

PRATIQUE CLINIQUE

Outils numériques et réduction des risques liés aux substances psychoactives : un levier clinique méconnu en soins primaires

Digital tools and harm reduction for psychoactive substance use: an underused clinical lever in primary care

Alexandre Delforge^{1,*}

¹ Chercheur en épidémiologie sociale des usages de drogues, Observatoire de Recherche en Épidémiologie Sociale (ORES), Paye Ta RdR, Hauts-de-France, France

* Correspondance : Alexandre Delforge, hub-rdr.org | paye.ta.rdr@gmail.com

Résumé

Les usages de substances psychoactives illicites, en particulier de stimulants (cocaïne, MDMA) et de kétamine, touchent désormais des populations socialement insérées qui consultent peu les structures spécialisées mais fréquentent les soins primaires pour des motifs souvent indirects. Face à cet angle mort clinique, des outils numériques de réduction des risques (RdR) ont été développés par l'association Paye Ta RdR : une application d'auto-suivi des consommations (Le SAC) et des modules d'aide à la décision en situation de consommation. S'appuyant sur les bases théoriques de l'évaluation écologique momentané (5) et sur les données de la littérature internationale, cet article propose un cadre d'intégration pratique de ces outils en soins primaires. Un corpus de témoignages écrits (n = 21 : 13 usagers, 8 professionnels), complété par des signaux informels recueillis auprès d'une cinquantaine d'usagers, d'une quinzaine de professionnels et de 8 retours post-webinaire, permet d'identifier cinq thèmes récurrents : prise de conscience des patterns de consommation, modification de la dynamique de l'entretien clinique, adhésion prolongée à l'outil, confiance liée à la souveraineté des données, et utilité pour les publics non-demandeurs de soins. Ces observations préliminaires ne se substituent pas à une évaluation formalisée, actuellement en cours. Ces outils, gratuits et conformes au RGPD, s'inscrivent dans la politique nationale de réduction des risques et méritent d'être diffusés au-delà des structures spécialisées.

Mots clés : réduction des risques ; outils numériques ; soins primaires ; addictologie ; auto-monitoring ; cocaïne ; kétamine ; évaluation écologique momentané

Abstract

Illicit psychoactive substance use, particularly stimulants (cocaine, MDMA) and ketamine, now affects socially integrated populations who rarely access specialist services but present to primary care for indirect reasons. Facing this clinical blind spot, the association Paye Ta RdR developed digital harm reduction tools: a substance use self-monitoring application (Le SAC) and decision-support modules for use during consumption. Drawing on the theoretical basis of ecological momentary assessment (EMA) and international evidence, this article proposes a practical framework for integrating these tools into primary care. Professional feedback suggests favorable changes in clinical dynamics, though formal data remain to be collected. Free and GDPR-compliant, these tools align with the French national harm reduction policy and warrant wider dissemination beyond specialist settings.

Key words : harm reduction ; digital tools ; primary care ; addictology ; self-monitoring ; cocaine ; ketamine ; ecological momentary assessment

1. UN ANGLE MORT CLINIQUE EN SOINS PRIMAIRES

L'épidémiologie des usages de substances psychoactives a profondément évolué au cours des trente dernières années. La représentation du consommateur précaire et marginalisé est cliniquement trompeuse : l'OFDT documente depuis 2010 une progression régulière des usages de cocaïne, dont la prévalence au cours des douze derniers mois dans la population adulte (18-64 ans) est passée de 0,3 % en 1992 à 2,7 % en 2023, soit une multiplication par neuf en trois décennies (1).

Cette évolution s'accompagne d'une diversification des contextes d'usage vers les milieux professionnels, académiques et récréatifs de masse.

Ces usagers (récréatifs occasionnels, consommateurs réguliers du week-end ou usagers fonctionnels) partagent une caractéristique essentielle : ils consultent rarement en CSAPA ou en CAARUD. Ils consultent leur médecin généraliste pour une fatigue inexpliquée, leur pharmacien pour des troubles du sommeil, leur infirmière libérale pour une anxiété chronique. Le lien avec la consommation n'est pas établi, ni par eux, ni par le professionnel de soin qui les reçoit.

Cet espace, entre une consommation réelle et non déclarée et un suivi addictologique formalisé, représente la

zone la plus fréquente de présentation en soins primaires, et la moins outillée. C'est ce que nous désignons comme l'angle mort clinique de la réduction des risques (RdR). C'est là que les outils numériques développés par l'association Paye Ta RdR trouvent leur utilité maximale.

Cet article propose une analyse narrative et un retour d'expérience clinique visant à décrire ces outils, leur cadre théorique, et les modalités pratiques de leur intégration en soins primaires. Il ne s'agit pas d'une étude interventionnelle ni d'un essai contrôlé. Plus précisément, les objectifs sont : (i) caractériser une catégorie d'outils numériques de réduction des risques encore peu documentée en addictologie de soins primaires — l'auto-monitoring à stockage local — à partir de l'exemple de l'application Le SAC ; (ii) en discuter les fondements théoriques au regard de la littérature sur l'évaluation écologique momentanée et la prévention de la rechute ; (iii) proposer un cadre clinique d'intégration de ce type d'outil en consultation de premier recours ; et (iv) documenter les premières observations d'usage et identifier les questions de recherche restant ouvertes.

Point de pratique : *La plupart des usagers de substances à risque consultent en soins primaires pour des motifs indirects. L'enjeu n'est pas de les orienter vers une structure spécialisée, mais d'outiller les professionnels pour intervenir là où ces usagers se trouvent déjà.*

2. DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES : DES POPULATIONS SOUS LE RADAR CLINIQUE

Selon les données OFDT 2023, 2,7 % des adultes de 18 à 64 ans ont consommé de la cocaïne au cours des douze derniers mois, contre 1,6 % en 2017 (1). En 2023, on estimait à 1,1 million le nombre d'usagers de cocaïne dans l'année parmi les 11-75 ans (2). Ces chiffres témoignent d'un phénomène de banalisation documenté par les enquêtes de représentations : la dangerosité perçue de la cocaïne diminue, et une part croissante des usagers la décrivent comme compatible avec une vie ordinaire.

Sur le plan clinique, les complications liées à la cocaïne sont directes et dose-dépendantes : risque cardiovasculaire accru (infarctus du myocarde, arythmies ventriculaires, AVC ischémique, y compris chez des sujets jeunes sans facteur de risque connu), troubles neuropsychiatriques (anxiété chronique, insomnie, dépression post-consommation) et complications cognitives à moyen terme. Ces tableaux s'installent progressivement, souvent avant que le patient n'établisse spontanément le lien avec sa consommation.

La kétamine, dont les admissions pour intoxication aiguë ont fortement progressé depuis 2015 selon les données du dispositif TREND de l'OFDT (1), illustre un autre profil de risque. Relativement bien tolérée à court terme dans les perceptions populaires, elle expose à une complication sévère et irréversible à un stade avancé, la cystopathie kétaminique, dont le repérage précoce conditionne le pronostic. Elle est quasi exclusivement diagnostiquée au stade des complications chroniques, soit plusieurs années après le début d'une consommation régulière.

La polyconsommation constitue le risque le plus systématiquement sous-évalué. L'association cocaïne-alcool produit du cocaéthylène, métabolite plus cardiotoxique que la cocaïne seule. L'association kétamine-dépresseurs du système nerveux central (alcool, benzodiazépines, opioïdes) expose à une dépression respiratoire potentiellement fatale. Ces interactions sont rarement connues des usagers et peu intégrées dans les pratiques de premiers recours.

3. FONDEMENTS THÉORIQUES DE L'AUTO-MONITORING EN ADDICTOLOGIE

3.1. L'Ecological Momentary Assessment (EMA)

L'auto-monitoring des comportements de santé est une approche validée depuis plusieurs décennies (3, 4). L'EMA, systématisé pour les conduites addictives par Shiffman (5), consiste à collecter des données comportementales en temps réel dans le contexte naturel de vie. Contrairement aux auto-rapports rétrospectifs, soumis aux biais mnésiques et aux effets de désirabilité sociale, l'enregistrement au moment de la consommation fournit des données contextualisées et cliniquement exploitables : produit consommé, quantité, humeur associée, contexte social, niveau de stress. Shiffman décrit cette approche comme analogue à un "film" documentant les dynamiques comportementales, là où les méthodes rétrospectives n'en capturent qu'un instantané statique.

3.2. Réactivité à l'auto-monitoring et prévention de la rechute

L'auto-monitoring produit un effet dit de "réactivité" : le simple fait d'enregistrer ses comportements modifie la perception subjective qu'on en a et active des processus d'autorégulation spontanés. Hendershot et collaborateurs (6), dans leur revue du modèle cognitivo-comportemental de prévention de la rechute, soulignent que l'identification des déclencheurs contextuels, précisément rendue possible par l'EMA,

constitue un prérequis au changement comportemental durable. Ils distinguent les facteurs toniques (stables, comme les traits de personnalité ou la vulnérabilité neurobiologique) des facteurs phasiques (transitoires, comme l'humeur ou les cues environnementaux) ; l'auto-monitoring agit principalement sur ces derniers en les rendant visibles et donc modulables.

La littérature internationale confirme l'efficacité des interventions numériques sur les consommations, avec des nuances importantes selon les substances et le type d'intervention. La méta-analyse de Boumparis et collaborateurs (7), portant sur 17 essais contrôlés randomisés ($n = 2\,836$ adultes usagers de substances illicites), observe un effet global significatif ($g = 0,31$; IC95 0,23-0,39 ; $P < 0,001$) sur l'ensemble des substances. Par substance : effets significatifs pour les opioïdes (4 études, $n = 606$, $g = 0,36$; IC95 0,20-0,53 ; $P < 0,001$). En revanche, l'effet pour les stimulants, cocaïne et amphétamines, est faible et non significatif (4 études, $n = 481$, $P = 0,164$). Cette absence d'effet détecté pour les interventions numériques à visée thérapeutique directe sur les stimulants renforce précisément l'intérêt d'une approche complémentaire par la RdR et l'auto-monitoring non normatif.

Pour l'alcool, Riper et collaborateurs (8), dans une méta-analyse sur données individuelles portant sur 19 ECR ($n = 14\,198$), démontrent une réduction significative des consommations de 5,02 unités standard hebdomadaires (IC95 -7,57 à -2,48 ; $P < 0,001$) et un odds ratio de réponse au traitement de 2,20 (IC95 1,63-2,95 ; $P < 0,001$; NNT = 4,15). La méta-analyse conventionnelle incluse dans ce même travail (24 ECR) confirme un effet standardisé significatif ($g = 0,26$; IC95 0,17-0,34 ; $P < 0,001$).

3.3. Sentiment d'auto-efficacité et adhésion au changement

Bandura (9) a établi que la conviction de sa propre capacité à modifier un comportement constitue le prédicteur le plus robuste du changement effectif. L'auto-monitoring renforce cette auto-efficacité en rendant visibles les progrès, en révélant les déclencheurs environnementaux et en donnant à l'utilisateur un rôle actif dans la gestion de ses propres comportements. Reconnaître l'utilisateur comme acteur compétent de sa propre santé n'est pas une concession : c'est une condition de l'efficacité clinique.

Ces fondements bénéficient d'une reconnaissance institutionnelle croissante : l'OMS (2019) recommande l'intégration d'outils numériques dans les interventions en addictologie (10), l'EMCDDA les identifie comme réponse prioritaire dans son rapport 2023 (11), et le NICE préconise les interventions psychosociales pour les troubles liés aux substances depuis 2007 (12). L'analyse de contenu de Tofighi et collaborateurs (13), portant sur 904 applications disponibles dans les stores commerciaux, identifie les fonctionnalités clés associées à une meilleure adéquation clinique, et documente l'absence quasi-totale d'intégration d'interventions fondées sur les données probantes dans l'offre commerciale disponible.

Le SAC se distingue de cette offre commerciale sur plusieurs points structurants. Là où la quasi-totalité des applications analysées par Tofighi et collaborateurs (13) ne proposent pas d'interventions fondées sur les données probantes, Le SAC s'appuie explicitement sur les principes de l'EMA et du modèle de prévention de la rechute. Sa singularité principale réside dans son architecture de stockage : les données restent exclusivement sur le terminal de l'utilisateur, sans synchronisation serveur, ce qui répond à une contrainte éthique et légale spécifique aux substances illicites. Enfin, sa posture est explicitement non normative (l'outil ne fixe pas d'objectif d'abstinence ou de réduction), ce qui le distingue de la majorité des applications à visée thérapeutique directe et l'inscrit dans une logique de réduction des risques au sens strict.

4. DESCRIPTION DES OUTILS DÉVELOPPÉS PAR LE DISPOSITIF PAYE TA RDR

4.1. L'application "Le SAC" : Suivi Autonome des Consommations

Le SAC (Suivi Autonome des Consommations) est une application mobile développée par le dispositif Paye Ta RdR permettant à l'utilisateur d'enregistrer ses consommations en temps réel, dans un environnement sécurisé et sans transmission de données externes. Les fonctionnalités principales incluent un enregistrement multidimensionnel (produit, quantité, humeur, contexte social, niveau de stress, qualité du sommeil, polyconsommations associées), une visualisation graphique longitudinale avec corrélations croisées (humeur $\times$ fréquence de consommation, stress $\times$ quantité) et une fonction d'export PDF structuré, exploitable en consultation médicale. Quatre captures d'écran illustrant les principales fonctionnalités de l'application (déverrouillage par code secret, écran d'accueil avec compteur de sobriété et historique sur 7 jours, visualisation longitudinale des humeurs et des produits et vue calendrier mensuelle) sont présentées en Figure 1 à Figure 4 ci-dessous.

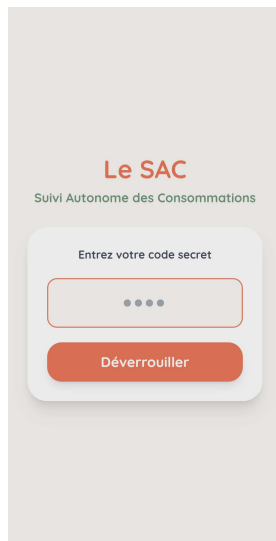


Figure 1. Écran de déverrouillage par code secret. Le stockage des données est strictement local : leur accès est conditionné à la saisie d'un code confidentiel choisi par l'utilisateur, sans transmission externe.



Figure 2. Écran d'accueil. Compteur de sobriété en jours, histogramme des consommations des 7 derniers jours croisé avec l'humeur moyenne, accès aux derniers moments enregistrés.



Figure 3. Visualisations longitudinales (vue « Statistiques »). Répartition des humeurs (diagramme en anneau) et des produits consommés (diagramme circulaire) sur la période sélectionnée.

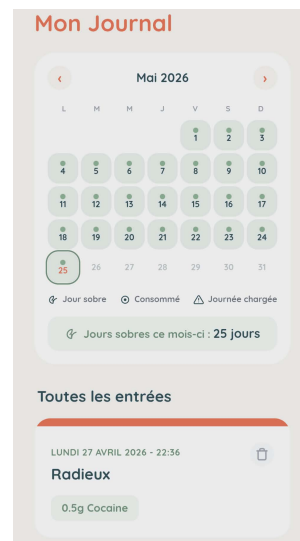


Figure 4. Vue calendrier mensuelle (« Mon Journal »). Représentation jour par jour des consommations, mise en évidence des jours sobres, consommés ou « chargés ».

L'architecture de sécurité répond à une exigence éthique centrale : les données de consommation de substances illicites sont particulièrement sensibles. Le stockage est strictement local, sans connexion à un serveur, avec code PIN et effacement immédiat possible. La conformité RGPD est intégrée par conception. L'utilisateur conserve une souveraineté totale sur ses données, ce qui constitue une condition nécessaire à l'adhésion pour des pratiques soumises à sanction pénale.

4.2. Les modules d'aide à la décision en situation de consommation

Complémentaires au SAC, des applications "modules" interviennent au moment de la consommation avec une visée de prévention des accidents aigus. Ils comprennent des minuteurs de reprise, limitant les reprises trop rapprochées pour réduire le risque de surdosage cumulatif, des rappels d'hydratation et de pauses en contexte festif, des checklists de sécurité pré-consommation (présence d'un accompagnant, test du produit, estimation de la dose, connaissance des signes d'urgence) et une base de données sur les interactions médicamenteuses et les signes précurseurs de surdosage. Ces outils ne promeuvent pas l'usage. Ils réduisent les dommages immédiats et préservent la capacité de décision éclairée de l'utilisateur en situation active de consommation : ce qui correspond à la définition légale et opérationnelle de la RdR en France (article L. 3411-8 du code de la santé publique ; décret n° 2005-347 du 14 avril 2005).

4.3. Modules de formation et ressources pour professionnels

L'ensemble des modules de formation développés par Paye Ta RdR est accessible gratuitement sur la

plateforme Hub RdR (hub-rdr.org/#/campus). Ces ressources couvrent la pharmacologie de base, les voies d'administration, les opioïdes et traitements de substitution, les médicaments détournés, l'alcool, les amphétamines, le GHB/GBL, les poppers, des modules de réflexion sur la posture professionnelle à adopter, et les conduites à tenir en situation d'urgence. Elles sont conçues pour les professionnels de premiers recours sans formation initiale spécifique en addictologie. Leur utilisation dans des webinaires de formation destinés aux médecins généralistes, infirmiers et pharmaciens est en cours de déploiement.

5. RETOURS D'USAGE : OBSERVATIONS PRÉLIMINAIRES

Depuis sa mise à disposition en décembre 2024, l'application Le SAC a fait l'objet de 2 224 téléchargements au jour de la rédaction de cet article (mai 2026), via la plateforme hub-rdr.org (versions Android et iOS) ainsi que l'App Store (iOS uniquement). L'architecture de stockage strictement local décrite en section 4.1, qui exclut par conception toute télémétrie embarquée, implique qu'aucune mesure d'usage individuel (fréquence d'utilisation, persistance de l'installation, taux de rétention) n'est techniquement disponible : limite assumée et indissociable de la garantie de confidentialité offerte aux usagers.

Les observations rassemblées depuis le déploiement du SAC s'appuient sur deux niveaux de recueil. Un premier niveau correspond aux signaux informels recueillis auprès d'une cinquantaine d'usagers et d'une quinzaine de professionnels du secteur médico-social (CSAPA, CAARUD, médecins généralistes, infirmiers, pharmacien, assistant social) dans le cadre d'échanges spontanés non protocolisés. Un second niveau correspond à un corpus de témoignages écrits transmis à l'association (n = 21 : 13 usagers, 8 professionnels), qui a fait l'objet d'une analyse thématique inductive et constitue la base du Tableau 1. En complément, 8 retours de professionnels de soins primaires ont été recueillis à l'issue d'un webinaire de formation animé par l'auteur à destination des médecins généralistes et infirmiers des Hauts-de-France, sous forme de questions et commentaires écrits à chaud. Ces trois corpus sont distincts et présentés séparément.

L'analyse inductive du corpus de témoignages écrits (n = 21) fait émerger cinq thèmes récurrents, présentés dans le Tableau 1. Plusieurs témoignages contribuent à plus d'un thème simultanément. Les retours post-webinaire (n = 8 professionnels) confirment les thèmes 2 et 5, et font émerger deux préoccupations pratiques non anticipées : la formulation de la proposition à un patient connu de longue date avec qui les consommations n'ont jamais été abordées, et le risque de visualisation déstabilisante si le rapport s'avère plus lourd que prévu — ce qui renforce la recommandation de lecture partagée en consultation développée en section 6.

Thème	n	Profil des répondants	Signal illustratif (verbatim anonymisé)
T1. Prise de conscience des patterns de consommation	8	Usagers (n = 8)	<i>"Des liens entre certains contextes et certaines prises que j'aurais jamais mis en mots tout seul."</i>
T2. Modification de la dynamique de l'entretien clinique	7	Mixte : usagers (n = 3), professionnels (n = 4)	<i>"C'était la première fois qu'on parlait vraiment de ce qui se passait." (infirmière)</i>
T3. Adhésion prolongée à l'outil	5	Usagers (n = 5)	<i>"C'est la seule [application] que j'utilise encore. Trente secondes le soir, c'est tout ce que ça coûte."</i>
T4. Confiance liée à la souveraineté des données	4	Usagers (n = 4)	<i>"Savoir que j'ai cette option m'a permis d'être honnête dans mes entrées, ce que j'aurais pas fait autrement."</i>
T5. Utilité pour les publics non-demandeurs de soins	5	Mixte : usagers (n = 2), professionnels (n = 3)	<i>"Je pouvais pas non plus rien dire. Là j'ai quelque chose à mettre entre les mains." (médecin généraliste)</i>

Tableau 1. Synthèse thématique des observations préliminaires (corpus de 21 témoignages usagers et professionnels)

Ces éléments ne constituent pas des données au sens méthodologique du terme et sont soumis aux biais habituels de ce type de recueil : sélection des professionnels et usagers les plus engagés, absence de groupe témoin, risque de biais de confirmation. Ils sont présentés ici à titre d'observations préliminaires, dans l'attente d'une formalisation en cours.

Exemples de situations cliniques rapportées : *Situation 1. Un intervenant en CAARUD propose Le SAC à un usager qui minimise sa consommation de cocaïne lors des entretiens. L'outil est installé, rien ne se passe. Un mois plus tard, l'usager revient et signale qu'il a arrêté de renseigner l'application, "parce que ça me faisait bizarre de voir tout ce que je dois noter, genre ça fait beaucoup, en fait". Il n'a pas produit de données exploitables. Il a produit quelque chose de plus intéressant : une prise de conscience non sollicitée, sans injonction thérapeutique. C'est ce moment-là que l'intervenant identifie comme le début du travail réel.*

Situation 2. Un usager de MDMA en contexte festif récurrent propose lui-même à son partenaire de lui montrer l'application pour démontrer qu'il "gère". En déroulant l'historique ensemble, les données enregistrées ne correspondent pas à ce qu'il décrivait. Il ne conteste pas les chiffres : c'est lui qui les a saisis. Cette confrontation à sa propre trace, initiée dans un registre défensif, ouvre une discussion que plusieurs entretiens antérieurs n'avaient pas permis d'amorcer.

Ces retours documentent également les limites d'usage : la fracture numérique exclut les publics les plus précaires, et la proposition doit rester optionnelle pour ne pas constituer une injonction supplémentaire. Ces limites structurent les recommandations pratiques présentées dans la section suivante. Une formalisation de ces observations dans le cadre d'une étude observationnelle est en cours de construction. Les données seront soumises à publication dans une revue à comité de lecture dès que le corpus répondra aux exigences méthodologiques requises.

Ces observations préliminaires s'articulent avec les fondements théoriques développés en section 3. Le thème 1 (prise de conscience des patterns de consommation) illustre l'effet de réactivité à l'auto-monitoring décrit par Shiffman (5), et mobilise le mécanisme d'identification des facteurs phasiques mis en évidence par Hendershot et collaborateurs (6) : c'est précisément parce que l'enregistrement se fait au moment de la consommation que les déclencheurs contextuels deviennent visibles. Le thème 2 (modification de la dynamique de l'entretien clinique) rejoint les données de Bandura (9) sur le rôle de l'auto-efficacité : la consultation partagée du rapport déplace la position de l'usager de sujet évalué à acteur observateur de ses propres comportements, ce qui constitue une condition reconnue de l'engagement thérapeutique. Le thème 4 (confiance liée à la souveraineté des données) constitue un signal spécifique au contexte des substances illicites, absent des méta-analyses portant sur l'alcool (Riper, 8) ou les opioïdes (Boumparis, 7) où la question de la confidentialité des données ne se pose pas dans les mêmes termes légaux : ce thème mérite une attention particulière dans les études formalisées en cours. Le thème 5 (utilité pour les publics non-demandeurs de soins) confirme empiriquement la pertinence du cadre proposé en section 1 : c'est bien dans l'espace entre consommation réelle et suivi addictologique formalisé que ces outils trouvent leur utilité première, là où les interventions numériques à visée thérapeutique directe ne montrent pas d'effet significatif sur les stimulants (Boumparis, 7).

6. INTÉGRATION PRATIQUE EN SOINS PRIMAIRES : UN CADRE EN QUATRE TEMPS

L'efficacité de ces outils dépend en grande partie de la façon dont le professionnel de santé les propose. Nous décrivons ci-après un cadre opérationnel articulé en quatre étapes.

6.1. Repérage : créer l'espace pour que la question soit possible

La question des consommations doit être posée de façon systématique, avec des formulations ouvertes et non stigmatisantes. L'attention portée aux symptômes indirects (fatigue inexplicquée, anxiété persistante, troubles du sommeil, variations inexplicquées de tension artérielle) doit orienter vers cette question. L'objectif n'est pas de détecter un comportement problématique, mais de créer un espace où la déclaration devient possible.

6.2. Proposition : offrir sans imposer

L'outil se propose, il ne se prescrit pas. Une formulation du type "il existe une application qui permet de suivre ses consommations, les données restent uniquement sur votre téléphone, personne d'autre n'y a accès" préserve l'autonomie de l'usager. Le refus doit être respecté sans insistance. L'approche non normative est documentée comme l'un des prédicteurs les plus robustes de l'engagement thérapeutique en addictologie.

Encadré pratique : Introduire Le SAC en consultation en 3 phrases « Il existe une application gratuite qui permet de consigner simplement ses consommations au quotidien, directement sur le téléphone. Les données sont stockées localement et restent strictement confidentielles, accessibles uniquement par le patient. C'est un outil facultatif, que je peux vous présenter rapidement si vous souhaitez voir comment l'utiliser. »

6.3. Suivi : intégrer les données dans la consultation suivante

Si le patient a utilisé l'outil, proposer de regarder le rapport ensemble. Cette lecture partagée devient un support structurant : identification des patterns de consommation, questions ouvertes sur les contextes déclencheurs, visualisation des corrélations humeur-consommation. C'est le passage de l'outil à l'intervention clinique proprement dite.

6.4. Orientation : savoir passer la main

Lorsque les données révèlent une dépendance installée, des complications sévères ou une souffrance associée,

l'orientation vers une structure spécialisée (CSAPA, CAARUD, psychiatrie addictologique) s'impose. L'outil de suivi peut accompagner cette orientation en constituant un dossier factuel pour la prise en charge spécialisée. Une note spécifique s'adresse aux pharmaciens d'officine : l'officine constitue souvent le seul point de contact régulier avec des usagers qui ne consultent pas en cabinet médical. La délivrance de naloxone ou de matériel de RdR constitue une opportunité naturelle pour mentionner ces outils dans un cadre non stigmatisant.

7. LIMITES ET PRÉCAUTIONS D'USAGE

Absence de données formalisées sur l'efficacité : les retours recueillis sont qualitatifs et non protocolisés. Des données quantitatives comparatives font défaut et sont en cours de collecte. Cet article relève d'une démarche de partage d'expérience, non d'une étude interventionnelle.

Pour clarifier le positionnement épistémique de cet article : la faisabilité de ces outils (leur capacité à être déployés et utilisés en contexte réel) est confirmée par les retours de terrain. Leur acceptabilité (la disposition des usagers et professionnels à les adopter) est également documentée par ces mêmes retours. En revanche, leur efficacité clinique (leur capacité à réduire les consommations ou à améliorer les indicateurs de santé) n'est pas démontrée à ce stade et constitue précisément l'objet des travaux en cours.

Fracture numérique : ces outils supposent un accès au smartphone et une maîtrise numérique minimale. Ils complètent une offre diversifiée et ne se substituent pas aux interventions directes, au travail de rue ou aux approches de bas seuil.

Risque d'auto-culpabilisation : la visualisation objective des données peut renforcer la honte chez des usagers fragilisés. L'outil doit être proposé dans un cadre bienveillant, à des usagers en capacité de l'utiliser sans souffrir de cette possibilité, et la lecture des données intégrée dans une discussion non normative.

Absence d'effet prouvé des interventions numériques thérapeutiques sur les stimulants : la littérature disponible ne documente pas d'efficacité de ces interventions sur la réduction des consommations de cocaïne spécifiquement (Boumparis 2017, $P = 0,164$ pour les stimulants) (7). L'approche proposée ici, auto-monitoring et RdR, repose sur une logique différente des interventions thérapeutiques directes ; ses effets propres restent à évaluer formellement.

L'outil complète la relation clinique mais ne la remplace pas : l'adhésion requiert une proposition bienveillante et optionnelle. Aucun outil numérique ne se substitue à la qualité de l'alliance thérapeutique.

8. CONCLUSION

Les professionnels de premiers recours sont confrontés quotidiennement à des usages de substances que leur formation initiale ne les a pas préparés à aborder. Face à ce déficit, les modules gratuits disponibles sur Hub RdR constituent une ressource complémentaire. Les outils numériques présentés ici n'ambitionnent pas de traiter l'addiction : ils ouvrent une porte supplémentaire vers une discussion et une relation saine et adaptée, là où le silence prévalait.

La hausse documentée de la consommation de cocaïne en France (1, 2), la banalisation perçue du produit et l'absence d'effet démontré des interventions numériques à visée thérapeutique directe sur les stimulants (7) justifient précisément le déploiement d'approches de RdR hors des structures spécialisées. L'auto-monitoring non normatif, respectueux de la souveraineté de l'utilisateur sur ses données, représente une entrée clinique à bas seuil dont la faisabilité est confirmée par les retours de terrain.

Des études observationnelles formalisées sont nécessaires pour documenter l'efficacité réelle de ces outils. Leur développement est en cours. En attendant ces données, leur diffusion repose sur une logique de cohérence avec les fondements validés de l'EMA et avec la politique nationale de RdR. Les outils décrits dans cet article sont accessibles gratuitement sur hub-rdr.org. Les professionnels souhaitant y contribuer ou formaliser des retours d'usage peuvent contacter l'association.

Sources de financement : Aucun financement extérieur.

Déclaration de liens d'intérêts : L'auteur est président et chef de projet de l'association Paye Ta RdR, qui développe les outils décrits dans cet article. Les outils sont gratuits, libres d'accès et sans modèle commercial. Aucun financement externe n'a été reçu pour la réalisation de cet article.

RÉFÉRENCES

1. Spilka S, Le Nézet O, Janssen E, Brissot A, Philippon A, Eroukmanoff V. Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2023. Tendances n° 164. Paris : OFDT ; juin 2024. [ISSN 2272-9739]
2. OFDT. Drogues et addictions, chiffres clés 2025. Paris : OFDT ; janvier 2025. Disponible sur :

- <https://www.ofdt.fr/publication/2025/drogues-et-addictions-chiffres-cles-2025-2474>
3. Kanfer FH. Self-monitoring: methodological limitations and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1970;35(2):148-152. doi:10.1037/h0030087
 4. Korotitsch WJ, Nelson-Gray RO. An overview of self-monitoring research in assessment and treatment. *Psychological Assessment*. 1999;11(4):415-425. doi:10.1037/1040-3590.11.4.415
 5. Shiffman S. Ecological momentary assessment (EMA) in studies of substance use. *Psychological Assessment*. 2009;21(4):486-497. doi:10.1037/a0017074. PMID: 19719634
 6. Hendershot CS, Witkiewitz K, George WH, Marlatt GA. Relapse prevention for addictive behaviors. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. 2011;6:17. doi:10.1186/1747-597X-6-17. PMID: 21771314
 7. Boumparis N, Karyotaki E, Schaub MP, Cuijpers P, Riper H. Internet interventions for adult illicit substance users: a meta-analysis. *Addiction*. 2017;112(9):1521-1532. doi:10.1111/add.13819. PMID: 28295758
 8. Riper H, Hoogendoorn A, Cuijpers P, et al. Effectiveness and treatment moderators of internet interventions for adult problem drinking: an individual patient data meta-analysis of 19 randomised controlled trials. *PLoS Medicine*. 2018;15(12):e1002714. doi:10.1371/journal.pmed.1002714. PMID: 30562347
 9. Bandura A. *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman; 1997. ISBN: 978-0716728504
 10. Organisation mondiale de la santé. *Recommandations de l'OMS sur les interventions de santé numérique pour le renforcement des systèmes de santé*. Genève : OMS ; 2019. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311941>
 11. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). *European Drug Report 2023: Trends and Developments*. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2023. doi:10.2810/161905. ISBN: 978-92-9497-865-3
 12. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Drug misuse in over 16s: psychosocial interventions*. Clinical Guideline CG51. London: NICE; July 2007. Disponible sur : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg51>
 13. Tofighi B, Chemi C, Ruiz-Valcarcel J, Hein P, Hu L. Smartphone apps targeting alcohol and illicit substance use: systematic search in commercial app stores and critical content analysis. *JMIR mHealth and uHealth*. 2019;7(4):e11831. doi:10.2196/11831. PMID: 31008713