

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

Mme Marie Jauffret-Roustide*

* Chargée de recherche, sociologue, Inserm, Cermes3, Paris, France.

Courriels : marie.jauffretroustide@gmail.com ; marie.jauffret-roustide@inserm.fr

Quels sont les différents modèles de RdRD ?

Quelle place la RdRD doit-elle avoir dans l'ensemble des interventions et dans la politique des drogues et des addictions en France ?

Résumé

La réduction des risques et des dommages (RdRD) opère un changement de paradigme qui rompt avec l'idéal d'éradication des drogues pour la société et l'imposition du sevrage pour l'individu, et qui promeut une approche de santé publique. La France se caractérise par un modèle médicalisé, plutôt neutre et intégrationniste de la RdRD, c'est-à-dire centré autour d'une vision biomédicale faisant de la France un modèle en matière d'accès aux traitements de substitution aux opiacés, neutre voire faible car prenant peu en compte l'environnement social et politique du risque en raison du maintien de la répression de l'usage, et intégrationniste car opposant les approches de RdRD au sevrage et à la psychothérapie. Ce modèle français a été efficace sur la diminution de la transmission du VIH chez les usagers de drogues, mais des résultats préoccupants sont à noter concernant les pratiques de partage du matériel d'injection et les difficultés d'accès aux seringues. Des évolutions sont en cours, mais une nouvelle ère de la RdRD est à inventer, avec la mise en place d'un modèle fort qui s'attache à réduire l'ensemble des dommages liés à l'usage de drogues, tant pour l'individu que pour la société, et un modèle gradualiste plus attentif à la diversité des besoins des usagers, intégrant le sevrage et la psychothérapie au cœur de la RdRD.

Mots-clés

Réduction des risques et des dommages (RdRD) – Politique publique – Valeur – Santé publique – Science politique.

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

Summary

What are the various risk and harm reduction models? What place should risk and harm reduction take within the scope of addiction interventions and drug policies in France?

Risk and harm reduction triggered a paradigm shift from an ideal of completely eradicating drugs from our society and mandatory abstinence for users to an approach that promotes public health. France is characterized by a weak medical model that integrates risk and harm reduction. Centered on a biomedical perspective, France serves as a model for access to opioid substitution treatment. This model's weakness is its persistent repression of use and lack of consideration for social environmental risk components. It is integrative since it balances risk and harm reduction with withdrawal and psychotherapy. This French model is effective against AIDS, but there are concerns about shared injection materials and difficulties accessing syringes. Despite ongoing evolution, a new era of risk and harm reduction must be invented. This would involve implementing a strong model focusing on reducing all harms related to drug use, for individuals as well as for society, and a gradualist model that is more attentive to diverse user needs, integrating withdrawal and psychotherapy into the heart of risk and harm reduction.

Key words

Risk and harm reduction – Public policy – Value – Public health – Political science.

Généalogie du référentiel de RdRD au niveau international

Les fondamentaux de la RdRD : techniques, valeurs et croyances

Afin de comprendre quels sont les différents modèles de réduction des risques et des dommages (RdRD), il est essentiel de comprendre la généalogie de ce concept et la manière dont il se décline selon les contextes. Il est également important d'analyser les conditions sociales, culturelles et politiques de son émergence en France et les enjeux et tensions qui ont pu y être associés. Le modèle français sera décrit dans ce texte, en le mettant en perspective vis-à-vis de quelques modèles en Europe. Des pistes de réflexion pour l'évolution de ce modèle seront également proposées.

La RdRD est généralement présentée comme un ensemble d'outils à visée sanitaire et sociale visant à réduire les risques et les dommages liés aux conduites addictives. Les outils les plus emblématiques sont l'accès au matériel d'injection stérile, la mise à disposition de traitements de substitution aux opiacés (TSO), les programmes d'échange de seringues et les salles de consommation à moindre risque. Cette liste d'outils peut englober d'autres techniques d'intervention telles que l'amélioration de l'accès aux soins, aux droits sociaux, l'accès au dépistage, au traitement, l'accompagnement et l'éducation à l'injection, la prévention du passage à l'injection, le traitement comme prévention... qui peuvent parfois laisser penser que la RdRD se limite uniquement à une liste d'outils techniques de plus en plus innovants et sophistiqués. Au-delà des techniques, la RdRD peut également être appréhendée comme un modèle de pensée qui intègre la dimension des valeurs et des croyances associées aux comportements addictifs, à leurs déterminants et à leurs conséquences. La RdRD est alors envisagée comme un référentiel au sens où le définit le politologue Jobert : *“Le référentiel dénote une partie de cet ensemble (de valeurs, de croyances et de techniques) : les solutions concrètes qui réemployées comme modèle ou comme exemple, peuvent remplacer les règles explicites en tant que base de solutions pour les énigmes qui subsistent dans la science normale”* (1). Penser la RdRD comme un référentiel constitue une piste heuristique stimulante qui permet de caractériser les différents modèles de RdRD non pas en fonction de la présence ou de l'absence de techniques d'intervention, mais en

mettant plutôt l'accent sur les aspects philosophiques, politiques et sociaux au cœur de ces modèles.

La RdRD s'inscrit dans un référentiel global qui a pu évoluer selon les contextes d'application locaux, nationaux et temporels, et qui est soumis à des débats relatifs à son positionnement vis-à-vis de l'objectif d'abstinence, de la place de la morale, de la politique et de la loi, qui lui permettent de se décliner ensuite en différents modèles. À partir de l'analyse de la littérature et de recherches que nous avons menées dans le domaine de la sociologie, de la science politique et de l'épidémiologie (2), nous avons tenté de caractériser le modèle français de RdRD, en le situant. Cette tentative a ainsi abouti à la mise en exergue de deux grands modèles archétypaux de RdRD, à savoir une première version neutre, sanitaire et pragmatique de la RdRD choisie par la France, se définissant en opposition à une seconde version plus politique, intégrant les dimensions morale, légale et de la vulnérabilité sociale associées aux conduites addictives. Ces deux grands archétypes peuvent être déclinés dans différents modèles qui seront présentés dans ce texte d'un point de vue conceptuel et à partir de leurs déclinaisons locales.

Si l'on s'intéresse à ses fondamentaux avant de la décliner en modèles, le référentiel de RdRD s'inscrit tout d'abord dans le mouvement de la “nouvelle santé publique” des années 1970-80, qui valorise la capacité des individus à se prendre en charge et implique que les politiques de santé prennent en compte les besoins des individus concernés (3, 4). Ce courant de la nouvelle santé publique s'inscrit dans un mouvement de reconfiguration du système social, politique et économique, qui accorde une place centrale à la participation active des individus dans leur prise en charge. La RdRD s'efforce d'accorder une attention particulière au mode de vie des usagers de drogues afin de leur proposer des mesures de santé publique adaptées à leurs besoins, qui ne soient pas imposées de l'extérieur par des professionnels ou des politiques. Cette dimension pragmatique de santé publique amène la RdRD à être attentive à la trajectoire singulière des usagers (5) et à leurs conditions d'existence pour répondre à leurs besoins spécifiques, dans une optique de non-imposition de dogmes. Elle s'efforce ainsi de favoriser la participation des usagers à la définition des politiques qui leur sont destinées.

Concernant la production de valeurs, la RdRD opère un changement paradigmatique fondamental en rompant

avec l'idéal d'éradication des drogues, en proposant plutôt d'apprendre à "vivre avec les drogues" en les domestiquant et en promouvant la notion de mesure à la place de l'abstinence (6). Ce changement permet ainsi de dépasser une vision moralisatrice des drogues et s'efforce de mettre en œuvre une approche basée sur le non-jugement vis-à-vis de la poursuite de la consommation de drogues (7). Cette absence de jugement moral vis-à-vis de la consommation de drogues est au cœur de l'éthique des professionnels de la RdRD. Toutefois, la RdRD opère un déplacement du jugement moral vis-à-vis de l'usage de drogues vers celui du jugement vis-à-vis de l'exposition au risque (8).

Concernant la production de croyances, la RdRD postule la responsabilité des usagers de drogues et invoque leur capacité à modifier leurs comportements si on leur en donne les moyens (9), c'est-à-dire l'accès à des outils leur permettant de limiter les risques liés à la consommation de drogues. Ces croyances contribuent à produire une représentation spécifique de l'usager de drogues et du rapport aux drogues à partir des notions de responsabilité individuelle, d'autonomie, de rationalité des comportements et de participation citoyenne aux politiques publiques (10, 11). Cette représentation spécifique des usagers vise à favoriser leur implication active dans le choix des traitements et des outils qui peuvent être proposés par la RdRD. Cette implication peut s'effectuer à un niveau collectif par le biais de la participation des groupes d'auto-support à l'espace politique, mais également à un niveau individuel par une écoute attentive de la part des professionnels aux besoins des usagers au quotidien et par l'implication des usagers dans les différents espaces de participation, de concertation et de collaboration ouverts pour la représentation des usagers dans les structures.

Au-delà de la déclinaison de techniques d'intervention, la RdRD contribue ainsi à la promotion d'un discours spécifique autour de l'individu, du rapport au corps, et à la place accordée aux usagers dans la société, qui constitue un progrès dans la mesure où ce nouveau discours s'efforce de mettre à distance le prisme de la déviance et de la stigmatisation des conduites et des usagers. La RdRD s'inscrit également dans une nouvelle gouvernance de la santé, centrée sur la gestion individualisée du risque, qui s'accompagne d'une délégation progressive de sa gestion autrefois confiée à l'État au profit des individus (12) et qui induit un déplacement de la responsabilité face au risque.

Un référentiel qui se décline en modèles à partir de controverses

Au-delà de ces fondamentaux, la RdRD est traversée par des débats internes concernant ses finalités et les valeurs qui lui sont attachées. Dans nos travaux de recherche, nous avons tenté de décrire les implications de ces débats en termes de modèle de RdRD en nous centrant sur deux grands débats récurrents qui nous semblaient fondamentaux pour comprendre le positionnement de la France : l'un sur les rapports entre la RdRD et l'abstinence ; l'autre sur la place de la morale, de la politique et de la loi (8, 10, 13-16).

Tout d'abord, la RdRD est amenée à s'interroger sur la place de l'arrêt de la consommation dans la prise en charge des conduites addictives. Ainsi, dans le champ des addictions, deux approches peuvent être distinguées, une approche dite gradualiste qui crée un continuum entre les approches de réduction des risques et les approches thérapeutiques orientées vers l'abstinence ; et une approche dite intégrationniste selon laquelle l'arrêt de la consommation est perçue uniquement comme une finalité (17) parfois inatteignable pour certains usagers. Selon Kellogg, le gradualisme renvoie à l'idée de progression et d'enrichissement mutuel entre l'abstinence et la RdRD, en mettant l'accent sur les forces respectives et la complémentarité de ces deux paradigmes. Une approche intégrationniste, à l'inverse, pourrait être définie comme la volonté pour un paradigme d'en "intégrer" un autre et donc d'asseoir sa domination sur l'autre paradigme en cherchant à mettre en évidence ses faiblesses pour mieux s'y opposer, ce qui favorise les conflits entre les partisans de chacun des paradigmes. En revanche, la force d'une approche gradualiste est d'offrir une "mosaïque" de possibilités, que les usagers peuvent choisir en fonction de leurs attentes, dans une optique d'ouverture qui permet d'optimiser la prise en charge des usagers de drogues et qui favorise la collaboration entre les professionnels. Ce qui caractérise le gradualisme est l'ouverture et l'écoute attentive aux besoins des usagers. Par ailleurs, comme le note Denning, l'abstinence est présente dans certaines définitions de la réduction des risques : "*At its heart, Harm reduction is a public health philosophy that uses a multitude of strategies to reduce drug-related harm, ranging from syringe exchange to drug substitution therapies to abstinence, to controlled use. These methods have proven effective in helping people make lasting changes in a variety of health related behaviors: nutrition, exercise, smoking cessation, weight control and preventive medical care*" (18). Il est toutefois important

de préciser que l'approche gradualiste de la RdRD n'envisage pas l'abstinence comme un dogme, mais simplement comme une possibilité offerte aux usagers qui le souhaitent dans une optique de continuum de soins.

Un second grand débat s'intéresse à la place que la RdRD accorde à la morale, à la politique et à la loi. Il tend à distinguer une vision neutre de la RdRD centrée uniquement sur sa dimension pragmatique (19) et réduite à la mise à disposition d'outils, qui s'oppose en effet à une vision morale et politique de la réduction des risques qui s'attache plus globalement au contexte d'existence des usagers et prend en compte la vulnérabilité sociale à laquelle ils peuvent être exposés (20, 21). Ces deux visions renvoient également à une distinction établie par Hunt entre deux philosophies de la réduction des risques, entre une version *weak* et *strong rights* de la RdRD. La *weak rights version*, ou modèle faible, est ainsi très centrée sur la dimension sanitaire de la RdRD. Elle impose aux usagers le type de traitement considéré comme étant le "meilleur" pour eux et ne pose pas la question légale comme une condition nécessaire à la réduction des risques, alors que la *strong rights version*, ou modèle fort, considère que l'usage de drogues fait partie intégrante des droits de l'homme et fait de la question légale un préalable à la réduction des risques (22). Cette dimension des droits ne renvoie pas uniquement à la question de la loi au sens juridique du terme, mais également au droit de chaque individu de disposer librement de son corps. Dans cette perspective, un modèle fort de la RdRD conçoit l'usage de drogues non pas comme un risque ou une contrainte pour l'individu ou la société, mais comme une forme de choix raisonné et de liberté possible pour ceux qui souhaitent en faire l'expérience.

Toutefois, si la distinction introduite par Hunt entre les modèles forts et faibles est une perspective théorique stimulante, les frontières entre les modèles ne sont pas totalement étanches et la complexité domine, en pratique. Ainsi, dans la plupart des pays, la RdRD s'est faite par étapes, alternant modèles faibles et forts, neutres et politiques, sanitaires et sociaux. Dans la plupart des cas, c'est la dimension sanitaire qui a été à l'origine de l'implantation de la RdRD, et en particulier l'épidémie de VIH chez les usagers de drogues injecteurs dans les années 1980 qui a permis la mise en place des premières mesures telles que l'accès aux seringues et aux traitements de substitution, ou la lutte contre les overdoses et les hépatites virales, et qui en a assuré ensuite son développement. L'accent mis sur cette

dimension sanitaire tend à favoriser dans la pratique le choix de modèles de RdRD marqués par la neutralité et le pragmatisme, centrés sur la mise à disposition d'outils sanitaires, du moins au moment de l'initiation de la politique de RdRD. Cette vision neutre de la RdRD est d'ailleurs parfaitement illustrée par cette citation de Strang en 1993, citée par Hunt (22) : "*The true champion of harm reduction is not necessarily anti-drugs; nor necessarily pro-drugs. He or she expresses support, opposition or indifference to a proposed legal or social response solely on the basis of the extent to which it increases or decreases the amount of harm consequent upon the drug use in question. A pre-determined position on drug use as intrinsically "bad" or "good" has no meaning in this context, where the response is determined solely by the extent of observed or anticipated harm which results from the drug use. Thus, the champion of harm reduction is neither for or against civil rights for drug users*" (23). Cette position caractérise en effet parfaitement les débuts de la RdRD. Afin de réussir à convaincre les acteurs politiques de l'intérêt de la RdRD qui introduisait une rupture majeure avec l'idéal d'éradication des drogues (déjà difficile à accepter politiquement comme renoncement vis-à-vis d'un modèle sociétal prohibitionniste), l'accent a été plutôt mis sur la dimension sanitaire au détriment du débat politique et moral sur le droit à consommer des drogues, permettant ainsi de favoriser les conditions de son implantation. Cette vision a toutefois pu être remise en question et discutée ensuite, dans la mesure où la littérature internationale a mis en évidence que l'exposition au risque infectieux pouvait être renforcée par les politiques prohibitionnistes (24).

Théoriquement, un modèle fort de RdRD insiste sur l'importance de ne pas entraver les individus dans leur droit et leur choix de consommer librement des drogues. Toutefois, une nuance est apportée par Hunt sur la capacité de tous les individus à exercer ce choix éclairé. Il met ainsi en évidence que dans des contextes de marginalisation sociale importante, les conditions du choix éclairé ne seraient pas optimales. Par ailleurs, il insiste sur la nécessité de ne pas transformer ce droit à consommer des drogues en prosélytisme, en utilisant la formule suivante "*I recognize your right to use drugs but discourage you from exercising it because of its potential effect on your health*" (22). Une nouvelle fois, ce qui est au cœur de ce modèle fort de la RdRD comme du modèle gradualiste est la volonté de ne pas imposer de dogme, mais de laisser aux individus la possibilité de faire des choix, tout en les informant sur les risques encourus et en leur donnant les moyens de s'en prémunir.

Cette distinction entre modèles intégrationnistes et gradualistes, pragmatiques et politiques, forts et faibles de RdRD a une portée heuristique permettant une analyse comparative des politiques publiques. Il convient toutefois de noter que ces modèles peuvent faire l'objet de marges d'ajustement promues par les acteurs de terrain et les acteurs politiques, selon les contextes et la durée. Ainsi, au sein d'un même pays, des différences locales dans l'application des référentiels de RdRD peuvent exister, et des évolutions peuvent également être observées au cours du temps, en fonction de l'évolution des forces politiques en place, des moyens de pression des mouvements sociaux à l'échelle locale ou de l'influence d'un courant international dominant. Par ailleurs, ces modèles sont des archétypes théoriques qui se déclinent de manière spécifique sur le terrain, quand ils sont mis en pratique au quotidien par les acteurs dans leur activité de terrain, et sont éprouvés dans le cadre des interactions avec les usagers.

Quelques modèles de RdRD en Europe permettant de contextualiser et de définir en miroir le modèle français

Comme évoqué plus haut, différentes versions du référentiel de RdRD peuvent exister, mais la distinction entre modèles faibles et forts, gradualistes et intégrationnistes ne résume pas à elle seule l'ensemble du registre. Le choix d'implanter un modèle de RdRD dépend de raisons politiques, morales, économiques, renvoyant à l'acceptation sociale et à l'organisation du système de soins (25), mais est également soumis à des enjeux politiques et idéologiques sur la conception des drogues et des enjeux professionnels de position et de légitimité (26, 27). Ces différentes versions peuvent aussi être en partie liées à la précocité des dates d'implantation de la RdRD, selon les pays. Les modèles de RdRD peuvent également être caractérisés à partir d'autres indicateurs tels que l'implantation rapide de programmes de RdRD (qualifiée par le terme de précurseur) et/ou par leur capacité d'innovation (qualifiée par le terme d'expérimentation). Dans la majorité des cas, ces deux critères se cumulent pour un même pays. Nous avons choisi de présenter en quelques lignes des illustrations de modèles de RdRD en Europe, la sélection des pays et le focus sur certaines mesures et approches pour chacun de ces pays sont liés au fait qu'ils dessinent en miroir le modèle français de RdRD.

Les Pays-Bas sont souvent présentés comme un "modèle" idéal concernant la mise en place de la RdRD.

En effet, cette politique a été appliquée dès les années 1970, avant même l'apparition du VIH, par le biais de la prévention de l'hépatite B. Les associations d'auto-support d'usagers (les *junkies bonds* ou syndicats de junkies) ont joué un rôle déterminant dans l'impulsion de ces programmes de prévention. Les Pays-Bas ont reconnu la RdRD comme le paradigme officiel de leur politique en matière d'addictions dès 1986 (soit près de dix à 20 ans avant la France, suivant que l'on prenne en compte le discours de Simone Veil en 1993, ou l'inscription de la RdRD dans le Code de santé publique en 2005). Les Pays-Bas se caractérisent également par un processus de normalisation de l'usage de drogues qui tend à reconnaître l'usage de drogues comme une pratique acceptable pour la société (28), accompagné d'une loi relativement tolérante vis-à-vis de l'usage, ce qui s'oppose à la vision plus morale et répressive de l'usage dominante en France.

La Suisse peut être qualifiée de pays novateur dans la mesure où elle se caractérise par une volonté d'expérimentation de programmes de RdRD tels que les programmes d'héroïne médicalisée et les salles de consommation à moindre risque (29). L'une des caractéristiques de la Suisse est la définition des politiques à un échelon local qui s'accompagne d'une volonté forte de consulter les citoyens lors de la mise en œuvre des programmes de RdRD, ce qui tend à favoriser ensuite leur implantation dans le paysage local et à améliorer leur acceptabilité sociale dans la société. Cette vision se distingue de la France qui se caractérise par un centralisme important en matière de politiques de santé et par des résistances de la population vis-à-vis de l'implantation de dispositifs de RdRD au niveau de leur quartier, souvent liées à un déficit d'information et à une faible utilisation des référendums populaires.

Le Royaume-Uni constitue également un pays précurseur vis-à-vis de l'application de la RdRD et se caractérise par une dimension historique de l'accès aux TSO (méthadone/héroïne) dès les années 1920. L'expérience de Liverpool de distribution contrôlée d'héroïne menée par le Dr Marks dans les années 1980 a souvent été mise en exergue, comme l'une des réussites de la RdRD. Liverpool s'est en effet distingué par un taux de contamination VIH particulièrement faible, au regard des autres villes européennes, au moment des débuts de l'épidémie de sida, dans les années 1980-90 (5). La France a eu un retard important dans la mise en œuvre des TSO (réservés à une cinquantaine de patients à partir des années 1970), leur diffusion n'intervenant qu'à partir de 1995 pour la méthadone et 1996 pour la buprénorphine haut dosage.

Au début de la diffusion des drogues dans les années 1970-80, le Danemark a choisi de considérer l'usage de drogues comme un problème social et non comme un problème moral ou médical à l'instar de la France. La RdRD à la danoise se caractérise donc plutôt à l'origine comme un modèle social de RdRD, modèle dans lequel la réinsertion sociale des usagers et leur place dans la société est centrale. Historiquement, les Danois ont privilégié ainsi l'accès aux droits sociaux des usagers de drogues et ont intégré la dimension médicale du traitement des addictions de manière plus secondaire, même si une tendance récente à la médicalisation est perceptible (30). Le Danemark a également pu implanter des salles de consommation médicalement supervisées dans les années 2000, alors que le pays connaissait à la même période un renforcement de la prohibition (31).

À travers ces exemples décrits à partir de quelques traits saillants, on voit clairement comment le modèle français peut se distinguer des autres modèles existant en Europe. Il est intéressant également de noter que si chaque pays peut être rapproché d'un modèle fort ou faible, neutre ou pragmatique, gradualiste ou intégrationniste, chaque pays a implanté de manière singulière les différentes valeurs, croyances et techniques attachées à ces référentiels. Ainsi, les différents modèles doivent être appréhendés comme des archétypes et non comme un reflet de la réalité de chacun des pays présentés. En effet, ces modèles tendent à essentialiser la RdRD qui, dans les faits, est bien plus mouvante et peut évoluer au fil des contextes locaux et des pratiques des professionnels. De plus, la description de ces modèles s'effectue à partir d'un regard situé. Notre regard est un regard ethnocentré, celui d'une chercheuse française qui envisage ces modèles de manière théorique, en partie déconnectée d'une connaissance approfondie de chacun des contextes nationaux et en les confrontant volontairement au modèle français.

Généalogie du modèle de RdRD à la française

Des conflits de valeurs et des enjeux de position qui ont donné lieu à un modèle intégrationniste de la RdRD en France

Contrairement à la Suisse ou aux Pays-Bas qui s'inscrivent clairement dans des modèles forts, gradualistes et politiques de RdRD, la France s'inscrit dans un modèle

neutre plutôt faible et intégrationniste, mais également sanitaire de la RdRD. En France, la première mesure emblématique de la politique française de RdRD, la vente libre de seringues, date de 1987. Quant aux TSO, ils ont commencé à se diffuser à partir de 1995. Comparé à d'autres pays européens, le retard français est important. Ainsi aux Pays-Bas, les usagers de drogues ont été impliqués comme partenaires des associations et des pouvoirs publics dès les années 1970, grâce à l'implication des *junkie bonds* (32). Ce décalage temporel s'explique notamment par des considérations socio-politiques et culturelles. En France, l'usage de drogues est un délit pénal et la classe politique n'hésite pas à recourir à un discours d'interdit moral lorsqu'elle aborde ce sujet, ce qui rend plus complexe la production d'un discours de santé publique sur les drogues et ne favorise pas l'implication des usagers dans l'action publique. Aux Pays-Bas, au contraire, une volonté pragmatique d'efficacité en matière de santé publique et un souci de normaliser l'usage de drogues ont très tôt été affichés dans la société néerlandaise. Mais la spécificité française tient également aux luttes de position et enjeux idéologiques dans le champ professionnel des intervenants en toxicomanie (26).

Un retour socio-historique est indispensable pour comprendre comment le choix du modèle de RdRD à la française est fortement lié à des enjeux de position et de valeurs autour de la définition légitime du "bon traitement" de la "toxicomanie". Nous avons réalisé un travail ethnographique sur la genèse du collectif Limiter la casse, qui nous a permis d'observer les interactions entre acteurs au sein des arènes de construction de la décision publique, de réaliser des entretiens avec quelques figures symboliques du champ et d'accéder aux archives de ce collectif. Ce travail a été publié dans une revue de sciences sociales et nous en reprenons ici les principales analyses (27). Cette étude, démarrée au début des années 1990, nous a permis de comprendre comment les conflits de valeurs et de positions avaient pu jouer un rôle déterminant dans le choix d'un modèle intégrationniste de RdRD en France. En effet, au milieu des années 1980, la RdRD commence par banaliser un geste souvent perçu comme agressif et autodestructeur, la pratique d'injection qui est le principal vecteur de contamination du VIH et des hépatites virales chez les "toxicomanes". La mise à disposition de matériel stérile chez les "toxicomanes" heurte les intervenants en toxicomanie. Il leur est, en effet, difficile d'admettre que l'on puisse faciliter l'accès aux seringues alors que leurs efforts sont centrés sur le sevrage et la démythi-

fication de l'usage de la seringue (33). Les partisans de la RdRD se regroupent au sein du collectif Limiter la casse créé en 1993. Ils mettent en avant l'urgence de la situation et posent l'alternative suivante aux intervenants en toxicomanie : *“Vaut-il mieux un héroïnomane en voie d'abstinence mais séropositif ou un ex-héroïnomane traité à la méthadone encore séronégatif ?”* (34). Un texte d'appel du collectif publié dans le journal *Le Monde* daté du 19 octobre 1993 donne le ton du collectif, celui d'une double dénonciation, celle des pouvoirs publics concernant la politique répressive menée à l'encontre des toxicomanes et celle du dispositif spécialisé prônant le sevrage et la psychothérapie. Constitué dès l'origine comme un groupe de pression, Limiter la casse utilise une rhétorique de l'urgence, du tragique et de la dénonciation.

Dans son premier appel en 1993 sont mis en avant le taux élevé de contamination des usagers de drogues par le VIH et l'alternative de la RdRD adoptée dans d'autres pays européens. Les chiffres français présentés dans l'appel de Limiter la casse sont impressionnants, en 1993 : *“29,1 % des malades du sida sont des usagers de drogues, 25 % des hétérosexuels sont contaminés par un partenaire usager de drogues, 44 % des bébés malades du sida naissent de mères usagères de drogue”*. Mais au-delà des chiffres, le registre sémantique utilisé dans l'appel de Limiter la casse est volontairement violent. Un tableau dramatique de la situation sanitaire des usagers de drogues est dressé : *“Des toxicomanes meurent chaque jour du sida, d'hépatite B et C, de septicémie, par suicide ou par overdose. Ces morts peuvent être évités. C'est ce qu'on appelle la réduction des risques”*. Cet appel fustige l'attitude des pouvoirs publics : *“La France fait exception. Les actions de prévention sont découragées, les toxicomanes sont harcelés, les malades incarcérés, les rapports se dégradent entre la société et les héroïnomanes. Plus la répression des usagers s'accroît, plus les mafias s'organisent, plus les usagers de drogue sont violents”*. Dans cet appel, il s'agit surtout de témoigner de la réalité quotidienne des usagers de drogues, de dénoncer l'ostracisme dont ces usagers sont victimes et de qualifier cette situation de scandaleuse. En réaction à ce scandale, le collectif fait des propositions sous forme de revendications qui s'articulent autour des quatre axes suivants : l'accès aux seringues stériles, le développement des TSO, un meilleur accès aux soins et à la prévention pour les usagers de drogues et la reconnaissance de l'apport de l'auto-support des usagers. À travers la présentation et la dénonciation de cette “situation honteuse”, le collectif Limiter la casse désigne des coupables en critiquant la politique menée

par les pouvoirs publics et dénonçant sans les nommer les intervenants en toxicomanie “traditionnels” (35).

Dans l'autre camp, celui des intervenants en toxicomanie défenseurs du sevrage et de la psychothérapie, la controverse porte principalement sur l'opposition à deux techniques d'intervention de la RdRD : la libéralisation de la vente des seringues et la dispensation de TSO. Tout d'abord, la libéralisation de la vente des seringues s'oppose à la représentation dominante du toxicomane chez les intervenants en toxicomanie. En effet, le prisme d'inspiration psychanalytique à travers lequel la question de la toxicomanie était interprétée a produit une représentation spécifique du “toxicomane” comme un être suicidaire (26), décrit de la manière suivante par certains intervenants comme Curtet : *“Quand on est prêt à jongler avec la prison, la folie et la mort, on peut tout autant jongler avec le sida”* (36). Cette appréhension spécifique du toxicomane comme suicidaire a fait écran à la prise en considération du sida comme une priorité dans le champ de la toxicomanie et a amené les intervenants en toxicomanie à considérer la mise en vente libre des seringues comme une mesure inadaptée à la problématique du “toxicomane”. En effet, cette idiosyncrasie particulière à laquelle le “toxicomane” était rattaché amenait certains intervenants à penser que les “toxicomanes” ne se préoccuperaient pas de leur santé, qu'ils seraient résistants aux messages de prévention et donc qu'ils ne changeraient pas leurs pratiques. La question des seringues est alors vécue comme la négation d'une expertise professionnelle construite autour de l'interdit de la consommation et est présentée comme une volonté délibérée d'abandonner leurs patients : *“Allons-nous baisser les bras ? Allons-nous abandonner les toxicomanes à leur toxicomanie ?”* (36). À travers la RdRD, les intervenants en toxicomanie emblématiques comme Claude Olievenstein dénoncent également une vision médicalisée de la toxicomanie : *“La venue du sida a rassuré. Enfin, nous avons là les stigmates d'une vraie maladie : tests, bilan biologique, traitements de prévention et bonne conscience des associations caritatives. Cela a permis la réintroduction massive du médical”* (37). La méthadone est alors perçue comme un outil de contrôle social et entraînant un processus de transformation des “toxicomanes” en “infirmes médico-légaux” (38).

Pour imposer leur point de vue, les partisans de la RdRD ont dû utiliser une rhétorique de la dénonciation, du tragique et de la mise en accusation des intervenants en toxicomanie qui s'étaient longtemps donnés le sevrage pour seul objectif et la psychothérapie

analytique comme unique méthode. Cette opposition frontale a permis à des outsiders incarnés par les nouveaux acteurs de la RdRD de faire valoir leur nouveau modèle d'intervention comme une "morale dominante" dans le champ de la prise en charge des addictions (27), mais elle a également créé une division très forte entre les acteurs de la prévention du VIH et des hépatites, et ceux du soin et du sevrage. La confrontation a laissé des traces chez les partisans de chacun des référentiels (sevrage et psychothérapie versus RdRD) qui sont aujourd'hui amenés à cohabiter. Elle contribue à nourrir des réticences persistantes vis-à-vis des innovations de santé publique, parfois perçues comme une forme de prosélytisme de l'usage et un renoncement au sevrage. Et si la RdRD a finalement été incorporée à la politique française des drogues, c'est de manière intégrationniste, en forçant son opposition face au référentiel antérieur sans parvenir à concilier ces deux approches (17). À cet égard, le modèle français s'est distingué dans sa construction initiale des approches néerlandaise et suisse plus gradualistes, qui ont cherché à optimiser la prise en charge des usagers de drogues et à leur proposer une offre aussi diversifiée que possible de soutiens et de soins (39).

Un modèle faible de RdRD marqué par la domination du registre biomédical et un défaut d'attention accordé à l'environnement social du risque

Au-delà de son caractère intégrationniste, la RdRD à la française a longtemps pu être qualifiée de modèle plutôt faible. En effet, la France a choisi de déployer une RdRD neutre, pragmatique et sanitaire, au sein de laquelle domine un registre biomédical axé sur la réponse médicamenteuse et différents outils techniques de gestion du risque, au détriment d'un registre plus social et politique. Contrairement à la Suisse ou aux Pays-Bas, la France a construit la RdRD essentiellement autour du risque infectieux et a promu une vision très médicalisée de la RdRD qui laisse peu de place à la question des autres risques liés à l'usage de drogues que sont les risques légaux, sociaux, politiques et relationnels, c'est-à-dire l'environnement du risque (3). Après avoir réussi à mettre à distance une approche médicale de la toxicomanie pendant près de 20 ans, le champ de l'intervention auprès des usagers de drogues s'est fortement reconfiguré depuis le milieu des années 1990 en proposant des techniques d'intervention essentiellement biomédicales et techniques.

Au cours des années 1990, le concept d'addiction vient en effet progressivement se substituer au concept de toxicomanie, et le paradigme neurobiologique et cognitivo-comportemental vient remplacer le paradigme psychanalytique. Ce concept savant d'addiction va devenir une catégorie politique, car elle permet aux acteurs professionnels et politiques de se re-légitimer après le scandale sanitaire du sida en mettant à distance l'ensemble de l'ancien référentiel, ses techniques d'intervention et ses acteurs, et en créant de nouvelles alliances (40). Le développement de l'addictologie en France va ainsi permettre la création d'une nouvelle clinique des drogues marquée par le choix d'une réponse médicamenteuse pour gérer le risque dans le champ des addictions. Après un démarrage tardif concernant l'accès aux TSO (méthadone et buprénorphine) au milieu des années 1990, la France a largement mis ces traitements à disposition des usagers, en passant d'une cinquantaine d'usagers en 1994 à 180 000 actuellement (41). Cette diffusion massive et rapide des TSO a été favorisée par une molécule, le choix de la buprénorphine, et par l'organisation du système de santé français, celui de la médecine libérale. La diffusion des TSO a eu un impact majeur dans la réduction de la contamination par le VIH dans la population des usagers de drogues et a permis de favoriser la réinsertion de certains usagers stabilisés sous TSO (42). Toutefois, ce succès des TSO a également eu pour conséquence indirecte de réduire parfois la RdRD à une somme d'instruments sanitaires déconnectés d'une vision politique. Renforcée par l'ascension de l'addictologie dans les années 1990, cette forte médicalisation s'accompagne de la criminalisation persistante de l'usage de drogues, qui impose un modèle neutre et plutôt faible de réduction des risques largement indifférent au contexte social de consommation et aux facteurs structurels qui influent sur l'exposition au risque des usagers de drogues (14).

Le modèle de RdRD à la française est ainsi un exemple emblématique d'une gestion individualisée des risques s'inscrivant dans une logique biomédicale, conciliant une volonté d'intervention réparatrice et de surveillance préventive symbolisée par le développement de nouvelles technologies de prévention du risque (8). Le discours de la RdRD valorise les capacités des individus à minimiser les risques en les exhortant à être responsables, autonomes et capables de choix rationnels, sans toutefois agir sur la dimension structurelle de l'exposition aux risques (10, 11).

L'impact nuancé du modèle de RdRD à la française sur l'exposition au risque des usagers de drogues

La littérature internationale a mis en évidence l'efficacité de la politique de RdRD dans la réduction de la transmission du VIH et la diminution des pratiques à risque. Validés dans le cadre de méta-analyses (43), ces succès sanitaires reposent sur des modèles combinés qui déclinent l'ensemble des outils de RdRD (TSO, accès aux seringues et salles de consommation à moindre risque) et la prise en compte de l'environnement du risque. En France, la RdRD a permis d'obtenir une diminution importante de la contamination par le VIH chez les usagers de drogues injecteurs, la prévalence du VIH étant passée de 50 % dans les années 1990 (42) à 13 % actuellement (44). Les données épidémiologiques mettent toutefois en évidence l'échec partiel de ce modèle de RdRD sur d'autres indicateurs. Plusieurs enquêtes récentes mettent en évidence la persistance d'un niveau élevé des pratiques à risque, une précarisation constante des usagers de drogues, et une prévalence de l'hépatite C très élevée.

Concernant les pratiques à risque, des enquêtes épidémiologiques transversales et des cohortes mettent en évidence que le partage du petit matériel d'injection concerne entre un tiers et la moitié des usagers injecteurs (44, 45). L'enquête ENA-CAARUD 2012 met par ailleurs en évidence que des sous-groupes spécifiques tels les plus jeunes (moins de 25 ans) et les femmes sont plus concernés par le partage de matériel d'injection. Près de la moitié des fumeurs de crack déclarent avoir partagé leur doseur au cours du dernier mois (46). Ce niveau élevé de pratiques à risque peut être mis en lien avec les difficultés rapportées par les usagers injecteurs pour se procurer du matériel d'injection. Ainsi, dans l'enquête Coquelicot, un tiers des usagers rapporte avoir rencontré des difficultés à se procurer des seringues, au cours des six derniers mois, et ce, au sein de grandes agglomérations telles que Paris et la Seine-Saint-Denis, Strasbourg et Lille (44). La précarité des conditions de vie des usagers est importante, près de 20 % d'entre eux déclarant dormir dans la rue le jour de l'enquête (44).

Concernant l'épidémie d'hépatite C, seule l'enquête Coquelicot permet à ce jour d'estimer la séroprévalence de cette maladie virale, grâce à un recueil de données biologiques, à un niveau national. La dernière édition menée sur la période 2011-2013 montre que la préva-

lence globale de l'hépatite C est de 44 % et donc en baisse par rapport à 2004 où elle atteignait 60 %. La séroprévalence de l'hépatite C varie de 56 % à Marseille à 24 % à Bordeaux. De plus, si l'on s'intéresse à la population des usagers injecteurs (définis comme ayant injecté au moins une fois au cours de la vie), la séroprévalence de l'hépatite C atteint encore 64 %. Par ailleurs, de très fortes disparités régionales existent. Il est intéressant de noter que les difficultés d'accès aux seringues constituent un facteur associé à la séroprévalence de l'hépatite C, toutes choses égales par ailleurs (44), ce qui met en évidence l'importance des facteurs structurels liés aux modèles politiques de RdRD dans l'exposition au risque.

Au-delà de ces données nationales, des données locales issues d'une cohorte menée dans la région du Sud-Ouest sont plus optimistes et montrent une diminution des pratiques à risque et de la prévalence de l'hépatite C sur la période 1995-2004 (47), puis une poursuite de la diminution de la prévalence de l'hépatite C jusqu'en 2006, mais uniquement dans un sous-groupe d'usagers injecteurs d'héroïne et non chez les injecteurs de cocaïne (48). Il est intéressant de noter que la région bordelaise d'où est issue en partie cette cohorte constitue l'une des agglomérations où les difficultés d'accès au matériel d'injection sont les moins importantes (3 % de difficultés rapportées versus 30 % observés en moyenne) (44).

Si l'on situe la France au niveau international, vis-à-vis d'autres pays comme la Suisse et les Pays-Bas qui ont adopté des modèles de RdRD plus forts, l'épreuve de la comparaison illustre les limites du modèle faible de RdRD. Les Pays-Bas sont en effet aujourd'hui un modèle en matière de réussite dans la lutte contre l'hépatite C. La mise en œuvre d'un modèle combiné de RdRD (49) a permis de réduire à zéro l'incidence de l'hépatite C chez les usagers de drogues (50), tendance également observée en Suisse où l'incidence de l'hépatite C chez les injecteurs atteint 2 % (51).

Ces résultats préoccupants vis-à-vis de l'exposition au risque nécessitent de repenser le modèle français de RdRD. Ils mettent également en évidence comment une focalisation sur la mise à disposition de techniques sans prise en compte de "l'environnement" du risque pourrait mettre en péril l'efficacité du modèle français.

Quelles alternatives possibles pour optimiser le modèle français de RdRD ?

La France a longtemps été confrontée à des hésitations voire des réticences vis-à-vis de la panoplie des mesures de RdRD disponibles, et en particulier vis-à-vis de mesures innovantes ayant fait leurs preuves à l'étranger. Ainsi, les salles de consommation à moindre risque, les programmes d'échange de seringues en détention et l'éducation par les pairs ont peiné à trouver leur place en France. Il semblerait toutefois que le modèle de RdRD soit en phase de transition et se situe actuellement dans un tournant vis-à-vis de la mise en place de ces mesures innovantes, la récente implantation des salles de consommation à moindre risque constituant un signal favorable de cette évolution. Toutefois, si l'enrichissement des outils constitue une piste pour améliorer l'efficacité de la RdRD à la française, une réflexion plus globale sur les valeurs qu'il contribue à produire doit être désormais envisagée. Le modèle neutre, sanitaire, plutôt faible et intégrationniste de la RdRD doit donc être dépassé pour entrer dans une nouvelle ère de la RdRD, une ère plus attentive aux conditions d'existence des usagers, à leurs attentes et à la place qui leur est accordée dans la société.

De la théorie du gradualisme à la pratique de l'Integrative harm reduction psychotherapy

Actuellement, le modèle intégrationniste de la RdRD suscite des débats au sein des intervenants de l'addictologie car il est perçu comme trop déconnecté du soin. Ce modèle peut également être délétère pour les usagers de drogues car il n'est pas suffisamment à l'écoute de leurs besoins. Par ailleurs, le prisme exclusivement sanitaire et infectieux sous-jacent au modèle neutre et plutôt faible de RdRD adopté par la France interroge trop peu la question de la relation du sujet aux drogues, et une clinique du patient usager de drogues est à réinventer dans le contexte de la RdRD (16, 52). Le modèle gradualiste constitue une alternative intéressante qui a donné lieu dans son application pratique à l'*Integrative harm reduction therapy* (IHRP), développée par Tartasky (53). L'IHRP vise à élargir la RdRD au-delà de la sphère de la prévention du risque infectieux, en intégrant également dans la démarche de soins. En France, cette nouvelle manière de penser le référentiel de RdRD peut entraîner un bouleversement des schémas de pensée et donc de pratiques quotidiennes des

soignants et des intervenants de RdRD et de leurs relations avec les patients. Depuis quelques années, Alain Morel diffuse la pensée de Tartasky dans les espaces professionnels français de la RdRD (54). L'IHRP remet en cause la notion d'abstinence en lui substituant la notion de guérison, l'idée étant d'envisager un changement positif pour les individus en les impliquant de manière active comme des acteurs de leur traitement et de leur propre rétablissement. L'IHRP tend à mettre à distance une approche exclusivement sanitaire de la RdRD et exhorte à prendre en compte les dimensions du contexte socio-culturel et de l'individu dans la prise en charge (53). Il est intéressant de noter que cette approche renvoie à la conception qu'Olievenstein avait de la prise en charge de la "toxicomanie" dans les années 1970, comme nécessitant de prendre en compte "la rencontre entre un produit, un individu et un contexte" (38). L'une des originalités de l'IHRP est également de ne pas opposer, mais de réconcilier les différentes approches thérapeutiques en les considérant comme complémentaires et utiles à différentes étapes de la trajectoire du patient, avec l'idée de les utiliser dans un continuum de soins. Cette idée substitue la notion de risque à celle de bien-être, celle d'abstinence à celle de guérison ou de rétablissement. Le postulat de base étant d'essayer de pousser les professionnels à sortir des idéologies et des dogmes.

Au-delà des pratiques de travail à renouveler, il convient d'essayer de faire travailler ensemble des types d'acteurs ayant longtemps été dans des sphères éloignées l'une de l'autre. Ainsi, les programmes des Narcotiques anonymes (NA), longtemps assimilés à des sectes par les professionnels, constituent des ressources importantes pour les usagers de drogues (52). Au-delà de l'objectif d'abstinence promu par les NA, le décalage entre les NA et la RdRD était également lié au fait que le discours des NA pouvait être perçu comme renvoyant aux notions de souffrance, de dépendance et de culpabilité, allant à l'encontre du registre sémantique de la RdRD mettant en avant gestion de l'usage, responsabilité et autonomie des usagers (52). L'intérêt de ces programmes en 12 étapes est de partir de l'expérience du patient et de le considérer comme actif dans sa prise en charge, ce qui constitue un point de rencontre avec les fondamentaux de la RdRD. Dans l'esprit du gradualisme, des rapprochements récents entre le milieu des professionnels du champ des addictions, de la RdRD et les programmes en 12 étapes ont été initiés ces dernières années dans différentes sphères par la Fédération addiction sous l'impulsion de Jean-Pierre Couteron et

de Nathalie Latour, et dans le cadre d'ASUD avec Fabrice Olivet, avec l'idée commune de mieux prendre en compte la dimension expérientielle des usagers dans la RdRD et d'aller au-delà des blocages idéologiques pour éprouver ce qui fonctionne en pratique. Les usagers eux-mêmes avaient intégré précocement la possibilité de concilier ces approches, certains usagers en TSO fréquentant les réunions des NA, d'autres patients en "rétablissement" au sein des NA fréquentant les centres d'addictologie. C'est par la rencontre entre des patients et des professionnels aux niveaux individuel et collectif que les lignes ont pu commencer à bouger du point de vue des institutions ces dernières années, grâce encore une fois à la mise à distance des dogmes.

Créer des environnements favorables pour sortir la RdRD de son statut d'exception

Le modèle français de RdRD se caractérise par sa neutralité et son refus de se positionner clairement sur les enjeux sociaux et politiques soulevés par l'usage de drogues. Certains auteurs tels que Friedman ont critiqué cette vision neutre de la RdRD et pointent la nécessité de la sortir du champ exclusivement sanitaire et de construire des alliances avec des mouvements politiques de travailleurs pour inclure la RdRD dans sa dimension politique plus globale (55). Par ailleurs, de nombreux travaux ont mis en évidence que les politiques prohibitionnistes ne parvenaient pas à atteindre leur cible, à savoir l'éradication des drogues. Pour illustrer cet échec, Fromberg utilise la métaphore de la réaction allergique en termes de "sensibilisation-désensibilisation" pour caractériser les situations américaine et hollandaise vis-à-vis du cannabis. Il montre comment la loi néerlandaise a permis progressivement de s'inscrire dans un processus de normalisation et de désensibilisation vis-à-vis de l'usage, permettant de favoriser les usages régulés et de limiter les risques, alors que les États-Unis, fervents partisans d'une politique prohibitionniste ayant eu tendance à sur-réagir par rapport au phénomène de la consommation de cannabis, ont favorisé l'apparition de dommages secondaires liés à la stigmatisation et à la marginalisation des consommateurs, amplifiant ainsi les risques (56). Cette analyse de Fromberg pourrait également être appliquée à la France, la prohibition n'ayant pas permis de réduire la consommation et d'en limiter les dommages. Un débat plus apaisé et normalisé sur les drogues mériterait d'être posé en France, afin d'avancer dans une voie équilibrée permettant d'être plus efficace

à la fois pour prévenir les usages et réduire les risques et les dommages associés à la consommation.

Après des années d'immobilisme, suite à l'essoufflement des premiers combats et à l'institutionnalisation de la RdRD, cette politique semble connaître aujourd'hui une nouvelle impulsion. Le modèle français de RdRD semble s'ouvrir à de nouvelles approches à la fois plus innovantes et moins dogmatiques. Ce mouvement s'inscrit en partie dans un processus d'eupéanisation des politiques de type horizontal au sens où l'Union européenne crée "*les préconditions pour la diffusion d'idées communes et de paradigmes de politiques publiques*" selon Radaelli (57) cité par Guignier (58). Ce processus horizontal d'eupéanisation des politiques n'agit pas par la contrainte, mais par la diffusion d'un nouveau cadre technique, cognitif et normatif. La comparaison des politiques devient ainsi un moyen pour les acteurs locaux de s'inspirer de ce qui est présenté à l'étranger comme des pratiques efficaces (58), de s'y socialiser par le biais d'échanges internationaux et d'essayer de les implanter ensuite en France, en les adaptant aux contextes. Ainsi, de la même manière que les militants de la RdRD avaient pu utiliser les résultats des modèles de RdRD implantés dans d'autres pays européens au moment de l'épidémie de sida pour demander l'amélioration de l'accès aux seringues et la diffusion des TSO à la fin des années 1980, les acteurs de la RdRD ont utilisé les modèles étrangers pour faire valoir la mise en place des salles de consommation à moindre risque depuis les années 2000. Au-delà des techniques biomédicales, la nouvelle ère de la RdRD doit intégrer la dimension de la vulnérabilité induite par l'usage de drogues et chercher à la réduire au niveau individuel, collectif et social (20). Entrer dans cette nouvelle ère nécessite d'appliquer un modèle fort de RdRD qui implique des changements structurels s'attaquant en profondeur à la vulnérabilité associée à l'usage de drogues dans toutes ses dimensions, en améliorant les conditions d'existence des usagers de drogues, en limitant les dommages pour la société dans son ensemble, et en favorisant l'acceptabilité sociale des valeurs portées par ce nouveau modèle de RdRD. ■

M. Jauffret-Roustide

Quels sont les différents modèles de RdRD ? Quelle place la RdRD doit-elle avoir dans l'ensemble des interventions et dans la politique des drogues et des addictions en France ?

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

Alcoologie et Addictologie. 2016 ; 38 (4) : 335-347

Notes et bibliographie

- 1 - Jobert B. Rhétorique, politique, controverse scientifique et construction de normes : esquisse d'un parcours de recherche. In : La construction du sens dans les politiques publiques. Débat autour de la notion de référentiel. Paris : L'Harmattan ; 1995.
- 2 - La littérature internationale sur le sujet est très vaste. Pour ce texte, nous nous appuyons sur quelques articles qui nous ont paru fondamentaux et nous ont permis de construire des modèles de RdRD et surtout de caractériser la position de la France. Notre caractérisation du modèle français s'appuie également sur nos propres recherches menées depuis une vingtaine d'années sur la construction du référentiel de RdRD en France et sur une recherche sociologique en cours sur la généalogie des modèles de RdRD en Europe dans le cadre de notre programme de recherche à l'Inserm. Ces travaux de recherche qualitatifs viennent compléter, mais également mettre à l'épreuve l'analyse de la littérature.
- 3 - Rhodes T. The "risk environment": a framework for understanding and reducing drug-related harm. *International Journal of Drug Policy*. 2002 ; 13 : 85-94.
- 4 - Berridge V. Histories of harm reduction: illicit drugs, tobacco, and nicotine. *Substance Use & Misuse*. 1999 ; 34 : 35-47.
- 5 - Coppel A. Les intervenants en toxicomanie, la réduction des risques et le sida en France. In : Ehrenberg A. Vivre avec les drogues. *Communications*. 1996 ; (62) : 75-108.
- 6 - Ehrenberg A. Vivre avec les drogues. *Communications*. 1996 ; (62).
- 7 - Stafford N. Using words: the harm reduction conception of drug use and drug users. *International Journal of Drug Policy*. 2007 ; 18 : 88-91.
- 8 - Jauffret-Roustide M. Les salles de consommation à moindre risque : apprendre à vivre avec les drogues. *Esprit*. 2016 ; (429) : 115-23.
- 9 - Jauffret-Roustide M. Les drogues : approche sociologique, économique et politique. Paris : La Documentation française ; 2004.
- 10 - Jauffret-Roustide M. Self-support for drug users in the context of harm reduction policy: a lay expertise defined by drug users' life skills and citizenship. *Health Sociology Review*. 2009 ; 18 (2) : 159-72.
- 11 - Fraser S, Moore D. Dazzled by unity? Order and chaos in public discourse on illicit drug use. *Social Science & Medicine*. 2008 ; 66 : 740-52.
- 12 - Rose N. The politics of life itself. *Theory, Culture & Society*. 2001 ; 18 : 1-30.
- 13 - Jauffret-Roustide M. Les salles d'injection, à la croisée de la santé publique et de la sécurité publique. *Métropolitiques. Revue électronique de sciences sociales sur les politiques urbaines*. 2011 ; (mars).
- 14 - Jauffret-Roustide M, Pedrono G, Beltzer N. Supervised consumption rooms: the French paradox. *Int J Drug Policy*. 2013 ; 24 : 628-30.
- 15 - Jauffret-Roustide M. Les salles de consommation à moindre risque : de l'épidémiologie à la politique. *La vie des Idées*. 2015 ; (29 janvier).
- 16 - Jauffret-Roustide M. Un regard sociologique sur les drogues : décrire la complexité des usages et rendre compte des contextes sociaux. *La Revue Lacanienne*. 2009 ; 1 : 109-18.
- 17 - Kellogg SH. On "Gradualism" and the building of the harm reduction-abstinence continuum. *Journal of Substance Abuse & Treatment*. 2003 ; 25 (4) : 241-7.
- 18 - Denning P, Coombs RH. Harm reduction tools and programs. In : Addiction counseling review: preparing for comprehensive,

certification and licensing examinations. Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum Associates Publishers ; 2005. p. 487-509.

19 - Keane H. Critiques of harm reduction, morality and the promise of human rights. *The International Journal of Drug Policy*. 2003 ; 14 (3) : 227-32.

20 - Ezard N. Public health, human rights and the harm reduction paradigm: from risk reduction to vulnerability reduction. *International Journal of Drug Policy*. 2001 ; 12 : 207-19.

21 - Hathaway AD. Shortcomings of harm reduction: toward a morally invested drug reform strategy. *International Journal of Drug Policy*. 2001 ; 12 : 125-37.

22 - Hunt N. Public health or human rights: what comes first? *International Journal of Drug Policy*. 2004 ; 15 : 231-7.

23 - Strang J. drug use and harm reduction: responding to the challenge. In : Heather N et al. (eds). Psychoactive drugs and harm reduction: from faith to Science. London : Whurr Publishers ; 1993.

24 - Friedman SR, et al. Relationships of deterrence and law-enforcement to drug-related harms among drug injectors in US metropolitan areas. *AIDS*. 2001 ; 15 : 93-9.

25 - Dagmar H, Pirona A, Wiessing L. From margin to mainstream: the evolution of harm reduction responses to problem drug use in Europe. *Drugs: Education, Prevention and Policy*. 2008 ; 15 : 503-17.

26 - Bergeron H. L'État et la toxicomanie. Paris : PUF ; 1999.

27 - Jauffret M. La réduction des risques : enjeux autour d'une mobilisation collective. *MANA - Revue de sociologie et d'anthropologie*. 2000 ; 8 : 161-88.

28 - Marlatt GA. Harm reduction: pragmatic strategies for managing high-risk behaviours. New York, NY : Guilford Press ; 1998.

29 - Klingemann HK. Drug treatment in Switzerland: harm reduction, decentralization and community response. *Addiction*. 1996 ; 91 (5) : 723-36.

30 - Houborg E. Control and welfare in danish drug policy. *Journal of Drug Issues*. 2010 ; 40 (4) : 783-804.

31 - Houborg E, Asmussen-Frank V. Drug consumption rooms and the role of politics and governance in policy processes. *International Journal of Drug Policy*. 2014 ; 25 : 972-7.

32 - Les *junkie bonds*, littéralement "syndicats de drogués", ont été ainsi dénommés par les usagers eux-mêmes pour dénoncer la stigmatisation dont ils se plaignaient d'être l'objet et affirmer dans le même temps leur visibilité dans l'espace public.

33 - Il est important de noter que les positions des intervenants en toxicomanie de l'époque ne condamnaient pas de manière univoque l'ensemble des mesures de RdRD. Ainsi, une figure emblématique du champ, le Dr Claude Olievenstein, se déclarait en faveur de l'accès aux seringues tout en étant en désaccord avec la diffusion des TSO.

34 - Lowenstein W. Nécessité du débat. Toxicomanie, sida, exclusion. *Les Temps modernes*. 1993 ; 567 : 247-51.

35 - Selon Boltanski, "La dénonciation de l'injustice suppose en effet la référence à un coupable ou à un responsable qui peut, selon une casuistique dont on cherchera la logique, être représenté par ou être identifié par une synecdoque d'abstraction (e.g. "le capitalisme dans un énoncé syndical destiné à protester contre les licenciements) et désigné nommément à la vindicte publique". In : Boltanski L, Darré Y, Schiltz MA. La dénonciation. *Actes de la recherche en sciences sociales*. 1983 ; 51.

36 - Curtet F. Drogue et sida. La mise en vente libre des seringues ne résoudrait rien. *Le Quotidien du Médecin*. 1986 ; (mars).

37 - CRIPS. Rencontre franco-européenne sur la prévention du sida chez les usagers de drogues ; 8-10 février 1994. Paris : CRIPS ; 1994.

38 - Olievenstein C. Il n'y a pas de drogués heureux. Paris : Robert Laffont Édition ; 1977.

39 - Jauffret-Roustide M. Succès et limites du modèle de réduction des risques à la française. *Alcoologie et Addictologie*. 2011 ; 33 (2) : 101-10.

40 - Fortané N. La carrière des "addictions". D'un concept médical à une catégorie d'action publique. *Génèses*. 2010 ; 1/78 : 5-24.

41 - Brisacier A, Clin C. Opioid substitution treatments in France: recent data. *Tendances*. 2014 ; (94).

42 - Emmanuelli J, Desenclos JC. Harm reduction interventions, behaviours and associated health outcomes in France, 1996-2003. *Addiction*. 2005 ; 100 : 1690-700.

43 - Hagan H, et al. Systematic review and meta-analysis of interventions to prevent hepatitis C among people who inject drugs.

- Journal of Infectious Diseases*. 2011 ; 204 (1) : 74-83.
- 44 - Weill-Barillet L, Pillonel J, Pascal X, Semaille C, Léon L, Le Strat Y, Barin F, Jauffret-Roustide M. Hepatitis C virus and HIV seroprevalences, sociodemographic characteristics, behaviors and access to syringes among drug users, a comparison of areas in France, ANRS-Coquelicot survey. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2016 ; 64 (4) : 301-12.
- 45 - Roux P, Le Gall JM, Debrus M, Protopescu C, Ndiaye K, Demoulin B, Lions C, Haas A, Mora M, Spire B, Suzan-Monti M, Carrieri PM. Innovative community-based educational face-to-face intervention to reduce HIV, hepatitis C virus and other blood-borne infectious risks in difficult-to-reach people who inject drugs: results from the ANRS-AERLI intervention study. *Addiction*. 2015 ; 11 (1) : 94-106.
- 46 - Cadet-Tairou A, Saïd S, Martinez M. Profils et pratiques des usagers des CAARUD en 2012. *Tendances*. 2015 ; (98).
- 47 - Fatséas M, Denis C, Serre F, Dubernet J, Daulouède JP, Auriacombe M. Change in HIV-HCV risk-taking behavior and seroprevalence among opiate users seeking treatment over an 11-year period and harm reduction policy. *AIDS Behaviors*. 2012 ; 16 : 2082-90.
- 48 - Denis C, Fatséas M, Beltran V, Daulouède JP, Auriacombe M. Impact of 20 years harm reduction policy on HIV and HCV among opioid users not in treatment. Oral communication. Abstract. *Drug and Alcohol Dependence*. 2015.
- 49 - Van Den Berg C, Smit C, Van Brussel G, Coutinho R, Prins M. Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort studies among drug users. *Addiction*. 2007 ; 102 (9) : 1454-62.
- 50 - Van Den Berg C, Smit C, Bakker M, Geskus RB, Berkhout B, Jurriaans S, et al. Major decline of hepatitis C virus incidence rate over two decades in a cohort of drug users. *European Journal of Epidemiology*. 2007 ; 22 (3) : 183-93.
- 51 - Wandeler G, Gsponer T, Bregenzer A, Guthard HF, Clerc O, Calmy A, et al. Hepatitis C virus infections in the Swiss HIV cohort study: a rapidly evolving epidemic. *Clinical Infectious Diseases*. 2012 ; 55 (10) : 1408-16.
- 52 - Jauffret-Roustide M. Narcotiques anonymes, une expertise profane dans le champ des conduites addictives centrées sur le rétablissement, la gestion des émotions et l'entre-soi communautaire, *Pensée plurielle: pratiques et réflexions autour du social*. 2010 ; (23) : 93-108.
- 53 - Tartasky A, Kellogg S. Integrative harm reduction therapy: a case of substance use, multiple trauma and suicidality. *Journal of Clinical Psychology*. 2010 ; 66 (2) : 123-35.
- 54 - Association Pistes. Aller vers. Entretien avec Andrew Tartasky et Alain Morel. *Swaps*. 2013 ; (71).
- 55 - Friedman SR, Southwell M, Bueno R, Paone D, Byrne J, Crofts N. Harm reduction – a historical view from the left. *International Journal of Drug Policy*. 2001 ; 12 : 3-14.
- 56 - Fromberg E. Prohibition as a necessary stage in the acculturation of foreign drugs. In : Heather N, Wodak A, Nadelmann E, eds. *Psychoactive drugs and harm reduction: from faith to science*. London : Whurr Publishers ; 1993.
- 57 - Radaelli C. The europeanization of public policy. In : Featherstone K, Radaelli C, eds. *The politics of europeanization*. Oxford : Oxford University Press ; 2003. p. 27-56.
- 58 - Guignier S. L'influence de l'Union européenne sur les pratiques et politiques de santé publique : européanisation verticale et horizontale. *Sciences sociales & Santé*. 2011 ; 29 (1) : 81-106.

INFORMATIONS

Livres

■ **L'alcoolisme est-il une fatalité ? Comprendre et inverser une spirale infernale**

Philippe De Timary

Mardaga, Bruxelles, 2016, 176 pages

ISBN 978 2 8047 0177 9

L'auteur explique les logiques biologique, affective, neurologique et sociale qui peuvent conduire une personne à développer une problématique alcoolique. Sont abordés le lien entre une émotion insupportable et le recours à l'alcool, les effets de l'alcool sur l'humeur, les processus de pensée et le rapport aux autres.

Comment déjouer les pièges de l'alcool ? Que peut faire la famille face à l'alcoolisme ? Quels sont les traitements à envisager ? Abstinence ou modération ? Quel est le rôle de la société face à ce fléau ? Exemples à l'appui, l'auteur répond à toutes ces questions.

■ **L'alcool en Côte d'Ivoire. Histoire, usage et signification**

Denis Brou Konan

L'Harmattan, Paris, 2016, 212 pages

ISBN 978 2 3430 9700 8

EAN 978 2 1400 1583 0

Avec l'indépendance de la Côte d'Ivoire en 1960, l'alcoolodépendance qui a pris naissance en 1946 semble gagner toutes les strates sociales. L'on assiste résolument à un alcoolisme de type moderne, occidental, dont les avatars se font de plus en plus sentir sur les rapports sociaux. Pour en atténuer l'acuité, l'auteur pense que l'on doit désormais considérer l'alcoolodépendance comme un problème de santé publique ; introduire l'enseignement de l'alcoolologie à l'école ; instituer de façon formelle l'injonction thérapeutique ; veiller à la répartition équitable des richesses du pays.

■ **Net addiction ? Du jeu à la désaffiliation sociale**

Christian Colbeaux (sous la direction)

L'Harmattan, Paris, 2016, 168 pages

ISBN 978 2 3430 9059 7

EAN 978 2 1400 1642 4

L'addiction à l'Internet existe-t-elle ? La jeune clinique addictive révélée par la technologie numérique dévoile soit des addictions plus habituelles (jeux, sexe, achats, etc.), soit – l'un n'excluant pas l'autre – des pathologies plus avérées (dépression, psychose, etc.).

Les nouvelles générations *digital natives* (enfants du numérique) s'investissent sans retenue dans un lien social en réseaux, ce qui ne saurait être sans conséquences au niveau de la construction de leur subjectivité. Les cliniciens restent partagés quant à la réalité de la net addiction.