

Pour un modèle de RDR renouvelée

Pierre Chappard et Fabienne Pourchon,
co-fondateur et co-fondatrice de Psychoactif.org



Cette traduction est issue de l'article For a renew Harm Reduction model
paru dans Harm Reduction Journal

Chappard, P., Pourchon, F. For a renewed harm reduction model. *Harm Reduct J*
22, 23 (2025). <https://doi.org/10.1186/s12954-025-01165-4>

ABSTRACT

Au début des années 90, la propagation du VIH chez les personnes injectrices (d'héroïne) a nécessité une inflexion de la politique des drogues en France et à l'international. Ce changement a permis à une nouvelle politique (dite de RDR) et à de nouveaux dispositifs d'émerger : programme d'échange de seringues, programme de TSO (méthadone et buprénorphine) pour gérer sa consommation d'opiacés illicites, dispositif d'accueil et d'accompagnement des PUD¹ les plus précaires dans des centres même s'ils n'arrêtent pas les drogues. Ce changement de politique qui repose sur l'affirmation qu'il n'y a pas de société sans drogues, qu'il faut faire avec et ne pas chercher à les éradiquer, s'est accompagné de la naissance de groupes d'auto-support de PUD non repentantes qui prenaient la parole dans l'espace public pour la première fois.

30 ans après, les auteurs affirment que ce début d'émancipation des PUD n'a pas tenu ses promesses. Et même plus, la cohabitation d'une RDR institutionnalisée et bureaucratisée avec la pénalisation et la stigmatisation de l'usage de drogues s'est fait contre l'émancipation des PUD.

¹ Personne Usagère de Drogues

En tant que PUD, usager.e.s du système de soins en addictologie, pairs aidants et dirigeant.e.s de structures d'addictologie et de RDR, les auteurs proposent de discuter la tension et les silences qui entourent la RDR et qui coexistent avec la criminalisation et la stigmatisation.

En partageant leur expérience et en réfléchissant sur leur pratique, avec l'exemple de Psychoactif, une plateforme internet pour les PUD et un groupe d'auto-support qu'ils ont créé, ils proposent d'explorer un nouveau modèle de RDR émancipatrice qui renoue avec les racines civiques et émancipatrices de la RDR des années 1990 : un modèle de RDR basé sur les droits qui permet aux PUD de retrouver leur pouvoir d'agir et d'échapper à l'aliénation causée par la stigmatisation de la consommation de drogues.

Mots-clés

Réduction des risques, auto-support, savoirs expérientiels, bénéfices de la consommation de drogues, stigmatisation, émancipation, politique des drogues, prohibition.

INTRODUCTION : SOMMES-NOUS SEULS ?

Au début des années 2000, les deux auteurs ont connu la réduction des risques dans des associations. La rencontre avec la RDR a fait écho à leurs valeurs. Le plus juste serait de dire que cela a été une révélation. Pour une fois, ils pouvaient être acceptés comme ils étaient : des consommateurs de drogues. Leur passion pour la RDR les a amenés à travailler dans le secteur professionnel de la RDR. C'est en rencontrant le milieu professionnel des acteurs de la RDR que leur engouement a diminué. Si certains usages pouvaient être acceptés par les acteurs de la RDR, la dépendance aux opiacés restait taboue, vu comme quelque chose qu'il fallait combattre, dont il fallait avoir honte. Certaines pratiques comme l'injection étaient toujours très stigmatisées, malgré le soi-disant non jugement des pratiques. Les intervenants en RDR avaient une acceptation tacite de la discrimination dans le dispositif de soin et d'addictologie, et ne remettaient pas en cause la prohibition des drogues.

Devant ces constats les auteurs fondent une plateforme internet fin 2006, du nom de Psychoactif, qui contient des forums, des blogs et un wiki. Le but était, et est toujours, de permettre à chaque PUD quel que soit les drogues consommées, son mode de consommation et son rapport aux produits, de venir témoigner anonymement. L'objet de la plateforme est de partager ses expériences pour construire des stratégies collectives et individuelles de réduction des risques. Très vite des internautes affluent sur Psychoactif. La possibilité d'être anonyme en ligne, rend le témoignage public des PUD non repentantes possible. Rapidement, une équipe de bénévoles est cooptée parmi les personnes qui fréquentent la plateforme pour la modération. Leur fonction est de faire respecter les valeurs de la plateforme et de garantir la sécurité des internautes en censurant et bannissant ceux et celles qui ne respectent pas les règles.

Presque 20 ans après, en 2024, Psychoactif a une équipe de modération d'une quinzaine de bénévoles qui sont aussi des PUD. L'équipe de modération est aussi un groupe d'auto-support à part entière. Elle a des discussions journalières via des outils numériques et se réunit plusieurs fois par an, pour réfléchir sur la RDR, les addictions, le système de soin (spécifique aux addiction et général) et la prohibition.

Il y a près d'une centaine de différents forums sur Psychoactif, sur les produits psychoactifs, sur la prohibition, sur le système de soin, sur la stigmatisation intersectionnelle des femmes, ou encore sur le chemsex. Il y a aussi des forums pour aider les personnes à maintenir leur anonymat sur internet et sur le deep web. Psychoactif est une communauté, et ce qui en fait une communauté n'est pas tant le fait que ses membres soient des consommateurs de drogues, mais qu'ils appartiennent à la même plateforme numérique et partagent ses valeurs.

Parallèlement à cette occupation bénévole, aujourd'hui les deux auteurs sont devenus des dirigeants de structure d'addictologie et de RDR. Les deux auteurs ont donc une expérience personnelle de l'usage de drogues, du TSO. Ils ont aussi l'expérience personnelle des arrestations policières pour usage de drogues et des difficultés d'accès au système de soin liés à leur usage de drogues. Cette ubiquité a permis aux auteurs de développer ce que ((Medina, 2013) appelle une « double conscience » : l'appartenance à deux groupes aux relations de pouvoir asymétriques, les PUD et les dirigeants du système d'addictologie, leur donne la possibilité de déconstruire les discours dominants sur les drogues et l'addiction.

Dans ce contexte, leur expérience et leur positionnement distinctif leur confèrent une vision unique de la RDR, son fonctionnement et sa philosophie. Ils sont également conscients que la stigmatisation persistante des PUD peut discréditer leur discours dans cet article. Se dévoiler dans un système prohibitionniste est un risque. Cependant, ils se sentent obligés de partager leurs perceptions dans un contexte où les professionnel.le.s et chercheurs en RDR et en addictologie ont trop longtemps passé sous silence leur propre consommation de drogues afin de protéger leurs intérêts et de ne pas compromettre leur crédibilité et leur carrière professionnelle.

En tant que PUD, usager.e du système de soin en addictologie, travailleur pair, mais aussi dirigeant de structure en addictologie, les auteurs proposent de discuter la tension et les silences qui entourent la RDR et qui coexistent avec la criminalisation et la stigmatisation. En partageant leur expérience, en réfléchissant sur leur pratique, ils proposent d'explorer un nouveau modèle de RDR émancipatrice. Un modèle de réduction des risques axé sur les droits qui permet aux PUD de restaurer leur pouvoir d'agir et d'échapper à l'aliénation causée par la stigmatisation de la consommation de drogues.

CONCEPTUALISATION DE LA RÉDUCTION DES RISQUES (DANS LE CONTEXTE FRANÇAIS)

Les premières mesures de RDR liées au VIH chez les personnes usagerères de drogues injectables ont été introduites en France à la fin des années 1980 et au début des années 1990. Elles comprenaient la vente libre de seringues, des programmes d'échange de seringues, le premier programme de méthadone et la création de 19 associations de PUD au sein du réseau ASUD² à travers le pays. Pour la première fois, des PUD injectrices non repenties ont pu s'exprimer publiquement. ASUD a produit des brochures, des journaux et mis en place des programmes d'échange de seringues pour leurs pairs.

En 2004, la politique de réduction des risques pour les PUD a finalement été inscrite dans la loi française : « La politique de réduction des risques pour les usagers de drogues vise à prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose par injection intraveineuse de drogues et les dommages sociaux et psychologiques liés à l'addiction aux substances classées comme stupéfiants³. ». Les programmes d'échange de seringues et les centres d'accueil sont devenus des centres médico-sociaux institutionnalisés, financés par l'État pendant les 15 ans suivants, appelés CAARUD (Centres d'accueil et de prise en charge des usagers de drogues). Cinq ans plus tard, les CSAPA (Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) ont également été officiellement mandatés pour mettre en œuvre la politique de réduction des risques⁴.

En 2016, suite au débat sur la création de salles de consommation de drogues (Chappard & Couteron, 2013), une nouvelle loi de santé publique a donné une définition quasi identique de la RDR. Les drogues licites et illicites y ont été incluses, et la RDR ont été inscrite dans le Code de la santé publique sous le titre « lutte contre les addictions », plutôt que celui de lutte contre le VIH⁵. Cependant, ni cette loi ni celle de 2004 ne reconnaissent ni la place et ni le financement des associations d'auto-support.

² Asud Journal N°11 https://asud.org/wp-content/uploads/2023/11/asud_journal_11.pdf

³ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

⁴ Circulaire DGS/MC2 no 2008-79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2008/08-03/SEL_20080003_0100_0112.pdf

⁵ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Si les auteurs ont pu croire à la promesse d'émancipation des PUD aux débuts de la RDR, sa professionnalisation et son institutionnalisation dans les politiques de santé publique – dans un contexte où la consommation de drogues en France est toujours illégale – ont montré leurs limites. Sur les 19 associations ASUD, une seule – ASUD Paris – est restée un groupe d'auto-support produisant un journal pour les PUD. Seize autres ont disparu, et deux sont devenues des CAARUD, qui n'ont rien à voir avec l'auto-support. La seule façon pour ces groupes d'obtenir un financement à long terme est de recevoir le statut de CAARUD. Pour cette raison et pour d'autres, l'institutionnalisation de la RDR s'est développée contre l'émancipation des PUD.

La RDR institutionnelle n'est pas un modèle basé sur les besoins des PUD ; c'est un modèle vertical de santé publique où « les populations qui manifestent un risque élevé ou qui sont composées d'individus considérés à risque deviennent la cible de programmes visant à transformer leur statut, à en faire des citoyens actifs capables, en tant qu'individus et communautés, de gérer leur propre risque » (Dean, 1999, p. 168) (Roe, 2005). La RDR est donc une technique agentive qui exige que la population ciblée de PUD adopte les mesures recommandées par les études épidémiologiques pour lutter contre les risques (p. ex., VIH, VHC, surdoses). Les acteurs impliqués ne se demandent jamais si les risques auxquels ils s'attaquent sont eux-mêmes la conséquence du système idéologique dans lequel ils évoluent. Autrement dit, la RDR institutionnelle se concentre sur les risques individuels et sanitaires liés à la consommation de drogues, mais ne prennent pas en compte les risques et dommages psychosociaux ou juridiques liés à la prohibition et à la stigmatisation, ni les inégalités sociales et les systèmes oppressifs (patriarcat, racisme, etc.) qui aggravent ces dommages (Miller, 2001). En témoigne le fait qu'en 2024, les stratégies d'intervention auprès des PUD se limitent encore à l'évaluation des risques sanitaires (par exemple, VIH, VHC, overdoses) et à la diffusion d'outils pour les réduire. Ce focus exclusif sur les risques sanitaires a des conséquences sur les connaissances requises des acteurs de la RDR institutionnelle : les professionnel.le.s ont besoin de connaissances médicales ; les connaissances expérientielles ne sont pas prises en compte.

La RDR institutionnelles fait partie intégrante du système de santé publique ; ce système demande aux PUD de devenir des citoyens autonomes, responsables et en bonne santé, et, à terme, de se libérer de la dépendance (Formiatti R., 2018).

Cela conduit à ce que Shira Hassan appelle la «recovery readiness» ou «préparation au rétablissement» (Hassan, 2022, p. 118), où la RDR institutionnelle «encourage» les PUD à atteindre ce qui est considéré comme l'objectif ultime, l'abstinence, au détriment de leur autodétermination et de leur autonomie.

C'est en essayant d'être bienveillants et en «incitant» les PUD à arrêter que les professionnel.le.s créent de la violence et sapent leur autonomie. Voici quelques exemples concrets :

- Une association de RDR propose à une personne précarisée qui s'infecte de fortes doses de morphine un voyage en Afrique. La condition pour y participer est d'arrêter l'injection et de passer à la méthadone, en faisant une semaine à l'hôpital juste avant le voyage. Cette proposition s'inscrit dans un programme incitatif qui prépare les PUD à envisager l'arrêt de l'injection. Cette personne, qui n'a jamais voyagé, est prêt à accepter toutes les conditions qui lui sont imposées pour se rendre en Afrique. Incapable de gérer l'impact de l'arrêt des injections et les effets du passage de la morphine à la méthadone, il quitte l'hôpital au bout de trois jours avec un profond sentiment d'échec, d'incapacité et de culpabilité. Ce qui, perçu par les professionnel.le.s comme un voyage «thérapeutique» pour arrêter l'injection s'est avéré contre-productif.
- Les professionnel.le.s de santé refusent de réaliser des entretiens avec une PUD qui semble sous l'emprise de drogues, car, selon eux, il ne disposerait pas des capacités mentales minimales nécessaires à des échanges profitables. Ce faisant, ils lui refusent l'accès aux soins et aux droits, l'incitant à revenir sobre la prochaine fois, sans savoir s'il en sera capable.

Cette vision de la RDR institutionnelle renvoie à ce que (Hunt, 2004) appelle la «RDR à faibles droits». Ce modèle coexiste avec la criminalisation de la consommation de drogues et met l'accent sur les risques individuels associés à celle-ci. Il s'agit d'un modèle où la prévention de la consommation est considérée comme un objectif légitime. Il diffère de la «RDR à droits forts», qui considèrent la consommation de drogues comme un droit humain (Jauffret-Roustide & Chappard, 2012).

Dans ce contexte, les deux auteurs soutiennent qu'il est possible de développer un modèle RDR renouvelée, ancré dans les droits humains, émancipateur pour les PUD et ne se limitant pas aux risques pour la santé. Psychoactif est un

exemple de RDR émancipatrice, proposant un dispositif similaire à ce que Shira Hassan appelle Liberatory Harm Reduction⁶ ou RDR libératrice (Hassan, 2022, p. 30).

Psychoactif est un groupe d'auto-support. Comme l'explique Dean Spade dans son livre « Mutual Aid », les groupes d'entraide naissent d'un sentiment de colère et de rage face aux lacunes du système institutionnel (Spade, 2020). Les auteurs étaient en colère contre l'offre de services en RDR, qui ne correspondait pas à leur expérience de la consommation de drogues et à leur perception de la RDR. Ils souhaitaient créer un groupe auto-support où les PUD pourraient discuter de leur consommation, des bénéfices de celle-ci, de leurs modes de consommation et de leur dépendance, sans honte ni culpabilité. Au départ, ils souhaitaient créer un groupe physique, mais cela n'a pas fonctionné. L'idée de créer une plateforme sur internet est venue car l'un des auteurs avait des compétences en programmation. En 2006, le groupe d'auto-support 2.0 Psychoactif est né.

(Barrat, 2011) a montré que les forums internet tels que Psychoactif sont des espaces où les individus mettent en commun leurs savoirs expérientiels et produisent une pharmacologie profane. Psychoactif repose sur l'autodétermination, l'autonomie et les savoirs expérientiels des PUD liés à leur consommation. Les PUD présentes sur la plateforme posent des questions et les membres de la communauté répondent en partageant leurs expériences. Ces témoignages proposent de multiples stratégies éprouvées pour répondre à la question posée. Ceux qui les lisent peuvent s'en inspirer et définir leur propre stratégie de RDR. Cette production de connaissances est donc de nature collective. Ce processus de production de connaissances est régi par une charte qui définit les valeurs et les règles de la communauté de la plateforme. Les modérateurs, membres de la communauté, veillent au respect de cette charte, avec l'aide de la communauté elle-même ; les membres non modérateurs peuvent notamment signaler les messages non conformes. L'équipe de modération de la plateforme veille à ce que les témoignages positifs, c'est-à-dire

⁶ ?"Liberatory Harm Reduction is a philosophy and set of empowerment-based practices that teach us to accompany each other as we transform the root causes of harm in our lives. We put our values into action using real-life strategies to reduce the negative health, legal, and social consequences that result from criminalised and stigmatized life experiences such as drug use, sex, the sex trade, [...] and any other survival strategies deemed morally or socially unacceptable. Liberatory Harm Reductionists support each other and our communities without judgement, stigma, or coercion, and we do not force others to change. We envision a world without racism, capitalism, patriarchy, misogyny, ableism, transphobia, policing, surveillance and other systems of violence. Liberatory Harm Reduction is true self-determination and total body autonomy"

ceux qui vont à l'encontre du modèle de repentance face à la consommation de drogues, soient mis en avant sur la page d'accueil de la plateforme.

Ce sont les membres de la communauté qui décident quels sont les risques qu'ils veulent réduire. Les forums de Psychoactif abordent tous les types de drogues et leurs risques associés ; de nouveaux forums ont été ajoutés au fil des ans en réponse aux demandes de la communauté. Par exemple, des forums sur les nouvelles drogues de synthèse, la culture du psilocybe et l'extraction de DMT ont été ouverts. À mesure que de nouveaux sujets émergent, des connaissances sur la RDR sont produites et synthétisées dans le « Psychowiki », qui allient savoirs expérientiels et médicaux. Psychoactif est une communauté qui cherche non seulement à réduire les risques liés aux drogues, mais aussi les conséquences sociales, juridiques et sanitaires de la criminalisation et de la stigmatisation persistantes de la consommation de drogues en France. Dès son origine, la plateforme a été créée pour documenter et réduire les dommages causés par l'addictologie (par exemple, la stigmatisation, les stratégies d'abstinence), perçue par les PUD comme une forme de violence à leur égard. En 2008, l'équipe de modération a décidé d'ouvrir un forum intitulé « Répression : Victimes de la guerre contre la drogue » afin d'identifier les risques et les préjudices juridiques liés à la prohibition. Ce forum aborde les conséquences des arrestations pour usage de drogue, les perquisitions au domicile, la traque des PUD sur la route suite à l'avènement des tests salivaires de dépistage de drogues (contrairement aux tests d'alcoolémie, qui évaluent le taux d'alcool dans le sang, les tests salivaires de dépistage de drogues évaluent la simple présence de drogue dans la salive. Ils n'évaluent pas l'influence de la drogue sur la personne. Une personne peut donc être testée positive et ne plus être sous l'influence de drogues), la perte du permis de conduire et les meilleurs avocats de la défense en cas de condamnation pour usage de drogue. Pour éviter les violences policières, nous abordons également les droits en garde à vue et lors des contrôles routiers. En 2012, nous avons ouvert un autre forum où chacun peut apprendre à utiliser le deep web : cela permet aux personnes qui achètent sur le deep web pour éviter les violences de la rue de se sécuriser (usurpation d'identité, ransomware, virus...).

La RDR sur Psychoactif est non normative et non prescriptive. Elle laisse les personnes libres de choisir leur stratégie de RDR, même pour les pratiques dites « à risque » comme l'injection. Shira Hassan souligne que ces pratiques sont aussi des stratégies de survie et d'adaptation (Hassan, 2022, p. 123) et que

vouloir les modifier contre la volonté des PUD revient à les priver de leur capacité d'agir. Pire encore, qualifier ces pratiques de « pratiques à risque » renforce la stigmatisation des PUD et les enferme dans la honte et la culpabilité. De plus, ces pratiques sont qualifiées de risquer en termes de risque pour la santé ; cet étiquetage ne prend pas en compte le risque généré par la prohibition. Par exemple, la qualification de pratique « à risque » pour l'injection ne prend pas en compte l'injection d'un produit altéré, l'injection dans des conditions stressantes et insalubres, la stigmatisation liée à l'injection, le refus de soins lié à l'injection. Une façon d'éviter l'étiquetage est de parler de point de vigilance liés à des pratiques spécifiques. Ces points de vigilance permettent de parler des risques associés aux pratiques sans les classer par niveau de risque, et sans stigmatiser certaines pratiques plus que d'autres. Par exemple, dans les dépliants sur l'injection à moindre risque, on trouve systématiquement un schéma du corps humain classant les points d'injection en vert, orange et rouge, selon le niveau de risque supposé. Certains points d'injection sont stigmatisés en rouge (jugulaire, fémoral, pénis, etc.) et en banalisent d'autres en vert (bras, main, etc.). Chez Psychoactif, nous nous limitons à une description des pratiques et des risques, que nous appelons « zones de vigilance ».

Les modérateurs de la plateforme se gardent bien de dire ce qui est « bon » ou « mauvais » pour les PUD. Par exemple, la communauté Psychoactif a débattu de l'injection de méthadone gélules. En France, la méthadone orale (liquide ou gélules) a longtemps été considérée comme un traitement contre l'injection d'opioïdes. Lorsque les PUD ont commencé à injecter le contenu des gélules, cette représentation a été brisée. L'objectif du débat sur Psychoactif était d'entendre l'avis des PUD sur le sujet, mais aussi de partager leurs recettes pour l'injection de gélules. Certains membres ont avancé que les personnes qui s'injectent de la méthadone ne devraient pas pouvoir publier leurs recettes sur Psychoactif, afin de ne pas encourager d'autres personnes à s'injecter des gélules. La question qui a émergé était : « Faut-il interdire la publication des recettes sur Psychoactif ? » L'approche RDR implique de partir de la situation de la personne, de ses besoins. Outre le manque de connaissances actuelles sur les risques réels liés à l'injection de gélules de méthadone, la qualifier de « pratique à risque », sous couvert d'un discours axé sur la santé, constitue une autre façon de porter un jugement moral sur cette pratique. Finalement, l'équipe de modération de Psychoactif a décidé de permettre aux membres d'en parler et de partager leurs recettes pour l'injection de gélules. L'important dans cette

décision était de ne pas exclure les personnes ayant des pratiques « à risque », mais de nouer une relation avec elles afin d'élaborer des stratégies RDR.

SAVOIRS EXPERIENTIELS

Dans divers domaines de la santé, tels que la santé mentale et le handicap, le concept de participation des personnes concernées par les services de santé est devenu central ; représenter les usagers du système de santé, contribuer à l'élaboration des politiques publiques et s'impliquer dans le soutien par les pairs en sont trois exemples. De même, la participation des PUD aux décisions de politique publique devrait être encouragée comme une approche valable pour l'élaboration des politiques des drogues et des programmes RDR. La participation des PUD garantirait que les décisions soient pertinentes, appropriées et efficaces pour les personnes concernées. (Greer & Ritter, 2019) montrent que les PUD les plus touchées par la prohibition ont des opinions et des connaissances spécifiques sur la politique des drogues. Dans leur étude, ils ont proposé trois pistes hypothétiques de contournement de la prohibition aux PUD fréquentant les services sociaux de Sydney : la dépénalisation, la légalisation et la médicalisation/prescription des drogues. Malgré des avis partagés, une majorité des PUD se sont prononcées en faveur d'une régulation des drogues par la médicalisation/prescription, malgré le fait que « le modèle médical a été largement ignoré par les experts dans les délibérations sur la législation relative aux drogues ».

Malgré tout, le récit de l'expérience d'une PUD est façonné par un profond opprobre social qui le produit et le contraint simultanément ; les seuls discours publics tolérés et sollicités par la société sont les discours de repentance, où les PUD s'excusent de leur consommation et des erreurs qu'elles ont commises. (Valentine, et al., 2020) dans « Experience as evidence », mettent en garde contre cette approche qui s'appuie sans réserve sur des récits « qui suivent un arc de déclin et de rédemption et une trajectoire allant de l'état d'« addict » à celui de « clean ». Pour remettre en question le discours dominant fondé sur la rédemption des PUD, (Engel, Bright, Barratt, & Allen, 2021) soutiennent que les récits positifs sur les PUD peuvent le contrer et contribuer à le remodeler. Ces récits positifs démontrent qu'il n'existe pas une seule vérité sur la consommation de drogues et soulignent la nécessité de prendre en compte

d'autres points de vue lors de l'élaboration des politiques publiques en matière de drogues.

En ce qui concerne la RDR, (Dertadian & Yates, 2023) soutiennent qu'une RDR fondée uniquement sur les connaissances médicales est rigide. Elle ne s'adapte pas aux besoins des PUD et exclue les personnes les plus stigmatisées. Elle minimise l'importance de la qualité de vie des personnes, préférant se concentrer sur les problèmes de santé définis par les connaissances médicales. Le savoir expérientiel⁷ peut empêcher les connaissances médicales de nuire aux PUD. (Farrugia, et al., 2019) décrivent les pratiques de Dylan, une PUD et bénévole au sein d'une association gérée par des pairs. Cette association enseigne aux bénévoles comment administrer la naloxone⁸ de manière à réveiller en douceur une PUD après une overdose. Cela permet aux PUD de mieux interagir avec les services d'urgence une fois réveillée. (Farrugia, et al., 2019) montrent que cette pratique est plus efficace que celle pratiquée par les personnels paramédicaux qui injectent la dose complète de naloxone, ce qui place la PUD dans un état de sevrage avancé. De plus, l'approche du « réveil en douceur » est supérieure en termes de santé publique, car des expériences négatives antérieures avec la naloxone peuvent dissuader les personnes de l'administrer et de la recevoir.

En matière de consommation de drogues, les savoirs expérientiels concernent les différents domaines de participation sociale des PUD et leurs conséquences sociales. Ils consistent à savoir identifier et comprendre les effets des drogues, à adapter sa consommation en fonction des effets recherchés et des motivations de consommation, et à gérer les effets indésirables de l'usage. Cependant, les savoirs expérientiels consistent également à savoir utiliser la RDR et le système de soins, à savoir quoi dire à son médecin concernant sa consommation de drogues et à savoir participer au processus décisionnel concernant le traitement de substitution aux opiacés (TSO) et les autres traitements à suivre. Les auteurs soulignent que l'institutionnalisation de la RDR a entraîné la fin de la participation des PUD à la RDR et, par conséquent, la fin de l'utilisation de leurs

⁷ Le savoir expérientiel ne repose pas uniquement sur l'expérience. Il se caractérise par la mobilisation simultanée de l'expérience personnelle, de la réflexion sur les témoignages et l'opinion des pairs, de l'observation de situations similaires ou apparentées, des résultats d'un raisonnement analytique et de l'appropriation d'autres contenus (éventuellement scientifiques) (Gardien, 2017).

⁸ La naloxone est un antagoniste des opioïdes, un médicament utilisé pour inverser ou réduire les effets des opioïdes. Par exemple, elle est utilisée pour rétablir la respiration après une surdose d'opioïdes.

savoirs expérientiels en matière de consommation de drogues pour développer la RDR (Lalande & Chappard, 2012).

Aux débuts de la RDR en France en 1994-1995, les PUD participaient comme pairs aidants aux programmes d'échange de seringues existants et ont même créé leurs propres programmes (Coppel, 2002, p. 165). La professionnalisation et l'institutionnalisation de la RDR en 2004 ont conduit à l'embauche de personnes qualifiées au sein des CAARUD. Par conséquent, une grande partie des personnes consommatrices de drogues ne pouvaient plus poursuivre leur rôle de pairs aidants. Ceci a conduit à la disparition de nombreux pairs aidants de ces centres. La même évolution s'est produite au sein des CSAPA, qui avaient recruté des « ex-drogué.e.s » au début des années 1970 pour assurer l'accueil dans leurs centres et conseiller les PUD dans leur parcours de soins. Pour réintégrer les savoirs expérientiels dans la RDR institutionnelle, il est nécessaire d'impliquer des acteurs qui reconnaissent leur valeur et la cultivent. Ces acteurs ne peuvent être que des (ex-)PUD, notamment des pairs aidants ou des professionnel.le.s (éducateurs, infirmiers, managers, etc.) qui déclarent être (ou avoir été) eux-mêmes des PUD.

Cependant, de nombreux obstacles restent à surmonter avant que ces savoirs puissent être réintégrés. L'un d'eux est lié à ce que Fricker appelle l'injustice épistémique. Ce terme provient d'auteurs féministes et postcoloniaux. Il est utilisé pour analyser la hiérarchie des connaissances au sein des systèmes de domination. (Fricker, 2007) caractérise l'injustice épistémique comme un tort qui affecte une personne spécifiquement dans sa capacité à connaître. Rajeev Bhargava la définit ainsi : « Je définis l'injustice épistémique comme une forme d'injustice culturelle qui survient lorsque les concepts et les catégories par lesquels un peuple se comprend lui-même et son monde sont remplacés ou affectés par les concepts et les catégories des colonisateurs » (Bhargava, 2013). Marie Dos Santos étend ce terme d'injustice épistémique aux personnes consommant des drogues (en particulier les pairs aidants) en contact avec les professionnel.le.s de l'addictologie et de la RDR. Elle affirme que « la reconceptualisation de l'expérience psychotrope à travers le seul prisme de l'épistémologie médicale et addictologique est une forme de violence épistémologique vécue par les PUD, qui réinterpréteront leur propre monde social et leur propre expérience en utilisant les concepts des professionnel.le.s qui les entourent, plutôt qu'en utilisant leur propre cadre de pensée » (Dos Santos & Godrie, Inégalités sociales, production des savoirs et de l'ignorance, 2017, p. 227) L'injustice épistémique dans le contexte de la RDR réside dans

l'impossibilité pour les pairs aidants d'imposer leur point de vue et leur cadre de pensée aux professionnel.le.s. Autrement dit, il s'agit de la capacité des professionnel.le.s de santé à imposer leurs connaissances au détriment des savoirs expérientiels des pairs aidants. Par conséquent, dans de nombreux établissements, les pairs aidants ont cessé d'utiliser leurs savoirs expérientiels et ont adopté les connaissances des soignants. Leur seul rôle est de transmettre des informations sanitaires.

Dans un système dominé par un discours médical, les savoirs expérientiels individuels ne suffisent pas. Les savoirs collectifs, qui construisent d'autres normes et renforcent les individus, sont également essentiels. Les travaux de Monica Jane Barrat montrent que les plateformes de PUD telles que Psychoactif génèrent des interactions sociales qui contribuent à la production de savoir, d'identité et de culture (Barrat, 2011). Grâce à Internet, les PUD produisent leur propre discours identitaire et, ce faisant, résistent à l'identité déviant et pathologique que le modèle médicalisé de l'addiction les qualifie. Barrat montre comment les groupes s'autogèrent et se prennent en charge en redéfinissant la normalité à partir de leurs propres expériences. Psychoactif est un espace de résistance épistémique qui permet aux individus de se penser différemment dans un contexte plus large que celui du seul champ thérapeutique, et d'expérimenter d'autres façons de vivre avec les drogues. Les savoirs expérientiels, construits collectivement, peuvent être utilisés pour remettre en question l'injustice épistémique dont les PUD souffrent face au discours médical dominant.

C'est grâce à l'utilisation des savoirs expérientiels acquis à Psychoactif dans leur travail de gestion de CSAPA que les auteurs de cet article ont pu i) créer des services adaptés aux différents profils de PUD, ii) abaisser les seuils d'accessibilité et iii) faire évoluer les normes institutionnelles. De plus, c'est grâce à leur statut de dirigeants qu'ils ont pu contrer le discours médical et pathologique dominant sur la consommation de drogues et redistribuer les rapports de force. Posséder un savoir expérientiel des drogues permet de mieux appréhender leur impact, d'en parler et de concevoir des stratégies RDR adaptées. Par exemple, les auteurs ont mis à disposition du matériel de RDR (kits d'injection, seringues, filtres, etc.) en libre-service dans les CSAPA qu'ils gèrent ; de nombreux CSAPA ne disposent pas de tels outils ou ne les fournissent qu'après un entretien avec un professionnel. Autre exemple : la décision des auteurs de supprimer le test urinaire (après un test initial obligatoire) comme condition d'accès à la méthadone. En effet, la méthadone

est distribuée sans contrôle de la consommation de drogues et sans obligation de l'abstinence. Plus généralement, le fait que les auteurs parlent de leur propre consommation de drogues dans les établissements qu'ils gèrent contribue à lever le tabou qui entoure la consommation de drogues et encourage les professionnel.le.s et les PUD à parler plus librement de leur propre consommation. Shira Hassan souligne que voir ses pairs jouer un rôle de leader encourage d'autres personnes issues de la communauté des PUD à reprendre confiance en elles et à se dire qu'elles sont la solution et non le problème (Hassan, 2022, p. 122).

LANGAGE ET STIGMATISATION

Les auteurs souhaitent un modèle de RDR qui combatte la stigmatisation des PUD. Cette stigmatisation ne se limite pas à l'imposition de préjugés à l'encontre d'un groupe spécifique de personnes. Selon (Link & Phelan, 2001), le terme « stigmatisation » s'applique lorsque les critères suivants sont simultanément présents : étiquetage (c'est-à-dire l'identification et la dénomination des différences entre les consommateurs de drogues et les autres, par exemple des termes comme « toxicomanes » et « drogués »), stéréotypes (c'est-à-dire l'association de caractéristiques négatives aux PUD, par exemple « irresponsables », « animales », etc.), séparation (c'est-à-dire le processus de distinction entre les consommateurs de drogues et les autres, entre « nous » et « eux »), perte de statut (c'est-à-dire une diminution du statut social des consommateurs de drogues et de la perception de la véracité de leurs propos) et discrimination (c'est-à-dire un traitement injuste des consommateurs de drogues et une perte de leurs droits). Ces différentes composantes de la stigmatisation coexistent dans un rapport de pouvoir entre un groupe dominant (c.-à-d. la police, le système judiciaire, les spécialistes en addictologie, les chercheurs, les dirigeants politiques, etc.) et un groupe dominé (c.-à-d. les PUD).

Bien que tous les personnes consommatrices de substances psychoactives illicites soient stigmatisées, les personnes addicts sont les plus stigmatisées. Dans son ouvrage « What's wrong with addiction ? », Helen Kean soutient qu'étendre le concept d'addiction pour qu'elle englobe également le sexe et la nourriture n'a pas déstigmatisé les personnes dépendantes aux drogues illicites (Keane, 2002). La situation sociale des personnes consommatrices de drogues illicites s'inscrit toujours dans un contexte de criminalité et de faillite morale. Les

personnes addicts sont considérées comme les esclaves d'une substance toute-puissante qui ne peut que nuire à eux-mêmes et aux autres.

Les effets de la stigmatisation sont néfastes ; ils peuvent retarder ou entraver l'accès à l'accompagnement en addictologie et à d'autres services de santé. Ils peuvent également entraîner des discriminations dans le système judiciaire, le logement, l'emploi et d'autres aspects de la vie quotidienne (Lancaster, Seear, & Ritter, 2018). Par exemple, sur le forum du site Psychoactif, un membre, Littleboy⁹, a évoqué le retard dans l'accès au traitement de la mucoviscidose, dû à son ancienne dépendance à la morphine¹⁰ :

J'étais sensé recevoir du trikafta pour ma muco mais à cause de mes problèmes je n'avais que dalle. Malgré ma santé au plus bas (VEMS à 35...) ils ne voulaient rien me donner car pour eux je devais complètement réglé mes problèmes... Mais quel problème ?! Je ne consommais que rarement et pour eux c'était impossible car un toxicomane est une personne qui ne se sépare jamais de la drogue même pas pour une journée et qui subit des dégâts alors qu'aujourd'hui avec une bonne réduction des risques c'est minimal voir totalement absent, en tout cas pour moi ... Bref je subissais une forte stigmatisation et ma santé s'empirait de jour en jour.

Les propos de Littleboy montrent également que la dépendance aux drogues illicites continue de stigmatiser les personnes, même lorsqu'elles ne sont plus dépendantes.

Un autre exemple est celui de Mro-fret, qui a évoqué la mauvaise prise en charge de sa douleur¹¹ :

*Pour ma part j'ai eu une mauvaise expérience sur ce sujet... pour faire court il m'est arrivé de parler des travers avec mon médecin généraliste. Ce dernier a eu une réaction ainsi que des propos pas très professionnels... enfin bref
Il y a maintenant deux ans j'ai eu un grave accident au travail (maçonnerie) a peu près 25/30 plaques de placo BA13 (pour ce qui connaissent) me sont tombés sur là jambes gauche, j'ai eu le fémur et le tibia fracturé à plusieurs endroits ainsi que plusieurs ligaments et tendons arraché, désolé je raconte ma vie mais tout ça pour*

⁹ Pour discuter anonymement sur la plateforme Psychoactif, il faut s'inscrire et choisir un pseudo pour s'identifier, en l'occurrence ici « Littleboy ».

¹⁰ Psychoactif.org – témoignage de Littleboy - Pourquoi parlez-vous ou pas à votre médecin de vos consommations ? - https://www.psychoactif.org/forum/2024/02/15/Pourquoi-parlez-vous-ou-pas-votre-medecin-traitant-vos-consommations_75226_2.html#p655164

¹¹ Psychoactif.org - témoignage de Mro-fret - Pourquoi parlez-vous ou pas à votre médecin de vos consommations ? - https://www.psychoactif.org/forum/2024/02/15/Pourquoi-parlez-vous-ou-pas-votre-medecin-traitant-vos-consommations_75226_1.html#p653925

dire que suite à mes aveux passés j'ai eu une prescription d'antidouleurs égales à une simple migraine...

Donc si c'était à refaire j'y réfléchirai à deux fois

Les propos de Mro-fret illustrent comment un professionnel de santé n'a pas prescrit de traitement antidouleur opiacé approprié à une personne dépendante aux opiacés illicites, même pour des douleurs intenses. La relation du médecin avec son patient était fondée sur la suspicion et la stigmatisation.

Pour se propager, la stigmatisation dépend du langage et de la communication (Link & Phelan, 2001). Les mots peuvent avoir des effets sociaux, politiques et sanitaires durables, notamment dans les contextes liés à la consommation de substances (Bathish, Madden, Duff , & Ritter, 2024). John Kelly et Richard Saitz montrent que les soignants peuvent traiter les personnes différemment a(c.-à-d. de manière plus punitive) si elles sont étiquetées comme « toxicomanes » plutôt que décrites comme souffrant d'un trouble lié à la consommation de substances (Kelly, 2016). Qualifier les personnes de « toxicomanes » les définit par leur problème ; cela renforce la stigmatisation, accroît le blâme et le sentiment de culpabilité, et diminue les comportements de recherche d'aide.

Les mouvements de PUD ont mené la charge pour supprimer le langage déshumanisant des politiques en matière de drogues et ont préconisé l'utilisation d'un langage centré sur la personne (INPUD, January 2023). (Hartwella, et al., 2020) et (Brett Traxler, 2021) montrent que les études scientifiques utilisent également un langage stigmatisant et déshumanisant. Par conséquent, les rédacteurs en chef de revues à comité de lecture ont adopté des lignes directrices pour garantir que les études contiennent le moins possible de langage stigmatisant (Bathish, Madden, Duff , & Ritter, 2024). Ils recommandent désormais i) d'utiliser un langage centré sur la personne, ii) d'utiliser un langage responsabilisant et basé sur la force, iii) d'éviter le jargon, l'argot et le langage basé sur les émotions, iv) d'éviter les généralisations et iv) d'utiliser un langage inclusif. De leur côté, les auteurs de cet article ont noté l'impact négatif et stigmatisant de certains termes utilisés en RDR et en addictologie. C'est pourquoi ils ont travaillé sur l'utilisation d'un langage non stigmatisant à Psychoactif. Par exemple, ils ont adopté le terme « personne qui consomme des drogues » (PUD) au lieu de « consommateur de drogues » pour toutes les communications, afin de i) reconnaître notre humanité collective, ii) ne pas réduire une personne à sa consommation et iii) être inclusifs (en utilisant une terminologie neutre en termes de genre) (Psychoactif, 2022). Plus encore, pour

définir le terme « PUD », ils utilisent explicitement le terme « drogues » et non « substance psychoactive » afin de i) remettre en question le langage stigmatisant, ii) renverser la stigmatisation et iii) souligner la banalisation de l'usage de substances psychoactives illicites dans la société. Les auteurs utilisent la même logique d'un langage centrée sur la personne pour les termes « héroïnomane » ou « crackhead », qu'ils remplacent par « personne qui consomme de l'héroïne ou du crack ». De même, ils n'utilisent plus le terme « rechute » mais « reconommation de drogues », car le terme « rechute » implique une déchéance, de tomber bas, le discours dominant sur l'abstinence impliquant le haut. De plus, pour les personnes qui s'injectent ou sniffent leur traitement de substitution aux opiacés (c.-à-d., buprénorphine ou méthadone), les auteurs ont remplacé le terme médical « mésusage de TSO » par « usage alternatif de TSO »¹² (Lalande & Chappard, 2012); le terme « mésusage » dénigre la pratique de l'injection ou du sniff de TSO et empêche ainsi les PUD d'en parler. De même, le terme « mésusage » peut influencer l'attitude des soignants et stigmatiser les traitements et leur utilisation (Brett Traxler, 2021). Pourtant, ces usages alternatifs de TSO offrent de nombreux avantages aux PUD ; par exemple, elles ne dépensent plus de temps ni d'argent en drogues illégales, elles ne recourent plus au marché noir, elles utilisent un produit pharmaceutique de qualité et elles sont plus proches des structures de RDR et du système de soins. Paradoxalement, l'utilisation du terme « usage alternatif » permet aux PUD de reconnaître et de s'approprier ces bénéfices.

Dans la lutte contre la stigmatisation, la lutte contre l'auto-stigmatisation occupe une place particulière. L'auto-stigmatisation est la conséquence de l'assimilation et de la croyance des PUD au discours dominant sur les drogues, ainsi qu'aux préjugés qui l'accompagnent (irresponsabilité, compulsivité, animalité) (Ogien, 2017). Les PUD auto-stigmatisés se considèrent comme de mauvaises personnes parce qu'elles consomment des drogues. L'auto-stigmatisation alimente la honte et la culpabilité ; elle est également responsable d'une baisse de l'estime de soi, ce qui réduit le pouvoir d'agir et cause d'importants dommages psychosociaux (dépression, stress, surconsommation, manque, etc.) (Milan & Varescon, 2022). La lutte pour déconstruire l'auto-stigmatisation, que l'on pourrait également appeler « RDR psychosocial », est d'autant plus complexe dans le contexte français où la consommation de drogues est interdite et où la personnes usagères de drogues est par conséquent perçue comme une

¹² Terme proposé par Fabienne Pourchon & Pierre Chappard (Lalande & Chappard, 2012)

figure répulsive. La lutte contre la stigmatisation (y compris l'auto-stigmatisation) est essentielle pour développer des interventions de RDR adaptées et efficaces et pour lutter contre les addictions (Krendl & Perry, 2023). En conséquence, cela devrait être l'un des objectifs des structures françaises en addictologie (CSAPA et CAARUD). Malheureusement, comme l'a observé l'association d'auto-support Psychoactif, si des stratégies spécifiques de lutte contre la stigmatisation ne sont pas mises en œuvre, les professionnel.le.s de santé reproduisent le discours stigmatisant dominant, où la consommation de drogues est perçue comme un fléau (Engel, Bright, Barratt, & Allen, 2021). Le système français en addictologie repose presque entièrement sur l'abstinence et sur des professionnel.le.s aux croyances stéréotypées qui ne comprennent pas la valeur des savoirs expérientiels acquises par les PUD, ni les bénéfices liés à leur consommation, et qui, par conséquent, ne parlent pas d'émancipation ou de pouvoir d'agir en dehors du contexte rigide de l'abstinence.

L'auto-stigmatisation des PUD, combinée aux préjugés des professionnel.le.s de santé, crée un mélange explosif, car elle les conduit à considérer la maltraitance comme normale. Par conséquent, cela les conduit à ne pas consulter et à accepter la discrimination et la violence. L'équipe de modérateurs de Psychoactif est directement témoin de cette violence institutionnelle constante et massive, car les personnes partagent leurs expériences en matière de soins sur la plateforme Psychoactif. Un exemple concerne les tests urinaires utilisés par les CSAPA pour punir les consommateurs de méthadone. Fastofle a déclaré¹³ :

Les pratiques perdurent, qui organise le pipi punitif. En effet sont testés tous les produits et cela en mode "surprise faut que tu pisses". Le résultat est que s'il y a des traces de produits il y a punition. Par exemple s'il y a des traces de coke ont baisse la méth... Une logique débile et implacable.

Dans ce même CSAPA si une PUD, jouant franc jeu, annonce qu'elle prend du matos au CAARUD elle se voit aussi punir par une baisse de traitement ou une suspension d'une semaine... Ben oui on peut pas être sous méth et consommateur... Sinon punition!!!

Du coup on voit ces personnes en souffrance se tourner à nouveau vers l'héro et les joies des fours pour pallier à leur carton rouge d'une semaine ou à la baisse de LEUR traitement médical...

¹³ Témoignage de Fastofle - Les tests urinaires pour la méthadone - Des abus de pouvoir du milieu médical - https://www.psychoactif.org/forum/2023/11/29/Les-tests-urinaires-pour-methadone-des-abus-pouvoir-milieu-medical_73688_1.html#divx

Et oui en 2023 des "soignants" agissent encore ainsi en utilisant une médecine punitive... Situation d'abus de pouvoir, révoltante, maltraitante, inhumaine et dégueulasse...

Alors que la méthadone devrait être un outil RDR pour aider à gérer la consommation d'opiacés illicites, les professionnel.le.s du CSAPA Fastofle ont évoqué l'accès à la méthadone comme moyen de contrôle social (Franck, Mateu de la consommation d'opiacés illicites. Ce choix vise à rééduquer la personne dépendante aux opiacés, même contre son gré. Helen Kean explique que « le défaut apposé sur les personnes dépendantes n'est pas tant la malhonnêteté que l'inauthenticité, une incapacité à être fidèle à soi-même » (Keane, 2002), ce qui en fait l'objet d'interventions thérapeutiques. Considérant que la personne dépendante est « assourdie par le besoin irrépressible de drogue » et a perdu tout libre arbitre, les pratiques coercitives sont justifiées comme des efforts pour aider son soi véritable à respecter son désir authentique d'abstinence.

Dans l'exemple suivant, Elgourou parle de mauvaises pratiques, d'un manque de confiance et de listes d'attente de plusieurs mois dans son CSAPA¹⁴::

Tombé dans l'héroïne en juillet 2022, c'est vers octobre de la même année que je me suis rendu au csapa de ma ville afin de commencer une substitution et me sevrer progressivement, ils m'ont alors mis sous subutex qui fonctionnait très mal pour moi, envie de consommer h24, parfois des symptômes de manque malgré tout donc très fatigué et faible mais surtout m'imposer de venir tous les deux jours au csapa à 9h du matin pour aller chercher ma « dose » de subutex sauf que j'étais tellement affaibli que je ne parvenais pas toujours à me rendre de manière assidue pratiquement chaque matin j'ai fini par rechuter.

Quand je suis revenu vers le csapa espérant trouver une meilleure solution idéalement commencer un traitement sous methadone qui serait probablement plus adapté à ma situation on m'a répondu qu'il y avait une longue liste d'attente et que comme je n'arrivais pas à venir chaque matin chercher ma dose de subutex ils ne me faisaient plus confiance.. On m'a donc conseillé d'aller en cure de desintox si je voulais avoir accès à cette methadone, je n'avais pas du tout envie de me retrouver enfermé en cure mais si je voulais ce traitement pas le choix j'ai donc attendu plusieurs mois qu'il y ait de la place afin que je puisse y entrer, plusieurs mois

¹⁴ Témoignage de Elgourou - Les tests urinaires pour la méthadone - Abus de pouvoir du milieu médical - https://www.psychoactif.org/forum/2023/11/29/Les-tests-urinaires-pour-methadone-des-abus-pouvoir-milieu-medical_73688_2.html#p647839

pendant lesquels le csapa m'a clairement fait comprendre que je devais me débrouiller et donc claquer tout mon argent dans l'héroïne juste pour ne pas être en manque..

Les propos d'Elgourou illustrent une fois de plus comment le TSO est utilisé pour rééduquer une personne contre son gré par des pratiques coercitives : les professionnel.le.s l'ont obligé à venir tous les deux jours pour obtenir du Subutex®, ce qui est anormal pour un traitement pouvant être prescrit par n'importe quel médecin généraliste pendant 28 jours. Ils lui ont imposé un sevrage aux opiacés avant de commencer un traitement à la méthadone, une stratégie dangereuse qui pourrait conduire à une overdose. De plus, ils l'ont fait attendre plusieurs mois afin de prouver sa volonté de revenir sur le « bon » chemin.

BENEFICES DE LA CONSOMMATION DE DROGUES

Une limite de la RDR actuelle réside dans l'impossibilité de concevoir les bénéfices associés à la consommation de drogues. En effet, très peu d'études existent sur ces bénéfices. (Walker & Netherland, 2019) affirment que « nous disposons de peu de recherches sur les raisons pour lesquelles les gens consomment des drogues, le bénéfice net de la consommation et les résultats recherchés par les consommateurs ». Dans leur recherche bibliographique, les auteurs ont trouvé ce qui se rapprochait le plus d'une exploration des bénéfices de la consommation de drogues : une classification des motivations à la consommation par (Biolcati & Passini, 2019) qui a créé cinq catégories : l'hédonisme (stimulation, plaisir, euphorie), la socialisation et la conformité, le dopage physique, intellectuel et social, le soulagement (physique ou psychologique) et le développement personnel. Il est très compliqué pour les chercheurs de parler des bénéfices des drogues. Ils sont financés par des États prohibitionnistes où la notion même de bénéfices de la consommation de drogues illicites n'existe pas, et où tout discours de ce genre relève de l'hérésie. Les chercheurs eux-mêmes ont intégré ce cadre prohibitionniste à leurs travaux (Walker & Netherland, 2019). La RDR elle-même a très peu exploité les bénéfices des drogues. Elle s'est réfugiée derrière un mécanisme de « non-jugement » et d'amoralité, où ni les PUD ni leur consommation ne sont jugés (Miller, 2001). La RDR institutionnelle ne s'intéresse qu'aux risques et aux dommages pour la santé liés à la consommation de drogues ; les bénéfices sont oubliés, alors qu'ils sont au cœur de la consommation de drogues.

C'est lors d'une réunion que les membres de l'équipe de Psychoactif, peinés par la perception négative des drogues dans la société, ont redécouvert les bénéfices de la consommation de drogue. Les deux auteurs de cet article ont commencé à noter sur un tableau tous les bénéfices énumérés par les membres présent.e.s. Autour de la table, différents membres avec des différentes manières de vivre leur usage (dépendance aux médicaments, à la morphine, au speed, au cannabis, au 3MMC et usage récréatif) et différents modes de consommation (injection, inhalation, sniff, plugging). Voici le fruit des échanges lors de cette réunion¹⁵ :

« améliorer l'estime de soi, dépasser des blocages, sociabilité, passer une nuit sans réveil nocturne, expérience sensorielle, créativité, réduire les symptômes de maladie psychique, gestion des besoins physiologiques (faim, sommeil), passer un cap, dépasser ses limites et vivre des choses qu'on ne vivrait pas autrement, prise de confiance, concentration, performance au travail, gestion de l'angoisse, acquisition des compétences, réduire les douleurs physiques, mieux-être, perfectionnement d'une spiritualité, euphorie, plaisir, construction identitaire, connaissance pharmacologique, découverte de disciplines, connaissance de soi, trouver son chemin, relativiser, remettre en question la norme, prendre du recul sur des choix qui me conviennent pas, développer une meilleure version de soi-même, s'autoriser des choses, ouverture d'esprit et tolérance, émancipation, plus de pouvoir d'agir, améliorer l'expérience de l'art, faire face à des peurs, être une ressource/béquille, faire face à des situations insupportables, connaître son corps, vivre de nouvelles expériences avec sa sexualité, restaurer un équilibre, désinhibition, arriver à exprimer les sentiments ».

Comme on peut le constater, les bénéfices rapportés étaient très variés. Il est important de noter qu'il s'agit de bénéfices ressentis a posteriori, et qui n'étaient pas nécessairement recherchés au moment de la consommation. Ils sont à la fois à long et à court terme. Ils contredisent l'idée selon laquelle les PUD sont irresponsables et démunis, et plus généralement, la perception négative que la société a d'eux. Ces bénéfices concernent tous les usages de drogues, et pas seulement les usages dits « récréatifs », reflétant la description de Shira Hassan selon laquelle les bénéfices de sa consommation lui ont permis de combattre ses traumatismes et de repenser sa consommation : « Pouvoir considérer la consommation de drogues comme un acte sécurisant, comme un attachement

¹⁵ Psychoactif.org - Vos bénéfices liés à l'usage de drogues - https://www.psychoactif.org/blogs/Vos-benefices-lies-a-l-usage-des-drogues_7088_1.html

sécurisant, est profond et transformateur. Envisager la consommation de drogues et la dépendance sur un continuum élastique, allant du plaisir au chaos, en passant par tout ce qui se trouve entre les deux, offre une opportunité de reconsiderer la dépendance. Cela nous autorise à considérer nos comportements présumés à « haut risque » comme courageux » (Hassan, 2022, p. 127). C'est ce partage collectif intense des bénéfices de la consommation de drogues qui a contribué à renforcer l'équipe Psychoactif et à lutter contre l'auto-stigmatisation. Il a permis à l'équipe de constater les bénéfices de la consommation de drogues, même en cas d'addiction, et de pratiques dites « à risque », comme l'injection. Grâce à cette réunion, où la résilience communautaire a été mise en avant, l'équipe est passée du statut de simple témoin des bénéfices de la consommation de drogues à celui d'un groupe exigeant que ces bienfaits soient reconnus dans les politiques de RDR.

(Engel, Bright, Barratt, & Allen, 2021) soutiennent que se concentrer sur les récits soulignant les aspects positifs de la consommation de drogues chez les PUD permet de briser l'emprise des représentations négatives du discours médical dominant sur l'abstinence, où les drogues sont considérées comme un fléau, quelque chose de nocif, et favorise des croyances différentes des propétries autodestructrices (comme la catastrophe qui suivrait automatiquement la phase de lune de miel). Pour les acteurs de la RDR, les bénéfices de la consommation de drogues chez les PUD devraient être essentiels à la compréhension des pratiques et des schémas de consommation. On ne peut co-construire une intervention en RDR sans évaluer le rapport bénéfice/risque de la consommation de drogues avec les PUD eux-mêmes. Le danger de ne pas les impliquer serait non seulement de ne pas fournir de réponses adéquates, mais aussi d'ignorer l'expérience des PUD et de produire de la violence. Un exemple de prise en compte du rapport bénéfice/risque rencontré par les auteurs en matière de consommation de drogues est l'injection de Skenan®, un médicament à base de morphine, par des personnes vivant en situation précaire à Paris. Il existe différentes méthodes de préparation du Skenan®¹⁶. La méthode à froid consiste à écraser le contenu des gelules dans le gobelet, à ajouter de l'eau froide et à filtrer ; la méthode à chaud consiste à chauffer l'eau au préalable. La méthode à froid utilise une membrane filtrante et élimine les excipients (par exemple, le talc). La méthode à chaud crée un mélange gélatineux qui ne peut être filtré par la membrane filtrante. Elle n'élimine pas les excipients des gélules, qui sont donc injectées avec la morphine. Pendant

¹⁶ Psychoactif.org - Skenan Chauffer ou pas - <https://www.psychoactif.org/forum/t11222-p1-Skenan-chauffer-pas.html>

longtemps, les professionnel.le.s de la RDR ont encouragé les PUD à utiliser la méthode à froid, ne comprenant pas pourquoi ils choisissaient la méthode à chaud malgré le risque accru pour la santé. Ce manque de compréhension prenait parfois la forme d'injonctions telles que « Pourquoi ne prenez-vous pas soin de votre santé ? ». Deux chercheurs ont alors eu l'idée de tester les préparations Skenan® en utilisant les deux méthodes pour mesurer les taux de morphine. Ils ont constaté que le taux avec la méthode à chaud pouvait atteindre le double de celui avec la méthode à froid, car le sulfate de morphine est plus soluble dans l'eau chaude (Dr Authier et Dr Richard, 2012). Les PUD ont donc un effet plus important avec la méthode chaude. Par la suite, les PUD et les acteurs de la RDR ont développé une troisième méthode, dite tiède, qui élimine les excipients tout en garantissant une solution contenant un maximum de morphine.

PROHIBITION, DÉCRIMINALISATION ET RÉGULATION

Les auteurs souhaitent que la RDR soit anti-prohibitionniste. La prohibition des drogues génère une économie parallèle gérée par des réseaux criminels. Elle engendre violence et insécurité dans les communautés touchées par le transit et la vente de drogues (Csete, et al., 2016). Elle a également contribué à la propagation du VIH et des hépatites virales par l'injection de drogues avec du matériel contaminé. L'incarcération excessive pour des infractions mineures liées aux drogues a entraîné une surpopulation carcérale. La prohibition a également eu un impact discriminatoire, touchant de manière disproportionnée les minorités raciales et ethniques, ainsi que les femmes (The Lancet Global Health, 2025). En résumé, elle a engendré violence, maladies, discriminations et violations des droits humains (Ezard, 2001), sans pour autant réduire significativement la consommation et le trafic de drogues.

Ces préjudices sociaux spécifiquement créés par une politique prohibitionniste en matière de drogues (Dertadian & Askew, 2024) ne sont pas pris en compte dans la RDR institutionnelle, qui cible uniquement les risques sanitaires et se concentre sur les comportements individuels. La naloxone, un antidote aux overdoses d'opiacés, en est un excellent exemple. Bien que sa distribution par les structures RDR sauve des vies, les acteurs RDR institutionnelle ne sont pas intéressés à faire changer le système à l'origine des overdoses ; un système qui produit de drogues frelatées et non contrôlées, et des « marchés de drogues illicites alimentés par des processus économiques qui encouragent la

production et la distribution de drogues et de préparations plus puissantes et plus rentables » (Global Commission on Drug Policy, 2018). (Rhodes, 2009) écrit que les risques associés à la consommation de substances psychoactives par les PUD ne peuvent être expliqués sans prendre en compte le contexte prohibitionniste dans lequel ces personnes vivent. (Dertadian & Askew, 2024) décrivent une approche des politiques en matière de drogues qui intègre les préjuges sociaux. En s'éloignant du concept de criminalité liée à la drogue, une telle approche permettrait de conceptualiser les préjuges sociaux de la prohibition. Ils soutiennent qu'une approche des politiques en matière de drogues axée sur les préjuges sociaux serait plus compatible avec RDR militante et menée par les pairs, fondée sur les droits humains et la dénonciation de la violence d'État, et moins compatible avec des modèles de RDR bureaucratisée et médicalisée qui finit souvent par renforcer et justifier la prohibition. Les pratiques actuelles en matière de RDR sont extrêmement limitées par la prohibition : la création par Psychoactif d'un service d'analyse de drogues quantitative à distance, qui permet aux PUD d'envoyer un échantillon de leurs drogues par courrier et de recevoir les résultats sur un site web public, est un exemple de système qui repousse les limites du cadre juridique et institutionnel. Cette initiative rend l'analyse quantitative accessible à tous, sans restriction, et contribue à lutter contre les risques que la prohibition de la consommation de drogues en France continue de générer (par exemple, adultération des drogues, niveaux de pureté inconnus).

Plus généralement, pour mettre en œuvre la RDR au fil des ans, les auteurs ont dû trouver des marges de manœuvre, des failles, qui permettent de pousser la RDR un peu plus loin: la création de l'association Psychoactif, la création d'un service d'analyse à distance¹⁷, les discussions sur les bénéfices de la consommation de drogues, sur l'utilisation des savoirs expérientiels pour créer une résistance épistémique aux savoirs médicaux, et sur la place des savoirs expérientiels dans les structures institutionnelles qu'ils gèrent en sont autant d'exemples. Cependant, tout cela est très fragile et pourrait être anéanti du jour au lendemain par une application plus stricte de la législation actuelle. Les associations de PUD pourraient être considérées comme des associations de malfaiteurs, car les PUD sont considérées comme des délinquants ; si les auteurs étaient condamnés pour usage de drogues, ils ne pourraient plus travailler dans en RDR ou dans le secteur de l'addictologie. De plus, les discussions sur les bénéfices de la consommation de drogues pourraient être

¹⁷ Psychoactif.org - Analyse à distance - <https://www.psychoactif.org/forum/analyse-a-distance.php>

criminalisées, sauf si elles sont menées par des acteurs de la RDR reconnus par l'État. En résumé, la prohibition constitue une menace constante pour la RDR.

Pour réduire les risques liés à la prohibition, une option possible est de dépénaliser les drogues. (Greer, et al., 2022) ont évalué la situation dans les pays ayant dépénalisé les drogues et proposé un cadre pour la mise en place d'un système de dépénalisation de la possession pour usage personnel. Plusieurs auteurs, dont (Stevens, Hugues, Hulme, & Cassidy, 2022), démontrent les avantages de la dépénalisation. Elle offre un meilleur accès aux soins pour les PUD, avec une réduction substantielle des décès liés à la drogue, des infections par le VIH et des hépatites virales. La dépénalisation peut atténuer le rôle de la stigmatisation qui éloigne les personnes des services de santé et entrave leur intégration sociale. En réduisant les sanctions pénales et en ne traitant plus la consommation de drogues par le système judiciaire, la dépénalisation peut contribuer à réduire les préjudices sociaux envers les PUD. La dépénalisation est également économiquement responsable, car elle tend à réduire les coûts globaux associés à la politique en matière de drogues en diminuant les dépenses de justice pénale et en promouvant des approches de santé publique plus efficaces. Néanmoins, la dépénalisation ne réduirait pas les risques liés au marché illicite des drogues ni la violence liée au trafic de drogue causée par la prohibition. Pour limiter ces aspects, (Csete, et al., 2016) et la (Global Commission on Drug Policy, 2018) vont plus loin et proposent la régulation du marché des drogues. Afin de réduire efficacement les risques liés à la consommation de substances psychoactives, la RDR doit prendre en compte les risques associés aux pratiques, aux produits et au contexte spécifique ; c'est pourquoi la RDR doit être anti-prohibitionniste.

CONCLUSION

L'auto-support en France a connu 3 vagues. La première a été la création du réseau ASUD au début des années 1990. La seconde a rassemblé des groupes d'auto-support pratiquant la RDR dans le milieu des free-party dans la seconde moitié des années 1990¹⁸. L'avènement du web 2.0 au début des années 2000 a donné naissance à la troisième vague de groupes d'auto-support pour PUD en France, avec la création de plateformes axées sur le psychonautisme, telles que Lucid State (aujourd'hui disparue) et Psychonaut. En 2006, les auteurs ont créé Psychoactif, une plateforme internet ancrée dès l'origine dans la RDR.

¹⁸ Histoire de Technoplus - <https://technoplus.org/historique/>

Psychoactif est plus étroitement lié au réseau français ASUD et à Junky Bond aux Pays-Bas, créé en 1981.

Chaque nouvelle vague d'auto-support a apporté de nouvelles visions et de nouveaux outils à la RDR, et l'avènement des plateformes internet a largement facilité leur accès. Le relatif anonymat d'internet a permis aux personnes consommant des drogues de témoigner publiquement, évitant ainsi la stigmatisation et la répression de la société. Pour la première fois, leurs témoignages et leurs savoirs expérientiels sont devenus largement accessibles. Les outils du Web 2.0 (forums, wiki) ont permis que chaque PUD puissent participer à la RDR des autres PUD, favorisant l'autonomie et l'autodétermination. En s'exprimant publiquement, des PUD permettent à d'autres de s'appuyer sur leur expérience pour réduire les risques. En partageant leurs histoires, elles ont aidé d'autres personnes de leur communauté vivant des expériences similaires à se sentir moins seules. De plus, en racontant leurs histoires, les PUD renforcent leur propre pouvoir d'action et celui des autres.

La construction de la communauté Psychoactif, fondée sur les besoins des PUD, a permis de documenter les différents risques qui les intéressent. Ceux-ci ne sont pas uniquement sanitaires, ils sont aussi légaux, culturels, judiciaires, policiers, liés à la stigmatisation, au système de soin des addictions basé sur l'abstinence. Il en résulte une réappropriation de la RDR, où l'accent n'est plus uniquement mis sur les risques sanitaires, mais sur les risques liés à la prohibition et à la stigmatisation, et où le droit à consommer des drogues est légitimé. Les nombreux témoignages d'auto-stigmatisation sur Psychoactif ont permis de prendre conscience des processus de domination que subissent les PUD. Les dommages causés par la prohibition sont renforcés par d'autres systèmes de domination (capitalisme, racisme, patriarcat, etc.). Cependant, des témoignages sur les aspects positifs de la consommation de drogues ont également émergé, interrogeant les bénéfices de la consommation et permettant une certaine rupture avec le discours dominant fondé sur l'abstinence et la repentance des PUD.

Le caractère émancipateur de la RDR promue par Psychoactif résulte également d'une volonté semi-consciente de se doter d'une mission politique dès la création de la plateforme. Cette mission est au cœur de la charte de valeurs de Psychoactif : remettre en question le discours dominant sur l'abstinence, s'éloigner de la conception de la consommation et de l'addiction comme des maladies, s'éloigner d'un modèle de RDR qui privilégie uniquement les connaissances médicales et écrase les savoirs expérientiels, s'éloigner d'un

modèle de RDR prétendument dénué de tout jugement moral, mais qui ne prend en compte ni les bénéfices de la consommation de drogues ni les préjudices causés par la prohibition et la stigmatisation. Ce projet politique a été rendu possible grâce à l'équipe de modération de Psychoactif, association d'auto-support à part entière, qui a initié une expérimentation de transformation collective et de résilience communautaire, avant de la proposer aux autres membres de la plateforme. Pour les auteurs de cet article, c'est précisément ce qu'implique un modèle de RDR renouvelée : un projet politique porté par la communauté des PUD visant à modifier le rapport aux drogues des individus et de la société, à remettre en question le discours dominant sur l'abstinence et la répression associée à la consommation, et à permettre aux PUD de retrouver leur pouvoir d'agir.

Pierre Chappard et Fabienne Pourchon, co-fondateur et co-fondatrice de Psychoactif

Bibliographie

- Asud Journal n°11. (1996). Paris. Récupéré sur https://asud.org/wp-content/uploads/2023/11/asud_journal_11.pdf
- Barrat, M. (2011). 5th International Conference on Communities and Technologies. *Discussion Illicite in Public Internet Forums : Visibility, Stigma ans Pseudonymity*. NY.
- Bathish, R., Madden, A., Duff , C., & Ritter, A. (2024). Guiding principles for breaking down drug-related stigma in academic writing. *International Journal of Drug Policy* 131, p. Editorial. Récupéré sur <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2024.104515>
- Becker, H., & Chapoulie, J. (1985). Comment on devient fumeur de marijuana. (pp. 64–82). . Dans *Outsiders* (pp. 66-82). Éditions Métailié. Récupéré sur <https://www.cairn.info/outsiders--9782864249184-p-64.htm>
- Bhargava, R. (2013, Novembre). Overcoming the Epistemic Injustice of Colonialism. *Global Policy*, pp. Volume 4, pp 413-417. Récupéré sur <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1758-5899.12093>
- Biolcati, R., & Passini, S. (2019, Volume 10). Development of the Substance Use Motives Measure (SUMM): A comprehensive eight-factor model for alcohol/drugs consumption. *Addictive Behaviors Reports* , pp. 100-199.
- Brett Traxler, S. N. (2021). The use of person-centered language in scientific research articles focusing. *Drug and Alcohol Dependence*, p. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108965>.
- Chappard, P., & Couteron, J.-P. (2013). *Salle de shoot - Les salle d'injection supervisée à l'heure du débat français*. Paris: La Découverte.
- Circulaire Ministère de la santé, d. l. (2008). Circulaire DGS/MC2 n°2008-79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de

prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie.

- Coppel, A. (2002). *Peut-on civiliser les drogues*. Paris: La Découverte.
- Csete, J., Kamarulzaman, A., Kazatchkine, M., Altice, F., Balicki, M., Buxton, J., . . . Hart, C. (2016). Public health and international drug policy. *The Lancet Commissions*, 1427-1480.
- Dean, M. (1999). *Governmentality: Power and Rule in Modern Society*. London: Thousand Oaks.
- Dertadian, G., & Askew, R. (2024). Towards a social harm approach in drug policy. *International Journal of Drug Policy*.
- Dertadian, G., & Yates, K. (2023). Overdoses has many faces : the politics of care in responding to overdose at Sydney's medically supervised injecting centre. *Contemporary Drug Problems*, 136-151.
- Dos Santos, M. (2017). S'engager en tant que pairs au sein d'une structure pour usagers de drogues : la place des savoirs expérientiels. Dans *Implication citoyenne dans la recherche* (pp. 223-238). Vie sociale.
- Dos Santos, M., & Godrie, B. (2017). Inégalités sociales, production des savoirs et de l'ignorance. *Sociologie et sociétés*, pp. 7-31.
- Dr Authier, N., & Dr Richard , D. (2012). Dosage des seringues de buprenorphine et de sulfate de morphine. *UMR INSERM 1107, Faculté de médecine, congrès TDO 3*. Geneve: Centre addictovigilance Auvergne / consultaCon Pharmacodépendance.
- Elgourou. (2023, 12 19). *Les tests urinaires pour la méthadone - Abus de pouvoir du milieu médical* - https://www.psychoactif.org/forum/2023/11/29/Les-tests-urinaires-pour-methadone-des-abus-pouvoir-milieu-medical_73688_2.html#p647839. Récupéré sur Psychoactif.org: https://www.psychoactif.org/forum/2023/11/29/Les-tests-urinaires-pour-methadone-des-abus-pouvoir-milieu-medical_73688_2.html#p647839
- Engel, L., Bright, S., Barratt, M., & Allen, M. (2021). Positive drug stories: Possibilities for agency and positive subjectivity for harm reduction. *Addiction Research & Theory*, 363-371 - <https://doi.org/10.1080/16066359.2020.1837781>.
- Ezard, N. (2001). Public health, human rights and the harm reduction paradigm: from risk reduction to vulnerability reduction. *International Journal of Drug Policy*, 207-219.
- Farrugia, A., Fraser, S., Dwyer, R., Neale, J., Dietze, P., & Strang, J. (2019). Take-home naloxone and the politics of care. *Sociology of Health & Illness*, 427-443.
- Fastofle. (2023, 12 05). *Les tests urinaires pour la méthadone - Des abus de pouvoir du milieu médical* - https://www.psychoactif.org/forum/2023/11/29/Les-tests-urinaires-pour-methadone-des-abus-pouvoir-milieu-medical_73688_1.html#divx. Récupéré sur Psychoactif.org: https://www.psychoactif.org/forum/2023/11/29/Les-tests-urinaires-pour-methadone-des-abus-pouvoir-milieu-medical_73688_1.html#p646674
- Formiatti R., M. D. (2018). The improvable self : enacting model citizenship and sociality in research on "new recovery". *Addiction Research & Theory*, pp. 527-538 <https://doi.org/10.1080/16066359.2018.1544624>.
- Franck, D., Mateu-Gelabert, P., Perlman , D., & Suzan, M. (2021). "It's like 'liquid handcuffs": The effects of take-home dosing policies on Methadone Maintenance Treatment (MMT) patients' lives. *Journal Harm Reduction*, 18-88. Récupéré sur <https://doi.org/10.1186/s12954-021-00535-y>
- Flicker, M. (2007). *Epistemic injustice*. Oxford: Oxford University Press.
- Gardien, È. (2017). Qu'apportent les savoirs expérientiels à la recherche en sciences humaines et sociales ? *Vie sociale*, pp. 31-44. Récupéré sur <https://doi.org/10.3917/vsoc.174.0031>.
- Global Commission on Drug Policy. (2018). *Regulation: The Responsible Control of Drugs*. Récupéré sur

- https://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2018/09/FR-2018_Regulation_Report_WEB-FINAL-1.pdf
- Greer, A., & Ritter, A. (2019). “It’s about bloody time”: Perceptions of people who use drugs regarding drug law reform. *International Journal of Drug Policy* 64, pp. 40-46.
- Greer, A., Bonn, M., Shane, C., Stevens, A., Tousenard, N., & Ritter, A. (2022). The details of decriminalization: Designing a non-criminal response to the possession of drugs for personal use. *International Journal of Drug Policy*.
- Hartwella, Naberhausb, Arnhartb, Ottwellb, Rogersb, Vassara, & Beaman. (2020). The use of person-centered language in scientific research articles focusing on alcohol use disorder. *Drug and Alcohol Dependence*. Récupéré sur <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108209>
- Hassan, S. (2022). *Saving Our Own Lives : A Liberatory Pratice of Harm Reduction*. Chicago: Haymarket Books.
- Historique Technoplus*. (s.d.). Récupéré sur <https://technoplus.org/historique/>
- Hunt, N. (2004). Public health or human rights: What comes first? *International Journal of Drug Policy*, pp. 231–237. Récupéré sur <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2004.02.001>
- INPUD. (January 2023). *Words Matter! Language Statement & Reference Guide*. <https://inpud.net/words-matter-language-statement-reference-guide/>.
- Jauffret-Roustide, M., & Chappard, P. (2012). Concepts et fondements de la réduction des risques. Dans A. Morel, P. Chappard, & J. Couteron, *L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie* (pp. 38–46). Dunod. Récupéré sur <https://doi.org/10.3917/dunod.morel.2012.01.0038>
- Keane, H. (2002). *What's wrong with addiction*? New York: New York University Press.
- Kelly, J. F. (2016). Language, Substance Use Disorders, and Policy: The Need to Reach Consensus on an “Addiction-ary.”. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 116–123. Récupéré sur <https://doi.org/10.1080/07347324.2016.1113103>
- Krendl, A., & Perry, B. (2023). Stigma Toward Substance Dependence: Causes, Consequences, and Potential Interventions. *Psychological Science in the Public Interest*, 90–126. Récupéré sur <https://doi.org/10.1177/15291006231198193>
- Lalande, A., & Chappard, P. (2012). 8. Réduction des risques, savoir profanes et professionnalisation. Dans A. Morel, P. Chappard, & J. Couteron, *L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie* (pp. 98–110). Dunod. Récupéré sur <https://doi.org/10.3917/dunod.morel.2012.01.0098>
- Lancaster, K., Seear, K., & Ritter, A. (2018). Reducing Stigma and Discrimination for People Experiencing Problematic Alcohol and Other Drug Use (Report 26). . (N. D. Centre, Ed.) *Monograph No. 26*. Récupéré sur <https://doi.org/10.26190>
- Link, B., & Phelan, J. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology Volume* 27, 363–385. Récupéré sur <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Littleboy. (2024, 03 04). *Pourquoi parlez-vous ou pas à votre médecin de vos consommations ?* - https://www.psychoactif.org/forum/2024/02/15/Pourquoi-parlez-vous-ou-pas-votre-medecin-traitant-vos-consommations_75226_2.html#p655164. Récupéré sur [https://www.psychoactif.org/forum/2024/02/15/Pourquoiparlez-vous-ou-pas-votre-medecin-traitant-vos-consommations_75226_2.html#p655164](https://www.psychoactif.org/forum/2024/02/15/Pourquoi-parlez-vous-ou-pas-votre-medecin-traitant-vos-consommations_75226_2.html#p655164) Psychoactif.org:
- Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. (s.d.). Récupéré sur https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/JORFARTI000002433632/
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. (s.d.). *Chapitre IV : Soutenir et valoriser les initiatives des acteurs pour faciliter l'accès de chacun à la prévention et à la promotion de la santé (Articles 39 à 45)*. Récupéré sur https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000031913098

Medina, J. (2013). *The epistemology of Resistance : Gender and racial Oppression, Epistemic Injustice, and Resistant Imagination*. New York Oxford University Press.

- Milan, L., & Varescon, I. (2022). Stigmatisation intériorisée et consommation de substances psychoactives. (P. Française, Éd.) *Revue systématique de la littérature.*, 99–128. Récupéré sur <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2021.02.006>
- Miller, P. (2001). A Critical Review of the Harm Minimization Ideology in Australia. *Critical public health*, 11(2), pp. 167-178.
- Mro-fret. (2024, 02 21). *Pourquoi parlez-vous ou pas à votre medecin de vos consommations ?* - [https://www.psychoactif.org/forum/2024/02/15/Pourquoiparlez-vous-ou-pas-votre-medecin-traitant-vos-consommations_75226_1.html#p653925](https://www.psychoactif.org/forum/2024/02/15/Pourquoi-parlez-vous-ou-pas-votre-medecin-traitant-vos-consommations_75226_1.html#p653925). Récupéré sur Psychoactif.org: https://www.psychoactif.org/forum/2024/02/15/Pourquoiparlez-vous-ou-pas-votre-medecin-traitant-vos-consommations_75226_1.html#p653925
- Ogien, A. (2017). L'usage de drogues, un « problème social » ?Quelque chose a-t-il changé depuis vingt ans ? ,. *Après-demain*(44), 5-7. Récupéré sur <https://doi.org/10.3917/apdem.044.0005>
- Psychoactif. (2006). Récupéré sur Psychoactif.org: <https://www.psychoactif.org/forum/index.php>
- Psychoactif. (2022). « Nous sommes de Personnes Utilisatrices de Drogues »,. *Edito Fanzine Psychoactif*(5). Récupéré sur https://www.psychoactif.org/documents/fanzine-5_web.pdf
- Rhodes, T. (2009). Risk environments and drug harms : a social science for harm reduction approach. *The international Journal on Drug Policy*, 193-201.
- Roe, G. (2005, September). Harm reduction as paradigm: Is better than bad good enough? *Critical Public Health* 15, pp. 243–250.
- Spade, D. (2020). *Mutual Aid, Building Solidarity During This Crisis (And the Next)*. Verso.
- Stevens, Hugues, Hulme, & Cassidy. (2022). Depenalization, diversion and decriminalization : A realist review and programme theory of alternatives to criminalization for simple drug possession. *European Journal of Criminology* Vol.19, 29-54.
- The Lancet Global Health. (2025). Harm reduction must replace punitive drug policies. *The Lancet Global Health*, Editorial.
- Valentine, K., Persson, A., Newman, C., Hamilton, M., Bryant, J., & Wallace J. (2020). Experience as Evidence : The Prospects for Biographical Narratives in Drug Policy. *Contemporary Drug Problems*, 119-209.
- Vos bénéfices liés à l'usage de drogues* - https://www.psychoactif.org/blogs/Vos-benefices-lies-a-l-usage-des-drogues_7088_1.html. (s.d.). Récupéré sur Psychoactif.org.
- Walker, I., & Netherland, J. (2019). Developing a Transformative Drug Policy Research Agenda in the United States. *Contemporary Drug Problems* Vol. 46, pp. 3-21.