



COMITÉ D'ÉTUDE  
ET D'INFORMATION  
SUR LA DROGUE  
ET LES ADDICTIONS

# Réduction des risques et des dommages (RdRD) et approche intégrative

Jean-Michel Delile, psychiatre, CEID, Bordeaux

[jm.delile@ceid-addiction.com](mailto:jm.delile@ceid-addiction.com)

RdRD liés aux conduites addictives

3<sup>ème</sup> partie : La RdRD nécessite-t-elle de nouvelles pratiques et de nouveaux outils ?

- En quoi les pratiques de RdRD peuvent-elles s'intégrer dans les stratégies de prévention et de soin et les améliorer, dans tous les secteurs des addictions ?
  - Quelle place des usagers dans ces modalités d'action ?

# Plan

- Introduction
- La RdRD comme intervention intégrée
  - Supériorité des approches combinées
  - Élargissement du champ de la RdRD : *big five*
  - RdRD et santé publique : prévention, soins
- La RdRD dans les autres secteurs des addictions
- La place des usagers
  - Rôle central dans l'émergence de la RdRD
  - Interventions diversifiées
  - Rôle central dans les soins
- Conclusions

**Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for VIH and VHC : evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users** (Charlotte Van Den Berg et al, Addiction, 2007)

- ACS depuis 1985
- 714 UD suivis dans cette étude
- Conclusion : full participation in HRP was associated with a lower incidence of HCV and HIV infection in ever-injecting DU, indicating that **combined prevention measures**—but not the use of NEP or methadone alone—might contribute to the reduction of the spread of these infections.



# Supériorité des interventions combinées

- Les programmes de RdRD doivent être globaux et flexibles s'ils veulent obtenir des résultats significatifs en santé publique (Andrew Ball, OEDT, 2010)
- L'exemple de la prévention et du traitement du VIH puis du VHC chez les UDI illustre bien l'importance d'adopter une définition élargie plutôt que restrictive de la RdRD (cf. Van Den Berg, 2007)

# Approche intégrative

- Les programmes de RdRD doivent dépasser de simples interventions spécifiques (telles que des PES ou des TSO), délivrées de manière isolée, pour aller vers un ensemble d'interventions combinées et incluses dans un ensemble global d'interventions sanitaires et sociales qu'ils viennent enrichir.
- C'est ainsi que doit se concevoir une dynamique réellement intégrative : ensemble d'interventions adaptées et diversifiées incluant l'accès à des soins de l'addiction

# Élargir le champ de la RdRD

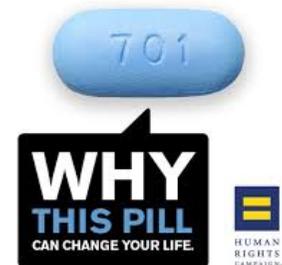
- Vulnérabilités
- Réduire le risque de contamination : RdRD Canal historique
- Réduire la transmission et PrEP
- Après la contamination : dépistage, Tx, Prév +
- Passer des *big three* aux *big five* !

# Vulnérabilités individuelles et groupales

- Populations à risques : adversité sociale, incarcération, fragilité psychosociale... Actions de promotion de la santé, déstigmatisation
- Prévention du passage à l'injection :
  - Break the cycle (Neil Hunt)
  - EVAL-CLP : Change le programme (RESPADD, 7 CAARUD)
  - Intervention de prévention intégrant fondamentaux de la RdRD : non-jugement, implication des usagers eux-mêmes dans l'action, objectifs de RdRD et non d'éradication des usages de substances, etc.

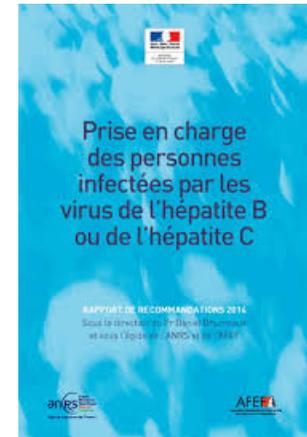
# Réduire le risque de contamination : le cœur de la RdRD

- Matériels de RdRD : accessibilité, diversification
- TSO : programme global, accès aux soins (TSO injectables)
- Sécurisation des injections :
  - ANRS-AERLI
  - SCMR : accès aux soins
- Prévention des OD : *take home* naloxone
- Réduction de la transmission : PrEP
- Prévention, traitement, RdRD ?



# Après la contamination

- Prévention positive
- Dépistage, TROD
- Traitements efficaces : contrôle de l'épidémie
- *Treatment as prevention : TaP*
- Unité de lieu : accès à tous les services dans les espaces fréquentés par les usagers à différents moments de leur parcours
- VHC : vers l'éradication ?



# Des *big three* aux *big five* !

*Harm reduction package* : WHO/UNODC/UNAIDS

- PES
- Traitements de la dépendance (TSO)
- Communication sur le changement de comportement
- Dépistage et *counselling*
- Traitement et soins du VIH, des hépatites, des IST, de la tuberculose...





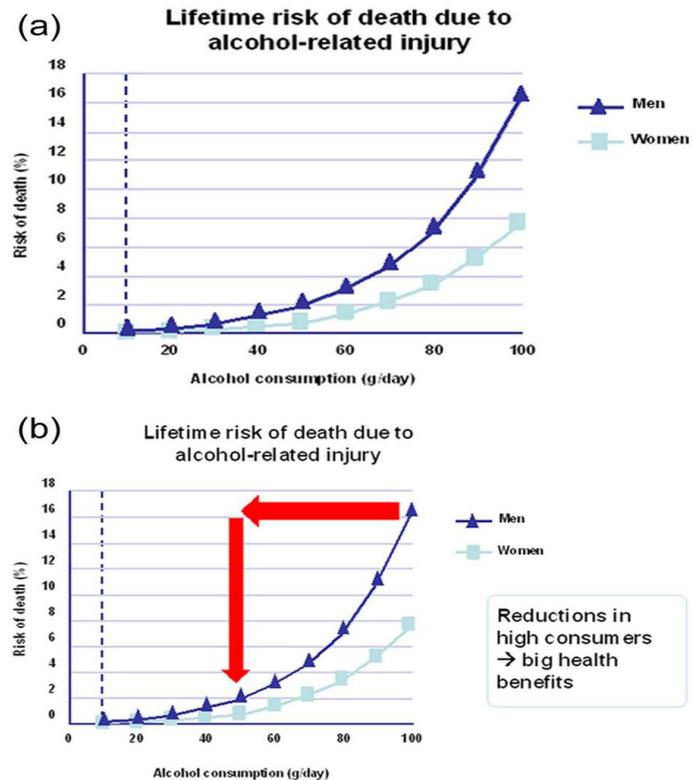
Alcool, tabac, cannabis, stimulants, comportements...

# **RDRD DANS LES AUTRES SECTEURS DES ADDICTIONS**

# Alcool, tabac : Abstinence vs RdRD

- Le dogme de l'abstinence
- Selon les enquêtes NESARC, moins de 15 % des personnes présentant un trouble de l'usage de substances bénéficient d'un traitement : une des raisons en est l'écart entre les objectifs des patients et ceux des soignants
- L'approche RdRD permet de proposer une offre mieux adaptée à la diversité des besoins et des attentes des personnes en ne limitant plus les objectifs de soins à la seule abstinence (mais sans l'exclure) : réduction des consommations, offre intégrée
- Ex : baclofène, nalméfène, patchs nicotiques...

## Lifetime risk of death due to alcohol-related injury, and the effect of reduction of consumption (adapted from Rehm J, Zatonski W, Taylor B, et al.)

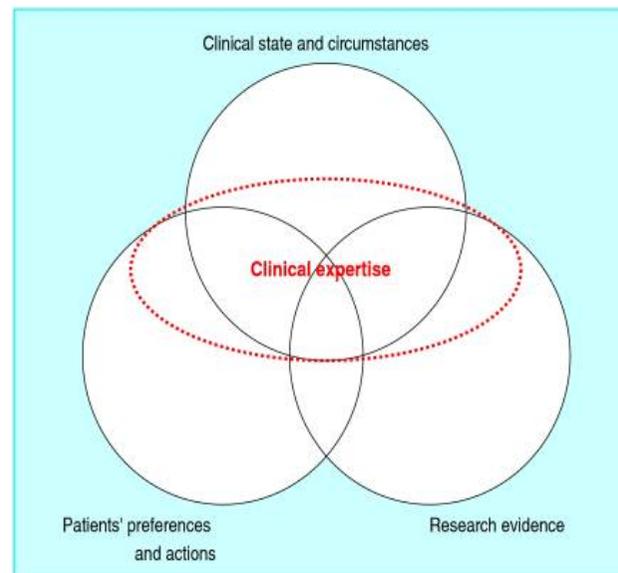


David J Nutt, and Jürgen Rehm *J Psychopharmacol* 2014;28:3-7



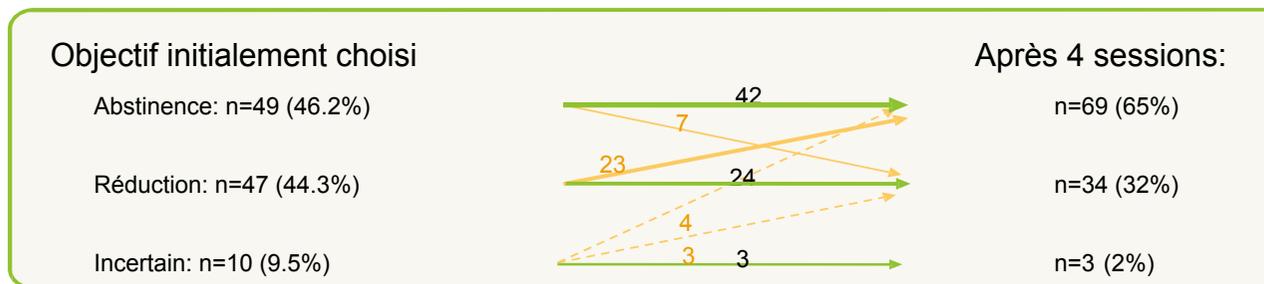
# Objectifs du traitement : abstinence ou réduction ?

Haynes et al, BMJ, 2002, Physicians' and patients' choices in evidence based practice  
Evidence does not make decisions, people do



# Choix des objectifs dans le traitement de la dépendance à l'alcool

## Préférences initiales et évolutions à 4 semaines



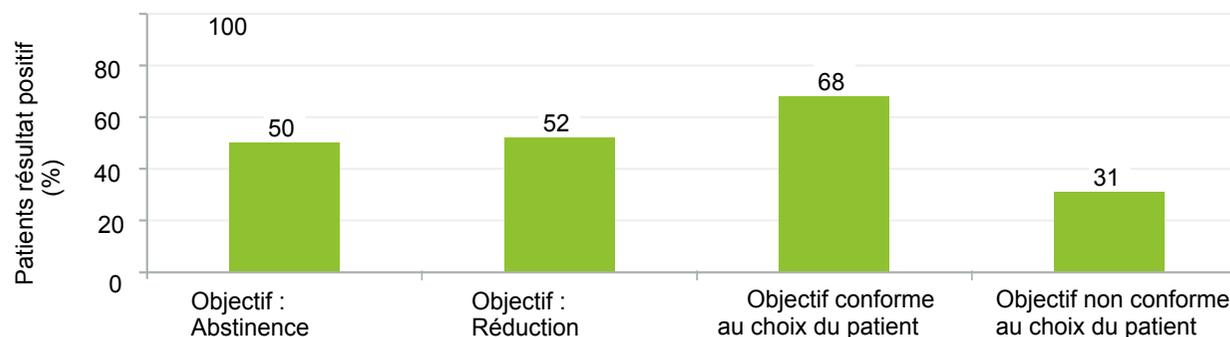
Les choix d'objectifs évoluent au fil du temps :

- 49% des patients avec une préférence initiale pour la réduction changent pour l'abstinence
- 14% des patients avec une préférence initiale pour l'abstinence changent pour la réduction

Hodgins et al. Addict Behav 1997;22(2):247-255

# Implication du patient dans le choix des objectifs

Résultat au bout de 12 mois de follow-up selon les objectifs



Permettre aux patients de choisir leurs propres objectifs de traitement améliore l'efficacité du traitement et ses chances de réussite.

Orford & Keddie. Br J Addict 1986;81(4):495-504

# Ajuster les objectifs de traitement en fonction des stades motivationnels : une dynamique évolutive

- Évaluer le stade motivationnel du patient peut aider à mieux définir avec lui des objectifs atteignables et réalistes quel que soit le but ultime : **abstinence** ou **réduction** Babor & Higgins-Biddle. Brief intervention. WHO, 2001
- Les premiers succès obtenus peuvent aider le patient à choisir d'aller plus loin
- Nécessité pour l'opérateur d'être en mesure d'adapter son offre d'accompagnement depuis une offre de RdRD jusqu'à des soins y compris, éventuellement, orientés abstinence : intégration



*Safer Drinking,  
Reduced Drinking,  
Moderate Drinking,  
Quitting Completely*

# Tabac et e-cigarettes

- Le dogme de l'abstinence (bis) : certains risques/tabac n'ont pas de seuil mais ils sont liés à la forme fumée. Intérêt donc des e-cigarettes en RdRD :
- *Clash* RdRD/principe de précaution
- Mais :
  - Dautzenberg, B. and D. Garelik, *Patients with lung cancer: Are electronic cigarettes harmful, useful?* Lung Cancer, 2015.
  - McRobbie, H., et al., *Electronic cigarettes for smoking cessation and reduction.* Cochrane Database of Systematic Reviews, 2014(12).
- *Snuff, Snus...*
- *Modified-Risk Tobacco Product (MRTP)*
- Rapport bénéfices/risques

# Les risques liés au cannabis

- Accidents de la circulation
- Décès par intoxications aiguës
- Trouble de l'usage
- Problèmes psychosociaux, scolaires, professionnels
- Schizophrénie et troubles psychiatriques induits
- Troubles respiratoires
- Cancers
- Problèmes neuro-développementaux
- Grossesse

# Cannabis

- *Avoid more than weekly use to minimize the risks of developing mental health problems or dependence.*
- *Avoid smoking as a route of administration or use a vaporiser instead, rather than smoke a bong or joint.*
- *If you smoke cannabis, avoid deep inhalation or breath-holding practices in order to reduce the risks of respiratory problems.*
- *Do not drive or use machinery when intoxicated.*

# Vapoter ?

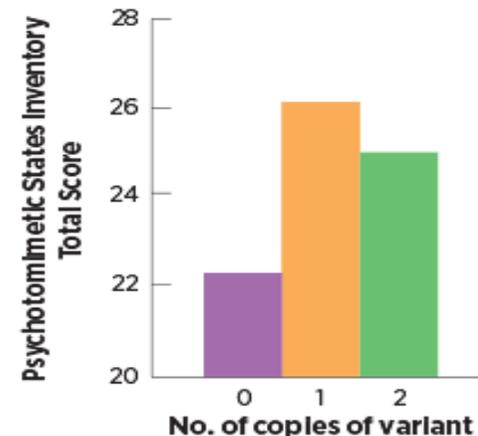
- RdRD liés aux fumées toxiques
- Meilleur goût
- Effets plus intenses
- Prix de revient moins élevé
- Plus grande discrétion dans l'espace public
- Possibilité de disjoindre du tabac
- Expérimentation plus aisée, plus agréable :
- Âge plus précoce
- Usages plus fréquents, TU
- Fortes concentrations
- Risque addictif
- Effets délétères du cannabis ne se limitent pas à la fumée : THC

# Pas de seuil pour le risque psychotique ?

- Si le vapotage peut réduire le risque pulmonaire ou cardio-vasculaire
- Il n'en va pas de même pour les risques neuro-psychiatriques : THC
- Idem pour le *dabbing* ou pour les formes *per os* (infusions, gâteaux, bonbons...)

## AKT1 Variants Elevate Cannabis Induced Psychotic Symptoms

People with one or two copies of the AKT1 "C" variant have a higher risk of psychotic symptoms when they smoke cannabis, even if it's their first time.



Source: C.J. Morgan, Ph.D., et al., *Translational Psychiatry*, February 16, 2016

# RdRD et stimulants

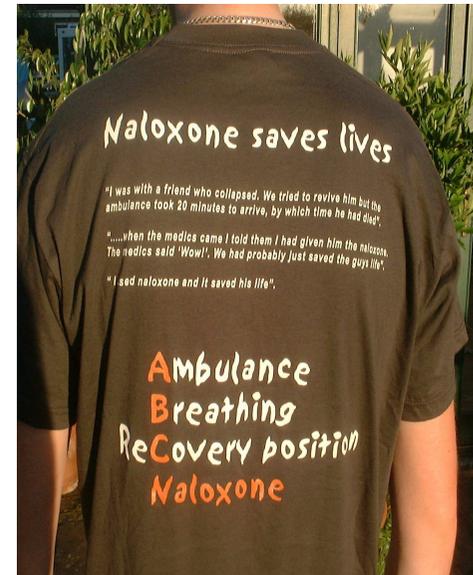


- Un domaine en construction : « The fast and the furious » J-P Grund (NL)
- Injecteurs et fumeurs de *crack* : services RdRD adaptés
- Populations cachées : *outreach*, accès aux soins : modération, *breaks*...
- NPS : La question du *testing*
  - *Ecstasy pill testing : harm minimization gone too far ?* Winstock et al. Addiction, 2001
  - Un produit n'est pas nécessairement plus sûr quand il est pur (risques relatifs : principe actif/adjuvants).

# Addictions comportementales

- RdRD embryonnaire, « Jeu responsable », ARJEL...
- *Outreach* et repérage en casinos (NL), EM
- Expérience en France : FdJ-FA-ASC-LFSM-SEDAP





## QUELLE PLACE DES USAGERS ?

# Quelle place des usagers ?

- Rôle central dans l' émergence et la mise en œuvre des interventions de RdRD : militants, pairs-aidants, travailleurs-pairs :
  - Implication des usagers : consultation, staff, groupes d' usagers
  - (Auto-)Organisations d' usagers : plus autonomes, empowerment, user-led, user-driven
- Des interventions diversifiées : RdRD mais aussi prévention (éducation, conseils) et soins (groupes de pairs, Naloxone, CT, etc.)
- BTC (Neil Hunt)

# Typologie d'activités

Enquête auprès de 38 organisations d'usagers dans 21 pays, INPUT-ECN, 2008

- 1. Advocacy and health/drug policymaking.
- 2. Peer support for people living with HIV/AIDS (PLWHA).
- 3. **Peer support** for drug users.
- 4. HIV and other blood-borne disease (BBD) education and **prevention**.
- 5. Issue/publish electronic and printed magazines and newsletters.
- 6. Producing other types of informational material.
- 7. Organize, conduct, moderate training, workshops, seminars, peer meetings.
- 8. Educational and peer support work in the party scene.
- 9. Run accommodation projects.
- 10. **Drop-in centres with various services**.
- 11. Raise public awareness about the main problems in the drug using community.

# Drop-in centres with various services

- Naloxone distribution
- Methadone distribution
- Drug consumption rooms
- Drug dealing controls on quality and value for money : *dealer's charter*
- Community reintegration
- User-driven market interventions (*cannabis social clubs*, « *freedom to farm* »)
- Research

# Un rôle central dans le développement d'approches de soins

- Y compris en dehors du champ historique de la RdRD
- Approche *self help*, AA, NA et communautés thérapeutiques, systèmes autogérés centrés sur l'abstinence
- Actions collectives pour « obtenir » le Temgésic, le Baclofène, la Naloxone, le Truvada (PrEP)
- E-cigarettes : aussi bien pour une aide au sevrage que pour des objectifs de RdRD...
- Diversité, approche intégrée et graduée
- RdRD en centres résidentiels ?



Recommandations

# CONCLUSIONS

# Conclusions

## *combinaison intervention*

- Les interventions de RdRD se sont souvent construites en réponse à certaines pratiques de soins ou de prévention qui avaient pu être génératrices elles-mêmes de dommages secondaires. Initialement mises en œuvre de manière isolée, certains acteurs parlaient de RdRD « pure », les interventions de RdRD sont de plus en plus souvent combinées avec des actions de prévention et de soins dans le cadre d'une approche intégrative.
- Les données actuelles indiquent en effet qu'il est temps de dépasser ce clivage initial, ce sont bien les approches combinées qui sont les plus efficaces.
- Des traitements peuvent faire œuvre de prévention et de RdRD, des interventions de RdRD peuvent permettre l'accès aux soins. Les approches combinées, décloisonnées sont les mieux adaptées à la diversité des parcours de soins des personnes.
- Les usagers évoluent dans leurs besoins et leurs attentes, les professionnels doivent accompagner et soutenir cette dynamique sans les enfermer dans une offre restrictive et donc inadaptée.

# Réévaluation des rapports bénéfiques/ risques

- Les addictions sont associées à des risques et dommages à la fois multiples et changeants, en fonction notamment des différents produits consommés, ce qui requiert des réponses diversifiées et complexes.
- Les précautions prises par rapport à un risque particulier peuvent en effet en accroître d'autres et l'évaluation globale du rapport bénéfiques/risques de ces interventions doit être faite préalablement et réévaluée périodiquement.

# Programmes et lieux d'intervention

- Les programmes de RdRD doivent également être globaux et flexibles s'ils veulent obtenir des résultats significatifs en santé publique. Il faut dépasser de simples interventions spécifiques de RdRD, délivrées de manière isolée, pour aller vers un ensemble d'interventions combinées, inclus lui-même dans un ensemble global d'interventions sanitaires et sociales qu'elles viennent enrichir, et réciproquement, dans une dynamique mutuelle.
- De même, les lieux d'intervention ne doivent pas se limiter aux seuls services dédiés spécifiquement à la RdRD, eux-mêmes décroisonnés, mais s'étendre à d'autres services de santé tels que la médecine de première ligne, les centres de santé, la médecine au travail, les maternités, les hôpitaux, les services de santé mentale, etc. Mais aussi dans la communauté, les services sociaux, les lieux d'hébergement, les dispositifs d'insertion, etc. La RdRD doit s'inscrire dans une dynamique globale de santé centrée sur les besoins et attentes des personnes.

# Usagers et parcours de soins

- Enfin, l'une des richesses essentielles de la RdRD est bien le rôle central qu'y jouent les usagers, leurs attentes et leur expertise dans une dynamique de promotion de la santé. C'est une des voies par laquelle elle a le plus positivement influencé les pratiques soignantes. Là encore, on retrouve l'approche intégrative, loin d'avancer séparés, parfois même dans un climat de tension ou d'opposition, professionnels et usagers visent à être co-acteurs et co-auteurs d'actions de santé publique sur la base d'une collaboration non hiérarchisée.
- Au final, l'approche intégrative doit permettre à tout patient de bénéficier des services les mieux adaptés à ses besoins et attentes, dans l'idéal en tout lieu et à tout moment de son parcours. Cela passe notamment par le transfert au système de santé du fardeau de la coordination des interventions qui reste trop souvent à la charge du patient et de son entourage.

[jm.delile@ceid-addiction.com](mailto:jm.delile@ceid-addiction.com)



**ADDICTIONS**  
*À la croisée*  
*de la recherche & de la clinique*

11 mai 2016  
**Bordeaux**  
 - Athénée Municipal - Place Saint-Christoly -

Co-organisateur  
 NeuroCentre Magendie et CEID-Addictions

en partenariat avec  
 la Fédération Addiction

et avec le soutien de  
 la MILDECA, l'ARS ALPC, le Conseil régional ALPC et la Mairie de Bordeaux



Bienvenue à Bordeaux  
 le 11 mai 2016 !