

Journée CAARUD 10 ans

ACTES DE LA JOURNÉE CAARUD 10 ANS

15 JANVIER 2015

Prévus par la loi de santé du 9 août 2004, les CAARUD ont vu leurs missions précisées en 2005 par le décret 1606 du 19 décembre. Ces missions sont dirigées vers des publics souvent fragiles et dont les besoins évoluent, demandant une adaptation des réponses.

Dix ans après cette étape décisive dans la politique française de réduction des risques (RDR), la journée « CAARUD 10 ans » du 15 janvier 2015 se proposait de faire le point sur les expériences et les acquis du dispositif, de présenter des réalisations novatrices, avant d'examiner les nouveaux enjeux et défis des CAARUD.

La journée a été organisée au Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes par la Direction générale de la santé et l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies, avec le soutien de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives.

En complément de ces actes, les présentations des intervenants sont disponibles sur le site dédié :

<http://www.caarud-10ans.fr>



SOMMAIRE

Ouverture de la journée	2
Aux origines de la réduction des risques et des CAARUD	6
Les publics des CAARUD aujourd'hui	14
Quelles missions pour les CAARUD ? Focus sur les missions : « accueil personnalisé » et « aller à la rencontre des usagers »	20
Des outils pour les CAARUD	26
CAARUD : nouveaux enjeux, nouveaux défis	36
Conclusion des échanges de la journée et perspectives de travail par la Direction générale de la santé	46
Liste des sigles	48



OUVERTURE DE LA JOURNÉE



Benoît VALLET
Directeur général de la santé

Bonjour à tous. Je suis heureux de vous accueillir dans cet amphithéâtre du ministère de la Santé. Cette journée, à l'évidence, rencontre les faveurs du public. C'est une belle manière d'honorer ce dixième anniversaire des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD), qui ont été créés par un décret de 2005 en application de la loi de santé publique de 2004. Aujourd'hui, pas moins de 145 de ces structures sont réparties sur le territoire national.

Les autorités sanitaires ont mis en place ces CAARUD, parfois en transformant des structures de réduction des risques qui existaient déjà ou par des créations. Ce processus se poursuit encore et il est très largement dû aux associations et aux établissements de santé qui sont gestionnaires de ces CAARUD. Il convient également de saluer les Agences régionales de santé, qui accompagnent d'une manière très fortes ces structures. Les CAARUD sont désormais reconnus et autorisés comme des établissements médico-sociaux et ils bénéficient à ce titre d'un financement pérenne par l'Assurance maladie.

Ils sont dotés de missions obligatoires en termes d'accueil, d'accès aux soins, d'accès aux droits sociaux, dans le cadre des contacts avec les usagers dans leur lieu de vie, la diffusion de matériels de prévention, et également des missions en termes de médiation sociale. Ces missions sont dirigées vers des publics souvent fragiles et dont les besoins évoluent, demandant en permanence une adaptation des réponses.

La mission d'accueil est particulièrement importante et cruciale car elle conditionne la mise en œuvre des autres missions, et c'est elle qui caractérise le mieux le rôle très spécifique des CAARUD.

Ce dixième anniversaire est le moment d'esquisser un bilan, de tracer des perspectives et de regarder quelles caractéristiques précieuses ce dispositif présente, notamment sa qualité toute particulière de clinique de la rencontre, son implication dans « l'aller vers » et son travail en concertation avec des pharmaciens d'officine et le milieu festif. Toutes ces questions seront abordées aujourd'hui.

L'objectif de la journée est de valoriser le foisonnement d'initiatives de ces structures et de construire, autour de la réduction des risques, tout un élément de réflexion et de programme. La réduction des risques doit aujourd'hui être renforcée et la loi de santé, proposée par Madame Marisol Touraine, qui sera discutée au Parlement à compter de la fin mars, renforcera et précisera ce qu'est la place de la réduction des risques, avec notamment une disposition sur sa mise en œuvre en milieu carcéral. Ce projet de loi comprend également l'expérimentation des salles de consommation à moindre risque.

Les CAARUD sont confrontés à deux enjeux. Le premier est l'accessibilité pour l'ensemble du territoire. Il s'agit de faire en sorte que géographiquement, la couverture soit la plus large possible et qu'il n'y ait pas de différences entre les zones où les professionnels de la réduction des risques peuvent travailler. Le second enjeu est l'adaptation. En effet, les pratiques de consommation des substances psychoactives évoluent très vite. Il est très important que ces établissements sachent s'adapter. La réduction des risques représente une partie tout à fait essentielle du parcours de vie et de soins des personnes dépendant des substances psychoactives. L'objectif de cette journée est de dépeindre l'ensemble de ce paysage. Je vous remercie.

Danièle JOURDAIN-MENNINGER

Présidente de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca)

Bonjour à toutes et à tous. Je tiens tout d'abord à remercier le Ministère de la santé de cette invitation à participer à l'ouverture de cette journée anniversaire des CAARUD et à saluer la Direction générale de la Santé et l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies pour l'organisation de cette manifestation.

Cet anniversaire est un moment convivial mais aussi de réflexion. Le programme montre que cette journée sera une journée d'échanges intenses et va nous permettre de faire le point sur un certain nombre de sujets.

Le développement des CAARUD est le produit de votre professionnalisme et de votre engagement, qui est souvent d'ailleurs du militantisme. Il est le fruit du travail de l'ensemble des acteurs de la réduction des risques qui œuvrent en milieu associatif ou en établissement de santé. Pour cela, vous avez besoin du soutien des pouvoirs publics. Ces derniers sont à votre côté et c'est aussi ce qu'a voulu symboliser cette journée.

Les acquis de la réduction des risques sont certains, non seulement en matière de santé publique (diminution des overdoses, réponses adaptées tant à l'épidémie de SIDA que progressivement à celle du VHC), mais aussi, même si cela est moins facilement identifiable et moins documenté, en matière de tranquillité publique, grâce aux contacts qu'elle permet avec les plus exclus des usagers et au développement de la médiation sociale. Dans cette période que nous sommes en train de traverser, vous savez à quel point ces termes sont importants : « aller vers », « faire de la médiation sociale ».

Mais si l'objectif de santé publique affiché fait consensus, la réduction des risques est soumise à débat, connaît des différends voire des oppositions, souvent d'un point de vue philosophique mais aussi politique, aux plans national et international. Ce qui ne devrait être qu'une pratique de santé publique est devenu, parfois trop souvent, le prétexte à des débats idéologiques. Je veux citer, comme l'a fait le Directeur général de la santé, la salle de consommation à moindre risque et l'opposition très médiatisée à laquelle elle se heurte. C'est un miroir grossissant des dissensions qui peuvent exister, y compris parmi les professionnels engagés à tous niveaux dans la politique d'accompagnement, de prise en charge et de soin des usagers. On voit bien que sur ce sujet, la problématique n'est pas seulement d'ordre juridique, elle est philosophique et éthique.

Mais soyons optimistes. Si cette salle de consommation à moindre risque cristallise les attentes, elle n'incarne pas pourtant à elle seule, loin s'en faut, l'envergure de la politique de réduction des risques pour la période 2013-2017. Cet esprit d'ouverture qui a permis de relancer le débat de réduction des risques trouvera sa pleine expression en 2015 avec la présentation de la loi de santé au Parlement. Cette dernière permettra l'ouverture de cette salle de consommation, mais aussi des actions de réduction des risques en milieu carcéral et l'inscription forte de la réduction des risques dans la loi.

L'adaptation des outils mis à disposition des usagers de drogues par les CAARUD et leur accessibilité sont d'autre part des axes forts du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives, que j'ai eu le plaisir de préparer en liaison avec l'ensemble des ministères et plus spécifiquement le Bureau des pratiques addictives de la Direction générale de la santé. Ces outils de la réduction des risques, nous devons sans cesse les améliorer dans leurs objectifs de prévention des infections microbiennes, virales ou fongiques, et ce non seulement à l'aune des nouvelles pratiques de consommation, mais aussi à la lumière des données scientifiques ou techniques les plus récentes. Pour que cette réduction des risques puisse bénéficier à toutes les personnes qu'elle peut concerner et ce partout sur le territoire, la Mildeca a financé en 2014 une évaluation des besoins et de la faisabilité de l'envoi postal de matériels de réduction des risques par les CAARUD.

Mais l'ambition du plan gouvernemental en matière de réduction des risques et des dommages sanitaires et sociaux réside aussi dans l'extension de ses modalités et de son champ d'intervention. Ces évolutions doivent faire l'objet d'un accompagnement adapté de la part des pouvoirs publics. Plusieurs ouvrages, que nous avons financés ou cofinancés avec la DGS et sur lesquels nous avons travaillé avec le Ministère de la santé et les associations, en sont l'illustration. Ils vous seront présentés aujourd'hui. J'en profite pour vous réaffirmer que votre accompagnement au quotidien dans l'exercice de vos missions, y compris jusqu'à la réalisation d'outils concrets comme ces ouvrages, fait partie de mes priorités.

La réduction des risques s'est considérablement développée sur Internet. On ne peut pas se contenter de ces ouvrages. Nous devons aussi impliquer l'ensemble des professionnels sur les forums utilisateurs, dans une logique qui est aussi une logique de prévention par les pairs. Cette démarche, qui bénéficie notamment aux usagers dits « insérés » de drogues, qui ne fréquenteraient pas les dispositifs spécialisés, nous la soutenons en finançant la formation des modérateurs de ces sites comme le développement de nouveaux outils interactifs sur smartphones par exemple. Par extension de ce champ d'intervention, j'entends que la réduction des risques doit désormais prendre en compte l'ensemble des produits susceptibles d'un usage problématique, au premier rang desquels l'alcool et le tabac. Le plan gouvernemental vise tout particulièrement les femmes enceintes, dont nombre d'entre elles continuent à consommer de l'alcool et à fumer pendant leur grossesse.

Mais je pense également à l'insertion professionnelle, qui doit prendre toute sa place dans la politique de réduction des risques au regard de son impact positif sur la réduction des dommages sociaux. En la matière, le soutien que nous apportons au projet TAPAJ (Travail alternatif payé à la journée), dont nous finançons l'évaluation et l'accompagnement dans le déploiement, est l'occasion de voir qu'un dispositif d'insertion spécifique, qui est porté par le CEID de Bordeaux, permet aux jeunes en errance d'être rémunérés en fin de journée pour une activité professionnelle qui ne nécessite pas de prérequis en termes de qualifications ou d'expérience professionnelle, ne les engage pas dans la durée, mais est aussi un moyen de les faire entrer dans un dispositif d'accompagnement et de réduction des risques.

Je pense enfin et surtout au développement de la médiation sociale, qui doit prendre toute sa place dans les missions du dispositif de réduction des risques. Les professionnels des CAARUD, que j'ai eu l'occasion de rencontrer notamment à Juvisy-sur-Orge, à Bordeaux et ailleurs, m'ont montré à quel point associer les riverains, mais aussi les élus, à la vie des CAARUD, a été un premier pas vers la compréhension et l'acceptation des dispositifs spécialisés, et vers l'amélioration de la représentation qu'ils se font des publics qui fréquentent ces dispositifs. En ce sens, le guide Médiation sociale, qui vous sera présenté par l'IREPS de Rhône-Alpes, compte parmi les publications que j'évoquais à l'instant et qui, je l'espère, vous seront utiles dans votre travail au quotidien.

La réduction des risques concerne d'autres acteurs que les CAARUD et notamment les pharmacies d'officine. Une convention lie désormais l'Ordre des pharmaciens à la mission interministérielle pour notamment conforter la place de ces derniers dans la prise en charge des patients sous traitement de substitution et pour renforcer l'accessibilité et la sécurisation des outils de réduction des risques. Avec plusieurs CAARUD, nous avons pu initier des collaborations avec les pharmaciens d'officine pour les aider à prendre leur place dans ce domaine. Mais c'est insuffisant et nous souhaitons vraiment, avec votre aide, poursuivre et élargir la promotion de ces partenariats et renforcer la mobilisation des pharmaciens et de leurs équipes en matière de programmes d'échanges de seringues sur le territoire.

Les CAARUD ont dix ans. Ils ont fait la preuve de leur excellente insertion, de leur adaptation dans le paysage sans cesse mouvant de la réduction des risques. Cette faculté de recherche permanente permet de répondre au mieux aux besoins variés de l'ensemble des populations d'utilisateurs de drogues. Notre premier objectif, ce sont ceux à qui nous nous adressons, les bénéficiaires de nos politiques publiques. Il est important, notamment parmi ceux qui sont les plus fragiles, que nous soyons toujours vigilants à leur apporter le service auxquels ils ont droit. C'est ce à quoi je m'attacherai, pour ma part.

Je vous souhaite un bon travail et surtout je vous souhaite un bon anniversaire. Je vous remercie.

François BECK

Directeur de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Bonjour à tous. Merci d'être venus aussi nombreux pour cet anniversaire. C'est une grande satisfaction d'être réunis autour d'enjeux d'avenir, en ce début d'année tourmentée.

Je voudrais, pour commencer, bien évidemment remercier la Direction générale de la santé de nous accueillir pour la tenue de cette journée ainsi que la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives pour son soutien. En parallèle, je voudrais remercier tous les professionnels qui sont présents aujourd'hui, en particulier tous ceux issus des CAARUD. Enfin, je tiens à remercier toute l'équipe de l'OFDT qui a œuvré depuis des semaines et des mois pour préparer cet événement.

Ce matin, plutôt que de revenir sur les grands principes de la réduction des risques ou sur l'historique qui va être traité lors de la première session, je souhaite centrer ce propos introductif sur la collaboration entre l'OFDT et les CAARUD, en insistant sur l'apport essentiel que représentent les données recueillies et transmises par vos structures.

C'est d'ailleurs en écho à la richesse de ces éléments et à l'apport décisif de ces échanges avec vos différentes structures et associations, qu'est née l'idée de cette journée construite avec la Direction générale de la santé. Cette journée anniversaire, dix ans après l'étape qu'a constituée la naissance des CAARUD, est l'occasion de revenir sur votre contribution clé dans le développement du système d'information sur les drogues.

Depuis sa création en 1993, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies est, comme vous le savez, chargé de fournir aux pouvoirs publics, aux professionnels du champ et au grand public une information qui soit scientifiquement validée et fiable sur le phénomène des drogues. À travers le développement de l'Observatoire et de sa production, l'objectif était de faire en sorte que chacun, décideur mais aussi citoyen, puisse s'appuyer sur un diagnostic commun qui nous aide à améliorer notre compréhension de phénomènes qui sont parfois complexes : les usages de drogues et les produits en général. L'idée est que cette compréhension du phénomène puisse s'appuyer sur autre chose que de l'idéologie ou des émotions.

Vingt ans après, cette mission n'a pas changé.

Elle s'articule autour de plusieurs types de travaux : de grandes enquêtes menées auprès de la population générale – adultes et adolescents – qui nous permettent de quantifier les consommations de drogues licites ou illicites et d'analyser les évolutions. Ces enquêtes sont aussi un vecteur et un outil qui permet de recueillir les représentations et les opinions de la population, en particulier sur les principes de la réduction des risques. Nous avons ainsi pu suivre depuis plus de quinze ans l'avis des Français sur des questions relatives à la réduction des risques. Nous avons pu constater que même si cette notion est peu connue du grand public, les éléments qui composent la réduction des risques trouvent un écho dans les opinions exprimées par la population. Les principes fondamentaux de la réduction des risques sont assez largement acceptés par celle-ci, dès lors que l'on prend soin de les présenter et de les expliciter. Par exemple, l'éventualité d'un monde sans drogue, que l'on a pu questionner dans nos enquêtes, apparaît illusoire pour une majorité de la population. Les Français sont aussi de plus en plus en accord avec l'idée d'informer les usagers sur la façon la moins dangereuse de consommer, dans l'idée de diminuer les risques pour la santé.

Au-delà de ces quelques éléments et de cette photographie générale, notre mission passe aussi par une observation plus fine de certaines populations particulièrement concernées par les usages. À cet égard, je voudrais évoquer le dispositif original que nous avons mis en place à la fin des années 1990, dispositif voulu par la MILDT dans un de ses plans gouvernementaux précédents. Il s'agit du dispositif TREND (Tendances récentes et nouvelles drogues), dont on peut dire sans rougir qu'il suscite la jalousie de nos voisins européens. En effet, il n'existe pas de système équivalent en Europe. Si nous parvenons à susciter la jalousie des pays anglo-saxons notamment, c'est que nous pouvons être fiers de ce que nous avons accompli ces dernières années.

Depuis 1999, ce dispositif fédère un certain nombre de partenaires locaux, actuellement dans sept villes de France. Il convient de rappeler qu'au début des années 2000, il rassemblait 12 sites sur le territoire, dont trois sites dans les départements d'Outre-mer (Martinique, Guyane et La Réunion). Ce dispositif nous a permis de nourrir notre réflexion à la fois sur les consommations, les usagers et les contextes de consommation.

Pour parvenir à décrire ces espaces de consommation et ces consommateurs, l'OFDT travaille en étroite liaison avec les structures de réduction des risques, au départ les structures de bas seuil et de première ligne, puis les CAARUD à partir de 2004/2005. Ces liens avec les structures que vous portez, animez et représentez au quotidien nous sont indispensables puisque vous êtes au cœur de la réalité sur le terrain. Sur ce point, il y a un lien fort que l'on peut faire avec les grands principes de réduction des risques, dans le souci de penser les questions des drogues et des addictions en écho avec la parole, l'expérience des usagers et des personnes qui sont les plus proches d'eux.

Pour l'OFDT, la transmission d'information que vous assurez revêt plusieurs formes. Je citerai l'analyse des rapports d'activité que vous transmettez à la DGS, qui sont pour nous une source d'information extrêmement riche. Je pense aussi, dans le cadre de TREND, aux questionnaires qualitatifs qui nous donnent des informations précises, notamment sur les produits qui circulent et leur prix. Je citerai encore le rôle de relais que vous avez joué l'an passé pour la promotion de l'enquête sur les nouveaux produits de synthèse auprès des usagers menée dans le cadre du projet européen I-TREND. Ces nouveaux produits émergent au quotidien et nous avons besoin de votre expérience de terrain pour mieux comprendre ces développements.

Je citerai enfin l'enquête nationale auprès des CAARUD, l'enquête ENa-CAARUD mise en place en 2006 et qui est reconduite tous les deux ans. Agnès Cadet-Taïrou vous présentera tout à l'heure les résultats de la 4^{ème} édition réalisée en 2012. Nous sommes bien conscients de l'effort que vous a demandé cette enquête et nous tenons à vous en remercier chaleureusement.

Il y a un peu plus de deux ans, avant le terrain de cette enquête, plusieurs membres du pôle TREND de l'OFDT se sont déplacés dans les régions pour venir à votre rencontre, afin d'évoquer le contenu et l'analyse des enquêtes précédentes, et pour préparer cette édition de 2012. Ces visites avaient bénéficié du soutien des Agences régionales de santé. Elles ont été suivies d'une hausse très importante du taux de participation à l'enquête. Cela montre à quel point la qualité de cette collaboration que nous pouvons nouer ensemble va peser sur la fiabilité des données que nous sommes capables de produire et de retransmettre à l'ensemble de nos interlocuteurs. L'intérêt était vraiment de réfléchir à la construction de ces données, leur qualité et leur interprétation.

Cette année, alors que cette journée est dédiée aux CAARUD et alors que la prochaine enquête se déroulera dans quelques mois, je profite de cette tribune pour vous redire à quel point nous sommes attachés à un travail en commun avec vos structures. Nous savons tous combien dans le champ des addictions la pérennisation des actions, leur inscription dans la continuité est essentielle. C'est vrai des actions que vous menez sur le terrain et c'est aussi vrai en termes d'observation. Je ne peux que renouveler mon souhait que le travail engagé avec vous puisse se prolonger durablement. Je vous en remercie.

AUX ORIGINES DE LA RÉDUCTION DES RISQUES ET DES CAARUD



Le changement de paradigme dans la réponse publique aux usagers de drogues

Martine LACOSTE

Association et CAARUD Clémence Isaure, Toulouse

Permettez-moi d'introduire cette intervention en partageant avec vous l'émotion qui ne laisse passer depuis huit jours qu'une certitude, je suis Charlie, et un espoir, que nous le restions longtemps.

Madame la Présidente de la Mildeca, Monsieur le Directeur général de la santé, Monsieur le Directeur de l'OFDT, chères

et chers collègues, c'est un honneur et un plaisir que de prendre la parole en ce jour. Merci d'avoir organisé pour nous un anniversaire. Il permet de mettre à l'honneur les acteurs du quotidien de cette première ligne.

Cher Albert Herszkowicz, vous m'avez demandé une contribution sur l'histoire. Je ferai comme le petit colibri du conte chinois : « je veux bien faire ma part », disait-il. Comme intervenante en toxicomanie, comme directrice d'Intermède, troisième boutique ouverte en France le 1er décembre 1994 devenue CAARUD, et comme spécialiste aujourd'hui dans le champ des addictions, je vais tenter en peu de temps d'aller à ce qui me semble essentiel sur la question des origines.

Aux origines, c'est cette irrépressible envie et besoin pour l'homme de trouver, grâce à des produits modificateurs des états de conscience, la sensation de complétude, de dépassement de sa condition. S'ouvrir, tant à des paradis artificiels qu'à la sensation d'apaisement ou de toute-puissance ; de ce plaisir peut naître des états insoupçonnés de partage tout autant que le pire des drames. Encadrés, ritualisés ou nous débordant, les usages cachent autant qu'ils ne révèlent. Ils sont une grande aventure de l'homme de l'autre côté du miroir. Ils en disent autant sur nos maux que sur ceux des sociétés.

Face à de tels enjeux, je ne prétends pas refaire l'histoire, mais plutôt vous proposer une lecture des temps qui ont précédé et généré ce fabuleux changement de paradigme dans la réponse publique aux usagers de drogues.

De 1960 à 1970 : le temps de l'inadaptation

Plusieurs époques, me semble-t-il, se dessinent, la première, de 1960 à 1970. Tandis que suite à la circulaire Boulin, le 15 mars 1960 se met en place la sectorisation, les usagers arrivent dans les années 1965-67 vers les hôpitaux psychiatriques. Mais la relation patient-médecin ne prend pas. L'institution ne peut s'adapter à des patients qui n'en sont pas et qui surtout ne veulent pas en être, et des équipes qui ne sont pas armées pour les accueillir.

De 1970 à 1987 : une mort, une loi, des hommes

La deuxième grande période, que je vous propose, va des années 70 à 1987. Trois points me semblent importants : une mort, une loi, des hommes.

Suite à la mort par overdose de jeunes gens dans l'été 70, la France prend peur, le politique est sommé d'agir. C'est alors dans la nuit du 31 décembre 1970 que les députés vont promulguer une loi pour tenter de protéger la jeunesse et donner un cadre pour remonter le mieux possible les filières des trafics. Cette loi criminalise l'usage simple et privé de substances dites « stupéfiants ». L'utilisateur devient délinquant sauf s'il est volontaire pour arrêter ; il devient alors un malade, ses soins sont gratuits et il a droit à l'anonymat. Le magistrat peut le contraindre aux soins, oubliant qu'on peut obliger quelqu'un à se soigner mais qu'on ne peut pas l'obliger à guérir. Des structures spécifiques sont créées par cette même loi. Des hommes ouvrent alors des lieux expérimentaux : à Bordeaux, c'est la « free clinic » ; à Paris, c'est le Centre de l'Abbaye dirigé par le docteur Claude Orsel, dont l'idée sera d'« aller vers », aller vers la place Saint-Michel rencontrer les usagers. En 1971, c'est le docteur Claude Olievenstein qui sort de l'hôpital psychiatrique de Villejuif, dont il était psychiatre, pour ouvrir l'hôpital Marmottan. Ces hommes fondent, dans un contexte de liberté, des lieux ouverts jour et nuit, des lieux de pause pour un accueil d'abord inconditionnel à l'arrêt des usages. À Marmottan, Claude Olievenstein s'entoure rapidement d'ex-usagers. Il veut, dit-il, « désapprendre ». Il s'entoure d'ex-usagers parce qu'il prend acte qu'il apprendra avec eux. Il veut comprendre l'effet des drogues, il veut comprendre les comportements, il veut comprendre le plaisir, le manque tout autant que la souffrance du sujet des intoxiqués. Il les considère déjà comme des experts de leurs usages. Peu à peu, un cadre se dessine pour accompagner le choix du sujet. Même s'il dit qu'il n'y a pas de drogué heureux, il est respectueux de cette quête et propose, face au duo indissociable, la notion de démocratie psychique. Le toxicomane n'est pas un malade, mais il peut se rendre malade. Le cadre de soin est fondé sur l'idée que les personnes viennent quand elles ne peuvent plus vivre avec la drogue et qu'elles ne savent pas vivre sans. Une clinique de la complexité se fait jour, dans laquelle la psychanalyse apporte un éclairage majeur sur la question du désir, de l'histoire de vie, de ce qui est douloureux et qui vient se dire dans la toxicomanie.

Claude Olievenstein donne une lecture qui encore aujourd'hui peut être opérante. Il dit que la toxicomanie est la rencontre entre un sujet, une personne dans un moment social et culturel donné. Aujourd'hui, nous pouvons dire qu'il s'agit d'une rencontre entre des modalités d'addiction, des comportements et des usages, une personnalité, dans un moment social et culturel. Le contrat est fondé. Il est fondé sur la demande d'arrêt de la personne. Pas de contraintes, elle est libre, libre de le rompre à tout instant, soit qu'elle le dise, soit qu'elle le montre par un usage réitéré. Un dispositif national se constitue avec peu de moyens. Il s'organise comme une chaîne thérapeutique dont les maillons sont ouverts, qui va de l'accueil à la réinsertion sociale en passant par le sevrage hospitalier et les centres de postcure. La médecine générale et l'hôpital sont peu impliqués, sauf si quelques-uns sont malades. Cinquante deux places de méthadone existent en France, mais cette forme de réponse ne prend pas à ce moment-là. Les acteurs sociaux sont réticents à l'accueil du toxicomane et ceux-ci vivent la plupart du temps dans l'exclusion des dispositifs de droit commun. Les usages se massifient, les trafics augmentent, rechutes et récidives renvoient à l'échec mais les positions se rigidifient du côté répressif. La vision française se renforce autour de l'idée de l'éradication de la drogue et de la pénalisation aggravée des usages. Dans ce même temps, nos voisins anglo-saxons ont depuis longtemps, grâce peut-être à un autre rapport à la responsabilité et à la culpabilité, préféré des politiques tournées vers la réduction des conséquences et des dommages lorsque le sevrage ou l'abstinence n'est pas possible (harm reduction). Tandis que nous interdisons les seringues en 1972, ils les distribuent tôt dans les années 1980. Ils ont des programmes de prescription de morphine, d'héroïne ou de méthadone, alors que sur notre territoire un autre épisode se joue à bas bruit.

De 1987 à nos jours : l'avènement de la réduction des risques

Le changement de cap

Le virus du SIDA est découvert en 1985 chez les usagers de drogue. C'est rapidement le chaos. Deux à trois nouveaux cas de SIDA par jour et 60 % des héroïnomanes seraient séropositifs en septembre 1986. Contemporaine du ministre de la justice, Michèle Barzach, alors ministre de la santé, prend vite la mesure du phénomène et s'engage sur un difficile chemin¹ pour changer de cap. Le professeur Olievenstein soutiendra cet acte fondateur de la réduction des risques (RDR). Alors qu'en 1972 il avait contribué à l'arrêt de la vente libre des seringues, il soutiendra ce changement de cap au motif qu'un danger chasse l'autre. S'ouvre alors une troisième grande période, de 1987 à 1993, celle de la conception de la RDR, celle des controverses, celle des conversions. Rappelons-nous qu'au moment de cette sauvage pandémie, se heurtent les approches de santé publique et de sécurité publique. Le modèle social qui est prôné est celui impulsé par Reagan. C'est donc un contexte de guerre à la drogue, en tout cas une lutte contre tout laxisme, à commencer par la réponse pénale qui se veut intraitable.

1. Allusion à la libéralisation de la vente des seringues.

Un acte fondateur : le décret relatif à la vente libre de seringues

Dans cette période vont se dessiner plusieurs mouvements. Pour moi en tout cas, l'acte fondateur de la réduction des risques reste le 13 mai 1987, date du décret sur la vente libre des seringues, grâce à la détermination de Michèle Barzach, il faut le rappeler, et de Jacques Chirac Premier ministre. L'argument majeur partagé par la plupart des professionnels opposés à ce décret, était la crainte que le remède soit pire que le mal : pour freiner le SIDA, on va accélérer la toxicomanie, qui à son tour accélérera le SIDA. Par ailleurs, personne ne pariait sur la responsabilisation des usagers de drogues. C'est alors que le mouvement des associations humanitaires, qui n'avaient pas de mission de soins au regard des usagers et qui considèrent que leur devoir est d'« aller vers » dans un élan pragmatique et communautaire, ces associations décident de changer de cap. Elles ouvrent à Toulouse (association AIDES) et à Paris (association Médecins du Monde) des bus pour « aller vers », là où ils sont, des bus « échanges de seringues » bien souvent vilipendés par les services de police. Dès 1984 s'était créé, grâce à Daniel Defert, compagnon de Michel Foucault, l'association AIDES pour soutenir la parole des malades du SIDA, des séropositifs et de leurs proches, alors qu'ils payaient un lourd tribut comme les usagers de drogues. Cette parole devient une survie, le témoin de leur dignité d'homme, jusqu'au bout. C'est le début d'un changement dans la relation patient-médecin. L'espoir, l'engagement des malades donnent sens au combat des médecins. Une nouvelle forme d'alliance thérapeutique prend corps, bouleversant la notion même de pouvoir médical : le malade, acteur de son traitement. C'est la naissance pour moi de la notion de droit des patients et de la démocratie sanitaire. Ce mouvement communautaire impulse la création incroyable d'une association d'usagers de drogues en 1992. Ce sera ASUD, Association d'auto-soutien des usagers de drogues. Malgré l'interdit d'usage, la clandestinité, l'exclusion sociale, la trouille, la honte d'être usager, freins majeurs à l'accès aux soins, il s'agit là de reconnaître cette association. Cette reconnaissance fut pour moi le deuxième acte fondateur de la réduction des risques. L'usager de drogues reste un citoyen. Il devient en même temps, par cette reconnaissance, expert de ses consommations. Il sera désormais pris en compte pour l'amélioration des politiques publiques, à l'origine, de mon point de vue, des textes en 2002 qui placent l'usager au cœur des dispositifs.

La prise de conscience au plus haut niveau de l'État

Un autre mouvement important est la prise de conscience au plus haut niveau de l'Etat. Toutefois, un autre mouvement se dessine dès 1991, celui des acteurs intervenant en toxicomanie, qui étaient plutôt restés discrets. C'est alors que l'Association nationale des intervenants en toxicomanie (ANIT) promulgue son envie d'une part de soutenir la dépénalisation des usages de drogues et d'autre part un changement de cap. Cette convergence va donner alors cette prise de conscience au plus haut niveau de l'Etat. Le ministre de la santé, Bernard Kouchner, suit le chemin de Michèle Barzach et propose le premier d'introduire la politique de réduction des risques, inspiré à n'en point douter par les travaux d'Anne Coppel. Dans le même temps, le scandale du sang contaminé percute la France sur la question des responsabilités. Je me souviens de ce jour, en 1992. Nous sommes au CRIPS, à la tribune le professeur Girard, Directeur général de la santé. Il nous dit : « Nous devons, au plus haut niveau de l'Etat, analyser le faisceau des responsabilités, de nos responsabilités, qui ont permis que de tels drames se produisent. » Suit alors un cri, un appel, une injonction d'agir, « limiter la casse », dont Anne est une des cofondatrices. S'ouvre alors un changement de regard massif sur la population des usagers et sur la nécessité de construire de nouvelles réponses de santé publique. Nous sommes en 1993, début de la troisième grande période qui s'achèvera en 2005.

La brèche s'ouvre. Simone Veil, puis Philippe Douste-Blazy permettent alors la structuration des réponses. Ils acceptent que des acteurs intervenant en toxicomanie, ceux-là même qui étaient dans le dispositif classique, se proposent à l'ouverture de lieux appelés « boutiques ». Pourquoi Simone Veil a-t-elle parlé de « boutiques » ? Elle disait : « Je veux qu'une porte s'ouvre et qu'ils soient accueillis. » C'est alors l'AMPTA² à Marseille qui ouvre cette première porte, puis très rapidement l'Association Charonne à Paris. Le 1er décembre 1994, nous ouvrons à notre tour une boutique. C'est avec un ancien patient de l'hôpital Marmottan que nous avons tout construit à Toulouse : 80 personnes le premier mois, 600 l'année qui a suivi. Incontestablement, un accueil non conditionné à l'arrêt des substances ouvrait un champ nouveau pour aller à la rencontre de ces populations, pour une nouvelle clinique de la rencontre. En même temps, le fait « d'aller vers » se poursuit, les outils se diversifient. La MILDT entame en 1999 un chantier nouveau : elle relie la question de la dangerosité de toutes les substances psychoactives, de tous les comportements, et réactive un concept, celui des addictions, qui se substitue à celui de la toxicomanie. Au-delà d'autres questions, l'impact fut incontestable sur deux points. Tout d'abord, la déstigmatisation des usagers de drogues : ils deviennent « addicts ». Par ailleurs, la réduction des risques fait aussi évoluer la prévention. Il s'agit enfin de « savoir plus pour risquer moins ».

2. Association méditerranéenne de prévention et de traitement des addictions.

Le 9 août 2004 est promulguée la loi relative à la politique de santé publique définissant la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogue. C'est une victoire collective de toutes les associations, au-delà de leurs différences, de leurs clivages, des débats parfois douloureux qui ont émaillé toute cette période. Puis, en 2005, un décret sur les référentiels et les missions institutionnalise ce mouvement dit « des boutiques » et les CAARUD. J'ai eu le plaisir de participer à la rédaction de ces décrets. Ces décrets ont accompagné, ont dit le travail, ont tenté de faire vivre cette réalité et se sont basés sur l'expérience des professionnels.

Conclusion

Les progrès rendus possibles depuis vingt ans résultent d'un double abandon : celui de l'abstinence comme seul modèle des pratiques de soins et de prévention et celui d'une éradication des drogues comme condition du « vivre ensemble ». Nous avons acté que le chemin se fera autrement. Aujourd'hui, la réduction des risques doit poursuivre son chemin. Elle doit se déployer demain dans toutes les pratiques de soins, d'insertion, de médiation sociale et de prévention, quels que soient les produits et les comportements, ouvrant ainsi une nouvelle étape de son histoire. Sur ce point, il sera tout à fait important que nous participions tous à cette audition publique pilotée par la Haute Autorité de Santé et mise en œuvre par la Fédération française d'addictologie. Une audition publique est une nouvelle forme de conférence de consensus. Voilà encore une nouvelle étape qui se profile sur le chemin. Les CAARUD doivent mettre en valeur une expérience inestimable, tant au plan des pratiques d'accompagnement que des savoirs. Ils doivent être des pôles ressources dans la ruralité, dans « l'aller vers » pour pouvoir franchir le pas de l'accompagnement des usages à moindre risque, continuer à bâtir des outils avec les usagers. Demain une nouvelle page va s'écrire dans la loi de santé publique. Pour ces dix ans, elle doit donner une vision forte de la réduction des risques, fondée sur un care collectif. En tout cas, pour ma part, c'est le vœu que je formule en militant aussi au sein de la Fédération Addiction. Mon dernier mot sera pour nos compagnons de route, ceux qui m'ont appris ce travail, avec qui j'ai la passion du partage depuis de bien nombreuses années.

Histoire de la réduction des risques

Elisabeth AVRIL

Association et CAARUD Gaïa, Paris

Au début des années 1990, j'étais médecin aux urgences et je faisais des études d'anthropologie. Je rêvais de populations lointaines et oubliées. Quand Jean-Pierre Lhomme, le fondateur du premier programme d'échange de seringues Médecins du Monde, m'a demandé de travailler à mi-temps sur ce programme, je me suis dit que j'avais trouvé le lieu où je me sentais bien, même si les populations n'étaient pas si lointaines.

Les « toxicomanes » des années 1980-90

Dans les années 80, les usagers de drogues illicites sont appelés « toxicomanes » et sont considérés comme une catégorie à part du social. L'approche de cette question par les pouvoirs publics est alors essentiellement répressive.

Dans le monde médical et social, c'est surtout la cure de désintoxication et la thérapie qui sont envisagés comme traitement des toxicomanes : un sevrage physique d'abord, l'abstinence dans un premier temps, puis la thérapie pour supprimer la dépendance psychologique. À l'époque, cette approche est reconnue et favorisée par les pouvoirs publics.

Le SIDA fait irruption et devient rapidement un problème majeur de santé publique. En Europe, entre mars 1989 et mars 1990, plus du tiers des contaminations concernent les usagers de drogues par voie intraveineuse. Le toxicomane séropositif se retrouve alors dans une impasse. En effet, les services en place à l'époque refusaient de s'en occuper car ils étaient considérés comme séropositifs avant d'être toxicomanes ; côté sanitaire, ils étaient considérés comme toxicomanes avant d'être séropositifs. À cette époque, je travaillais aux urgences de Lariboisière et nous avions ordre de ne pas donner de seringues, ni de prescrire de méthadone.

Le deuxième problème posé alors est la question du lien entre SIDA et toxicomanie. Il a fallu un travail de construction pour créer ce lien, une construction qui s'est faite autour d'un objet : la seringue. Ce travail a nécessité l'intervention de nombreux acteurs et surtout la mobilisation des usagers eux-mêmes et d'associations comme AIDES et Médecins du Monde. Médecins du Monde a ainsi mis en place le premier programme d'échange de seringues à Paris en 1989. Cette construction a suscité un vif débat public, au cours duquel de nombreux politiques, des soignants, des usagers, des militants se sont affrontés.

Nous avons d'ailleurs retrouvé ce même type de débat en 2013, lors de la construction du projet de la salle de consommation, avec notamment les positions assez obsolètes de l'Académie de médecine et de pharmacie et avec les mêmes arguments d'opposition, en particulier le risque d'incitation à l'usage, la banalisation de l'usage, la décadence de la société, la négation des études internationales et des expériences étrangères qui prouvent l'efficacité de ces dispositifs. J'ai surtout été choquée par la vision de l'usager de drogue, du moins dans les médias. Il est un grand pourvoyeur de fantasmes négatifs, de peurs, l'archétype de l'individu irresponsable et asocial, sans stratégie pour lui-même ou pour les autres.

La réduction des risques

La réduction des risques est apparue en France assez tardivement par rapport à nos voisins nord-européens. Elle est une démarche de soin, au sens de « prendre soin » comme le care anglais. Elle englobe les dimensions physique, sociale, psychologique et psychique de l'individu, de façon très pragmatique. Au départ, elle est essentiellement focalisée sur la réduction des risques sanitaires. SIDA oblige, il était capital de promouvoir l'injection à moindre risque, de créer des programmes d'échanges de seringues, où l'on allait parler de technique, de drogues, de préparation des drogues, de pratiques de consommation et bien évidemment des conséquences de ces pratiques sur le mode de vie. William Burroughs disait : « La drogue, ce n'est pas un plaisir mais un mode de vie. » Je l'ai vraiment senti dès les premiers mois où j'ai travaillé dans ce programme d'échange de seringues.

Cette approche de la réduction des risques implique un concept essentiel, qui est l'acceptation de l'usage de drogues illicites. La dépendance aux drogues est reconnue comme relevant de la santé publique et le toxicomane devient peu à peu un malade.

L'usager de drogue est reconnu comme un citoyen à part entière. Au milieu des années 1970, aux Pays-Bas, des mesures de prévention en direction des toxicomanes ont été mises en place pour lutter contre la dissémination du virus de l'hépatite B. Le ministère de la santé néerlandais avait publié cette recommandation : « Les utilisateurs de drogues doivent être traités autant que possible comme des citoyens normaux auxquels nous posons des exigences normales et offrons des chances normales. » L'usager, dans cette approche, cesse d'être un délinquant. Il est considéré comme un partenaire avec lequel on peut négocier. Il a une expertise sur ses pratiques et son mode de vie, et il a le droit de choisir s'il entend recevoir une assistance quelconque.

Les valeurs de la réduction des risques

Le pragmatisme et l'humanisme semblent les deux valeurs fondamentales. Elles amènent à considérer la personne comme l'acteur principal de sa propre vie. Pragmatique car le point de départ des actions de réduction des risques se trouve dans l'observation de réalités concrètes, identifiables, mesurables et l'expérimentation de réponses empiriques. Qu'importe le choix que la personne fera au regard de ses consommations, elle aura le droit au même respect, au même accueil. Ceci permet d'instaurer une clinique de la rencontre qui ne se fonde pas sur un rapport de pouvoir.

Il s'agit également d'échapper aux dérives possibles de ce type d'approche. En effet, le service ne détient pas toutes les réponses. Il construit quelque chose avec l'usager, un projet, un lien au fur et à mesure du temps, d'où l'importance des orientations, des passerelles avec le droit commun dans les situations de grande précarité. Nous devons garder un objectif d'autonomie pour les personnes accueillies.

Aller vers les personnes

Accepter de travailler avec une personne qui va poursuivre des consommations de substances psychoactives permet une rencontre. Cette rencontre peut se faire dans un lieu fixe, quand les personnes finissent un jour par pousser la porte. Mais beaucoup d'usagers ne poussent pas cette porte ou ne la poussent pas au bon moment.

Certains collègues vont donc vers les usagers en se déplaçant physiquement, lors de maraudes, en créant des antennes mobiles. Ils vont aussi vers les usagers en s'adaptant à chaque individu. Un des principes de la réduction des risques est d'aller où les usagers se trouvent et de leur proposer si possible une palette de services adaptés au moment de leur trajectoire. Les usagers peuvent choisir la prise en charge pour laquelle ils éprouvent le plus de confiance.

Les institutions et les services, en s'adaptant aux usagers et non l'inverse, permettent et favorisent l'implication des personnes dans leur démarche de soins et préserve leurs droits et leurs libertés.

La pratique

Dans le cadre du programme d'échange de seringues de Médecins du Monde et au sein du CAARUD Gaïa, nous tentons de mettre en pratique ces valeurs de la réduction des risques : construire un projet individuel ou collectif ensemble, élaboré pas à pas et adapté à la situation si nécessaire. Ce sont les usagers qui déterminent leurs attentes vis-à-vis du programme et l'équipe les soutient. Cela va de la recherche et du test de nouveaux matériels à la mise en place de certaines actions innovantes comme l'utilisation du Fibroscan comme outil de réduction des risques.

Chaque étape de cette élaboration permet un processus essentiel qui est l'échange de savoirs. Cette pédagogie mutuelle, sans imposer l'atteinte de tel ou tel objectif, autorise un rapport qui n'est plus fondé sur la méfiance et la discipline.

Le soutien ou l'éducation par les pairs

Le soutien ou l'éducation par les pairs est une technique de développement de la réflexion de l'utilisateur pour lui-même et pour son groupe, et fait partie intégrante d'une stratégie de réduction des risques. À mon sens, l'investissement des bénéficiaires des programmes devrait faire partie des missions obligatoires des CAARUD. À Gaïa, nous travaillons depuis plusieurs années avec cet objectif d'impliquer le plus possible les bénéficiaires des programmes. Cette question n'est pas simple et crée souvent beaucoup de débats au sein de l'association.

Ces projets de soutien par les pairs peuvent prendre différentes formes. On peut ainsi faire le choix d'embaucher les personnes, comme nous l'avons fait à Gaïa. Nous sommes très satisfaits de ce choix car les personnes apportent vraiment quelque chose de différent à l'association et au travail que nous menons. Lors de l'élaboration du projet de salle de consommation, nous avons prévu d'embaucher des travailleurs pairs pour intervenir dans la salle et autour de la salle en maraude. Nous le ferons si l'occasion nous en est donnée. Dans un contexte d'opposition des riverains, il est en effet important qu'il y ait des échanges entre les usagers et les riverains.

Au sein de Gaïa, des bénévoles interviennent chaque semaine au CAARUD. Dans ce cadre, nous avons souhaité ouvrir le bénévolat aux usagers. En 2014, nous avons proposé et réalisé deux formations de deux jours où étaient présents 14 bénévoles, dont sept usagers. Cette formation portait d'une part sur les valeurs de la réduction des risques, son histoire, les dispositifs, les drogues, leurs effets, les virus, les traitements, et d'autre part sur la relation d'aide. Ces journées furent un succès et nous poursuivons ce travail en 2015. Nous avons également beaucoup réfléchi, au moment de la création de la salle de consommation, à la mise en place d'un programme de réinsertion, avec une stratégie de travail à l'heure pour les personnes les plus éloignées d'un cadre de travail classique. Comme le disent les usagers, « nous ne sommes pas le problème, nous sommes la solution ».

Les défis de la précarité

Grâce à leur accueil inconditionnel, les CAARUD sont souvent confrontés à un public extrêmement précaire, marqué par la désaffiliation sociale, la maladie mentale parfois et les parcours chaotiques. Cet accueil inconditionnel semble n'exister que dans les CAARUD. Quid des hôpitaux de jour, psychiatriques, des espaces solidarité insertion ? Pourquoi les CAARUD sont-ils les seuls endroits où l'on peut pousser la porte, s'asseoir, boire un café, que l'on soit étranger sans papiers, délirant ou autre ? Cet accueil inconditionnel, qui est notre force, pourrait être diffusé à d'autres établissements plus généralistes. Il soulève aussi des débats au sein des CAARUD. En effet, nous offrons des services à des personnes, qui apprécient l'accueil mais qui ne sont pas des usagers de drogues. Je me demande souvent s'il s'agit d'une question de formation, de positionnement humaniste, qui fait que la personne refoulée de partout se retrouve dans nos accueils. Il me semble qu'il faut conserver cette spécificité d'accueil pour le public usager de drogues et construire des passerelles avec le droit commun, la psychiatrie et les espaces solidarité insertion, diffuser notre savoir-faire aux acteurs des accueils plus généralistes, et garder notre technicité et notre regard sur l'usage de drogues, notre expertise pour améliorer la réduction des risques.

Dans ce cadre, il convient également d'impliquer davantage les usagers. Des expériences positives ont été faites dans ce sens, pour ne pas s'enfermer dans une réponse immédiate et uniquement matérielle aux questions de misère sociale dans lesquelles nous avons une tendance à nous noyer. Certains collègues ont ainsi créé des jardins potagers, lancé des ateliers de recyclage et de fabrication d'objets utiles. Avec Charonne, nous avons conduit un projet d'hébergement communautaire pour les usagers de crack. Nous n'avons pas forcément de réponses mais il faut continuer à travailler sur ces projets.

Les défis de la réduction des risques

Le premier défi est celui de passer à une réduction des risques plus incisive, plus forte en développant de nouveaux projets. J'ai un peu de peine à parler de ce sujet après l'échec de l'ouverture de la salle de consommation. Toutefois, je garde espoir car nous avons toujours besoin de nouveaux projets. Il nous manque tout de même beaucoup d'actions dans notre réduction des risques à la française. J'en citerai les principaux : les salles de consommation, la distribution de naloxone pour la prévention des overdoses, les programmes d'échange de seringues en milieu carcéral, la substitution injectable, l'héroïne médicalisée, l'hébergement adapté, etc. Il reste encore beaucoup d'actions à mener. Mais pour cela, comment garder cette dynamique, cette envie de faire dans nos CAARUD ? Nous devons vraiment nous atteler à une réflexion sur la formation des acteurs, qu'il s'agisse des usagers en partant de leurs besoins ou des acteurs professionnels. Il faut absolument que des formations qualifiantes et reconnues soient mises en place, qui permettraient de diffuser ce savoir-faire qui pourrait s'appliquer à bien des champs du social, du médical et de l'éducatif.

Nous recevons depuis longtemps des populations migrantes usagères de drogues, d'Afrique, de Chine, d'Iran, et depuis quinze ans des usagers russophones qui, par leurs pathologies multiples et variées, font beaucoup parler d'eux dans les hôpitaux. La barrière de la langue est un frein évidemment majeur à la rencontre et à la mise en place des principes de réduction des risques. Mais ce n'est pas impossible, loin de là. Nous pouvons nous servir de l'implication d'usagers. À titre d'exemple, un usager bénévole géorgien, bénéficiaire du programme, intervient avec nous et nous aide beaucoup dans ce travail de compréhension mutuelle. Il faut continuer à accueillir et trouver avec l'utilisateur des solutions à son intégration.

Conclusion

L'action militante des origines doit se poursuivre dans des actions innovantes qui ne peuvent s'inventer qu'avec les usagers. En effet, nous avons pu constater que les idées venaient des usagers et du terrain.

Au nom de toute l'équipe de Gaïa, et sans doute au nom de beaucoup de nos collègues, nous espérons l'ouverture prochaine des salles de consommation à moindre risque en France, ces dispositifs qui pourraient amener un renouveau dans notre champ d'action déjà passionnant.

Regard transversal

Anne COPPEL

Sociologue, ancienne présidente de « Limiter la Casse », puis de l'Association française de réduction des risques

Qu'avons-nous appris du passé ? En quoi est-il utile pour l'actualité des CAARUD ? Nous sommes toutes les trois issues du système de soins. La réduction des risques a représenté pour nous toutes un bouleversement. Nous étions dans un système de soins qui avait été fondé sur l'alliance avec les usagers de drogues dans les années 1970, mais cette alliance n'avait pas été renouvelée dans les années 1980. À cette époque, on ne voyait pas les usagers de drogues. Or, il faut être conscient que nous pouvons commettre à nouveau cette erreur à chaque génération. Les résultats obtenus par la réduction des risques ne sont pas acquis pour toujours. Ils ont été acquis dans un contexte très particulier d'une alliance avec d'abord les usagers de drogues. L'ensemble de la réduction des risques repose sur la responsabilité de l'utilisateur de drogues. Qu'est-ce que cela signifie concrètement ? Il faut associer les usagers aux projets. Au sein de l'OFDT, nous disposons du dispositif extraordinaire appelé TREND. Mais pour que celui-ci fonctionne, il faut que des équipes aillent au-devant des usagers, recueillent l'information et soient capables de déterminer les limites de cette information.

Les CAARUD ont contribué à l'institutionnalisation du dispositif. En tant que présidente de l'AFR, j'ai travaillé très étroitement avec la DGS au moment de l'élaboration des circulaires. J'avais un souci en tête, celui de surmonter cette contradiction qui consistait à créer un centre alors qu'il s'agit de se décentrer. En effet, il faut bien savoir qu'il ne s'agit pas seulement de rencontrer l'utilisateur de drogues que l'on connaît dans nos institutions, mais aussi d'aller au-devant des usagers que nous ne connaissons pas, qui ne sont pas en relation avec le système de soins, qui n'ont pas nécessairement besoin d'être pris en charge mais qui ont tous besoin de prévention.

Du point de vue de la santé, nous avons obtenu des résultats remarquables dans la lutte contre le SIDA. Les personnes malades ont arrêté de mourir massivement du SIDA, mais elles meurent aujourd'hui de l'hépatite. Nous sommes en train de voir les conséquences sur le terrain de cette épidémie. Il convient également de souligner que la proportion de personnes touchées par le SIDA par rapport à celles qui y sont exposées a peu à voir avec la proportion de personnes contaminées par l'hépatite par rapport à celles qui y sont exposées. Le rapport est de l'ordre de 1 à 10. Notre défi est donc aujourd'hui de sortir de l'institution. Certes, elle est une protection, elle

assure la survie du dispositif, mais elle est aussi un obstacle. À titre d'exemple, tout un dispositif a été construit sur l'usage d'héroïne alors que ce produit et son mode de consommation ne sont pas les plus répandus. Les produits les plus diffusés, et je parle de millions de consommateurs, sont les stimulants, les drogues de synthèse et surtout la cocaïne. De nouveaux outils doivent sans doute être construits. C'est le défi que doivent relever aujourd'hui les CAARUD, avec des moyens qui sont pensés dans une logique institutionnelle. Cette logique institutionnelle est indispensable, mais elle ne doit pas nous enfermer. Il faut « aller vers », comme cela a été souligné à plusieurs reprises, et tirer les leçons de nos erreurs et de nos réussites. Nous avons enregistré des réussites exceptionnelles, grâce à l'alliance des usagers, des professionnels mais aussi des militants. À cet égard, les non-spécialistes ont joué un rôle clé dans notre histoire et nous ont beaucoup apporté.

Il faut aussi savoir tirer les leçons de l'expérience acquise. Il est très important d'exporter nos compétences. J'ai travaillé à Marseille avec Vincent Girard, un médecin qui associe les usagers de la santé mentale à son équipe. Il m'a fait venir parce qu'il pensait que nous avions acquis collectivement une expérience en matière d'auto-support. Nous avons effectivement des compétences et des savoirs à apporter.

Je souhaitais donc insister sur la responsabilité de l'utilisateur, la nécessité de placer l'utilisateur de drogues au centre, ainsi que sur notre mission d'aller à la rencontre de l'utilisateur. Nous le disions déjà dans le système de soins spécialisés, mais on parlait de toxicomanes plutôt que d'utilisateurs. La différence tient au fait que l'utilisateur revendique sa citoyenneté. Il est un citoyen comme les autres. Cette revendication ne correspond pas à la réalité légale, puisque l'utilisateur est considéré du point de vue de la loi comme un délinquant. C'est une des contradictions qui est apparue dès les années 1970 et que nous n'avons toujours pas surmontée.

LES PUBLICS DES CAARUD AUJOURD'HUI



Les résultats de l'enquête ENa-CAARUD 2012

Agnès CADET-TAIROU

Responsable du pôle Tendances récentes et nouvelles drogues à l'OFDT

Je remercie les organisateurs de la journée de nous donner l'occasion de vous restituer les résultats de la dernière session de l'enquête ENa-CAARUD, une enquête menée tous les deux ans auprès des usagers des CAARUD.

Les CAARUD : données clés 2014

On dénombre 156 CAARUD sur le territoire national, plus quatre antennes fixes, ce qui nous amène à 160 à la fin de l'année 2014. Leur répartition par région fait apparaître une concentration en Ile-de-France (23 CAARUD), dans les régions du Sud et dans le Nord-Pas-de-Calais. Les autres régions, comme le Limousin et la Basse-Normandie, sont moins couvertes. Il reste enfin huit départements sans CAARUD, dont sept au sein de la métropole. En extrapolant les données de la dernière enquête ASA-CAARUD (portant sur les rapports d'activité standardisés), on peut estimer la file active des CAARUD à environ 70 000 usagers au niveau national.

Les objectifs d'ENa-CAARUD

Le premier objectif est de disposer d'indicateurs de suivi des caractéristiques des consommateurs de drogues pris en charge, afin de mieux adapter les réponses des professionnels et des pouvoirs publics aux évolutions des besoins.

Le second objectif est d'insérer cette enquête dans le système d'information sur les usagers de drogues. L'enquête est fréquemment utilisée pour décrire une part des usagers souvent problématiques, à savoir les usagers dits de « l'espace urbain », qui souffrent pour beaucoup d'entre eux d'une vulnérabilité sociale. Cela étant, il convient de souligner que les données obtenues ne donnent pas une représentation de l'ensemble des usagers de drogues, mais bien des usagers des CAARUD. C'est pourquoi, lorsque l'on analyse les évolutions, il est toujours nécessaire de se demander si ce sont les usagers qui changent ou si c'est le recrutement des CAARUD qui évolue.

La méthode et les données 2012

L'enquête a été menée par inclusion pendant une semaine, entre le 26 novembre et le 2 décembre 2012. Les intervenants des CAARUD ont mené les entretiens en face-à-face. L'investissement et l'énergie qu'ils ont fournis lors de la dernière session nous ont permis non seulement de disposer d'un échantillon important (142 CAARUD sur 153 recensés, soit 92,8 %) mais surtout de rencontrer un peu plus de 4 000 usagers, pour un taux de réponse de 74,1 % (+ 14,5 points par rapport à la session de 2010). La répartition des questionnaires est peu ou prou conforme à celle des CAARUD. Ainsi, les plus gros CAARUD sont ceux qui affichent souvent les files actives les plus importantes.

Je vous remercie de cet investissement et j'espère que la restitution des résultats vous sera utile. J'espère également que nous aurons le temps de discuter de ces résultats. Votre apport est particulièrement intéressant dans l'analyse de ces résultats. Comme l'a dit précédemment François Beck, nous analysons les résultats en nous appuyant sur les données qualitatives et nous sommes plus à l'aise pour comprendre les données issues des zones géographiques couvertes par des sites TREND.

La carte suivante³ présente la répartition des questionnaires ainsi que les taux de réponse selon les régions.

Description des populations

Répartition des usagers par classe d'âge et par sexe

La répartition des usagers par classe d'âge et par sexe, entre 2006 et 2012, montre en premier lieu que les femmes sont toujours moins nombreuses que les hommes (une femme pour quatre hommes) et qu'elles sont toujours plus représentées dans les classes d'âge les plus jeunes. En outre, les femmes suivent les mêmes tendances que les hommes en termes de classe d'âge, à savoir un renforcement des classes d'âge les plus âgées et à l'inverse une diminution des classes d'âge les plus jeunes. Par ailleurs, on note un « tassement » du vieillissement chez les hommes. À partir de 50 ans, en tout cas entre les deux dernières sessions, la proportion des hommes n'augmente plus, alors que le vieillissement des femmes continue de manière régulière. Par voie de conséquence, la différence d'âge entre hommes et femmes tend à diminuer entre 2008 et 2012.

Âge moyen par région

Les régions qui affichent le plus d'usagers âgés sont l'Ile-de-France, l'Alsace, Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon, PACA, les Antilles et la Guyane. Dans les régions Ile-de-France, Alsace, PACA, Antilles et Guyane, plus de 60 % des usagers sont âgés de plus de 34 ans. À l'inverse, dans certaines régions, les usagers sont beaucoup plus jeunes. Il s'agit en particulier de la Bourgogne, la Franche-Comté, l'Auvergne et le Nord-Pas-de-Calais, où plus de 20 % des usages sont âgés de moins de 25 ans.

Caractéristiques sociales

Nous avons calculé un score de précarité en nous appuyant sur la situation des usagers en termes de logement, de ressources et de protection santé. Cet indicateur nous a permis de classer les usagers en trois classes de précarité : faible, moyenne et forte. On constate que les classes d'âge les plus jeunes sont les plus fortement précaires. Ainsi, près de la moitié des usagers de moins de 25 ans sont classés dans la catégorie de forte précarité, notamment du fait de leurs conditions de logement mais aussi et surtout parce qu'ils n'ont pas accès au RSA.

Cinquante-sept pour cent des usagers des CAARUD vivent de prestations sociales. Vingt-sept pour cent ne bénéficient d'aucune ressource légale. Environ la moitié des usagers n'ont pas de logement de stable. Un sur six est sans abri et un sur dix vit en squat. Treize pour cent ne bénéficient d'aucune couverture santé ou ne savent pas s'ils en bénéficient. Il s'agit majoritairement d'étrangers en situation irrégulière ou d'usagers âgés de moins de 25 ans.

L'Ile-de-France et les départements d'Outre-mer (Antilles, Guyane) sont les régions qui comptent le plus grand nombre d'usagers fortement précaires en proportion.

Consommations

Les usagers ont été interrogés sur leur consommation au cours des trente derniers jours. Entre 2008 et 2012, les grands équilibres ne changent pas. Les substances les plus consommées sont le cannabis, l'alcool et les opiacés. On note tout de même quelques petites évolutions s'agissant des opiacés : la consommation de buprénorphine haut dosage tend à diminuer alors que la consommation de méthadone augmente. Ces chiffres prennent en compte la consommation qu'elle soit prescrite ou non. Les situations des usagers sont beaucoup trop complexes pour que nous puissions faire une distinction claire entre une consommation qui serait totalement thérapeutique et un mésusage. On observe en outre l'augmentation de l'usage des sulfates de morphine, souvent hors traitement de substitution. Par ailleurs, une augmentation de la consommation de cocaïne basée, notamment sous forme de free-base et une augmentation de l'usage des amphétamines sont constatées.

3. Voir : http://www.caarud-10ans.fr/2_Les_usagers_des_CAARUD_vus_a_travers_l_enquete_ENa_CAARUD_2012.pdf

Modes d'usage

Environ un répondant sur deux déclare un usage par injection dans le mois. Cette part est stable par rapport à l'enquête précédente. Il s'agit toujours de l'héroïne pour tous les usagers. En revanche, pour les usagers les plus jeunes, la palette des produits est beaucoup plus diversifiée. Ainsi, les amphétaminiques peuvent être des produits de première injection. La particularité des 24-35 ans est qu'ils ont, plus que les autres, commencé à injecter avec la cocaïne.

La pratique du sniff semble en décroissance, à l'exception de l'héroïne pour laquelle les usagers utilisent de plus en plus ce mode d'usage. À l'inverse, la pratique de l'inhalation à chaud tend à croître et devient très significative pour l'héroïne, la MDMA et l'ecstasy.

Les produits les plus injectés sont la morphine, le méthylphénidate (substance pour laquelle le nombre d'usagers est très restreint et la consommation localisée dans les régions du Sud-Est de la France), l'héroïne, la buprénorphine mais aussi la cocaïne et les amphétamines.

La part des usagers injecteurs est la plus élevée dans les régions du Limousin et de la Bourgogne. Nous n'avons pas d'explication spécifique à cette répartition, même si l'on peut remarquer que cette dernière recoupe quelque peu la carte de consommation des opiacés.

Les pratiques à risque

Mode d'administration

S'agissant des pratiques à risque liées à l'injection, on distingue le partage de seringue, le partage d'au moins un élément du matériel, et l'injection à l'aide d'un tiers. On remarque que la part des usagers qui partagent le petit matériel ou injectent à l'aide d'un tiers reste importante, en particulier chez les jeunes. Ainsi, 35 % des moins de 25 ans déclarent avoir partagé le petit matériel et 24 % avoir pratiqué l'injection à l'aide d'un tiers. Les autres facteurs de risque sont le fait d'être une femme et, à un moindre degré, le fait d'être classé dans la catégorie de forte précarité.

Point positif, le partage de la paille a diminué significativement entre 2008 et 2012. En revanche 47 % des usagers ayant inhalé à l'aide d'une pipe ou d'un doseur déclarent avoir partagé la pipe ou le doseur, soit un pourcentage encore très élevé.

Hépatites

Les données concernant l'évolution des sérologies positives déclarées pour l'hépatite C, chez les personnes qui ont injecté au moins une fois dans leur vie sont déclaratives et montrent une diminution des prévalences déclarées depuis 2006. La dernière édition de l'enquête Coquelicot confirme d'ailleurs cette baisse des prévalences biologiques. S'agissant du dépistage, il se poursuit à un niveau élevé et l'ancienneté des tests tend à décroître.

En matière de situations vaccinales déclarées pour l'hépatite B, 12 % des usagers déclarent avoir déjà été infectés par le VHB. 29 % des usagers déclarent ne pas connaître leur statut, 32 % déclarent être protégés par vaccination et 27 % ne sont pas protégés contre l'hépatite B.

Profils d'usage et d'usagers

Nous avons tenté de classer les répondants afin d'obtenir des profils d'usage et d'usagers. Trois catégories sont d'abord identifiées en termes de nombre de substances consommées : le quasi mono-usage pour une consommation d'un à deux produits différents ; le poly-usage modéré pour une consommation de trois à quatre produits différents ; le poly-usage affirmé pour une consommation de plus de quatre produits.

Au sein de la catégorie du poly-usage modéré, nous avons distingué deux groupes : les « insérés » sous TSO (entre trois et quatre produits différents consommés) et les « précaires traditionnels » (entre quatre et cinq produits différents consommés).

Les « insérés » sous TSO

Le premier groupe caractérise des usagers souvent bien insérés. Une grande part d'entre eux gagnent leur vie en travaillant et bénéficient d'un logement stable. Beaucoup d'entre eux vivent en couple. Ils consomment essentiellement des médicaments de substitution et aucune substance de la sphère festive (hallucinogènes, amphétamines, etc.). En revanche, environ un tiers d'entre eux consomment de la cocaïne. Ces usagers sont souvent en traitement, mais continuent à pratiquer l'injection. Ils fréquentent assez peu les CAARUD, mais davantage les CSAPA. Ce profil d'usagers se retrouve davantage au Centre et à l'Est de la France.

Les précaires « traditionnels »

Ce groupe comprend essentiellement des usagers de crack parisiens et des usagers dits « pauvres », dont la consommation est essentiellement centrée sur les médicaments. En termes d'opiacés, ils consomment essentiellement de la buprénorphine. Ils ne consomment aucune substance « festive ». Les usagers de crack parisiens affichent en outre une consommation significative de cocaïne basée. Enfin, ces usagers précaires « traditionnels » fréquentent assez assidûment les CAARUD. Ce profil d'usager se retrouve en majorité en Ile-de-France et dans la région PACA-Corse.

Au sein de la catégorie du poly-usage affirmé, on distingue deux groupes : les polyusagers opiacés et les polyusagers de profil « festif ».

Les polyusagers opiacés

Ce groupe comprend des usagers qui consomment entre cinq et six produits différents, mais dont la consommation est très centrée sur les opiacés. Soixante-quinze pour cent d'entre eux consomment de la méthadone. Un sur deux consomme également de l'héroïne et des sulfates de morphine. Un tiers d'entre eux consomment de la cocaïne basée. Ce groupe se caractérise par une grande proportion d'injecteurs et surtout une grande proportion de « partageurs ». Ces usagers fréquentent assidûment les CSAPA.

Les polyusagers « festifs »

Ces usagers ont eu, dans leur parcours, un lien particulier avec l'espace festif. Quatre-vingt dix pour cent d'entre eux consomment au moins une des substances de la sphère festive alternative. Ils consomment de nombreux produits. Ce groupe se caractérise par des prises de risque importantes : le partage, l'injection à l'aide d'un tiers, etc. Il compte en son sein ce qu'on appelait « les jeunes errants », mais qui ont probablement vieilli. On retrouve ces jeunes « en errance » dans le groupe des jeunes précaires.

Au sein de la catégorie du quasi mono-usage, on distingue deux groupes : les « anciens » et les jeunes précaires. Ces usagers consomment de l'alcool et/ou du cannabis, plus une autre substance.

Profils régionaux

Les opiacés

La part des usagers récents d'opiacés est particulièrement importante dans les régions suivantes : Centre, Bourgogne, Poitou-Charentes, Limousin, Auvergne, Rhône-Alpes, Alsace-Lorraine et Bretagne.

La part des usagers d'héroïne parmi les usagers d'opiacés est élevée au Nord-Est de la France et en Bretagne.

La part des usagers de sulfate de morphine parmi les usagers d'opiacés est élevée dans le Limousin et en Auvergne, et à un degré moindre dans les Pays de la Loire, le Poitou-Charentes, le Rhône-Alpes et le Languedoc-Roussillon.

Enfin, on note que parmi les usagers d'opiacés la part des usagers de buprénorphine est élevée dans les régions où la part des usagers de méthadone est la plus faible, et inversement.

Les stimulants et hallucinogènes

La part des usagers de cocaïne basée est particulièrement élevée en Ile-de-France (consommateurs de crack) et dans les Antilles/Guyane. Elle est également relativement importante dans les régions de l'Ouest de la France, qui sont marquées par une forte influence du festif alternatif.

La carte des usages d'ecstasy et/ou d'amphétamines montre l'influence du milieu festif, pas nécessairement alternatif, sur les usagers des CAARUD.

Enfin, la carte des usages d'hallucinogènes reflète clairement l'influence du milieu festif alternatif dans l'Ouest de la France.

Pour renforcer la visibilité des petites structures dans l'échantillon, nous mettrons en place lors de la prochaine enquête ENa-CAARUD en 2015⁴ une période de recueil différenciée entre les grosses et les petites structures. Je vous remercie de votre attention.

4. L'enquête ENa-CAARUD 2015 devrait démarrer le 7 septembre 2015.

Florent MARTEL
CAARUD Ruptures, Lyon

Je souhaite simplement formuler quelques remarques à la suite de cette présentation. Je précise d'emblée que je ne suis absolument pas un spécialiste de l'analyse statistique. Mes remarques ne chercheront donc pas à rivaliser avec l'expertise d'Agnès Cadet-Tairou mais s'attacheront plutôt à apporter un regard sur la place des praticiens, à la lecture de cette analyse statistique.

« Les CAARUD reçoivent en majorité des usagers qui, s'ils peuvent être suivis par le système de soins spécialisé ou non en addictologie, connaissent en général des usages moins maîtrisés que l'ensemble des consommateurs et vivent dans des situations sociales plus précaires. » Cette phrase, que j'ai reprise du document intitulé Tendances, confirme cette impression que nous avons sur le terrain, à savoir que les usagers des CAARUD ne représentent pas tous les usagers de drogues. La réduction des risques se construisant en direction des usagers de drogues, elle se doit donc de prendre en compte cette distinction entre usagers des CAARUD et usagers de drogues. A priori, parmi les usagers de drogues, ceux qui fréquentent les CAARUD sont ceux qui ont été amenés à pousser la porte de ce type d'établissement, soit du fait de leur consommation, soit du fait d'une situation sociale précaire.

« Par rapport à 2008, la structure de la précarité a légèrement évolué dans le sens d'un accroissement de la part des usagers les moins fragiles sur le plan économique. On passe de 20 % en 2008 à 24 % en 2012. » Ce constat, également extrait de Tendances, illustre le discours de santé publique appliqué à la réduction des risques par la création des CAARUD. Petit à petit, les CAARUD s'efforcent d'aller vers les usagers de drogues, et pas uniquement les usagers des CAARUD. Ce discours de la réduction des risques, érigé également en tant que discours de santé publique, me semble être un levier important dans notre défense d'une certaine vision de la toxicomanie ou des addictions. Il peut représenter un appui important pour lutter par exemple contre la vision de l'addiction comme une maladie en soi. En effet, si l'on met en avant cette approche de la réduction des risques en tant que discours de santé publique, on parvient à un discours qui s'adresse à tous et qui fonde l'addiction comme un phénomène qui concerne tout un chacun, et non uniquement les usagers les plus précaires.

Un point m'a également beaucoup intéressé. L'enquête montre qu'au sein du groupe des polyusagers opiacés, 27 % des usagers ont partagé récemment au moins un élément du matériel d'injection. Parallèlement, on note qu'ils fréquentent les CSAPA à hauteur de 63 %. Ce constat doit nous inciter à chercher à nouer des partenariats avec les CSAPA, et à poursuivre le développement des actions et des discours de réduction des risques dans ces établissements. Mon expérience de collaboration avec les CSAPA me fait dire que lorsqu'ils se trouvent confrontés à la mission obligatoire de réduction des risques, ils éprouvent quelques difficultés à traiter la problématique du matériel. Dans ce contexte, les CAARUD pourraient apporter leur concours aux CSAPA sur la façon dont ils peuvent évoquer la réutilisation possible du matériel. Cela pourrait constituer une porte d'entrée un peu moins anxiogène pour les CSAPA.

Enfin, j'ai également relevé que 5 % à 7 % ne déclarent aucune consommation de psychotropes. Ce chiffre confirme ce qui a été souligné ce matin par le Directeur général de la santé. Si à un moment donné, un certain nombre d'utilisateurs déclarent ne pas consommer de produits, cela ne signifie pas qu'ils n'en ont jamais consommés, ni qu'ils n'en consommeront pas à nouveau. Cela veut dire qu'ils sont, à un instant donné, en lien avec un CAARUD sans être consommateurs de produit. Cette situation renvoie à la pratique de la clinique de la rencontre que nous évoquions tout à l'heure. Les personnes peuvent rencontrer des intervenants des CAARUD, indépendamment du fait que leur consommation puisse varier et indépendamment du fait qu'ils passent un temps dans leur vie à ne pas consommer. Que le CAARUD puisse continuer à être un point d'appui, y compris dans le temps de non-consommation, cela me semble tout à fait essentiel.

Dans ce groupe d'usagers, il est distingué le profil des jeunes précaires en errance. Ces derniers sont décrits comme des personnes plutôt désaffiliées, qui s'intègrent dans un mode de vie très précaire. Cela confirme, à mon avis, l'hypothèse selon laquelle l'accueil en CAARUD peut aussi concerner les populations ayant adopté ce mode de vie. Je pense par exemple à des personnes qui ne consomment pas, mais qui viennent accompagner des usagers. À cet égard, je considère que la réduction des risques doit aussi s'intéresser ces personnes, du fait de la proximité des modes de vie et des produits.

Questions de la salle

Chloé HAMANT, laboratoire Triangle, IREPS Rhône-Alpes

Pourquoi avez-vous affirmé que l'injection en présence d'un tiers était une pratique à risque ? On pourrait aussi penser que la transmission d'un savoir-faire par les pairs serait une pratique plutôt positive.

Agnès CADET-TAIROU

Je ne suis sans doute pas la mieux placée pour répondre à cette question. Pour être plus précise, nous avons considéré que la pratique à risque était celle qui consistait à injecter avec l'aide d'un tiers. Cette pratique induit des manipulations qui peuvent entraîner la transmission de germes.

De la salle

Cette pratique peut accroître le risque de contamination manuportée, par exemple par l'application d'une main souillée sur le point d'injection.

Albert HERSZKOWICZ, DGS

L'injection par un tiers augmente bien évidemment les risques. D'ailleurs, ce sujet est au cœur de programmes tels que « Change le Programme ». Il reste encore un travail important à accomplir dans ce domaine pour les intervenants des CAARUD, autour des pratiques réelles d'injection et les représentations que se font les usagers de la manière dont ils injectent ou de la manière dont il faudrait injecter. Un vaste continent reste à explorer sur ce sujet.

QUELLES MISSIONS POUR LES CAARUD ? FOCUS SUR LES MISSIONS : « ACCUEIL PERSONNALISÉ » ET « ALLER À LA RENCONTRE DES USAGERS »



L'accueil personnalisé en CAARUD

Brigitte REILLER
CAARUD Planterose, Bordeaux

Les spécificités de l'accueil

Parmi les sept missions assignées aux CAARUD, figurent l'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé aux usagers de drogues. L'accueil est véritablement la colonne vertébrale du CAARUD. Il possède les spécificités

suivantes. En premier lieu, l'accueil se veut inconditionnel, même s'il ne l'est pas totalement puisque deux conditions s'appliquent : l'accueil concerne des usagers de substances psychoactives et impose le respect d'un minimum de règles du vivre-ensemble.

En second lieu, l'accueil est sans préalable en termes de consommation de l'utilisateur. Ce dernier peut franchir les portes du CAARUD, quelle que soit sa situation en matière de consommation. Il peut s'agir d'un usager qui ne souhaite pas soigner son addiction ou d'un usager qui fréquente un CSAPA et qui vient chercher des prestations spécifiques au sein du CAARUD.

En troisième lieu, l'accueil se fonde sur un bas seuil d'exigence. Personnellement, je n'aime pas vraiment ce terme. Quoi qu'il en soit, le seuil de la réduction des risques peut ponctuer le parcours de l'utilisateur tout au long de son soin.

Enfin, les CAARUD accueillent les usagers quelle que soit leur demande. D'ailleurs, certaines personnes fréquentent nos établissements alors qu'elles n'ont pas de demande précise.

Le principe général d'accueil est l'absence de jugement.

La construction de l'accueil

L'accueil se construit en équipe. Il nécessite une réflexion collective très importante, mais aussi une forte cohésion du service. L'équipe doit pouvoir s'accorder sur des grands principes, tout en gardant à l'esprit l'individualité des intervenants. Ainsi, certains usagers peuvent avoir des liens plus étroits avec certains professionnels qu'avec d'autres. Cette diversité est une richesse. Par ailleurs, l'accueil demande un ajustement permanent. En effet, d'un jour à l'autre, les profils des personnes qui fréquentent l'établissement évoluent, les situations ne sont jamais les mêmes. L'équipe doit donc rester toujours vigilante.

L'accueil personnalisé

L'accueil est une manière de recevoir l'autre, pour établir du lien et provoquer la rencontre. Il peut aussi favoriser le changement, notamment dans les prises de risque.

L'accueil peut être personnalisé de différentes manières : par rapport à l'utilisateur, à un groupe d'utilisateurs, etc. Il faut pouvoir recevoir l'utilisateur quel que soit son contexte familial, social, culturel, quels que soient les produits qu'il consomme, quel que soit le mode d'usage, et quelle que soit la temporalité.

Cette personnalisation de l'accueil permet au CAARUD d'accomplir sa mission de soutien et d'accès aux soins (soins de première nécessité, orientation sociale, orientation médicale, dépistage, prise en charge des maladies infectieuses, accès au matériel de réduction des risques) dans le but de favoriser le lien et le changement dans la prise de risque.

S'adapter aux évolutions

Les équipes des CAARUD doivent s'adapter en permanence à de multiples évolutions. Elles doivent d'abord s'adapter à des publics spécifiques. À titre d'exemple, le CAARUD de Bordeaux accueille depuis sept ou huit ans un public de migrants de Bulgarie. L'accueil de ce nouveau public nous a amenés à nous interroger sur nos pratiques : comment faire de la réduction des risques avec des personnes qui ne parlent pas français, dont la culture et les modes de vie sont différents ? Nous avons fait le choix de nous rendre en Bulgarie pour mieux comprendre ces populations.

Les équipes des CAARUD doivent aussi s'adapter à l'évolution des produits. Récemment, la présence d'une vague de méthamphétamine a été observée à Bordeaux laquelle a été accompagnée d'un regain de violences. Le CAARUD n'a d'ailleurs pas été épargné par cette recrudescence des violences. Quoi qu'il en soit, il doit en permanence s'informer sur l'évolution des produits.

Les équipes des CAARUD doivent également s'adapter au contexte socio-économique. À cet égard, nous avons constaté une précarisation de nos publics, une augmentation des jeunes usagers que nous appelons « punks à chien ».

Les équipes doivent en outre s'adapter à une augmentation des comorbidités psychiatriques. Nous devons accueillir des personnes dont les pathologies psychiatriques ne sont pas traitées, ce qui n'est pas toujours aisé.

Enfin, l'accueil personnalisé n'intervient pas uniquement dans l'enceinte de l'établissement. Il peut également se faire dans les squats, en milieu festif ou dans la rue.

Parler des produits

Le cœur du travail en CAARUD est aussi d'arriver à parler des produits. Cette démarche ne tombe pas nécessairement sous le sens. Pour parler des produits, différents outils sont à notre disposition :

- l'entretien individuel, même si généralement l'accueil est collectif ;
- le dépistage des pathologies infectieuses – le TROD (Test rapide à orientation diagnostique) est un très bon outil pour entrer en contact avec l'utilisateur, faire de la prévention et parler des produits ;
- les systèmes d'analyse de produits et d'alerte, de veille sanitaire ;
- les consommations intramuros ;
- les ateliers pratiques ;
- la distribution de matériel ;
- les groupes de paroles.

Il est également essentiel que les intervenants soient formés. En effet, on ne peut parler d'un produit dont on ne connaît pas bien les effets. On ne peut parler du matériel d'injection quand on ne sait pas l'utiliser. Si je reprends l'exemple du CAARUD où je travaille, nous avons fait venir l'année dernière Pierre Chappard⁵. Son intervention a permis à toute notre équipe de faire un véritable pas à avant en termes de connaissance des produits et matériels.

La place de l'utilisateur

Suivant les structures, l'utilisateur n'occupe pas partout la même place. Dans certaines structures, sans doute les plus avancées, il est intervenant.

Les usagers sont consultés au moins par le biais des Conseils de vie sociale. C'est un moyen de leur donner une place et de recueillir un avis pour adapter notre fonctionnement.

5. Coordinateur du Réseau Français de Réduction des risques et président de Psychoactif.

L'utilisateur est expert de sa consommation, des effets que lui font les produits. À cet égard, je considère que l'utilisateur et l'intervenant forment un couple expert : l'utilisateur est expert de sa pratique, l'intervenant doit être expert du matériel qu'il distribue. L'action conjointe de ce couple peut amener une diminution des prises de risque.

Au final, l'empowerment, la responsabilité et la responsabilisation des usagers sont des valeurs fondamentales que toutes les structures doivent s'efforcer de renforcer.

Conclusion

L'accueil est d'abord une question de posture de l'intervenant, une posture qui nécessite qu'il s'adapte continuellement et qu'il fasse preuve d'une grande motivation.

Par ailleurs, nous devons prendre garde à ne pas faire passer la précarité avant l'usage des produits. Les CAARUD ne sont pas forcément les seuls à traiter cette problématique de la précarité. En revanche, ils sont bien des spécialistes en matière d'usage de drogues et de réduction des risques. Je voudrais à ce titre évoquer la place de plus en plus importante que prend l'échange de matériel dans notre structure. Aujourd'hui, une grande pièce est dédiée à cette pratique, à la satisfaction des usagers comme des intervenants.

Ces principes doivent donc rester au cœur du dispositif des CAARUD.

Aller à la rencontre des usagers

Marie-Laure BEAUSOLEIL
CAARUD Tarn Espoir

Je suis la directrice du CAARUD du Tarn, formatrice spécialisée de formation initiale. J'ai été chargée, dès 1998, de développer la réduction des risques sur ce territoire.

Le CAARUD du Tarn

Le Tarn est un département de 377 000 habitants sur 5 700 kilomètres carrés. Il compte deux villes de plus de 40 000 habitants, Albi au nord et Castres au sud, cinq villes d'environ 10 000 habitants, et 300 communes.

Le CAARUD du Tarn a fait le choix de la pluridisciplinarité. Il emploie ainsi trois professionnels : un éducateur, une assistante sociale et une infirmière. Il propose trois points fixes d'accueil (un par bassin de santé) et est partenaire d'une cinquantaine de pharmacies. Il dispose par ailleurs d'une unité mobile, en place depuis deux ans et qui dessert quatre sites. Enfin, il fait appel depuis quelques mois à une équipe de bénévoles qui agit en milieu festif.

Les défis de la réduction des risques

Où se trouve le public ?

Afin de rencontrer le public le plus éloigné de la réduction des risques, nous avons fait le choix de recourir à une unité mobile.

Pour déterminer où était localisé le public, nous avons réalisé une enquête auprès des pharmaciens. Nous disposions déjà d'éléments d'information issus de nos pharmacies partenaires. Mais nous voulions accroître nos connaissances dans ce domaine car nous voulions toucher les personnes qui n'avaient pas accès à la réduction des risques.

Nous avons également utilisé la parole des usagers. En effet, les personnes qui fréquentaient le CAARUD prenaient parfois du matériel pour leurs amis ou connaissances.

Enfin, nous avons aussi interrogé les professionnels du sanitaire et du social.

Au final, nous avons pu identifier quatre sites à privilégier, tous localisés dans une ville de 10 000 habitants.

Sensibilisation et implication des acteurs

Avant de déployer notre unité mobile dans les sites que nous avons choisis, il nous a semblé important de rencontrer les acteurs de ces communes et de leur expliquer notre démarche. Il faut savoir que la réduction des risques est encore très méconnue, en particulier dans les zones rurales. Il subsiste sur ces territoires une vision encore très archaïque des consommateurs. J'ai donc pris mon bâton de pèlerin pour rencontrer les élus, afin de leur présenter notre démarche mais aussi pour les impliquer dans nos actions.

J'ai reçu un très bon accueil. Volontairement, je n'ai pas engagé la discussion en évoquant les produits illicites, sachant que la réduction des risques concerne aussi l'alcool et le tabac. J'ai donc choisi d'évoquer d'abord ces problématiques d'alcool pour ensuite aller vers les produits illicites. De même, s'agissant de l'échange de seringues, qui est un sujet sensible, j'ai choisi d'évoquer la protection des citoyens pour ensuite arriver à la protection des usagers.

J'ai également rencontré les gendarmes, sachant que ces derniers n'étaient pas très au fait de la réduction des risques. Je me suis retrouvée face à des gens très démunis, qui ne savaient pas comment aborder ce public d'usagers. Au fil du temps, nous avons réussi à nouer un véritable partenariat avec les gendarmes. Ces derniers nous alertent régulièrement, lorsqu'ils sont confrontés par exemple à des usagers de drogues en difficulté.

Enfin, nous avons rencontré tous les travailleurs sociaux en place sur les sites que nous avons ciblés.

Réalisation et ajustements

Les difficultés pratiques

Il a fallu ensuite trouver le camion adéquat et l'aménager. Puis, nous avons organisé des maraudes afin d'aller à la rencontre des usagers et les informer de notre présence. Les pharmaciens ont également constitué un bon relais.

Nous avons rencontré diverses difficultés. Une des difficultés, qui peut paraître anecdotique, est le climat. En été, les températures sont très élevées et le camion n'est pas climatisé. En hiver, il fait très froid et le chauffage du camion pose problème. Une autre difficulté est celle liée aux lieux de stationnements. Sur ce point, nous avons travaillé avec les usagers et les élus afin de trouver les meilleurs emplacements.

Les apports

Quels ont été les apports de notre unité mobile ? Elle a d'abord permis de toucher un public différent, un public qui ne fréquentait pas les CAARUD, un public de personnes plus insérées mais aussi de personnes très isolées.

Cette démarche nous a également permis de découvrir qu'il existait une pratique d'usage de crack basé dans le Tarn. Auparavant, nous n'en avions pas connaissance.

En 2014, l'unité mobile a accueilli une cinquantaine de personnes. Environ 20 % d'entre elles se sont rendues sur les lieux fixes d'accueil et sont aujourd'hui accompagnées par le CAARUD.

Enfin, en termes de partenariat, cette démarche a permis de resserrer les liens avec les élus, la gendarmerie mais aussi les travailleurs sociaux. Cela nous a d'ailleurs conduits à organiser des formations auprès des travailleurs sociaux et des agents municipaux.

La réduction des risques en milieu festif

Nous avons été alertés par la préfecture, les usagers eux-mêmes mais aussi des parents d'usagers, concernant le comportement à risque de nombreux jeunes sur ces lieux festifs. Pour information, le Tarn compte deux lieux très utilisés par le milieu festif et 17 groupes d'organisation de fêtes alternatives (tribes), soit un nombre très élevé.

Nous nous sommes interrogés sur la façon dont nous pouvions intervenir et toucher ce public du milieu festif. Nous n'avons pas de solution car nos moyens financiers étaient très limités. Cependant, nous avons la chance d'avoir des usagers fréquentant le CAARUD et très motivés pour exercer des actions bénévoles.

Nous avons donc choisi de recourir à ces personnes pour aller à la rencontre de leurs homologues. Pour cela, nous avons mis en place une formation très contraignante. Sur dix candidats au départ, seuls trois ont réussi à suivre cette formation jusqu'au bout et à devenir bénévoles. La formation compte huit modules et portent sur des

connaissances à la fois théoriques et pratiques. Elle comprend un volet sur le positionnement et le non-jugement, ainsi qu'une formation aux premiers secours. Suite à cette formation, les personnes peuvent, si elles le souhaitent, signer un contrat de bénévolat et se rendre sur les lieux festifs. Nous avons limité à les sorties à neuf par an et par équipe.

Regard transversal

Martine VALADIÉ-JEANNEL

Référente addictions à l'ARS Aquitaine

Je vais essayer de vous faire part de mes réflexions autour de ces deux exposés très riches.

À l'écoute de l'exposé de Brigitte Reiller, je me suis d'abord interrogée sur cette construction de l'accueil et sur le passage de l'utilisateur du CAARUD au CSAPA, et inversement. Comment imaginer et construire ce travail ensemble, entre CSAPA et CAARUD, pour ne pas avoir à recommencer de zéro à chaque fois ? C'est un enjeu important pour le fonctionnement de nos structures, mais aussi pour l'articulation de leurs actions respectives. Cela donne en tout cas à réfléchir, d'autant que les CSAPA assurent également des missions de réduction des risques.

Cela m'amène également à une réflexion sur la question des professionnels de l'accueil et du CAARUD plus globalement. Une équipe de CAARUD compte divers professionnels (des médecins, des éducateurs, etc.) et il se joue donc, à travers l'accueil des usagers, une pratique de « transprofessionnalité », de pluridisciplinarité. C'est une évidence : la culture des médecins n'est pas toujours celle des éducateurs ni celle des travailleurs sociaux. Pour autant, il s'agit bien de construire une réponse collective. Je m'interroge donc sur la façon dont cette pluridisciplinarité se construit dans les CAARUD. Nous avons beaucoup parlé des outils, mais il faut aussi se demander qui travaille autour des outils et comment. Je crois qu'il y a là un besoin d'avancer et de formaliser ces questions de formation des professionnels aux outils.

Il s'agit aussi de penser la façon dont on passe de l'angoisse à la méthode. Un intervenant sera confronté à d'autres cultures professionnelles mais aussi à des situations complexes. Comment se confronter à ce monde de la consommation de drogues ? Nous sommes tout de même dans une démarche où il faut aider l'autre à se penser d'autres rituels. Comment mener à bien cette mission quand on est soi-même dans des rituels professionnels ? Sur toutes ces problématiques, il est indispensable d'échanger.

Les exposés ont également mis en lumière des évolutions de pratiques. L'accueil est certes personnalisé, mais il est de plus en plus difficile. En effet, le monde des usagers évolue très rapidement, de nouveaux produits et de nouvelles pratiques apparaissent. Cette évolution des pratiques confronte les professionnels à une mise à jour de leur niveau de connaissance. S'agissant de l'adaptation aux publics, j'ai relevé qu'une équipe du CAARUD s'était rendue en Bulgarie pour mieux connaître ces migrants d'Europe de l'Est. Je ne sais pas si cette approche pourrait être généralisée, mais elle est intéressante. Elle montre que la connaissance des autres cultures est un travail dont les dimensions sont très larges. Par ailleurs, vous avez également évoqué les dispositifs d'observation. En Aquitaine, nous avons la chance de bénéficier du dispositif TREND qui permet de partager les connaissances et de construire un savoir collectif.

Marie-Laure Beausoleil a présenté l'expérience de l'unité mobile et ce travail avec le milieu festif, grâce notamment à l'implication des bénévoles. Il me semble important de réfléchir ensemble sur la façon dont on accompagne les professionnels tout au long de ces démarches d'adaptation permanentes. En d'autres termes, on ne peut pas laisser les professionnels se débrouiller seuls pour s'adapter en permanence. Nous devons aussi trouver des moyens pour les aider et les accompagner. Finalement, il ne faudrait pas que la réduction des risques n'aboutisse qu'à l'épuisement des professionnels.

Questions de la salle

Betty AZZOCAR, Chef de projet à la Mission métropolitaine de prévention des conduites à risque

Je souhaitais témoigner d'un travail que nous avons effectué avec les trois CAARUD de Seine-Saint-Denis. Nous nous sommes intéressés à la problématique de la professionnalisation. En effet, nous avons également fait le constat d'un besoin de qualification continue. Nous avons aussi observé un point qui n'a pas été mentionné : le fort turnover au sein des équipes de CAARUD. Cette situation a mis en évidence le travail très important qu'il reste à accomplir en matière de posture professionnelle. En effet, « aller vers » ne se réduit pas au seul déplacement ; c'est aussi aller dans le territoire de l'autre, avec tout ce que cela implique en termes de manière de faire. Cela ne s'apprend pas si facilement. Il faut pour cela partager les expertises. La formation est donc une question fondamentale, à tous les niveaux. Elle ne concerne pas uniquement les éducateurs spécialisés, mais aussi les infirmiers, les assistantes

sociales, les animateurs, etc. Il faudrait sans doute s'interroger sur la façon dont on peut sensibiliser ces professionnels à l'approche de la réduction des risques. Comment les inviter à venir dans ce type de structure ? En effet, un autre défaut est la valorisation de ce travail, qui est un travail de fourmi qui implique un engagement très fort des intervenants. Je voulais donc simplement témoigner de la nécessité de poursuivre cette réflexion et de continuer à soutenir les professionnels qui effectuent un travail extraordinaire tous les jours.

Albert HERSZKOWICZ, DGS

C'est exactement le sens de cette journée. Il s'agit en effet de valoriser le travail accompli. Concernant la formation, nous souhaiterions mettre l'accent sur celle dédiée à la réduction des risques, c'est-à-dire la connaissance des produits, des modes d'utilisation, des pratiques addictives. Toutes les questions qui tournent autour de la précarité ne doivent pas être négligées, mais la spécificité et l'expertise des personnels des CAARUD est bien la réduction des risques. C'est bien un champ que nous allons essayer de favoriser par tous les moyens. C'est le sens que la DGS, la Mildeca et d'autres veulent donner dans les années à venir.

Assurer un accueil personnalisé, c'est être capable de discuter de la manière dont la personne consomme des drogues et des risques associés à cette pratique. C'est pour cela que nous travaillons également sur de nouvelles trousse de prévention, de manière à être au plus près de ces pratiques.

Marie DEBRUS, Présidente de l'AFR et coordonnatrice du projet ERLI de Médecins du Monde

Je ne reviendrai pas sur ces questions de formation, une approche que je soutiens pleinement. La professionnalisation et l'institutionnalisation de la réduction des risques a eu pour effet que les professionnels sont aujourd'hui qualifiés mais n'ont pas forcément les compétences en matière de réduction des risques.

Je voulais revenir sur la place des usagers dans les équipes. Aujourd'hui, certains professionnels peuvent être des usagers, mais ils n'ont aucun intérêt à dire qu'ils le sont, au risque de se décrédibiliser. En parallèle, les usagers sont cantonnés dans une case dont ils ne peuvent pas réellement sortir. J'ai le sentiment qu'il s'est mis en place un schéma caricatural avec les professionnels d'un côté et les usagers de l'autre. J'aimerais savoir combien de personnes dans cette salle sont usagers dans leur vie privée. C'est une question à poser.

Par ailleurs, ce n'est pas parce qu'une personne est précaire qu'elle a besoin de la réduction des risques. J'ai le sentiment qu'on réduit parfois trop les CAARUD à la gestion des usagers précaires les plus visibles. C'est aussi un des défis que nous devons relever : sortir de cette vision selon laquelle les CAARUD gèrent les usagers précaires. Je rencontre souvent à la Gare du Nord des personnes qui utilisent le distributeur de seringues et qui, lorsqu'on les invite à se rendre au CAARUD, nous répondent : « Non, je ne suis pas de ceux-là. » Je rencontre souvent des usagers qui ne se reconnaissent pas en tant qu'usagers, mais comme des individus qui consomment. Il s'agit au fond d'une question d'identité : même s'il m'arrive de consommer, je n'aurai aucun intérêt à déclarer que je suis usager de drogue car je risquerai alors d'être mal perçu. C'est une question importante qu'il faut se poser et à laquelle il faut penser.



Albert HERSZKOWICZ

La présidence des travaux de l'après-midi sera assurée par Ezra Daniel, en charge de la réduction des risques, au sein du bureau de la DGS dédié aux pratiques addictives.

Ezra DANIEL

Je vous remercie. Au regard du retard pris, je vous propose, sans plus attendre, de débiter par un premier temps d'échanges, qui porte sur la présentation de trois outils pour les CAARUD.

DES OUTILS POUR LES CAARUD



Manuel Usage de cocaïne basée, crack, free-base. Guide de prévention

Catherine REYNAUD-MAURUPT
GRVS, Nice

Genèse du guide de prévention

Ma présentation porte sur le guide de prévention relatif à la cocaïne basée. Ce dernier s'adresse aux professionnels du dispositif spécialisé en addictologie (CAARUD, CSAPA, etc.). Il a pour objectif de faire le point sur :

- les connaissances scientifiques relatives aux effets et aux risques de la cocaïne basée ;
- les éléments sociologiques caractérisant les profils des consommateurs ;
- les bonnes pratiques professionnelles, en matière d'intervention précoce et de réduction des risques et des dommages inhérents à la cocaïne basée.

Le guide évoqué est le fruit d'un travail collectif. Son élaboration a été coordonnée par feu l'Association d'information et de ressources sur les drogues, les dépendances et le sida (AIRDDS) de Bretagne, laquelle avait demandé au Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale (GRVS) que je représente de rassembler des données en vue de sa rédaction. Ce projet a bénéficié de l'appui technique et du soutien financier de la Direction générale de la santé, grâce au fonds de concours mis à disposition par la Mildeca.

Le produit fini a été conçu en confrontant les données issues de la littérature scientifique à l'expérience d'une vingtaine de professionnels de terrain, connaissant très bien les usagers de cocaïne basée et réunis dans le cadre de plusieurs groupes de travail. Ils représentaient, dans le désordre, les associations suivantes ;

RESPADD ;
Médecins du Monde ;
Techno + ;
Spiritek ;
Bus 31-32 ;
la Fédération Addiction ;
AIDES ;
ASUD ;
Psychoactif ;
AFR ;
CEID ;
Cèdre Bleu ;
Clémence Isaure ;
Ego ;
Charonne.

Focus sur la cocaïne basée

Pour transformer de la poudre de cocaïne en cocaïne basée, il suffit de lui ajouter de l'ammoniaque ou du bicarbonate de soude. La cocaïne basée est destinée à être fumée et se présente sous la forme de petits cailloux (ou de grosses galettes). Ces derniers peuvent être appelés crack ou free-base.

Dans votre activité quotidienne auprès des usagers, il vous appartient de lutter contre un certain nombre de préjugés.

Préjugé n°1 : free-base et crack

Nombre d'usagers estiment que le free-base et le crack sont deux produits différents. Lorsqu'un usager prépare lui-même de la cocaïne basée, il la nomme free-base. Le plus souvent, il utilise de l'ammoniaque, car la préparation est plus aisée qu'avec du bicarbonate. Lorsque la cocaïne basée est directement vendue sous forme de cailloux, elle est appelée crack. La poudre est alors préparée avant la mise en vente, le plus souvent par adjonction de bicarbonate de soude : pour réaliser cette opération, il convient d'en avoir l'habitude.

Le crack ne diffère donc pas du free-base. Il est indispensable de combattre ce préjugé. En effet, certains usagers consomment du free-base, alors qu'ils ont une très mauvaise image du crack. Pourtant, force est de constater que certains, bien qu'ayant été informés, persistent à considérer que les effets du crack et du free-base sont différents. Plusieurs raisons peuvent expliquer ce point de vue :

■ des raisons sociales et culturelles

Le crack est souvent consommé par des populations en situation de grande précarité qui, faute de perspectives et d'obligations sociales, s'avèrent souvent des usagers compulsifs. Les usagers socialement insérés ne ressentent pas nécessairement un besoin irrépressible, devant satisfaire à certaines obligations. Ils en déduisent donc que le free-base et le crack sont deux produits différents.

■ des représentations répandues, opposant crack américain et free-base

Le crack américain a été rendu célèbre par la médiation de l'épidémie de crack ayant sévi aux Etats-Unis dans les années 80. Il était alors présenté comme un déchet de la cocaïne. Les préparateurs de free-base cuisinent la poudre de cocaïne pour en libérer « la base » et ainsi obtenir un produit supposément pur. Ainsi, le mot « purifier » est employé en lieu et place du mot « baser », et ce au sein de la quasi-totalité des groupes de consommateurs. De ce fait, il leur est difficile d'admettre que le produit qu'ils ont transformé pour le purifier est comparable à celui qui est qualifié de « déchet ».

■ la pharmacologie

Les effets ressentis peuvent être modulés ou altérés par les produits de coupe présents dans la poudre ayant servi à fabriquer le caillou.

Préjugé n°2 : « baser » permet d'obtenir une cocaïne pure

Le fait de « baser » la cocaïne ne permet pas d'éliminer les produits de coupe actifs au plan pharmacologique. Ceux de ces derniers, qui présentent des caractéristiques physicochimiques similaires à celles de la cocaïne, vont réagir au « basage » de la même manière que celle-ci. Citons la lidocaïne ou la caféine. Il est donc totalement faux de prétendre que « baser » la poudre de cocaïne permet d'obtenir une cocaïne pure, même si le caillou peut gagner en concentration de cocaïne. En effet, l'opération élimine tous les produits de coupe qui ne sont pas actifs au plan pharmacologique.

Risques infectieux

Le partage de la pipe et du matériel de préparation crée un risque avéré de contamination par les hépatites virales B et C. La consommation répétée entraîne souvent des lèvres gercées, ce qui peut en favoriser la transmission par le sang. Toutes les coupures, même minimes, sont des portes d'entrée pour les virus. Il est d'ailleurs recommandé d'insister sur le fait que la transmission du virus peut se faire par des micro-saignements invisibles à l'œil nu.

Si le contexte ne permet pas à chaque consommateur de disposer de sa propre pipe, ce dernier doit à minima veiller à utiliser des embouts personnels. C'est la raison pour laquelle il est nécessaire de mettre des kits base à disposition des usagers. Ces derniers Le kit base présente l'intérêt d'être à usage personnel, mais il a d'autres atouts qui peuvent être valorisés auprès des consommateurs pour faciliter son appropriation : par exemple, le tube en pyrex qui ne risque pas de se briser ou de se fêler.

Les consommateurs doivent également savoir qu'il n'est pas hygiénique de fabriquer une pipe à l'aide d'une bouteille en plastique ou d'une canette en aluminium, car elles peuvent se dégrader sous l'effet de la chaleur et créer des émanations toxiques.

Au-delà la contamination virale, d'autres risques pour la santé existent. L'ammoniaque, utilisée pour préparer le free-base, provoque de la toux, des nausées, des vomissements, des maux de tête et des irritations sévères des voies respiratoires. Aussi les usagers doivent-ils être incités à préparer le free-base à partir du bicarbonate de soude, moins problématique pour les bronches. Le guide réalisé comporte des indications permettant de cuisiner la cocaïne de cette manière.

Une population difficile à appréhender

Les consommateurs de cocaïne basée forment parfois une population invisible pour les acteurs du champ spécialisé. L'absence de demande de matériel ne signifie pas qu'il n'y a ni usager, ni besoin. Lorsque les outils de réduction des risques sont visibles, ils suscitent, d'expérience, une libération de la parole. Lorsqu'ils sont cachés, par crainte d'incitation, les personnes en ayant besoin n'osent pas forcément les demander.

Les usagers qui se rendent au sein des CSAPA pour suivre un traitement de pharmacodépendance aux opiacés peuvent ne pas signaler utiliser de la cocaïne ou de la cocaïne basée, car ce n'est pas la raison de leur consultation. De la même manière, nombre de jeunes consommateurs suivis dans le cadre d'obligations de soins attachées à d'autres produits (cannabis notamment) sont parfois également des consommateurs de free-base.

Il ne faut donc pas préjuger de l'absence de consommateurs. Il convient de mettre les outils disponibles à disposition, voire de créer une consultation spécifiquement dédiée à la consommation de cocaïne, pour que les usagers sachent qu'ils peuvent trouver un soutien et un accompagnement adaptés à leurs besoins. Cela peut vous permettre de constater que des personnes que vous suivez déjà consomment de la cocaïne. Cela peut également vous amener de nouveaux entrants.

Le guide réalisé est disponible en ligne et a été distribué par les ARS.

Ezra DANIEL

Je vous remercie. L'an passé à la même époque, le Directeur général de la santé avait envoyé une note d'information à l'ensemble des ARS, pour recommander aux CAARUD, dont la file active comportait des utilisateurs de crack, de se doter de l'outil kit-base.

Questions de la salle

Didier-Philippe DELANNOIS, CAARUD, Chalon-sur-Saône

Durant de nombreuses années, nous avons pensé que la Bourgogne était épargnée par le crack ou le free-base, jusqu'à ce que nous rencontrions un usager qui se définissait comme un « cuisinier ». Lorsque l'outil a été mis à disposition, nous avons constaté qu'il n'était pas un cas isolé et que nombre de « cuisiniers » estimaient purifier la cocaïne. Pour les inciter à utiliser du bicarbonate plutôt que de l'ammoniaque, il convient de leur dire que le temps qu'ils perdront de ce fait sera compensé par un temps de rinçage beaucoup plus court.

Ezra DANIEL

Je passe la parole à Chloé Hamant, qui va vous présenter le manuel dédié à la médiation sociale.

Chloé HAMANT

Laboratoire Triangle, IREPS Rhône-Alpes

Mon intervention porte sur un travail initié en 2013, suite à une commande de la DGS, qui entendait disposer d'éléments sur la construction de l'acceptabilité des lieux de réduction des risques. Il a été mené sous la direction scientifique de Gwenola Le Naour, Maître de conférences à l'Institut de sciences politiques de Lyon, avec la collaboration de Nadine Chamard-Coquaz.

L'objectif était de mesurer les conditions d'acceptabilité, par les voisins et riverains, d'un lieu de réduction des risques. En conséquence, il s'est agi :

- de mesurer les difficultés afférentes, en se rapprochant des riverains (voisins, habitants, commerçants, régies, gestionnaires de l'espace public) ;
- de recenser les solutions envisageables, à travers le recensement des bonnes pratiques et des stratégies déployées par les acteurs de terrain.

Le manuel « Médiation sociale » a été élaboré sur la base d'une recherche documentaire, d'une enquête de terrain et de la consultation d'un groupe d'experts de la réduction des risques.

Éléments de contexte

Les usagers de drogue sont perçus négativement. Ceux-ci, en effet, posent un certain nombre de problèmes aux habitants. D'aucuns forment des inquiétudes en matière de santé publique, considérant l'usager comme un malade. D'autres estiment qu'il contrevient à l'ordre social et qu'il constitue un délinquant.

Ces problématiques soulèvent la question de la responsabilité. Un usager de drogue doit-il être considéré comme responsable, ou pas, de sa consommation ? Sur le plan de la santé publique, il ne l'est pas, puisqu'il est malade et présente une réelle vulnérabilité sociale. Pour les tenants de l'ordre social, il est responsable de sa situation, étant un usager de drogue par choix et manque de volonté.

En conséquence, pour renforcer l'acceptabilité des lieux de réduction des risques, il convient de travailler sur les deux dimensions susmentionnées, avec plusieurs déclinaisons :

■ s'inquiéter pour autrui

En la matière, les préoccupations des riverains sont à la fois citoyennes, morales, voire religieuses.

■ une entrave à sa propre liberté

D'aucuns considèrent que la présence d'usagers de drogue, en créant de l'insécurité, réduira leur liberté d'aller et de venir en toute sécurité, dans l'espace public et dévalorisera leur quartier.

Pour les tenants de la santé publique ou de l'ordre social, le plaisir ressenti par les usagers de drogue est parfois difficile à appréhender. Nombreux sont ceux qui considèrent également que la création d'espaces de consommation favorise et entretient la dépendance.

La place des usagers

En pratique, nombre de lieux de réduction des risques essaient de se rendre invisibles aux yeux des habitants, par souci de protection des usagers de drogues. Pour cela, ils arborent des façades neutres, s'efforcent d'éviter les attroupements. D'aucuns, pour cela, ont installé, en leur sein, des fumoirs, pour limiter les allers et retours sur la voie publique. En parallèle, ils essaient d'être reconnus au plan institutionnel, à travers les médias, des inaugurations ou des journées portes ouvertes.

La place de la médiation sociale

À l'origine, le guide ne portait pas uniquement sur la médiation sociale. Celle-ci en est toutefois devenue le fil rouge. En amont, elle exige le suivi d'un timing très précis, afin de répondre aux questions suivantes : que dire ? à qui ? à quel moment ?

Il convient également de la maintenir dans le temps, que ce soit auprès des habitants et des partenaires. Elle doit également s'adresser aux usagers.

L'importance du maillage partenarial institutionnel

Le maillage partenarial institutionnel doit être activé en permanence. À défaut, apparaissent des difficultés, par exemple liées à un manque de réactivité en cas de changement de locaux ou de conflits.

Ce maillage associe, aux côtés de l'Agence régionale de santé, deux grands types de partenaires :

■ les collectivités territoriales

Elles jouent un rôle très important, pour aider les lieux de réduction des risques à s'implanter. Elles sont également impliquées dans la gestion des espaces publics (propreté, aménagement des abords).

■ les forces de l'ordre

Nombre d'expériences ont été menées au Québec : elles démontrent qu'il convient de travailler en collaboration étroite avec les forces de l'ordre, pour prévenir des problèmes ultérieurs.

Questions soulevées par les travaux menés

Les travaux menés ont permis de faire émerger un certain nombre de questions. Comment permettre aux lieux de réduction des risques de rester invisibles, afin de répondre à des injonctions politiques et d'éviter que les usagers de drogues soient stigmatisés par les riverains ? Quid de l'évolution de la représentation qu'a la population « générale » des lieux de réduction des risques ou des usagers de drogue et de leur droit à être considérés comme des citoyens « normaux » ? Si les choses évoluent au sein de certaines sphères, ce n'est pas toujours le cas parmi la population générale. Pour adresser ces champs, il convient de penser à court terme, mais également à long terme.

Qu'est-ce que la médiation sociale ? Elle intègre un certain nombre d'expériences et de savoir-faire, qui n'ont pas nécessairement été documentés et théorisés. La médiation sociale s'entend-elle vis-à-vis des partenaires ou vis-à-vis des usagers ? Comment faire intervenir les usagers de drogue dans la médiation sociale ?

Quelques outils

Les travaux menés ont donné naissance au guide « Faire accepter les lieux de réduction des risques ». Pour l'heure, ce dernier est simplement disponible sur le site Internet de la DGS et de la Fédération Addiction⁶. Il comprend un certain nombre de recommandations, concernant :

- les conditions d'installation d'un lieu de réduction des risques ;
- les discussions avec les différents partenaires.

Un service d'accompagnement financé par la DGS est désormais disponible, pour travailler sur les problématiques de médiation sociale et de maillage partenarial. Il vous permet également de solliciter notre aide, pour faire face à des difficultés ponctuelles. Enfin, la question de la médiation sociale doit encore être travaillée, avec l'objectif d'aller vers « un mieux vivre ensemble ».

Questions de la salle

Catherine DUPLESSY, Directrice de l'association SAFE

À l'occasion de précédents échanges, avait été évoquée la présence, au sein des lieux de réduction des risques, d'automates dédiés à l'échange de seringues. Sur ce plan, la mise à disposition est difficile, nombre de municipalités rechignant à respecter les accords associés. Alors qu'au début des années 2000, leur installation avait bénéficié d'un réel élan, ce n'est aujourd'hui plus le cas. Enfin, il nous est difficile, depuis deux ou trois ans notamment, de travailler avec les forces de l'ordre.

Dorothée PIERARD, chef de service au sein du CAARUD d'EGO

EGO a pris le parti de rendre un lieu de réduction des risques très visible. Elle participe aux conseils de quartier, à un collectif associatif et avait ouvert un jardin partagé, notamment accessible aux habitants.

6. <http://www.federationaddiction.fr/faire-accepter-les-lieux-reduction-risques-enjeu-quotidien/>

Un espace du CAARUD est dédié à des expositions de tableaux produits par les usagers de drogue, qui ne doivent pas être réduits à une source de nuisances. Il convient de montrer qu'ils peuvent également participer à la vie d'un quartier.

Chloé HAMANT

Oui. L'un des objectifs est, effectivement, de sortir les usagers des lieux de réduction des risques. Pour cela, il nous faut essayer de les rapprocher des habitants. À cette aune, je vous remercie pour ce témoignage.

Elisabeth AVRIL, GAIA

Je me retrouve dans votre intervention, puisque l'implantation de notre salle de consommation a créé un certain nombre de difficultés. Certains élus rechignent à mettre en place des lieux de réduction des risques, ce qui place les petites structures en difficulté.

S'agissant des riverains, il me semble tout à fait indispensable de jouer le jeu de la transparence, à l'image de ce que fait EGO. Lors de l'implantation de notre salle de consommation ainsi, nous avons fait le choix d'inviter les riverains à prendre des renseignements par Internet. Pourquoi ne pas les impliquer encore davantage dans l'installation du dispositif ? Ainsi, j'avais regretté que le comité de pilotage de notre salle de consommation n'accueille pas de riverains. Or leur implication peut permettre de désamorcer un certain nombre de situations, à défaut de susciter l'adhésion.

Il y a eu, une journée Portes ouvertes a été organisée au 39 boulevard de la Chapelle. Deux riverains nous ont insultés. Il n'en demeure pas moins que d'autres sont venus simplement pour discuter. Quoiqu'il en soit, l'acceptabilité des lieux de réduction des risques prend du temps : or ce dernier manque souvent à nos structures.

Chloé HAMANT

Absolument.

Elisabeth AVRIL

Il convient de travailler avec le monde politique dans une perspective de long terme. Malheureusement, cette dimension est parfois délaissée.

Daniel GARNIER, Directeur de l'hôpital Triangle, Nantes

À Nantes, le CAARUD a été assigné en justice. Ses représentants devront se présenter devant le tribunal lundi prochain. En effet, le syndic de copropriété a décidé de dénoncer le bail commercial signé. Il conteste le caractère commercial de ce dernier, le local utilisé étant à usage social. Les propriétaires considèrent que l'immeuble a perdu de la valeur. Les riverains, qui comprennent la finalité des lieux, ne souhaitent toutefois pas qu'ils soient implantés à proximité de chez eux.

Existe-t-il, au plan juridique, un type de bail permettant de lever ce type de difficulté, en ville ?

Un intervenant, House Escape

Au préalable, je tenais à vous remercier pour la qualité des documents remis. En 2012 au moment de notre déménagement, nous avons appris que nous allions être expulsés de l'immeuble que nous occupions par la copropriété. Nous nous étions alors aperçus de toute l'importance de la médiation. Nous avons notamment pris la décision de quitter le centre-ville pour nous protéger davantage. Pour information, nous n'avons obtenu aucun soutien des politiques locaux.

À l'ouverture du CAARUD, nous avons décidé d'organiser une journée Portes ouvertes. Nous avons présenté notre structure comme étant dédiée à l'accueil de publics en difficulté, sans faire référence à la toxicomanie.

Caroline PRUVOST

Directrice de Prévention et Soins des Addictions, CAARUD, Nice

Les plaintes des riverains font partie intégrante du quotidien des équipes qui travaillent en CAARUD. Celles-ci accomplissent un travail exceptionnel, dans des conditions parfois très difficiles. Il est donc indispensable de valoriser leur travail et de leur proposer des temps de formation et de réflexion : en effet, elles ont besoin de prendre du recul par rapport à leur vécu quotidien.

Depuis deux ou trois ans, nous avons mis en place, à l'attention des riverains, un cahier de plaintes et de doléances. En effet, cela permet de conserver une trace des problèmes rencontrés et de les amener à réfléchir et de faire entendre leur voix. Généralement, ils sont rappelés par les chefs de service ou par mes soins.

Grâce au soutien de la ville de Nice et de la Mildeca, nous bénéficions du support d'une médiatrice, qui va malheureusement prendre fin. À cette aune, je tenais à poser la question suivante aux représentants de la DGS : comment considérez-vous la médiation sociale dans les missions d'un CAARUD ? Cette médiatrice, à temps plein, travaille au sein du CAARUD. Elle participe à des réunions partenariales spécifiques et m'accompagne à certaines réunions institutionnelles, parfois en présence d'élus et de dirigeants. Elle est quotidiennement en contact avec les responsables des territoires cantonaux.

L'apport de la médiatrice constitue un outil fabuleux, mais néanmoins non pérenne, alors qu'il est inscrit dans le décret d'application sur la médiation sociale. Lorsque j'interpelle l'ARS sur le sujet, celle-ci peine à me répondre. La Préfecture, pour sa part, renvoie au droit commun et considère que le financement est du ressort de l'ARS. Quid du financement de la médiation sociale ?

Thamila AIT ALI, Association Coordination Toxicomanies

Coordination Toxicomanie est une association de médiation sociale. Nous avons fait le choix de rendre l'accueil individuel et personnalisé : il n'en demeure pas moins que des riverains restent mécontents. Il convient de discuter avec ces derniers, pour qu'ils acceptent la présence d'usagers de drogues dans l'espace public.

Albert HERSZKOWICZ

Force est de constater que la présentation de Chloé Hamant a suscité de nombreuses réactions. Le travail réalisé couvre les problématiques soulevées : il doit toutefois se poursuivre. La médiation sociale, enfin, figure effectivement parmi les missions officiellement confiées aux CAARUD.

Les nouveautés sur le dépistage : TROD (Tests Rapides d'Orientation Diagnostique) & dépistages VIH/VHC/VHB

Bernard FALIU

MISP, chef du Bureau infections par le VIH, IST et hépatites à la Direction générale de la santé

Enjeux du dépistage

Un TROD est un test qui permet de donner, en 30 minutes, un résultat. Test d'orientation, il doit systématiquement être confirmé par un test classique s'il s'avère positif. Les enjeux du dépistage sont les suivants :

- réduire le pourcentage de personnes ignorant qu'elles sont infectées, puisque l'enquête de prévalence conduite par l'INVS en 2014 avait montré que 45 % des personnes ayant contracté l'hépatite C l'ignoraient ;
- atteindre les personnes éloignées de structures de prévention ou de soins
- détecter le plus précocement possible (avant les complications) une maladie souvent silencieuse pendant des années ;
- initier une prise en charge précoce des patients, et ce d'autant plus que de nouveaux traitements efficaces et mieux tolérés sont disponibles pour le VHC et que les traitements actuels permettent de contrôler le VIH ou le VHB ;
- conseiller les personnes dépistées dont les tests sont négatifs et, selon les facteurs de risque, proposer une vaccination contre l'hépatite B.

Intérêts et limites des TROD

Les TROD présentent l'intérêt :

- de constituer une alternative au prélèvement veineux, parfois difficile à réaliser ;
- d'afficher des performances très satisfaisantes (sensibilité / spécificité / VPP / VPV) ;
- d'être faciles à utiliser avec peu de manipulations ;
- de ne pas nécessiter d'équipement technique spécifique ou de maintien de la chaîne du froid ;
- d'être réalisables au plus près des personnes ;
- de produire des résultats très rapidement.

En revanche, ils présentent un certain nombre de limites, à savoir :

- le nécessaire suivi, par les professionnels « trodeurs », d'une formation ;
- une lecture « subjective » du résultat, qui peut varier en fonction de l'opérateur ;
- l'absence de traçabilité du test réalisé ;
- l'observation d'un délai de 3 mois, par rapport à une situation à risque, pour assurer la fiabilité des résultats ;
- la nécessité d'avoir un circuit d'élimination des déchets d'activité de soins à risques infectieux (DASRI).

Il est à noter, concernant l'hépatite C, que les tests rapides ne détectent que les anticorps anti-VHC sur « sang capillaire ou liquide cravculaire (salive) » et ne permettent donc pas de savoir si la personne porte encore le virus ou pas. Enfin, si un TROD s'avère positif, il convient de prévoir un contrôle sérologique classique.

Focus sur le TROD VIH en dépistage communautaire

Dans le cadre d'un programme expérimental initié en 2011, plusieurs associations répondant à un appel à projets ont obtenu un financement leur permettant de réaliser des tests VIH auprès d'un certain nombre de publics, à savoir :

- les homosexuels de sexe masculin ;
- les migrants ;
- les usagers de drogues par voie intraveineuse ;
- les personnes pratiquant la prostitution.

Dans ce cadre, les 63 associations retenues devaient avoir été habilitées par l'ARS, qui validait la conformité du programme suivi au regard du cahier des charges figurant dans l'arrêté correspondant. Au cours de l'année 2013, 2 874 tests ont concerné des usagers de drogues, soit 5 % du nombre total de tests réalisés. Ils ont été dispensés au sein de CAARUD d'AIDES et d'autres CAARUD. En pratique, il est apparu que les homosexuels de sexe masculin étaient ceux qui présentaient, de loin, le taux de positivité le plus important.

Un prestataire externe, sollicité par la CNAM, a conduit une évaluation de l'approche susmentionnée. Il a identifié les points forts suivants :

- la bonne acceptabilité du dépistage par TROD auprès des usagers de drogues ayant adopté la réduction des risques ;
- un ciblage de la population des usagers de drogues assez aisé, grâce aux structures médico-sociales spécifiques.

En contrepartie, il a mis en évidence les points faibles suivants :

- une opportunité du TROD VIH moins évidente chez les usagers de drogue, du fait d'une épidémie de VHC plus préoccupante ;
- des structures (CAARUD, CSAPA) pas toujours identifiées comme des lieux de dépistage ;
- des interventions « hors les murs » touchant un public plus éloigné, mais nécessitant davantage de ressources humaines.

TROD Hépatite C

En France, deux tests avec marquage CE sont disponibles. Ils ont été évalués par l'ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament) et le CNRH (Centre National de Référence Hépatites virales B, C et delta). Le premier, OraQuick® HCV, peut se faire à l'aide de prélèvements de sang ou de salive. Le second, Toyo® HCV, exige la réalisation de prélèvements sanguins.

Réglementation

L'arrêté du 9 novembre 2010 a autorisé, pour la première fois, du personnel non médical et associatif à procéder à des TROD. Il portait sur le VIH. Suite à sa parution, deux appels à projets ont été lancés et des crédits ont été obtenus auprès du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS). Suite aux expertises de l'ANSM et du CNRH susmentionnées, la Haute autorité de santé a produit une synthèse, rendue publique en mai ou juin 2013. Sur cette base, il a été décidé de promulguer deux arrêtés.

Le premier modifiera l'arrêté de juin 2013. Celui-ci, listait l'ensemble des signaux ne relevant pas de la biologie, mais pouvant être du ressort de certaines professions de santé (sage-femme, médecin généraliste, infirmier et pharmacien). Afin d'intégrer les nouveaux tests en lien avec l'hépatite C, un 2ème arrêté rendra l'utilisation des TROD VHC possible par des non professionnels de santé dans le secteur associatif, ainsi que dans des établissements médico-sociaux (CAARUD par exemple). Les associations intervenant dans le champ de la prévention devront recevoir une habilitation. Les établissements médico-sociaux, pour leur part, bénéficieront d'une autorisation complémentaire. Les deux arrêtés intégreront aussi les TROD VIH.

Les textes ont été rédigés et les premières consultations, internes et externes, ont été lancées. Ils devront être validés par le Cabinet, avant d'être soumis à l'aval de l'Union européenne, qui disposera de trois mois pour former des demandes de modification ou des compléments d'informations.

Les CAARUD et les CSAPA bénéficient, en matière médico-sociale, d'un financement pérenne. Une circulaire relative à l'ONDAM médico-social diffusée en novembre 2014 adressait notamment la mise à disposition, au sein

des CAARUD, de TROD VIH, avec un budget annuel de 100 000 euros. En 2015, le déploiement des TROD VIH au sein des CAARUD devrait se poursuivre. Débutera également la phase de mise à disposition de TROD VHC au sein des CAARUD et des TROD VIH au sein des CSAPA.

Les TROD associés à l'hépatite B ont pour leur part pris un peu de retard. La Haute autorité de santé a été saisie de cette problématique : à la date d'aujourd'hui, seul un test semble disponible, ce qui rend l'établissement de comparaisons difficile.

Exemples d'études en cours

Aujourd'hui, les TROD VHC, qui ont un marquage CE, peuvent être utilisés dans le cadre de recherches validées et déposées. SOS Hépatites a mené une étude de l'utilisation du TROD VHC à des fins de dépistage au sein de 18 CAARUD et CSAPA. Ce travail a démontré l'intérêt de cette démarche, les TROD pouvant être pratiqués sur place, sans prélèvement veineux ni seringue et produisant des résultats rapides. À l'inverse, il a mis en évidence un certain nombre de difficultés, liées au temps nécessaire avant et après la réalisation d'un test, la nécessaire confirmation du test en CDAG par exemple et les difficultés d'accompagnement vers le soin.

Le Réseau Hépatites Languedoc-Roussillon a engagé une action de dépistage en CAARUD et en CSAPA, avec intégration de tests buvardés (VHC et VHB).

Récemment enfin, a débuté l'étude CUBE, en lien avec l'ANRS. Elle porte sur l'acceptabilité d'une offre globale de dépistage rapide VIH / VHC / VHB et d'une proposition de vaccination contre le VHB en milieu associatif et médicalisé, auprès de trois publics prioritaires : usagers de drogues, migrants et homosexuels de sexe masculin⁷.

Questions de la salle

Pascale BRACHET, Directrice de l'Association OPPELIA, Le Havre

Les TROD sont, sur le plan technique, des outils simples à utiliser. Néanmoins, ils exigent la prise d'un certain nombre de précautions, en matière d'accompagnement, tant au plan interne qu'externe. Le TROD VIH suppose l'obtention d'une habilitation, selon un processus très complexe.

En Haute-Normandie, trois associations sont habilitées à réaliser des TROD VIH, lesquels bénéficient d'une autorisation de mise sur le marché, ce qui n'est pas le cas des TROD VHC.

De fait, les associations, dans leur grande majorité, ne réalisent pas aujourd'hui de TROD.

Bernard FALIU

Le chapitre dédié à la formation de l'arrêté en cours de révision insistera sur l'accompagnement des personnes et le conseil. En pratique, les dispositifs médicaux évoqués disposent d'un marquage CE : aussi peuvent-ils être utilisés par des médecins et des pharmaciens en laboratoire (biologistes médicaux), voire dans le cadre d'un projet de recherche (SOS Hépatites). L'arrêté ouvrira cette possibilité à des non-professionnels de santé : mais il ne fera aucune obligation aux CAARUD ou aux CSAPA.

Si les TROD constituent un outil simple à utiliser, l'organisation à déployer en regard ne l'est pas. Elle devra prévoir un système d'accompagnement vers un lieu de dépistage. Ainsi, par exemple un malade le souhaitant pourrait donner son numéro de portable et être rappelé par un médecin dans un délai de 24 heures.

Jean-Philippe JULO, coordinateur de deux CAARUD localisés à Nancy et à Metz, pour l'association AIDES

AIDES dispose, dans le domaine du dépistage rapide du VIH, d'une expérience de trois années, voire plus en tenant compte des expérimentations conduites précédemment. Elle s'appuie sur une expérience locale extralégale, impliquant, à Nancy, le CAARUD AIDES, le CAARUD d'Echanges, le CSAPA de la Maison des Addictions. Dans ce cadre, a été nouée une collaboration avec le service de gastroentérologie du CHU de Nancy, autour de la mise à disposition des tests de dépistage rapide du VHC au sein des trois structures susmentionnées. L'objectif était de favoriser l'accompagnement des usagers de drogues souffrant du VHC, avec mise en place, au sein du service précité, d'une consultation leur étant dévolue.

7. <http://www.iplesp.upmc.fr/eres/index.php/les-projets-de-recherche/8-projets-de-recherche/58-etude-cube>

Cette démarche a produit des résultats extrêmement positifs, permettant à nombre de personnes d'accéder à un premier suivi médical. Enfin, nous attendons l'outil évoqué avec une grande impatience, car il permettra aux CAARUD d'amener les usagers de drogues vers le dépistage et de mieux accompagner les malades au quotidien, dans une démarche de soins.

Patrick FAVREL, SOS Hépatites Paris

La situation est, en réalité, paradoxale. Alors que les TROD présentent normalement l'intérêt d'être rapides, ils prennent, pour les hépatites, énormément de temps. SOS Hépatites ne pratique aucun embargo sur les TROD VHC. Elle a pu proposer un certain nombre d'études et de recherches qui ont permis à des structures de participer à ses interventions.

Le planning projeté opère, pour les années 2015, 2016 et 2017, un glissement « curieux ». Alors que les TROD ont fait leurs preuves, il ne fait aucun sens de ne pas procéder plus rapidement.

Bernard FALIU

Le planning prévu pour le développement sur plusieurs années, des TROD en CSAPA et CAARUD, est budgétaire et lié à l'ONDAM médico-social. Il ne repose pas sur des considérations scientifiques. Les TROD VHC ont été validés par la HAS. De ce fait, il convient, sur cette base, de procéder à des déploiements rapides. Il est prévu de permettre aux CAARUD et aux CSAPA, à travers une extension de leurs autorisations, de recourir, s'ils le souhaitent, aux TROD.

CAARUD : NOUVEAUX ENJEUX, NOUVEAUX DÉFIS



Le milieu rural

Stéphanie LEFEVRE
CAARUD Le Sémaphore Ardèche

Bonjour à toutes et à tous. Le CAARUD Le Sémaphore est géré par l'ANPAA, qui est responsable de la gestion de CAARUD dans 10 départements et de 80 CSAPA. Je suis chargée de prévention et art-thérapeute. À ce titre, j'interviens au sein de groupes thérapeutiques et je travaille avec des CSAPA dans la Drôme et dans l'Ardèche. J'essaie de faire de même au sein des CAARUD, même s'il est difficile de constituer des groupes.

L'Ardèche est un territoire rural, sans gare SNCF, ni réseau autoroutier. Seules quatre de ses villes accueillent plus de 10 000 habitants. La densité de sa population est faible, avec un taux de précarité élevé.

Le CAARUD Le Sémaphore

Le CAARUD Le Sémaphore est jeune, puisqu'il a fait l'objet de trois arrêtés d'autorisation en 2010 pour Annonay, en 2011 pour Aubenas et en 2012 pour Tournon. Depuis le mois de janvier, ces trois structures ont été regroupées au sein d'un CAARUD unique.

Le CAARUD s'appuie sur 2,5 ETP, ce qui est très peu au regard de l'étendue du territoire à couvrir. Ainsi, il faut cinq heures pour aller d'Annonay à Aubenas. Il dispose de locaux à Annonay et Aubenas et s'appuie sur des permanences assurées par un camion. Ce dernier permet notamment de procéder à des interventions en milieu festif.

Enjeux et difficultés

Le CAARUD Le Sémaphore s'adresse à des usagers isolés, pas toujours motorisés, vivant souvent loin de ses antennes, ainsi que des saisonniers, qui sont difficiles à suivre dans la durée.

Au sein des petites villes, l'anonymat est relativement difficile à préserver, ce qui pose la question de la visibilité des locaux. Le choix a toutefois été fait d'une implantation en ville, par souci d'accessibilité.

Dans les territoires ruraux, le bouche-à-oreille est extrêmement important. Les usagers de drogues ont ainsi besoin d'être rassurés par d'autres personnes du respect de l'anonymat. Enfin, l'ANPAA a la charge de la gestion des CSAPA au sein de l'Ardèche, ce qui simplifie la création de liens.

Moyens mis en place

Des permanences sont effectuées dans les locaux de certains CHRS pour accueillir un public CAARUD. Des liens ont également été noués avec le CSAPA géré par l'ANPAA Ardèche : dans ce cadre, une infirmière et une éducatrice travaillent sur les deux structures évoquées (CAARUD et CSAPA).

Ponctuellement, des saisonniers ayant transité par le CAARUD peuvent être orientés vers d'autres CAARUD au gré de leurs déplacements, voire à l'association Safe. Enfin, le CAARUD mobile (camion) permet :

- d'optimiser les déplacements nord/sud ;
- de proposer des temps de permanences hors CHRS ;
- d'aller à la rencontre d'usagers difficilement mobiles ;
- de proposer une démarche de réduction des risques dans des secteurs enclavés ;
- de récupérer davantage de matériel souillé ;
- d'intervenir en milieu festif.

Il est souvent garé en périphérie des villages et permet d'ouvrir un dialogue avec les usagers de drogues.

Typologie des usagers

La file active, en 2014, se composait de 140 usagers, principalement âgés de 18 à 25 ans et de 35 à 45 ans. Elle comprenait 25 % de femmes, souvent en couple et se présentant avec leur conjoint. 30 % des usagers bénéficient de traitement de substitution. Dans l'Ardèche, la file active accueille de 50 à 60 % de nouveaux usagers.

Matériel distribué et récupéré

Entre 2012 et 2014, la file active est passée de 114 à 140 usagers. Le nombre de seringues distribuées est passé de 26 500 à 82 507 et le nombre de seringues récupérées de 13 400 à 41 090.

En pratique, il apparaît que les messages en lien avec la réduction des risques sont désormais mieux compris, les usagers réguliers réutilisant moins leur matériel que par le passé. Certains usagers jouent un rôle de relais, prenant du matériel pour d'autres personnes. Enfin, est à noter un accroissement, dans la file active, du poids des « gros injecteurs ».

Conclusion

Les zones rurales ou semi-rurales présentent deux réalités. Elles accueillent des usagers bien implantés mais difficiles à contacter, ainsi que des saisonniers, qui sont mobiles par définition. Elles exigent des structures qu'elles aillent vers les usagers et qu'elles proposent des lieux de permanence diversifiés et couvrant le territoire. Cela nécessite cependant une équipe sur le terrain suffisamment importante, et suffisamment de matériel à distribuer pour répondre aux réalités des usagers. Il est indispensable de veiller au respect de l'anonymat, à travers la fixation de points de rendez-vous en périphérie des villes ou des villages (camion). En outre, la principale problématique renvoie au contact des usagers de drogues qui ne fréquentent pas le CAARUD.

En constatant que les usagers utilisaient les cartes de visite du CAARUD pour « fumer », il est apparu plus utile de créer un support dédié au cannabis, appelé « le Roule Toncar » : il permet de diffuser un certain nombre de messages clés.

L'espace festif

Yves GRANGER

CAARUD 31/32, Bouches-du-Rhône

Le bus 31/32 est une émanation de l'association Médecins du Monde, mis en place dans le cadre de la mission de réduction des risques menée à Marseille par cette dernière. Il gère un CSAPA et un CAARUD. Avant 2005, Médecins du Monde avait commencé à déployer une démarche de réduction des risques en milieu festif à Marseille. Enfin, le bus 31/32 s'appuie sur une quinzaine de bénévoles actifs.

Contexte d'intervention

L'offre de réduction des risques s'est développée dans le milieu festif techno alternatif à partir du milieu des années 1990.

Elle est toujours très active, notamment à l'occasion des Teknivals qui sont organisés les 1er mai et 15 août de chaque année. Elle s'est peu à peu étendue à d'autres manifestations festives à caractère commercial, même s'il est plus compliqué d'y agir, notamment pour les CAARUD.

Est à noter l'inadéquation entre le découpage territorial administratif dont dépendent les CAARUD et la géographie des milieux festifs. À titre d'exemple, le bus 31/32 est fréquemment amené à intervenir dans le Gard. En pratique, la zone Marseille / Montpellier est beaucoup plus cohérente, en matière de fêtes technos alternatives, que la zone Marseille / Nice.

Enfin, des structures ont rencontré des problèmes pour intervenir en dehors de leur région de rattachement.

Enjeux

Trois grands enjeux sont à signaler :

■ couvrir l'hétérogénéité des scènes festives

Si les free parties ont été largement couvertes, c'est moins le cas d'autres manifestations festives à caractère commercial. Dans un premier temps, l'on a trop eu tendance à essayer de « plaquer » des dispositifs de réduction des risques développés pour une scène spécifique sur d'autres manifestations festives. Il est apparu qu'il était indispensable de réaliser un diagnostic, d'identifier les besoins et d'adapter les messages à la scène festive visée. Il convient également de mener des efforts sur le plan de la communication externe, ce qui est relativement difficile. En effet, celle-ci coûte beaucoup d'argent. Elle est néanmoins nécessaire, au regard de la plus-value qu'elle génère. Enfin, les maraudes festives nocturnes doivent être investiguées, les actions ne devant pas se limiter aux lieux de fêtes, mais également se concentrer sur les alentours.

■ la répression de l'usage et la santé publique

Il est difficile de travailler en concertation avec les préfetures et les services de police et de gendarmerie. Il convient, à chaque fois, de tout réinventer et de tout réexpliquer. À une époque à Marseille, le Comité de pilotage de la réduction des risques permettait de réaliser un travail croisé, associant la DDASS, la ville et le chef de projet Mildeca : il a pris fin avec la création des ARS, ce qui est regrettable. Dans ce contexte, quid du rôle des tutelles ? Les ARS peuvent-elles jouer un rôle d'intermédiation entre les structures spécialisées et les préfetures ?

■ des interventions en milieu festif très chronophages

Il est difficile de demander à des salariés de s'investir sur des amplitudes de travail très larges, de nuit qui plus est. Cela pose de nombreuses questions, en lien avec les ressources financières disponibles et les modèles organisationnels à déployer. De notre point de vue, il est indispensable de dédier des postes aux interventions susmentionnées. Au cours des dernières années, plusieurs dispositifs intéressants sur ce plan ont émergé : citons l'inter-CAARUD d'Ile-de-France ou encore l'expérience d'AXESS à Montpellier. Cette dernière s'appuie sur « un temps fléché de coordination », avec des bénévoles, et essaie de mener une démarche inter-CAARUD, pour accroître ses capacités d'intervention. L'Orange Bleue⁸, pour sa part, a opté pour le financement d'un poste par plusieurs CAARUD. À mon sens, le modèle centré sur le bénévolat, avec une coordination forte, est celui qui représente le coût le plus important.

Perspectives

Savoir s'éloigner du terrain

Il m'apparaît indispensable de savoir s'éloigner du terrain. En effet, nous avons un rôle de médiation important, entre les lieux festifs et les institutions publiques. En France, ce sont les dispositifs comme *Fêtez Clairs*⁹ ou *Plus Belle la Nuit*¹⁰ qui sont les plus avancés sur ce sujet : en effet, ils se positionnent sur le champ de l'intermédiation, entre les lieux festifs, les institutions publiques et tous les opérateurs de réduction des risques impliqués. Les CAARUD ont tout intérêt à procéder de la sorte. Ils ont également un rôle d'expert à jouer, en matière de vie nocturne et festive. Ils doivent créer et partager de la connaissance, mais également contribuer à déstigmatiser la jeunesse et ses modes de fêtes.

8. Collectif d'associations qui intervient en milieu festif sur toute la région Bretagne, <http://www.collectiforangebleue.org/>

9. <http://www.fetez-clairs.org/>

10. http://www.oscarsante.org/actions/oscars_detail_fiche.php?ref=20004

Les CAARUD, par ailleurs, doivent aller au-delà de l'intervention sur site auprès du public, en développant des applications pour smartphones innovantes et pointues, reposant sur la réalité augmentée. Ils doivent contribuer à l'émergence de manières plus ludiques d'appréhender certains lieux de fêtes. Sur ce plan, le retard pris en France est considérable. Il en va d'ailleurs de même des outils d'autoévaluation en ligne. En Espagne à titre d'exemple, l'outil *Coca Check* a été déployé¹¹. Le questionnaire ainsi complété est analysé par un professionnel, qui propose ensuite un bilan personnalisé.

Sortir du paradigme de la sécurité routière en matière de réduction des risques en lien avec l'alcool

Il apparaît également primordial de sortir du paradigme de la sécurité routière en matière de réduction des risques en lien avec l'alcool. En effet, les petits conseils de base - s'hydrater, s'alimenter en amont, etc. - ne suffisent pas. En outre, le taux d'alcoolémie est loin d'être une donnée centrale. L'enjeu doit être de favoriser l'élaboration de véritables stratégies de gestion des suralcoolisations : pour cela, il convient de faire l'effort de se pencher davantage sur l'alcoolisation. À Marseille, Mathieu Fieulaine joue, sur ce plan, un rôle de ressource très important.

Veille et connaissance des scènes festives

Le CAARUD doit conduire une réelle veille des scènes festives. Sur ce plan, la recherche peut présenter un réel intérêt. Il peut ainsi être utile de développer des partenariats avec des laboratoires universitaires ou de recourir à des stagiaires en master pour investiguer des thématiques spécifiques. Pour cela toutefois, il convient d'obtenir des financements, ce qui est souvent difficile. Cela étant, le financement bisannuel de l'IREB nous a permis, à Marseille, de mener une enquête sur les trajectoires d'alcoolisation festive. Il me semble également primordial de se former et de s'informer en permanence sur les nouveaux produits de synthèse et les research chemicals. Récemment, l'AFR avait proposé une formation y étant dédiée : je ne sais pas si elle a finalement pu être organisée. Quoi qu'il en soit, le contexte tend vers une transformation probable et profonde du commerce de substances psychoactives et des modes de consommation de ces dernières.

Enfin, le développement du dispositif d'analyse de produits sur site progresse. Au sein des grandes agglomérations, il convient de favoriser l'émergence de boutiques festives nocturnes. À titre d'exemple, *Check It*, à Vienne, permet aux usagers de drogues de disposer, en 15 minutes, d'analyses quantitatives des produits en leur possession¹². Cette boutique les accueille également à l'occasion des after.

Dérégulariser la prévention et la réduction des risques

En pratique lors des manifestations festives commerciales, il est très difficile de faire « sortir la cocaïne des toilettes ». Les usages de drogues y sont en effet beaucoup plus « cachés » que lors des manifestations alternatives. Aussi est-il plus compliqué d'ouvrir des discussions avec les consommateurs, qui ne veulent surtout pas être stigmatisés. En conséquence, il est indispensable de pouvoir s'appuyer sur des pairs « adaptés » aux scènes et publics visés, en leur donnant la possibilité de prendre part à la conception des projets auxquels ils participent.

Par ailleurs, quid de l'impact des campagnes grand public sur les consommateurs ? En réalité, il est très faible. À titre de comparaison à Amsterdam, plusieurs décès ont été causés par la consommation d'héroïne blanche, qui était vendue pour de la cocaïne. La municipalité, en conséquence, a déployé une campagne d'affichage sur les dangers associés.

Enfin, il convient de déployer une communication externe et un dispositif à la scénographie adaptés. Les brochures réalisées doivent adopter un certain nombre de codes graphiques. Les stands, de la même manière, doivent être mis en scène.

Evolution de la loi

Les scènes festives commerciales s'assortissent d'un certain nombre de normes, en matière de secours ou encore de sécurité incendie. Albert Herszkowicz m'a précisé que la DGS mettrait prochainement en place un groupe de travail dans le cadre du plan gouvernemental associé.

En Belgique à titre d'illustration, la loi lie l'organisation du festival de Dour à Modus Fiesta. En France, l'inscription dans la loi de certaines dispositions de réduction des risques faciliterait probablement les choses.

11. <http://cocacheck.energycontrol.org/>

12. <http://www.checkyourdrugs.at/>

Amplifier les capacités d'intervention des CAARUD et accroître la présence sur sites

Les ressources disponibles au sein des CAARUD sont souvent insuffisantes. À ce titre, il est important de déployer des dispositifs inter-CAARUD, à des fins de mutualisation.

Questions de la salle

Anthony BEAUCHET, Association APLEAT et sociologue indépendant

Je suis actuellement en train de réaliser une thèse portant sur les acteurs de la réduction des risques en milieu festif. Ce dernier a apporté un certain nombre de progrès, concernant la réduction des risques, non pas infectieux, mais liés aux bad trips. Je me tiens à la disposition des acteurs de la réduction des risques¹³.

Réduction des risques à distance (PES postal)

Catherine DUPLESSY

Association Safe

Au préalable, je tenais à remercier les organisateurs de m'avoir donné la possibilité de vous présenter le Programme d'échange de seringues (PES) Postal, appelé plus communément réduction des risques à distance.

Origine du projet

Le projet est né de la demande régulière d'usagers, regrettant le manque d'accessibilité, en province, du matériel de consommation. Dans ce cadre, il a été décidé de mener une expérimentation, visant la mise à disposition de ce dernier par envoi postal. En effet, les discussions engagées avec les usagers mettaient en évidence un certain nombre de freins, à savoir :

- le coût des trousse de prévention en pharmacie ;
- l'existence de restrictions quantitatives ;
- des problèmes d'accès aux CAARUD, du fait de leur éloignement ou d'horaires inadaptés ;
- la peur ou la honte,
- la méconnaissance du dispositif de réduction des risques.

Concept

L'objectif de l'expérimentation menée était de lever les freins de l'accès à la réduction des risques, en complétant l'offre de services déjà existante dans les CAARUD, à travers :

- l'envoi personnalisé de matériel (quantité et qualité...) par voie postale ;
- le déploiement d'un dispositif gratuit, sans limitation des quantités ;
- la mise à disposition de tous les types de matériels, pour tous les usages ;
- l'accompagnement, l'orientation et l'information à distance.

Quatre bonnes raisons de pratiquer la réduction des risques à distance

- La réduction des risques à distance nous a permis ;
- de repérer de nouveaux publics, recouvrant des personnes différentes de celles qui fréquentent habituellement les CAARUD ;
- d'améliorer le recours au matériel de prévention ;
- de faciliter l'appropriation des outils et messages de réduction des risques par les usagers ;
- de faciliter le rapprochement des usagers avec les établissements médico-sociaux spécialisés (CAARUD ou CSAPA).

13. [anthony.beauchet\[at\]free.fr](mailto:anthony.beauchet[at]free.fr)

Bilan de l'expérimentation

Evolution de la file active entre 2011 et 2014

L'expérimentation a été initiée en juin 2011. À cette époque, elle ne reposait que sur le bouche à oreille. Progressivement, elle s'est appuyée sur le site Internet Psychoactif¹⁴ ainsi que sur les CAARUD.

De fait, la file active, qui se composait de 40 usagers en 2011, en accueille maintenant 296. En cumul depuis 2011, elle a concerné un peu plus de 400 personnes. Au cours de l'année 2014, le nombre d'inclusions par semaine s'établissait en moyenne à trois. Pour information enfin, les usagers qui quittent le programme sont, pour la plupart, orientés vers un CAARUD, un CSAPA ou un médecin de ville.

Nouveaux publics

Le public ciblé diffère en partie de celui accueilli dans les CAARUD. La file active se compose à 33 % de femmes ; lorsque des couples accèdent au programme, la démarche est le plus souvent initiée par les femmes. Elle intègre également un public « inséré » socialement, avec plus de 80 % de bénéficiaires d'un logement propre et plus de 60 % de travailleurs. Elle accueille aussi 10 % de slammeurs¹⁵.

Apparaissent également des usagers isolés. Ainsi, 50 % des membres de la file active n'étaient ni accompagnés, ni suivis avant de l'intégrer. D'autres étaient simplement isolés du fait de leur lieu de résidence.

Améliorer l'accessibilité du CAARUD

Dans la file active, 26,7 % des membres ont indiqué participer au programme du fait de leur éloignement géographique. Suivent, par ordre d'importance :

- l'indisponibilité du matériel souhaité au sein du CAARUD, du CSAPA ou de la pharmacie
Il s'agit notamment des usagers qui s'injectent des médicaments, qui sollicitent des filtres à membranes, qui demandent de l'acide ascorbique ou des feuilles d'aluminium.

- des horaires de travail incompatibles avec les horaires d'ouverture du CAARUD
Cette préoccupation a été exprimée par plus de 13 % des personnes.

D'autres motivations sont à noter. Elles renvoient par exemple à la peur de la stigmatisation, à un manque de reconnaissance avec le public CAARUD ou encore à la méconnaissance du dispositif spécialisé.

Améliorer le recours au matériel

La première demande des usagers est de pouvoir disposer de matériel de consommation, et notamment de seringues. Alors que 13 000 seringues avaient été distribuées en 2011, elles ont été au nombre de 176 000 en 2014. Néanmoins, les demandes ne se limitent pas à ces dernières : elles portent également sur le matériel qu'ils ne peuvent pas trouver au sein des pharmacies à proximité de leur domicile (seringues de 2,5 ou 10 cc, aiguilles de différentes tailles, acide ascorbique, etc.).

Appropriation du matériel

La qualité des échanges menés avec les usagers est très bonne. De ce fait, il est possible de convaincre ces derniers de faire évoluer leurs pratiques et d'ouvrir des discussions sur les nouveaux outils disponibles. À titre d'exemple, 50 % des usagers de la file active utilisent aujourd'hui les filtres toupie¹⁶. De la même manière, 82 % ont recours aux lingettes de chlorhexidine.

Amélioration des pratiques

Dans le cadre d'une enquête, les usagers ont été sondés sur leurs pratiques de consommation et leur évolution suite à l'adoption du programme. Cette démarche a mis en évidence les éléments suivants :

- taux de partage des seringues : passage de 26 à 5 % ;
- taux de réutilisation des seringues : passage de 79 à 7 % ;
- taux de réutilisation du petit matériel : passage de 83 à 16 % ;
- taux de partage du petit matériel : passage de 35 à 5 %.

14. <https://www.psychoactif.org/forum/index.php>

15. Usager pratiquant le «slam», injection intraveineuse de substances dans un contexte sexuel en milieu homosexuel masculin.

16. Ce type de filtre retient plus d'impuretés que les Stérifilt®.

Renforcement des liens entre les usagers et les centres

Le programme exposé a permis à certains usagers de prendre un premier contact avec la démarche de réduction des risques, en mettant un terme à une formation de stratégie d'évitement des lieux d'accueil. Il a mis en évidence un réel besoin de contact des personnes suivies, lesquelles expriment souvent, après quelques mois, le souhait de rencontrer des professionnels, soit à Paris, soit à proximité de leur domicile. Enfin, les usagers, très rapidement, constatent une amélioration de leur état de santé, avec une réduction des abcès par exemple. Cela leur donne envie de se rapprocher du système de soins, pour bénéficier d'une prise en charge (CAARUD, médecins libéraux, visites à domicile).

Enjeux pour les CAARUD

L'expérience exposée a mis en lumière quatre enjeux majeurs :

■ prendre en compte les résultats de l'expérimentation

Il s'agit d'approfondir cette dernière, pour permettre aux usagers de s'orienter dans une démarche de réduction des risques.

■ faire connaître la démarche de réduction des risques

Au cours des années 2012 et 2013, l'information afférente transitait essentiellement via le site Psychoactif. Désormais, le bouche à oreille constitue la première source d'information.

■ organiser la logistique

Au regard des volumes de matériel délivré, la préparation des commandes revêt un enjeu majeur. Les colis et les fichiers afférents doivent demeurer confidentiels.

■ trouver des solutions adaptées, pour passer de la relation à distance à un accueil physique

Certains des usagers du programme demeurent isolés au plan géographique. D'autres continuent à travailler. De fait, les raisons les ayant amenés à se tourner vers le programme demeurent. Collectivement, il nous appartient d'identifier la manière dont ils pourraient se rapprocher, localement, de professionnels de santé.

En conclusion, nous travaillons aujourd'hui à la rédaction d'un fascicule qui sera mis à disposition des CAARUD dans les prochaines semaines. Il présente les différentes modalités de fonctionnement du programme exposé.

Questions de la salle

Ingrid MARCHEVAL, éducatrice au sein du CAARUD d'Agen

En novembre et décembre, le budget de notre CAARUD ne lui permettait plus de délivrer du matériel aux usages. Aussi les avons-nous renvoyés vers l'association SAFE. Quid du retour du matériel ? Au sein de notre structure, il est payant, puisqu'il convient d'en financer le traitement.

Le Lot-et-Garonne n'accueille qu'un seul CAARUD, ce qui pose la question du retour du matériel. En effet, certains usagers, au regard de la distance les séparant du CAARUD, ne peuvent pas le ramener. Il semble qu'ils ne peuvent pas non plus le renvoyer à SAFE.

Catherine DUPLESSY

Le retour du matériel usagé par voie postale n'est pas autorisé. Aussi fournissons-nous aux usagers des conteneurs homologués pour les DASRI, ainsi qu'une liste des lieux au sein desquels les déchets peuvent être rapportés. Cela nous permet de les orienter vers des professionnels.

Albert HERSZKOWICZ

Pour information, le programme exposé n'avait pas vocation à pallier les problèmes budgétaires des CAARUD.

Une intervenante

Quid du coût du programme exposé ?

Catherine DUPLESSY

Les coûts liés au matériel de réduction des risques peuvent être estimés à 100 000 euros, les frais postaux à 5 000 euros. Le programme s'est principalement appuyé sur des stagiaires et des bénévoles. Globalement, son coût peut être estimé à 130 000 euros environ.

Georges JOSELON, Directeur de SPIRITEK, Lille

Le programme exposé présente un réel intérêt. Est-il prévu de le déployer sur l'ensemble du territoire ? Comment entendez-vous le généraliser ?

Catherine DUPLESSY

L'Association SAFE est en train de finaliser un guide méthodologique, qui devrait être disponible au sein de tous les CAARUD au printemps.

Le rôle des CAARUD dans les programmes d'échanges de seringues en pharmacies

Quentin JACOUX
CAARUD AIDES 79

L'objet de mon exposé est de vous présenter deux programmes d'échanges de seringues portés par AIDES, au sein de la région Poitou-Charentes. Celle-ci accueille :

- quatre CAARUD, c'est-à-dire un par département ;
- quatre antennes fixes (Poitiers, Angoulême, Niort et La Rochelle) ;
- des antennes mobiles assurant des permanences en camping-cars au sein de chaque département.

Des maraudes de rue sont également organisées au sein des villes d'intervention. Des actions sont engagées en milieu festif à l'échelle de la région. À La Rochelle, le CAARUD gère un récupérateur/échangeur.

Pour information enfin, AIDES est une association de santé communautaire, qui défend un certain nombre de valeurs. Elle s'efforce de placer les usagers de drogues au centre du dispositif, en tant qu'utilisateur, mais également en tant qu'acteur et décideur. Elle s'appuie sur des bénévoles et des salariés, qui sont anciens usagers de drogues ou qui en consomment encore, afin de pouvoir s'appuyer sur leur expertise « profane ».

Pourquoi des programmes d'échanges de seringues en pharmacie de ville ?

Le déploiement de PES au sein des pharmacies de ville est destiné à répondre à un certain nombre de besoins des usagers, à savoir :

- avoir accès à du matériel stérile à usage unique y compris en milieu rural, éloigné d'une grande ville, dans un quartier excentré, etc. ;
- offrir une amplitude horaire importante.

Sur cette base, plusieurs objectifs sont poursuivis. Ils visent :

- la réduction des risques pour soi (avec l'accès à du matériel) ;
- la réduction des risques pour les autres (récupération des DASRI) ;
- la mise à disposition d'un accueil, d'une orientation et d'un conseil personnalisé.

Pourquoi les pharmaciens ?

Les pharmaciens sont des acteurs de santé dits « de première ligne ». Présents sur l'ensemble des territoires, leurs officines proposent des amplitudes horaires plus importantes que les CAARUD. Certaines d'entre elles sont très sensibles à la réduction des risques.

Le dispositif s'appuie sur trois pôles, à savoir les pharmacies, les CAARUD et les répartiteurs.

PES présents en Poitou-Charentes

AIDES porte deux PES en Poitou-Charentes. Avec le soutien financier de l'ARS, elle espère en développer de nouveaux. Le PES des Deux-Sèvres existe depuis 1994. Il était alors financé par la MILDT ou le GRSP. Il s'appuie sur 28 officines et trois répartiteurs impliqués dans la diffusion de kits. Le PES de la Vienne a été mis en place en 1996. Il repose sur 16 officines et trois répartiteurs impliqués dans la diffusion de kits.

La couverture du sud de la région Poitou-Charentes demeure lacunaire. De fait, AIDES travaille avec l'ARS : elle a pour objectif de regrouper ses quatre CAARUD départementaux dans un CAARUD régional, pour accroître la couverture de ses PES et de ses permanences mobiles.

Eléments chiffrés

En 2014, 18 000 Kit+¹⁷ ont été distribués dans les Deux-Sèvres. Dans la Vienne, ils ont été au nombre de 11 000. Pour des raisons historiques, l'association a pu déployer des actions en collaboration avec les pharmaciens, concernant la distribution de Stérifilt®¹⁸. Il n'en demeure pas moins difficile de sensibiliser les officines à l'intérêt de la mise à disposition de petits matériels.

Modalités de fonctionnement

Engagements des CAARUD

Les engagements des CAARUD sont les suivants :

- assurer la commande des matériels (Kit+ et containers DASRI) ;
- livrer gratuitement ces derniers, via les répartiteurs ou des permanences mobiles ;
- gérer la récupération des DASRI

Engagement des pharmacies

En contrepartie, les pharmaciens s'engagent à :

- délivrer gratuitement des Kit+ et à les accompagner de la plaquette d'information sur le PES ;
- nous informer régulièrement sur le nombre de kits distribués ;
- participer, autant que possible, au comité de pilotage du PES et aux formations et temps d'échanges organisés.

Plus-values apportées par le dispositif

Le dispositif permet aux usagers d'accéder à du matériel stérile à usage unique y compris en milieu rural, de bénéficier d'une amplitude horaire importante et d'accéder à un accueil personnalisé et à une orientation vers un parcours de santé si besoin.

Le dispositif permet aux officines d'assurer leur fonction d'acteur de santé de 1ère ligne, de mieux appréhender les usagers et de les sensibiliser à la démarche de réduction des risques.

Enfin, le dispositif permet aux CAARUD de toucher des consommateurs qui ne veulent ou ne peuvent pas s'y rendre. Dans sa version « minimaliste » de surcroît, il présente la spécificité d'être relativement peu onéreux. En effet, ses coûts renvoient à l'achat du matériel, à la livraison de ce dernier à des répartiteurs bénévoles, lesquels le diffusent à des officines également bénévoles.

Limites du dispositif

Les usagers font remonter un certain nombre de limites. Elles sont les suivantes :

- un manque de confidentialité, puisque les matériels sont distribués au comptoir des pharmacies ;
- les propos moralisateurs de certains pharmaciens ;
- une panoplie trop restreinte de petits matériels ;
- une difficulté à identifier les officines de ville qui participent au PES.

Pour leur part, les officines estiment que la valorisation de leur investissement bénévole n'est pas suffisante. Elles soulignent qu'il leur est difficile de participer aux formations et aux échanges organisés, faute de temps. Elles notent également que la gestion des DASRI pose un certain nombre de difficultés et indiquent que la gestion de certains usagers est difficile.

Les CAARUD rencontrent un certain nombre de difficultés, liées à la faible traçabilité de la diffusion des seringues au sein des officines. Ils peinent également à élargir la gamme de matériels pour répondre aux besoins des consommateurs. De surcroît, le développement du PES est chronophage et l'accompagnement présente un certain nombre de limites.

17. Les trousse, ou kits de prévention, sont destinées à limiter les risques de transmission de pathologies infectieuses chez les usagers de drogues par voie injectable.

18. Filtre à membrane permettant d'éliminer les impuretés d'une préparation de drogue destinée à être injectée, limitant ainsi les risques de complications vasculaires et infectieux liés à l'injection (abcès, œdèmes, phlébites etc.).

Albert HERSZKOWICZ

Les pochettes qui vous ont été remises comportent la liste des PES en pharmacie déployés en France¹⁹. Celle-ci renvoie au site du RESPADD, avec lequel a été organisée, le 15 novembre 2014, une journée dédiée aux pharmaciens et aux addictions²⁰. Enfin, je tiens à rendre hommage à Bernard Penicaud pharmacien à Niort initiateur des PES en pharmacie depuis 1994.

19. <http://respadd.org/images/stories/PDF/annuaire%20pesp%202014%20bat%202.pdf>

20. <http://www.respadd.org/component/content/article/1-actualites/196-actes-colloque-pharmacien-face-aux-addictions.html>

CONCLUSION DES ÉCHANGES DE LA JOURNÉE ET PERSPECTIVES DE TRAVAIL PAR LA DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ



Docteur Zinna BESSA

Adjointe au sous-directeur, Sous-direction de la santé des populations et de la prévention des maladies chroniques, Direction générale de la santé

Monsieur le directeur, Mesdames, Messieurs,

Il me revient avec un grand plaisir de clôturer cette journée anniversaire. Je commencerai par vous remercier d'avoir été si nombreux à y assister. Nous avons même dû refuser du monde, c'est dire l'intérêt que vous partagez avec nous pour ce sujet et nous nous en réjouissons.

Je remercie également les oratrices et orateurs qui sont venus partager leurs expériences, leurs pratiques, leurs analyses et qui nous ont fourni, à chacun d'entre nous, de nombreuses pistes de réflexion.

Je souhaite enfin également remercier tous ceux qui ont travaillé à l'organisation de cette journée : l'OFDT et plus particulièrement Julie-Emilie Adès, mes collègues du bureau des pratiques addictives, Laurence Lavy, Pierre-Yves Bello, Ezra Daniel, Malisa Rattanatray et bien sûr Albert Herszkowicz, la cheville ouvrière de cette journée.

Cette journée a été très riche. Je n'ai pu y assister entièrement. Je le regrette mais mes collègues m'en feront l'écho.

Les présentations et les échanges qui ont eu lieu nous montrent à la fois l'étendue du chemin parcouru pendant cette première décennie et l'étendue de celui qui reste à parcourir.

La création des CAARUD, il y a près de dix ans a été une étape particulièrement importante de la politique de réduction des risques, à plusieurs titres. Cela a été rappelé dans les discours introductifs. Je ne m'y attarderai donc pas. Je tenais simplement à rappeler que les CAARUD ont eu un rôle majeur :

- en pérennisant les structures de réduction des risques qui existaient auparavant – les « boutiques » et « programmes d'échanges de seringues », le plus souvent sous forme associative – et en leur conférant le statut d'établissement médico-social financé par l'assurance maladie ;
- en préservant leur spécificité, distincte de celles des établissements de soins.

Le choix du nom de ces structures (Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques) a été pertinent. Ce mode d'intervention et cette politique publique à visée sanitaire ont été pour la première fois officialisés en 2004 dans la loi relative à la politique de santé publique.

La création des CAARUD s'est inscrite dans un effort renouvelé du Ministère de la santé depuis 1987, avec l'autorisation de la vente sans ordonnance des seringues en pharmacie et le développement des traitements de substitution aux opiacés à partir de 1993. Vous savez qu'au-delà des aléas des priorités nationales, la DGS a toujours été à vos côtés pour lutter pour l'accueil et la protection des populations particulièrement vulnérables.

Cela vous a également été rappelé à plusieurs reprises : le projet de loi de santé, qui sera prochainement examiné par le Parlement, comprend des avancées importantes pour la réduction des risques, avec une consolidation des bases juridiques de cette politique. Cela se traduira notamment par le cadre permettant d'expérimenter les salles de consommation à moindre risque et les interventions de réduction des risques en milieu carcéral.

Ce matin, Martine Lacoste nous a rappelé les grandes dates qui ont marqué l'histoire de la réduction des risques. Nous espérons vivement que 2015 en sera une nouvelle et que les avancées permises par ce projet de loi marqueront la politique de réduction des risques.

De nombreuses initiatives ont été présentées aujourd'hui. Elles portent sur l'adaptation à des produits dont l'usage se développe (cocaïne basée, nouveaux produits de synthèse), à des publics éloignés géographiquement de la réduction des risques. Elles renvoient également aux outils destinés aux intervenants dans les CAARUD, qu'ils soient professionnels ou bénévoles, pour mener à bien l'ensemble des missions dévolues aux CAARUD.

Je pense, en particulier, à la médiation sociale pour une meilleure insertion des CAARUD dans leur environnement ou aux différentes modalités « d'aller vers », qui permettent d'aller à la rencontre d'utilisateurs de drogues qu'on ne rencontrerait pas sans cette démarche volontariste. Je pense aussi à l'arrivée des TROD VIH dans les CAARUD et, demain, à la mise à disposition des TROD VHB et VHC.

À présent, il faut penser à l'avenir. Pour cela, le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives (2013-2017) porte un certain nombre d'orientations. Il en va de même de la stratégie nationale de santé élaborée par le Ministère de la Santé.

Le plan gouvernemental prévoit de nombreuses actions portant sur la réduction des risques. L'expérimentation de salles de consommation à moindre risque en est l'emblème, et ce sont bien les CAARUD qui seront les structures porteuses de cette expérimentation.

Mais il y a bien plus que cela : la volonté du gouvernement, exprimée au travers de ce plan, est de continuer à s'appuyer sur la réduction des risques pour mieux protéger les usagers. Cela passe par l'amélioration de l'accessibilité au matériel de réduction des risques, au travers du développement des programmes d'échanges de seringues en pharmacie.

La réduction des risques suppose également la conduite d'un travail permanent d'adaptation et de créativité : adaptation aux produits émergents, aux publics, aux nouvelles pratiques.

Sans vous, acteurs de terrain présents quotidiennement auprès des usagers, la réduction des risques n'existerait pas. C'est dans un dialogue récurrent entre vous, les Agences régionales de santé qui conçoivent les politiques dans les territoires et l'administration centrale (en premier lieu la DGS et la Mildeca), que nous parviendrons à faire émerger les pratiques de demain.

La volonté de la DGS est de ne pas attendre vos 20 ans pour que nous puissions nous retrouver. Aussi nous engageons-nous à vous réunir de nouveau de façon plus régulière.

Au nom de la DGS et de l'OFDT ainsi que de la Mildeca, nous vous remercions pour la richesse de cette journée. Nous vous souhaitons un bon retour et bon courage pour répondre aux défis quotidiens de ce difficile et passionnant travail avec les usagers.

Liste des Sigles

AFR	Association française pour la réduction des risques liés à l'usage de drogues
AIRDDS	Association d'information et de ressources sur les drogues, les dépendances et le sida (Bretagne)
AMPTA	Association méditerranéenne de prévention et de traitement des addictions (Marseille)
ANIT	Association nationale des intervenants en toxicomanie
ANPAA	Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie
ANRS	Agence nationale de recherches sur le sida
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament
APLEAT	Association pour l'écoute et l'accueil en addictologie et toxicomanies (Orléans)
ARS	Agence régionale de santé
ASA-CAARUD	Analyse nationale des rapports d'activités des CAARUD (transmis par les CAARUD à la DGS)
ASUD	Association d'auto-support des usagers de drogues
CAARUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
cc	centimètre cube
CDAG	Centre de dépistage anonyme et gratuit
CE	Communauté européenne
CEID	Comité d'étude et d'information sur la drogue et les addictions (Bordeaux)
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CHU	Centre hospitalier universitaire
CNAM	Caisse nationale d'Assurance Maladie
CNR	Centre National de Référence
CRIPS	Centre régional d'information et de prévention du Sida
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
DASRI	Déchets d'activité de soins à risques infectieux
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DGS	Direction générale de la Santé
EGO	Association Espoir goutte d'or (Paris)
ENa-CAARUD	Enquête nationale auprès des usagers des CAARUD
ERLI	Education aux risques liés à l'injection (projet de Médecins du Monde)
ETP	Equivalent temps plein
FNPEIS	Fonds national de prévention d'éducation et d'information sanitaires
GRSP	Groupement régional de santé publique
GRVS	Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale
HAS	Haute autorité de santé

INVS	Institut national de veille sanitaire
IREB	Institut de recherches scientifiques sur les boissons (Paris)
IREPS	Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé
IST	Infection sexuellement transmissible
I-TREND	Internet Tools for Research in Europe on New Drugs
MILDECA	Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
MILDT	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
MISP	Médecin inspecteur de santé publique
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
ONDAM	Objectif national des dépenses d'Assurance Maladie
PACA	Région Provence-Alpes-Côte d'Azur
PES	Programme d'échange de seringues
RDR	Réduction des risques
RESPADD	Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SNCF	Société nationale des chemins de fer français
TAPAJ	Travail alternatif payé à la journée
TREND	Tendances récentes et nouvelles drogues
TROD	Test rapide à orientation diagnostique
TSO	Traitement de substitution aux opiacés
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VPN	Valeur prédictive négative
VPP	Valeur prédictive positive

**Observatoire français des drogues
et des toxicomanies**

3, avenue du Stade de France
93218 St Denis La Plaine cedex
Tel. : (33 1) 41 62 77 16
Fax : (33 1) 41 62 77 00
ofdt@ofdt.fr