



## Réduction des risques liés aux addictions

## Harm reduction of drug use and dependance

### التقليل من المخاطر المتعلقة بالإدمان

M. Sabir, F. El Omari, J. Mehssani, J. Toufiq

#### الملخص :

سياسة التقليل من المخاطر المتعلقة بالإدمان تشمل أربع محاور رئيسية: العلاج الاستبدالي للمواد الفيونية، التقليل من طرف الاستهلاك المعرضة للمخاطر، الوقاية من الأمراض والوفيات وتقليل الضرر الاجتماعي الناتج عن الإدمان. الهدف من هذا المقال هو تقديم نبذة تاريخية للتقليل من المخاطر في ميدان الإدمان على المخدرات وتقديم نظرة شاملة لأهم البرامج والاستراتيجيات للتقليل من المخاطر. اعتماد إستراتيجية وطنية في المغرب: تم اعتماد إستراتيجية وطنية وترتكز على وضع البرنامج الوطني للحد من الإدمان الذين تبين وزارة الصحة شاملة هدفها التقليل من المخاطر الناتجة عن استعمال الحقنات من طرف المصابين بداء فقدان المناعة المكتسبة Sida. ويشمل هذا البرنامج سياسة متكاملة للتقليل من الإصابة بداء فقدان المناعة المكتسبة لدى مستعملي المخدرات عن طريق الحقن مع إحداث وحدات متنقلة "أدنى حد للمطال" وحدات متنقلة وإحداث برنامج نموذجي للعلاج الاستبدالي المتبادون.

**الكلمات الأساسية :** تقليل المخاطر، مخدرات، الإدمان.

#### Résumé :

La réduction des risques liés aux addictions est une approche centrée sur la diminution des conséquences néfastes de l'usage des drogues plutôt que sur son élimination, en hiérarchisant ces problèmes et en s'adaptant à l'usager de drogues. Elle se base sur quatre approches principales : les traitements de substitution par opiacés, la réduction des modes de consommation à risque, la prévention de la morbidité et de la mortalité et l'atténuation des préjudices sociaux liés à aux addictions.

L'adoption d'une stratégie nationale et l'implantation d'un dispositif global de réduction des risques chez les usagers de drogues injectables font partie du programme national de lutte contre la toxicomanie adopté par le Ministère de la Santé, comprenant l'implantation d'un dispositif global pour la réduction des risques VIH chez les usagers de drogues injectables avec la création d'unités fixes « bas seuil d'exigence » et d'unités mobiles et par la mise en place d'un programme pilote de traitement de substitution aux opiacés à la Méthadone.

Il s'agit de présenter un historique de la réduction des risques dans le domaine des drogues puis de donner un aperçu global des principaux programmes et stratégies visant à réduire les risques et/ou les dommages liés aux usages problématiques de drogues.

**Mots clés :** réduction des risques, drogues, addictions.

#### Abstract :

Harm reduction is an approach to addiction which supports people who engage in addictive behaviors and their communities by minimizing the negative impact of alcohol, drug and other addictive behaviors. As harm reduction strategies are controversial, information about harm reduction programs is not always easily available, but you can find it here.

In Morocco, adoption of a national strategy and implementation of a comprehensive system of risk reduction among injecting drug users are part of the national fight against drug abuse adopted by the Ministry of Health, including the establishment of a comprehensive system to reduce HIV risk among injecting drug users with the creation of fixed units "low threshold" and mobile units and the establishment of a program pilot treatment to opioid substitution methadone.

The objective of this paper is to present a history of risk reduction in the field of drugs and then give an overview of key programs and strategies to reduce risk and / or drug-related harm.

**Key words :** harm reduction, drugs, dependance.

**Tiré à part :** M. Sabir : Hôpital Arrazi, CHU Rabat- Salé. Maroc  
Email : maria.sabir@hotmail.com

## Introduction- Définitions

La réduction des risques liés aux addictions est une approche centrée sur la diminution des conséquences néfastes de l'usage des drogues plutôt que sur l'élimination de l'usage, en hiérarchisant ces problèmes et en s'adaptant à l'usager de drogues [6]. C'est aussi une démarche de santé collective visant, plutôt que l'élimination de l'usage des psychotropes (ou d'autres comportements à risque 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, leur entourage et la société, aux plans sanitaire, économique et social [10].

Elle se conçoit sur plusieurs distinctions qu'elle considère comme majeures [10,11]:

- Le degré de dangerosité des différents produits ;
- les différents usages : l'usage problématique n'entraîne pas les mêmes conséquences sanitaires et sociale que l'usage occasionnel ;
- les différents modes de consommation : l'injection n'induit pas les mêmes conséquences sanitaires et sociale que l'ingestion ou l'inhalation ;
- les différents contextes : l'usage de drogue dans un environnement stable n'induit pas les mêmes conséquences sanitaires et sociales que l'usage dans un environnement précaire.

Outre les messages de prévention et d'information, elle se base aussi sur différentes actions comme les programmes visant à l'échange des seringues, la mise en place de traitement de substitution, l'hébergement même temporaire, la mise en place de sites d'injection, la mise en place de groupes d'autosupport...etc.

Les résultats les plus visibles de la réduction des risques liés à la toxicomanie se mesurent principalement dans la réduction des décès par overdose et la baisse de transmission du VIH et de l'hépatite C mais au-delà des résultats visibles, il s'agit surtout d'une meilleure prise en charge sanitaire et sociale des toxicomanes [12].

## Historique

La réduction des risques dans le domaine des drogues est apparue comme une approche au cours de la décennie 1980, en raison de l'irruption du Sida dans le champ de la toxicomanie [7].

C'est l'apparition de celui-ci dans les années 1980 qui change la vision de ces politiques, d'abord en Europe où on dépiste plus rapidement le virus au sein des cohortes de toxicomanes. La réduction des risques apparaît d'abord aux Pays-Bas puis en Grande-Bretagne [4].

Les Pays-Bas sont à l'avant-garde du mouvement. Cette politique vise à reconnaître à la fois les usagers de drogues par la mise en place de structures adéquates mais aussi à reconnaître les nuisances qu'ils peuvent générer notamment auprès des riverains afin de les prévenir ou du moins de les modérer [4].

La Grande-Bretagne, quant à elle, suite à l'édiction des législations antidrogues à l'échelle internationale, adopte une stratégie moins répressive que les nord-américains à l'encontre des drogues dorénavant proscrites. Suite aux recommandations du Rolleston Committee, en 1926, ce pays maintient un système de prescription médicale de substances illicites pour les gens déjà toxicomanes. Tout médecin peut ainsi prescrire la drogue jugée nécessaire (morphine, héroïne, cocaïne et plus tard, amphétamines) dans le cadre de traitement à durée variable et parfois indéfinie. Au milieu de la décennie 1980, en raison de la conjonction de nouveaux facteurs dont l'apparition du sida, certaines villes développent des programmes d'échange de seringues et des campagnes d'information sur le sujet. En 1987, un rapport officiel met en avant la dangerosité du sida en avançant que le danger plus grand que la toxicomanie et en 1990 se tient à Liverpool la première conférence internationale sur réduction des risques liés à la toxicomanie [4].

En France, la politique de réduction des risques a été mise en place à partir de 1987 avec la mise en vente libre des seringues en pharmacie par décret du ministre de la santé. Ce dispositif a été complété par d'autres programmes

comme les programmes d'échange de seringues (à partir de 1989 sous l'impulsion de médecins du monde) ou les distributeurs automatiques de seringues (à partir de 2001) ou encore les stéribox (à partir de 1994), ou les programmes de substitution (à partir de 1994). Cette politique de réduction des risques a pour objet de prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose et les dommages sociaux liés à la toxicomanie et que ces structures relèvent du Code de l'action sociale et des familles [7,9].

Au Maroc, l'adoption d'une stratégie nationale et l'implantation d'un dispositif global de réduction des risques chez les usagers de drogues injectables font partie du programme national de lutte contre la toxicomanie adopté par le Ministère de la Santé. L'implantation d'un dispositif global pour la réduction des risques VIH chez les usagers de drogues injectables comprend la création d'unités fixes « bas seuil d'exigence » et d'unités mobiles et par la mise en place d'un programme pilote de traitement de substitution aux opiacés à la Méthadone. Ainsi, trois centres pilotes « méthadone » ont été mis en place dont deux résidentiels aux Centres Hospitaliers Universitaires Arrazi et Ibn Rochd et l'un ambulatoire à Tanger (Centre Hasnouna).

### Les risques liés à l'usage de drogues

Ces risques varient en fonction de la nature de la drogue utilisée, de sa voie d'ingestion, de l'importance et de la fréquence de l'usage. Ils sont également liés à la personnalité de l'utilisateur, à sa situation familiale, économique, sociale, ainsi qu'aux lois et valeurs culturelles de la société dans laquelle il évolue. Des facteurs biologiques et physiologiques individuels interviennent également [1].

#### • Les risques sanitaires :

Les risques sanitaires liés à l'usage de drogue concernent les décès par surdose, le risque d'hépatites /Sida chez les usagers de drogues par voie intraveineuse et les

complications psychiatriques (bouffées délirantes, troubles graves du comportement, états dépressifs, etc.).

#### • Les risques sociaux :

Les risques sociaux sont difficiles à évaluer, d'autant qu'ils interviennent également comme causes de la toxicomanie. Ces risques sont liés à l'absence d'activité professionnelle, l'absence de logement stable, une vie familiale chaotique, le placement des enfants, etc. [3]

#### • Les comportements à risque des usagers de drogues :

Les comportements à risque des usagers de drogues concernent les pratiques concernant l'usage des seringues (achat, partage, précautions prises), les pratiques sexuelles (nombre de partenaires, fréquence des relations sexuelles, achat et utilisation de préservatifs, prostitution).

#### • Pratiques de l'approche de réduction des risques liés à la toxicomanie :

Les pratiques de réduction des risques liés à la toxicomanie sont multiples et concernent des champs d'action divers.

#### • Matériel de consommation sécuritaire :

L'approvisionnement en seringues (distribution, échange, vente à faible coût, kit de désinfection) représente l'essence même de l'approche de réduction des risques. Pratique initiée à partir du milieu des années 1980 dans certains pays européens, elle est, à ce jour, implantée dans l'ensemble des pays développés, à l'exception des États-Unis.

Les équipes vont au-devant des usagers de drogues dans la rue, les squats, et les raves pour fournir du matériel stérile

et ainsi réduire les risques (hépatite, Sida,...) encourus par la consommation de drogues [8].

#### • **Traitements de substitution :**

Les traitements de substitution sont des modalités de traitement neurobiologique destinés aux sujets pharmacodépendants dont le principe repose sur l'administration d'une substance ayant une activité pharmacologique similaire à celle d'un psychotrope addictif. Ses objectifs sont de stabiliser la consommation de l'usager de drogues, voire de la diminuer ou de l'arrêter en prévenant les symptômes du sevrage ; cette stabilisation permettant à l'usager de retrouver un début d'insertion sociale et de suivi psychologique et social. Il s'agit souvent de traitement sur le long terme dont l'objectif est soit l'abstinence ou dans certain cas le traitement à vie [13].

Par ailleurs, des substances de substitution peuvent être utilisées comme adjuvants thérapeutiques ou produits de remplacement moins nocifs: la naltrexone dans la prise en charge de la dépendance à l'alcool et les dispositifs de substitution à la nicotine dans la prise en charge de la dépendance au tabac (gomme à mâcher, comprimés sublinguaux, les timbres, les inhalateurs de nicotine) [15].

#### • **Travail avec et par les usagers de drogues et l'entourage :**

Ce dernier concerne la prise de contact avec les usagers de drogues en milieu naturel, le travail de prévention sur le terrain par des pairs aidants, revendeurs et toxicomanes, la création de groupes d'autosupport, d'expression et de revendications...etc [3].

#### • **Information et éducation :**

Plusieurs types d'intervention du point de vue de l'information et de l'éducation peuvent être proposés à l'usager de drogues.

L'approche de prévention secondaire se fait auprès de consommateurs réguliers, tout particulièrement les UDI, visant une meilleure gestion des risques et des conséquences de l'usage [6].

L'approche de prévention primaire se fait, quant à elle, auprès de consommateurs occasionnels, et peut déboucher sur la proposition d'un modèle éducatif sur les drogues, à l'intention de populations plus larges [6].

#### • **Salles de consommation :**

Certains pays européens innovateurs dans le domaine de la réduction des risques ont expérimenté, dès la fin des années 1980, l'implantation de zones de tolérance, où les usagers peuvent consommer des drogues illicites afin de réduire les risques liés à la clandestinité [5].

Favorisés au départ, les «sites ouverts», en plein air, comme dans la ville de Zurich, ont maintenant disparu au profit de salles sanitaires ou salles d'injection, plus discrètes et décentralisées, couplées à d'autres ressources sanitaires et psychosociales [5].

#### • **Applications et modifications des lois :**

Des modalités d'application ou des modifications des lois pour les rendre moins rigides ont été expérimentées dans plusieurs pays: décriminalisation de fait de la possession de cannabis aux Pays-Bas, collaboration entre autorités policières et intervenants en santé publique en Grande-Bretagne et en Allemagne, déjudiciarisation de la possession de cannabis dans certains états australiens [2].

Aux Etats-Unis, la politique de criminalisation en matière de drogues demeure inflexible [2].

Au Maroc, la stratégie nationale en matière de lutte contre la drogue repose sur les quatre piliers suivants : l'interdiction, l'éradication, la coopération internationale, et la réduction de la demande. La loi marocaine prévoit une peine de prison maximale de 30 ans autorisée pour les délits de drogue, ainsi que des amendes pour les infractions des

drogues illégales. La peine de dix à quinze ans de prison reste la peine typique pour les grands trafiquants de drogue condamnés au Maroc.

### Conclusion

La politique de réduction des risques ne doit pas être réduite à la seule mise à disposition d'outils. Elle doit s'inscrire dans une logique de continuum avec les stratégies de prise en charge de la dépendance et proposer aux usagers de drogues l'accès à des projets thérapeutiques personnalisés et à un suivi médical et social. Elle doit, par

ailleurs, intégrer les spécificités individuelles et l'évolution des modes de consommation. Certaines populations, notamment les femmes, les mineurs et les personnes détenues devront faire l'objet de politiques spécifiques.

Les différents acteurs intervenant dans le domaine de la toxicomanie doivent être sensibilisés et formés dans le domaine de la réduction des risques.

De même, un travail en réseau est nécessaire en réunissant les compétences des équipes universitaires à l'expérience et au savoir-faire des acteurs de terrain, des associations et des représentants d'usagers.

## Références

- 1- Association française pour la réduction des risques. Actes des 3èmes rencontres nationales de la réduction des risques. Pantin : AFR, 2011, 56 p.
- 2- Barre MD. La répression de l'usage de produits illicites, état des lieux. Etudes et données, 2008, n°105, 78 p.
- 3- Bergeron H. Drug addiction: sociological aspects. In : International encyclopedia of the social and behavioral sciences. Elsevier, 2002.
- 4- Berridge V. Histories of harm reduction: illicit drugs, tobacco, and nicotine. *Subst Use Misuse* 1999, 34 : 35-47.
- 5- Bertrand B. Salles de consommation à moindre risque : le syndrome gaulois Swaps, 2009, n°56, pp. 11-13.
- 6- Brisson P. L'approche de réduction des méfaits. Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, Québec, 1997, 1-127.
- 7- Carrieri MP et coll. Harm reduction and control of HIV in IDUs in France. *Lancet* 2008, 372: 448.
- 8- Denning P et coll. Harm reduction tools and programs. In: *Addiction counseling review: preparing for comprehensive, certification and licensing examinations*, 2005, 487-509.
- 9- Emmanuelli J et coll. Harm reduction interventions, behaviours and associated health outcomes in France, 1996-2003. *Addiction* 2005, 100 : 1690-1700.
- 10- Institut national de la santé et de la recherche médicale. Expertise collective - Réduction des risques chez les usagers de drogues. Paris : INSERM, 2010, 573 p.
- 11- Jauffret M. La réduction des risques: enjeux autour d'une mobilisation collective. *MANA* 2000, 8: 161-188.
- 12- Jauffret M et coll. Impact of a harm reduction policy on HIV and HCV transmission among drug-users. Recent French Data. The ANRS-Coquelicot Study. *Substance Use and Misuse* 2006, 41 (10-12) : 1603-1622
- 13- Lert F. Méthadone, Subutex. Substitution ou traitement de la dépendance à l'héroïne. *Questions de santé publique*. In : *Drogues et médicaments psychotropes*. Paris, 1998, 63-100
- 14- Lert F et coll. Mission RDRs : prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST [synthèse]. Paris : 2009, 63 p.
- 15- Marlatt GA. *Harm reduction: pragmatic strategies for managing high-risk behaviours*. Guilford Press edition, New York, 1998.