

Éléments sur l'efficience/efficacité des politiques de RDR qui se sont développées en France et à l'étranger depuis une trentaine d'années

François BECK, Cristina DIAZ-GOMEZ, Anne-Claire BRISACIER, Agnès CADET-TAIROU, Ivana OBRADOVIC

François BECK¹
Directeur
OFDT
PARIS
Francois.Beck@ofdt.fr

D'après la définition de l'*International Harm Reduction Association* (IHRA), les termes de réduction des risques (RDR) se réfèrent à « des politiques, programmes et pratiques qui visent à réduire les conséquences sanitaires, sociales et économiques liées à la consommation de substances psychoactives, licites ou illicites) » et, qui reposent sur « la forte volonté de protéger la santé publique et les droits de l'homme » (IHRA 2009). En France, la définition de la RDR présente dans la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé indique : « La politique de réduction des risques en direction des usagers de drogues vise à prévenir les dommages sanitaires, psychologiques et sociaux, la transmission des infections, la mortalité par surdose liés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants » (Art. L. 3121-4. – I).

C'est à partir du milieu des années 1980 que l'approche de la RDR s'est fortement développée, face à l'émergence du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) (Cook *et al.* 2010). La littérature sur l'efficacité des réponses apportées en matière de RDR s'avère assez vaste. Toutefois, il est important de préciser la nature et les contours de la littérature examinée. Il n'existe pas dans la littérature scientifique d'étude d'impact permettant de démontrer l'efficacité ou l'inefficacité des politiques globales de RDR en France ou à l'étranger ou d'en comparer les résultats. Les difficultés méthodologiques pour évaluer scientifiquement l'efficacité d'une politique regroupant plusieurs actions et répondant à des besoins hétérogènes sont nombreuses. Une difficulté majeure à laquelle les chercheurs se heurtent est celle liée aux biais d'imputabilité des effets observés. Plus la politique est complexe, plus il est laborieux de faire émerger la preuve de son efficacité et plus le coût en est dissuasif. La question de l'efficacité est ainsi abordée au moyen de méthodologies plus classiques (notamment des études contrôlées randomisées et/ou des études observationnelles de cohorte) qui s'appliquent à des mesures spécifiques. Ainsi, les études disponibles évaluent les mesures séparément et utilisent des critères d'appréciation spécifiques.

Face à l'ampleur de la question, il est apparu opportun de centrer la réponse sur les éléments de la littérature internationale récents, les plus étayés et les mieux connus, en vue essentiellement d'identifier des recommandations de bonnes pratiques. Néanmoins, il est important de garder à l'esprit qu'il peut s'avérer particulièrement complexe de mettre en

¹ Remerciements à Isabelle Michot pour son aide dans la recherche bibliographique, ainsi qu'à Julie-Emilie Adès et Christophe Palle pour leur relecture attentive.

évidence l'efficacité d'une mesure compte tenu des difficultés méthodologiques inhérentes aux contraintes de l'observation et notamment sur la durée (par exemple, la preuve d'un impact sur les pratiques à risques est plus facile à faire émerger que celle sur la prévalence des hépatites). Cet état de l'évaluation de l'efficacité des actions de RDR au plan international fera l'objet du premier chapitre.

Il sera complété, dans un deuxième point, par un bilan de la RDR en France : mise en œuvre des programmes et outils de RDR (Programmes d'échange de seringues (PES), Traitements de substitution aux opiacés (TSO), dépistage et traitement du VIH et des hépatites virales) y compris les réponses ou dispositifs nouveaux (Tests rapides d'orientation diagnostique (TROD), programme de distribution de la naloxone, dispositifs innovants de consommation à moindre risque), couverture et accessibilité des interventions, en particulier en prison et, enfin, conséquences du développement d'une politique de RDR en France (données épidémiologiques sur la mortalité et les maladies infectieuses). La dernière partie de ce travail se propose de faire émerger les principaux défis contemporains pour la poursuite de la réduction des dommages en France, en particulier concernant l'élargissement de ces politiques à d'autres produits et comportements.

1. Littérature internationale sur l'efficacité de la RDR

Cette partie repose notamment sur l'état des connaissances dressé par l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (EMCDDA www.emcdda.europa.eu/best-practice) sur les interventions validées en matière de politiques de réduction des risques. Il s'appuie sur les résultats issus des dernières méta-analyses, méta-synthèses et revues systématiques de la littérature².

1.1 Prévention de la mortalité et des risques liés à l'injection d'opiacés

Historiquement, la problématique qui a soulevé le plus grand intérêt au niveau international, parmi les chercheurs, est celle de l'impact des traitements ou des outils de RDR pour prévenir les maladies infectieuses dans les populations d'usagers d'opiacés pratiquant l'injection.

L'analyse de la littérature internationale montre que les **interventions les plus efficaces** face aux risques de transmission du VIH sont les TSO (Mattick *et al.* 2009) et la distribution d'aiguilles et de seringues stériles (Aspinall *et al.* 2014).

Les travaux de recherche internationaux (des études portant exclusivement sur la méthadone) ont montré que les TSO contribuent également de façon efficace à réduire la mortalité parmi les usagers de drogues injectables (UDI) d'opiacés (Bargagli *et al.* 2007), (Mattick *et al.* 2009), (Mathers *et al.* 2013) et à prévenir des comportements à risque liés à l'injection (Mattick *et al.* 2009), (Gowing *et al.* 2008), (WHO 2009).

² Les programmes ou outils n'ayant pas fait l'objet de méta-analyses, méta-synthèses ou de revues systématiques de littérature ne sont pas évoqués dans cette première partie.

Enfin, une récente revue de la littérature qui a porté sur 25 revues antérieures a mis en évidence l'efficacité des programmes d'échange de seringues (PES) pour réduire les pratiques à risque liées à l'injection, déclarées par les UDI (Macarthur *et al.* 2014).

Il existe par ailleurs dans la littérature, **des éléments de preuve moins robustes** sur l'efficacité de certains programmes ou pratiques³. Cependant, les chercheurs qui ont conduit ces recherches s'accordent pour conclure qu'il est probable que ces interventions soient efficaces.

Il s'agit de :

- La délivrance de TSO et PES menés en parallèle en vue de réduire les contaminations de VIH et de VHC (Turner *et al.* 2011) (méta-analyse portant sur 5 études observationnelles).
- Les salles de consommation à moindre risque (SCMR) pour réduire les comportements à risque liés à l'injection (Macarthur *et al.* 2014) (Potier *et al.* 2014) (N=7 études, 4 positives⁴, 3 absences d'association).
- La distribution de la naloxone associée à des interventions d'éducation sur son usage pour limiter le risque de surdose mortelle (EMCDDA 2015b) (revue systématique reposant sur 13 études dont une étude (N = 2 900 sujets, durée du suivi = 7 ans) qui a conclu à l'efficacité⁵ du programme et douze autres études qui ont montré des taux de survie élevés en cas de surdose).
- L'administration intranasale de naloxone lorsque l'injection n'est pas possible pour prévenir les surdoses mortelles (Robinson *et Wermeling* 2014) (N=2 études, positives).
- Les TSO pour réduire les transmissions de VHC (Macarthur *et al.* 2014) (N=12 études, 4 positives, 8 absences d'association).
- La démarche d'« *aller vers l'usager* » et l'éducation à l'usage à moindre risque pour modifier les pratiques à risque liées à l'injection (Macarthur *et al.* 2014) N=28 études, 18 positives, 10 absences d'association).

³ Les résultats des méta-analyses, des méta-synthèses et des revues synthétiques de la littérature ici présentés ont pu porter sur l'analyse des données issues des schémas d'étude différents (études contrôlées randomisées, études cliniques contrôlées, études observationnelles...). Ceci explique que les résultats ne soient pas restitués de façons identiques (absence ou non d'association, risque relatif...).

⁴ Lorsque les études n'ont pas trouvé de lien statistique entre les variables caractérisant l'intervention et celles décrivant son efficacité, il est indiqué « absence d'association ». Lorsque les résultats sont significatifs, il est entendu que, dans le cas d'une relation inverse entre les variables on se réfère à une association « négative » et, au cas contraire, à une association « positive ».

⁵ Cette conclusion repose sur des analyses des séries temporelles réalisées à partir de deux échantillons de sites différents selon le degré d'implantation du programme. Les analyses conduites ont montré que le risque relatif de surdose mortelle est inférieur dans le groupe de sites où le programme est mieux implanté (RR ajusté = 0,54 ; IC à 95% = 0,39-0,76 contre RR ajusté = 0,73 ; IC à 95% = 0,57-0,91).

- Les PES en pharmacie en vue de réduire les pratiques à risque liées à l'injection (Macarthur et al. 2014) (N=13 études, 8 positives, 2 négatives, 3 absences d'association).
- La distribution du petit matériel d'injection pour réduire les comportements à risque liés à l'injection (Macarthur et al. 2014) (N=15 études, 10 positives, 5 absences d'association).
- Les interventions de type « aller vers l'utilisateur » mises en œuvre dans des endroits « cachés » (comme par exemple, la mobilisation de pairs ou les PES dans des lieux spécifiques où il existe des pratiques d'injection à risque) ou dans des lieux dédiés (les SCMR par exemple) efficaces pour rentrer et rester en contact avec des usagers de drogues très marginalisés (McNeil et Small 2014), (méta-synthèse réalisée sur 21 études qualitatives).

Enfin, s'agissant **des interventions s'adressant aux UDI d'opiacés qui n'ont pas été validées**, les éléments disponibles dans la littérature sont insuffisants pour prouver que les TSO améliorent l'adhésion au traitement VHC ou qu'ils contribuent à de meilleurs résultats de ce dernier (Hellard *et al.* 2009), (European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) et EMCDDA 2011).

1.2 Prévention des risques spécifiques liés à l'injection de stimulants

Les UD qui s'injectent des stimulants encourent un niveau de risque supérieur à ceux pris par les consommateurs d'opiacés, notamment du fait d'une pratique d'injection plus fréquente et souvent compulsive (Santibanez *et al.* 2005), (Lankenau *et al.* 2004), (Tyndall *et al.* 2003), (Van Beek *et al.* 2001). Il s'avère ainsi que les programmes et les outils doivent répondre à cette spécificité en adaptant les modalités d'intervention et les outils eux-mêmes à ces pratiques d'injection (le nombre de piqûres quotidiennes supérieur chez les UDI de stimulants). Les travaux d'évaluation ciblant spécifiquement cette population d'usagers sont pourtant peu courants. Certaines modalités d'interventions (comme la délivrance de matériel d'injection stérile adapté ou des actions d'éducation pour des injections plus sûres dans le pli inguinal) demeurent rares, controversées et ne sont souvent ni soutenues, ni même autorisées. Les travaux de recherche sont par conséquent peu nombreux. À ce jour, une unique étude contrôlée randomisée (ECR) a porté sur des injecteurs de crack (Henskens *et al.* 2008). Elle a trouvé que les programmes de type « *aller vers l'utilisateur* » sont efficaces pour réduire les problèmes de santé mentale liés aux comportements à risque chez ces usagers.

La nécessité de réaliser un plus grand nombre de travaux de recherche sur les interventions ci-dessus est également pointée par les chercheurs du champ. Il s'agirait d'apporter des éléments de connaissance sur l'efficacité des interventions qui n'ont pas déjà fait l'objet d'évaluation :

- La distribution d'une large quantité de matériel d'injection stérile et de préservatifs spécifiquement pour des UDI de stimulants.




- La délivrance de kits d'injection adaptés aux pratiques individuelles de l'utilisateur en situation sociale de précarité (volume de la seringue adaptée aux produits injectés, conditions d'hygiène dégradées, injection « précipitée » dans la rue...).
- S'agissant des usagers moins précaires, la délivrance de matériel d'injection stérile et de petit matériel adaptés aux usagers injecteurs qui préparent et s'injectent leurs préparations au domicile (des champs stériles, des seringues différentes pour la préparation de la prise et pour son injection...).
- La diffusion d'information sur des techniques d'injection plus sûres, des conseils simples d'hygiène (se laver les mains, se couper les ongles), des conseils sur l'entretien des veines et le soin des blessures et enfin, la distribution de crèmes antibactériennes.

1.3 Prévention des risques liés à d'autres modes d'usage que l'injection

Les modes de consommation par inhalation ou sniff font encourir aux usagers de drogues des risques spécifiques (INSERM 2010c). Les études contrôlées randomisées (ECR) existantes sont plutôt abondantes, mais les revues de la littérature sont bien moins nombreuses. La plus récente a été réalisée par Fischer *et al.* en 2015 et porte sur une population d'usagers de cocaïne et de crack (Fischer *et al.* 2015). La durée de suivi limitée des études recensées dans cette revue de la littérature ainsi que leur hétérogénéité ont amené les auteurs à ne pas conclure formellement sur les résultats d'évaluation recueillis. De nouveaux travaux de recherche s'avèrent nécessaires, notamment sur l'efficacité des approches comportementales pour réduire les comportements à risque de transmission de VIH, telles les interventions de RDR « boule de neige » via les pairs (telles que "Each One Teach One"), les actions d'éducation à l'usage à moindre risque ou les programmes standard de prévention du VIH, ou encore pour réfuter ou confirmer les premiers résultats des travaux déjà menés sur l'efficacité de la délivrance du petit matériel pour fumer du crack et sur la prévention des problèmes de santé et des surdoses.

Tableau 1 : Synthèse des résultats d'évaluation internationale des outils de RDR

Champs évalués	Résultats évalués	Outils évalués	Injection					TSO	PES + TSO	Naloxone		"Aller vers"	Education à la consommation à moindre (autre que injection)
			PES	PES en pharmacie	Distribution du petit matériel	SCMR	Education à l'injection à moindre risque			Education à la prise de la naloxone	Naloxone intranasale		
Résultats	Décès												
	Contamination VIH												
	Contamination VHC												
	Problèmes de santé mentale lié aux comportements à risques											Crack	
	Nuisances urbaines												
Modification comportements (facteurs de risque)	Comportements à risque liés à l'injection												
	Comportements de consommation à risque autre que injection												
	Adhésion au traitement VHC												
	Résultats du traitement VHC												
Moyens	Contacts établis												

	Efficacité solidement démontrée
	Probablement efficaces
	Preuves insuffisantes

Source : Données EMCDDA, synthèse OFDT

1.4 Prévention des risques en milieu festif

En milieu festif, la consommation de substances psychoactives, licites ou illicites et le phénomène des polyconsommations peuvent entraîner des risques spécifiques (INSERM 2010e). La littérature internationale s'est surtout intéressée à l'efficacité des interventions pour prévenir les intoxications, les blessures et les accidents routiers liés à l'alcool. Ainsi, les travaux de recherche ont montré que les campagnes de communication sont efficaces pour réduire les accidents routiers liés à l'alcool dans un contexte festif (Calafat 2010), (Calafat et al. 2009), (Faggiano et Vigna-Taglianti 2008), (Tay 2005) ainsi que les interventions dédiées à la prévention de l'alcool au volant tel quel le service de transport gratuit après consommation (« Drink-driving service ») (Ker et Chinnock 2008) pour prévenir les blessures et les accidents mortels. Par ailleurs, la littérature s'accorde sur l'efficacité des interventions de sensibilisation et de formation à la vente et à la distribution responsable de boissons alcoolisées (« Responsible Beverage Service ») dans le cadre des approches multi-stratégiques basées sur la mobilisation communautaire (mobilisation collective des différents publics et acteurs impliqués dans la vente et la consommation d'alcool) pour réduire les consommations d'alcool et éviter les états d'alcoolisation aiguë (Jones *et al.* 2011), (Bolier *et al.* 2011).

L'efficacité des actions de prévention des risques en milieu festif ciblant les substances illicites est bien moins documentée que celle des interventions en matière d'alcool. L'EMCDDA recense actuellement deux revues de la littérature qui examinent la question de

l'efficacité des interventions en milieu festif (Bolier *et al.* 2011 ; Calafat *et al.* 2009). La revue de la littérature la plus récente fait état de seulement deux évaluations sur l'efficacité de ces interventions (Gripenberg *et al.* 2007 ; Whittingham *et al.* 2009). Les experts s'accordent par conséquent pour affirmer que les travaux d'évaluation sont en nombre et de qualité insuffisants (EMCDDA *et al.* 2012b). Afin d'améliorer la connaissance des évaluations d'efficacité existantes, la Commission européenne finance le projet « The Healthy Nightlife Toolbox »⁶ qui vise à développer un site internet recensant les recherches disponibles sur l'efficacité des actions ciblant les usages récréatifs de substances illicites.

Les études réalisées n'ont pas montré de résultats positifs en faveur de l'efficacité des actions suivantes :

- La seule délivrance d'informations (hors campagnes de communication) pour prévenir les problèmes liés aux drogues illicites et à l'alcool (Calafat *et al.* 2009 ; EMCDDA *et al.* 2012b ; Paglia *et al.* 1999).
- Les interventions d'éducation à la consommation à moindre risque dans les espaces festifs pour influencer les attitudes et les comportements de consommation de drogues illicites (ecstasy et GHB) (Bolier *et al.* 2011).



Toutefois, des résultats prometteurs ont été rapportés dans le cadre d'une étude suédoise qui s'adressait aux responsables des établissements nocturnes, au personnel en contact avec les clients et en particulier aux portiers de discothèque et d'établissements festifs (Gripenberg *et al.* 2007).

Compte tenu du faible nombre d'études menées et de leur « design » non expérimental (des études non randomisées et non contrôlées), les conclusions sont à interpréter avec une certaine précaution. De nouvelles évaluations devraient permettre d'apporter de nouveaux éléments de preuve.

Tableau 2 : Synthèse des résultats d'évaluation internationale des outils de RDR pour le contexte festif

⁶ <http://euspr.org/healthy-nightlife-toolbox/> [accédé le 11/04/2016].

Champs évalués	Festif Outils évalués	Campagne de prévention (campagnes de communication)	Service de transport gratuit après consommation	Sensibilisation locale / Formation à la vente et distribution d'alcool / Bonne application de l'interdiction de vente : Approche multi-stratégique et communautaire	Simple délivrance d'information sur place	Interventions à vocation éducative sur place
Résultats	Réduction de l'accidentologie routière liée à l'alcool (blessures, admissions hospitalières, accidents mortels)					
	Diminution des consommations d'alcool et des ivresses					
	Réduction des infractions violentes liées aux consommations					
	Hausse de refus de vente de boissons alcoolisées à des mineurs					
	Réduction des pb sanitaires liés à la consommation d'alcool et aux drogues illicites					
Modification des attitudes et comportements	Comportements à risque liés à la consommation d'alcool, GHB et ecstasy					

 Efficacité solidement démontrée
 Inefficacité solidement démontrée

Source : Données EMCDDA, synthèse OFDT

1.5 Prévention de la mortalité, des risques infectieux et de la comorbidité en prison

La prison est un lieu à haut risque infectieux où la population présente également un état de santé précaire et des troubles psychiatriques majeurs (INSERM 2010d). En milieu carcéral, les études d'évaluation ont porté principalement sur l'efficacité des TSO et des PES sur la prévention de la réduction de la mortalité parmi les détenus et des comportements à risque liés à l'injection. La littérature s'est également intéressée aux effets des interventions psychosociales pour réduire les risques liés aux réincarcérations chez les personnes en détention, consommatrices de drogues. Il existe également une abondante littérature sur la prise en charge de la population carcérale au sein des communautés thérapeutiques en milieu fermé en vue de prévenir la rechute et la réincarcération.

Il ressort de la littérature selon une étude de cohorte qui a suivi presque 17 000 détenus pendant plus de dix ans que les TSO sont un facteur de protection face à la mortalité parmi les usagers de drogues d'opiacés incarcérés pendant leur séjour en prison, mais aussi pendant les quatre premières semaines après l'incarcération (Larney *et al.* 2014). En outre, les interventions psychosociales menées en prison auprès des femmes détenues sont pointées dans le cadre d'une récente revue systématique de la littérature, comme des actions efficaces pour réduire le risque de réincarcération par rapport à la prise en charge dans le cadre de traitements pharmacologiques (Perry *et al.* 2015). La supériorité de la naltrexone⁷ par rapport aux traitements non pharmacologiques (« counseling », entretien motivationnel...) pour réduire le risque de réincarcération a été démontrée à un niveau de preuve suffisant (Perry *et al.* 2015). Par ailleurs, la littérature s'accorde sur l'efficacité de la

⁷ Antagoniste des opiacés.

prise en charge en communauté thérapeutique pour réduire le risque de rechute et de réincarcération (Galassi *et al.* 2015). La continuité de la prise en charge des UD à la sortie dans le cadre des traitements pour réduire le risque de mortalité parmi ces populations a été également prouvée avec un niveau de preuve suffisant (Degenhardt *et al.* 2014).

En revanche, les chercheurs s'accordent pour affirmer **qu'il n'y a pas d'éléments suffisants**⁸ dans la littérature sur l'efficacité des interventions ou dispositifs suivants. **L'inefficacité de ces réponses n'a pas été pour autant démontrée :**



- Les TSO pour réduire le risque de transmission de VIH et de VHC en prison (Gowing *et al.* 2008) (revue systématique de la littérature). Une autre revue systématique plus récente conclut toutefois que les TSO sont fort probablement efficaces pour réduire les comportements à risque liés à l'injection en prison (Hedrich *et al.* 2012).
- Les PES pour réduire le risque de transmission de VIH et de VHC et les pratiques à risque liées à l'injection en prison (Dolan *et al.* 2005), (Stöver et Nelles 2003).
- Les approches psychosociales auprès des femmes détenues pour réduire les consommations et le risque de récurrence, comparées aux traitements pharmacologiques (Perry *et al.* 2015).
- La prise en charge en communauté thérapeutique pour réduire le risque d'interpellation (Galassi *et al.* 2015).

Par ailleurs, la supériorité des traitements pharmacologiques (buprénorphine haut dosage - BHD, méthadone et naltrexone) par rapport aux approches psycho-sociales (« counseling », entretien motivationnel...) pour réduire la consommation de substances psychoactives ou faire diminuer la récurrence parmi la population carcérale (risque d'interpellation et de réincarcération (Perry *et al.* 2015) n'a pas été démontrée.

⁸ Il faut entendre par ceci que l'ensemble des études examinées dans le cadre des méta-analyses, des méta-synthèses ou des revues de la littérature ici présentées n'ont pas toutes montré des résultats positifs ou qu'elles sont en nombre, durée de suivi ou qualité insuffisants.

Tableau 3 : Synthèse des résultats des évaluations internationale des outils de RDR pour le milieu carcéral

Champs évalués	Résultats évalués Outils évalués	TSO	Supériorité des interventions : les approches psychosociales comparées aux traitements pharmacologiques	PES	Communautés thérapeutiques	Continuité de la prise en charge à la sortie	
Résultats	Réduction de la mortalité en prison						
	Réduction de la mortalité à la sortie						
	Diminution des consommations illicites en prison ou rechute						
	Risque de réincarcération			Les approches psychosociales s'avèrent plus efficaces que les traitements pharmacologiques parmi la population incarcérée féminine			
				Naltrexone s'avère plus efficace que les approches psychosociales			
	Risque de récidive						
	Risque de transmission de VIH						
	Risque de transmission de VHC						
Pb de santé liés à l'injection							
Modification comportements	Comportements à risque lors de l'injection						

 Efficacité solidement démontrée ou efficacité fort probable
 Preuves insuffisantes (conclusions tirées en absence de méta-analyse ou dans le cadre des "synthèses narratives")

Source : Données EMCDDA, synthèse OFDT

1.6 De l'évaluation à la mise en œuvre d'actions

Si chaque intervention de RDR est évaluée le plus souvent de façon individuelle, l'OMS préconise dans ses recommandations un ensemble complet de mesures. Les actions mises en avant sont celles ayant le plus grand impact en terme de prévention ou de RDR et celles étayées par des preuves scientifiques. Les recommandations émises ces dernières années dans le champ de la RDR par l'OMS combinant plusieurs actions ont porté sur les interventions relatives au VIH parmi les usagers de drogues injecteurs (WHO Regional Office for South-East Asia *et al.* 2009), notamment chez les jeunes (WHO 2015), ou en prison (WHO *et al.* 2007), le dépistage, les soins et le traitement des personnes infectées par le virus de l'hépatite C (WHO 2014b) et la réduction de l'usage nocif de l'alcool (OMS 2010).

Malgré un niveau de preuves scientifiques très faible, des recommandations fortes fondées sur un accord d'experts peuvent néanmoins être émises en raison d'autres facteurs comme le rapport bénéfices-risques et le rapport coût-efficacité. Ainsi, l'OMS a formulé des recommandations fortes sur les programmes de distribution de naloxone auprès des usagers de drogues et de leur entourage (WHO 2014a) en dépit d'un faible niveau d'évidence scientifique.

2 La RDR en France : mise en œuvre et accessibilité

Le dispositif de RDR en France comprend diverses structures et acteurs assurant des missions de prévention auprès des populations d'UD à haut risque⁹. Le cadre réglementaire en vigueur confie la mise en œuvre de ces activités aux dispositifs suivants : le dispositif officinal, la médecine de ville, le dispositif médico-social spécialisé constitué par les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) en complémentarité avec les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), ainsi que des acteurs associatifs en dehors du champ médico-social et des dispositifs municipaux.

Le dispositif institutionnel de RDR repose principalement sur des activités de prévention visant la diffusion de matériel (matériel d'injection stérile mais aussi d'autres outils de prévention de la transmission de maladies infectieuses, tels que le matériel pour fumer ou inhaler la cocaïne, le crack ou l'héroïne ou encore, le matériel de prévention des maladies sexuellement transmissibles ou de prévention des accidents routiers). D'autre part, le dispositif de RDR s'appuie sur les activités visant l'accès au dépistage des maladies infectieuses et aux traitements (TSO, traitement des hépatites virales) et de promotion de l'éducation à la santé. Enfin, il comprend des actions de première urgence, d'accès aux soins, aux droits, au logement et à l'insertion sociale et professionnelle (INSERM 2010a). Cette partie est consacrée aux données d'activité les plus récentes relatives aux dispositifs de RDR à l'échelle nationale, dans l'ordre chronologique de leur apparition et en terminant par un bilan de la RDR en milieu pénitentiaire.

Une part de ces dispositifs n'a pas bénéficié d'évaluations qui permettraient une reconnaissance de leur efficacité au plan international. En outre, sur le territoire national, si la politique de RDR a incontestablement montré des résultats positifs, en particulier sur les décès et les contaminations virales, il est difficile de déterminer la responsabilité précise de chaque élément mis en œuvre. C'est pourquoi, les résultats les plus facilement mesurables de la RDR en France, la prévalence des hépatites et de l'infection à VIH et les décès liés à l'usage de drogues seront traités séparément dans une deuxième partie.

2.1 PES et distribution du matériel d'injection

Les PES sont disponibles dans tous les pays membres de l'Union européenne. L'Allemagne et les Pays-Bas ont été les premiers à les introduire en 1984, tandis que Chypre est le dernier pays à avoir mis en place les PES en 2007. En France, une libéralisation de l'accès aux seringues en pharmacie s'amorce dès 1987, suivie au début des années 1990 par l'ouverture de PES et de boutiques pour les usagers de drogues. Vingt ans après cette période de libéralisation, de nouveaux enjeux ont émergé pour améliorer son efficacité : assurer l'accès au matériel à une population qui s'est dispersée et réinterroger l'adaptation du matériel à des pratiques et des risques qui ont également évolué (VHC hautement contaminant et plus résistant que le VIH dans le milieu extérieur, substances nécessitant des grosses seringues...)

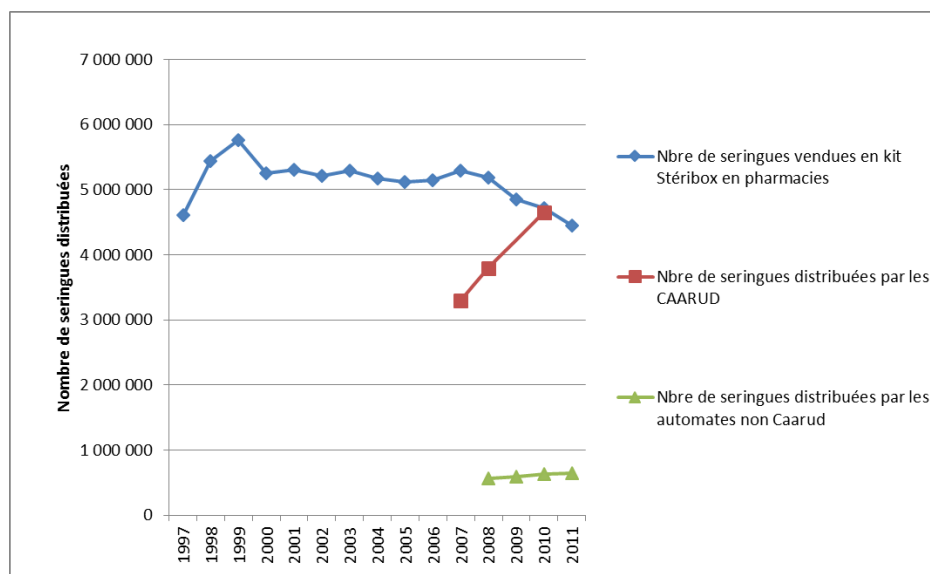
⁹ Pour en savoir plus, les missions confiées au dispositif de « RDR » en France sont détaillées dans le chapitre Ier du titre II du livre Ier de la troisième partie du code de la santé publique (Art. L. 3121-4. – II).

Diffuser le matériel

En 2008, en rassemblant les différentes sources d'information, on a pu estimer que près de 14 millions de seringues avaient été vendues ou distribuées aux usagers de drogues en France (y compris les seringues vendues à l'unité en pharmacie). Rapportée au nombre d'UD utilisant la voie injectable (80 000 utilisateurs injecteurs récents), cette donnée produit un ratio d'environ 170 seringues par an et par usager (Costes *et al.* 2009). Cet ordre de grandeur, indiquait néanmoins une assez grande accessibilité des seringues en France pour les usagers de drogues pratiquant l'injection. Cependant, il n'est pas possible de confronter cette donnée à une estimation des besoins qui fait encore défaut.

Depuis 2008, aucune estimation complète du nombre de seringues vendues ou distribuées n'a pu être réalisée, notamment parce que le nombre de seringues vendues à l'unité en pharmacie à destination des usagers de drogues est difficile à évaluer. Certaines données sont néanmoins disponibles (Figure 1). Ainsi, en officine, la vente de Stéribox 2[®] (trousses contenant du matériel d'injection stérile) apparaît en baisse depuis 2008 avec 2,2 millions de kits Stéribox 2[®] vendus en 2011, ce qui correspond à 4,5 millions de seringues (2 seringues par kit). Les CAARUD ont distribué en 2010 près de 4,7 millions de seringues (à l'unité ou dans des trousses données en mains propres, via des automates ou des PES en pharmacie), chiffre en augmentation par rapport à 2008. Le dispositif d'automates hors CAARUD a permis la distribution de 600 000 seringues en 2011 d'après les données de l'association Safe, chiffre stable par rapport à 2008.

Figure 1. Evolution du nombre de seringues distribuées aux usagers de drogues de 1997 à 2011 (hors seringues vendues à l'unité en pharmacie)



Sources : Siamois (InVS), rapport d'activité des CAARUD (ASA-CAARUD, OFDT), Safe.

À la suite d'une forte augmentation jusqu'à la fin des années 1990, les ventes de seringues aux usagers de drogues en pharmacie ont sensiblement diminué (dernière estimation complète en 2008). Cette baisse n'a été que partiellement compensée par l'augmentation de

la diffusion du matériel d'injection par les CAARUD. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer cette baisse dans un contexte où le développement de l'injection de stimulants aurait pu, au contraire, entraîner un accroissement de ce nombre.

La première est la baisse du nombre d'injections, liée au fait que les nouveaux usagers de drogues utilisent moins cette voie, au profit du sniff et ou de la voie fumée. Ces modes d'absorption alternatifs sont très largement prédominants chez les usagers entrés en contact avec les produits via le milieu festif et ont été adoptés par ailleurs par une part des usagers précaires.

Une autre explication peut être l'abandon des usagers de drogues de l'usage intraveineux du fait de la diffusion de la substitution ou, pour certains, une diminution de la fréquence des injections, celles-ci n'étant plus utilisées que de manière occasionnelle. En effet, si l'on a observé un accroissement du nombre d'usagers de drogues entre 1999 et 2005, la part des injecteurs semble être globalement décroissante, à l'exception de certains groupes spécifiques (Bello *et al.* 2010 ; Cadet-Taïrou *et al.* 2010).

Enfin, la reprise des comportements de partage et de réutilisation des seringues, qui a été observée chez certains usagers de drogues, notamment les plus précaires peut aussi expliquer une partie de la baisse du nombre de seringues diffusées. De même, la diffusion des consommations de produits vers les zones périurbaines et rurales, tant par déplacement des usagers que par l'entrée dans l'usage de nouveaux consommateurs en zone rurale ou dans les petites agglomérations de province a élargi le public ayant des difficultés d'accès au matériel. Les CAARUD ou CSAPA peuvent en effet, dans certains départements, se trouver très éloignés des usagers et l'accès au matériel en pharmacie pose encore souvent question.

En l'état actuel des données disponibles, il apparaît difficile de déterminer quelle est la part de chacune de ces raisons.

Améliorer l'accès au matériel d'injection

L'accès difficile au matériel stérile d'injection pour certaines populations d'usagers de drogues a conduit à un renouvellement de la réflexion sur ses modes de distribution. Ainsi, l'association Safe a débuté l'expérimentation d'un programme alternatif d'accès au matériel de consommation par voie postale en 2011. L'utilisateur prend contact par téléphone ou mail avec l'association et une évaluation de sa consommation et de ses besoins est faite, en s'assurant qu'il est suivi par un professionnel. Le PES par voie postale propose gratuitement un envoi personnalisé de matériels de consommation. Un message de prévention est délivré, avec une orientation vers un CAARUD ou un CSAPA quand cela est désiré ou possible. En 2014, le PES postal compte dans sa file active 300 usagers de drogues et 177 000 seringues ont été expédiées. Les motivations des usagers sont structurelles (éloignement géographique, horaires inadaptés, besoin de matériel spécifique - filtre toupie, acide ascorbique - non disponible en CAARUD) ou personnelles (recherche d'anonymat, difficulté pour l'utilisateur d'évoquer en CSAPA le fait qu'il s'injecte son médicament de substitution) (Duplessy et Pourchon 2015). De son côté, la DGS s'est engagée depuis 2011

dans une valorisation des PES PEMI¹⁰ en pharmacie, en finançant notamment des actions de communication et l'échange de pratique autour de ces programmes¹¹.

La mise en œuvre par les CAARUD d'antennes et d'équipes mobiles a également constitué un élément de « l'aller vers ». Si aucune étude évaluative ne vient valider l'impact positif de ces démarches en France, d'autres programmes s'inscrivant dans ce courant sont considérés comme « probablement efficaces » pour réduire les comportements à risque lors de l'injection (McNeil *et al.* 2014).

Améliorer la composition des kits d'injection

La composition des kits d'injection, introduits à titre expérimental en 1992 et disponibles en pharmacie dès 1994, n'a pas changé depuis 1999. Dans le cadre de l'enquête Coquelicot 2011, une évaluation des outils de RDR (kits d'injection) a été réalisée, suivie de recommandations visant à faire évoluer le contenu de ces kits (Jauffret-Roustide *et al.* 2013a) :

- remplacer les tampons d'alcool, souvent mal utilisés (car en post-injection), par une lingette de chlorhexidine plus efficace dans la lutte contre le VHC et permettant de se laver les mains ;
- ajouter un champ de soin ainsi qu'une nouvelle cupule avec manche pré-monté (pour éviter les manipulations lors de la fixation du manchon) ;
- intégrer des filtres toupie (à membrane), plus performants contre les poussières et plus efficaces pour réduire les contaminations bactériologiques et fongiques ;
- proposer un kit avec des seringues de 2 cm³ (pour les injecteurs de médicaments) en plus des kits avec des seringues de 1 cm³ ;
- augmenter la taille du tampon sec ;
- revoir et clarifier les messages de réduction des risques ;
- ne plus inclure de préservatifs dans les kits et privilégier plutôt leur distribution large (à la demande) via les structures de réductions des risques ;
- ne pas inclure l'acide ascorbique au kit, mais le distribuer à la demande.

Suite à ces recommandations, deux nouveaux kits d'injection, les Kits Exper' 1 ml et 2 ml ont été conçus à l'initiative des pouvoirs publics. Réunissant les outils recommandés, ils sont en cours d'expérimentation dans cinq dispositifs de réduction des risques choisis pour la variété des profils d'usagers auxquels ils permettent d'accéder. Une évaluation de leur acceptabilité par les usagers apportera prochainement des éclairages (Milhet 2016 (à paraître)).

2.2 Déploiement des TSO en France

Apparus dès la fin des années 1960 dans des pays comme le Royaume-Uni, les Pays-Bas ou le Danemark, les TSO ont été introduits tardivement en France (en 1995-1996). Aujourd'hui, la France se situe parmi les pays européens ayant le plus grand nombre de patients en TSO rapporté à sa population. Reposant sur un accès large et facilité à la BHD, le modèle français de substitution (Poloméni et Schwan 2014), (Robinet 2012) assure, en

¹⁰ Programmes d'échanges de matériel d'injection.

¹¹ Voir les différentes actions menées dans ce domaine par le Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions (RESPADD) depuis 2011.

second recours ou pour les usagers plus précaires, une entrée vers la méthadone. La France se distingue ainsi des autres pays européens par le fait que la BHD est le principal médicament de substitution aux opiacés (MSO), comme en Grèce, en République tchèque, à Chypre et en Finlande. Ailleurs en Europe, la méthadone est le MSO le plus courant, à l'exception de l'Autriche où la morphine à libération prolongée domine. Au total, les TSO sont disponibles dans tous les pays membres de l'Union européenne et près des trois quarts des patients en traitement de substitution reçoivent de la méthadone.

Le système français permet aussi par le développement des réseaux et des pratiques de relais, entre le milieu spécialisé et la médecine de ville, une certaine fluidité dans le parcours des usagers.

En vingt ans, les TSO associés à d'autres mesures de réduction des risques ont contribué à la réduction des décès par surdose d'opiacés, au contrôle de l'épidémie de VIH-sida parmi les usagers de drogues par voie injectable et plus généralement à l'amélioration de l'état de santé et des conditions de vie des personnes dépendantes aux opiacés. Parmi les écueils apparus avec la mise en place des TSO en France figurent l'injection de la BHD et la primo consommation de MSO (consommer des MSO en amont des opiacés, voire des stimulants), notamment en lien avec la vente de rue des MSO. Si le bilan français apparaît largement positif par son accès large et facilité à la BHD avec notamment un nombre de décès par surdose moindre que dans les pays voisins comme le Royaume-Uni ou l'Allemagne qui utilisent presque exclusivement la méthadone comme TSO, un certain niveau de mésusage semble en constituer le revers négatif : injection par les usagers ne pouvant renoncer à cette pratique, marché noir ou encore usage en remplacement d'opiacés illicites. La politique de contrôle de l'Assurance maladie et le rééquilibrage en faveur de la méthadone sont les réponses apportées pour tenter de corriger les défauts du système français et d'améliorer la situation et la santé des usagers dépendants aux opiacés.

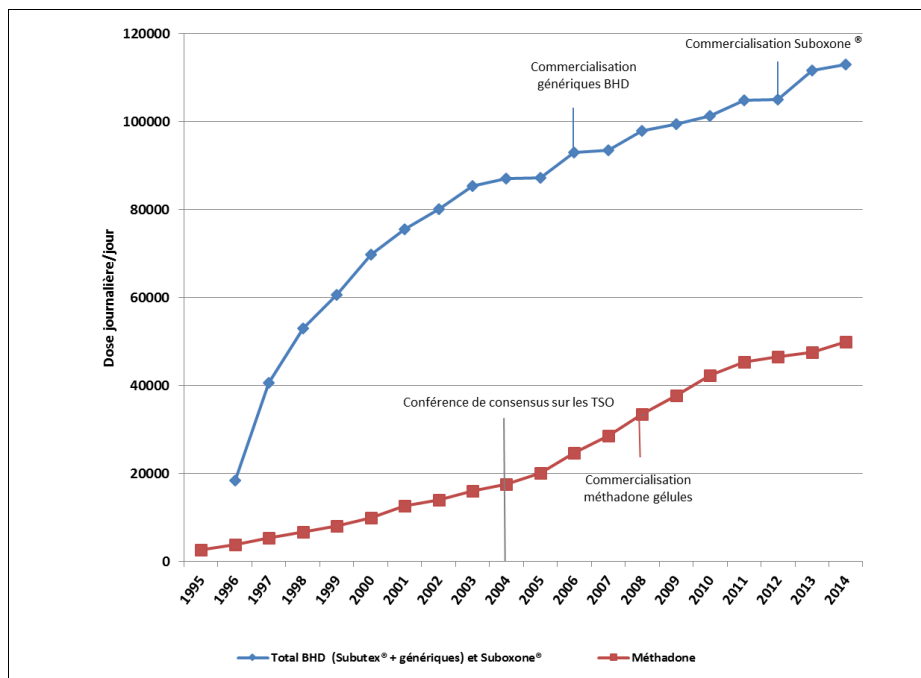
D'après les données de la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM-TS) issues de l'Échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB), 147 000 personnes ont bénéficié de remboursements pour un TSO en médecine de ville en 2014. Le nombre de bénéficiaires d'un TSO, qui n'avait cessé d'augmenter depuis leur introduction en 1995, a amorcé une stabilisation depuis 2013 avec un arrêt de la croissance du nombre de bénéficiaires de BHD (Brisacier et Collin 2014). Plus précisément, en 2014, 99 000 personnes ont eu des remboursements de BHD (Subutex® ou génériques), 49 000 des remboursements de méthadone et 6 500 des remboursements de BHD en association avec la naloxone (Suboxone®). La prédominance de la BHD, représentant 69 % de l'ensemble, reste encore très nette. De plus, 20 000 patients ont eu une dispensation de méthadone en CSAPA en 2010 (Palle et Rattanatray 2013). Au total, en rassemblant les différentes sources de données, on peut estimer le nombre de patients ayant eu une prescription de TSO en 2014 à environ 160 000.

La part de la méthadone continue d'augmenter, conformément aux recommandations de la Conférence de consensus sur les traitements de substitution (FFA et ANAES 2005). La mise sur le marché de la forme gélule en 2008 y a contribué. Parmi les 49 000 personnes ayant bénéficié d'un remboursement de méthadone en 2014, pour la première fois, la forme sirop n'est plus prédominante, même si elle reste très prescrite (de façon exclusive à 42 % des bénéficiaires d'un remboursement de méthadone versus 47 % pour la forme gélule). Par ailleurs, 11 % des bénéficiaires ont été remboursés des 2 formes (données EGB, CNAM-TS). En 2014, la forme sirop représente 48 % (contre 55 % en 2013) de la méthadone

vendue (en poids) et la forme gélule 52 % (contre 45 % en 2013). De plus, 78 % des quantités sont délivrées en ville, tandis que 22 % le sont en CSAPA ou en hôpital (données de vente du laboratoire Bouchara-Recordati).

La figure 2 présente la consommation de BHD (dont Suboxone®) et de méthadone en France depuis 1995. L'évolution des quantités de MSO remboursées poursuit sa croissance en 2013 et 2014, malgré la stabilisation du nombre de bénéficiaires. Ces données proviennent des chiffres de vente et de remboursements, en partant de l'hypothèse d'une posologie moyenne prescrite de 8 mg par jour pour la BHD (dont Suboxone®) et de 60 mg par jour pour la méthadone. En 2014, les quantités de BHD vendues (en poids) se répartissent entre le Subutex® pour 73 %, les génériques pour 23 % et le Suboxone® pour 4 %. Le taux de pénétration des génériques (en nombre de boîtes) se stabilise à 34 % en 2014, après une augmentation régulière depuis l'introduction des génériques en 2006 jusqu'en 2013 (Assurance Maladie 2015).

Figure 2. Quantités de BHD et de méthadone consommés de 1995 à 2014



Les quantités de BHD et de méthadone vendues sont exprimées en nombre de doses journalières par jour. La dose journalière est de 8 mg pour la BHD et de 60 mg pour la méthadone et correspond à la posologie moyenne d'entretien recommandée.

Sources : Données de vente Siamois (InVS) jusqu'en 2011 puis Medic'AM (CNAM-TS), données de vente du laboratoire Bouchara-Recordati, exploitation OFDT. Ces données couvrent l'ensemble des quantités délivrées, que ce soit en pharmacie, à l'hôpital ou en CSAPA.

L'initiation d'un traitement à la méthadone ne peut être réalisée en France que par un médecin exerçant dans un CSAPA ou à l'hôpital. Cette restriction a cependant fait l'objet de

débats et les pouvoirs publics se sont interrogés sur les avantages et les inconvénients qu'il y aurait de permettre l'initiation d'un traitement à la méthadone par les médecins de ville. Les résultats de l'étude publiés en novembre 2014 sont venus conforter les partisans de l'extension de l'initiation des traitements à la méthadone à la médecine de ville. Dans l'étude randomisée Méthaville (Carrieri *et al.* 2014), des personnes dépendantes aux opiacés et souhaitant bénéficier d'un traitement par méthadone ont été réparties en deux groupes de façon aléatoire : dans le premier (155 personnes), le traitement a été initié par un médecin généraliste en ville et dans le second (66 personnes), l'initiation s'est déroulée dans le cadre d'un CSAPA. La comparaison entre les deux groupes fait apparaître au bout d'un an des résultats similaires pour les deux groupes en ce qui concerne l'abstinence aux opioïdes et la rétention dans le traitement, et une meilleure satisfaction des patients pris en charge en médecine de ville. Les auteurs de l'étude soulignent cependant que ce résultat est conditionné par le volontariat des médecins de ville, par l'accès à une formation spécifique à la prescription de méthadone et à la collaboration avec un CSAPA et un pharmacien de référence. Le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 (MILDT 2013) prévoit la mise en place de la primo-prescription de méthadone en médecine de ville (action 39 du plan d'actions 2016-2017, voir également page 36 du Plan gouvernemental 2013-2017, partie relative à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients sous TSO).

D'autres outils visant l'élargissement des options thérapeutiques disponibles pour substituer les opiacés font actuellement l'objet de discussions. Ils sont destinés en particulier à des usagers en échec avec les traitements actuels, qui ne peuvent notamment abandonner la pratique de l'injection ou la recherche d'une sensation à la prise du produit. Il s'agit de l'autorisation d'utiliser le sulfate de morphine comme MSO selon des modalités moins étroites et ambiguës que les conditions actuelles¹², de la disponibilité d'un traitement de substitution injectable pouvant éventuellement prendre la forme d'un programme d'héroïne médicalisée¹³.

Au plan international, les études menées autour de la prescription de sulfate de morphine à libération prolongée en tant que TSO n'apportent pas d'éléments de preuve de l'efficacité de cette option, faute de méthodologies suffisamment solides (Eder *et al.* 2005 ; Jegu *et al.* 2011 ; Kraigher *et al.* 2005). En revanche les évaluations des dispositifs de soins par héroïne médicalisée à destination des patients en échec avec les autres MSO montre une amélioration des usagers sur les dimension sanitaires et sociales et notamment un diminution des activités criminelles et une baisse du recours à l'héroïne de rue (EMCDDA *et al.* 2012a ; National Treatment Agency 2003).

¹² Le sulfate de morphine est théoriquement utilisable dans le cas de la circulaire Girard du 27 juin 1996, émanant de la DGS, qui autorise la prescription de Sulfate de morphine après accord du médecin Conseil de la CPAM, en cas d'échec des traitements de substitution ayant une AMM (BHD, méthadone) ou en cas de contre-indications de ceux-ci. Ce texte réglementaire reste néanmoins peu connu.

¹³ Il existe peu d'études d'efficacité sur les traitements en deuxième intention.

Pour le sulfate de morphine per os, voir :

http://www.ths-biarritz.com/wp-content/uploads/2011/12/jeudi_pleniere1_PM_lapeyre.pdf.

Pour l'héroïne injectable supervisée, voir :

http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/690/Heroin_Insight_335259.pdf

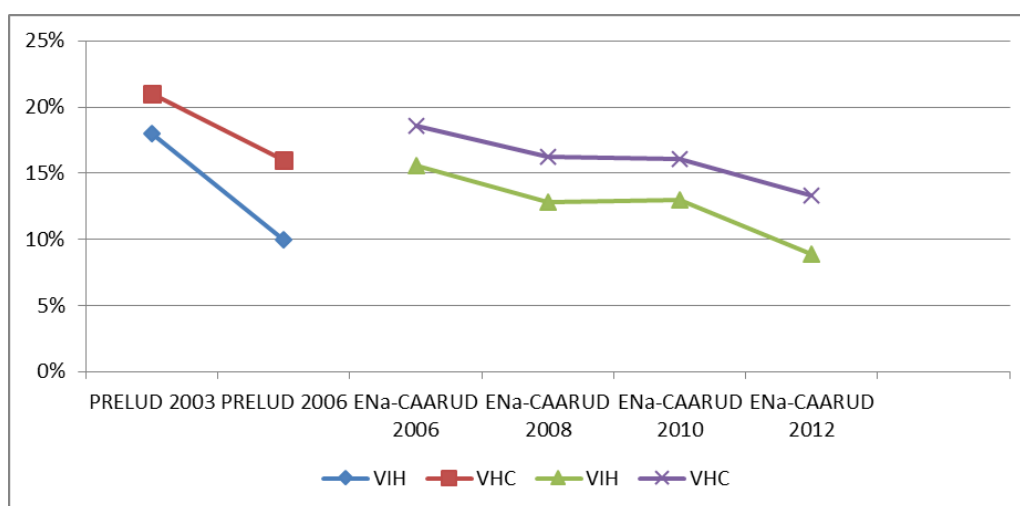
2.3 Accès au dépistage et au traitement des hépatites et du VIH

Par le biais de la diminution de la prévalence virale dans les populations à risque, le traitement des hépatites B et C ainsi que celui de l'infection au virus du sida et le dépistage préalable qui peut mener au traitement, constituent des mesures de RDR. En outre, le dépistage peut également jouer le rôle de sensibilisation au risque (INSERM 2010b).

Niveaux de dépistage des usagers de drogues en France

L'étude ENa-CAARUD montre qu'en 2012 une grande majorité des usagers fréquentant ces structures a déjà pratiqué un dépistage pour l'infection à VIH et l'infection à VHC au moins une fois (respectivement 91 % et 87 %). Cependant, parmi les personnes qui ont déjà pratiqué l'injection au moins une fois dans leur vie, 6 % n'ont jamais été dépistés pour l'infection à VIH et 8 % pour l'infection au VHC (Cadet-Tairou *et al.* 2015).

Figure 3. Part des usagers des CAARUD n'ayant jamais pratiqué de tests de dépistage pour le VIH et le VHC



Sources : Première ligne 2003 (OFDT), PRELUD 2006 (OFDT), ENa-CAARUD (OFDT)

La part des usagers des CAARUD n'ayant jamais pratiqué de dépistage a diminué entre 2006 et 2012. Cependant, si les conduites à risque persistent, ces dépistages sont rapidement obsolètes. Or, pour plus de la moitié de ceux qui ont reçu un résultat négatif, celui-ci date d'au moins 6 mois. Cette part régresse depuis 2008 pour le VIH (59 % à 52 % entre 2008 et 2012) et le VHC (57 % à 53 %).

La mise en œuvre des dépistages continue donc de monter en charge progressivement. Pour faciliter la réalisation régulière de ces tests chez les UD et en faciliter l'accès aux plus éloignés du système de RDR ou de soins, la France s'engage actuellement dans le développement des Tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) (voir infra).

Il s'avère actuellement difficile d'estimer l'évolution de la couverture vaccinale des UD pour l'hépatite B. Des questions concernant leur statut par rapport à l'hépatite B ont été posées aux usagers dans l'étude ENa-CAARUD 2010. Elles montrent une méconnaissance de leur

statut sérologique de la part des usagers. En 2012, 12 % des usagers déclarent avoir déjà été infectés par l'hépatite B, 74 % ne pas l'avoir été et 13 % ne pas savoir. Parmi les usagers déclarant ne pas avoir déjà été infectés ou ne sachant pas, 57 % se disent vaccinés contre l'hépatite B, 24 % déclarent ne pas l'être et 19 % ne pas savoir. Toutefois, seuls 44 % des usagers se déclarant vaccinés le sont totalement (3 injections), un tiers a débuté une vaccination (1 à 2 injections, 32 %) et 24 % ignorent le nombre d'injections pratiquées (Cadet-Taïrou *et al.* 2015).

Accès au traitement

Les données recueillies en 2012 auprès des usagers des CAARUD montrent que la majorité des usagers se déclarant infectés par le VIH sont suivis médicalement, puisque 86 % d'entre eux ont bénéficié d'au moins une consultation médicale en relation avec cette infection dans l'année. Seuls 73 % ont reçu un traitement prescrit pour cette infection. La faiblesse des effectifs ne permet toutefois pas d'observer d'évolutions statistiquement significatives.

Cette même enquête montre en 2012 que les deux tiers (64 %) des personnes enquêtées s'étant déclarées positives au test pour l'hépatite C avaient eu au moins une consultation relative à cette infection dans les 12 mois précédant l'enquête. Un peu plus du tiers (36 %) a, ou a eu, un traitement prescrit pour cette infection.

Mise en œuvre des TROD

Concernant les TROD pour le VHC, la Haute autorité de santé (HAS) a émis en mai 2014, à la demande de la DGS, des recommandations sur leur place dans la stratégie de dépistage de l'hépatite C (HAS 2014). Compte tenu de leurs performances et de leurs avantages (utilisation simple, rapidité de résultat, acceptabilité, absence de prélèvement veineux initial, utilisation dans un cadre délocalisé), la HAS positionne les TROD comme une offre de dépistage complémentaire intéressante à destination notamment des UD. L'utilisation des TROD VHC pourrait être envisagée en CSAPA et en CAARUD par des professionnels de santé ou non médicaux, à condition que ces derniers aient suivi au préalable une formation (commune pour le VIH et le VHC). En cas de positivité, une confirmation systématique par une méthode immuno-enzymatique (Elisa de 3^{ème} génération) sur prélèvement veineux est nécessaire. Il est néanmoins indispensable que soit mis en place au préalable un réseau de soins en aval facilitant à la fois l'accès des patients dépistés positifs et la coordination de l'ensemble des acteurs et des professionnels de santé impliqués dans le parcours de prise en charge de l'hépatite C.

Si les TROD VIH peuvent être utilisés dans les CAARUD et les CSAPA, la législation actuelle n'autorise pas l'usage des TROD VHC¹⁴ en dehors des laboratoires de biologie médicale, sauf à titre expérimental dans le cadre d'une recherche biomédicale.

Les autotests de dépistage de l'infection par le VIH (TROD pour lesquels le prélèvement et l'interprétation sont effectués directement par l'intéressé) sont disponibles en pharmacie depuis le 15 septembre 2015. Ces tests ne se substituent pas aux autres dispositifs de dépistage, ils viennent compléter l'arsenal disponible pour répondre à des besoins spécifiques.

¹⁴ Le Conseil d'Etat a annulé en avril 2015, sur requête du syndicat national des médecins biologistes, l'arrêté du 11 juin 2013 constituant le cadre légal de réalisation des TROD.

Ces tests ont surtout à ce jour donné lieu à une abondante littérature sur leur efficacité clinique, sur leur acceptabilité, leur capacité à élargir le dépistage à des individus n'ayant pas accédé jusqu'au dépistage classique et à leur capacité à modifier le parcours des individus testés en cas de positivité (examens complémentaires, prise en charge). Il n'existe pas d'études ayant évalué l'impact des TROD en termes de diffusion des épidémies de sida et d'hépatite C (Ireps Haute-Normandie 2014), (HAS 2014).

2.4 Mise en place d'un programme de distribution de naloxone en France

L'efficacité de la naloxone sur la prévention des décès par overdose d'opiacés a été reconnue au plan international (voir partie 1).

L'OMS recommande d'améliorer l'accès à la naloxone pour les personnes susceptibles d'être confrontées à un problème d'overdose dans leur entourage : amis, famille, partenaires de consommateurs de drogues et travailleurs sociaux (WHO 2014a). En Europe, plusieurs programmes de mise à disposition de la naloxone ont vu le jour (notamment en Allemagne, Danemark, Espagne, Estonie, Italie, Norvège, et Royaume-Uni) depuis le début des années 2000. Les facteurs de réussite identifiés sont l'absence de prescription individuelle, une distribution dans des centres de réduction des risques auprès de groupes d'usagers et le recours à de brèves sessions de formation.

En France, la mise en place d'un programme de distribution de la naloxone auprès d'usagers de drogues ou de tiers pour réduire la mortalité par overdoses aux opiacés a fait l'objet d'un avis favorable de la Commission addictions de la Direction générale de la santé (DGS) du 26 novembre 2008 ainsi que de la Commission nationale des stupéfiants et psychotropes de l'ANSM du 8 janvier 2009. Cette dernière s'est prononcée en février 2015 en faveur de l'utilisation de la voie nasale pour l'administration de la naloxone par les usagers de drogues et les tiers. Les usagers prioritaires sont les détenus à leur sortie de prison ainsi que les usagers après un sevrage aux opiacés. Un arrêté du 13 octobre 2015 exonère la naloxone utilisée par voie nasale de la liste I des substances vénéneuses, autorisant ainsi sa distribution sans ordonnance médicale (2015). La mise à disposition de la naloxone par voie nasale dans le cadre d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) de cohorte est prévue en 2016. La Commission des stupéfiants et psychotropes a rendu en décembre 2015 un avis favorable à sa dispensation dans les structures qui ne disposent ni de médecin, ni de pharmacien, tels que les CAARUD (ANSM 2015).

2.5 Dispositifs innovants de consommation à moindre risque : SCMR, AERLI, « Change le programme »

Les méta-analyses ou revues de la littérature ont pu prouver la probable efficacité d'un certain nombre de programmes dans le changement de comportement lors de l'injection (voir partie 1), en particulier concernant les SCMR.

L'expérimentation des SCMR

Des salles de consommation de drogues à moindre risque existent en Europe depuis environ 30 ans, la première ayant ouvert à Berne (Suisse) en 1986. Historiquement, en dehors de la Suisse, les premières salles ont été mises en place dans des villes allemandes et hollandaises.

Les objectifs des SCMR sont multiples (Diaz Gomez 2009) :

- Réduire la morbidité et la mortalité (notamment les surdoses) des usagers de drogues les plus précarisés.
- Chercher à réduire les usages de drogues en public et améliorer le cadre de vie dans les lieux proches des zones de deal.
- Faciliter l'accès aux services de santé, aux services sociaux et aux traitements pour des usagers difficiles à atteindre, qui n'envisagent pas encore un arrêt de leurs consommations.

En France, l'expérimentation des SCMR, pour une durée maximale de 6 ans, est inscrite dans la loi de modernisation du système de santé adoptée par l'Assemblée nationale en décembre 2015 (2016). Cette expérimentation figure dans le plan d'actions 2016-2017 de la Mildeca (action 54) et se déroulera dans trois villes (Paris, Bordeaux, Strasbourg). Ces salles seront portées par des CAARUD. La personne qui détient pour son seul usage personnel et consomme des stupéfiants à l'intérieur d'une SCMR ne pourra pas être poursuivie pour usage illicite et détention illicite de stupéfiants. Le professionnel intervenant à l'intérieur de la SCMR ne pourra pas être non plus être poursuivi pour complicité d'usage illicite de stupéfiants et facilitation de l'usage illicite de stupéfiants.

Confiée à l'Inserm, l'évaluation de l'expérimentation portera notamment sur son impact sur la santé publique, à partir de la cohorte d'usagers de drogues COSINUS (COhorte pour l'évaluation des Salles d'INjection/inhalation dédiées aux USagers de drogues) et sur l'acceptabilité sociale du dispositif et la réduction des nuisances dans l'espace public.

SCMR : l'expérience déjà accumulée à l'étranger

En Europe, cinq pays de l'UE, la Suisse et la Norvège proposent actuellement de telles salles, ce qui représente 80 structures environ. Elles sont implantées au Danemark (5 dans 3 villes), en Allemagne (24 dans 15 villes), en Espagne (12 dans deux villes), au Luxembourg (1), aux Pays-Bas (31 salles dans 25 villes) en Suisse (12 dans 8 villes) et en Norvège (1). Par ailleurs, une salle aujourd'hui fermée a existé en Grèce et devrait ré-ouvrir après discussion autour de son statut légal. De telles structures ont également été implantées en Australie, aux Etats-Unis et au Canada. Ces salles ont été implantées dans les villes où il existait des scènes ouvertes de consommation et de *deal* avec des difficultés à faire face aux problèmes sociaux notamment, liés à ces scènes.

En Europe, trois types de salles existent : salles intégrées aux structures de bas seuil, salles spécialisées et des « antennes » mobiles (à Berlin et Barcelone).

Bien que la politique de RDR soit de plus en plus acceptée en Europe, des difficultés ont pu se faire jour dans différents pays quant aux craintes suscitées par d'éventuelles conséquences de l'ouverture de telles structures : conséquences en termes de hausse des consommations, d'incitation à la consommation, de retard dans la mise en œuvre de traitements et d'aggravation des problèmes occasionnés par les marchés locaux des drogues illicites.

Une récente analyse au niveau européen a cependant montré que ces salles ont, là où elles existent, un impact positif en termes d'hygiène et de sécurité, notamment chez ceux qui les fréquentent régulièrement (EMCDDA 2015a). En parallèle, la consommation de drogues dans la rue a baissé de même que les nuisances et

troubles à l'ordre public qui y sont associées, et il n'existe pas de preuve selon laquelle ces salles augmenteraient l'usage des drogues ou la fréquence des injections. Les SCMR sont aussi des espaces utiles pour mettre en contact les usagers difficiles à atteindre avec les services sociaux et de santé.

Ces résultats confirment ce qui a pu être observé au cours des années 2000 en Australie avec le *Sydney Medically Supervised Injecting Centre* (MSIC) (Kimber et Dolan 2007 ; Kimber *et al.* 2010 ; Salmon *et al.* 2007) ou à Vancouver avec l'expérience Insite (Marshall *et al.* 2011 ; Wood *et al.* 2004 ; Wood *et al.* 2006 ; Wood *et al.* 2007). Dans ce dernier cas, il faut noter que l'évaluation de l'impact de la SCMR a été primordiale, l'équipe de chercheurs multipliant les publications dans les revues les plus prestigieuses et les natures de preuve de l'efficacité du dispositif : estimation du nombre de cas de VIH évités chaque année, diminution de la proportion de surdoses mortelles dans le secteur de la SCMR, augmentation des demandes de substitution ou de sevrage, coût efficacité du programme Insite (Bayoumi et Zaric 2008 ; Enns *et al.* 2016). Dans le cas du programme Insite, il faut noter l'existence, sur le même lieu, de l'initiative "Onsite" qui propose le sevrage aux usagers de la SCMR lorsque ceux-ci s'y sentent prêts.

En Suisse et en Espagne certaines salles ont été fermées, en raison notamment de la baisse de l'injection d'héroïne et d'un moindre besoin de telles structures (parfois en raison de la mise en œuvre d'autres programmes en direction des usagers). Outre cette baisse de la « demande », des raisons de coût entrant elles aussi en ligne de compte sont également évoquées par l'analyse. En tout cas, il peut être souligné que sur l'ensemble des SMCR ouvertes dans le monde, aucune surdose mortelle n'a été enregistrée.

Le projet AERLI : « Accompagnement et éducation aux risques liés à l'injection »

Ce projet fait suite à la mission ERLI mise en œuvre par l'association Médecins du Monde (Mdm) depuis 2009, après plusieurs années d'élaboration et d'expérimentation (pour en savoir plus, voir http://www.sfsp.fr/tmp/20121112_481514_3296.pdf), ainsi qu'à l'expérience d'Accompagnements à l'injection (AAI) développée par AIDES à la même période. Le principe d'ERLI et de l'AAI réside dans un apprentissage, pour des UD déjà injecteurs, des pratiques d'injection à moindre risque dans le cadre de sessions commençant par l'observation de l'utilisateur s'injectant lui-même son produit habituel. Les risques pris en compte incluent non seulement la transmission virale (VIH et VHC) mais également les complications locales de l'injection. Ces projets ont été évalués dans le cadre de l'étude ANRS (Agence nationale de recherche sur le sida) AERLI, réalisée conjointement par les associations AIDES, Mdm et l'unité INSERM U912 dans 8 CAARUD participants et 9 CAARUD témoins. Les premiers résultats délivrés en juillet 2014 ont montré une évolution différenciée des groupes « participants » et « témoins ». À la stabilité des 129 témoins, s'oppose, chez les 113 usagers ayant bénéficié de l'intervention, une diminution significative en six mois, de la part des usagers réalisant une injection risquée vis-à-vis de la transmission virale, de même qu'une chute, en douze mois, de la présence de complications au point d'injection (Roux *et al.* 2016).

Agir dès l'initiation à l'injection, le projet « Change le programme »

Adaptation du programme anglais « Break the cycle », l'ambition de l'intervention « Change le programme » est d'éviter l'initiation à l'injection ou du moins la retarder et la sécuriser. Le

principe est d'agir sur les primo injections en intervenant auprès des usagers déjà injecteurs, potentiels initiateurs, en les aidant à mieux percevoir ce qui dans leur comportement peut constituer une incitation à l'injection, en augmentant leur capacité à savoir gérer les demandes d'initiation, soit pas le refus, le report ou en étant capable de transmettre des pratiques à moindre risques. Déjà évaluée positivement au Royaume-Unis (Hunt *et al.* 1998), cette intervention est actuellement en cours d'évaluation en France, dans le cadre d'un projet porté par le RESPADD en collaboration avec l'Observatoire de santé d'Ile-de-France (ORS-IDF) et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES).

2.6 Bilan de la RDR en milieu pénitentiaire

L'incarcération est un événement très fréquent dans le parcours des usagers de drogues. En France, parmi les usagers de drogues (opiacés, cocaïne et autres substances illicites, hors cannabis) faisant l'objet d'une prise en charge spécialisée, la part de ceux qui ont déjà été incarcérés est évaluée entre 51 % (RECAP 2014) et 61 % (Coquelicot 2006). D'après l'enquête ENa-CAARUD 2012, 15 % des usagers vus dans les CAARUD ont été incarcérés au cours de l'année. Il s'agit plus fréquemment d'hommes et d'usagers précaires (Cadet-Taïrou *et al.* 2015).

Alors qu'en principe la continuité et l'équivalence des soins et de la prévention doivent être assurées entre le milieu carcéral et l'extérieur (WHO 1993), les stratégies sanitaires et dispositifs de RDR proposés en prison apparaissent notoirement insuffisants (INSERM 2010d), (Michel 2013), (Obradovic 2013), voire inefficients (Sannier *et al.* 2012). Pourtant, les pratiques d'usage y sont fréquentes (Jaufret-Roustide *et al.* 2013b). Ainsi, 8 % des usagers des CAARUD ayant été incarcérés dans l'année ont déclaré s'être injectés, 38 % avoir sniffé et 1,4 % avoir partagé une « seringue » (étant donné qu'il n'existe pas de programme d'échange de seringues en prison, d'autres objets, comme les stylos, peuvent être utilisés pour l'injection) durant leur incarcération (Cadet-Taïrou *et al.* 2015).

Par ailleurs, dans un contexte de surpopulation carcérale (12 652 détenus en surnombre et un taux de surpopulation de 114 %) (Tournier 2015), le risque de propagation des infections est important. Les prisons sont des lieux de haute prévalence du VIH et des hépatites virales : selon les sources (Debeauvais 2003), (Direction générale de la santé 2011), (Semaille *et al.* 2013), (Remy *et al.* 2003), (InVS 2009), ces prévalences varient, en France, entre 0,6 % et 2,0 % pour le VIH (3 à 4 fois plus qu'en population générale) et entre 4,2 % et 6,9 % pour le VHC (4 à 5 fois plus). Si la plupart des détenus infectés par le VIH ont contracté le virus avant d'être incarcérés, le séjour en prison constitue une période à risque, en particulier pour les usagers de drogue par voie intraveineuse exposés au risque de partager leur matériel d'injection. Ces constats soulignent la nécessité d'une politique de réduction des risques infectieux efficace et adaptée au milieu pénitentiaire.

En France l'accessibilité aux TSO a nettement progressé et l'accès aux préservatifs est garanti, mais l'absence de PES en milieu pénitentiaire situe le pays en deçà des recommandations de l'OMS (WHO 1993), mais aussi en rupture avec la loi de santé publique du 18 janvier 1994 qui préconise une équivalence des soins en prison et en milieu libre. Depuis le premier PES mis en place en Suisse en 1992, l'expérimentation de ce type de programmes s'est étendue à une centaine de prisons. On ne compte pourtant que 9 pays où la possibilité d'accéder à un PES existe en prison, dix fois moins qu'en milieu libre. Aucune étude ne relève pourtant de conséquences négatives liées à leur mise en place en

détention et les rapports d'évaluation mettent en évidence le rapport coût-efficacité avantageux de ce type de programmes et soulignent, leur intérêt dans des établissements à forte proportion d'injecteurs, en rappelant l'importance de les intégrer dans un ensemble de mesures de RDR et de les généraliser dans des établissements de grande taille.

La revue des expériences étrangères en matière de RDR en milieu pénitentiaire démontre un défaut général de mobilisation, voire d'adhésion à la politique de réduction des risques (Obradovic 2013), qui se retrouve en France. Cette faible implication des acteurs peut s'expliquer par différents facteurs : un relâchement de la préoccupation pour le VIH depuis l'apparition des multi-thérapies ; les conditions de la détention (surpeuplement et insuffisance d'effectifs d'encadrement), rendant difficile toute approche de prévention ; les représentations sociales négatives à l'égard des détenus, des usagers de drogues et des problématiques liées au VIH, qui se traduisent par une faible acceptabilité sociale des programmes de prévention et de soins destinés aux détenus ; l'insuffisance des recherches dans ce domaine, enfin, qui ne permet pas d'actualiser les arguments en faveur d'une politique de réduction des risques globale et cohérente en prison. Par ailleurs, comme le soulignait récemment l'expertise collective conduite par l'INSERM (INSERM 2010d), la réduction des risques en prison achoppe sur la question de l'usage de drogues durant l'incarcération, sujet politiquement sensible qui touche aux fondements des lois internationales pénalisant la détention, voire même, dans certains pays (dont la France), le seul usage.

Accès aux TSO

La possibilité d'accéder aux TSO en prison n'existe que dans 38 pays sur 80 qui bénéficient de TSO en milieu libre (Stoicescu 2012), principalement en Europe. Ce chiffre témoigne d'une évolution rapide : en 2008, seuls 29 pays prévoient un accès aux TSO en prison. Au sein de l'UE-27, la quasi-totalité des États-membres (n = 21) sont aujourd'hui dotés de tels programmes. En dehors de l'UE, 18 pays seulement rendent les TSO théoriquement accessibles en prison, la plupart étant situés en Europe ou dans le monde anglo-saxon (Australie, Canada, États-Unis, Nouvelle-Zélande).

Si, dans un nombre restreint de pays, l'accessibilité de ces traitements est garantie dans la plupart des établissements (France, Royaume-Uni, Autriche, Belgique, Croatie, Danemark, Luxembourg, Malte, Portugal, Espagne, Australie, Nouvelle-Zélande), l'accès aux TSO est le plus souvent limité à une fraction (plus ou moins réduite) d'établissements pénitentiaires (EMCDDA 2010), (Stoicescu 2012). Au sein de l'UE, la plupart des systèmes carcéraux européens prévoient une accessibilité aux traitements quasi-exclusivement à base de méthadone. La France fait partie des rares pays qui rendent la buprénorphine haut dosage accessible en prison – de même que la Suède, certains *Länder* en Allemagne, certains États américains et certains territoires d'Australie (sous certaines conditions). Elle se distingue même par une prédominance des traitements par BHD, qui ne se retrouve dans nul autre pays.

Enfin, de fortes disparités existent dans les pratiques de renouvellement ou d'initiation de ces traitements. Si la plupart des pays surtout en Europe prévoient, à la fois, la possibilité de poursuivre les traitements prescrits avant l'incarcération et d'en initier en cours de détention, un autre groupe de pays se limite à assurer la continuité des traitements amorcés avant l'entrée en prison. En outre, le nombre de « places » méthadone ou BHD peut faire l'objet de limitations et les TSO sont parfois réservés à un accompagnement du sevrage en opiacés.

Du fait de cette disponibilité encore variable, la proportion de détenus sous TSO s'avère relativement faible, comparée aux prévalences d'usage de drogues.

Accès aux préservatifs

La sexualité, difficile à évaluer en prison, y est néanmoins présente. Selon les enquêtes françaises (rares et anciennes), entre 7 % et 29 % des détenus déclarent des rapports hétérosexuels avec pénétration pendant la détention et moins de 2 % déclarent des rapports homosexuels avec pénétration anale (Rotily et ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur (ORS PACA) 2000), (Rotily *et al.* 2001). Par ailleurs, les détenus UDVI semblent avoir plus de rapports hétérosexuels non protégés en détention que les usagers de drogues non injecteurs et ceux ne déclarant pas d'usage de drogues (15,3 % vs 11,6 % et 4,7 % respectivement) (Rotily *et al.* 1998). Dans ce contexte, la mise à disposition de préservatifs pour les détenus est fortement recommandée par l'OMS.

Aujourd'hui, le principe de l'accès aux préservatifs en détention est acquis dans un grand nombre de pays, même si la garantie d'une accessibilité effective ne va pas de soi. En France, l'accès aux préservatifs est généralisé dans les prisons (à 95 %) mais dans des conditions incertaines : seul un établissement sur cinq prévoit la possibilité d'accéder aux préservatifs en dehors de l'UCSA (bibliothèque, permanence associative ou parloir) ; elle rend aussi compte d'un niveau d'information inégal des détenus quant à la possibilité de disposer de préservatifs, plus d'un quart des établissements n'estimant pas que les détenus sont bien informés de la possibilité et du mode d'accès aux préservatifs. Outre ce déficit d'accessibilité, l'accès aux lubrifiants se révèle plus difficile encore : il n'est prévu que dans la moitié des établissements (51 %). Enfin, l'accès aux préservatifs féminins est encore moins présent, dans un établissement sur cinq accueillant des femmes détenues (21 %) (Michel *et al.* 2011).

3 Observation des conséquences du développement d'une politique de RDR en France

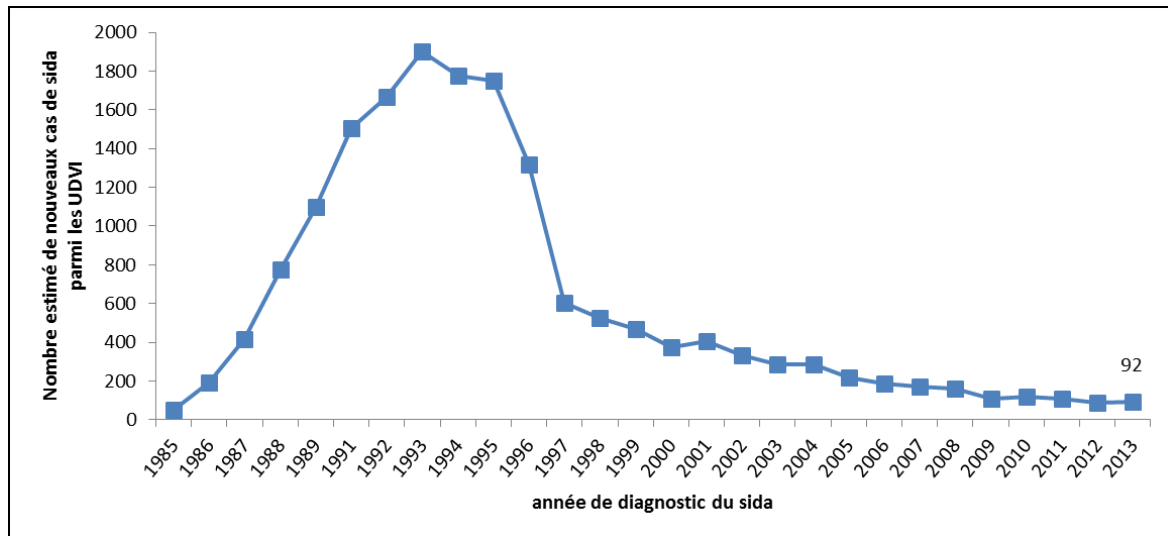
Cette partie s'intéresse aux résultats globaux attribuables à la politique de RDR en France. Elle présente les données épidémiologiques sur les maladies infectieuses et la mortalité parmi la population d'UD issues des dispositifs d'observation réguliers existant en France.

3.1 Maladies infectieuses liées à l'usage de drogue

Le nombre de nouveaux cas de sida et le nombre de décès au stade sida chez les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI) ont connu une chute particulièrement prononcée entre 1995 et 1997. Celle-ci était liée notamment à l'introduction des traitements par trithérapie retardant l'entrée dans la phase symptomatique de l'infection, mais aussi à la diminution du nombre de contaminations par le VIH chez les UDVI. Ensuite, le rythme de diminution du nombre de nouveaux cas de sida liés à l'UDVI a été plus faible mais assez régulier jusqu'en 2009. Depuis 2009, ce nombre est stable autour d'une centaine chaque année. En 2013, les UDVI représentent 8 % de l'ensemble des nouveaux cas de sida contre 29 % en 1993. Le nombre de décès par sida parmi les usagers de drogues utilisant la voie intraveineuse qui était de plus de 1200 en 1994, se situe depuis 2009 sous le seuil de cent décès annuels (Cazein *et al.* 2015). Parallèlement, la prévalence du VIH a nettement diminué. En 2011, elle est stable par rapport à 2004 (13,3 % versus 11,3 %) parmi les

usagers de drogues ayant injecté au moins une fois dans leur vie (Jauffret-Roustide *et al.* 2013b).

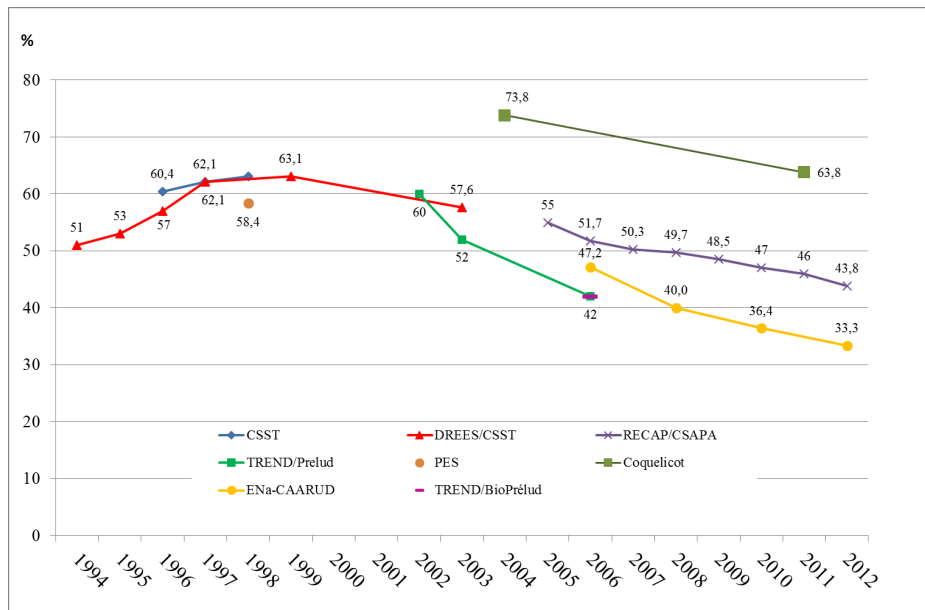
Figure 4. Evolution du nombre de nouveaux cas de sida liés à l'usage de drogues par voie injectable depuis 1985



Données au 31/12/2013 corrigées pour les délais de déclaration, la sous-déclaration.
Source : Système de surveillance du sida en France, Institut national de Veille Sanitaire (InVS)

Si les infections à VIH ont été globalement bien maîtrisées grâce à la série de mesures de RDR initiées par la vente libre des seringues en 1987, les infections à VHC restent en revanche actuellement à des niveaux de prévalence particulièrement élevés, atteignant les deux tiers des usagers de drogues ayant déjà eu recours à l'injection en 2011. Il faut néanmoins souligner que la prévalence biologique du VHC apparaît en baisse par rapport à 2004 chez les UDVI (64 % vs 74%) (Jauffret-Roustide *et al.* 2013b). Ces tendances sont identiques aux évolutions des prévalences déclarées du VHC et du VIH parmi les usagers de drogues injecteurs vus en CSAPA (de 48 % en 2008 à 44 % en 2012, stable à près de 8 % pour le VIH) et dans les CAARUD (de 40 % en 2008 à 33 % en 2012, stable à 6-7 % pour le VIH) (Cadet-Taïrou *et al.* 2015). La diminution de la séropositivité déclarée au VHC est particulièrement notable dans les CAARUD chez les moins de 25 ans injecteurs au cours de la vie : elle est passée de 22,5 % en 2006 à 8,5 % en 2010 et 7,6 % en 2012 (Cadet-Taïrou *et al.* 2015).

Figure 5. Évolution de la prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite C chez les usagers de drogues injecteurs en France entre 1994 et 2012



Sources :

CSSTH : usagers de drogues injecteurs en hébergement, prévalence déclarée

DREES : usagers de drogues injecteurs pris en charge en centres de soins spécialisés (CSST), prévalence déclarée

RECAP : usagers de drogues injecteurs pris en charge en centres de soins spécialisés (CSAPA), prévalence déclarée

PRELUD : usagers de drogues injecteurs vus dans les structures de bas seuil (CAARUD), prévalence déclarée

ENa-CAARUD : usagers de drogues injecteurs vus dans les structures de bas seuil (CAARUD), prévalence déclarée

PES : usagers de drogues injecteurs utilisant un PES (programme d'échange de seringues), prévalence déclarée

ANRS-Coquelicot : usagers de drogues injecteurs, données biologiques

BioPRELUD : usagers de drogues injecteurs vus dans les structures de bas seuil (CAARUD), données biologiques

Note : Injecteur signifie ici injecteur au moins une fois au cours de la vie.

Ces baisses de prévalence résultent de plusieurs facteurs : l'impact des mesures de santé publique (notamment de réduction des risques) prises en France, l'accessibilité plus grande des traitements, un accès élargi au dépistage, et l'évolution des pratiques des usagers de drogues, notamment le recul de l'injection¹⁵. Parmi les UD fréquentant les CAARUD, la proportion d'injecteurs au cours du dernier mois a baissé de 50 % en 2006 à 46 % en 2008 et est stable depuis (Cadet-Taïrou *et al.* 2015).

¹⁵ Si l'on considère l'ensemble des usagers de drogues, il est clair que la part des injecteurs faiblit, même en l'absence de données en population générale, puisque l'usage de substances psychoactives, s'est étendu, au cours des vingt dernières années, à des consommations récréatives majoritairement par voie orale, en sniff ou encore par inhalation à chaud. Si l'on se centre sur les usagers problématiques, la tendance est plus difficile à apprécier puisque le taux mesuré dans les structures de soins et de RDR dépend à tout moment du type de public reçu, tous n'ayant pas les mêmes pratiques. Ainsi le taux d'injection peut évoluer par dilution des

3.2 Décès induits par l'usage de drogues (surdoses)

Le nombre de décès par surdose a commencé à chuter avec la mise en place des TSO en 1995 en France, cette évolution ayant été observée dans l'ensemble des pays (Europe, Amérique du Nord, Australie...) qui ont entamé une politique de délivrance de MSO. En France, le nombre annuel de décès par surdose recensé par le registre des décès du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc, Inserm) est passé de plus de 451 en 1994 à moins de 200 à la fin des années 1990. Si ces chiffres sous-estiment l'ampleur réelle du phénomène en raison d'une part des décès par surdose classée en cause inconnue, l'évolution est pour sa part bien réelle, le biais de sous-estimation pouvant raisonnablement être considéré comme constant au cours de cette période.

Dans les années suivantes, le nombre annuel de décès par surdose a augmenté, mais sans jamais retrouver le niveau du milieu des années 1990 (figure 6). La baisse observée à partir de 2011 n'est pas interprétable en raison de changements méthodologiques (voir ci-dessous). La remontée régulière du nombre de décès au cours des années 2000 soulève cependant des interrogations. Pourquoi les décès sont-ils repartis à la hausse alors que la disponibilité des MSO s'est accrue et que le dispositif de réduction des risques a été pérennisé et consolidé ?

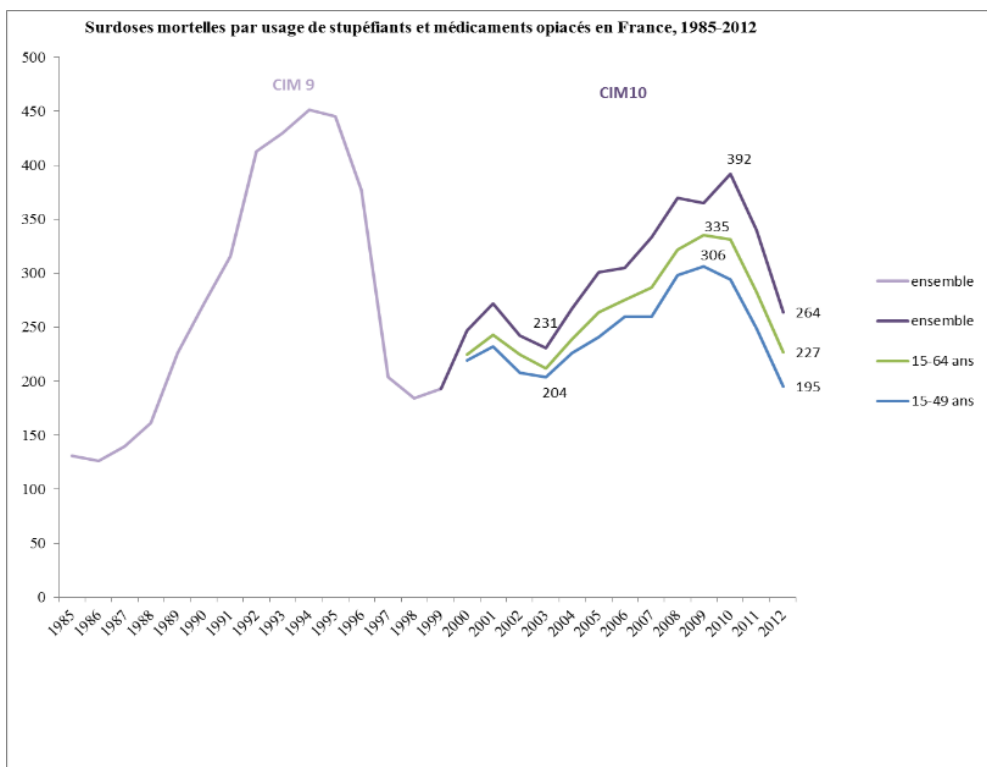
Avant d'envisager des hypothèses explicatives relatives à l'évolution des comportements addictifs, il faut s'interroger sur les limites des données disponibles. Celles du CépiDc ne permettent pas, dans la plupart des cas, de connaître les substances en cause dans les décès et d'en suivre l'évolution. Or si le décès d'une personne âgée de 30 ou 40 ans mettant en cause une substance telle que l'héroïne peut clairement être classé parmi les décès liés à une addiction, ce classement est plus discutable pour une personne plus âgée décédée en raison d'une surdose à un médicament opiacé utilisé pour lutter contre la douleur. Les décès par surdose peuvent ainsi frapper différents types d'utilisateurs de substance, tous ne relevant pas forcément d'un comportement addictif tel qu'on l'entend habituellement. Les données de la figure 6 font apparaître une proportion croissante au cours des années 2000 de décès de personnes âgées de plus de 64 ans, qui ne sont très probablement pas, pour la plupart, usagères de drogues. Dès lors il paraît plus raisonnable, pour suivre l'évolution des décès par surdoses des usagers de drogues, de se limiter aux 15-49 ans. La hausse du nombre de décès au cours des années 2000 pour cette tranche d'âge est moins importante mais reste néanmoins substantielle. Mais même dans ce cas, il y a matière à s'interroger. La brusque diminution des décès entre 2010 et 2012 qu'on peut observer sur la figure 6 est expliquée par les services du CépiDc par un meilleur examen des causes de décès, ce qui a permis d'exclure un ensemble de décès par surdose morphinique survenus dans un contexte de soins palliatifs ou accidentels en lien avec une pathologie ayant mené à la prescription d'antalgiques opiacés. Il n'est pas abusif, compte tenu de cette information, de se demander

populations d'usagers injecteurs dans de nouveaux groupes d'usagers (usagers problématiques de cannabis dans les CSAPA, usagers attirés par l'offre de kit pour fumer dans les CAARUD, par exemple), sans que, dans l'absolu leur nombre baisse. Les données concernant les modes de consommation par produit, montrent clairement que l'héroïne est maintenant majoritairement consommée en sniff, mais à l'inverse l'injection de stimulants s'est développée dans certaines populations. Il semble cependant que l'injection ne soit plus le mode d'entrée dans les consommations et que de jeunes usagers peuvent par exemple, connaître une dépendance à l'héroïne sans jamais avoir injecté.

si l'augmentation au cours des années 2000, y compris chez les 15-49 ans, n'est pas en partie liée à la hausse du nombre de décès de personnes ne relevant pas d'un comportement addictif. Dans cette hypothèse, on peut raisonnablement conclure que l'augmentation des décès dans ces années, a été beaucoup plus limitée que ce que semble montrer la figure 6.

C'est en grande partie pour combler la lacune d'information sur les substances en cause dans les décès du CépiDc qu'a été mis en place le recueil sur les Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances (DRAMES, ANSM), qui est lui, exclusivement basé sur des résultats d'analyse toxicologique. Ce recueil a cependant été mis en place trop tardivement pour donner un réel éclairage sur les évolutions au cours des années 2000. Il a débuté en 2002 mais, compte tenu d'une montée en charge progressive, il paraît difficile de comparer les données des années 2000 avec celles collectées dans les années 2010. Les évolutions ne peuvent être réellement suivies que depuis la fin des années 2000. Les données de DRAMES montrent que les opiacés licites ou illicites sont les principaux produits responsables, impliqués dans 84 % des décès en 2013, cette part étant restée à peu près constante depuis la fin des années 2000. La proportion de décès attribuables aux MSO (notamment la méthadone responsable de 39 % des décès en 2013, mais aussi la BHD en cause dans 16 % des décès cette même année) a fortement augmenté durant la période 2009 -2013 de 34 % à 54 % des décès, avec un pic à 60 % en 2012 (ANSM 2015a ; CEIP de Grenoble 2015). La part des décès liés à l'héroïne a fortement diminué, passant de 40 % en 2008 et 2009 à 20 % en 2013. Elle apparaît d'année en année relativement corrélée aux variations de la disponibilité et de la pureté de l'héroïne disponible. Ainsi, le taux de pureté de cette dernière a chuté de 13 % à 7 % entre 2010 et 2012 puis est remontée à 15 % en 2014 (Cadet-Tairou et al. 2015a). Les variations dans le temps de la part de la méthadone suivent quasiment en miroir celle de l'héroïne, ce qui laisse penser qu'elles sont corrélées. Les cas de mésusage des MSO (obtention illégale, prise occasionnelle, notamment par des sujets naïfs), qui augmente le risque de décès, ne font que remplacer les cas d'usage d'héroïne. Le risque de décès est ainsi reporté de l'héroïne vers la méthadone. On peut raisonnablement poser l'hypothèse que le nombre de surdoses serait supérieur si l'héroïne, substance au taux de pureté variable et imprévisible pour l'usager, reprenait une place centrale dans les consommations d'opiacés.

Figure 6. Surdoses mortelles par usage de stupéfiants et de médicaments opiacés en France 1985-2012.



Source : CépiDc/Inserm

4 Eléments de conclusion et perspectives : Principaux défis à relever par la politique de RDR en France

Les interventions de RDR ont très largement montré leur efficacité face aux conséquences sanitaires et sociales des usages de drogues. Cependant, cette efficacité est suspendue à un certain nombre de conditions indispensables : d'abord, la prise en compte des usagers dans la conception et mise en œuvre des outils et des dispositifs afin de garantir leur utilisation effective, leur utilité et leur pertinence. La capacité de la politique de la RDR à « aller vers l'utilisateur » constitue également une condition préalable de succès. Il s'agit de renforcer la capacité des acteurs et des structures à atteindre réellement les publics visés : souvent en situation de grande vulnérabilité et/ou « cachés » dans des espaces de vie peu accessibles, ils sont, par conséquent, fréquemment exclus du champ de l'action directe des intervenants. En outre, l'évolution constante des pratiques d'usage implique d'adapter en continu les réponses et d'innover. Cela revient à diversifier et parfois combiner les mesures proposées (typiquement PES et TSO, ou encore PES postal et antennes de CAARUD en milieu rural pour aller au devant des usagers les plus isolés), au plus près des besoins et attentes des usagers.

Enfin, l'efficacité de tels programmes et interventions repose fortement sur leur acceptabilité sociale (Le Naour *et al.* 2014). Des efforts constants doivent être consacrés à la médiation sociale entre les différents intervenants des lieux de vie où les dispositifs sont implantés (forces de l'ordre, riverains...) d'une part et vers des actions spécifiques d'information auprès du grand public et en particulier, dans les quartiers d'implantation afin de faire évoluer les représentations et expliquer le bien-fondé de cette approche, d'autre part.

L'élargissement de la RDR à d'autres substances, en particulier à l'alcool, au tabac et au cannabis représente un second défi majeur de la politique actuelle, ainsi que le milieu carcéral. L'absence de PES dans les prisons françaises situe le pays en deçà des recommandations de l'OMS mais aussi en rupture avec la loi de santé publique du 18 janvier 1994 qui préconise une équivalence des soins en prison et en milieu libre. Ces trois points sont ici développés.

4.1 Les conditions de l'efficacité des actions

Toutes les actions ou programmes évalués l'ont été dans des contextes nationaux précis, relatifs aux types de pratiques, de populations, mais aussi dans un cadre particulier de repérage, de diagnostic et d'accompagnement défini et d'écoute des usagers. La transposition d'actions doit s'efforcer de prendre en compte ces paramètres en appréciant leur rôle et importance afin d'adapter les réponses aux spécificités des publics effectivement visés (transférabilité).

La prise en compte du point de vue des usagers dans la conception des programmes et des outils

L'efficacité des politiques de RDR dépend avant tout de leur capacité à prendre en compte le point de vue des usagers dans la conception des programmes et des outils.

Il s'agit de s'adapter aux pratiques et à leurs évolutions, mais également d'intégrer les éléments concrets de la vie des usagers, susceptibles d'impacter la mise en œuvre des mesures proposées. Ainsi, l'insertion de champs propres dans les kits d'injection peut

permettre à l'utilisateur qui injecte son produit dans la précipitation, dans la rue où un logement de fortune, de ne pas contaminer son matériel. De même, l'accès aux représentations et croyances des injecteurs permet de mieux comprendre et de s'adapter à certaines limites à l'acceptabilité des matériels de RDR. La place des usagers dans la conception de ces politiques est donc essentielle.

À cet égard, les risques de stigmatisations liés à l'utilisation des outils ou programmes proposés doivent être minimisés, pour obtenir l'adhésion des usagers à des outils qui ne seront efficaces que si ces derniers s'en emparent. Ainsi, les usagers, en particulier les plus précaires fréquemment exposés aux interpellations, expriment régulièrement leur crainte d'être porteurs de matériel de RDR, les désignant ostensiblement comme des UD (Cadet-Taïrou *et al.* 2010). La question se pose également de manière aiguë en milieu carcéral où le fait d'être identifié comme UD est un signe de fragilité face aux autres détenus et où recevoir un traitement de substitution signifie parfois s'exposer aux pressions (INSERM 2010d).

L'importance accordée au point de vue des usagers conduit à envisager des actions ciblées selon les besoins de différents publics. Ainsi, de même que pour la prise en compte des inégalités de santé en général, la mise en œuvre d'actions proactives ciblant spécifiquement les usagers les plus précaires, telles que l'expérimentation des SCMR, apparaît comme une mesure appropriée. Les femmes, les plus jeunes, les migrants, les usagers isolés, constituent autant de publics nécessitant des approches adaptées.

Innover par la diversification : améliorer la capacité des outils et des programmes à atteindre leurs publics pour engager un dialogue

Il s'agit également de s'assurer de la capacité des outils à atteindre les usagers concernés (Ben Lakhdar *et al.* 2008).

Par exemple, la mise en œuvre des actions de RDR visant les injecteurs de stimulants ne peut être efficace, en termes de santé publique, que s'il existe une démarche spécifique d'identification de ces injecteurs de stimulants, lesquels ne mettront pas forcément en avant cette pratique s'ils sont déjà injecteurs d'opiacés.

Plus largement, la littérature montre que **les démarches qui permettent d'établir un contact avec des usagers** en situation de vulnérabilité qui ne s'adressent pas spontanément aux personnes susceptibles de les aider **sont efficaces pour initier la prise en charge** (Connolly et Joly 2012), (Ritter et Cameron 2006) (Tommasello *et al.* 1999). Le renouvellement des générations est, notamment, un défi permanent pour les structures de RDR.

Une autre approche qui permet d'établir un contact avec des usagers, pratiquée en espace festif depuis plus de dix ans, prend actuellement un essor nouveau en s'étendant au-delà de cet espace festif vers les structures d'accueil des UD : la démarche d'analyse avant consommation par chromatographie sur couche mince (CCM). Méthode de séparation des molécules, elle permet de distinguer les différentes substances qui composent un produit. Elle présente un double intérêt. Tout d'abord, celui d'indiquer à l'utilisateur si son produit contient des substances différentes de celles attendues ou une substance inconnue et donc d'identifier un certain nombre de situations dangereuses. Mais le dispositif, dans les configurations d'utilisation habituelles, permet surtout d'entamer grâce à l'analyse fournie un dialogue avec l'utilisateur sur sa consommation et ainsi de lui transmettre des messages de RDR.

Face notamment à la circulation de nouveaux produits de synthèse (NPS) sur Internet, des services d'analyse de produits en ligne ou par correspondance se développent progressivement. Ainsi, par exemple, depuis 2005, l'association espagnole ABD (proche des mouvements d'auto-support et communautaires) met à disposition des internautes (<http://energycontrol.org/>) les services d'analyse de son plateau technique, *Energy Control* : les échantillons peuvent être envoyés par la poste, moyennant l'envoi d'un questionnaire téléchargeable en ligne et d'un prix de 50 euros pour les échantillons venant hors d'Espagne. Les résultats sont postés en ligne et retournés par e-mail à l'expéditeur. Le délai prévu est de 10 jours à 3 semaines selon les demandes. Au-delà du milieu associatif, le gouvernement écossais finance un autre service d'analyse de produits par correspondance (<http://www.wedinos.org/>), né en 2009 avec l'appui d'une unité hospitalière. Les consommateurs peuvent télécharger un questionnaire en ligne et le retourner par la poste une fois complété. Les résultats des analyses sont ensuite mis en ligne (OFDT - Pôle TREND 2015).

En France, les analyses quantitatives prévues dans le cadre du dispositif de veille SINTES (Système d'identification national des toxiques et des substances) de l'OFDT, sont réalisées sous conditions de respect de critères précis : substances ayant entraîné des effets inattendus et/ou indésirables, produits présentant un caractère de nouveauté ou bénéficiant d'une surveillance spécifique, et enfin les produits non identifiés après une analyse par CCM. La finalité de ce dispositif gratuit, bien que le résultat soit toujours délivré à l'utilisateur ayant cédé le produit, est avant tout d'informer sur les produits circulant, notamment s'ils sont particulièrement dangereux ou nouveaux et non pas de répondre au besoin d'information individuel des usagers. Cela n'empêche pas, bien au contraire, d'utiliser le moment du rendu de résultat pour échanger avec l'utilisateur sur sa consommation et ses pratiques et lui transmettre des messages de RDR. D'autre part, bien que les échanges puissent être optimisés, le dispositif SINTES collabore déjà avec plusieurs structures pratiquant l'analyse par CCM dans une réelle complémentarité.

Outre la création d'équipes d'intervenants mobiles, le développement d'interventions à distance (PES postal, antennes de CAARUD en espace rural...) qui permettent d'aller chercher le contact avec les usagers, élargissent le public bénéficiaire des actions efficaces¹⁶. De même, la diversification, au cours de ces dernières années du matériel de consommation proposé (kits base, « alu », « roule ta paille », seringues de gros volumes...), indépendamment de l'intérêt propre des outils, a permis aux structures d'attirer de nouveaux usagers, inaccessibles auparavant, en engageant un dialogue.

Le développement des nouvelles technologies constitue actuellement une opportunité pour atteindre facilement les nouvelles générations d'utilisateurs et pour faciliter les interactions. De nombreux outils à visée préventive, destinés à évaluer sa consommation ou encore à la réduire, sont déjà accessibles via Internet ou sur supports mobiles. Visant fréquemment les jeunes, ils concernent avant tout l'alcool, le tabac et le cannabis mais les preuves d'efficacité sont encore limitées (Le Garjean et Vivier-Rousselot 2013). La rencontre du champ numérique et de celui des substances psychotropes a ouvert un nouvel espace d'échanges d'information et d'interventions en ligne, notamment par le développement de conseils entre

¹⁶ À ce jour l'efficacité de ces actions n'a pas été démontrée mais les usagers y adhèrent fortement. Voir <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/ActesJourneeCAARUD2015.pdf>

pairs sur les forums d'usagers, trop récent pour donner lieu à des évaluations de programmes au niveau international.

Par ailleurs, les réponses axées sur l'hébergement ou sur l'insertion professionnelle comme *housing first* (Un chez soi d'abord) ou TAPAJ (Travail alternatif payé à la journée) constituent également des formes innovantes de RDR qui s'adressent à des personnes présentant des problématiques sociales spécifiques (personnes en situation de précarité sans domicile fixe, jeunes en errance sans qualification ou expérience professionnelle particulière...). Centrés sur la réhabilitation sociale, ces dispositifs visent à créer les conditions nécessaires afin de trouver des voies adaptées pour sortir progressivement des usages à risques.

L'acceptabilité des actions de RDR : un enjeu crucial qui nécessite des moyens

Les initiatives de RDR entreprises dans le monde ont largement montré l'importance de la concertation préalable avec les acteurs locaux et les riverains en amont de la mise en place des services de RDR (Strike *et al.* 2015), et du niveau d'acceptabilité d'un tel projet dans l'opinion publique (Dube *et al.* 2009).

Ce fut le cas notamment pour l'implantation des SCMR à San Francisco (Kral *et al.* 2010), (Wenger *et al.* 2011) ou à Sydney où les riverains se sont montrés sensibles à la régulation mise en place autour de la salle d'injection (étude avant-après) (Salmon *et al.* 2007), (Kimber *et al.* 2007). En Ontario, une étude menée en 2003 a montré une population majoritairement favorable aux SCMR (60 %) (Cruz *et al.* 2007). Concernant les PES, en Australie, certains décideurs ont volontiers invoqué une opinion publique négative, alors que les enquêtes d'opinion montraient des attitudes largement positives (Treloar et Fraser 2007). Dans une étude menée auprès des riverains à Baltimore, malgré l'inquiétude suscitée par la fréquentation du voisinage par les UD, 65 % d'entre eux étaient favorables à l'échange de seringues (Keyl *et al.* 1998). En Suisse, entre 1991 et 1997, la population s'est progressivement éloignée d'une préférence pour les mesures répressives pour adhérer majoritairement à la politique des « quatre piliers » incluant la RDR (Uchtenhagen 1995), (Bergman *et al.* 1997). Soulignons enfin que l'argument du coût-efficacité des PES, démontré dans plusieurs contextes (Australie, Canada, Yunnan...) (Kwon *et al.* 2012), (Bayoumi *et al.* 2008), (Zhang *et al.* 2011), constitue un argument complémentaire à ceux de la réduction des risques sanitaires et des inégalités.

En France, le grand public n'a pas forcément connaissance de la notion de réduction des risques, ce qui ne l'empêche pas néanmoins d'avoir une représentation de la question des drogues et des addictions qui fasse écho aux principes de la RDR. Par exemple, l'Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les Psychotropes (EROPP), menée à quatre reprises par l'OFDT depuis 1999, a permis de mesurer à quel point l'éventualité d'un monde sans drogue est illusoire pour une majorité de la population (Tovar *et al.* 2013). Les Français sont par ailleurs de plus en plus en accord avec l'idée d'informer les usagers de drogues sur la façon la moins dangereuse de consommer afin de diminuer les risques pour la santé (83 % en 2012 contre 70 % en 2008).

4.2 Renforcement de la RDR en milieu carcéral

Un point faible de la politique de RDR en France est le timide développement du dispositif en milieu carcéral. Pourtant, les expériences internationales insistent sur la nécessité de

développer une politique qui associe l'ensemble des mesures de RDR et de soins suivant les recommandations de l'OMS, consistant notamment à :

- rendre les préservatifs (masculins et féminins) et les lubrifiants accessibles plus facilement et plus discrètement dans divers endroits des établissements pénitentiaires;
- faciliter l'accessibilité à une palette de traitements contre la dépendance aux opiacés aussi large que possible, en généralisant et en homogénéisant l'accès aux traitements de substitution dans les établissements, en développant éventuellement d'autres voies (communautés thérapeutiques, unités sans drogues, programmes de counseling), voire, en expérimentant, le cas échéant, de nouvelles formes de prise en charge – à l'instar des programmes d'héroïne médicalisée, développés dans 2 prisons suisses, dont l'évaluation coût-efficacité semble satisfaisante pour certains types d'usagers;
- développer des programmes dont l'efficacité a été démontré par des recherches.

Le développement des PES en particulier, l'adoption des mesures visant à prévenir les overdoses à la sortie de détention ainsi que l'expérimentation des formes innovantes de RDR en détention figurent parmi les actions nouvelles inscrites dans le Plan gouvernemental 2013-2017 (action 52 du plan d'actions 2016-2017). L'accompagnement et l'évaluation de ces mesures représentent un enjeu majeur.

4.3 L'élargissement du champ de la RDR : un défi pour l'avenir ?

Le Plan gouvernemental 2013-2017 envisage d'étendre le champ de la RDR à l'ensemble des produits impliqués dans les usages problématiques (action 46 du plan d'actions 2016-2017), avec notamment l'objectif d'élaborer des référentiels de RDR pour l'ensemble des produits et des addictions comportementales.

Si la RDR a fait la preuve de son efficacité dans le cadre de la lutte contre les maladies infectieuses, en particulier le VIH, elle a également, plus tardivement, contribué à un certain nombre de changements de représentations sur d'autres produits. Sur les drogues de synthèse dans les années 1990, les espaces de discussion ouverts dans les stands de RDR et de *testing* en milieu festif ont permis de modifier la perception du risque lié à la méconnaissance du contenu des comprimés d'ecstasy (voir partie 4.1). Depuis l'adoption de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé, les usagers peuvent demander des informations sur la composition des substances psychoactives¹⁷. Plus récemment, l'apparition des nouveaux produits de synthèses (NPS), molécules au statut légal éphémère et déclinables à l'envi pour contourner la loi, a ouvert un nouvel espace de construction de la connaissance par les usagers eux-mêmes (trip reports, forums) qui prend tous les dispositifs experts et institutionnels de court, démontrant qu'une fois encore les réponses à cette offre en perpétuelle mutation ne se construiront pas sans le savoir "profane" des usagers.

¹⁷ L'article 41 de la loi stipule que les actions RDR visent à « ... 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 » (Article L3411-8-II, 5^{ème} alinéa du CSP).

Le cannabis est pour sa part, en France comme ailleurs en Europe, le produit pour lequel les actions de RDR sont les moins nombreuses, alors même que l'évolution des politiques de régulation du cannabis en cours dans plusieurs États constitue un terrain favorable au développement de mode d'usage à moindre risque sanitaire, tels que la vaporisation. Dans sa monographie sur la réduction des risques, l'EMCDDA souligne le besoin en recherche sur ce point du mode d'administration, ainsi que sur l'intérêt d'inciter les usagers à éviter un usage plus fréquent qu'hebdomadaire et à ne pas en consommer avant de conduire ou d'utiliser un engin (EMCDDA, 2010). L'introduction à la fin des années 1990 de la notion d'usage à risque sanitaire et social, concernant une minorité des usagers de cannabis, a permis de renouer le dialogue avec les usagers militant pour la reconnaissance d'un usage récréatif aux risques limités. L'objectivation par un outil tel que le Cannabis Abuse Screening Test (CAST) proposé par l'OFDT, validé à la fois d'un point de vue clinique et épidémiologique, d'une population d'usagers à risque a permis en creux la reconnaissance d'une large population en ayant un usage non problématique (Beck et Legleye 2008 ; Legleye *et al.* 2015). Les démarches mises en œuvre dans le cadre des CJC créées en 2004 par le Ministère de la santé en réponse à la forte hausse de l'usage régulier de cannabis observé parmi les jeunes au début des années 2000, s'inscrivent en grande partie dans une logique de RDR. En parallèle, la question de la précocité est devenue, au même titre que pour les autres produits, centrale. De ce point de vue, les derniers résultats des enquêtes de l'OFDT montrent que les entrées dans les usages de cannabis sont désormais plutôt plus tardives sont encourageants. En revanche, les niveaux qui apparaissent en hausse à la fin de l'adolescence, avec des fréquences d'usage et des teneurs en THC parfois élevées, militent pour une approche en terme de RDR pour les grands adolescents et les jeunes adultes. Il n'en reste pas moins à évaluer l'efficacité des actions, que celles-ci s'appuient sur une alliance thérapeutique ou sur les "nouvelles" technologies de l'information.

Concernant l'alcool, la littérature internationale a permis d'identifier un certain nombre de mesures portant principalement sur l'offre et la législation, telles que l'augmentation des taxes, la fixation d'un prix minimum, d'un âge limite pour l'achat ou encore la diminution du nombre de points de vente, mais aussi des mesures telles que l'intervention brève à destination des consommateurs à risque (EMCDDA, 2010). En France, le regard porté sur l'alcool a aussi évolué d'un paradigme de l'abstinence qui a pu sembler immuable à une certaine époque, à l'idée que la régulation de la consommation pouvait se faire de manière moins brutale (boire moins, c'est mieux) autour d'une prise en compte des attentes de l'utilisateur (avec l'objectif, global, de vivre mieux). Ce nouveau regard porté sur les dommages liés à l'alcool a notamment permis le développement d'approches telles que le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB), ainsi que la mise en place de stratégies s'appuyant sur les objectifs qui sont, au moins dans un premier temps, moins ambitieux et irréalistes mais plus atteignables que l'abstinence totale. Ce paradigme s'appuie sur une dynamique d'accompagnement reposant sur une mise en avant des ressources de l'individu pour mettre de côté les « faiblesses » qui l'ont conduit à perdre le contrôle du produit. Dans un tout autre registre, il y a actuellement, face à des populations clairement déterminées à consommer de l'alcool en contexte festif avec un objectif de recherche d'ivresse voire de défonce, un enjeu évident à évaluer l'efficacité des nombreuses initiatives françaises visant à réduire les quantités consommées et les situations les plus à risques.

Pour le tabac enfin, une offre conséquente de produits de substitution nicotinique existe, mais elle n'a pu empêcher, en France le maintien d'un tabagisme à un niveau élevé. Alors que la plupart des experts restent sceptiques sur l'intérêt sanitaire d'une diminution de la

consommation¹⁸, nombre de fumeurs se sont emparés de la cigarette électronique pour tenter, souvent avec succès, de diminuer leur tabagisme, de reprendre le contrôle à défaut de parvenir à un arrêt totale de la consommation. Ainsi, en 2014, 82 % des vapofumeurs indiquaient avoir réussi à diminuer leur consommation de tabac grâce à la cigarette électronique, de 9 cigarettes en moyenne (Beck *et al.* 2015). En cela, elle a constitué un outil typique de RDR puisque les usagers se le sont appropriés par eux-mêmes, et au final 400 000 fumeurs sur les 13 millions estimaient en 2014 avoir réussi à arrêter de fumer par ce biais. Si sa toxicité apparaît très inférieure à celle du tabac, les études n'ont à ce jour pas montré une très grande efficacité de la cigarette électronique en regard d'autres moyens d'aide à l'arrêt, en particulier parmi les jeunes adultes (Gmel *et al.*, 2016), mais d'autres recherches sont nécessaires, notamment parce que la plupart ont pour l'heure été menées sur des modèles de cigarettes électroniques de première génération, moins performantes (réservoirs plus petits et délivrance de nicotine moins rapide) que les suivantes.

4.4 Quelques points saillants pour conclure :

Les conditions de l'efficacité des actions

- L'accès aux représentations et croyances des usagers
- La recherche du contact avec des usagers en situation de vulnérabilité qui ne s'adressent pas spontanément aux personnes susceptibles de les aider est efficace pour initier la prise en charge
- Le défi des nouvelles générations : maintenir les acquis face aux nouveaux publics : migrants d'Afrique, d'Europe de l'est, slam, milieu festif gay
- Le développement d'interventions à distance, notamment par le biais des nouvelles technologies
- La prise en compte des usagers dans la conception et mise en œuvre des outils et des dispositifs est indispensable
- La capacité de la politique de la RDR à « aller vers l'utilisateur » constitue également une condition préalable de succès
- L'évolution constante des pratiques d'usage implique d'adapter en continu les réponses et d'innover
- L'efficacité des interventions de RDR repose fortement sur leur acceptabilité sociale
- L'importance de la combinaison et de la diversification des actions, mais Laurent Michel reviendra sur cet aspect important.
- L'importance d'un renforcement de la RDR en milieu carcéral
- La notion de transférabilité : un programme qui a bien fonctionné dans certaines circonstances doit parfois être adapté au contexte et à la culture locale, raison pour laquelle l'engagement et les compétences des acteurs de la RDR sont absolument centrales dans l'efficacité des dispositifs

¹⁸ Une revue de littérature sur ce thème est en cours à l'INPES.

5 Références bibliographiques citées

- ANSM (2015) Compte rendu de la séance n°12 du 15 octobre 2015 de la Commission des stupéfiants et des psychotropes. Saint-Denis, ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé), 18 p.
- Aspinall E.J., Nambiar D., Goldberg D.J., Hickman M., Weir A., Van Velzen E., Palmateer N., Doyle J.S., Hellard M.E., Hutchinson S.J. (2014) Are needle and syringe programmes associated with a reduction in HIV transmission among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Epidemiology*, Vol. 43, n° 1, pp. 235-248.
- Assurance Maladie (2015) Medic'AM 2012-2014. <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/medicament/medic-am/medic-am-2012-2014.php> [accédé le 11/12/2015].
- Bargagli A., Davoli M., Minozzi S., Vecchi S., Perucci C. (2007) A systematic review of observational studies on treatment of opioid dependence. Background document prepared for 3rd meeting of Technical Development Group (TDG) for the WHO "Guidelines for psychosocially assisted pharmacotherapy of opioid dependence", 17-21 September. Geneva, WHO, 80 p.
- Bayoumi A.M., Zaric G.S. (2008) The cost-effectiveness of Vancouver's supervised injection facility. *Canadian Medical Association Journal*, Vol. 179, n° 11, pp. 1143-1151.
- Beck F., Andler R., Lermenier-Jeannet A. (2015) La cigarette électronique en France : entre principe de précaution et réduction des risques. *Dépendances*, n° 56, pp. 15-17.
- Beck F., Legleye S. (2008) Measuring cannabis related problems and dependence at the population level. In: A cannabis reader: global issues and local experiences. Perspectives on cannabis controversies, treatment and regulation in Europe, EMCDDA, Rödner Sznitman S., Olsson B., Room R. (Eds). Luxembourg, Office for official publications of the European communities, Vol. 2, pp. 29-57.
- Bello P.-Y., Cadet-Taïrou A., Halfen S. (2010) L'état de santé des usagers problématiques. In: Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND, Costes J.M. (Eds), OFDT, pp. 38-50.
- Ben Lakhdar C., Milhet M., Diaz Gomez C. (2008) Réduction des risques : transmission du VHC, efficacité des outils et acceptabilité par les usagers - Revues de littérature. Saint-Denis, OFDT, 76 p.
- Bergman M., Cattacin S., Lucas B., Wernli B. (1997) Libéraliser, réduire les risques, soigner ou réprimer ? L'opinion de la population suisse à l'égard de la politique en matière de drogue. Genève, Université de Genève, coll. Travaux et communications du département de science politique, n°8/1997, 79 p.
- Bolier L., Voorham L., Monshouwer K., Van HASSELT N., Bellis M. (2011) Alcohol and drug prevention in nightlife settings: a review of experimental studies. *Substance Use and Misuse*, Vol. 46, n° 13, pp. 1569-1591.
- Brisacier A.C., Collin C. (2014) Les traitements de substitution aux opiacés en France : données récentes [Opioid substitution treatments in France: recent data]. *Tendances*, OFDT, n° 94, 6 p.
- Cadet-Taïrou A., Gandilhon M., Lahaie E., Chalumeau M., Coquelin A., Toufik A. (2010) Drogues et usages de drogues en France. État des lieux et tendances récentes 2007-2009. Neuvième édition du rapport national du dispositif TREND. Saint-Denis, OFDT, 281 p.
- Cadet-Taïrou A., Saïd S., Martinez M. (2015) Profils et pratiques des usagers des CAARUD en 2012 [CAARUD client profiles and practices in 2012]. *Tendances*, OFDT, n° 98, 8 p.

- Calafat A. (2010) Prevention interventions in recreational settings. Strasbourg, Pompidou Group, Council of Europe, 69 p.
- Calafat A., Juan M., Duch M.A. (2009) Preventive interventions in nightlife: a review. *Adicciones*, Vol. 21, n° 4, pp. 387-413.
- Carrieri P.M., Michel L., Lions C., Cohen J., Vray M., Mora M., Marcellin F., Spire B., Morel A., Roux P., the Methaville Study Group (2014) Methadone induction in primary care for opioid dependence: A pragmatic randomized trial (ANRS Methaville). *PLoS ONE*, Vol. 9, n° 11, pp. e112328.
- Cazein F., Pillonel J., Le Strat Y., Pinget R., Le Vu S., Brunet S., Thierry D., Brand D., Leclerc M., Benyelles L., Da Costa C., Barin F., Lot F. (2015) Découvertes de séropositivité VIH et SIDA, France, 2003-2013 [New HIV and AIDS diagnoses, France, 2003-2013]. *BEH - Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 9-10, pp. 152-161.
- Connolly J.A., Joly L.E. (2012) Outreach with street-involved youth: A quantitative and qualitative review of the literature. *Clinical Psychology Review*, Vol. 32, n° 6, pp. 524-534.
- Cook C., Bridge J., Stimson G.V. (2010) The diffusion of harm reduction in Europe and beyond In: Harm reduction: evidence, impacts and challenges, EMCDDA (Eds). Luxembourg, Publications Office of the European Union, coll. Scientific Monograph Series, Vol. 10, pp. 37-56.
- Costes J.M., Vaissade L., Colasante E., Palle C., Legleye S., Janssen E., Toufik A., Cadet-Taïrou A. (2009) Prévalence de l'usage problématique de drogues en France - estimations 2006. Saint-Denis, OFDT, 29 p.
- Cruz M.F., Patra J., Fischer B., Rehm J., Kalousek K. (2007) Public opinion towards supervised injection facilities and heroin-assisted treatment in Ontario, Canada. *International Journal of Drug Policy*, Vol. 18, n° 1, pp. 54-61.
- Debeaupuis J. (2003) Circulaire DHOS/02 n°2003-254 du 27 mai 2003 relative à l'enquête "un jour donné" au cours de la semaine du 23 au 27 juin 2003 sur les personnes détenues infectées par le VIH ou le VHC connues des équipes médicales intervenant dans les établissements pénitentiaires (unités de consultations et de soins ambulatoires UCSA). *BO Santé*, n° 2003/40 du 18 octobre, pp. 171-184.
- Degenhardt L., Larney S., Kimber J., Gisev N., Farrell M., Dobbins T., Weatherburn D.J., Gibson A., Mattick R., Butler T., Burns L. (2014) The impact of opioid substitution therapy on mortality post-release from prison: retrospective data linkage study. *Addiction*, Vol. 109, n° 8, pp. 1306-1317.
- Diaz Gomez C. (2009) Les salles de consommation en Europe. Synthèse de la revue de littérature internationale. Note de synthèse. Saint-Denis, OFDT, 4 p.
- Direction générale de la santé (2011) Enquête PREVACAR - Volet offre de soins : VIH, hépatites et traitements de substitution en milieu carcéral. Paris, DGS, 88 p.
- Dolan K.A., Shearer J., White B., Zhou J., Kaldor J., Wodak A.D. (2005) Four-year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, re-incarceration and hepatitis C infection. *Addiction*, Vol. 100, n° 6, pp. 820-828.
- Dube E., Masse R., Noel L. (2009) Acceptabilité des interventions en réduction des méfaits : contributions de la population aux débats éthiques de santé publique. *Can J Public Health*, Vol. 100, n° 1, pp. 24-28.
- Duplessy C., Pourchon F. (2015) Bilan de 3 ans d'expérimentation de la réduction des risques à distance (2011-2014). Paris, Association SAFE, 44 p.
- Eder H., Jagsch R., Kraigher D., Primorac A., Ebner N., Fischer G. (2005) Comparative study of the effectiveness of slow-release morphine and methadone for opioid maintenance therapy. *Addiction*, Vol. 100, n° 8, pp. 1101-1109.
- EMCDDA (2010) Trends in injecting drug use in Europe. Selected issue. Lisbon, EMCDDA, 22 p.

- EMCDDA (2015a) Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence. Perspectives on drugs. <http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/drug-consumption-rooms> [accédé le 2016/01/29].
- EMCDDA (2015b) Preventing fatal overdoses: a systematic review of the effectiveness of take-home naloxone. Luxembourg, Publications Office of the European Union, coll. EMCDDA Papers, 37 p.
- EMCDDA, STRANG J., GROSHKOVA T., METREBIAN N. (2012a) New heroin-assisted treatment. Recent evidence and current practices of supervised injectable heroin treatment in Europe and beyond. Luxembourg, Publications Office of the European Union, coll. EMCDDA Insights, n°11, 170 p.
- EMCDDA, VAN HASSELT N., HUGHES K., BURKHART G., GYARMATHY V.A. (2012b) Responding to drug use and related problems in recreational settings. Lisbon, EMCDDA, coll. Thematic Papers, 12 p.
- Enns E.A., Zaric G.S., Strike C.J., Jairam J.A., Kolla G., Bayoumi A.M. (2016) Potential cost-effectiveness of supervised injection facilities in Toronto and Ottawa, Canada. *Addiction*, Vol. 111, n° 3, pp. 475-489.
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), EMCDDA (2011) ECDC and EMCDDA guidance. Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs. Stockholm, ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control), 55 p.
- Faggiano F., Vigna-Taglianti F. (2008) Drugs, illicit - Primary prevention strategies. In: International Encyclopedia of Public Health, Heggenhougen K., Quah S. (Eds). San Diego, Academic Press, Vol. 2, pp. 249-265.
- FFA, ANAES (2005) Conférence de consensus, Lyon, 23-24 juin 2004. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution. Textes des recommandations. Saint-Denis, ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé), 57 p.
- Fischer B., Blanken P., Da Silveira D., A. G., Goldner E.M., Rehm J., Tyndall M., Wood E. (2015) Effectiveness of secondary prevention and treatment interventions for crack-cocaine use: A comprehensive narrative overview of English-language studies. *International Journal of Drug Policy*.
- Galassi A., Mpofu E., Athanasou J. (2015) Therapeutic community treatment of an inmate population with substance use disorders: Post-release trends in re-arrest, re-incarceration, and drug misuse relapse. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Vol. 12, n° 6, pp. 7059-7072.
- Gowing L., Farrell M., Bornemann R., Sullivan L., Ali R. (2008) Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 2, pp. CD004145.
- Gripenberg J., Wallin E., Andreasson S. (2007) Effects of a community-based drug use prevention program targeting licensed premises. *Substance Use and Misuse*, Vol. 42, n° 12-13, pp. 1883-1898.
- HAS (2014) Place des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans la stratégie de dépistage de l'hépatite C. Recommandation en santé publique. Saint-Denis, Haute Autorité de santé, 104 p.
- Hedrich D., Alves P., Farrell M., Stover H., Moller L., Mayet S. (2012) The effectiveness of opioid maintenance treatment in prison settings: a systematic review. *Addiction*, Vol. 107, n° 3, pp. 501-517.
- Hellard M., Sacks-Davis R., Gold J. (2009) Hepatitis C treatment for injection drug users: A review of the available evidence. *Clinical Infectious Diseases*, Vol. 49, n° 4, pp. 561-573.

- Henskens R., Garretsen H., Bongers I. (2008) Effectiveness of an outreach treatment program for inner city crack abusers: compliance, outcome, and client satisfaction. *Substance Use Misuse*, n° 43, pp. 1464-1475.
- Hunt N., Stillwell G., Taylor C. (1998) Evaluation of brief intervention to prevent initiation into injecting. *Drug Education Prevention and Policy*, n° 5, pp. 185-194.
- IHRA (2009) What is harm reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association. London, International Harm Reduction Association.
- INSERM (2010a) Dispositifs de réduction des risques en France (chapitre 15). In: Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. Paris, INSERM, coll. Expertise collective, pp. 255-272.
- INSERM (2010b) Parcours de soins des usagers de drogues (chapitre 13). In: Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. Paris, INSERM, coll. Expertise collective, pp. 231-240.
- INSERM (2010c) Pratiques à risque chez les fumeurs de crack (chapitre 7). In: Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. Paris, INSERM, coll. Expertise collective, pp. 119-130.
- INSERM (2010d) Réduction des risques en milieu pénitentiaire (chapitre 18). In: Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. Paris, INSERM, coll. Expertise collective, pp. 309-340.
- INSERM (2010e) Usage des drogues en France et principaux dommages associés (chapitre 3). In: Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. Paris, INSERM, coll. Expertise collective, pp. 29-56.
- InVS (2009) Surveillance et prévention des hépatites B et C en France : bilan et perspectives. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 20-21, pp. 193-220.
- Ireps Haute-Normandie (2014) Les Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD). Bibliographie indicative. Rouen, Ireps Haute-Normandie, 10 p.
- Jauffret-Roustide M., Benoit T., Santos A. (2013a) Evaluation des outils de réduction des risques liés à l'injection, Cermes3 (Inserm U988) and InVS.
- Jauffret-Roustide M., Pillonel J., Weill-Barillet L., Léon L., Le Strat Y., Brunet S., Benoit T., Chauvin C., Lebreton M., Barin F., Semaille C. (2013b) Estimation de la séroprévalence du VIH et de l'hépatite C chez les usagers de drogues en France - Premiers résultats de l'enquête ANRS-Coquelicot 2011 [Estimation of HIV and hepatitis C prevalence among drug users in France - First results from the ANRS-Coquelicot 2011 Survey]. *BEH - Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 39-40, pp. 504-509.
- Jegu J., Gallini A., Soler P., Montastruc J.-L., Lapeyre-Mestre M. (2011) Slow-release oral morphine for opioid maintenance treatment: a systematic review. *British Journal of Clinical Pharmacology*, Vol. 71, pp. 12.
- Jones L., Hughes K., Atkinson A.M., Bellis M.A. (2011) Reducing harm in drinking environments: A systematic review of effective approaches. *Health and Place*, Vol. 17, n° 2, pp. 508-518.
- Ker K., Chinnock P. (2008) Interventions in the alcohol server setting for preventing injuries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10.1002/14651858.CD005244.pub3, n° 3, pp. CD005244.
- Keyl P.M., Gruskin L., Casano K., Montag H., Junge B., Vlahov D. (1998) Community support for needle exchange programs and pharmacy sale of syringes: a household survey in Baltimore, Maryland. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, Vol. 18, n° Suppl.1, pp. S82-S88.
- Kimber J., Dolan K. (2007) Shooting gallery operation in the context of establishing a medically supervised injecting center: Sydney, Australia. *Journal of Urban Health*, Vol. 84, n° 2, pp. 255-266.

- Kimber J., Palmateer N., Hutchinson S., Hickman M., Goldberg D., Rhodes T. (2010) Harm reduction among injecting drug users - evidence of effectiveness. In: Harm reduction: evidence, impacts and challenges, EMCDDA, Rhodes T., Hedrich D. (Eds). Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, coll. Scientific Monograph Series, n°10, pp. 115-163.
- Kraigher D., Jagsch R., Gombas W., Ortner R., Eder H., Primorac A., Fischer G. (2005) Use of slow-release oral morphine for the treatment of opioid dependence. *European Addiction Research*, Vol. 11, n° 3, pp. 145-151.
- Kral A.H., Wenger L., Carpenter L., Wood E., Kerr T., Bourgois P. (2010) Acceptability of a safer injection facility among injection drug users in San Francisco. *Drug and Alcohol Dependence*, Vol. 110, n° 1–2, pp. 160-163.
- Kwon J.A., Anderson J., Kerr C.C., Thein H.H., Zhang L., Iversen J., Dore G.J., Kaldor J.M., Law M.G., Maher L., Wilson D.P. (2012) Estimating the cost-effectiveness of needle-syringe programs in Australia. *Aids*, Vol. 26, n° 17, pp. 2201-2210.
- Lankenau S.E., Clatts M.C., Goldsamt L.A., Welle D. (2004) Crack cocaine injection practices and HIV risk: findings from New York and Bridgeport. *Journal of Drug Issues*, Vol. 34, pp. 319-332.
- Larney S., Gisev N., Farrell M., Dobbins T., Burns L., Gibson A., Kimber J., Degenhardt L. (2014) Opioid substitution therapy as a strategy to reduce deaths in prison: retrospective cohort study. *BMJ Open*, Vol. 4, n° 4, pp. e004666.
- Le Garjean N., Vivier-Rousselot V. (2013) Conduites addictives. Mieux utiliser Internet et le mobile en prévention et réduction des risques. Etat des lieux : revue de littérature et recensement des outils francophones, AIRDDS Bretagne.
- Le Naour G., Hamant C., Chamard-Coquaz N. (2014) Faire accepter les lieux de réduction des risques : un enjeu quotidien. Lyon, Centre d'Etude et de Recherche sur les Pratiques et l'Espace, CERPE, 99 p.
- Legleye S., Guignard G., Richard J.-B., Kraus L., Pabst A., Beck F. (2015) Psychometric and screening properties of the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) in the general population. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, Vol. 24, n° 2, pp. 170-183.
- Macarthur G.J., van Velzen E., Palmateer N., Kimber J., Pharris A., Hope V., Taylor A., Roy K., Aspinall E., Goldberg D., Rhodes T., Hedrich D., Salminen M., Hickman M., Hutchinson S.J. (2014) Interventions to prevent HIV and Hepatitis C in people who inject drugs: A review of reviews to assess evidence of effectiveness. *International Journal of Drug Policy*, Vol. 25, n° 1, pp. 34-52.
- Marshall B.D.L., Milloy M.J., Wood E., Montaner J.S.G., Kerr T. (2011) Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study. *The Lancet*, Vol. 377, n° 9775, pp. 1429-1437.
- Mathers B.M., Degenhardt L., Bucello C., Lemon J., Wiessing L., Hickman M. (2013) Mortality among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 91, n° 2, pp. 102-123.
- Mattick R.P., Breen C., Kimber J., Davoli M. (2009) Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10.1002/14651858.CD002209.pub2, n° 3, CD002209, 10.1002/14651858.CD002209.pub2.
- McNeil R., Small W. (2014) 'Safer environment interventions': A qualitative synthesis of the experiences and perceptions of people who inject drugs. *Social Science and Medicine*, Vol. 106, pp. 151-158.
- Michel L. (2013) Le point sur la réduction des risques en milieu pénitentiaire. *Acta*, Vol. 13, pp. 52-55.

- Michel L., Jauffret-Roustide M., Blanche J., Maguet O., Calderon C., Cohen J., Taieb C., Carrieri P., Groupe de travail ANRS PRI²DE (2011) Prévention du risque infectieux dans les prisons françaises. L'inventaire ANRS-PRI²DE, 2009. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 39, pp. 409-412.
- MILDT (2013) Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017. Paris, Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, 82 p.
- Milhet M. (2016 (à paraître) Acceptabilité des kits Exper' par les usagers de drogues, OFDT.
- Ministère de la Santé (2015) Arrêté du 13 octobre 2015 modifiant l'arrêté du 22 février 1990 portant exonération à la réglementation des substances vénéneuses destinées à la médecine humaine. NOR: AFSP1524271A (JORF n°0240 du 16 octobre 2015).
- National Treatment Agency (2003) Injectable heroin (and injectable methadone). Potential roles in drug treatment. London, NHS, National Treatment Agency for Substance Misuse, 36 p.
- Obradovic I. (2013) Programmes d'échange de seringues en milieu pénitentiaire. Revue internationale des expériences. *Psychotropes*, Vol. 19, n° 3, pp. 173-195.
- OFDT - Pôle TREND (2015) Guide SINTES (2ème édition). Saint-Denis, OFDT, 48 p.
- OMS (2010) Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool. Genève, OMS, 46 p.
- Paglia A., Room R. (1999) Preventing substance use problems among youth: A literature review and recommendations. *Journal of Primary Prevention*, Vol. 20, n° 1, pp. 3-50.
- Palle C., Rattanaray M. (2013) Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en 2010. Situation en 2010 et évolutions sur la période 2005-2010. Saint-Denis, OFDT, 89 p.
- Perry A.E., Neilson M., Martyn-St James M., Glanville J.M., Woodhouse R., Godfrey C., Hewitt C. (2015) Pharmacological interventions for drug-using offenders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 6, pp. CD010862.
- Poloméni P., Schwan R. (2014) Management of opioid addiction with buprenorphine: French history and current management. *International Journal of General Medicine*, Vol. 7, pp. 143-148.
- Potier C., Laprévotte V., Dubois-Arber F., Cottencin O., Rolland B. (2014) Supervised injection services: What has been demonstrated? A systematic literature review. *Drug and Alcohol Dependence*, Vol. 145, pp. 48-68.
- Remy A.J., Benhaïm S., Khemissa F. (2003) Prise en charge de l'hépatite C en prison. *La Revue du Praticien*, Vol. 17, pp. 1325-1327.
- République Française (2016) Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. *JORF*, n° 0022 du 27 janvier 2016, NOR: AFSX1418355L.
- Ritter A., Cameron J. (2006) A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug and Alcohol Review*, Vol. 25, n° 6, pp. 611-624.
- Robinet S. (2012) Communiqué du 19 septembre 2012 du président de l'association Pharm'addict : 50 000 patients sous méthadone en juillet 2012 !! Trop ou trop peu ? <http://a-f-r.org/50-000-patients-sous-methadone-en-juillet-2012-trop-ou-trop-peu/> [accédé le 19/02/2016].
- Robinson A., Wermeling D.P. (2014) Intranasal naloxone administration for treatment of opioid overdose. *American Journal of Health-System Pharmacy*, Vol. 71, n° 24, pp. 2129-2135.
- Rotily M., Delorme C., Ben Diane M.K. (1998) Réduction des risques de l'infection à VIH et des hépatites en milieu carcéral : prévalence des pratiques à risques et analyse des contraintes et de la faisabilité des programmes de réduction des risques en milieu carcéral. Marseille, ORS PACA, 150 p.

- Rotily M., ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur (ORS PACA) (2000) Stratégies de réduction des risques de l'infection à VIH et des hépatites en milieu carcéral : synthèse. In: Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral. Paris, Direction de l'administration pénitentiaire ; Direction générale de la santé, pp. 35-51.
- Rotily M., Weilandt C., Bird S.M., Kall K., Van Haastrecht H.J., Iandolo E., Rousseau S. (2001) Surveillance of HIV infection and related risk behaviour in European prisons. A multicentre pilot study. *European Journal of Public Health*, Vol. 11, n° 3, pp. 243-250.
- Roux P., Le Gall J.M., Debrus M., Protopopescu C., Ndiaye K., Demoulin B., Lions C., Haas A., Mora M., Spire B., Suzan-Monti M., Carrieri P.M. (2016) 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*, pp. 96-106.
- Salmon A.M., Thein H.H., Kimber J., Kaldor J.M., Maher L. (2007) Five years on: what are the community perceptions of drug-related public amenity following the establishment of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre? *International Journal of Drug Policy*, Vol. 18, n° 1, pp. 46-53.
- Sannier O., Verfaillie F., Lavielle D. (2012) Réduction des risques et usages de drogues en détention : une stratégie sanitaire déficitaire et inefficace. *La Presse Médicale*, Vol. 41, pp. 375-385.
- Santibanez S.S., Garfein R.S., Swartzendruber A., Kerndt P.R., Morse E., Ompad D., Strathdee S., Williams I.T., Friedman S.R., Ouellet L.J. (2005) Prevalence and correlates of crack-cocaine injection among young injection drug users in the United States, 1997-1999. *Drug and Alcohol Dependence*, Vol. 77, n° 3, pp. 227-233.
- Semaille C., Le Strat Y., Chiron E., Chemlal K., Valantin M.A., Serre P., Cate L., Barbier C., Jauffret-Roustide M., Groupe Prevacar (2013) Prevalence of human immunodeficiency virus and hepatitis C virus among French prison inmates in 2010: a challenge for public health policy. *Eurosurveillance*, Vol. 18, n° 28, pp. art. 20524.
- Stoicescu C. (2012) The global state of harm reduction 2012. Towards an integrated response. London, HRI (Harm Reduction International), 190 p.
- Stöver H., Nelles J. (2003) Ten years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons. *International Journal of Drug Policy*, Vol. 14, n° 5-6, pp. 437-444.
- Strike C., Watson T.M., Kolla G., Penn R., Bayoumi A.M. (2015) Ambivalence about supervised injection facilities among community stakeholders. *Harm Reduction Journal*, Vol. 12, n° 26.
- Tay R. (2005) Mass media campaigns reduce the incidence of drinking and driving. *Evidence-based Healthcare and Public Health*, Vol. 9, n° 1, pp. 26-29.
- Tommasello A.C., Myers C.P., Gillis L., Treherne L.L., Plumhoff M. (1999) Effectiveness of outreach to homeless substance abusers. *Evaluation and Program Planning*, Vol. 22, n° 3, pp. 295-303.
- Tournier P.V. (2015) OPALE - Observatoire de la privation de liberté et des sanctions et mesures appliquées dans la communauté. OPALE 1 : Etat de la population sous écrou au 1er novembre 2015 et évolution sur un an. Paris, Ministère de la Justice.
- Tovar M.L., Le Nézet O., Bastianic T. (2013) Perceptions et opinions des Français sur les drogues. *Tendances*, OFDT, n° 88, 6 p.
- Treloar C., Fraser S. (2007) Public opinion on needle and syringe programmes: avoiding assumptions for policy and practice. *Drug and Alcohol Review*, Vol. 26, n° 4, pp. 355-361.
- Turner K.M., Hutchinson S., Vickerman P., Hope V., Craine N., Palmateer N., May M., Taylor A., De Angelis D., Cameron S., Parry J., Lyons M., Goldberg D., Allen E., Hickman M. (2011) The impact of needle and syringe provision and opiate substitution therapy on

- the incidence of hepatitis C virus in injecting drug users: pooling of UK evidence. *Addiction*, Vol. 106, n° 11, pp. 1978-1988.
- Tyndall M.W., Currie S., Spittal P., Li K., Wood E., O'Shaughnessy M.V., Schechter M.T. (2003) Intensive injection cocaine use as the primary risk factor in the Vancouver HIV-1 epidemic. *Aids*, Vol. 17, n° 6, pp. 887-893.
- Uchtenhagen A. (1995) Harm reduction: The case of Switzerland. *European Addiction Research*, Vol. 1, n° 3, pp. 86-91.
- Van Beek I., Dwyer R., Malcolm A. (2001) Cocaine injecting: the sharp end of drug-related harm! *Drug and Alcohol Review*, Vol. 20, n° 3, pp. 333-342.
- Wenger L.D., Martinez A.N., Carpenter L., Geckeler D., Colfax G., Kral A.H. (2011) Syringe disposal among injection drug users in San Francisco. *American Journal of Public Health*, Vol. 101, n° 3, pp. 484-486.
- Whittingham J.R., Ruiter R.A., Bolier L., Lemmers L., Van Hasselt N., Kok G. (2009) Avoiding counterproductive results: an experimental pretest of a harm reduction intervention on attitude toward party drugs among users and nonusers. *Substance Use and Misuse*, Vol. 44, n° 4, pp. 532-547.
- WHO (1993) WHO Guidelines on HIV infection and AIDS in prisons. Geneva, World Health Organization, 9 p.
- WHO (2009) Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. Geneva, WHO, 134 p.
- WHO (2014a) Community management of opioid overdose. Genève, WHO, 88 p.
- WHO (2014b) Guidelines for the screening, care and treatment of persons with hepatitis C infection. Geneva, WHO, 124 p.
- WHO (2015) HIV and young people who inject drugs. Geneva, WHO, 34 p.
- WHO, UNODC, UNAIDS (2007) Effectiveness of interventions to address HIV in prisons. Geneva, WHO, 159 p.
- WHO Regional Office for South-East Asia, WHO Regional Office for the Western Pacific, UNODC Regional Centre for East Asia and the Pacific (2009) Guidance on testing and counselling for HIV in settings attended by people who inject drugs: Improving access to treatment, care and prevention, WHO, 91 p.
- Wood E., Kerr T., Small W., Li K., Marsh D.C., Montaner J.S.G., Tyndall M.W. (2004) Changes in public order after the opening of a medically supervised safer injecting facility for illicit injection drug users. *Canadian Medical Association Journal*, Vol. 171, n° 7, pp. 731-734.
- Wood E., Tyndall M.W., Lai C., Montaner J.S., Kerr T. (2006) Impact of a medically supervised safer injecting facility on drug dealing and other drug-related crime. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, Vol. 1, n° 13.
- Wood E., Tyndall M.W., Zhang R., Montaner J.S., Kerr T. (2007) Rate of detoxification service use and its impact among a cohort of supervised injecting facility users. *Addiction*, Vol. 102, n° 6, pp. 916-919.
- Zhang L., Yap L., Xun Z., Wu Z., Wilson D.P. (2011) Needle and syringe programs in Yunnan, China yield health and financial return. *BMC Public Health*, Vol. 11, n° 250.