les premiers pas de la réduction des risques en France. In : Morel A, Chappard P, Couteron JP. L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie. Paris : Dunod ; 2012.
- 32 - RESPADD. Guide de l'addictologie en pharmacie d'officine. Paris : RESPADD ; novembre 2014.
- 33 - Olivet F. L'autosupport dans la réduction des risques. *ASUD Journal*. 2013 ; (23 janvier).
- 34 - Soulet MH. Les transformations des métiers du social. Fribourg : Éditions Universitaires Fribourg ; 1997.
- 35 - Bergeron H, Castel P, Dubuisson-Quellier S. Gouverner par les labels. Une comparaison des politiques de l'obésité et de la consommation durable. *Gouvernement et action publique*. 2014 ; (3).
- 36 - Chambon J, Couteron JP. Modernité et addiction : la société addictogène. In L'aide-mémoire d'addictologie. Paris : Dunod, 2015.
- 37 - République Française. Circulaire N° DGS/6B/DHOS/O2/2007/203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie.
- 38 - Auge-Caumon MJ, Bloch-Lainé JF, Lowenstein W, Morel A. L'accès à la méthadone en France. Bilan et recommandations : rapport au Ministre de la santé. Paris : La Documentation française ; 2002.
- 39 - République Française. Circulaire N° DGS/6B/DHOS/O2/2007/203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie.
- 40 - République Française. Circulaire N° DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie.
- 41 - Duplessy-Grason C. Enquête nationale 2007 sur la réduction des risques dans les structures non CAARUD, mission d'observation du dispositif national.
- 42 - Fédération Addiction. Rapport d'enquête "Agir en réduction des risques en CSAPA et en CAARUD". Paris : FA ; 2015.
- 43 - Fédération Addiction. Pratiques de prescription des traitements de substitution aux opiacés en CSAPA. Paris : FA ; 2010.
- 44 - Fédération Addiction. Pratiques professionnelles dans les Consultations jeunes consommateurs. Paris : FA ; 2012.
- 45 - Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Profils, pratiques des usagers de drogues. ENa-CAARUD : résultats de l'enquête nationale 2006 réalisée auprès des "usagers" des CAARUD. Saint-Denis : OFDT ; 2010.
- 46 - Coppel A. Les politiques de lutte contre la drogue : le tournant de la réduction des risques. *Les Cahiers de l'Actif*. 2002 ; (310-311) : 11-22.
- 47 - Debrus M, Avril É. Rapport Reynaud : les nouveaux habits de l'idéologie médicale en matière de drogues. [www.AFR.org](http://www.AFR.org).
- 48 - Coppel A. Entre les lignes. *ASUD Journal*. 2009 ; (41, 15 décembre).
- 49 - Bergeron H. La sociologie de la drogue. Paris : La Découverte ; 2009.
- 50 - Soulet MH. La reconnaissance du travail social palliatif. *Dépendances*. 2007 ; (33).
- 51 - Soulet MH. Les transformations des métiers du social. Fribourg : Éditions Universitaires Fribourg ; 1997.
- 52 - Pequart C, Couteron JP. Réduction des risques en addictologie, des institutions et des pratiques. In : Morel A, Chappard P, Couteron JP. L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie. Paris : Dunod ; 2012.
- 53 - Obradovic I, Le Nezet O, Spilka S. Jeunes usagers de drogues et demande d'aide. Estimation du public potentiel d'un dispositif d'aide aux jeunes consommateurs. *Agora débats/jeunes*. 2013 ; 61-76. [www.cairn.info/revue-ajournal-agora-debats-jeunes-2013-2-page-61.htm](http://www.cairn.info/revue-ajournal-agora-debats-jeunes-2013-2-page-61.htm).
- 54 - Landry M, Tremblay J, Guyon L, Bergeron J, Brunelle N. La grille de dépistage de la consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes (DEP- ADO) : développement et qualités psychométriques. *Drogues Sante Soc*. 2004 ; 3 : 19-35. [drogues-sante-societe.ca/category/volume-3/vol-3-numero-1/](http://drogues-sante-societe.ca/category/volume-3/vol-3-numero-1/).
- 55 - Lécailier D, Hadj-Slimane F, Landry M, Bristol-Gauzy P, Cordoliani C, et al. Repérer, orienter, conseiller les adolescents consommateurs de substances psychoactives (ROC-ADO). Étude prospective randomisée contrôlée auprès de 2120 adolescents. *Presse Méd*. 2012 ; 41 : e411-9. [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22445839](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22445839).
- 56 - Obradovic I. Guide pratique des principaux outils de repérage de l'usage problématique de cannabis chez les adolescents. Saint-Denis : OFDT, Fédération Addiction ; 2013. [www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/posters/methodo.html](http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/posters/methodo.html).
- 57 - Lascaux M, Couteron JP, Phan O. Manuel PAACT (Processus d'accompagnement et d'alliance pour le changement thérapeutique. Paris : Fédération Addiction ; 2014.
- 58 - Couteron JP, Delile JM. Réflexions sur le traitement résidentiel des addictions. *Alcoologie et Addictologie*. 2009 ; 31 (1) : 27-35.
- 59 - Fédération Addiction. Soins résidentiels collectifs : pratiques professionnelles dans les dispositifs médico-sociaux de soins résidentiels. Paris : FA ; 2013.
- 60 - Ravon B, Vidal-Naquet P. Épreuves de professionnalité. in : Zawieja P, Guarnieri F. Dictionnaire des risques psychosociaux. Paris : Éditions du Seuil ; 2014.
- 61 - Martucelli D. Forgé par l'épreuve. L'individu dans la France contemporaine. Paris : Éditions Armand Colin ; 2006.
- 62 - Dos Santos M. Entre répression et soin : deux dynamiques conflictuelles dans la prise en charge des usagers de drogue. *Strathèse*. 2015 ; (1). [strathese.unistra.fr/strathese/index.php?id=212](http://strathese.unistra.fr/strathese/index.php?id=212).
- 63 - Couteron JP, Beck F, Bonnet N, Obradovic I. Adolescence et addiction : pistes et propositions pour adapter les politiques de santé publique. *Neuropsychiatrie Enfance Adolescence*. 2015 ; 63 : 258-67. [dx.doi.org/10.1016/j.neurenf.2015.03.001](http://dx.doi.org/10.1016/j.neurenf.2015.03.001).
- 64 - Landry M, Brochu S, Patenaude P. L'intégration des services en toxicomanie. Québec : Presses de l'Université de Laval ; 2012.
- 65 - Le Dain AY, Marcangeli L, Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques. Évolution des pratiques addictives en matière de substances illicites. Rapport n° 2385 du 20 novembre 2014. Paris : Assemblée Nationale ; 2014.
- 66 - Gaubert M, Lignac M, Quach-Hong M. Addictions et lutte contre les exclusions, travailler ensemble. Paris : Fédération Addiction, FNARS ; 2015.

#### Autre référence

- Collectif. Réduction des dommages. Document d'orientation sur la prévention des risques et la réduction des dommages liés à l'usage de substances psychoactives. Paris : Groupe Pompidou, Conseil de l'Europe ; 2013.