Un modèle d'éducation pour la santé en mouvement : le traitement des patients dépendants

Dominique Berger, Alain Mougniotte
Université Claude Bernard – Lyon 1 – ESPé,
dominique.berger@univ-lyon1.fr
Pascal Courty
ACTé EA 4281-Éducation à la santé

Revue *Éducation, Santé, Sociétés* Vol.1, No.1 | pp. 113-122
Reçu le : 15/02/2014 | Accepté le : 30/05/2014

Résumé : Les représentations sociales (RS) qui accompagnent les opiacés, que ce soit dans un but thérapeutique ou à visée toxicomaniaque, sont le plus souvent négatives. Néanmoins, la mise en place d'une politique de réduction des risques depuis 1993 en France a considérablement modifié la prise en charge des patients dépendants, améliorant leur espérance de vie mais pas les RS les concernant. La médicalisation de ce phénomène a permis au champ de l'éducation pour la santé d'y trouver une place possible. Nous décrirons l'historique de cette mise en place à travers l'évolution des traitements mais aussi à travers la modification de comportements des usagers et des soignants, les effets bénéfiques sur la santé publique, mais également les limites du système. Malgré des résultats reconnus, les RS perdurent. Nous les analyserons et proposerons des pistes de réflexion pratiques.

Mots-clés :Réduction des risques, traitements de substitution, éducation pour la santé, représentations sociales.

Avant Propos : Cet article a été commencé avec Pascal Courty, Docteur de l'Université de Lyon, Praticien hospitalier décédé depuis. Il avait abordé ce sujet qui lui tenait particulièrement à coeur dans une communication au Congrès de l'AREF à Genève en 2010. C'est en sa mémoire et celle de son engagement auprès des personnes dépendantes, comme de son courage, que ce texte a été terminé et proposé ici... D. Berger et A. Mougniotte

1 Introduction

La consommation de substances psychoactives et en particulier d'opiacés est un problème majeur pour tous les États, non seulement à cause de la criminalité qu'elle génère, mais également en terme de santé publique. Les opiacés, qu'il s'agisse de la morphine en thérapeutique ou de l'héroïne comme produit de défonce, s'accompagnent de jugements le plus souvent erronés à cause de leur utilisation duelle pour soulager la douleur ou provoquer du plaisir. S'il y a une « tolérance » (sic !) pour les opiacés dans le champ du soulagement de la douleur, il n'en va pas de même pour l'héroïne qui est présentée comme la pire des drogues, entraînant rapidement dépendance et déchéance. La pratique d'injection fait aussi courir le risque de contracter les virus du Sida et de l'hépatite C et de les transmettre aux autres. En France, on compte 150 à 200 000 usagers d'héroïne depuis une quinzaine d'années.

Dans cet article, nous montrerons comment les cadrages, les prises en charge des malades et les traitements sont fonction des représentations des malades et des histoires des différents pays (France, États-Unis, Europe). Malgré l'amélioration notable des conditions de vie des usagers, des résistances fortes persistent. Nous terminerons donc notre propos par quelques perspectives susceptibles d'améliorer les conditions générales du côté de l'accueil des usagers, des soins et du suivi thérapeutique des personnes.

2 Cadre d'analyse

2.1 Un peu d'histoire

Si les thérapeutiques de substitution sont connues et utilisées depuis le début des années 1960 aux États-Unis et depuis le début des années 1970 dans de nombreux pays en Europe, la France a été pratiquement le dernier à les mettre en place,dans un contexte d'urgence lié à l'explosion de l'épidémie d'infection par le virus du Sida (VIH). En effet, « grâce » au Sida que Daniel Defert, président-fondateur de l'association AIDES, qualifiait de réformateur social, des modifications en terme d'approche du soin aux usagers de drogue sont apparues (Courty, 2005). Le passage du modèle du sevrage à celui de la « Réduction Des Risques » (RDR) a reposé sur deux principes simples : donner des seringues propres et proposer des produits qui empêchent d'être en manque et de souffrir, ce qui permet d'abandonner l'injection. L'histoire de la RDR, c'est donc, d'une part l'accès aux seringues à travers la mise en place des Programmes d'échanges de seringues (PES) et d'autre part, la substitution qui a permis de faire accéder aux soins plus de 140 000 personnes en France. [1] Ces traitements présentent un aspect correctif plus que curatif : en venant occuper les récepteurs endommagés, ils aident non pas à se « défoncer » mais à retrouver un fonctionnement « normal ».Jusqu'en 1995, leur diffusion n'a pas pu s'effectuer en raison de la législation en vigueur, comme le souligne le tableau ci-dessous :

En France, pendant longtemps, les patients dépendants des opiacés n'ont eu comme seul recours que « l'auto-substitution sauvage » avec les produits codéinés disponibles sans ordonnance dans les pharmacies (sirops, comprimés contre la toux). Les modes d'accès aux traitements de substitution sont très variables. D'un côté, la prescription de chlorhy-

1. Les traitements de substitution concernent uniquement les personnes dépendantes des opiacés (héroïne, morphine et codéïnés). Par exemple, il n'existe pas d'équivalent substitutif pour le cannabis ou la cocaïne.

Tableau 1.1 – Comparaison des cadres législatifs français et européen concernant les traitements de substitution depuis 1970

	France	**Europe**
Points de départ et actions pionnières	- Usagers de drogues : estimation à 5000 en 1970. [2] - 1990-1991 : Actions de proximité dans le cadre de la prévention du SIDA. - 1992 : Création du Stéribox (boîte avec 2 seringues, eau distillée, 1 préservatif, 1 tampon alcoolisé au minimum). - 1994 : L'état finance 6 boutiques, [3] 16 programmes d'échanges de seringues et 525 places « Méthadone »	- 1924-26, en Grande Bretagne, Sir Humphrey Rolleston autorise les médecins à prescrire des drogues aux toxicomanes incapables d'abstinence. - Années 80 : Liverpool lance le programme « Mersey Harm Reduction Model », centré sur les dommages causés par les drogues plus que sur la diminution de l'usage. La 1ère conférence sur la réduction des risques a lieu à Liverpool en 1990 (O'Hare, 2007). Présentes dans 6 pays, on recense 80 salles d'injection ou shooting rooms en Europe. [4]
Traitements par Méthadone	- Existent à partir de 1973 mais réservés pendant plus de 20 ans à 50 patients en même temps, « à titre expérimental ». - Circulaire du 7 mars 1994 : Les centres de soins spécialisés sont autorisés à prescrire. - Décret du 17 mars 1995 fixe le dispositif officiel de soutien de la politique de réduction des risques : le cadre de la délivrance gratuite des seringues y est défini.	- Prescrits aux États-Unis depuis les années 1960, ils le sont en Europe à la fin des années 1960 => Suède, Royaume-Uni, Pays-Bas, Danemark - 1970 => Finlande, Portugal, Italie, Luxembourg - 1980 => Autriche, Espagne - 1990 => Irlande, Allemagne, Grèce - 2000 : un document à destination des praticiens européens fait le point sur les données actuelles en matière de traitement par la Méthadone. [5]
Traitements par Buprénorphine Haut Dosage (BHD)	Juillet 1995 : autorisation de mise sur le marché 12 février 1996 : disponibilité dans les pharmacies	
-2009 : un rapport européen met en avant la pauvreté de l'effet dissuasif de la réponse répressive. Des avancées remarquables se font avec le traitement de substitution : environ 650 000 personnes en bénéficient en 2007 pour un nombre total de consommateurs estimé entre 1,2 million et 1,5 million [6]. Hélas, l'Europe de l'est contribue très peu à ces résultats. - 2009-2012 : un plan d'action « pragmatique, déterminé et ciblé » à travers trois axes : prévention des décès liés à la drogue, travail mené dans les prisons et amélioration de la qualité des traitements. [7]		

drate de méthadone est encadrée par un dispositif lourd : les patients doivent se soumettre à plusieurs contraintes majeures en début de programme (analyses d'urine, venues quotidiennes au centre agréé, dispensation au maximum pour 7 jours). Les centres agréés sont rares : 30 en juillet 1994. Ils ne couvrent pas l'intégralité du territoire et l'évaluation par l'Inserm est prévue exclusivement pour les 5 000 premiers patients.[8] Après une période de stabilisation, le relais de prescription peut s'effectuer par un médecin de ville (et un seul) et une pharmacie de ville (et une seule), après contact des différents protagonistes avec le centre ayant initié la prescription.

Les modalités de prescription de la Buprénorphine Haut Dosage (BHD) sont quasiment à l'opposé de celles du chlorhydrate de méthadone. Tout médecin peut prescrire le traitement par BHD sans analyse d'urine préalable ni surveillance par contrôles ultérieurs. Même s'il est recommandé de prescrire pour sept jours de traitement au début de la prise en charge (les boîtes sont idéalement de sept comprimés), la possibilité de prescrire pour vingt-huit jours en une fois donne une accessibilité bien différente de ce produit. Les génériques n'ont jamais pris plus de 30 % du marché alors qu'habituellement le surpassement de la molécule-mère se fait en trois à six mois.

Enfin, la création de salles d'injection encadrées médicalement reste débattue. Elles ont reçu un avis favorable après une expertise de l'INSERM[9] mais les vieilles chimères sécuritaires et répressives persistent. Un collectif d'association de réduction des risques[10] a été créé, mais depuis l'été 2010, le débat continue à faire rage (Chappard & Couteron, 2013).

2.2 Représentations, efficacité et accès aux traitements

Les représentations les plus répandues en matière de toxicomanie s'articulent entre deux pôles :

— Les usagers d'héroïne sont des personnes malades dans l'incapacité de se soigner.
— Ils s'adonneraient à une passion morbide qui les amènerait à se détruire volontairement.

Dans le meilleur des cas, on leur trouve des circonstances atténuantes dues à un passé de souffrance, une enfance malheureuse. Dans le pire des cas, quand « ils l'ont bien cherché », le seul traitement est le sevrage sur le modèle d'un arrêt de la consommation d'alcool et de tabac. Ce modèle n'a pas pourtant pas fait preuve de son efficacité.

En matière de prévention, l'étude européenne baptisée « EU-Dap »[11] a souligné la pertinence de programmes basés sur une approche globale de l'influence sociale qui associe la formation sur le savoir-être à un enseignement normatif et à l'acquisition de connaissances sur les substances. Les programmes de prévention sélective et ciblée sont récents et trop rares pour être évalués. Les campagnes médiatiques de masse concernant une substance paraissent néanmoins peu productives et ont quelquefois des effets indésirables : des personnes ne s'intéressant pas à une drogue ont indiqué leur intention de la consommer, comme par exemple lors de la campagne écossaise sur la cocaïne « Know the score » (OFDT, 2007).

8. Consultable sur http ://www.opiateaddictionrx.info/pdfs/MethadoneFrance.pdf
9. Consultable en ligne sur http ://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/expertises-collectives
10. http://www.salledeconsommation.fr/
11. http://www.eudap.net/

Pour la BHD, la plupart des études initiées se sont attachées à évaluer l'efficacité du traitement à partir de critères comme le taux de patients devenus abstinents et de rétention dans le système de soins, ou la faisabilité de la prise en charge des usagers de drogues en médecine de ville. Dans les pays où la mise en place des traitements de substitution à la méthadone a été moins tardive qu'en France, des études ont évalué l'influence du traitement de substitution sur les trajectoires médico-sociales des patients pharmacodépendants aux opiacés. Les programmes sont jugés efficaces en termes de réduction de la mortalité, des risques de transmission du VIH et des autres maladies transmissibles par voie sanguine, mais ils ne permettent pas à tous les patients substitués de stopper leur consommation de drogues injectables. Les programmes de substitution par la méthadone favorisent la réinsertion sociale, diminuent les comportements de délinquance et de violence et permettent une meilleure observance des patients séropositifs envers les traitements administrés dans le cadre de leur infection au VIH.Certains pays privilégient l'approche psychosociale en ambulatoire, d'autres la substitution, d'autres le traitement psychosocial en milieu hospitalier alors que quelques-uns restent « accrochés » au sevrage. Un portail sur les meilleures pratiques est disponible sur le site de l'OEDT. [12]

Tous les pays de l'U.E. proposent des traitements de sevrage. Les traitements de substitution sont délivrés par des centres spécialisés en ambulatoire dans la plupart des états, mais treize pays font également appel au réseau de la médecine générale. N'importe quel médecin peut délivrer un tel traitement en République tchèque, en France, aux Pays-Bas, au Portugal, au Royaume-Uni et en Croatie. A contrario, en Belgique, au Danemark, en Allemagne, en Irlande, au Luxembourg, en Autriche et en Norvège, seuls les médecins spécifiquement formés ou habilités sont autorisés à en délivrer. La Bulgarie, la Grèce, la Finlande et la Suède privilégient les services hospitaliers. Certains états limitent le nombre de patients pris en charge par praticiens, si bien que l'on peut obtenir un traitement de substitution dans la journée en France alors que le délai moyen d'attente est de trois ans en Grèce.Résultats et enjeux

2.3 Intérêts et limites de différentes approches

En France, une conférence de consensus sur les traitements de substitution a eu lieu sous l'égide de l'ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) les 23 et 24 juin 2004 à Lyon. [13]Les effets de ces traitements ont été évalués huit ans après leur apparition :

- 5 fois moins de décès par surdoses à l'héroïne entre 1994 et 2002.
- 3 fois moins de grossesses prématurées.
- 6 fois moins de patients « injecteurs » entre 1995 et 2003.
- Près de 3500 vies sauvées de 1996 à 2003. Les coûts épargnés en 1997 par la politique de substitution de la dépendance aux opiacés sont estimés à 595 millions d'euros (- 27% du coût de la consommation de drogues).
- 50% des patients ont une meilleure situation sociale.
- 3 fois moins d'infractions à la législation des stupéfiants (ILS) concernant l'héroïne entre1995 et 2003.

12. http://www\%3Bemcdda.eu/best-practice/teatment

13. Conférence de consensus sur les traitements de substitution aux opiacés, Lyon (2004). Consulté en ligne le 19/07 :2014 : http ://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/TSO_court.pdf

— 3 patients sur 4 estiment « s'en être sortis » et plus de 2 sur 3 évoquent une meilleure qualité de vie.

Longtemps invisibles, les usagers viennent désormais dans les centres de soins. Dès la fin 1996, l'objectif initial d'inclure 20 000 patients en phase de plateau est atteint, pour arriver à90 000 en 2000. A l'heure actuelle, on estime que près des 2/3 des usagers de drogues sont traités par TSO, soit un peu plus de 145 000 personnes dont une grande majorité est suivie par la médecine de ville.

Les pharmaciens deviennent des « acteurs de santé de première ligne » avec les seringues et la substitution. Les usagers peuvent mieux suivre les traitements contre le VIH, VHC et autres. Les relations deviennent moins conflictuelles avec les services sociaux, judiciaires, police. . . Les usagers se revendiquent citoyens comme les autres et prennent en main leur prévention (association d'auto-support ASUD).

Les contaminations VHC restent néanmoins élevées en 2008 (aux alentours de 40%) malgré une diminution dans certains groupes, en particulier chez les plus jeunes.[14]Le taux de séropositivité des usagers varie avec l'âge : 7% des moins de 30 ans vs 80% des plus de 45 ans sont infectés. Les usagers de drogues ne représentent plus que 2% des séropositivités au VIH. Alors que les résultats positifs de ces mesures ne sont reconnus que tardivement (2004), les effets négatifs sont rapidement stigmatisés, tels les décès par surdose de BHD (Reynaud, Tracqui, Petit, Potard & Courty, 1998) ou les détournements (marché noir, nomadisme médical) et mésusages (injection et sniff au détriment de la voie sublinguale). La BHD a fait l'objet de nombreuses attaques alors que l'on reste pudique sur la mortalité par méthadone. Les différentes publications sur le mésusage cherchent systématiquement à minimiser le rôle bénéfique au détriment des possibles dérives : par exemple, on parle de recours à l'injection et non pas de fréquence d'injection. On évoque le détournement (Obadia, Vidal-Trecan, 1998) pour obtenir plus de produit alors que la dose moyenne prescrite est rarement évoquée. On n'évoque jamais l'aspect possiblement récréatif de l'usage de drogues alors qu'il est bien défini et même valorisé socialement pour l'alcool.

D'autres publications s'attachent à décrire les interrelations complexes qui existent entre un médicament, l'usager et le soignant (Courty, 2003). Celles-ci montrent le plus souvent que les « mauvaises pratiques » sont corrélées avec un défaut de prise en charge par les assurances sociales ou le thérapeute, et que la rencontre avec ce même thérapeute est identifiée comme étant le facteur essentiel favorisant l'accès aux soins (Courty, 2009). Le manque de formation des médecins est clairement identifié comme un facteur aggravant alors qu'une formation adaptée diminue rapidement le mésusage et le nomadisme (Moatti, Souville, Escaffre & Obadia, 1998). Sur le plan des maladies virales, si l'on a tendance à considérer de plus en plus l'infection à VIH comme une maladie chronique dans les pays occidentaux, de nombreux patients pourraient accéder au traitement de leur hépatite C et ne le sont pas. Pourtant les usagers de drogues par voie intraveineuse sont infectés par un génotype plutôt plus accessible au traitement et la plupart d'entre eux pourraient être définitivement guéris. Or, là encore, malgré les équipes pluridisciplinaires, les réticences à traiter semblent émaner des médecins plus que des patients. Chacun semble jouer sa

14. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire no. 37 du 6 octobre 2009.

partition, dans son coin, en pensant détenir la vérité. Si personne ne semble vouloir de consensus, comment sortir de cette impasse ?

2.4 La dépendance majeure aux opiacés : un état chronique ?

Avec de telles avancées en matière de santé publique, quel pourrait être le modèle de la prise en charge des maladies chroniques ? Pourquoi le soin aux usagers de drogues continue-t-il d'être délaissé ? Pourquoi la consommation reste-t-elle considérée comme un vice, une activité illégale et non pas comme une maladie ? Ce que les usagers impliqués ont déjà été capables de faire correspond à un véritable changement de paradigme. En effet, passer de l'idée de sevrage comme rédempteur et salvateur à celle de substitution entachée de « défaitisme » revient à « donner de la drogue aux drogués ». Mais se pose-t-on la question de l'utilisation de l'insuline chez le diabétique ? Malgré les actions menées depuis une quinzaine d'années, les opiacés restent sous-utilisés. Le mythe de devenir toxicomane reste prégnant et influe sur les pratiques.

L'une des façons de modifier les représentations sociales et les conceptions individuelles des soignants comme des politiques est probablement d'appliquer des modèles scientifiquement validés, c'est à dire de considérer la dépendance majeure aux opiacés comme un état chronique. Nous employons à dessein le terme d'état ou de condition car en l'état actuel de nos connaissances, il peut encore s'envisager des évolutions vers la sortie de la maladie. Les guérisons de l'hépatite C dans un grand nombre de cas sont là pour nous le rappeler. A l'heure actuelle, c'est ce modèle qui tend à s'imposer comme standard international puisqu'il paraît opérant pour expliquer les rechutes entrecoupant les périodes d'accalmie. Le traitement au long cours authentifie l'aspect médical avec des explications neurobiologiques validées et la médecine basée sur les preuves est de plus en plus utilisée pour justifier les politiques publiques, comme le prouve l'ouvrage récent d'un groupe d'experts internationaux (Babor & *al.*, 2010).

Si l'on admet alors que nous avons à faire à un état chronique, le champ de l'éducation thérapeutique peut advenir car c'est dans ces domaines (obésité, diabète, asthme, etc.) que s'est implantée cette pratique. Elle nécessite la prise en compte de tous les déterminants (thérapeutique, patient, soignant, contexte) afin de viser l'amélioration de la qualité de vie des usagers. Les progrès thérapeutiques ont amené un mieux être indéniable dans la substitution et le soin des maladies virales (Randl, Courty, Dubost, Boyé, Harrand, Chakroun, Dalla Zanna, & Abergel, 2009), mais on enregistre aussi de nets progrès dans les prises en charge des comorbidités psychiatriques (nouveaux antidépresseurs et neuroleptiques atypiques mieux tolérés). Les usagers de drogues ont modifié notablement leurs comportements autrefois jugés irresponsables en intégrant les programmes de soins et d'échange et/ou de récupération de seringues.Le troisième acteur, souvent le médecin que nous appellerons soignant ou éducateur pour la santé semble encore à la traîne, du fait de l'absence de formation initiale dans ce domaine et du peu d'intérêt pour une formation spécifique. Pourtant, et c'est ce que nous appelons, un autre paradoxe français, ce sont des médecins non formés qui font tourner le système. Dès lors, faut-il chercher les réticences des médecins à soigner les patients du coté de l'aspect illégal de la prise de drogues ? Ou comme dans le cas de la douleur, restent-ils imprégnés de l'idée qu'il faut souffrir pour guérir (Mialou, Kauffmann, Richard, Llorca, Courty & Authier, 2010) ? S'agit-il d'une difficulté à abandonner leur toute puissance à guérir tout de suite au dé-

triment d'une prise en charge de longue durée ? Quelles peuvent être les propositions de nature à faire évoluer cette situation ?

3 Perspectives et conclusions

L'adaptation permanente du soignant à la demande du soigné dans un partenariat interactif autour des compétences reconnues des deux côtés ne peut se faire que dans un réel effort de formation des thérapeutes, non seulement à des connaissance nouvelles, mais à un autre rapport à l'autre et à sa souffrance. Par exemple, la réduction du mésusage de BHD passe par l'adaptation des posologies. Si le médecin prescrit « trop », il va être responsable de la chronicisation de son patient. Les usagers, en miroir, vivent mal les réticences des soignants et des rapports basés sur la méfiance s'instaurent à la place d'une confiance mutuelle. La connaissance de la « bonne » dose permet de changer les attitudes : parce que le patient ne ressent plus le manque, il ne prend plus de drogues et n'a pas envie de s'injecter le traitement. Se pose-t-on la question de la dose quand il s'agit de prescrire un antibiotique ? On prescrit la dose efficace même si on oublie souvent de dire qu'il est important de prendre le traitement pour la durée prescrite. Cette façon d'agir dans l'implicite montre bien les difficultés du monde médical à fonctionner face à des maladies chroniques qui exigent un accompagnement au long cours du patient.Le médecin n'est pas / plus le « sauveur » immédiat face à la maladie. La perte de la toute puissance du savoir médical mise à mal par une meilleure information des patients par eux-mêmes et grâce aux groupes d'usagers fait désormais du médecin un partenaire. Il inscrit alors son action dans le registre du soin et non plus dans le registre de l'illégalité, ou du traitement de confort d'une conduite à risque. Le soignant doit aussi s'adapter à des patients de plus en plus jeunes qui non seulement ont un cerveau en voie de maturation, mais sont également en quête identitaire.

Les évolutions montrent ainsi comment les médecins sont appelés à devenir les accoucheurs attentifs de ce travail continu en orientant et en accompagnant, plus qu'en imposant ou en ordonnant. L'échange, l'acceptation des différences et des attentes se doivent d'être la préoccupation des soignants qui deviennent ainsi des éducateurs thérapeutiques. Car, même si les patients ont des compétences, le médecin reste le pivot de l'accès aux soins dans notre système de santé. Les actions en matière de prévention doivent alors viser le bien-être des jeunes et leur information plutôt que de ressembler à des campagnes de publicités au ton démagogique ou dramatique. Des actions ciblées concernant certains groupes d'usagers peuvent être envisagées lorsqu'elles ont fait la preuve de leur efficacité.

Reste encore le plus difficile : convaincre le politique que ces notions sont les pré-requis d'une bonne pratique clinique qui doit s'intégrer dans la formation professionnelle ou dans l'acquisition d'une formation continue non obligatoire, donnant lieu à l'établissement d'un certificat visible que les médecins pourraient afficher dans leur cabinet. Chaque médecin pourrait aussi voir un nombre limité de patients dans ce domaine, ce qui garantirait la qualité du soin.

Ces propositions semblent aujourd'hui relever de l'utopie, mais si ce modèle éminemment éducatif peut s'appliquer aux usagers de drogues, il doit pouvoir aussi s'adapter sans mal aux autres maladies chroniques. C'est tout l'enjeu de l'avenir des interrelations patient/éducateur pour la santé, avec un changement radical de notre approche du soin.Imaginons

encore plus difficile : une fois la question du soin réglée, pourrons-nous poser un jour celle de l'usage récréatif des drogues ?

4 Bibliographie

Babor, T., Caulkins, J., Edwards, G., Fischer, B., Foxcroft, D., Humphreys, K., Obot, I., Rehm, J., Reuter, P., Room, R., Rossow, I. & Strang, J. (2010). *Drug Policy and the Public Good*. London : Oxford University Press.

Berger, D. & Courty, P. (2007). Futurs acteurs de prévention et cannabis. *Revue Française de Santé publique, 5*, 383-400.

Chappard, P. & Couteron J-P. (2013). *Salle de shoot : les salles d'injection supervisée à l'heure du débat français*. Paris : La découverte.

Courty, P. (2003). Buprénorphine haut dosage (Subutex®) et pratique d'injection : A propos d'une enquête auprès de 303 personnes. *Annales de Médecine Interne – Supplément Médecine des Addictions. 154, Hors série I*, IS46-IS50.

Courty, P. (2005). Prescrire la substitution aux opiacés : de l'illégalité à la banalité. *L'Information Psychiatrique, 81*, 409-15.

Courty, P. (2005). *Intervenir en Toxicomanie*. Paris : La Découverte.

Courty, P. (2009). Use and abuse of High Dosing Buprenorphine (HDB) obtained without prescription : a French survey. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems, 11(1)*, 23-30.

Marcillac, A. (2010). *Les compétences des acteurs de la réduction des risques : de la formalisation à l'évaluation*. Mémoire de Master 2, Université Montpellier 3, Montpellier.

Mialou, M., Kauffmann, J., Richard, B., Llorca, P.M., Courty, P. & Authier, N. (2010). Stratégies antalgiques et médicaments de substitution aux opiacés. *Le Courrier des Addictions, 2 (12)*, 24-26.

Moatti, J.P., Souville, M., Escaffre, N. & Obadia, Y. (1998). French general practitioners' attitude toward maintenance drug abuse treatment with buprenorphine. *Addiction, 93*, 1567-1575.

Obadia, Y., Perrin, V., Feroni, I., Vlahov, D. & Moatti, J.P. (2001). Injecting misuse of buprenorphine amongst French drug users. *Addiction. 96*, 267-272.

OEDT (2007). *Rapport annuel 2007 : l'état du phénomène de la drogue en Europe*. Lisbonne : Observatoire européen des drogues et des toxicomanies.

O'Hare, P. (2007). Merseyside, the first harm reduction conferences, and the early history of harm réduction. *International Journal of Drug Policy, Vol. 18 (2)*, 141-144.

Peretti-Watel, P., Moatti, J.P. (2009). *Le principe de prévention : Le culte de la santé et ses dérives*. Paris : Le Seuil.

Randl, K., Courty, P., Dubost, S., Boyé, A., Harrand, A.M., Chakroun, N., Dalla Zanna, C. & Abergel, A. (2009). Une prise en charge multidisciplinaire est-elle suffisante pour inciter les usagers de drogue sous traitement de substitution aux opiacés à traiter leur hépatite chronique C ? *Gastroenterol Clin Biol,* 33-86.

Reynaud, M., Tracqui, A., Petit, G., Potard, D. & Courty, P. (1998). Six deaths linked to misuse of buprénorphine-benzodiazepine combinations. *American Journal of Psychiatry, 155 (3)*, 448-9.

Vidal-Trecan, P. & Boissonas, G. (2001). *Usagers de drogues injectables et buprénorphine haut dosage : Analyse des déviations de son utilisation*. Paris : OFDT.