

Fédération Française d'Addictologie*

* 20, rue Saint-Fiacre, F-75002 Paris

Paris, 7 et 8 avril 2016

Audition publique à l'initiative de la FFA

Réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives

Rapport d'orientation et Recommandations de la Commission d'audition

Préambule

Les membres de la Commission d'audition ont conscience que l'ensemble des addictions (tabac, alcool, médicaments, drogues illicites, addictions sans substances...) ne sont pas de même nature en termes de consommation et de dommages (ainsi, le coût social de l'alcool et celui du tabac sont presque identiques, de l'ordre de 120 milliards d'euros suivis par les drogues illicites de l'ordre de 8,8 milliards d'euros).

Ce rapport restitue l'état d'esprit de l'Audition publique, il n'a pas vocation à être exhaustif mais a la volonté de contribuer tant à l'évolution des pratiques et des politiques publiques qu'à la mise en place d'un débat sociétal.

Rapport d'orientation

La réduction des risques et des dommages (RdRD) : le moment d'une nouvelle alliance

Le concept de RdRD n'est pas seulement une approche alternative du soin mais un nouveau regard porté sur les phénomènes d'addiction inscrivant dans la société une situation de rupture morale, idéologique et politique. Cette rupture libère un mouvement issu du terrain qui crée sa propre dynamique fondée sur l'absence

d'exigence et l'inconditionnalité de l'accompagnement, le droit du libre choix et la valorisation du savoir des usagers. Cette inconditionnalité suppose le respect d'un projet thérapeutique (*cure*) au profit d'un projet de soins (*care*) destiné à prévenir le mieux possible les dommages de la consommation. Toutes ces personnes n'ont été jusqu'ici prises en considération que si elles étaient soit dans une perspective de sevrage (alcool) soit dans une demande de traitement de substitution (opiacés, tabac). Cette RdRD n'exclut pas l'abstinence comme objectif mais elle la relativise dans les propositions offertes aux personnes. En fait, la RdRD repose sur une approche gradualiste qui s'adapte à leurs capacités, leurs attentes et leur environnement devant toute conduite addictive. Cette approche est destinée pour beaucoup de ces personnes à rompre leur isolement, leur sentiment d'abandon et de développer leur capacité d'agir (*empowerment*). Ce principe permet la création d'une alliance entre les consommateurs et les intervenants, l'usager de drogues et la personne ayant une conduite addictive étant considérés comme experts de ses pratiques et acteurs du projet. Cette approche est d'autant plus importante qu'elle s'impose après une histoire difficile.

Cette histoire peut se résumer ainsi :

La loi du 31 décembre 1970 interdit les produits stupéfiants et le décret de 1972 interdit les outils et les moyens de les consommer. En 1978, le rapport Pelletier,

Réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives

Audition publique, 7 et 8 avril 2016, Paris*
Comité d'organisation présidé par *Alain Morel*

EXPERTS**

En quoi et jusqu'où la RdRD est-elle un nouveau paradigme dans le champ des conduites addictives ?

- Quelles définitions des conduites addictives, des risques et de la RdRD ? Quels en sont les principes fondateurs et les objectifs aujourd'hui ?

Anne Coppel, Michel Reynaud

- En quoi la RdRD est-elle un nouveau paradigme ? La place originelle déterminante des usagers est-elle antinomique de son institutionnalisation ?

Aude Lalande

- Quel périmètre et quelles limites doit avoir la RdRD (vision internationale) ? Doit-elle porter sur la demande (les usages) ou intervenir aussi sur l'offre (l'accès aux produits et leur qualité) ?

Marie Nougier

- 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 ?

Marie Jauffret-Roustide

Quelles sont les données probantes sur l'efficacité de la RdRD ?

- Quelles connaissances avons-nous sur l'efficacité/l'efficacité des politiques de RdRD qui se sont développées à l'étranger et en France depuis une trentaine d'années ?

François Beck

- La RdRD est-elle efficace et quelles sont ses limites en matière de drogues illicites ?

Laurent Michel

- La RdRD est-elle efficace et quelles sont ses limites en matière d'alcool ?

Henri-Jean Aubin

- La RdRD est-elle efficace et quelles sont ses limites en matière de tabac ?

Jacques Le Houezec, Ivan Berlin

- La RdRD est-elle efficace et quelles sont ses limites en matière d'addiction sans produit ?

Amandine Luquiens

- La RdRD est-elle efficace et quelles en sont les limites en matière d'addiction aux médicaments psychotropes et de polyconsommations ?

Maurice Dematteis

- Comment organiser/soutenir des recherches et des évaluations multidisciplinaires dans le domaine de la RdRD qui aident le développement des pratiques et qui tiennent compte de ce qui est déjà étudié à l'étranger ?

Patrizia Carrieri

La RdRD nécessite-t-elle de nouvelles pratiques et de nouveaux outils ?

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

Jean-Michel Delile

- Faut-il distinguer des lieux et des acteurs en fonction des modalités d'action (qui fait quoi en matière de RdRD) ? Comment faire de la réduction des risques dans les lieux de traitement ? En centres résidentiels de soins ? En hébergement social ? En prison ?

Vincent Meille, Valère Rogissart

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

Pierre Chappard, Fabrice Perez

- Comment intégrer, dans les pratiques, l'accompagnement et les outils de la consommation à moindre risque ?

Matthieu Fieulaine, Anne Borgne, Élisabeth Avril

- Quels outils de RdRD sont adaptés pour intervenir précocement, dès les premiers usages, auprès des jeunes usagers, en particulier les mineurs ?

Véronique Garguil

Quelles sont les conditions nécessaires au développement de la RdRD ?

- En quoi l'évolution de la société moderne influe-t-elle sur les phénomènes d'addictions et leurs traitements ?

Véronique Nahoum Grappe

- Comment permettre aux usagers et à leurs associations de jouer un rôle moteur dans la définition et l'application des stratégies de RdRD ?

Tim Greacen, Brice Lepoutre, Samuel Blaise

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

Jean-Pierre Couteron

- En quoi le cadre légal et réglementaire actuel est ou n'est pas un obstacle à la RdRD ? Quelles en seraient les évolutions souhaitables pour favoriser la RdRD ?

Yann Bisio, Christian Ben Lakhdar

- Comment modifier les représentations de l'opinion publique et valoriser l'intérêt général de développer la RdRD ?

Rolin Wavre

GROUPE BIBLIOGRAPHIQUE**

Perrine Roux, Responsable

Hortense Hurmic, Nicolas Khatmi, Cécilia Maitre

* Les documents de l'Audition publique sont consultables sur www.addictologie.org.

** Les rapports seront publiés dans les prochains numéros d'*Alcoologie et Addictologie*.

Audition publique organisée avec le soutien institutionnel de la Direction générale de la santé et de la MILDECA et réalisée selon les procédures et les règles méthodologiques préconisées par la Haute autorité de santé. Cet accompagnement méthodologique n'engage pas la responsabilité de la Haute autorité de santé et toute contestation sur le fond doit être portée directement auprès du promoteur.

première évaluation de la loi 1970, affirme que la toxicomanie n'est pas un problème de santé publique. La mortalité des toxicomanes y est jugée négligeable et l'usage des drogues est abordé comme une déviance. Pourtant, la criminalisation de certains usages crée en réalité une surexposition aux risques parfaitement identifiée et validée scientifiquement par l'ensemble de la communauté internationale. Les années sida vont générer une mortalité importante et un sentiment de dangerosité pour la société. Elles vont donc entraîner un bouleversement non seulement de la relation médecin-malade pour les infections sexuellement transmissibles et bien au-delà, mais vont inaugurer une première réduction des risques sollicitée par les usagers eux-mêmes. L'initiative courageuse de Mme Barzach alors Ministre de la santé, en 1987 d'autoriser la vente libre des seringues en pharmacie, a été le début de l'identification d'une revendication communautaire légitime de RdRD par les usagers. En 1995, la proposition de dépénalisation de l'usage du cannabis par le rapport Henrion n'aboutit pas. En 2004, la RdRD s'inscrit dans la loi avec pour seul objectif la réduction du risque infectieux. Il s'agit de la première reconnaissance de ce risque dans le Code de la santé publique.

Aujourd'hui, la RdRD prend tout son sens :

En effet, la loi de 2016 révolutionne la politique publique en dépassant ce seul risque infectieux et en inscrivant la RdRD dans le chapitre de la lutte contre les addictions. Elle consacre l'accompagnement et la prise en charge des comportements addictifs à partir des demandes et des savoirs des usagers. Il existe désormais un conflit criant des politiques publiques, entre d'un côté la reconnaissance des usages des substances addictives dans le Code de la santé publique et de l'autre le maintien d'une criminalisation dans le Code pénal. Mais, dans ce domaine, deux modèles de RdRD s'affrontent, l'un sanitaire et pragmatique dit "faible" et l'autre éthique et politique, dit "fort", justifiant l'importance d'un dépassement des deux approches qui font de la RdRD une attitude nouvelle non fondée sur les seuls objectifs médicaux. Ainsi, la RdRD concerne les lois, les programmes et les pratiques qui visent à réduire les conséquences néfastes tant au niveau de la santé qu'au niveau socioéconomique sans faire de l'arrêt de la consommation un préalable. Plusieurs rapports révèlent que les substances licites (alcool, tabac) ont des conséquences néfastes quantitatives et qualitatives sur la santé et l'équilibre des personnes, considérablement plus importantes que l'usage des drogues dites illicites

(stupéfiants). L'offre réduite à l'objectif d'abstinence est souvent refusée. Les échecs des sevrages découragent les usagers qui s'éloignent du système de soins. D'où les bénéfices de l'irruption de la RdRD dans un champ jusqu'ici ignoré. Des usagers dépendants ou non de l'alcool qui ne venaient pas demander de l'aide doivent désormais trouver une écoute et un accompagnement adaptés à leur conduite addictive, leurs besoins et leurs attentes. Cette extension de la RdRD au domaine des substances licites révèle la grande proximité qu'il y a entre banalisation et stigmatisation. La banalisation de l'usage de l'alcool et du tabac complique l'approche dans une telle situation d'addiction, et la stigmatisation des personnes en situation d'addiction ne leur offre pas d'autre possibilité d'aide que le sevrage. D'où l'importance de l'irruption de ce champ de la RdRD dans des domaines qui l'excluaient. Cette stratégie d'alliance qui avance pas à pas a besoin de rencontrer la reconnaissance d'une société figée dans des certitudes dépassées. Ces jugements s'appuient sur des lois qui, stigmatisant les comportements, sont ravageuses pour les personnes.

L'ambition de prendre en compte les situations réelles sans a priori idéologique est le fondement même de la RdRD, mobilisation individuelle et collective responsable. C'est pourquoi faire "avec" les personnes montre bien que, sans elles, rien n'est possible. L'ensemble de cette démarche n'est pas un postulat philosophique ou idéologique, mais elle repose sur le constat du désastre des politiques précédentes, qui contraste avec le succès d'autres expériences européennes et françaises.

La mise en œuvre de la RdRD

Son statut

La RdRD est une politique de santé publique.

Aux termes de l'article L3411-8 du Code de la santé publique, la RdRD en direction des usagers de drogue vise notamment à prévenir les dommages sanitaires, psychologiques et sociaux et permet les actions suivantes :

- 1) Délivrer des informations sur les risques et les dommages associés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants.
- 2) Orienter les usagers de drogue vers les services sociaux et les services de soins généraux ou de soins spécialisés, afin de mettre en œuvre un parcours de santé adapté à leur situation spécifique et d'améliorer leur état de santé physique et psychique et leur insertion sociale.

3) Promouvoir et distribuer des matériels et produits de santé destinés à la réduction des risques.

4) Promouvoir et superviser les comportements, les gestes et les procédures de prévention des risques. La supervision consiste à mettre en garde les usagers contre les pratiques à risque, à les accompagner et à leur prodiguer des conseils relatifs aux modalités de consommation des substances mentionnées au 1) afin de prévenir ou de réduire les risques de transmission des infections et les autres complications sanitaires. Elle ne comporte aucune participation active aux gestes de consommation.

5) Participer à l'analyse, à la veille et à l'information à destination des pouvoirs publics et des usagers, sur la composition, sur les usages en matière de transformation et de consommation et sur la dangerosité des substances consommées.

Consacrée dans le champ des drogues illicites par les pouvoirs publics qui ont pris acte de l'échec des politiques d'éradication, la RdRD investit aussi l'ensemble du champ des conduites addictives. Cette extension est essentiellement le fait des usagers, qui ne veulent ou ne peuvent se reconnaître dans les seules démarches de sevrage, et des pratiques pragmatiques des professionnels.

Ses outils

La RdRD est pertinente quelles que soient les modalités d'usage des produits. Elle nécessite une attitude permettant, au moment de la rencontre avec l'utilisateur à un moment précis de son parcours, l'expression des demandes et l'analyse des besoins, l'analyse des bénéfices et des risques liés à la consommation.

Les outils de la RdRD sont très divers du fait de la multiplicité des stratégies et des acteurs.

Ce sont les outils de la prévention pour l'information sur les risques et les dommages au titre desquels il faut souligner le rôle désormais essentiel d'internet, avec les forums et les sites collaboratifs élaborés pour les professionnels, les associations d'utilisateurs et leur entourage.

Ce sont également les outils et les moyens du champ social qui visent à maintenir l'insertion et lutter contre la précarisation et l'exclusion sociale (hébergement...), ceux des dispositifs spécialisés et bas seuil pour les usagers les plus en difficulté.

Ce sont ceux du champ sanitaire de droit commun (repérage précoce et intervention brève – RPIB, entretiens

motivacionnels, médicaments et dispositifs médicaux sans omettre les dispositifs qui ont été plébiscités par les usagers eux-mêmes telle notamment la cigarette électronique). Si un consensus existe sur la pertinence de la plupart des outils utilisés par la réduction des risques (traitements de substitution aux opiacés, substituts nicotiques, programmes d'échanges de seringues – PES...), des questionnements subsistent à ce jour sur l'utilisation d'outils ou des modalités d'intervention non validées par la communauté scientifique ou non évaluées, comme sur les inégalités d'accès.

Sa pertinence

Les stratégies visant la seule non-consommation ayant fait la preuve de leur efficacité partielle, il s'agit de se centrer sur les risques que l'on veut réduire :

- Limiter les risques sanitaires : infections (PES), morbidité psychiatrique, cancers et pathologies cardiovasculaires (substituts nicotiques, cigarette électronique, baclofène...), syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF – information, repérage et accompagnement pendant la grossesse)...

- Limiter la mortalité : accidents (éthylotests, capitaines de soirée...), overdoses (naloxone, testing, alertes sanitaires)...

- Limiter les risques sociaux :

- . la désaffiliation sociale (précarité, hébergement, isolement) ;

- . le travail (programmes "un chez soi d'abord", RPIB en médecine du travail par exemple) ;

- . les violences subies, agies, délinquance (violences, trafic, criminalité routière : interventions auprès des personnes sous main de justice et en particulier en milieu carcéral...).

Sa valeur novatrice : aller vers les personnes, définir avec elles les objectifs

La majorité des usagers de drogues et des personnes ayant une conduite addictive ne fréquente pas les dispositifs de soins, et il n'existe pas de trajectoire unique dans la consommation.

La revue de la littérature et les pratiques montrent qu'il est pertinent de mettre en place les outils dans les lieux (dans les dispositifs de soins non spécialisés, dans les structures sociales mais aussi auprès des pairs, sur internet, dans les milieux festifs...) et les temps (grossesse, incarcération, journées citoyennes...) où les rencontres sont possibles. À titre d'exemples : tests de dépendance, mise à disposition d'autotests, interven-

tions brèves, travail avec les organisateurs de manifestations festives, distribution de kits, repérage des joueurs excessifs sur internet, équipes mobiles, tests rapides d'orientation diagnostique du VIH et VHC (TROD), bus dentaire...

L'intégration de la RdRD dans les formations initiales et continues permet d'accompagner ces démarches. À titre d'exemples : entretiens motivationnels, intégration de la capacité relationnelle dans la sélection des professionnels de santé (exemple australien), travail sur les représentations.

L'information des usagers sur les produits qu'ils consomment participe de la réduction des risques : mise à leur disposition des résultats de l'analyse des produits et information personnalisée sur les effets des produits sur l'organisme. Ces informations doivent être aussi mises à disposition des aidants, des professionnels et des politiques. À titre d'exemples : les groupes de soutien pour l'entourage, nouvelles technologies, diffusion des auditions publiques et des recommandations...

Ses freins

Les usagers de drogues et les personnes ayant une conduite addictive doivent pouvoir bénéficier d'un accompagnement en vue de réduire les risques et dommages liés à leur addiction et des outils nécessaires quel que soit leur lieu de vie. Cependant, même si les outils sont théoriquement disponibles, on constate en réalité que les freins à leur utilisation sont multiples. Ils peuvent résulter entre autre des représentations des professionnels en charge de leur diffusion ou de l'inégalité de répartition territoriale des moyens. D'autres freins ont été identifiés qui peuvent être surmontés dans le cadre de nouvelles alliances et partenariats (accessibilité limitée aux PES).

Pour que les outils de la RdRD soient accessibles, il est nécessaire que les acteurs de premier recours que sont les médecins généralistes, les pharmaciens, les centres de santé, etc. soient repérés comme des partenaires de la RdRD. Cette identification est parfois d'autant plus difficile qu'il existe de grandes inégalités territoriales de l'offre de soin et un manque de lisibilité des dispositifs pour les usagers.

Par ailleurs, il serait naïf de penser que les lobbyings de l'alcool, du tabac et des jeux participent de façon constructive à la RdRD alors que les intérêts qu'ils défendent sont diamétralement opposés.

Prenons plusieurs exemples éclairants :

- **L'alcool**

En France, 45 à 50 millions de personnes sont, de manière occasionnelle ou chronique, consommatrices d'alcool. Si, pour une large majorité, cette consommation ne pose aucun problème, on estime que ce sont entre trois et cinq millions d'individus qui sont exposés ou subissent les conséquences négatives, directes ou indirectes, de leur usage.

Les représentations liées à la consommation d'alcool s'imposent à nous et fondent largement notre regard sur la question. La pression sociale contribue d'abord à favoriser la consommation puis à exclure, isoler, augmenter les souffrances de celles et ceux qui s'en écartent et leur stigmatisation. Il n'est donc pas étonnant que ces personnes puissent attendre plusieurs années pour solliciter de l'aide quasi exclusivement associée à l'idée d'abstinence, et ce, d'autant plus que le regard social renforce leur sentiment de honte et de culpabilité.

L'arrivée du baclofène sur le marché a accéléré l'irruption de la RdRD appliquée à la problématique alcool, les usagers allant rencontrer les médecins avec une demande de réponse médicamenteuse. Le baclofène, qui a pour effet d'induire une indifférence pour l'alcool chez une partie des personnes traitées, modifie les réponses et les modes d'accès à des stratégies d'accompagnement.

Des initiatives dans les champs médical, social et d'usagers ont montré leur efficacité. À titre d'exemples, l'ensemble des actions visant à réduire l'accidentologie routière largement promu par les usagers, les actions visant au RPIB pour des personnes avec des consommations à risque initiées dans le champ médical, les initiatives visant à des stratégies de politique locale, et celles développées dans les structures d'accompagnement du champ social pour les publics précaires contribuent d'ores et déjà à l'intégration de la vision RdRD en alcoologie.

Certains dommages, bien que connus, ne sont que très insuffisamment pris en compte, comme le SAF, faute d'une réelle prise de conscience des enjeux.

En tout état de cause, les axes possibles d'accompagnement doivent aujourd'hui permettre, en prenant en compte les attentes des consommateurs :

- 1) L'arrêt au moyen du sevrage (médicalisé ou non, résidentiel ou ambulatoire...).
- 2) Le réaménagement des consommations en vue d'en réduire les dommages. Il peut s'agir d'une modification quantitative (réduction des consommations, consommation contrôlée...) médicalisée ou non, d'une modification qualitative (rythme de consommations, modalités, contexte ou environnement, type d'alcool consommé...).
- 3) L'accompagnement des consommations telles qu'elles existent, sans perspective immédiate d'un changement des pratiques, avec pour priorité la sécurisation des personnes et de leurs usages (mise à l'abri, accès aux soins, aux droits et à la reconnaissance...).

La RdRD est une approche précieuse dans les structures sanitaires, y compris en soins de suite et de réadaptation en addictologie (SSRA) dont le rôle principal, dicté par le législateur, s'articule pourtant autour du sevrage et du maintien de l'abstinence.

Dans ce contexte, le séjour en milieu résidentiel peut être vu comme une parenthèse dans la trajectoire de la personne, un lieu de protection propice à la réflexion et à l'élaboration d'un projet de soin au long terme voire d'un projet de vie à un moment donné. Complémentaire et articulé avec la prise en charge ambulatoire, il doit pouvoir accompagner la personne, que son objectif soit de l'ordre de la RdRD dans le contrôle des consommations, dans l'abstinence, ou de leur combinaison chez les personnes présentant plusieurs addictions.

L'intégration de la RdRD au sein de ces structures, classiquement positionnées sur un objectif unique d'abstinence, nécessite une ré-interrogation de l'ensemble de leurs programmes thérapeutiques, de l'accueil des personnes, du fonctionnement interne et une évolution du positionnement des soignants, centrés désormais davantage sur l'accompagnement vers un "choix libre et éclairé" que sur la transposition d'un programme de soin monolithique. Certains CHRS ont une mission complémentaire d'accompagnement en addictologie. Ces expériences semblent apporter des bénéfices aux personnes accueillies. Les pratiques qui y sont développées devraient faire l'objet d'une évaluation précise et intégrer la RdRD en vue de diversifier les modes d'accompagnement. Concernant les personnes en situation d'exclusion sociale, une politique publique explicite en matière de RdRD et une vision partagée permettent aux usagers et aux professionnels qui les accompagnent au quotidien de trouver des marges d'action. Mais aussi de trouver des possibilités d'avancer

ensemble au bénéfice d'une amélioration effective de la santé, d'un processus de réinsertion et de l'amélioration de la qualité de vie de ces publics.

- Le tabac

L'arrivée de la cigarette électronique est un exemple modélisant de la complexité des outils de la RdRD.

Il est admis que la toxicité de la cigarette est due exclusivement aux produits de la combustion. Lorsque la nicotine, qui est la molécule addictogène, est disponible sans combustion, la toxicité est très largement diminuée, même si tous les éléments de cette toxicité ne sont pas encore étudiés. Les outils médicamenteux actuels de la dépendance à la nicotine sont peu performants dans l'objectif d'un sevrage à long terme.

La cigarette électronique, promue par les usagers et regardée avec méfiance par les scientifiques, s'avère un outil complémentaire de la réduction des risques : un million d'utilisateurs en peu de temps, dont une partie non négligeable parvient à réduire significativement la consommation de tabac et les effets délétères de sa combustion.

Cet outil particulier nécessite une nouvelle approche de développement, d'évaluation et de recherche :

- Mise en place d'une évaluation en rapport avec son utilisation réelle, et pas en comparaison avec des produits qui n'ont pas le même statut.
- Sécurisation de l'utilisation, par une réglementation adaptée.
- Mise à disposition de dosage de nicotine adapté aux besoins des usagers.
- Prise en compte de l'expérience des usagers et de leurs associations dans le positionnement de cet outil dans la politique de RdRD.

Il serait très dommageable que la cigarette électronique, qui jusqu'alors bénéficiait d'un statut de produit de consommation courante, soit menacée par la nouvelle Directive européenne sur les produits du tabac (alors qu'elle n'en est pas un). L'application de cette Directive en mai 2016, lorsque le gouvernement l'aura transposée en droit français, va considérablement freiner l'innovation et favoriser les cigarettes électroniques mises sur le marché par l'industrie du tabac, qui seule aura les moyens, avec l'industrie pharmaceutique, de supporter les contraintes administratives et financières imposées par cette Directive.

Tout comme l'Angleterre le fait depuis 2013, une autre approche de la réduction du risque tabagique pourrait être l'utilisation des substituts nicotiques à long terme par une meilleure diffusion et mise à disposition, avec une prise en charge plus complète que celle qui est proposée en France pour l'aide à l'arrêt (remboursement de 50 euros une fois par an, et 150 euros pour les femmes enceintes, les jeunes de 25 à 30 ans, les bénéficiaires de la CMU-C et les personnes traitées pour le cancer). En Angleterre, l'accès au traitement (suivi et traitement nicotinique de substitution – TNS) est gratuit depuis de nombreuses années.

- Les opiacés

L'efficacité des programmes d'administration de naloxone par les usagers ou leur entourage pour la prévention de la mortalité par overdose est établie. Elle renforce la capacité d'agir des usagers dans des situations à risque majeur mais ne peut se concevoir qu'avec un accompagnement informatif sur les modalités d'utilisation.

L'OMS a formulé des recommandations en 2014 visant à offrir un accès plus large à la naloxone pour éviter des décès par surdose d'opiacés.

D'autre part, l'amélioration du dispositif actuel de substitution par des médicaments agonistes opiacés nécessite à la fois un accès à la primo-prescription de méthadone aux médecins généralistes de ville en articulation avec le secteur spécialisé, et une diversification des stratégies thérapeutiques (actuellement limitées à la buprénorphine et à la méthadone) incluant la prescription médicalisée d'héroïne dans des conditions appropriées.

- Les nouveaux produits de synthèse (NPS)

De nouveaux produits psychoactifs arrivent sur le marché "noir" (deux par semaine en moyenne) essentiellement pour échapper à la loi. Ils ont comme objectif de copier les effets des substances illicites connues (recherche du même aspect). Le phénomène est en augmentation avec une vente majoritairement sur internet. Ceci entraîne de nouveaux risques en perpétuelle évolution et nécessite des outils de RdRD particulièrement réactifs.

Son nouveau moyen de diffuser information et formation : internet

Internet est un outil de communication de plus en plus répandu. Il a permis la création de communautés

virtuelles de consommateurs permettant les échanges entre pairs sans crainte de la contrainte légale, aussi utilisées par des consommateurs de produits licites (cigarette électronique). On constate une accumulation d'un important savoir sur les substances et les pratiques souvent en avance sur les intervenants de terrain et sur les scientifiques, ce qui façonne le rapport aux drogues de nombreux utilisateurs.

Internet est aussi un outil de commerce électronique. La vente de produit en ligne est exponentielle et probablement irréversible. Elle permet une relation entre consommateur et revendeur agissant possiblement sur la qualité des produits.

Pour l'avenir, internet peut être considéré comme un territoire d'action :

- Création de CAARUD en ligne pour faire de la RdRD 2.0.
- Fourniture d'outils de RdRD en ligne.
- Travail en direct avec les revendeurs pour améliorer la qualité des produits et la connaissance sur ce qui est vendu.
- Rapprochement de la RdRD de l'acte d'achat.
- Développement de recherches-actions avec les usagers revendeurs...

Les difficultés d'appropriation de la RdRD

En France, l'approche de la RdRD accuse un grand retard dans la mise en œuvre d'un modèle gradualiste dont les bénéfices sont reconnus dans plusieurs pays européens. Aujourd'hui, le secteur est à la fois trop médicalisé et trop criminalisé. Comme on l'a vu, la RdRD est bridée dans un modèle faible en France par des compromis historiques qui l'ont placée dans le champ sanitaire et ont étouffé ses revendications politiques.

Cette approche de la RdRD atteint aujourd'hui ses limites. Concernant les drogues injectables, les premières mesures ont été efficaces sur l'épidémie de sida mais beaucoup plus limitées sur l'hépatite C. L'étude Coquelicot montre la persistance de pratiques à risque et la précarisation des usagers qu'un modèle gradualiste et fort est réputé pouvoir contenir et réduire. Mais ce modèle faible et neutre de la RdRD française laisse également peu de place à l'émergence de pratiques, d'outils et d'innovation pour les autres problématiques d'addiction (alcool, tabac, cannabis, NPS, médicaments, jeux...).

Il faut maintenant prendre acte des bien meilleurs résultats sur la RdRD à travers l'Europe dans des pays qui ont adopté des modèles forts et décriminalisé l'usage, comme en Suisse, aux Pays-Bas et aussi au Portugal.

L'importance d'une véritable alliance entre usagers et professionnels

Les usagers : qui sont-ils ?

De nombreuses personnes en difficulté avec leurs consommations ne trouvent pas les réponses à leurs besoins. On constate un décalage entre leurs besoins spécifiques et souhaits réels et les réponses actuellement proposées.

Les usagers constituent une population très hétérogène composée de publics ayant des besoins spécifiques : la femme enceinte qui a besoin d'une bonne coordination entre soins addictologiques et un monde de la périnatalité souvent peu formé et inquiet ; l'adolescent trouvant ses produits sur internet et n'accédant pas aux consultations ; la personne bien insérée socialement ne se reconnaissant pas dans le public des structures accueillant un public précaire ; l'alcoolodépendant très exposé en termes de risques qui n'accède pas à une offre de RdRD aujourd'hui centrée vers les substances illicites ; le fumeur de tabac qui ne cherche pas d'aide car il sait que seule l'abstinence sera attendue de lui ; le détenu qui n'accède à aucun outil de RdRD hormis la substitution ; le LGBT (lesbiennes, gays, bi et transgenres) qui a des pratiques spécifiques (slam/chemsex : pratiques mêlant drogues et sexe...) insuffisamment prises en compte en matière de RdRD ; le migrant qui n'accède pas ou peu aux dispositifs de RdRD et pour qui les dispositifs sont partiellement efficaces pour des questions culturelles et de langue...

Les usagers sont fréquemment perçus dans l'accompagnement comme isolés aux plans affectif et social. Ils sont toutefois souvent en lien avec un entourage familial ou amical possiblement soutenant ou rejetant par rapport aux pratiques de consommation et plus ou moins partie prenante de celles-ci.

Dans le dispositif addictologique, l'importance d'intégrer l'entourage dans l'accompagnement des usagers est reconnue et peut faire l'objet de pratiques définies. Cependant, cette préoccupation de la place à donner ou non à l'entourage dans l'accompagnement ne fait pas systématiquement l'objet d'une évaluation. En dehors

du champ addictologique, elle est souvent absente. La RdRD promeut, dans une perspective de santé communautaire, l'association des amis et des pairs dans l'accompagnement, mais la place des familles ne semble pas aujourd'hui suffisamment définie.

Face à la consommation importante de produits psychoactifs (alcool, tabac, cannabis, médicaments...) chez les jeunes en France, les dispositifs de RdRD demeurent à la marge ou insuffisamment intégrés au dispositif de prévention.

Par ailleurs, les premiers succès de la RdRD ont permis aux usagers de vieillir. Certains connaissent des problèmes sociaux et de santé typiques du grand âge. De plus, les usages de médicaments psychotropes chez les sujets âgés sont fréquents. Il revient aux structures spécialisées (EPHAD, gériatrie...) d'adapter leur dispositif pour accueillir ces personnes. En l'état actuel, ces acteurs ne pourront toutefois pas s'appuyer sur des dispositifs et outils de RdRD qui restent à développer.

Un certain nombre d'usagers se sont regroupés en association et ont été pionniers et créatifs dans la mise en place d'une politique de RdRD, et sont aujourd'hui moteurs dans ses évolutions (ASUD, Psychoactif, Technoplus...). Le peu de moyens qui leur sont attribués limitent leur capacité à représenter la diversité des publics et à pérenniser leur action de RdRD dans le champ des drogues illicites. Ces faibles ressources empêchent aussi l'émergence de nouvelles associations.

Les associations intervenant dans le champ de l'alcool ont des approches néphalistes (qui vise l'abstinence comme objectif exclusif de l'accompagnement) qui ne laissent aujourd'hui que peu de place à des objectifs de gestion contrôlée des consommations et aux approches de RdRD. La pratique d'une nouvelle RdRD dans le champ du tabac voit émerger de nouvelles communautés comme l'association de vapoteurs AIDUCE. Cependant, ce champ des drogues licites manque cruellement d'associations d'usagers impliquées dans la RdRD.

Il faut remarquer également que ces associations ont une approche par produit ou par univers (festif, internet...). Il n'existe aucune association permettant de représenter les usagers de différents/plusieurs produits.

Les professionnels : de quels domaines ? ...

On a souligné l'incohérence voire le conflit entre une politique sécuritaire qui criminalise l'usage et une poli-

tique de santé publique qui inscrit la RdRD dans le Code de santé publique.

Ces contradictions empêchent une approche systémique et l'articulation des acteurs principaux que sont la justice, la police, l'aide sociale, la santé et l'éducation. Cette situation confuse a notamment pour conséquence des ruptures dans l'accompagnement des usagers préjudiciables à la qualité de l'aide qui leur est proposée, une absence de culture commune entre acteurs du secteurs, une méconnaissance des partenaires et des circuits et un défaut profond et général de formation en RdRD.

De ce fait les différents acteurs font face à de multiples difficultés :

- Justice : engorgement des tribunaux et multiplication de réponses pénales inadaptées aux enjeux de santé publique et qui n'ont pas fait la preuve de leur efficacité (incarcération pour usage simple, contravention, injonction thérapeutique) ; confrontation des personnels pénitentiaires à des problématiques lourdes.

- Police : la criminalisation de l'usage absorbe des moyens policiers importants et ne permet pas de lutter efficacement contre les trafics alors que ces moyens pourraient être affectés à d'autres missions. La politique du chiffre dont les usagers sont les premières victimes est contre-productive.

- Travail social : les éducateurs et assistants sociaux qui sont en première ligne n'ont pas de formation initiale et continue à la RdRD leur donnant l'équipement nécessaire, hormis dans les structures spécialisées. Cela a notamment pour conséquence que de nombreux lieux d'accueil et d'hébergement sociaux ne sont pas suffisamment accessibles aux usagers. Les équipes de prévention spécialisée qui sont sur le terrain et pourraient être des acteurs importants de la RdRD n'y sont pas formées.

- Éducation : alors que la France est le premier pays pour la consommation de cannabis chez les jeunes, seuls des messages de prévention primaire véhiculant uniquement la dimension de prohibition et la nécessité d'abstinence sont délivrés aux élèves, le plus souvent par des acteurs aux formations insuffisamment adaptées.

- Santé : la formation et les conditions d'exercice des médecins généralistes, qui pour certains ont une part active dans les pratiques de RdRD, ne les incitent pas à intégrer celle-ci dans leur pratique. Ils ne sont pas non plus incités à développer des partenariats avec les autres acteurs. Certains professionnels du soin, libéraux comme hospitaliers, refusent la prise en charge d'usagers demandant une aide pour leur consommation.

De la même façon, de nombreuses pharmacies s'engagent dans les pratiques de RdRD, respectant la loi qui les enjoint à délivrer des seringues et des traitements de substitution aux opiacés, mais un certain nombre d'entre elles refusent encore aux usagers un accès complet ou partiel aux outils de réduction des risques.

Dans les hôpitaux, les équipes de liaison et de soin en addictologie (ELSA) favorisent le repérage et l'accompagnement des usagers dans les services. Toutefois, ces équipes restent souvent sous-dotées, fragiles et isolées dans leurs efforts pour favoriser des soins dans un environnement peu à l'écoute. En effet, les usagers arrivant aux urgences et/ou hospitalisés dans des services de maternité, de médecine ou de chirurgie rencontrent des équipes n'ayant pas de culture d'une approche graduelle de RdRD. C'est également une difficulté dans les services de long séjour. On constate également le déficit d'accès aux traitements antalgiques pour des patients réputés avoir des consommations d'opiacés.

Malgré la fréquente association de troubles psychiatriques avec des usages problématiques, la psychiatrie est d'accès trop difficile aux usagers. Au cours des hospitalisations aiguës, les problématiques addictives sont souvent sous-repérées et insuffisamment prises en charge. Les usagers n'ont accès à aucun moyen de RdRD. Les structures psychiatriques ambulatoires (centres médico-psychologiques – CMP) sont surchargées et ne parviennent pas à prendre une place dans l'accompagnement des usagers. Les parcours des usagers précarisés présentant des troubles psychiatriques sont particulièrement discontinus.

Les pouvoirs publics, au niveau des administrations centrales, ont toutefois mis en place un dispositif dédié aux conduites addictives dans leur ensemble. Ce dispositif interministériel, la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA), a la particularité de réunir l'ensemble des administrations ayant à connaître le domaine.

... Confrontés à quelles situations ?

Le champ spécialisé est marqué par des traditions et des pratiques anciennes et historiquement en conflit les unes avec les autres. Cela a entraîné des oppositions persistantes à différents niveaux (médecins/travailleurs sociaux ; généralistes/psychiatres ; tabacologues/alcoologues/drogues illicites...) qui ont mené à un très fort cloisonnement des prises en charge au détriment des usagers, quel que soit l'objet d'addiction.

Au début des années 2000, les efforts de certains acteurs (dont les associations d'usagers) traduits en politiques publiques ont abouti à un dispositif structuré médico-social et sanitaire : CSAPA, CAARUD et services d'addictologie. Ce dispositif a nettement renforcé la cohérence de l'accompagnement des usagers mais continue à porter en lui un certain nombre de clivages (médicalisation/non-médicalisation ; approche préférentielle *care/cure* ; réticence à la diversification des publics) qui ne facilitent pas l'approche globale nécessaire à la RdRD.

L'institutionnalisation a contraint certaines structures à se priver des compétences et savoir-faire des usagers qui y intervenaient. Ils sont absents tant dans la gouvernance des structures que dans la mise en œuvre des dispositifs.

Le secteur médico-social spécialisé (CSAPA et CAARUD) est fréquenté par un public particulièrement marqué par la précarité et non représentatif de l'ensemble des usagers. Ceci constitue un frein à l'accès de tous les publics à ces structures. En effet, tous ne se reconnaissent pas dans les publics déjà accueillis et les structures ne se dotent pas d'offres qui leur seraient adaptées (présence sur internet, adaptation des horaires à un public actif...). Ces dispositifs spécialisés doivent s'articuler avec les acteurs de premier recours et de droit commun, sanitaires et sociaux, pour favoriser et faciliter l'inscription des usagers dans ceux-ci.

Du côté sanitaire, les services hospitaliers d'addictologie sont maintenant ouverts à un large éventail de publics mais la RdRD n'est intégrée dans les soins encore que de manière marginale.

Ces nombreuses difficultés ont bien sûr des conséquences sur la qualité de l'aide proposée aux usagers et les empêchent d'occuper la place centrale qui est la leur. Mais elles ont également des effets douloureux sur les professionnels qui connaissent un niveau important d'épuisement professionnel (burn-out) responsable de mal-être individuel et de difficultés de fidélisation des équipes (turn-over). Ces phénomènes sont renforcés par le manque de compréhension sociétale de leur action et par l'absence d'appropriation collective de la RdRD.

La société : se sent-elle concernée ?

Le grand public n'est pas conscient de l'existence des dispositifs de RdRD alors que cette démarche est

inscrite dans une loi de santé publique. Cette sous-information maintient la RdRD dans un statut marginal et est un frein au développement d'outils à l'efficacité connue tels que les salles de consommation à moindre risque (SCMR) et à l'innovation (programme d'accompagnement et d'éducation aux risques liés à l'injection – AERLI, espaces de consommation supervisée en centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues – CAARUD...). Les pouvoirs publics, encore marqués par l'idéal d'une société sans addiction et sans drogue, sont réticents à communiquer, à valoriser et mettre en place des actions pédagogiques visant à développer les connaissances et permettre une meilleure acceptation par le grand public des dispositifs de RdRD.

Dans des modèles européens, l'approche territoriale s'est révélée un vecteur important de mise en œuvre et d'appropriation des politiques gradualistes. Cette approche a été jusqu'à présent peu explorée en France, malgré des dispositifs existants comme les contrats locaux de sécurité et prévention de la délinquance (CLSPD) et les contrats locaux de santé (CLS) qui pourraient lui servir de cadre institutionnel. Cela permettrait une mobilisation coordonnée de tous les acteurs, au premier rang desquels les élus locaux.

Réaffirmons-le, l'alliance, levier de la RdRD, doit s'exercer à tous les niveaux avec tous les acteurs possibles.

La recherche

La recherche au service de la RdRD doit mieux intégrer les savoirs issus du terrain et des usagers. En effet, la recherche seulement académique privilégie des expériences éloignées des réalités avec une temporalité lente et peu adaptée aux incessantes évolutions et innovations. Elle doit se fonder sur une approche participative et pragmatique soutenue par les pouvoirs publics. Les sciences humaines et sociales doivent être intégrées d'emblée dans les projets de recherche afin de prendre en compte l'aspect multidimensionnel et la complexité des conduites addictives. Ainsi, des cohortes d'usagers adaptées à leurs demandes et à l'état actuel et futur des connaissances sont absolument nécessaires. On peut ainsi regretter par exemple qu'aucune cohorte de vapeurs n'ait vu le jour jusqu'à présent.

La mise en place, sous une forme à élaborer, d'un organisme indépendant destiné à la gouvernance et au financement des recherches, autant académiques que

venant du terrain et des usagers, est souhaitable. Les associations d'usagers ont bien souvent des capacités d'innovation qui ont de la peine à être évaluées rapidement par les instances habituelles, celles-ci demandant bien souvent l'élaboration de projets scientifiques au-dessus des possibilités et des ressources locales, et dont le *timing* est peu compatible avec la question posée. Proposer à des chercheurs rigoureux d'aider les usagers aux fins de développer des recherches ne peut que contribuer à faire de la RdRD une pratique de mieux en mieux sécurisée et qui évite les dommages parfois irréversibles.

Commission d'audition

- Président

Didier Sicard – Paris

- Membres

Philippe Bataille – Paris

Catherine Bernard – Paris

Pascal Charbonnel – Les Ulis

Katherine Cornier – Bordeaux

Michèle Cotta – Paris

Chantal Deschamps – Paris

François Diot – Paris

Éric Doudet – Tours

Jean-Pierre Havrin – Toulouse

Élizabeth Johnston – Paris

Marie-Laure Leblanc – Lille

Jean-Philippe Raynaud – Toulouse

Aymeric Reyre – Paris

Philippe Vaur – Louveciennes

- Remerciements

La Commission a été impressionnée par la qualité du travail préparatoire de la FFA, du Comité d'organisation présidé par Alain Morel et accompagné par la HAS, du Groupe bibliographique coordonné par Perrine Roux, des rapports écrits des experts, de leurs interventions orales, des questions du public et des internautes.

La commission regrette toutefois qu'il n'ait pas été laissé suffisamment de place aux usagers, aux institutions, en particulier police et justice, aux expériences des DOM-TOM et aux différences culturelles.

Recommandations

“Rien sur nous sans nous”, “un chez soi d'abord, de quoi manger, un toit” sont des exigences incontournables pour le respect des droits fondamentaux. Le changement de paradigme que constitue la RdRD dans le champ de l'addiction y répond. Elle est une réponse novatrice adaptée aux besoins d'accompagner et de soigner. Elle s'intéresse à l'évolution permanente des usages de substances et comportements addictifs touchant des publics de plus en plus variés. La RdRD ne se réfère pas seulement à des textes réglementaires mais doit être la plus pragmatique et la plus innovante possible.

- Recommandation 1

Le développement de la RdRD passe par la dépenalisation de l'usage et donc par la révision de la loi de 1970 qui est en conflit avec la loi de santé publique de 2016. La dépenalisation de l'usage doit s'accompagner d'une réflexion sur la régulation des marchés des produits licites et illicites et sur les mesures à mettre en œuvre.

- Recommandation 2

Préparer et organiser un débat sociétal, en lien avec les collectivités territoriales, sur les enjeux des addictions et de la stratégie de RdRD.

- Recommandation 3

Valoriser les expériences existantes des usagers des groupes d'auto-support et des associations d'entraide. Renforcer les capacités des associations d'usagers dans le champ des drogues licites ou illicites afin de pouvoir agir dans un cadre légal et d'avoir des moyens pour s'organiser et être des interlocuteurs des pouvoirs publics. Ces changements de pratiques doivent être fondés avant tout sur le rôle central des usagers. Valoriser leurs compétences et savoir-faire au travers d'un statut ouvrant à droits et rémunérations.

- Recommandation 4

La perspective gradualiste suppose la mise en réseau d'acteurs aussi différents que la police, la justice, l'éducation, l'insertion sociale, la santé.

Développer des compétences partagées sur les problématiques liées aux usages, sur la philosophie et les outils de la RdRD. Former notamment à la communication et au *counseling* :

- Formation initiale et continue dans le cursus de chacun des acteurs.

- Formation commune interdisciplinaire.

Mieux coordonner et compléter les stratégies locales de RdRD s'appuyant sur un audit des besoins et ressources existants, mobilisation des dispositifs et partenariats existants...

Rendre lisible l'offre disponible et décloisonner les structures pour des usagers aux expériences diverses.

Former les professionnels de l'hébergement social à la RdRD, développer des lieux d'hébergement et de relogement acceptant le maintien de l'usage.

Reconnaître et valoriser le statut des travailleurs sociaux :

- Valoriser le statut et situer les travailleurs sociaux en acteurs de première ligne.

- Formation initiale des travailleurs sociaux, notamment dans le "aller vers".

Cette nouvelle approche de la RdRD ne peut être réellement efficace que si les interactions entre les acteurs du premier recours, les professionnels de l'addiction, les institutions réglementaires concernées (police, justice), les usagers et la société dans son ensemble, sont modifiées en profondeur dans un esprit d'écoute réciproque qui privilégie avant tout la santé publique.

• Recommandation 5

Les professionnels du soin et de la santé (médecins généralistes et hospitaliers, pharmaciens, psychologues, infirmiers, sages-femmes, travailleurs sociaux, etc.) doivent intégrer la philosophie de la RdRD dans l'ensemble de leurs pratiques y compris au-delà du champ des addictions.

Renforcer les capacités des médecins généralistes et des pharmaciens à agir dans une logique de RdRD :

- Favoriser l'articulation avec le secteur spécialisé.

- Mettre en place une consultation dédiée à la RdRD accompagnée d'une rémunération spécifique, pour tous les patients qui en font la demande.

- Mettre en place un honoraire de dispensation en officine spécifique à la prise en charge des addictions.

• Recommandation 6

Rapprocher les CSAPA et CAARUD dans leurs cultures et leurs pratiques, et développer la confiance réciproque :

- Postes transversaux.

- Mieux intégrer les usagers dans le fonctionnement (pairs-aidants).

- Mieux intégrer les usagers dans la gouvernance des structures (conseils d'administration et comités de pilotage).

- Améliorer leurs capacités de réponses aux divers publics (grand public et précaire, 2.0, jeunes et femmes enceintes ou non, migrants, LGBT...).

• Recommandation 7

Ouvrir des espaces de consommation à moindre risque au sein des lieux existants (CAARUD et CSAPA) et mettre en place un dispositif d'analyse des produits consommés après étude des besoins et en respect du cahier des charges national.

Mettre à disposition des usagers et de leur entourage de la naloxone (injectable ou en spray) pour prévenir les overdoses d'opiacés et réduire la mortalité.

Permettre l'accès à des programmes d'héroïne médicalisés sous certaines conditions à définir par un groupe d'experts incluant des usagers.

Mettre en œuvre la primo-prescription de méthadone en ville.

Promouvoir les programmes d'échanges de seringues par voie postale pour les usagers isolés.

• Recommandation 8

Développer des programmes et des actions de RdRD destinés à des publics peu pris en compte actuellement, comme les jeunes, les femmes, des personnes privées de liberté, des migrants, des seniors...

Intégrer la RdRD aux programmes de prévention et de promotion de la santé dès le collège :

- Former les intervenants.

- Les Journées défense et citoyenneté pourraient être une occasion de diffuser systématiquement auprès d'une classe d'âge.

Améliorer l'accès à l'hébergement des usagers, outil à part entière de réduction des risques :

- Développer un dispositif accessible d'hébergement spécifique pour consommateurs actifs et faciliter l'accueil de ces personnes sur des structures classiques (accueil sans condition, adaptation des horaires, accès à des outils de RdRD).

- Renforcer le dispositif d'aide d'hébergement en direction des sortants de prison.

Concernant le public des jeunes dont le cerveau, en cours de maturation, est particulièrement vulnérable vis-à-vis de l'usage de substances et des conduites addictives, une attention particulière doit être apportée aux actions de recherche, de prévention et de RdRD concernant les consommations de médicaments, de tous produits licites et illicites et les conduites addictives.

• Recommandation 9

Dans le domaine du tabagisme, la cigarette électronique est un outil complémentaire de la réduction des risques qui permet à une partie non négligeable de ses utilisateurs de réduire significativement les effets délétères de la combustion du tabac. Cet outil nécessite une nouvelle approche de développement, d'évaluation et de recherche :

- Mise en place d'une évaluation en rapport avec son utilisation réelle, et pas en comparaison avec des produits qui n'ont pas le même statut.
- Sécurisation de l'utilisation, par une réglementation adaptée.
- Mise à disposition de dosage de nicotine adapté aux besoins des usagers.
- Prise en compte de l'expérience des usagers et de leurs associations dans le positionnement de cet outil dans la politique de RdRD.

L'utilisation des substituts nicotiques dans la réduction du risque tabagique doit être élargie à une utilisation à long terme en ne se limitant pas à un objectif de sevrage à court terme.

• Recommandation 10

Encourager la recherche académique à travers le développement d'études participatives fondées sur la reconnaissance de savoirs expérientiels des usagers.

S'astreindre à une évaluation permanente et rapide des innovations aussi locales soient-elles dans un esprit de recherche opérationnelle dont les résultats sont rapidement mis à disposition de tous.

• Recommandation 11

Mise en place d'un organisme indépendant destiné à la gouvernance et au financement des recherches autant académiques que venant du terrain et des usagers sous une forme à élaborer, tenant compte de l'existant.

• Recommandation 12

Rendre effectivement accessibles les approches et les outils de RdRD dans les lieux de privation de liberté (établissements pénitentiaires et psychiatriques).

• Recommandation 13

Agir sur la prévention en tenant compte du pouvoir délétère des lobbyings au niveau français et européen, en régulant l'accessibilité aux boissons alcoolisées, en encadrant la publicité et en évitant de laisser à l'industrie cigarette une influence excessive sur la réglementation des produits de remplacement.

• Recommandation 14

Mieux prendre en compte les familles dans les problématiques générales des usagers, y compris dans les dispositifs de RdRD.

• Recommandation 15

Analyser et proposer des réponses à la problématique de l'épuisement professionnel dans les structures spécialisées. ■