

La réduction des risques (RDR)

La Le réduction des risques

Mme Le Garrec Anne Sophie
IDE
CSAPA « Le tempo »
44 avenue de Valenciennes
59400 CAMBRAI



Qu'est ce qu'un usage à risque?

- Un **usage à risque** est un mode de consommation pouvant entraîner des **conséquences dommageables** sur les plans **physiques, psychiques et /ou social** (mésusage de médicaments, consommation excessive entraînant des prises de risques ou des comportements agressifs...).





Définition de la Réduction des Risques:

- C'est un ensemble de stratégies visant à **limiter les risques et les dommages** sanitaires et sociaux liés à l'usage de drogues licites et illicites.
- Elle a notamment pour objectifs de **réduire la morbidité et les comorbidités, d'améliorer l'état de santé**, de **favoriser l'accès aux soins et la réinsertion sociale**, de réduire **les nuisances publiques...**
- Elle permet également d'**orienter** le plus précocement les usagers **vers les soins**.

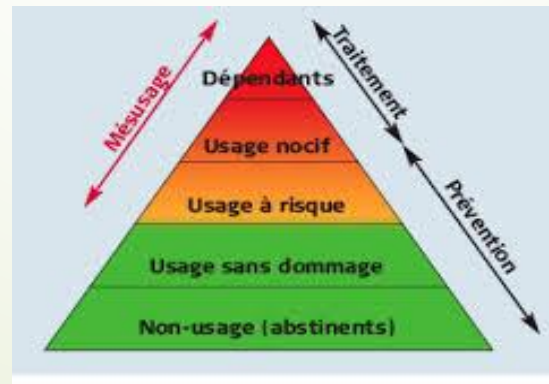
Quelques notions:

L'usage : consommation entraînant **ni complications somatiques, ni dommages**.

Mais dans ce type d'usage, il **peut exister des consommations à risque** comme la conduite de véhicules, la consommation chez la femme enceinte...

L'usage nocif ou abus: consommation **induisant des dommages physiques, psychologiques, affectifs ou sociaux**, pour le sujet, son environnement ou la société sans atteindre la dépendance.(→ problèmes au travail, à l'école, judiciaires, interpersonnels...).

La dépendance: **impossibilité de s'abstenir de consommer** sous peine de souffrance (dépendance physique, psychique et comportementale).



D'où vient la RDR ?

- La réduction des dommages a une longue histoire. Son concept a été élaboré dans les années 1980 en réponse à la découverte du VIH → développement et production massive de préservatifs
- En 1990, Médecins du monde ouvre le premier programme d'échanges de seringues et en 1992, ASUD est créé.
- Il faut attendre 1994, pour que la réduction des risques soit reconnue, à l'instigation de Simone Veil, mais à titre expérimentale
- En 1995, est expérimentée à Montpellier, par ASUD, une première salle d'injection, qui ne durera pas.
- La méthadone sirop est mise sur le marché en 1995 (gélule 2008), le subutex en 1996.
- En 1999 est mis sur le marché le stéribox.



Pourquoi la RDR?

- ▶ La RDR part du postulat qu'un **monde sans addiction n'existe pas**.
- ▶ La RDR vise à **réduire les dommages sanitaires et sociaux** liés à la consommation de produits en favorisant l'accès aux soins, aux droits et à l'accompagnement, dans une approche globale de la santé des personnes et de leur environnement.
- ▶ Elle est un des piliers d'une politique qui comporte également la prévention, la thérapie et la répression. La RDR suppose de renoncer à un idéal d'éradication des « drogues », alors même que le cadre législatif de la loi de 1970 en France pénalise l'usage de produits illicites.
- ▶ Elle **amène une modification de toutes nos pratiques** actuelles de soins, d'accompagnement et de prévention, en privilégiant le dialogue.

La RDR chez les usagers de drogues

- ▶ « Entrer dans la drogue ne signifie pas y rester... »
- ▶ « Forcer les usagers à s'en sortir réussit rarement. Mais quand on les aide, la plupart s'en sortent ».
- ▶ La RDR a pour objectif d'accompagner l'**usager dans la prévention de sa santé afin de limiter les atteintes physiques, psychiques, sociales et environnementales.** La RdR c'est accepter de délivrer des traitements mais également de délivrer du matériel d'injection...



La réduction des risques chez les UD...plus concrètement !

❖ Réduire les risques, c'est délivrer:

- des **Traitements**(MTD,subutex,suboxone
- mais aussi des **seringues** stériles et autres **matériels**: stéribox, stérifilt...
- des **préservatifs**
- des « **roule ta paille** »...



❖ c'est également informer (sur les produits, les risques...), **TESTING**

- ❖ C'est aussi **favoriser l'accès aux soins** et au **soutien** nécessaire chaque personne , selon sa situation.

RDR en alcoologie, un nouveau modèle

- ▶ **L'abstinence totale semble parfois inaccessible** pour certains usagers et peut engendrer le désespoir, y compris dans l'entourage des patients.
- ▶ **Offrir un choix au patient** : entre abstinence et réduction de consommation (parfois avec aide médicamenteuse)
- ▶ En cas d'impossibilité de maintien d'une abstinence :
 - **Aider** les patients alcoolo-dépendants à **réduire leur consommation**, en travaillant avec eux une **consommation contrôlée afin de réduire les dommages**.

RAPPEL →

Niveaux de risque en fonction de la consommation quotidienne ⁽³⁾									
Verres standard / jour	0	1	2	3	4	5	6	7	8
Hommes	Risque faible				Risque moyen	Risque élevé			
Femmes	Risque faible	Risque moyen	Risque élevé						

RDR en Tabacologie

- Tabacologie , dernière discipline à développer la notion de RDR
- Il n'y a pas de petit tabagisme sans risque!!!
- ❖ **Aborder la réduction** du tabagisme, dans un premier temps, plutôt que l'abstinence peut avoir des effets bénéfiques.
- ❖ **Prendre en compte** le tabagisme environnemental - tabagisme passif.
- ❖ **Prévenir précocement** .



L' E-cigarette



- **L'utilisation de la cigarette électronique, à court et moyen terme est moins dangereuse** pour la santé que celle de la cigarette classique.
- **Dépourvue de tabac, goudron et CO, l'e-cigarette réduit fortement le risque de cancer et de maladies cardio-vasculaires chez les fumeurs.**
- **Cependant, aucune étude ne démontre qu'à long terme le caractère irritant des produits contenus dans l'e-cigarette (propylène-glycol, additifs, arômes) ne puissent avoir de conséquences néfaste sur la santé.**

La RDR, en pratique:



- **Soutenir, accompagner.**
- **Eduquer, informer** (entretien, affichage, vidéo...)
- Réaliser des **Actions de Prévention** (actions dans les écoles, les technivals, lors de journées dédiées aux addictions: JMST, forum santé ville...)
- **Dépister** (physique, psychique, comportemental, social...)
- **Délivrer** du Matériel de RDR





La RDR ,par qui?

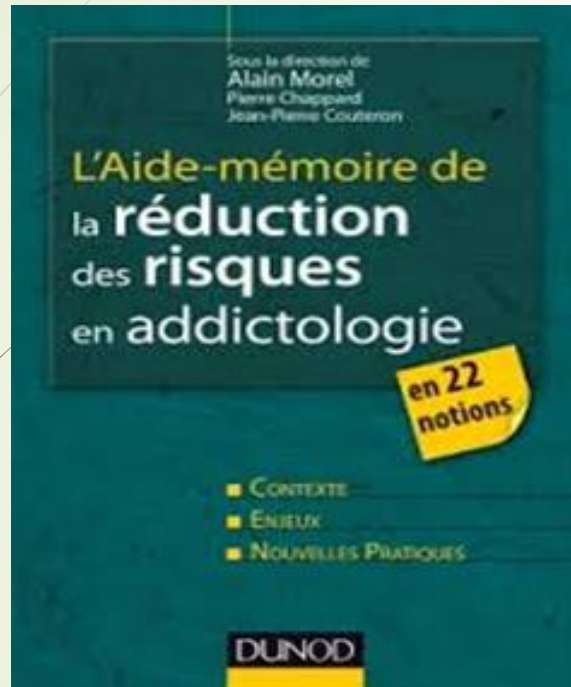
- ▶ Les **CSAPA** (centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie)
- ▶ Les **CAARUD** (centre d'accueil et d'accompagnement à la RDR pour les usagers de drogues)
- ▶ **Salles de « shoot »** ou SCMR (salle consommation à moindre risque)
- ▶ Les **équipes mobiles psy ou addicto** (EHLISA)- **samu social, maraudes**
- ▶ Les **structures d'hébergement, les associations** (groupes d'entraide...),SAM



En résumé ,la RDR permet:

- de **responsabiliser** les usagers face à leur consommation et leurs comportements.
- de **prévenir** la transmission **des infections** (VIH,hépatites...),**la mortalité, les dommages** sur la santé physique et psychologique, sociaux et environnementaux.
- de **développer un rapport de confiance** car elle favorise un échange constant avec l'utilisateur . Elle ne pose **pas de jugement moral** mais ne cautionnent pas pour autant certains comportements.
- un **questionnement éthique** constant face à des situations parfois complexes.
- d'**informer** les usagers **sur les lois** en vigueur(droits et devoirs).
- de **PEC** globalement la personne (aspects sanitaires, sociaux...)
- de replacer le **sujet ,au centre** de la relation, plus que l'objet, c'est-à-dire l'homme plus que les produits.

Références « bibliographiques »:



- Histoire de la réduction des risques en France, par **Anne Coppel**, sociologue
- le *rapport* du professeur **Michel Reynaud** concernant les **dommages liés aux addictions et les stratégies validées pour réduire ces dommages.**

