

# La réduction des risques (et des dommages)

Un changement de paradigme, de pratiques  
...et de politique ?

Enseignement pour le DESC – 7 janvier 2021

Docteur **Alain Morel**

Psychiatre

Directeur Général de l'Association Oppelia

[amorel@oppelia.fr](mailto:amorel@oppelia.fr)

Avec la collaboration de **Fabrice Olivet**,  
Rédacteur en chef de la revue ASUD Journal

**I- Un concept très simple qui  
change tout**

---

- La réduction des risques (et des dommages) ou RdR(D) regroupe l'ensemble des stratégies dont l'objectif est de diminuer les méfaits sanitaires et sociaux liés aux usages de drogues sans chercher a priori à les « combattre » ou à les empêcher.

# La RdR en quelques dates clés

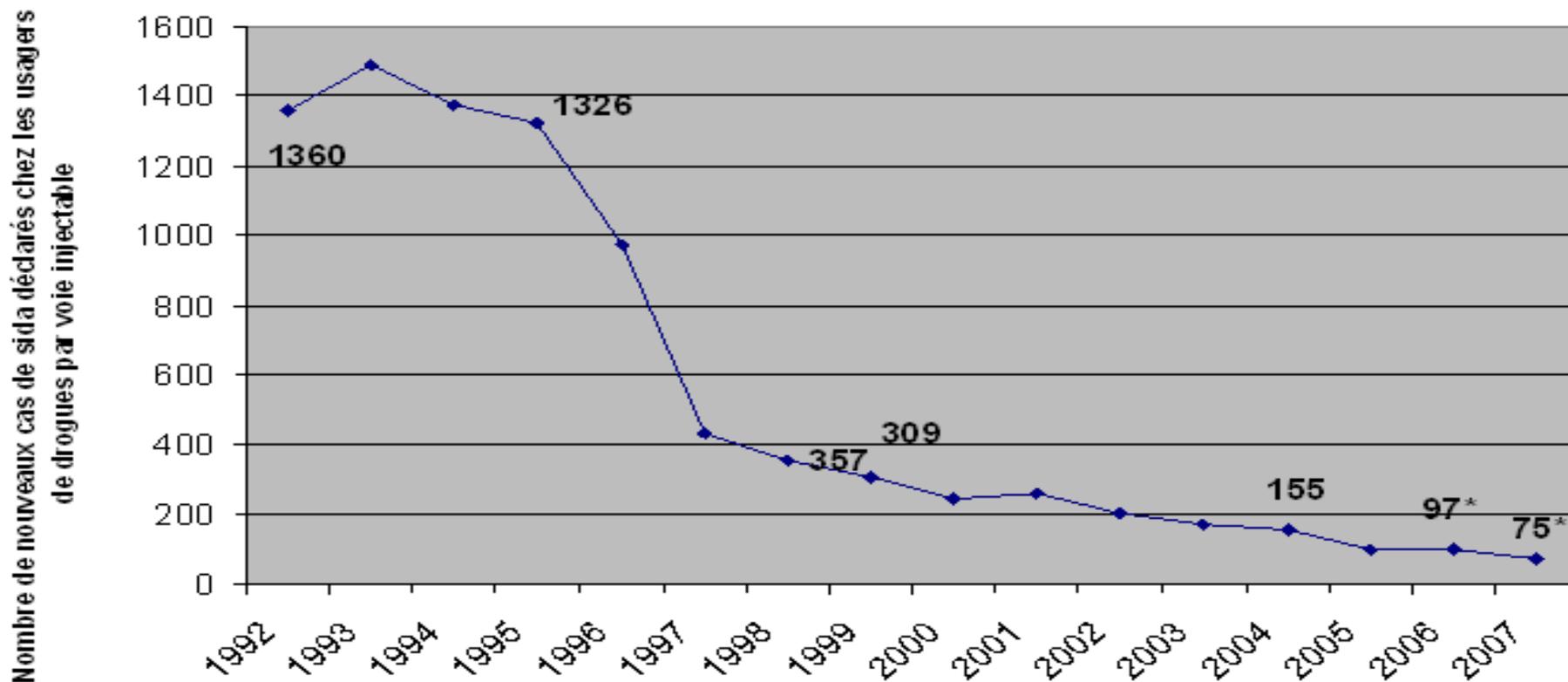
- 1926 : la commission Rollerston et le « British system »
- 1973 : politique de RdR aux P-B
- 1983 apparition du sida chez les toxicomanes
- 1987: réponse face à la pandémie du sida : en France seringues en vente libre en pharmacie (décret Barzach, 1987) 
- 1993-96: MSO (BHD, méthadone) et Stéribox
- 2004: reconnaissance par la Loi (article 12 Loi de santé publique)
- 2016 : Audition Publique RdRD et LSP2
- 2017 : ouverture de 2 SCMR...

# Une efficacité démontrée face aux principales causes de mortalité VIH et OD

---

- Informations + distribution de seringues stériles + MSO
- > Diminution de la mortalité par OD d'opiacés NP (de 500 en 1994 à 50 en 2004)
- > Diminution des contaminations VIH (de 23% en 1994 à 11% en 2004)

# Évolution du nombre de nouveaux cas de sida liés à l'UDVI de 1990 à 2007



\*Données au 30/06/08 provisoires non redressées pour les délais de déclaration.

# Mais la RdR phase 1 est vite dépassée

- Long échec face au VHC, nouvelles pratiques, nouveaux risques
- **Phase 2** (1996-2005) : milieu festif, ecstasy, kétamine, lsd, nouvelles drogues...
- **Phase 3** (2006-2015) : CAARUD, aller vers, CSAPA, soins et RdR s'intègrent progressivement
- **Phase 4** (2016- 20...) : première AP RdR, toutes addictions, nouvelle coopération avec les UD, PA et nouveaux outils (SCMR)
- Reste beaucoup de difficultés : pb crack, pb opioïdes, pratiques hard, stigmatisation...

# Une définition en quatre piliers

---

- **Le réalisme** : mieux vaut commencer par réduire les risques d'un comportement qui n'apporte pas que des méfaits et parfois difficile à arrêter
- **Le pragmatisme** : face à tout risque, on peut trouver (avec les usagers) les moyens pour en limiter les conséquences dommageables
- **La pouvoir d'agir** : les usagers sont les premiers acteurs pour prendre soin d'eux-mêmes et de leur entourage si on leur en donne les moyens
- **La coopération** : la pratique de la RdR repose sur l'association des savoirs expérimentiels et scientifiques, donc sur une relation de coopération entre usagers et intervenants

# Du paradigme de la faute à celui du risque

- ◎ **La faute** : « la drogue est un acte antisocial », « c'est un délit », « c'est criminogène », « il faut empêcher et sanctionner sans faiblir ». C'est très clair pour les drogues illicites (prohibition), mais c'est aussi associé aux drogues licites. Côté usagers : culpabilité introjectée, déni, peur des soins...
- ◎ **Le risque** : la prise de drogue est une prise de risque pour soi qui apporte du plaisir. C'est une déstabilisation plus ou moins forte de ses équilibres psycho-physiologiques. Mieux on connaît les risques, plus on a les moyens de s'en protéger => plus on les réduit et mieux on se protège de l'addiction et de ses méfaits

## **II- Quels sont les risques ?**

---

Risques pharmacologiques

facteurs psychosociaux

# Quels sont les risques des drogues ?

Les drogues sont des :

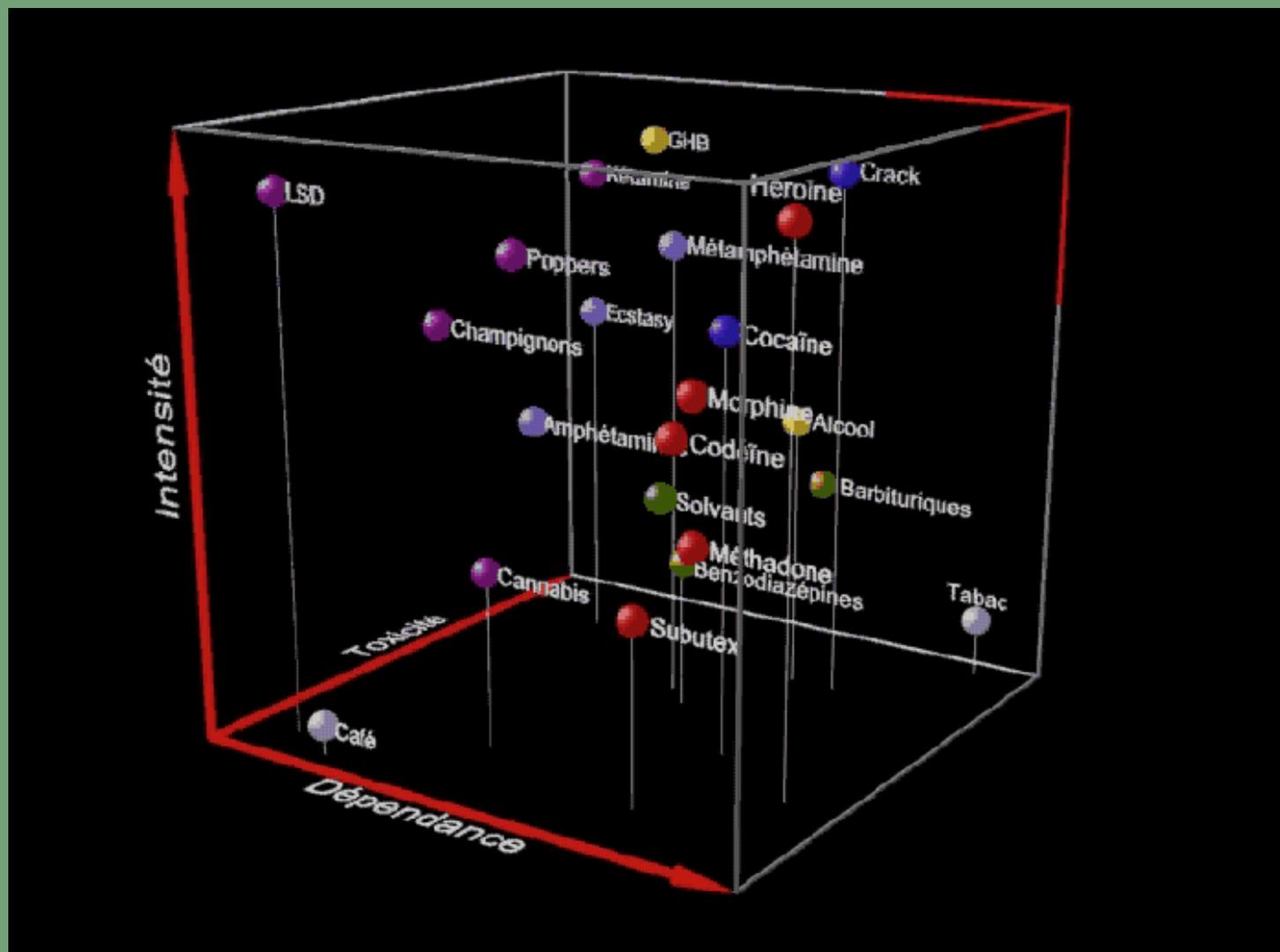
- **Substances**
- **Psychoactives**
- **qui modifient le fonctionnement du cerveau**

Trois types de risques potentiels :

- Les risques **toxiques** (atteintes physiologiques, intoxication/surdose...)
- Les risques liés aux **modifications psychiques** (ivresse, excitation, insensibilité, angoisse, troubles psychiatriques...)
- Le **risque addictif** (perte de contrôle et dépendance)

**=> LE CUBE DES DANGERS**

# Le cube de la dangerosité des drogues



- ❑ Dans ce cube, il s'agit de la dangerosité « pharmacologique » basée sur les données de santé publique concernant les consommations actuelles
- ❑ D'autres paramètres augmentent ou diminuent les risques (voir  $E=SIC$ ) :  
Quantité, fréquence d'utilisation, mode d'usage, contexte, vulnérabilité de l'utilisateur...
- ❑ La dangerosité pharmaco-biologique d'une substance n'est qu'un élément de sa dangerosité réelle.  
Légalité ou illégalité, marginalisation sociale...

... et si, malgré tous ces dangers, les hommes consomment quand même des drogues, c'est qu'ils y trouvent des satisfactions, ne jamais l'oublier...

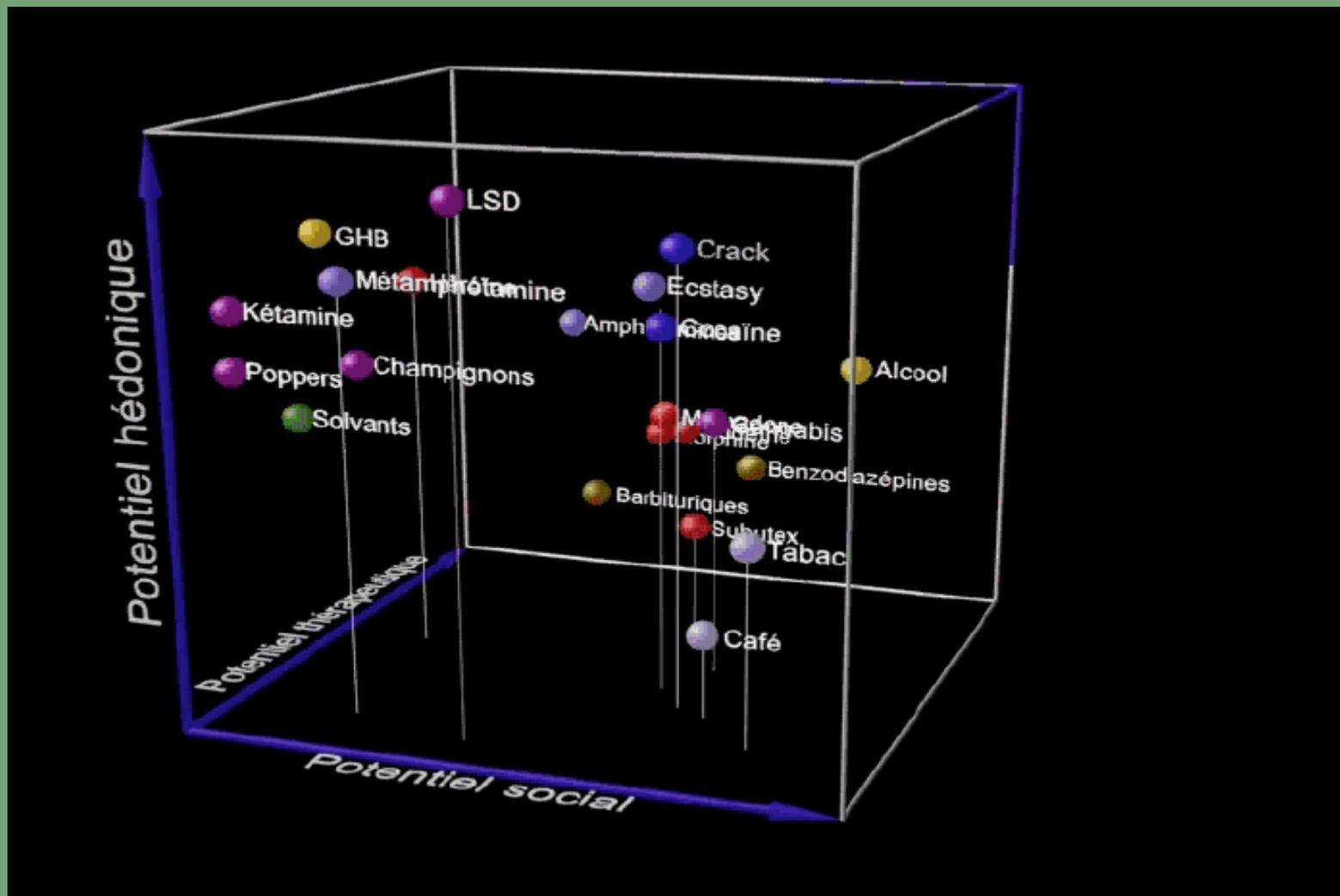
**⇒ LE CUBE DES SATISFactions**

# Pourquoi consomme-t-on des drogues ?

○ Les drogues peuvent répondre à **trois types de besoins** selon les satisfactions qu'elles peuvent potentiellement procurer

- **Besoin de plaisir** grâce aux effets de désinhibition, aux sensations agréables, intenses et inhabituelles, à l'euphorie... d'où la relation avec la fête
- **Besoin de socialisation** en favorisant le partage des codes et des prescriptions comportementales d'un groupe social/culturel donné... d'où la relation avec la culture / contre-culture.
- **Besoin de soulagement** grâce à leurs propriétés d'apaisement du stress, de la déprime, de la douleur, d'où la relation avec la médecine, l'automédication et la performance

# Le cube des satisfactions des drogues



# TOUTES LES DROGUES PEUVENT APPORTER DES BIENFAITS ET DES MÉFAITS, ça dépend...

- Les drogues sont **remèdes et poisons**. Elles peuvent apporter des **bénéfices dans des domaines essentiels** de la vie. Elles peuvent aussi comporter des **dangers** parfois vitaux.
- ◉ Nous avons besoin de savoir comment s'en servir et comment s'en protéger
- ◉ **L'addiction ne se définit pas seulement par la perte de contrôle mais comme le passage de la satisfaction à la souffrance (physique, psychique et sociale)**
- ◉ Nous avons besoin de connaître tous les facteurs de risques de cette souffrance et de savoir comment les éviter ou les réduire => **L'ÉQUATION E = S I C**

# **E = SIC** l'équation fondamentale

**E** L'Effet / l'Expérience d'une drogue

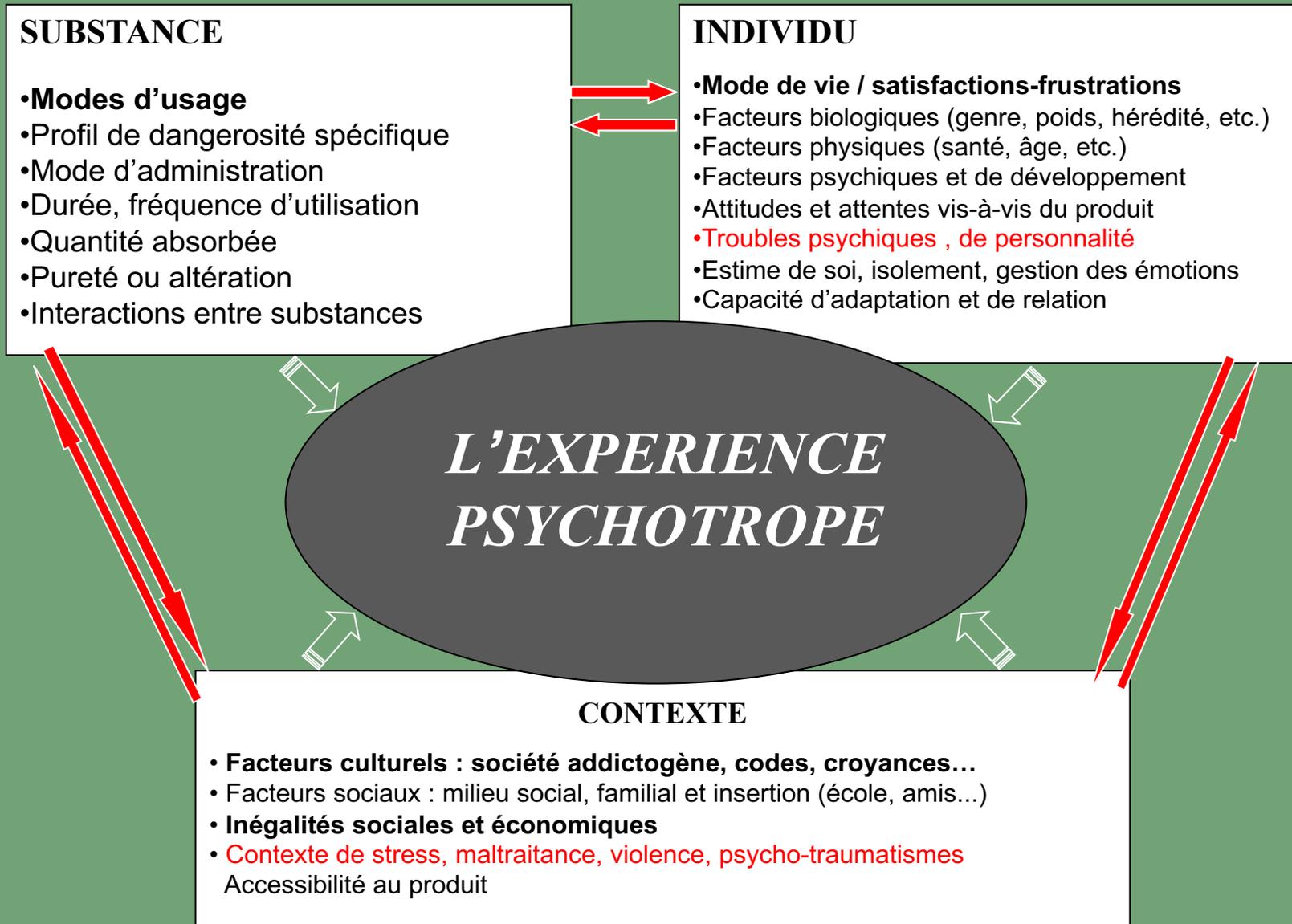
**=** *varie en fonction*

**S** de la Substance / du Stimulus

**I** de l'Individu

**C** du Contexte

# L'ÉQUATION E = SIC



# TIRER TOUTES LES CONSÉQUENCES DE E = S I C

L'effet/l'expérience d'une drogue **ne se réduit pas à son action biologique/pharmacologique** (vision médico-biologique qui a un effet d'entonnoir sur les TRT)

L'expérience psychotrope est **culturellement déterminée** (éduquer aux risques de la société addictogène)

L'expérience psychotrope est avant tout **subjective** et elle **appartient** à l'utilisateur ->

(reconnaître sa propre expérience, aider à en faire un savoir)

Reconnaître la coexistence de ces multiples facteurs interactifs, c'est **découvrir de multiples**

**leviers d'action et les ressources pour réduire les risques et changer**



# **III- Réduction des risques et pratiques d'usages**

---

Entrée par les différents produits  
Entrée par les modes de consommation  
Entrée par les contextes de consommation  
Démarche communautaire en santé

# Les objectifs stratégiques de la Réduction des Risques en santé publique

## ○ **Intervenir sur les facteurs communs de risque d'apparition des dommages**

- > **précocité, durée des consommations**
- > **modalités de consommation (IV, inhalations toxiques, cumuls, ...)**
- > **contexte de consommation (stress, hygiène)**
- > **qualité des produits utilisés**
- > **mal-être, détresse, trauma, troubles psychiques**
- > **isolement, ruptures sociales**
- > **pauvreté, précarité, inégalités**
- > **difficultés d'accès aux soins (seuils d'exigences, méconnaissance, absence d'alliance...)**



# « faire de la RdR », ça veut dire quoi ?

---

- **Connaître et (s')informer** (produits, dépistages, modes d'administration...)
- **Accompagner les consommations à risques** élevés (abus, dépendance) pour l'acquisition de pratiques à moindre risque (ex : AERLI)
- **Aller vers** des usagers éloignés des institutions et sans démarche de soin, co-construire les stratégies
- **Donner accès** à du matériel de RdR, créer un contexte favorable à la promotion de la santé
- **Créer une relation coopérative avec les usagers et des liens** vers des services médico-psycho-sociaux

# Les messages aux usagers

Messages de RdR **en toutes circonstances**

- **« Même si vous prenez des drogues, vous pouvez toujours prendre soin de votre santé »**
- fractionner les prises,
- espacer les prises dans le temps,
- ménager des temps de repos,
- éviter les mélanges,
- manger et boire régulièrement,
- ne pas consommer seul,
- éviter la voie injectable et l'inhalation de toxiques.
- **« On peut voir ensemble comment faire »**

# Les produits: généralités

Un produit comporte généralement plusieurs substances (actives et inactives)

Un même produit voit sa composition varier dans le temps et l'espace (lieux de deal).

Un même produit provoque des effets différents sur des personnes différentes (âge, poids, taille, sexe, bol alimentaire, produits associés...)

=> **importance des programmes d'analyse de produits, des informations et des échanges communautaires** (drug report...)

# La RdR selon les produits

Commençons par l'alcool...  
et le tabac

Les opiacés et opioïdes

En débat :

Le cannabis (CBD, Vaporisation)

La cocaïne et le crack (règles générales,  
pipes, régulations communautaires ?...)

...

# RdR et Alcool

Pour Sobell & Sobell, 1995 :

La majorité des usagers problématiques d'alcool ne sont pas dépendants et ne relèvent pas forcément d'une abstinence complète, beaucoup retournant d'ailleurs d'eux même à un usage contrôlé d'alcool.

L'usage contrôlé (à risque réduits) est une alternative indispensable.

# La RdR alcool ne se limite pas à diminuer les quantités

« **La picologie**, c'est l'observation et l'étude des *manières de boire*. Celles-ci sont singulières à chaque personne et sont le produit d'une histoire, de logiques, de contraintes et d'un contexte chaque fois spécifique. La prise en compte de ces spécificités fonde la Réduction des risques, y compris pour l'alcool » (Matthieu Fieulaine – Collectif modus bibendi)

Plutôt qu'au combien et au pourquoi s'intéresser au **comment** (où, comment, avec qui, à quel moment et au **pour quoi** et au **malgré quoi** (nommer la recherche de bien ou de mieux être)

# Champs de la RdR alcool

## Par public

- Femmes enceintes
- Prévention routière
- Chez les jeunes/parents (CJC)
- Publics précaires (hébergements sociaux...)
- En institution (CAARUD, Centres résidentiels, entreprises ...)
- **Par domaine d'intervention ou objectif**
  - Consommation contrôlée (Alcochoix, choisitaconso...)
  - « Picologie », intervention sociale, publics précaires
  - Soins de santé primaire, médecine générale
  - Interventions communautaires
  - Coéducation thérapeutique (AGEA...)...

# RdR et tabac

## Les substituts nicotiques

### Le vapotage

La toxicité de la cigarette est due exclusivement aux produits de la combustion. **Lorsque la nicotine, qui est la molécule addictogène est disponible sans combustion, la toxicité est très largement diminuée (AP 2016)**

### Associations de vapoteurs (AIDUCE, SOVAPE...)

Les soignants doivent être en capacité de donner des conseils appropriés (co-conçus) => **accompagnement**

# RdR et opiacés

## L'exemple des TSO

Traitement adapté aux personnes => savoir adapter les prescriptions et les règles

Donner un accès direct aux seringues, à la naloxone

Traitement collaboratif => choix partagé du MSO (méthadone, BHD, Sulfate de morphine), prises, doses, venues au centre ou en pharmacie...

## Pourquoi le SM peut-il être un substitut adapté ?



Les soignants doivent être en capacité de donner des conseils appropriés (co-conçus) => **savoir, écoute, accompagnement**

# Intégrer la RdR aux soins

Personnaliser le projet = adapter l'accompagnement  
Intégrer la RdR au programme thérapeutique et au  
fonctionnement de l'établissement, dès l'accueil et  
l'information de l'utilisateur

Distribuer/récupérer du matériel de rdR

Organiser la répartition des tâches sans cloisonner

Inscrire la RdR dans la fonction ressource de tous les  
lieux de soins

Développer la RdR pour tout type d'addiction

Intégrer la RdR dans les soins aux troubles psychiques  
(cf. guide Repères de la Fédération Addiction – 2019)

# Qu'est-ce que soigner aujourd'hui ?

**Soigner c'est aider au rétablissement voulu par l'usager** en l'aidant à développer son pouvoir d'agir, à utiliser ses ressources et son expérience

**Toute problématique addictive a 2 versants :**

**le comportement de consommation** => RdR, auto-contrôle (l'abstinence est une option, pas une obligation)

**le mal être sous jacent** => traitement du trauma, de troubles psychiatriques, de douleurs chroniques

Aider le patient (l'actient) par la RdR à mieux contrôler sa consommation, c'est rendre possible le choix autonome de son objectif entre gérer ou arrêter totalement, et c'est lui permettre d'aborder son mal-être



# **III- La réduction des risques, enjeux et prospective**

---

# Trois conséquences de la RdR sur l'évolution des pratiques

- **La RdR s'étend à tout le champ des pratiques addictives** : la RdR s'applique à tous les types d'addictions, le succès d'outils nouveaux montre les changements idéologiques (e-cigarette, baclofène...). La RdR s'applique à toutes les populations (précaires ou pas) et promeut des contextes d'usage sécurisés (SCMR, CSAPA...)
- **La RdR transforme les relations entre usagers/patients et intervenants/soignants** : c'est cette alliance qui apporte les conditions du changement, pas le professionnel. L'auto-changement = les usagers s'approprient leur pouvoir d'agir sur leur bien-être, les risques qu'ils prennent et leur santé
- **La RdR modifie la politique des soins (et la politique des drogues)** : réduire les risques devient un fil conducteur, de la prévention aux soins : les soins ne sont plus assimilés à la seule abstinence, mais d'abord à l'aide à l'auto-changement. RdR et soins ne peuvent plus être cloisonnés, ils constituent la même stratégie. Il n'y a plus de place pour la stigmatisation et le rapport de force soignant/soigné.

# Une déconstruction/reconstruction de nos repères et concepts qui n'est pas finie

- ⊙ Changement / rapport aux produits -> **droit à prendre des risques et société addictogène**
- ⊙ Changement / définition du problème -> **perte de la satisfaction et de l'autonomie**
- ⊙ Changement / objectifs des interventions -> **gestion, réduction des risques et régulation**
- ⊙ Changement / relation aux usagers -> **reconnaissance de l'expérience et coopération**
- ⊙ -> **Changements des objectifs et modalités de prévention, de soins et de politique des drogues.**

Sous la direction de  
**Alain Morel**  
Pierre Chappard  
Jean-Pierre Couteron

# L'Aide-mémoire de la **réduction** des **risques** en addictologie

en 22  
notions

- CONTEXTE
- ENJEUX
- NOUVELLES PRATIQUES

DUNOD

Sous la direction de  
**Alain Morel** • Jean-Pierre **Couteron**

AIDE-MÉMOIRE

# Addictologie

en 47 notions

3<sup>e</sup> édition

- Fondements et clinique
- Thérapies et soins coopératifs
- Prévention et réduction des risques

DUNOD