

## RECHERCHE ORIGINALE

# Attitudes des professionnels de première ligne de la région PACA face à la Réduction des Risques et des Dommages : connaissances, perceptions et besoins

Bernard Bertrand<sup>1,\*</sup><sup>1</sup> ARCA-Sud, délégation de Vaucluse, 1 rue Ninon Vallin, 84200 Avignon, France\*Correspondance : Bernard Bertrand, ARCA-Sud, délégation de Vaucluse, 1 rue Ninon Vallin, 84200 Avignon. [b.bertrand@arca-sud.fr](mailto:b.bertrand@arca-sud.fr)

**Résumé :** **Contexte :** La Réduction des Risques et des Dommages (RDRD) est un axe majeur des politiques publiques en addictologie. Son appropriation par les professionnels de première ligne demeure hétérogène, limitant la coordination des parcours de santé. **Méthodes :** Une enquête par questionnaire a été menée auprès de 810 professionnels non spécialisés (sanitaire, social et médico-social) en région PACA, afin d'évaluer leurs connaissances, perceptions et besoins en formation sur la RDRD. **Résultats :** Moins de la moitié (49 %) des répondants identifient correctement ou partiellement le sigle RDRD, avec des disparités départementales (35,7 % à 55,1 %). L'objectif de la RDRD est compris par 51,6 %, tandis que 44,9 % déclarent ignorer le sujet. L'acceptation des outils de RDRD est faible : 34,8 % pour le kit d'injection, 29,6 % pour le « roule ta paille », 22,2 % pour la « pipe à crack ». Un tiers reconnaît les traitements de substitution aux opioïdes ou la vape comme outils de RDRD, et la connaissance de la naloxone reste limitée (22,8 %). Les besoins de formation sont massivement exprimés, avec une forte demande d'approfondissement (64,9 %). **Discussion :** L'insuffisance de formation, l'absence de culture commune et la méconnaissance des dispositifs freinent la coordination des parcours et nuisent à la qualité de la prise en charge. **Conclusion :** Renforcer la culture de la RDRD par une stratégie de formation adaptée, territorialisée et coordonnée, apparaît indispensable pour améliorer la coordination et la qualité des parcours en addictologie

**Mots clés :** réduction des risques ; addictologie ; formation ; coordination des parcours ; professionnels de première ligne

**Abstract:** **Context:** Harm Reduction (HR) is a major focus of public policies in addiction. Its adoption by frontline professionals remains heterogeneous, limiting the coordination of healthcare pathways. **Methods:** A questionnaire survey was carried out among 810 non-specialist professionals (health, social and medico-social) in Region PACA, in order to assess their knowledge, perceptions and training needs on. **Results:** Less than half (49%) of respondents correctly or partially identify the acronym HR, with departmental disparities (from 35.7% to 55.1%). The objective of Harm Reduction is understood by 51.6%, while 44.9% report ignorance of the subject. Acceptance of Harm Reduction tools is low: 34.8% for the injection kit, 29.6% for the "roule ta paille", 22.2% for the "crack pipe". A third recognize opioid substitution treatments or vaping as Harm Reduction tools, and knowledge of naloxone remains limited (22.8%). Training needs are massively expressed, with a strong demand for further training (64.9%). **Discussion:** The lack of training, the absence of a common culture and the lack of knowledge of the systems hinder the coordination of pathways and harm the quality of care. **Conclusion:** Strengthening the culture of HR through an adapted, territorialized and coordinated training strategy appears essential to improve the coordination and quality of care pathway in addiction.

**Key words :** harm reduction; addiction; training; pathway coordination; front-line professionals

## 1. INTRODUCTION

### 1.1. Contexte international et enjeux régionaux

La Réduction Des Risques et des Dommages (RDRD) s'inscrit dans une dynamique mondiale de santé publique, marquée par une reconnaissance croissante des approches qui ne se focalisent pas exclusivement sur l'abstinence, mais visant à limiter les conséquences négatives des consommations de substances psychoactives sur la santé et la vie des personnes concernées. Cependant, l'application des principes de la RDRD par les professionnels de première ligne (professionnels en contact direct avec la population, tels que médecins généralistes, infirmiers, pharmaciens, travailleurs sociaux, animateurs, acteurs de l'insertion, de l'éducation ou de la coordination de parcours en santé, qui ne sont pas spécialisés en addictologie) restent très hétérogène selon les pays, avec des disparités notables en France, notamment dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA). Cette disparité est accentuée par une offre de formation encore fragmentée, des inégalités territoriales marquées et une pénurie de professionnels spécialisés, soulignant la nécessité d'évaluer les attitudes des acteurs de première ligne face à la RDRD.

La réduction des risques a été mise en œuvre en France dans les années 1980 afin de freiner la transmission du VIH chez les usagers de drogues. Elle a été reconnue par la loi du 9 août 2004, puis consolidée et élargie par la loi du 26 janvier 2016 [1]. Elle s'inscrit désormais dans une approche globale de santé publique visant à limiter les conséquences sanitaires, sociales et psychiques de la consommation, quels que soient le produit, le parcours ou le projet de la personne concernée [2-4].

A l'échelle régionale, la région PACA illustre ces enjeux, en se distinguant par une forte prévalence des usages de substances psychoactives, avec des consommations supérieures à celles des autres régions pour le tabac, le cannabis, la cocaïne, le poppers, la MDMA, le LSD et la kétamine [5-7]. Cette situation s'inscrit dans un contexte régional marqué par de fortes disparités territoriales, entre zones urbaines denses et territoires ruraux isolés exacerbent les inégalités d'accès aux soins. A cela s'ajoute une pénurie de professionnels spécialisés, notamment en addictologie.

### 1.2. Un enjeu pour les professionnels de première ligne

La RDRD constitue une réponse essentielle aux enjeux liés aux conduites addictives, mais son adoption et son intégration dans les pratiques des professionnels de première ligne reste limitée. Pourtant, ces acteurs, souvent premiers, voire uniques interlocuteurs des personnes concernées, jouent un rôle essentiel dans le repérage, l'orientation et l'accompagnement, en lien avec l'expertise, les besoins des usagers et dans une démarche non stigmatisante.

Plusieurs études internationales et nationales soulignent toutefois une appropriation inégale de cette approche par les professionnels de première ligne, mettent en évidence des niveaux variables de connaissance et d'acceptation des dispositifs de RDRD. En Suède, par exemple, une enquête a montré que si la majorité des travailleurs sociaux adoptaient des attitudes favorables à la RDRD, un déficit de formation spécifique persistait, limitant leurs capacités d'intervention [8]. De même, en France, des enquêtes récentes menées en milieu pénitentiaire et hospitalière confirment cette disparité et mettent en évidence le besoin de formation adaptés [9, 10].

Ces résultats convergent avec les standards professionnels de la National Association of Social Workers [11] et de la Council on Social Work Education [12], qui soulignent l'importance de développer certaines compétences clés : écoute empathique, respect de l'autodétermination des usagers, élaboration de stratégies pragmatiques basée sur l'évaluation des besoins et les données probantes, y compris des approches de RDRD, ainsi que la facilitation de l'accès aux ressources sanitaires et sociales appropriées. Plus récemment, des travaux recommandent de mieux articuler connaissances scientifiques actualisées et savoir expérientiel afin de garantir un accompagnement à la fois efficient, respectueux des droits fondamentaux et ancré dans la réalité vécue des personnes usagères [4].

### 1.3. Problématique : connaissances et attitudes des professionnels

Malgré la multiplication des formations, le manque de coordination entre les acteurs et l'insuffisante adaptation aux réalités territoriales, freinent l'appropriation de la RDRD par les professionnels de première ligne. Cette situation nuit à la fluidité des parcours et compromet la qualité des accompagnements.

### 1.4. Objectif de l'étude

Ce travail vise à évaluer les connaissances et les attitudes des professionnels de première ligne en région PACA concernant la RDRD, ainsi que d'identifier leurs besoins en formation, dans le but d'élaborer une stratégie d'accompagnement adaptée et efficace.

## 2. MATERIELSETMETHODES

Nous avons mené une enquête en ligne auto-administrée, entre le 14 janvier et le 28 février 2025, à l'aide de la plateforme Microsoft Forms®. Le questionnaire, composé de 35 items, a été élaboré à partir de plusieurs enquêtes antérieures menées auprès des professionnels [10, 13, 14]. Pour les besoins de cet article, nous avons analysé une partie ciblée des résultats issus de l'enquête globale, en nous concentrant principalement sur les connaissances, les attitudes des professionnels et leur besoin en formation relatifs à la RDRD, leur compréhension des Traitements de Substitution aux Opioides (TSO, entendus ici au sens restreint de médicaments tels que la méthadone ou la buprénorphine, et non de la démarche médico-psychosociale globale) et de la vape, ainsi que leur connaissance des risques liés aux opioïdes et de l'antidote des surdoses d'opioïdes (naloxone). Les autres dimensions de l'enquête ont fait l'objet d'un rapport d'étude.

Nous avons garanti l'anonymat des répondants. Le questionnaire a été diffusé par courriel et largement relayé par le Dispositif Expert Régional (DER) ARCA-Sud, les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC), les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS), les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP), ainsi que par les fédérations FACS Sud et FAS PACA Corse. Deux relances ont été effectuées avant la clôture de l'enquête.

Nous avons analysé les réponses à l'aide de statistiques descriptives (nombres, pourcentages). Les pourcentages départementaux sont calculés sur l'effectif local, tandis que les taux régionaux sont pondérés selon la taille des échantillons. Les questions ouvertes ont été traitées avec le logiciel Modalisa. La question relative à la délivrance ou la prescription de la naloxone a été exclue en raison de données non exploitables.

Nous avons retenu comme critères d'inclusion les professionnels de première ligne non spécialisés en addictologie exerçant dans la région PACA.

Conformément aux principes de la méthodologie de référence MR-004 de la CNIL, cette étude a appliqué les exigences relatives à la protection des données personnelles (information, sécurité, droits des personnes), bien que l'engagement de conformité n'ait pas été initié avant le recueil des données.

## 3. RESULTATS

### 3.1 Caractéristiques de la population

Au total, 879 professionnels ont participé à l'enquête. 69 réponses ont été exclues pour non-respect des critères d'inclusion, portant ainsi l'effectif final analysé à 810 professionnels. Le tableau 1 présente une synthèse des caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des participants. Il présente une répartition par département, le sexe, la tranche d'âge, la profession et le type de structure d'exercice. Ces données offrent une vision d'ensemble de la composition de l'échantillon en fonction des caractéristiques sociodémographiques et professionnelles.

	Région PACA*	Alpes-de-Haute-Provence	Hautes-Alpes	Alpes-Maritimes	Bouches-du-Rhône	Var	Vaucluse
Typologie	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<b>Sexe</b>							
Femme	694 (85,7)	44 (89,8)	61 (87,1)	182 (88,3)	77 (77,0)	200 (87,7)	130 (82,8)
Homme	115 (14,2)	5 (10,2)	9 (12,9)	24 (11,7)	23 (23,0)	28 (12,3)	26 (16,6)
Non binaire	1 (0,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,6)
<b>Tranche d'âge</b>							
<25 ans	19 (2,3)	0 (0,0)	1 (1,4)	5 (2,4)	2 (2,0)	8 (3,5)	3 (1,9)
25-34 ans	154 (19,0)	8 (16,3)	9 (12,9)	39 (18,9)	19 (19,0)	48 (21,1)	31 (19,7)
35-44 ans	261 (32,2)	12 (24,5)	23 (32,9)	56 (27,2)	39 (39,0)	74 (32,5)	57 (36,3)
45-54 ans	211 (26,0)	18 (36,7)	29 (41,4)	62 (30,1)	25 (25,0)	35 (15,4)	42 (26,8)
55 ans +	165 (20,4)	11 (22,4)	8 (11,4)	44 (21,4)	15 (15,0)	63 (27,6)	24 (15,3)
<b>Profession</b>							
Travail social/insertion	329 (40,6)	22 (44,9)	23 (32,9)	72 (35,0)	10 (10,0)	124 (54,4)	78 (49,7)
Médical/paramédical	227 (28,0)	16 (32,7)	26 (37,1)	57 (27,7)	55 (55,0)	36 (15,8)	37 (23,6)
Coordination de parcours en santé	19 (2,3)	0 (0,0)	1 (1,4)	9 (4,4)	5 (5,0)	4 (1,8)	0 (0,0)
Soutien/accompagnement	53 (6,5)	5 (10,2)	5 (7,1)	16 (7,8)	10 (10,0)	7 (3,1)	10 (6,4)
Encadrement/gestion	109 (13,5)	5 (10,2)	9 (12,9)	40 (19,4)	10 (10,0)	32 (14,0)	13 (8,3)
Jeunesse	2 (0,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,5)	0 (0,0)	1 (0,4)	0 (0,0)
Forces de l'ordre/justice	22 (2,7)	0 (0,0)	1 (1,4)	2 (1,0)	0 (0,0)	9 (3,9)	10 (6,4)
Fonction publique/Administration	2 (0,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (0,9)	0 (0,0)
Autres	47 (5,8)	1 (2,0)	5 (7,1)	9 (4,4)	10 (10,0)	13 (5,7)	9 (5,7)
<b>Type de structure</b>							
Association	190 (23,5)	0 (0,0)	9 (12,9)	46 (22,3)	20 (20,0)	77 (33,8)	38 (24,2)
Cabinet libéral (libéraux, MSP...)	105 (13,0)	8 (16,3)	16 (22,9)	32 (15,5)	18 (18,0)	12 (5,3)	19 (12,1)
Établissement de santé	55 (6,8)	3 (6,1)	8 (11,4)	6 (2,9)	20 (20,0)	8 (3,5)	10 (6,4)
Service de santé au travail	7 (0,9)	1 (2,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (1,3)	3 (1,9)
DAC, DER, DSR, CPTS...	70 (8,6)	2 (4,1)	6 (8,6)	17 (8,3)	18 (18,0)	17 (7,5)	10 (6,4)
Etab. Scol. / Univ. / Inst. Form.	26 (3,2)	3 (6,1)	1 (1,4)	18 (8,7)	2 (2,0)	1 (0,4)	1 (0,6)
Etab. social ou médico-social	268 (33,1)	23 (46,9)	26 (37,1)	75 (36,4)	11 (11,0)	79 (34,6)	54 (34,4)
Forces de l'ordre / Justice	10 (1,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (4,0)	2 (0,9)	4 (2,5)
FPE et FPT / Administration	47 (5,8)	7 (14,3)	4 (5,7)	6 (2,9)	3 (3,0)	16 (7,0)	11 (7,0)
Jeunesse	5 (0,6)	1 (2,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (0,9)	2 (1,3)
Autre	27 (3,3)	1 (2,0)	0 (0,0)	6 (2,9)	4 (4,0)	11 (4,8)	5 (3,2)

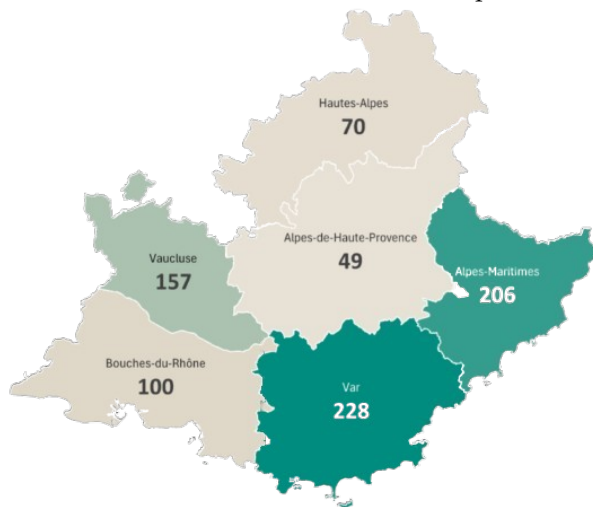
**Tableau 1.** Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des répondants par département (n = 810). \* Pourcentage régional pondéré par le nombre de répondants de chaque département.

La population interrogée se caractérise par une forte majorité de femmes dans tous les départements, avec une proportion variant de 77 % (n = 77) dans les Bouches-du-Rhône à 89,8 % (n = 44) dans les Alpes-de-Haute-Provence. Les classes d'âge 35-44 ans et 45-54 ans sont les plus représentées, tandis que le Var se distingue par une part notable de répondants âgés de 55 ans et plus (n = 63 ; 27,6 %).

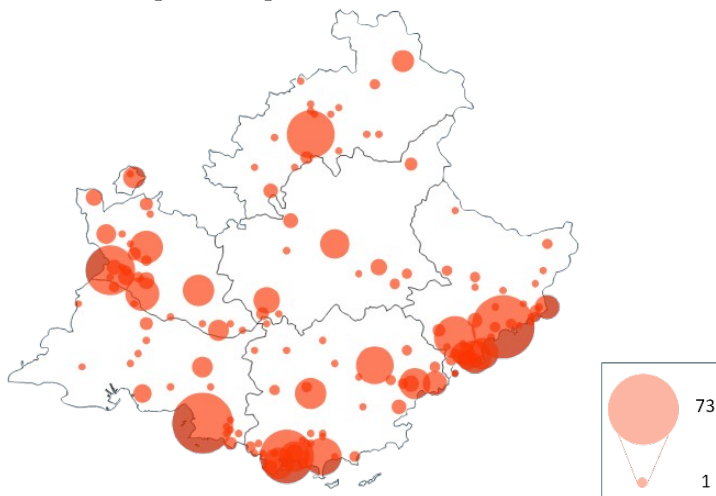
Sur le plan professionnel, le travail social et l'insertion dominant dans la plupart des départements. Toutefois, dans les Bouches-du-Rhône et les Hautes-Alpes, ce sont les professions médicales et paramédicales qui sont majoritaires, représentant 55 % (n = 55) et 37,1 % (n = 26) des répondants. Les métiers d'encadrement, de gestion, de soutien et d'accompagnement sont également présents dans l'ensemble des territoires.

Les structures sociales ou médico-sociales constituent le premier lieu d'exercice des répondants, représentant 33,1 % (n = 268) au niveau régional, avec une présence particulièrement marquée dans les Alpes-de-Haute-Provence (n = 23 ; 46,9 %) et les Alpes-Maritimes (n = 75 ; 36,4 %).

Les associations arrivent en deuxième position (n = 190 ; 23,5 %), notamment dans le Var (n = 77 ; 33,8 %) et le Vaucluse (n = 38 ; 24,2 %). Par ailleurs, 13 % (n = 105) des répondants exercent en cabinet libéral, une proportion qui atteint 22,9 % (n = 16) dans les Hautes-Alpes et 18 % (n = 18) dans les Bouches-du-Rhône. Les établissements de santé regroupent 6,8 % (n = 55) des professionnels interrogés, mais cette part s'élève à 20 % (n = 20) dans les Bouches-du-Rhône. Enfin, les structures de coordination territoriale en santé représentent 8,6 % (n = 70) de l'échantillon, avec une représentation notable dans les Bouches-du-Rhône (n = 18 ; 18 %) et les Hautes-Alpes (n = 6 ; 8,6 %). D'autres structures, telles que les services de santé au travail, les forces de l'ordre/ la justice, la fonction publique (FPE) et territoriale (FPT)/ l'administration ou la jeunesse, bien que minoritaires, témoignent de la mobilisation d'une grande diversité d'acteurs autour de la question des conduites addictives. Les données descriptives complètes des répondants sont présentées en tableau 1.



**Figure 1.** Les données géographiques des lieux d'exercice, ventilées par département au sein de la région PACA, montrent une répartition inégale des réponses. Le Var compte le plus grand nombre de répondants (n = 228 ; 28,1 %), suivis de près par les Alpes-Maritimes (n = 206 ; 25,4 %) et par le Vaucluse (n = 157 ; 19,4 %). Suivent les Bouches-du-Rhône avec 12,3 % (n = 100) des répondants. Les Hautes-Alpes ont fourni 8,6 % (n = 70) des réponses, tandis que les Alpes-de-Haute-Provence (n = 49 ; 6,0 %) ont le plus faible taux de participation.



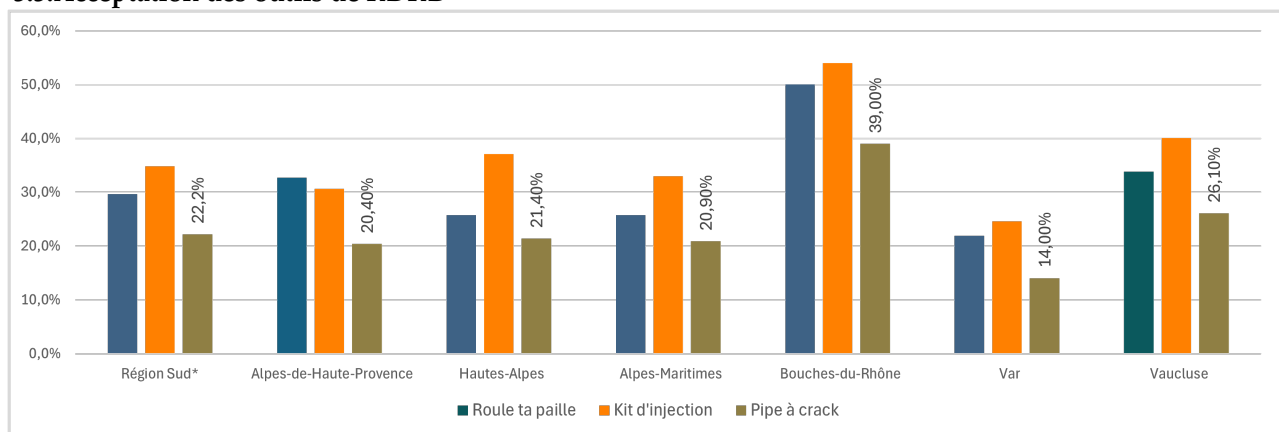
**Figure 2.** Les lieux d'exercice se concentrent principalement dans les grandes agglomérations comme Gap, Digne-les-Bains, Avignon, ainsi que sur le littoral méditerranéen, en particulier à Marseille, Toulon et Nice. Cette distribution reflète la tendance générale observée dans les zones urbaines, où les services à la population, y compris les services de santé et sociaux, sont plus développés que dans les territoires montagneux et ruraux, où l'accès aux soins peut être plus difficile.

### 3.2. Compréhension du concept de RDRD et de ses objectifs

49 % (n = 397) des répondants identifient correctement ou partiellement la signification du sigle RDRD, avec des variations selon le département (35,7 % dans les Hautes-Alpes à 55,1 % dans les Alpes-de-Haute-Provence).

Ce taux régional est pondéré par le nombre de répondants de chaque département. 51,6 % (n = 418) identifient correctement l'objectif de la RDRD, avec des écarts similaires (44,3 % dans le Var à 59,2 % dans les Alpes-de-Haute-Provence), évoquant la « limitation des risques liés à la consommation de drogues » ou la « prévention de la transmission de maladies ». D'autres manifestent une confusion, assimilant la RDRD à des objectifs d'abstinence (« aider à arrêter de consommer ») ou à l'usage thérapeutique de substances (« soigner des pathologies avec des produits »). Enfin, un nombre non négligeable de répondants 44,9 % (n = 364) avouent leur méconnaissance totale du sujet, déclarant « je ne sais pas » ou « aucune idée » quant à l'objet de la RDRD (38 % dans les Bouches-du-Rhône et 53,5 % en Vaucluse).

### 3.3. Acceptation des outils de RDRD



**Figure 3 .** Taux d'acceptation des outils de RDRD en fonction du territoire. \* Lecture : les pourcentages régionaux sont pondérés par le nombre de répondants de chaque département.

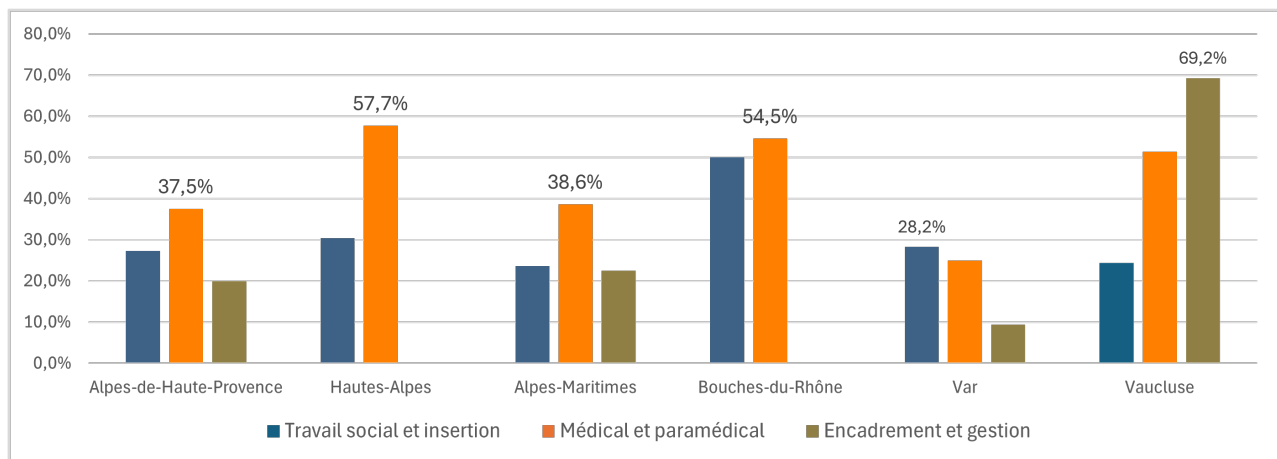
Le kit d'injection apparaît comme l'outil le plus accepté, avec 34,8 % (n = 282) des répondants prêts à permettre son utilisation. Cette acceptation varie toutefois fortement selon les départements : elle atteint 54 % dans les Bouches-du-Rhône et 40,1 % dans le Vaucluse, mais demeure nettement plus faible dans le Var (24,6 %) et les Alpes-de-Haute-Provence (30,6 %). Le « Roule ta paille » suit avec 29,6 % (n = 240) d'acceptation, avec des taux variant de 21,9 % dans le Var à 50 % pour les Bouches-du-Rhône. En revanche, la « pipe à crack » est l'outil le moins bien perçu (n = 180 ; 22,2 %) et ce, quel que soit le département (de 14 % dans le Var à 39 % dans les Bouches-du-Rhône).

### 3.4. Perception des traitements et dispositifs associés

Outil de RDRD	Région PACA*	Alpes-de-Haute-Provence	Hautes-Alpes	Alpes-Maritimes	Bouches-du-Rhône	Var	Vaucluse
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
TSO	281 (34,7)	16 (32,7)	29 (41,4)	69 (33,5)	48 (48,0)	60 (26,3)	59 (37,6)
Vape	309 (38,1)	14 (28,6)	33 (47,1)	67 (32,5)	56 (56,0)	67 (29,4)	72 (45,9)

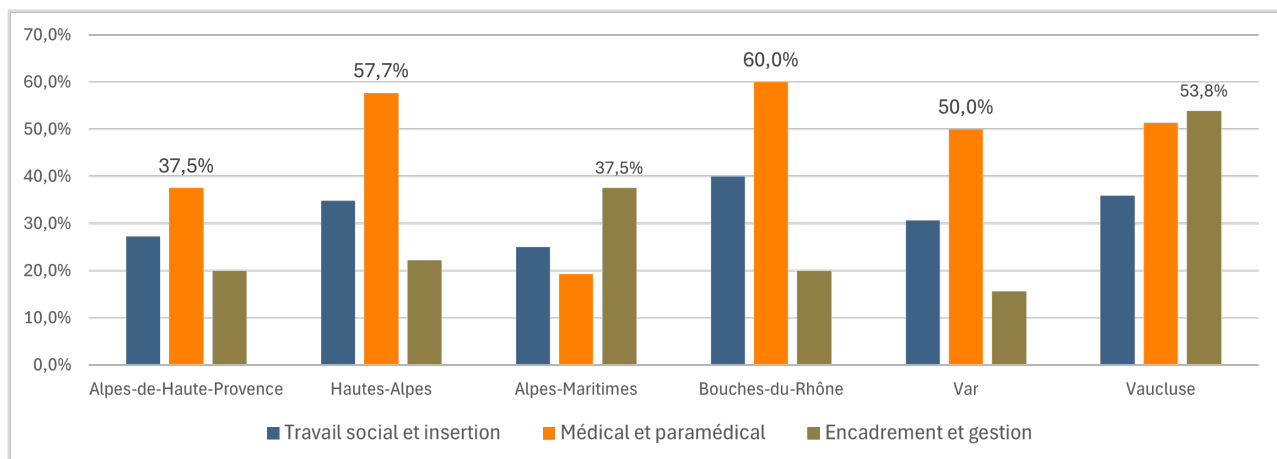
**Tableau 2.** Perception des traitements et dispositifs associés (n = 810). \* Pourcentage régional pondéré par le nombre de répondants de chaque département.

Seul un tiers des professionnels (n = 281 ; 34,7 %) considèrent les Traitements de Substitution aux Opioides (TSO) comme un outil de RDRD, avec des variations marquées : 26,3 % (n = 60) dans le Var et 48 % (n = 48) dans les Bouches-du-Rhône (tableau 2). Près de 60 % (n = 479) déclarent « ne pas savoir » si les TSO relèvent de la RDRD.



**Figure 4.** Répartition territoriale des répondants considérant les TSO comme un outil de RDRD

Dans les Hautes-Alpes, parmi les répondants qui considèrent les TSO comme un outil de RDRD, 57,7 % sont de professions médicale et paramédicale. En Vaucluse, ce sont les professions de l'encadrement et de la gestion qui sont les plus nombreux à partager cette perception (69,2 %). A l'inverse, dans le Var, seuls 28,2 % des répondants de professions du travail social et de l'insertion considèrent les TSO comme un outil de RDRD (figure 4).

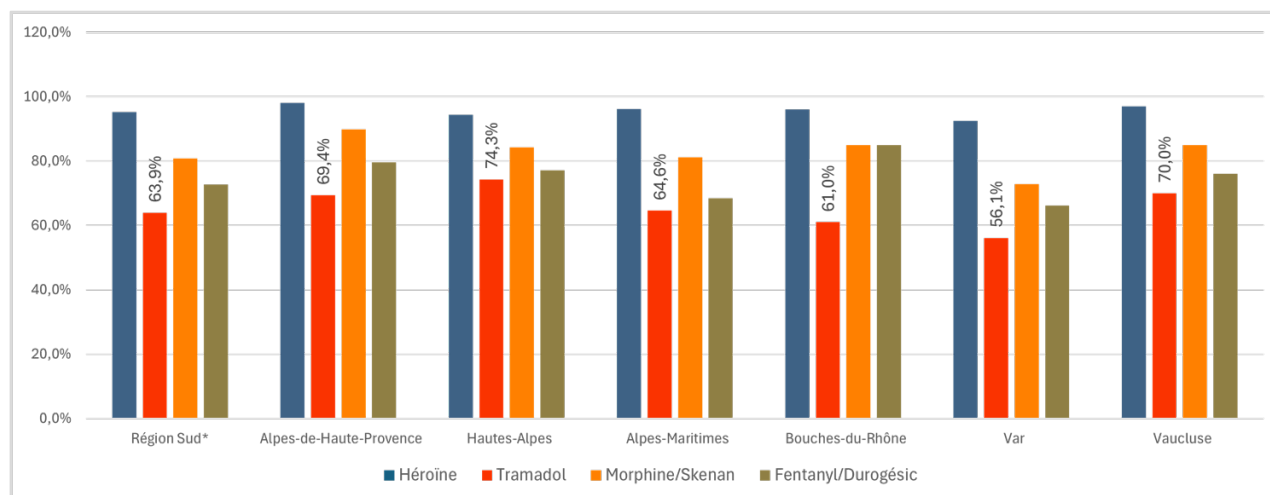


**Figure 5.** Répartition territoriale des répondants considérant la vape comme un outil de RDRD

38,1 % (n = 309) des répondants reconnaissent la vape comme outil de RDRD, avec une perception plus positive dans les Bouches-du-Rhône (n = 56 ; 56 %) et plus faible dans les Alpes-de-Haute-Provence (n = 14 ; 28,6 %). Plus de la moitié (51,9 %) déclarent « ne pas savoir » si la vape relève de la RDRD (tableau 2). La reconnaissance de la vape comme outil de RDRD est particulièrement marquée chez les professions du médical et paramédical dans les Bouches-du-Rhône, les Hautes-Alpes et le Var, où plus de la moitié des répondants relèvent de ces professions. À l'inverse, pour les autres professions, quel que soit le département, la proportion de professionnels considérant la vape comme un outil de RDRD reste faible (figure 5).

### 3.5. Connaissance des risques liés aux opioïdes et de l'antidote des surdoses (naloxone)

La connaissance des risques de surdose liés à la consommation d'opioïdes varie sensiblement selon les substances et les départements. Elle est particulièrement élevée pour l'héroïne (n = 771 ; 95,2 %), avec des taux particulièrement hauts dans les Alpes-de-Haute-Provence (n = 48 ; 98 %) et le Vaucluse (n = 152 ; 97 %). Pour la morphine/Skénan (n = 655 ; 80,8 %) et le fentanyl (n = 589 ; 72,7 %), ce niveau de connaissance reste important. En revanche, elle demeure plus faible pour le tramadol (n = 518 ; 63,9 %), quel que soit le département (56,1 % dans le Var et 74,3% dans les Hautes-Alpes), alors qu'il s'agit actuellement de l'opioïde le plus prescrit et celui le plus fréquemment impliqué dans les abus, les cas de dépendance et les détournements d'usage (figure 6).



**Figure 6.** Connaissance territoriale des risques d'usage des opioïdes. \* Lecture : les pourcentages régionaux sont pondérés par le nombre de répondants de chaque département

	Région PACA*	Alpes-de-Haute-Provence	Hautes-Alpes	Alpes-Maritimes	Bouches-du-Rhône	Var	Vaucluse
Outil de RDRD	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Antidote des surdoses aux opioïdes (naloxone)	185 (22,8)	10 (20,4)	20 (28,6)	41 (19,9)	40 (40,0)	37 (16,2)	37 (23,6)

**Tableau 3.** Connaissance de l'antidote des surdoses : naloxone (n = 810). \* Pourcentage régional pondéré par le nombre de répondants de chaque département.

Parmi les 810 répondants, 22,8 % (n = 185) des professionnels savent que la naloxone est disponible en ambulatoire (hors hôpital). Ce déficit de connaissance est particulièrement marquant chez les professions du médicale et paramédicale, dont plus de la moitié (n = 122 ; 53,7 %) ignorent son existence. Les taux de connaissance varient sensiblement selon les départements, allant de 16,2 % (n = 37) dans le Var à 40 % (n = 40) dans les Bouches-du-Rhône (tableau 3).

### 3.6. Formations prioritaires

	Région PACA*	Alpes-de-Haute-Provence	Hautes-Alpes	Alpes-Maritimes	Bouches-du-Rhône	Var	Vaucluse
Thématique	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Nouveaux produits et nouveaux usages	588 (72,6)	41 (83,7)	50 (71,4)	146 (70,9)	83 (83,0)	161 (70,6)	107 (68,2)
Parcours de soins en addictologie	568 (70,1)	32 (65,3)	52 (74,3)	135 (65,5)	71 (71,0)	168 (73,7)	110 (70,1)
Troubles du comportement	544 (67,2)	31 (63,3)	44 (62,9)	159 (77,2)	71 (71,0)	137 (60,1)	102 (65,0)
RDRD	526 (64,9)	29 (59,2)	49 (70,0)	141 (68,4)	66 (66,0)	143 (62,7)	98 (62,4)
L'éducation positive des drogues	378 (46,7)	17 (34,7)	32 (45,7)	90 (43,7)	56 (56,0)	107 (46,9)	76 (48,4)

**Tableau 4.** Thématiques prioritaires de formation du point de vue des répondants (n = 810). \* Pourcentage régional pondéré par le nombre de répondants de chaque département

L'analyse des besoins en formation exprimés par les professionnels de première ligne révèle des attentes particulièrement marquées autour de plusieurs thématiques (tableau 4). Parmi celles-ci, la RDRD occupe une place importante : près de deux tiers des répondants (n = 526 ; 64,9 %) considèrent ce sujet comme prioritaire, avec des variations départementales allant de 59,2 % (n = 29) dans les Alpes-de-Haute-Provence à 70,0 % (n = 49) dans les Hautes-Alpes. Parallèlement, les professionnels expriment également un intérêt marqué pour la compréhension des nouveaux produits et nouveaux usages (n = 588 ; 72,6 %), la maîtrise des parcours de soins en addictologie (n = 568 ; 70,1 %), la gestion des troubles du comportement : jeux de hasard et d'argent, jeux

vidéo (n = 544 ; 67,2 %), ainsi que pour l'éducation positive des drogues pour un usage « non problématique » (n = 378 ; 46,7 %) [15].

Afin de mieux comprendre ces besoins, nous les avons analysés en formation exprimés en fonction des types de professions (travailleurs sociaux/insertion, professionnels de santé, encadrants/gestionnaires et autres). Cette ventilation permet de distinguer les attentes propres à chaque catégorie professionnelle.

	Total	Travailleurs sociaux/insertion	Professionnels de santé	Encadrement / gestion	Autres
<b>Thématique</b>	810 (100 %)	329 (40,6 %)	227 (28,0 %)	109 (13,5 %)	145 (17,9 %)
Nouveaux produits et nouveaux usages	588 (72,6)	248 (75,4)	180 (79,3)	61 (55,9)	99 (68,3)
Parcours de soins en addictologie	568 (70,1)	244 (74,2)	162 (71,4)	67 (61,5)	95 (65,5)
Troubles du comportement	544 (67,2)	234 (71,1)	145 (63,9)	63 (57,8)	102 (70,3)
RDRD	526 (64,9)	213 (64,7)	155 (68,3)	67 (61,5)	91 (62,7)
L'éducation positive des drogues	378 (46,7)	163 (49,5)	111 (48,9)	35 (32,1)	69 (47,6)

**Tableau 5.** Besoins en formation exprimés par thématique et par type de professions. Pour chaque thématique, le pourcentage correspond à la part de répondants de chaque groupe professionnel, par rapport au total de ce groupe.

Les professionnels de santé se montrent les plus demandeurs de formation sur les nouveaux produits et nouveaux usages (n = 180 ; 79,3 %) et sur la RDRD (n = 155 ; 68,3 %). Les travailleurs sociaux et acteurs de l'insertion partagent également cet intérêt pour les nouveaux produits et nouveaux usages (n = 248 ; 75,4 %), mais se distinguent par un intérêt marqué pour l'éducation positive des drogues (n = 163 ; 49,5 %). Les encadrants/gestionnaires, bien que moins concernés par certaines thématiques, expriment des besoins notables sur la RDRD et les parcours de soins (n = 67 ; 61,5 %).

#### 4. DISCUSSION

Nous reconnaissons certaines limites méthodologiques. La diffusion indirecte, bien que large, diversifiée et efficace pour atteindre le public ciblé, ne nous permet pas de connaître le nombre de professionnels contactés ni de calculer un taux de retour, ce qui expose à un biais de sélection. Toutefois, le nombre élevé de répondants, la diversité des profils et des structures, ainsi que la couverture territoriale témoignent d'une bonne pénétration de l'enquête auprès de la cible et d'une représentativité satisfaisante de la réalité régionale. Le recours à l'auto-déclaration peut introduire des biais de désirabilité sociale ou d'interprétation. Enfin, certains départements ou secteurs professionnels sont sous-représentés ; cette hétérogénéité doit être prise en compte dans l'interprétation des résultats, qui offrent néanmoins une photographie fidèle des dynamiques professionnelles en région PACA

##### 4.1 Une appropriation encore incomplète de la RDRD

Notre enquête montre une appropriation partielle et hétérogène de la RDRD par les professionnels de première ligne en région PACA. Moins de la moitié (49 %) identifient correctement ou partiellement le sigle RDRD, et une proportion similaire (51,6 %) en saisit l'objectif. Ces taux restent insuffisants au regard des enjeux de santé publique et témoignent de profondes disparités territoriales et professionnelles. Ce constat rejoint les observations faites chez les soignants hospitaliers dans l'enquête de Ragonnet et al. [10], menée au sein d'un centre hospitalo-universitaire, où plus de la moitié des répondants ne connaissent pas l'objectif et la définition du concept de RDRD. Malgré la différence de contexte - professionnels de première ligne dans notre étude versus soignants hospitaliers dans celle de Ragonnet et al. - la faible connaissance de la

RDRD semble donc concerner l'ensemble des acteurs de santé de première ligne et hospitaliers non spécialisés en addictologie.

Cette lacune est confirmée par d'autres travaux. Une thèse récente portant sur la coordination du parcours addictologique par les médecins généralistes a souligné un déficit comparable, lié à un manque de formation et à une organisation fragmentée et peu coordonnée [16]. De même, une enquête nationale sur les attentes des professionnels de santé en alcoologie a mis en évidence une faible appropriation des principes de RDRD, renforçant la nécessité d'un renforcement des compétences spécifiques et de la formation continue, particulièrement en milieu hospitalier [17]. Enfin, une étude qualitative sur la prise en charge des conduites addictives en médecine générale a montré le poids négatif des facteurs organisationnels et de l'absence d'une culture professionnelle partagée à la RDRD. Elle recommande la mise en place de formations adaptées et continue pour améliorer la coordination et la qualité des parcours de soins [18].

Plusieurs facteurs structurels expliquent ces insuffisances : l'insuffisance de formation initiale et continue, la fragmentation de l'offre pédagogique, l'absence d'une culture commune, et le manque de dispositifs de soutien institutionnel. L'isolement professionnel et les contraintes organisationnelles, déjà relevés dans la littérature, aggravent ces difficultés, en particulier dans les territoires ruraux ou faiblement dotés en ressources spécialisées.

#### 4.2 Les outils de réduction des risques : entre méconnaissance et ambivalence

L'acceptation des outils de RDRD reste globalement faible et très variable selon les dispositifs : le kit d'injection est le plus accepté (34,8 %), suivi du « roule ta paille » (29,6 %) et de la « pipe à crack » (22,2 %). Cette hiérarchie reflète le poids persistant des représentations sociales et de la stigmatisation attachée à certains usages : le partage de seringues est mieux compris comme vecteur de risques infectieux, tandis que l'usage de crack demeure fortement stigmatisé, freinant l'acceptation des dispositifs associés.

**Kit d'injection** : ensemble stérile comprenant seringues, aiguilles, lingettes antiseptiques, eau pour préparation injectable, cupules, filtres et tampons secs, destiné à réduire les risques d'infection (VIH, hépatites) liés à l'injection de drogues.

« **Roule ta paille** » : carnet de feuilles à rouler permettant de fabriquer une paille à usage unique pour la consommation de substances par voie nasale, afin d'éviter le partage et de limiter la transmission d'infections.

« **Pipe à crack** » : dispositif en verre conçu pour l'inhalation de crack, souvent accompagné d'un embout buccal à usage unique, permettant de réduire les risques de brûlures, de coupures et de transmission d'infections.

Ces résultats s'inscrivent dans la continuité des constats internationaux. La distribution de kits d'injection est considérée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme une intervention essentielle, bien que la couverture demeure insuffisante à l'échelle mondiale [19]. A l'inverse, la mise à disposition de matériels destinés à l'usage par inhalation (« pipes à crack », « roule-ta-paille ») reste marginale, freinée par une stigmatisation sociale. Dans certains pays, elle se heurte même à des interdictions légales : au Royaume-Uni, la *Misuse of Drugs Act 1971 (section 9A)* prohibe explicitement la fourniture de « pipes à crack » [20], contraignant les usagers à recourir à des dispositifs improvisés, souvent dangereux sur le plan sanitaire et limitant leur promotion par les professionnels de première ligne.

Pourtant, plusieurs expériences internationales attestent de leur efficacité. A Bologne (Italie) [21], Mexico City (Mexique) [22] et Vancouver (Canada) [23], leur distribution a contribué à réduire les pratiques à risque et les complications sanitaires associées. Leur impact demeure toutefois conditionné par la qualité de l'information transmise aux usagers, la formation des professionnels et le degré d'acceptation institutionnelle et sociale. Ainsi, au-delà de la disponibilité matérielle, c'est bien l'intégration dans les pratiques professionnelles et la construction d'une culture commune de la RDRD qui apparaissent déterminantes [24].

Ces constats rejoignent ceux observés en région PACA : une ambivalence persiste autour des outils de RDRD, marquée par une reconnaissance partielle de leur utilité mais également par des résistances nourries par les représentations sociales et les jugements moraux.

#### 4.3. TSO, vape et naloxone : des leviers sous-utilisés

Les TSO sont recommandés par les principales instances sanitaires internationales. Depuis 2004, l'OMS, l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) et le programme commun des Nations

Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) les reconnaissent comme une stratégie essentielle de prévention des infections et de réduction de la mortalité [25].

En région PACA, seul un tiers des professionnels de première ligne identifie spontanément les TSO comme outils de RDRD, ce qui suggère une vision encore centrée sur l'objectif de sevrage, au détriment d'une logique de réduction des risques. Ce constat est corroboré par des travaux internationaux : plusieurs enquêtes indiquent que de nombreux professionnels de santé considèrent encore les TSO principalement comme un outil de sevrage et sous-évaluent leur rôle dans la réduction des comportements à risque, l'amélioration de l'accès aux soins et la diminution des surdoses, en partie en raison d'un déficit de formation spécifique [26-29].

Le tabagisme est le plus important facteur de mortalité et de morbidité. Arrêter de fumer constitue, pour les fumeurs, le choix le plus bénéfique pour leur santé. Toutefois, il est important de reconnaître que tous ne parviennent pas, ou ne souhaitent pas, renoncer totalement au tabac. Pour ceux qui poursuivent leur consommation, la vape apparaît comme une alternative susceptible de réduire les risques liés au tabagisme, en diminuant l'exposition aux substances toxiques issues de la combustion. Pourtant, notre enquête révèle que seuls 38,1 % des professionnels interrogés considèrent la vape comme un outil de réduction des risques, tandis que plus de la moitié déclarent « ne pas savoir ». Cette incertitude s'explique en partie par l'absence de positionnement clair des autorités sanitaires françaises, qui n'intègrent pas la vape parmi les méthodes officiellement reconnues de sevrage tabagique [30-31]. Ce manque de directives contribue à l'hétérogénéité des perceptions et à l'ambivalence persistante du discours public sur le sujet. A l'inverse, le Royaume-Uni et la Nouvelle-Zélande l'ont intégrée dans leurs politiques nationales de santé, allant jusqu'à distribuer gratuitement des vapes pour accompagner l'arrêt et la diminution du tabagisme [32,33]. Ces choix reposent sur des données solides montrant que la vape est significativement moins nocive que le tabac fumé [34].

La situation est également préoccupante pour la naloxone. En 2022, 638 décès par surdose ont été documentés en France dont 78,2 % sont liés aux opioïdes [35], tandis qu'environ 3 800 passages annuels aux urgences pour intoxication ou surdose aux opioïdes continuent d'être enregistrés [36], illustrant la persistance du risque de surdose. Parallèlement, le nombre d'hospitalisations pour usage problématique d'opioïdes a connu une augmentation ces dernières années, atteignant près de 2 700 hospitalisations en 2017 [37]. Dans ce contexte préoccupant, la connaissance de la naloxone - antidote de référence pour prévenir les décès par surdose d'opioïdes [38-41] - demeure très limitée (22,8 %), y compris parmi les professions médicales et paramédicales. Les modalités d'accès, pourtant élargies (kits injectables sans prescription, sprays nasaux disponibles sur ordonnance ou en accès direct selon les formulations), restent largement méconnues, ce qui freine la diffusion de cet outil vital. Ces résultats sont corroborés par deux études récentes menées en région PACA. La première montre que, parmi les pharmaciens confrontés à des patients présentant des troubles liés à l'usage d'opioïdes, seuls 37 % connaissaient l'existence de la naloxone prête à l'emploi et se déclaraient à l'aise pour en conseiller l'utilisation [41]. La seconde révèle que, sur 33 structures, pourtant spécialisées en addictologie, un tiers ne délivrait pas de naloxone [39]. A l'international, la généralisation de la naloxone auprès des usagers, de leur entourage et des premiers intervenants a permis de réduire significativement la mortalité liée aux opioïdes, comme le montre les expériences aux États-Unis, au Canada, en Ecosse et en Australie [42-45].

En résumé, la faible reconnaissance des TSO, de la vape et de la naloxone comme outils de RDRD en région PACA met en évidence un écart important avec les standards internationaux. Leur intégration systématique dans les pratiques professionnelles, accompagnée de campagnes d'information et de formation, apparaît comme un levier stratégique majeur pour réduire la mortalité et améliorer l'accompagnement des usagers.

#### 4.4 Enjeux de formation et de lutte contre la stigmatisation

La méconnaissance de la RDRD ne nuit pas seulement à la qualité de l'accompagnement : elle contribue à la persistance de la stigmatisation et du rejet social des usagers. En l'absence de formation et de culture professionnelle partagée, les jugements moraux persistent et influencent les pratiques, contribuant à la marginalisation des personnes concernées.

Les expériences internationales soulignent que la formation initiale et continue en RDRD constitue un levier essentiel pour transformer les représentations professionnelles, améliorer la qualité de l'accompagnement et réduire les inégalités d'accès aux soins. Une enquête menée au Canada et aux États-Unis met en évidence

l'insuffisance d'enseignements dédiés aux troubles liés à l'usage de substances et aux principes de RDRD dans les cursus de médecine, limitant la préparation des futurs professionnels à une approche intégrée de la RDRD [46]. Par ailleurs, des données issues de la pratique clinique montrent que les professionnels ayant bénéficié d'une formation avancée expriment des attitudes moins stigmatisantes et sont plus enclins à mobiliser les outils de RDRD, notamment les TSO [46]. Ces résultats convergent pour confirmer que la formation constitue un levier essentiel et qu'il ne s'agit pas seulement de transmettre des connaissances techniques : elle transforme les représentations, harmoniser les pratiques, et favorise une approche fondée sur le respect et la bienveillance.

Nos résultats corroborent ces observations : près de deux tiers des répondants (64,9 %) identifient la RDRD comme un sujet prioritaire de formation, avec des besoins différenciés selon les catégories professionnelles et les territoires. Les attentes exprimées concernent à la fois les connaissances de base, les nouveaux usages, les parcours de soins, les troubles du comportement et les approches d'éducation positive visant à promouvoir un usage « non problématique ». Cette demande traduit une volonté des professionnels de disposer d'outils concrets pour améliorer l'accompagnement, la coordination des parcours et réduire les inégalités territoriales d'accès aux ressources.

## 5. CONCLUSION

L'enquête met en lumière l'urgence de renforcer la culture de la RDRD auprès des professionnels de première ligne en région PACA. Le développement d'une offre de formation initiale et continue, adaptée aux réalités du terrain, intégrant des outils concrets, des mises en situation et des retours d'expérience, doit être une priorité. La promotion d'une culture commune passe aussi par des campagnes de sensibilisation, des ateliers interprofessionnels et des dispositifs d'échanges de pratiques.

L'accès facilité à des ressources documentaires actualisées et la mise en place d'une stratégie régionale de formation coordonnée, tenant compte des spécificités territoriales, sont fortement recommandées pour améliorer la coordination et la qualité des parcours en addictologie.

En définitive, la formation à la RDRD constitue un levier stratégique incontournable pour permettre aux professionnels de première ligne de s'approprier pleinement cette démarche, réduire les inégalités territoriales et améliorer l'accompagnement des personnes concernées par les addictions. Son développement, sa modularité et son ancrage territorial doivent rester des priorités majeures pour répondre efficacement aux besoins du terrain et accompagner l'évolution des pratiques professionnelles dans les années à venir.

**Contribution des auteurs** : Conceptualisation, rédaction, analyse et supervision : Bernard Bertrand.

**Sources de financements** : Ce travail a été réalisé avec le soutien de ARCA-Sud.

**Remerciements** : Nous remercions l'ensemble des professionnels interrogés et les structures partenaires pour leur disponibilité et leur engagement.

**Liens et/ou conflits d'intérêts** : L'auteur est salarié d'ARCA-Sud, structure ayant financé la formation universitaire à l'origine de ce travail. Ce lien d'intérêt institutionnel est déclaré. Aucun conflit d'intérêts n'est identifié

**Annexes disponibles en ligne** : questionnaire complet, données issues des analyses statistiques descriptives : <https://drive.google.com/file/d/1duRU240Qvg0x2Mulfyaley34bbIwZO35/view?usp=sharing>

## 5. REFERENCES

1. France. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, art. 41 [Internet]. JORF n°0022 du 27 janvier 2016. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article\\_jo/JORFARTI000031913098](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000031913098)
2. MILDECA. L'essentiel sur... la réduction des risques et des dommages. MILDECA [Internet]. 04 novembre 2024 ; [consulté le 10 mai 2025]. Disponible sur : <https://www.drogues.gouv.fr/lessentiel-sur-la-reduction-des-risques-et-des-dommages-une-politique-entre-humanisme-sciences-et>
3. Morel A, Chappard P, Couteron JP, Coppel A, Spire B, Escots P, et al. L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie : 22 notions. Contexte, enjeux, nouvelles pratiques. Paris : Dunod, collection Aide-mémoire ; 2012. 345 p. ISBN 978-2-10-058215-0
4. Chappard P, Pourchon F. For a renewed harm reduction model. Harm Reduct J. 2025;22:23. doi:10.1186/s12954-025-01165-4 [consulté le 17 février 2025]. Disponible sur : <https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12954-025-01165-4>

5. OFDT. Usage et conséquences liés aux produits psychoactifs en région Provence-Alpes-Côte d'Azur [Internet]. Paris : OFDT ; 2021 [consulté le 17 février 2025]. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/publication/2021/fiche-regionale-provence-alpes-cote-d-azur-678>
6. OFDT. Fiche régionale Provence-Alpes-Côte d'Azur 2025 : usages et conséquences liés aux produits psychoactifs [Internet]. Paris : OFDT ; 2025 [consulté le 7 septembre 2025]. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/publication/2025/fiche-regionale-en-provence-alpes-cote-d-azur-2025-2601>
7. Duport C. TREND : Substances psychoactives, usagers et marchés. Tendances récentes à Marseille et en Provence-Alpes-Côte d'Azur en 2024. Paris : OFDT, Addiction Méditerranée ; 2025.
8. Holeksa J, Richert T. Attitudes towards harm reduction amongst social work professionals in three geographical areas in Sweden. *Nordic Soc Work Res.* 2024 [consulté le 6 septembre 2025]. Disponible sur : <https://doi.org/10.1080/2156857X.2024.2354682>
9. Charbit J, Fovet T, Wathélet M. Réduction des risques et des dommages en milieu pénitentiaire - Attentes et représentations. Saint-André-lez-Lille : F2RSM Psy ; 2023.
10. Ragonnet D, Chappuy M, Rolland B. Connaissances et opinions des soignants en matière de réduction des risques : résultats d'une enquête en centre hospitalo-universitaire. *Rev Alcoologie Addictologie.* 2024;44(3) [consulté le 17 février 2025]. Disponible sur : <https://sfalcoologie.fr/wp-content/uploads/Connaissances-et-Opinions-des-Soignants-en-Matiere-de-Reduction-des-Risques.pdf>
11. Fisher MS, Holton J, van Wormer K. NASW standards for social work practice with clients with substance use disorders [Internet]. Washington (DC): NASW; 2013 [consulté le 6 septembre 2025]. Disponible sur : <https://www.socialworkers.org/Practice/NASW-Practice-Standards-Guidelines/NASW-Standards-for-Social-Work-Practice-with-Clients-with-Substance-Use-Disorders>
12. Council on Social Work Education. Educational Policy and Accreditation Standards for Baccalaureate and Master's Social Work Programs [Internet]. Alexandria (VA): CSWE; 2022 [consulté le 6 septembre 2025]. Disponible sur : <https://www.cswe.org/getmedia/bb5d8afe-7680-42dc-a332-a6e6103f4998/2022-EPAS.pdf>
13. ARS PACA. Les Agoras : questionnaire sur les manques et les besoins en formation des professionnels en addictologie (Groupe de travail 1). Marseille : ARS PACA ; 2019.
14. ARCA-Sud. Questionnaire des besoins en formation de la délégation du Var. La Seyne-sur-mer : ARCA-Sud ; 2024.
15. Bertrand B. Stratégie régionale de formation en addictologie [mémoire CAFDiSCS]. Albi : Université Champollion ; 2025.
16. Layrac R. Leviers et obstacles à la coordination du parcours de santé addictologique par les médecins généralistes du Marmandais : recherche qualitative par focus group et entretiens individuels semi-dirigés [mémoire de médecine humaine et pathologie]. Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2020 [consulté le 16 avril 2025]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02531417v1>
17. Bouajila N, Andre J, Paille F, Basset B, Benyamina A, Ané S, et al. Besoins et attentes des professionnels de santé sur la thématique de l'alcoologie : résultat d'une enquête réalisée en France en 2022. *Rev Alcoologie Addictologie.* 2025;45(1) [consulté le 16 avril 2025]. Disponible sur : [https://sfalcoologie.fr/wp-content/uploads/Pages-de-T45\\_N1-14-mars-recherche-originale-04.pdf](https://sfalcoologie.fr/wp-content/uploads/Pages-de-T45_N1-14-mars-recherche-originale-04.pdf)
18. Bongiovanni AS, Dupeyron C. Perceptions du concept de réduction des risques et des dommages chez les consommateurs de substances par les médecins généralistes de Nouvelle-Aquitaine [mémoire de médecine]. Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2025 [consulté le 6 septembre 2025]. Disponible sur : [https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04967689v1/file/Med\\_generale\\_2025\\_Bongiovanni\\_Dupeyron.pdf](https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04967689v1/file/Med_generale_2025_Bongiovanni_Dupeyron.pdf)
19. World Health Organization. Global health sector strategy on viral hepatitis 2016–2021: towards ending viral hepatitis [Internet]. Geneva: WHO; 2016. WHO/HIV/2016.06 [consulté le 6 septembre 2025]. Disponible sur : <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIV-2016.06>
20. UK Government. Misuse of Drugs Act 1971. Section 9A: prohibition of supply etc. of articles for administering or preparing controlled drugs [Internet]. London: The Stationery Office; 1971 [consulté le 6 septembre 2025]. Disponible sur : <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1971/38/section/9A>
21. Pavarin RM, Consonni D, Street Workers Team. Crack pipes distribution in people who use drugs attending a harm reduction service in Bologna, Northern Italy: results of a cohort study. *Subst Use Misuse.* 2025 Jul 18:1-7. doi:10.1080/10826084.2025.2533972 [consulté le 6 septembre 2025]. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40679906/>
22. Frankeberger J, Cepeda A, Natera-Rey G, Valdez A. Safer crack kits and smoking practices: effectiveness of a harm reduction intervention among active crack users in Mexico City. *Subst Use Misuse.* 2019;54(4):592–600. doi:10.1080/10826084.2018.1528460 [consulté le 6 septembre 2025]. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30654689/>
23. Prangnell A, Dong H, Daly P, Milloy MJ, Kerr T, Hayashi K, and al. Declining rates of health problems associated with crack smoking during the expansion of crack pipe distribution in Vancouver, Canada. *BMC Public Health.* 2017;17:163. doi:10.1186/s12889-017-4099-9 [consulté le 6 septembre 2025]. Disponible sur : <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4099-9>

24. Tapper A, Ahern C, Graveline-Long Z, Newberger NG, Hughto JMW, and al. The utilization and delivery of safer smoking practices and services: a narrative synthesis of the literature. *Harm Reduct J.* 2023;20:160. doi:10.1186/s12954-023-00875-x [consulté le 6 septembre 2025]. Disponible sur : <https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12954-023-00875-x>
25. World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. WHO/UNODC/UNAIDS position paper: substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention [Internet]. Geneva: WHO; 2004. 36 p. [consulté le 12 avril 2025]. Disponible sur : <https://www.who.int/publications/i/item/who-unodc-unaid-position-paper.-substitution-maintenance-therapy-in-the-management-of-opioid-dependence-and-hiv-aids-prevention>
26. Steiro A, Hestevik CH, Muller AE. Patient's and healthcare provider's experiences with Opioid Maintenance Treatment (OMT): a qualitative evidence synthesis. *BMC Health Serv Res.* 2024;24:333. doi:10.1186/s12913-024-10778-7. [consulté le 12 septembre 2025]. Disponible sur : <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-024-10778-7>
27. Dee SA, Delonnay KA, Bernard D, Jean-Baptiste F. Identifying Provider Barriers to the Implementation of Opioid Harm Reduction Methods: An Initial Narrative Review. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing.* 2024;61:1-7. doi:10.1177/00469580241276144. [consulté le 12 septembre 2025]. Disponible sur : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11423376/>
28. National Institute on Drug Abuse. Effective treatments for opioid addiction [Internet]. Bethesda (MD): NIDA; 2016 [consulté le 12 avril 2025]. Disponible sur : <https://archives.nida.nih.gov/publications/effective-treatments-opioid-addiction>
29. Haute Autorité de Santé. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution [Internet]. Saint-Denis La Plaine : HAS; 2004 [consulté le 12 avril 2025]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_272358/fr/strategies-therapeutiques-pour-les-personnes-dependantes-des-opiaces-place-des-traitements-de-substitution](https://www.has-sante.fr/jcms/c_272358/fr/strategies-therapeutiques-pour-les-personnes-dependantes-des-opiaces-place-des-traitements-de-substitution)
30. Haut Conseil de la santé publique (HCSP). Avis relatif aux bénéfices-risques de la cigarette électronique (SEDEN) : actualisation [Internet]. Paris: HCSP; 2021 Nov 26 [consulté le 8 mars 2025]. Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1138>
31. Fédération Addiction. Avis du HCSP sur la vape : des experts en retard sur la société... malgré de timides avancées [Internet]. Paris : Fédération Addiction ; 2022 [consulté le 8 mars 2025]. Disponible sur : <https://www.federationaddiction.fr/actualites/avis-du-hcsp-sur-la-vape-des-experts-en-retard-sur-la-societe-malgre-de-timides-avancees/>
32. McNeill AD, Brose LS, Calder R, Bauld L, Robson DJ. Evidence review of e-cigarettes and heated tobacco products 2018: executive summary. London: Public Health England; 2018 Feb 6 [consulté le 6 septembre 2025]. Disponible sur : <https://www.gov.uk/government/publications/e-cigarettes-and-heated-tobacco-products-evidence-review-evidence-review-of-e-cigarettes-and-heated-tobacco-products-2018-executive-summary>
33. Health New Zealand | Te Whatu Ora. Vaping information for stop-smoking services and health workers [Internet]. Wellington (NZ): Health New Zealand; 2025 Jun 16 [consulté le 6 septembre 2025]. Disponible sur : <https://www.tewhatauora.govt.nz/health-services-and-programmes/vaping-and-smokeless-tobacco-products/vaping-information-for-stop-smoking-services-and-health-workers>
34. Lindson N, Butler AR, McRobbie H, Bullen C, Hajek P, Wu AD, and al. Electronic cigarettes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2025;2025(1):CD010216. doi:10.1002/14651858.CD010216.pub9.
35. Fouilhé S, Revol B, Willeman T, Eysseric Guérin H, Réseau Français des Centres d'Addictovigilance. Opioïdes en France : quid des décès d'après les enquêtes DRAMES (décès en relation avec l'abus de médicaments et substances) et DTA (décès toxiques par antalgiques) ? *Thérapie.* 2025;79(6) [consulté le 22 mai 2025]. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.therap.2024.10.005>
36. Gallien Y. Impact des opioïdes dans les urgences françaises de 2010 à 2018 : l'utilisation du système de surveillance OSCOUR [Internet]. Paris : Institut de Santé Publique ; 2022 [consulté le 22 mai 2025]. Disponible sur : <https://isp-paris.org/2024/02/these-gallien-yves-impact-des-opioides-dans-les-urgences-francaises-de-2010-a-2018-lutilisation-du-systeme-de-surveillance-oscour/>
37. Monzon E. État des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques [Internet]. Paris : ANSM ; 2019 [consulté le 8 mars 2025]. Disponible sur : <https://ansm.sante.fr/uploads/2020/10/19/20201019-rapport-antalgiques-opioides-fev-2019-3-pdf-2019-03-06.pdf>
38. Batisse A, Coutaux A, Deschenau A, Guiraud P, Duplessy C, Edet F, et al. Livre blanc de la naloxone : réduire le risque de surdose d'opioïdes en améliorant la diffusion de la naloxone [Internet]. Paris : Collectif ; 2024 [consulté le 8 mars 2025]. Disponible sur : <https://www.federationaddiction.fr/actualites/substances/opiaces/le-livre-blanc-de-la-naloxone-pour-prevenir-les-deces-par-surdose-dopioide/>
39. Mezaache S, Turlure F, Fredon N, Le Brun Gadelius M, Micallef J, Frauger E. Prévention des surdoses opioïdes et diffusion de naloxone (programme POP) : résultats d'un état des lieux réalisé auprès des structures d'addictologie. *Thérapie.* 2023;78(6):605-14 [consulté le 28 mars 2025]. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.therap.2023.03.008>

40. Organisation mondiale de la Santé. Surdose d'opioïdes [Internet]. Genève : OMS ; 2023 [consulté le 28 mars 2025]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/opioid-overdose>
41. Chan Soc Foh A, Mezaache S, Turlure F, Fredon N, Pichon S, Peillard L, et al. Prévention du mésusage et du risque des surdoses d'opioïdes et diffusion de naloxone : état des lieux des pratiques, besoins et perspectives auprès des pharmaciens d'officine. *Thérapie*. 2025 [consulté le 23 mars 2025]. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.therap.2025.02.006>
42. Clark AK, Wilder CM, Winstanley EL. A systematic review of community opioid overdose prevention and naloxone distribution programs. *J Addict Med*. 2014;8(3):153–63. doi:10.1097/ADM.0000000000000034 [consulté le 6 septembre 2025]. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24874759/>
43. Walley AY, Xuan Z, Hackman HH, Quinn E, Doe-Simkins M, Sorensen-Alawad A, and al. Opioid overdose rates and implementation of overdose education and nasal naloxone distribution in Massachusetts: interrupted time series analysis. *BMJ*. 2013;346:f174. doi:10.1136/bmj.f174 [consulté le 6 septembre 2025]. Disponible sur : <https://www.bmj.com/content/346/bmj.f174>
44. Irvine MA, Buxton JA, Otterstatter M, Balshaw R, Gustafson R, Tyndall M, and al. Distribution of take-home opioid antagonist kits during a synthetic opioid epidemic in British Columbia, Canada: a modelling study. *Lancet Public Health*. 2018;3(5):e218–25. doi:10.1016/S2468-2667(18)30044-6 [consulté le 6 septembre 2025]. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com.gorgone.univ-toulouse.fr/science/article/pii/S2468266718300446>
45. McDonald R, Strang J. Are take-home naloxone programmes effective? Systematic review utilizing application of the Bradford Hill criteria. *Addiction*. 2016;111(7):1177–87. doi:10.1111/add.13326 [consulté le 6 septembre 2025]. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27028542/>
46. Avra T, Nelson A, Friedman J, Limbach W, Sarkisian M, Nesley T, and al. Substance use disorder and harm reduction curriculum in United States and Canadian undergraduate medical education: an online survey. *Substance Use & Addiction Journal*. 2025;46(3):704–710. doi:10.1177/29767342251313595. [consulté le 12 septembre 2025]. Disponible sur : <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/29767342251313595>