

# REDUCTION DES RISQUES ET TRAITEMENT DE SUBSTITUTION

Didier TOUZEAU

[dtouzeau@club-internet.fr](mailto:dtouzeau@club-internet.fr)

Département Addictions (Clinique Liberté)

Hôpital Paul Guiraud / Villejuif

---

L1452 / 72

## Définition (1)

---

- Réduction des risques (dangers)
- Réduction des méfaits (dommages)
- Harm. Réduction (conséquences)

Approche centrée sur la diminution des conséquences néfastes de l'usage de drogues plutôt que sur l'élimination de l'usage.

## Définition (2)

---

- Une démarche de santé collective visant plutôt que l'élimination de l'usage de psychotropes (ou autres comportements à risques ou addictifs) à ce que les principaux intéressés puissent développer **des moyens de réduire les conséquences négatives liées à leurs comportements** et aux effets pervers des contrôles sur ces comportements pour eux-mêmes, pour leur entourage et la société au plan :
  - sanitaire
  - économique
  - social

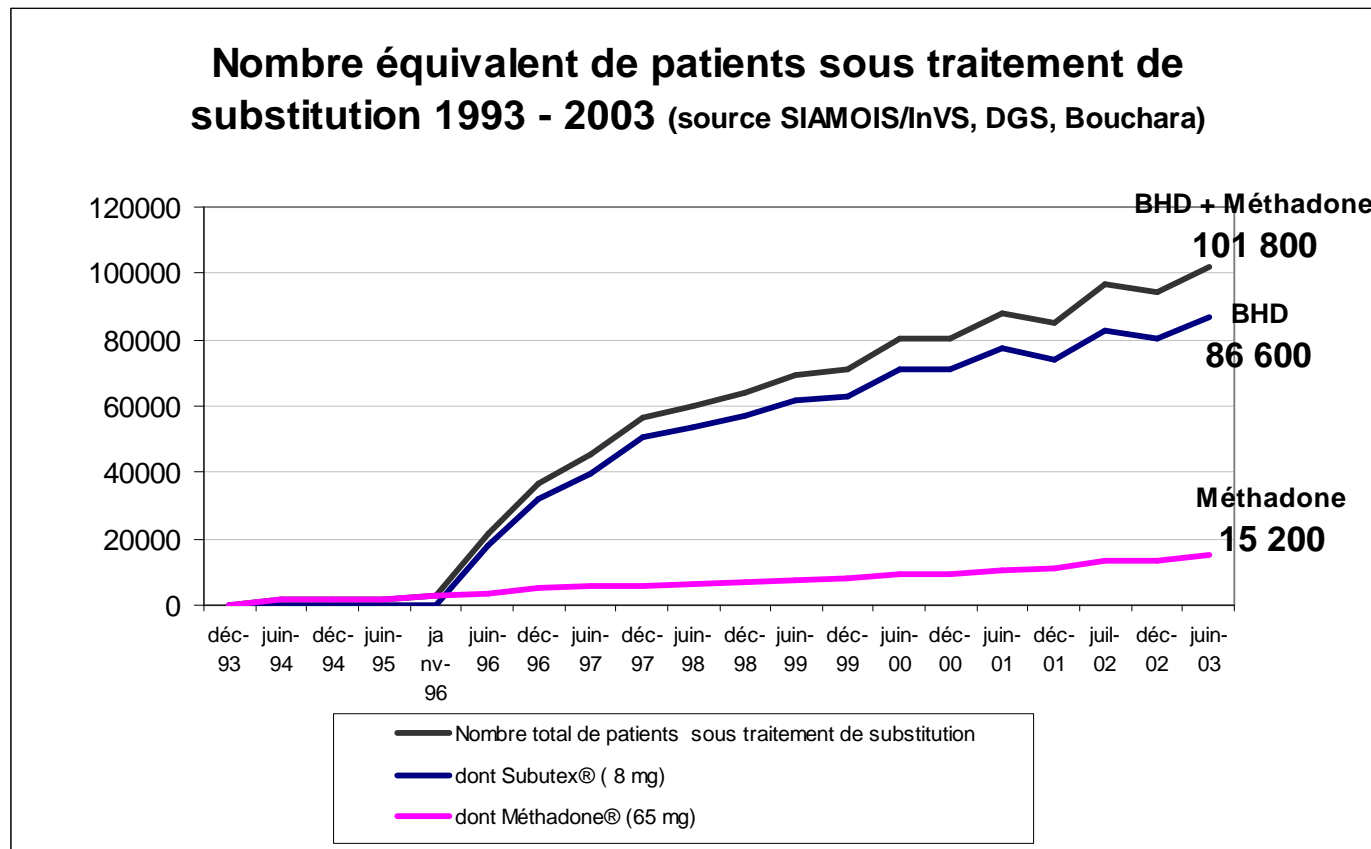
# Principes de la Réduction des Risques

- 1) La R d R. admet que l'abstinence est un objectif idéal mais privilégie des solutions alternatives pour diminuer les dommages consécutifs à l'usage de drogues.
- 2) Elle est issue d'un courant d'acteurs de terrain à l'écoute des personnes concernées, plutôt que d'intervenants relayant les objectifs des politiques en matière de drogues définis au sommet.
- 3) Elle propose un accès aux soins de première ligne avec un bas niveau d'exigence comme alternative aux soins traditionnels complet à haut seuil.
- 4) Elle est alimentée par le pragmatisme et l'empathie et s'oppose à l'idéalisme moralisateur.
- (d'après "Harm reduction : Pragmatic Strategies for managing High-Risk Behaviors" A. Marlatt)

# La démarche de réduction des risques s'est avérée fructueuse pour l'alcool et le tabac.

- Une des conséquences de cette nouvelle orientation a été d'envisager l'ensemble de substances psychoactives quelque soit leur statut légal et de diffuser une information sur leur effet et dangerosité propre (Rapport du Pr Roques, campagne « savoir plus , risquer moins »).
- A la banalisation de ce dernier, allant de pair avec l'absence d'une reconnaissance des phénomènes de dépendance hors des cercles de spécialistes. Placer héroïne et tabac sur le même plan quand à leurs effets addictogènes paraissaient incongrus. Reconnaître que le tabac est la première étape conduisant à d'autres addictions l'est encore plus !
- L'arrivée des traitements de substitution a permis comme pour les opiacés de faire comprendre les mécanismes de la dépendance et de son traitement qui ne pouvait reposer sur la seule volonté et le sevrage et qui nécessitait un accompagnement au long cours et la prise en considération de la comorbidité psychiatrique dans les cas les plus difficiles.

# Source OFDT



# Offre de Traitement

- Estimations de personnes traitées
  - Méthadone : 15 000 personnes
  - BHD : 86 000
- Surestimation possible
- 2/3 des toxicomanes substitués

# TTT de substitution dans un protocole

- Moindre recours à des substances illicites
- Moindre recours à l'injection
- Moindre partage des seringues
- Moindre partage des autres matériels
- Meilleur recours aux soins
- Accès facilité à des TTT antirétroviraux

# Résultats

- Amélioration du mode de logement
- Amélioration de l'activité professionnelle
- Réduction des réincarcérations ultérieures
- Baisse des surdoses
- Baisse des interpellations

# Éléments préoccupants

- Il existe un usage hors protocole
- Voie d'usage dominante : injection
- Cas de primo usage
- Comorbidité importante
  - Thromboses veineuses
  - Abscesses
  - Oedèmes ...

# Éléments prêtant à discussion :

## – Injection

- chez les patients traités par buprénorphine dans le cadre d'un protocole thérapeutique la pratique de l'injection est deux fois moindre que chez les sujets consommant ce médicament en dehors d'un protocole.
- ils sont deux fois plus nombreux à poursuivre l'injection que ceux qui reçoivent de la méthadone dans le cadre d'un protocole

## – Les consommations de substances

- Diminution des consommations de produits illicites
- Augmentation des consommations d'alcool et de benzodiazépines

# Éléments prêtant à discussion :

## – Injection

- chez les patients traités par buprénorphine dans le cadre d'un protocole thérapeutique la pratique de l'injection est deux fois moindre que chez les sujets consommant ce médicament en dehors d'un protocole.
- ils sont deux fois plus nombreux à poursuivre l'injection que ceux qui reçoivent de la méthadone dans le cadre d'un protocole

## – Les consommations de substances

- Diminution des consommations de produits illicites
- Augmentation des consommations d'alcool et de benzodiazépines

*L'article L. 3125-1 du code de la santé publique issu de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique prévoit la définition d'un cadre de référence pour les activités de réduction des risques en direction des consommateurs de stupéfiants.*

- Les acteurs, professionnels de santé ou du travail social ou membres d'associations, comme les personnes auxquelles s'adressent ces activités doivent être protégés des incriminations d'usage ou d'incitation à l'usage au cours de ces interventions.
- Les services en charge de la répression du trafic et de l'usage de stupéfiants doivent pouvoir clairement reconnaître les acteurs et les activités relevant de la réduction des risques. Les associations menant des actions de réduction des risques doivent se faire connaître du chef de projet dans le département de leur siège social. Enfin, les habitants des quartiers et les élus qui les représentent doivent être associés à ces activités en étant informés des principes qui les guident, de leurs modalités et de leurs résultats, afin de favoriser leur implantation et d'intégrer la réduction des nuisances et des tensions à leurs objectifs.
- La réduction des dommages repose à la fois sur des interventions qui visent directement les consommateurs et sur une mobilisation des services ou des associations qui peuvent favoriser leur inclusion dans la collectivité par la concertation et la médiation au bénéfice des usagers et de l'ensemble des habitants des zones de résidence concernées.

- <http://reductiondesrisques.free.fr>
- Voir aussi dossier:  
[www.drogues-sante-societe.org](http://www.drogues-sante-societe.org)

# Décret du 15 04 05

## Article R 3121-33 : Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues assurent :

- 1° l'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé pour usagers de drogues ;
- 2° l'appui aux usagers dans l'accès aux soins qui comprend :  
l'aide à l'hygiène et à l'orientation aux soins de première urgence, proposés de préférence sur place ;  
l'orientation vers le système de soins spécialisés ou de droit commun ;  
l'incitation au dépistage des infections transmissibles ;
- 3° l'appui aux usagers dans l'accès aux droits, l'accès au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle ;
- 4° l'accès au matériel de prévention des infections ;
- 5° l'intervention de proximité à l'extérieur du centre, en vue d'établir un contact avec les usagers.
- Ils participent à des actions de médiation sociale auprès notamment des riverains, des commerçants, des élus locaux et des services de police en vue d'assurer leur bonne intégration dans le quartier et de prévenir les nuisances liées à l'usage de drogues. ”

**CIRCULAIRE N° DGS/S6B/DSS/1A/DGAS/5C/2006/01 du 2 janvier 2006** relative à la structuration du dispositif de réduction des risques, à la mise en place des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) et à leur financement par l'assurance maladie.

- **Résumé** : structuration du dispositif de réduction des risques pour usagers de drogues, intégration de certaines structures dans le champ des établissements médico-sociaux et transfert de leur financement à l'assurance maladie.
- **Mots clés** : centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques (CAARUD). Etablissements médico-sociaux.
- **Textes de référence** :
  - Article L.3121-5 du code de la santé publique ;
  - Articles L.312-1 à L.314-13 du code de l'action sociale et des familles ;
  - Article 50 de la loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 ;
  - Articles R.311-1 à R.311-37 du code de l'action sociale et des familles ;
  - Articles R.3121-33-1 à R.3121-33-4 du code de la santé publique (*Décret n° 2005-1606 du 19 décembre 2005 relatif aux missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues et modifiant le code de la santé publique*)

- L'article R.3121-33-2 du CSP précise qu'ils ont également une mission de participation au dispositif de veille en matière de drogues et toxicomanie, à la recherche, à la prévention et à la formation sur l'évolution des pratiques des usagers. Cette mission ne doit pas être considérée comme ayant un caractère obligatoire et ne constitue donc pas une condition préalable à la délivrance d'une autorisation en tant que CAARUD.

- o Accès au traitement VIH, antituberculeux, VHC
- o Diminution des cas de SIDA chez les usagers de drogues intraveineuses
- o Meilleure connaissance du phénomène **mais contamination dans certaines situations à risques** :
  - Non disponibilité de seringue court délai de partage  
virémie élevée de la source
  - Réutilisations des cotons (filtres), du matériel...VHC
  - Usage de cocaïne et d'alcool →
  - Risque sexuel associé

### ○ Contamination dans certaines populations

- Absence de connaissance du statut sérologique
- Age jeune ⇨ initiation
- Précarité, sortants de prison
- Faible niveau d'études ⇨ difficultés de compréhension des messages
- Femmes( dépendance par rapport au partenaire masculin pour l'injection)